



MINISTERIO  
DE SANIDAD  
Y CONSUMO



# La salud de los jóvenes dentro de su contexto

**Estudio de la Conducta sobre Salud de los Jóvenes en Edad Escolar (“Health Behaviour in School-aged Children” – Estudio HBSC): Informe internacional elaborado a partir de la encuesta 2001/2002**



MINISTERIO  
DE SANIDAD  
Y CONSUMO



# La salud de los jóvenes dentro de su contexto

**Estudio de la Conducta sobre Salud de los Jóvenes en Edad Escolar (“Health Behaviour in School-aged Children” – Estudio HBSC): Informe internacional elaborado a partir de la encuesta 2001/2002**

*Editado por:*

**Candace Currie, Chris Roberts, Antony Morgan,  
Rebecca Smith, Wolfgang Settertobulte, Oddrun Samdal  
y Vivian Barnekow Rasmussen**



---

Datos de la Publicación en el Catálogo de la Biblioteca de la OMS

“Young people’s health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey” (“La salud de los jóvenes dentro de su contexto. Estudio HBSC sobre la conducta sanitaria de los jóvenes en edad escolar: Informe internacional elaborado a partir de la encuesta 2001 / 2002”) / editado por Candace Currie ... [et al.].

(Política de Salud para la Infancia y la Adolescencia, nº 4)

1. Medicina de la adolescencia. 2. Bienestar de la infancia. 3. Conducta sanitaria. 4. Encuestas sanitarias. 5. Política sanitaria 6. Europa 7. Canadá. 8. Estados Unidos. I. Currie, Candace. II. Roberts, Chris. III. Morgan, Antony IV. Smith, Rebecca. V. Settertobulte, Wolfgang. VI. Samdal, Oddrun. VII. Barnekow Rasmussen, Vivian

(Clasificación NLM: WS 460)

---

Publicado por la Oficina Regional de Europa de la Organización Mundial de la Salud en 2004 bajo el título Young people’s health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey (política sanitaria para niños y adolescentes No. 4)

© Organización Mundial de la Salud 2004

© Ministerio de Sanidad y Consumo (por la presente traducción española)

[www.msc.es](http://www.msc.es)

Se deben enviar las solicitudes relativas a las publicaciones de la Oficina Regional de la OMS a:

- |              |   |
|--------------|---|
| • por e-mail | publicationrequests@euro.who.int (para copias de publicaciones)<br>permissions@euro.who.int (para permisos de reproducción)<br>pubrights@euro.who.int (para permisos de traducción) |
| • por correo | Publications<br>WHO Regional Office for Europe (Oficina Regional de la OMS para Europa)<br>Scherfigsvej 8<br>DK-2100 Copenhagen Ø, Dinamarca  |

Todos los derechos reservados. La Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud da la bienvenida a las solicitudes de permiso para reproducir o traducir sus publicaciones, en todo o en parte.

Las designaciones utilizadas y la presentación del material en esta publicación no implican la expresión de ninguna opinión de ningún tipo por parte de la Organización Mundial de la Salud en relación con la situación legal de cualquier país, territorio, ciudad o zona, o con sus autoridades, o en relación con la delimitación de sus fronteras o límites. Cuando aparezca la designación de “país o zona” en los títulos de las tablas, dicha designación puede englobar países, ciudades o zonas. Las líneas de puntos en los mapas representan las líneas fronterizas aproximadas en relación con las cuales puede no existir acuerdo total.

La mención de empresas específicas o de determinados productos de fabricantes no implica que los mismos sean ratificados o recomendados por la Organización Mundial de la Salud de forma preferente con respecto a otros de naturaleza similar que no se mencionen. Salvo por los errores u omisiones, los nombres de productos en propiedad se distinguen mediante sus iniciales en letras mayúsculas.

La Organización Mundial de la Salud no garantiza que la información contenida en esta publicación sea completa y correcta, y no será responsable de cualesquiera daños incurridos como resultado de su utilización. Las opiniones expresadas por los autores o los editores no representan necesariamente las decisiones o la política establecida de la Organización Mundial de la Salud.

# Índice

Índice.....	5
Colaboradores .....	7
Agradecimientos .....	13
Prefacio .....	15
Prólogo.....	17
<b>CAPÍTULO PRIMERO</b> Introducción Candace Currie y Chris Roberts .....	19
El estudio HBSC sobre la conducta sanitaria de los jóvenes en edad escolar (“Health Behaviour in School-aged Children” - HBSC).....	19
La encuesta HBSC 2001 / 2002 .....	21
Muestreo y recogida de datos.....	21
Panorámica general del informe: objetivo y contenido .....	22
Presentación de los resultados en los Capítulos 2 - 4 .....	24
La interpretación de los resultados .....	24
Investigación en colaboración y desarrollo de capacidades.....	25
Colaboración de la OMS.....	26
Bibliografía.....	26
<b>CAPÍTULO SEGUNDO</b> Las circunstancias vitales de los jóvenes.....	29
Introducción – <i>Antony Morgan</i> .....	29
La desigualdad socioeconómica – <i>William Boyce y Lorenza Dallago</i> .....	32
La familia – <i>Michael Pedersen, María Carmen Granado Alcón, Carmen Moreno Rodríguez y Rebeca Smith</i> .....	49
Los compañeros – <i>Wolfgang Settertobulte y Margarida Gaspar de Matos</i> .....	59
El centro escolar – <i>Oddrun Samdal, Wolfgang Dür y John Freeman</i> .....	69
Sumario – <i>Antony Morgan</i> .....	83
<b>CAPÍTULO TERCERO</b> La salud y la conducta sanitaria de los jóvenes ....	85
Introducción – <i>Saoirse Nic Gabhainn</i> .....	85
Salud y bienestar – <i>Torbjørn Torsheim, Raili Välimaa y Mia Danielson</i> .....	87
El consumo de tabaco – <i>Emmanuelle Godeau, Giora Rahav y Anne Hublet</i> .....	98
El consumo de alcohol – <i>Holger Schmid y Saoirse Nic Gabhainn</i> .....	111
El consumo de cannabis – <i>Tom ter Bogt, Anastasios Fotiou y Saoirse Nic Gabhainn</i> .....	126
La actividad física – <i>Chris Roberts, Jorma Tynjälä y Alexander Komkov</i> .....	134
La conducta sedentaria – <i>Joanna Todd y Dorothy Currie</i> .....	144
Los hábitos alimentarios – <i>Carine Vereecken, Kristiina Osaka y Marina Delgrande Jordan</i> .....	160
Imagen corporal, Control de peso, y Peso Corporal – <i>Carolina Mulvihil, Ágnes Németh y Carine Vereecken</i> .....	173
Salud Oral – <i>Lea Maes, Mai Maser y Sisko Honkala</i> .....	189
Intimidación, agresiones físicas y victimización – <i>Wendy M, Craig y Yossi Harel</i> .....	193
Lesiones – <i>William Pickett</i> .....	209
La salud sexual – <i>Jim Ross, Emmanuelle Godeau y Sonia Dias</i> .....	219
Sumario – <i>Saoirse Nic Gabhainn</i> .....	230
<b>CAPÍTULO CUARTO</b> Explicaciones sobre la salud y la conducta relacionada con la salud de los jóvenes .....	233
Introducción – <i>Oddrun Samdal y Leslie Alexander</i> .....	233
Desigualdad socioeconómica y salud – <i>Bjorn Holstein, Nina Parry-Langdom, Alessio Zambon, Candace Currie y Chris Roberts</i> .....	235

La Familia y la salud – <i>Michael Pedersen, Maria Carmen Granado Alcón y Carmen Moreno Rodriguez</i> .....	245
El grupo de compañeros y la salud – <i>Wolfgang Settertobulte y Margarida Gaspar de Matos</i> .....	252
El centro escolar y la salud – <i>Ulrike Ravens - Sieberer, Gyöngyi Kökönyei y Christiane Thomas</i> .....	258
La pubertad y la salud – <i>Candace Currie y Ágnes Németh</i> .....	274
Comentarios – <i>Oddrun Samdal y Leslie Alexander</i> .....	286
<b>CAPÍTULO QUINTO Debate e implicaciones - Antony Morgan</b> .....	289
Introducción .....	289
Contexto político del estudio HBSC 2001/2002 .....	289
Desarrollo de una base de pruebas científicas sobre la salud y el bienestar de los jóvenes .....	291
Implicaciones para la política y la práctica .....	298
<b>Anexo 1. Métodos – Chris Roberts, Jorma Tynjälä, Dorothy Currie y Matt King</b> .....	303
<b>Anexo 2. Tablas sumarias sobre los indicadores de la salud y las conductas sanitarias</b> .....	317

# Colaboradores

## Consejo editorial HBSC

Candace Currie

HBSC International Coordinator, Chair, HBSC Scientific Development Group, Child and Adolescent Health Research Unit, Universidad de Edimburgo, Escocia, Reino Unido

Antony Morgan

HBSC Policy Development Group, Head, Research and Information, Health Development Agency, Londres, Reino Unido

Vivian Barnekow Rasmussen

Technical Adviser, Promotion of Young People's Health, Oficina Regional para Europa de la OMS

Chris Roberts

HBSC Scientific Development Group, Health Promotion Division, Welsh Assembly Government, Cardiff, Gales, Reino Unido

Oddrun Samdal

HBSC Data Bank Manager, Research Centre for Health Promotion, Universidad de Bergen, Noruega

Wolfgang Settertobulte

HBSC Publications Centre, Senior Researcher, Faculty of Public Health, Universidad de Bielefeld, Alemania

Rebecca Smith

Assistant HBSC International Coordinator, HBSC International Coordinating Centre, Child and Adolescent Health Research Unit, Universidad de Edimburgo, Escocia, Reino Unido

## Investigadores principales y miembros del equipo HBSC

---

<b>País o región</b>	<b>Investigadores y miembros del equipo</b>	<b>Institución</b>
Austria	Wolfgang Dür, Katharina Mravlag, Robert Griebler	Ludwig Boltzmann Institute for the Sociology of Health and Medicine, Universidad de Viena
Bélgica	Lea Maes, Carine Vereecken, Anne Hublet	Department of Public Health

---

<b>País o región</b>	<b>Investigadores y miembros del equipo</b>	<b>Institución</b>
(región Flamenca)		Universidad de Gante
Bélgica (región Francesa)	Danielle Piette, Patrick de Smet, Damien Favresse, Yves Coppieters, Laurence Kohn, Alain Leveque	Université Libre de Bruxelles
Canadá	William Boyce, Matt King	Social Program Evaluation Group, Queens University, Kingston
	Wendy Craig	Department of Psychology, Queens University, Kingston
	Lesley Doering	Health Canada, Ottawa
	John Freeman	Faculty of Education, Queens University, Kingston, Health Canada, Ottawa
	Ian Janssen	Department of Community Health and Epidemiology, Queens University, Kingston, Health Canada, Ottawa
	William Pickett	Department of Community Health and Epidemiology, Queens University, Kingston
Croacia	Marina Kuzman, Iva Pejnovic Frelenic, Ivana Pavic Simetin	Croatian National Institute of Public Health, Zagreb
República Checa	Ladislav Csémy, Jarmila Razova	Prague Psychiatric Centre
	František David Krch	University Hospital, Charles University, Praga
	Hana Provazníková	Medical School, Charles University, Praga
	Hana Sovinova	National Institute of Public Health, Praga
Dinamarca	Pernille Due, Bjørn Holstein, Anette Andersen, Ina Borup, Lis Hentze Poulsen, Birgit Pallesen, Mette Rasmussen	Department of Social Medicine, Universidad de Copenhague
Inglaterra	Antony Morgan, Caroline Mulvihill	Health Development Agency, Londres
Estonia	Mai Maser, Kädi Lepp	National Institute for Health Development, Tallinn
Finlandia	Jorma Tynjälä, Lasse Kannas, Anita Kanervirta, Kristiina Ojala, Raii Välimaa, Jari Villberg	Department of Health Sciences, Universidad de Jyväskylä

<b>País o región</b>	<b>Investigadores y miembros del equipo</b>	<b>Institución</b>
Francia	Emmanuelle Godeau, Félix Navarro, Céline Vignes, Denise Sand-François	Service médical du Rectorat de Toulouse
Alemania	Klaus Hurrelmann, Matthias Richter, Wolfgang Settertobulte	School of Public Health, Universidad de Bielefeld
	Andreas Klocke, Ulrich Becker	University of Applied Science, Frankfurt
	Wolfgang Melzer, Cornelia Haehne, Science, Sabine Zubrägel	Department of Educational Technical University of Dresden
	Ulrike Ravens-Sieberer, Christiane Thomas	Robert Koch Institute, Berlín
Grecia	Anna Kokkevi, Manina Terzidou, Anastasios Fotiou, Maria Spyropoulou, Clive Richardson	University Mental Health Research Institute, Atenas
Groenlandia	J. Michael Pedersen	HBSC-Greenland, Copenhagen, Dinamarca
	Maria Carmen Granado Alcón	Departamento de Psicología Universidad de Huelva, España
Hungria	Anna Aszmann, Gyöngyi Kökönyei, Ágnes Németh, Mónika Szabó	National Institute of Child Health, Budapest
	Edit Sebestyén	National Institute for Drug Prevention, Budapest
Irlanda	Saoirse Nic Gabhainn, Cecily Kelleher, Helen Corrigan, Pauline Clerkin	Department of Health Promotion, National University of Ireland, Galway
Israel	Yossi Harel, Michal Molcho, Efrat Tillinger, Kaled Abu-Asba	Department of Sociology and Anthropology, Bar-Ilan University, Ramat Gan
Italia	Franco Cavallo, Alessio Zambon, Patrizia Lemma, Alberto Borraccino, Paola Dalmaso	Department of Public Health and Microbiology, Universidad Turin
	Massimo Santinello, Lorenza Dallago, Alessio Vieno	Department of Developmental Psychology and Socialization, Universidad de Padua
Letonia	Iveta Pudule, Daiga Grinberga	Health Promotion Centre, Riga
	Ilze Kalnins	Department of Public Health Sciences, Universidad de Toronto, Canadá
	Rasa Kotello, Diana Puntule	School of Public Health, Riga
	Ieva Ranka, Uldis Teibe, Anita Villerusa	Riga Stradins University

<b>País o región</b>	<b>Investigadores y miembros del equipo</b>	<b>Institución</b>
Lituania	Apolinaras Zaborskis, Joana Makari, Skirmante Starkuviene, Linas Sumskas, Nida Zemaitiene	Laboratory for Social Paediatrics, Kaunas University of Medicine
Malta	Marianne Massa, Hugo Agius Muscat, Francis A. Borg	Health Promotion Department, Floriana
Holanda	Wilma Vollebergh, Saskia van Dorsselaer	Trimbos Institute, Netherlands Institute of Mental Health and Addiction, Utrecht, Department of Child and Family Care, Universidad de Nijmegen
	Tom ter Bogt	Faculty of Social Sciences, University of Utrecht, Trimbos Institute, Netherlands Institute of Mental Health and Addiction, Utrecht
Noruega	Oddrun Samdal, Jørn Hetland, Torbjørn Torsheim	Research Centre for Health Promotion, University of Bergen
Polonia	Barbara Woynarowska, Anna Kowalewska	Faculty of Pedagogy, University of Warsaw
	Joanna Mazur, Agnieszka Malkowska	Mother and Child National Research Institute, Warsaw
Portugal	Margarida Gaspar de Matos, José Alves Diniz, Celeste Simões, Paula Lebre, Susana Carvalhosa, Carla Reis, Tania Gaspar, Doria Santos	Faculty of Human Kinetics, Technical University of Lisbon
	Aldina Gonçalves, Sonia Dias	Institute of Hygiene and Tropical Medicine, New University of Lisbon
Federación Rusa	Alexander Komkov, Ludmila Lubysheva, Alexander Malinin	Research Institute of Physical Culture, St Petersburg
Escocia	Candace Currie, Leslie Alexander, Dorothy Currie, Géraldine Debard, Rebecca Smith, Joanna Todd	Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh
Eslovaquia	Miro Bronis, Beata Jancekova	National Public Health Institute, Bratislava
Eslovenia	Eva Stergar, Vesna Pucelj	Institute of Public Health of the Republic of Slovenia, Ljubljana
España	Carmen Moreno Rodriguez, Pedro Juan Pérez Moreno, Victoria Muñoz Tinoco	Facultad de Psicología, Universidad Sevilla
	Joan Manuel Batista	Departamento de Métodos,

<b>País o región</b>	<b>Investigadores y miembros del equipo</b>	<b>Institución</b>
		Universidad ESADE, Barcelona
	Inmaculada Sánchez Queija	Facultad de Psicología. Universidad de Madrid
Suecia	Ulla Marklund, Mia Danielson	National Institute of Public Health, Estocolmo
Suiza	Holger Schmid, Marina Delgrande Jordan, Emmanuel Kuntsche, Hervé Küendig	Swiss Institute for the Prevention of Alcohol and Drug Problems, Lausanne
Antigua República Yugoslava de Macedonia	Lina Kostarova Unkovska, Katerina Naumova, Dejan Atanasov, Zhaneta Chonteva, Kristina Egumenovska, Ana Gjoric	Centre for Psychosocial and Crises Action, Skopje
Ucrania	Olga Balakireva, Alexander Yaramenko	Ukrainian Institute for Social Research, Kiev
Estados Unidos de América	Mary Overpeck, Rebecca Tingle, Julia Gage	Maternal and Child Health Bureau, US Department of Health and Human Services, Rockville
	Mary Hediger	National Institute of Child Health and Human Development, Bethesda
	Jim Ross, Lori Marshall, Tonja Kyle	Macro International Inc., Calverton
Gales	Chris Roberts, Nina Parry-Langdon	Health Promotion Division, Welsh Assembly Government, Cardiff Human Services, Rockville



# Agradecimientos

El estudio HBSC sobre la conducta sanitaria de los jóvenes en edad escolar (“Health Behaviour in School-aged Children” - HBSC), un estudio trans-nacional y en colaboración de la OMS, implica la cooperación de una amplia red de investigadores procedentes de todos los países y las regiones participantes. Se puede encontrar toda la información detallada de contacto en la página web HBSC.<sup>1</sup>

El consejo editorial desea agradecer a Leslie Alexander y Géraldine Debard, Universidad de Edimburgo, y a Matthias Richter, Universidad de Bielefeld, su contribución al proceso editorial final. Asimismo agradecer a Mary Johnston, Health Canada, su importante contribución a la planificación de este estudio antes de abandonar el mismo.

La recogida de datos en cada país o región ha sido financiada a nivel nacional. Nosotros agradecemos la asistencia financiera proporcionada por diversos ministerios, fundaciones de investigación y otros organismos de financiación de los países y las regiones participantes. Asimismo agradecemos especialmente a la Región de Toscana y a la Meyer Hospital Foundation su asistencia a la publicación de este informe.

Por último, también deseamos agradecer la cooperación de todos los jóvenes que han compartido sus experiencias con nosotros, así como la colaboración de los centros educativos y las autoridades educativas de cada uno de los países y las regiones participantes, que han hecho posible la realización de esta encuesta.

Candace Currie, Chris Roberts, Antony Morgan, Rebecca Smith, Wolfgang Settertobulte,  
Oddrun Samdal y Vivian Barnekow Rasmussen

---

<sup>1</sup> HBSC: La conducta sanitaria de los jóvenes en edad escolar: un estudio trans-nacional y en colaboración de la Organización Mundial de la Salud, Edimburgo, Unidad de Investigación sobre la Salud de la Infancia y la Adolescencia, Universidad de Edimburgo, 2002 (“Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh”) (<http://www.hbsc.org>, con acceso el 26 de enero de 2004).



# Prefacio

*El Estudio HBSC sobre la conducta sanitaria de los jóvenes en edad escolar proporciona una panorámica interna única sobre la salud y la conducta de los jóvenes. Asimismo presenta información acerca de un segmento poco conocido de la sociedad, pero que tiene el mayor potencial de beneficio con las políticas y las iniciativas sanitarias basadas en una investigación y una información sólidas. Este informe internacional HBSC resulta valioso para todas las personas que trabajan para este grupo de edad, ya sean responsables políticos, planificadores, educadores, profesores, padres, cuidadores, y por supuesto, los propios jóvenes. La OMS desea agradecer la contribución de los investigadores que han llevado a cabo el estudio, pero también, y de forma especial, la contribución de los jóvenes que han participado en el mismo. Los datos publicados aquí son suyos y se han recogido gracias a la apertura y al deseo de compartir que son en muchos casos cuestiones muy personales. Sin su confianza y su cooperación no existiría el informe internacional HBSC.*

*El estudio se ha llevado a cabo en una amplia zona geográfica y engloba una amplia gama de temas de salud. Dichos temas incluyen los aspectos físicos, emocionales y psicológicos de la salud, y las influencias de la familia, los centros educativos y los compañeros, así como los factores socioeconómicos y de desarrollo. La calidad y el valor de la información presentada son elevados, de modo que este informe internacional debería llegar a todas las personas clave que participan o que son responsables de la promoción de la salud de los jóvenes.*

*Para maximizar el uso y el impacto de esta publicación, la Oficina Regional de la OMS para Europa, a través de su recientemente constituida Oficina Europea de Inversiones en Salud y Desarrollo, que organiza congresos anuales para promover el debate de los resultados HBSC, creará oportunidades de divulgación y defensa de la salud de los jóvenes, y fortalecerá el compromiso con la promoción de la salud de los jóvenes. Este proceso forma parte de un plan más amplio destinado a poner estos resultados a disposición de una gama más amplia de agentes interesados a nivel internacional, nacional y local. La primera prioridad es mejorar el perfil de los informes, en especial, en relación con los responsables políticos, las instituciones de salud pública y los medios de comunicación de masas.*

*En nuestros esfuerzos de divulgación, las personas que trabajamos en la OMS hemos pretendido asimismo colocar a los jóvenes en el centro del proceso. Nosotros les consideramos como socios plenos a la hora de definir los temas, de considerar la estrategia y los ejemplos de buenas prácticas, y de debatir las opciones y las acciones alternativas para la mejora de su salud. En calidad de ciudadanos de pleno derecho, los niños y los adolescentes tienen derecho a defender su salud y a actuar sobre ella. Asimismo, ello/as deben esperar que su salud sea promovida y protegida activamente como un objetivo político fundamental en todas las sociedades civilizadas. El presente informe internacional HBSC y los esfuerzos de la OMS para promoverlo pretenden ser herramientas importantes a la hora de impulsar la agenda para la salud de los jóvenes.*

*Erio Ziglio*  
Director de Inversiones en Salud y Desarrollo  
Oficina Regional de la OMS para Europa



# Prólogo

*El cuidado de la salud de los jóvenes resulta de vital importancia para los Estados Miembros de la OMS y para la Región Europea en su conjunto. El futuro está en la población más joven. Nosotros, los adultos, estamos obligados a garantizar la asistencia y la realización de las inversiones correctas en relación con la promoción de la salud de los jóvenes. Nosotros debemos contar con unos cimientos saludables, equilibrados y equitativos sobre los cuales los miembros más jóvenes de la sociedad puedan crecer y prosperar.*

*El estudio HBSC sobre la conducta sanitaria de los jóvenes, un estudio en colaboración de la OMS, es una iniciativa única que profundiza nuestra comprensión sobre la salud percibida, los conocimientos, las actitudes y las conductas de los jóvenes. Nosotros sabemos que los modelos de actitudes, de conductas y de estilos de vida ejercen una influencia muy importante sobre el bienestar, y que dichos modelos se configuran a una edad temprana. Es importante conocer cuáles son los factores que determinan estos modelos que perduran a lo largo de toda la vida.*

*El estudio HBSC cubre una laguna de investigación en relación con los jóvenes de 11 – 15 años, reconociendo que forman parte integrante de la sociedad y que no son simplemente futuros adultos. El estudio se ha realizado de acuerdo con un auténtico proceso de colaboración y es un buen ejemplo de cooperación internacional e intercambio de información y de conocimientos. Los resultados del estudio HBSC proporcionan una herramienta práctica para el trabajo de salud pública y de promoción de la salud. La información cada vez se utiliza más para complementar el vasto conjunto de datos relativos a la iniciativa “salud para todos”, aportando luz sobre un segmento de la población europea sobre el que existía una carencia crónica de datos, tanto en la Región Europea como a nivel mundial.*

*En la Oficina Regional de la OMS para Europa, estamos muy orgullosos de que tantos países y regiones hayan participado en el estudio y sean participantes activos del HBSC. Muchos países europeos –y Canadá y Estados Unidos- han contribuido a este informe, lo que ha permitido elaborar un producto de largo alcance que posibilita amplias comparaciones geográficas que son importantes a la hora de evaluar las tendencias conductuales y sanitarias. Nosotros esperamos que, alentados por el presente estudio, todos los Estados Miembros europeos pronto formen parte del HBSC y participen en este importante trabajo.*

*A lo largo de los años, el HBSC ha jugado un papel relevante a la hora de proporcionar las pruebas científicas necesarias para llevar a cabo unas políticas y unos programas eficaces, con el fin de crear mejores oportunidades para la salud de los jóvenes. Nosotros podemos predecir que el HBSC continuará promoviendo los debates y el compromiso con la salud de los jóvenes tanto dentro como fuera de la Región Europea.*

*El presente informe internacional HBSC complementa los actuales esfuerzos de la Oficina Regional y de los Estados Miembros por considerar la salud como un derecho humano fundamental de los jóvenes. El informe muestra claramente que la salud de los niños y los adolescentes en la Región presenta un amplio ámbito de mejora.*

*Marc Danzon*  
Director Regional de la OMS para Europa



# **CAPÍTULO PRIMERO**

## **Introducción**

### **Candace Currie y Chris Roberts**

#### **El estudio HBSC sobre la conducta sanitaria de los jóvenes en edad escolar (“Health Behaviour in School-aged Children” - HBSC)**

El estudio HBSC sobre la conducta sanitaria de los jóvenes en edad escolar, creado hace 22 años, es una investigación transnacional realizada por una red internacional de equipos de investigadores en colaboración con la Oficina Regional de la OMS para Europa. Su objetivo es obtener una nueva panorámica interna y una mejora de la comprensión de la salud, el bienestar, la conducta sanitaria y el contexto social de los jóvenes. Investigadores procedentes de tres países pusieron en marcha el estudio HBSC en 1982 (1); desde entonces, un creciente número de países y de regiones se ha unido a la red del estudio (Tabla 1.1).

El estudio HBSC considera la salud de los jóvenes en su sentido más amplio –el bienestar físico, social y emocional, y no simplemente la ausencia de enfermedad-. Por lo tanto la salud es considerada como un recurso para la vida cotidiana. El estudio HBSC es una iniciativa única, porque, además de realizar un seguimiento de la salud y de la conducta sanitaria de los jóvenes a lo largo del tiempo y en diferentes países, engloba el contexto más amplio de la salud. Dicho contexto incluye la investigación de los escenarios familiares y de los compañeros, así como el entorno socioeconómico en el que crecen los jóvenes, con el fin de comprender cuáles son los factores que configuran y afectan a su salud y a su conducta sanitaria.

El estudio genera una gama y una profundidad de información que no se pueden obtener con la mayoría de los estudios de seguimiento. Se ha desarrollado un instrumento de investigación que cuenta con una sólida base conceptual y que incluye un conjunto coherente de indicadores relativos a los factores determinantes sociales e individuales de la salud, así como a los resultados sanitarios y conductuales. Estos elementos se describen de forma detallada en el protocolo de investigación internacional de la encuesta 2001 / 2002 (2).

**Tabla 1.1: Encuestas HBSC – Países y regiones incluidos en los ficheros internacionales de datos**

Encuestas HBSC					
1983 - 1984	1985 - 1986	1989 - 1990	1993 - 1994	1997 - 1998	2001 – 2002
Inglaterra	Finlandia	Finlandia	Finlandia	Finlandia	Finlandia
Finlandia	Noruega	Noruega	Noruega	Noruega	Noruega
Noruega	Austria	Austria	Austria	Austria	Austria
Austria	Bélgica	Bélgica <sup>a</sup>	Bélgica	Bélgica	Bélgica
Dinamarca <sup>b</sup>	(región francesa)	Hungría	(región francesa)	(región francesa)	(región francesa)
	Hungría	Escocia	Hungría	Hungría	Hungría
	Israel	España	Israel	Israel	Israel
	Escocia	Suecia	Escocia	Escocia	Escocia
	España	Suiza	España	Suecia	España
	Suecia	Gales	Suecia	Suiza	Suecia
	Suiza	Dinamarca <sup>b</sup>	Suiza	Gales	Suiza
	Gales	Holanda <sup>b</sup>	Gales	Dinamarca	Gales
	Dinamarca <sup>b</sup>	Canadá	Dinamarca	Canadá	Dinamarca
	Holanda <sup>b</sup>	Letonia <sup>b</sup>	Canadá	Letonia	Canadá
		Irlanda del Norte <sup>b</sup>	Letonia	Irlanda del Norte	Letonia
		Polonia	Irlanda del Norte	Polonia	Irlanda del Norte
			Polonia	Bélgica (región flamenca)	Polonia
			Bélgica (región flamenca)	República Checa	Bélgica (región flamenca)
			República Checa	Estonia	República Checa
			Estonia	Francia	Estonia
			Francia	Alemania	Francia
			Alemania	Groenlandia	Alemania
			Groenlandia	Lituania	Groenlandia
			Lituania	Federación Rusa	Lituania
			Federación Rusa	Eslovaquia	Federación Rusa
			Eslovaquia	Inglaterra	Eslovaquia
				Grecia	Inglaterra
				Portugal	Grecia
				Irlanda	Portugal
				Estados Unidos	Irlanda
					Estados Unidos
					Antigua República Yugoslava de Macedonia
					Holanda
					Italia
					Croacia
					Malta
					Eslovenia
					Ucrania

a. Fichero nacional de datos

b. Realizaron la encuesta después de las fechas previstas para el trabajo de campo.

## **La encuesta HBSC 2001 / 2002**

Las encuestas HBSC se realizan a intervalos de cuatro años. Sus resultados son utilizados para proporcionar información y ejercer una influencia en relación con las prácticas y las políticas de promoción y de educación sanitaria destinadas a los jóvenes a nivel internacional y nacional, así como para mejorar los conocimientos científicos. La encuesta 2001/2002, en la que se basa el presente estudio, es la sexta encuesta de la serie y la más reciente. Se llevó a cabo con éxito en 35 países y regiones (Tabla 1.1).

Los datos se recogen en todos los países y las regiones participantes a través de encuestas realizadas en los centros educativos, utilizando el protocolo internacional de investigación. El documento de la encuesta es un cuestionario tipificado que ha sido desarrollado por la red internacional de investigación. La población meta del estudio engloba a los jóvenes de 11, 13 y 15 años que asisten a la escuela. Estos tres grupos de edad representan el inicio de la adolescencia, que es el período en el que los jóvenes deben hacer frente a los retos del cambio físico y emocional, y los años intermedios, cuando se empiezan a tomar las decisiones importantes en relación con la vida y la carrera profesional.

El cuestionario consta de un conjunto de puntos obligatorios que cada país o región debe utilizar para facilitar la recogida de un conjunto común de datos. Éstos son los datos que se presentan en este informe internacional. Además, los puntos opcionales del cuestionario engloban los temas específicos. Los datos procedentes de esta sección se comunicarán en futuras publicaciones.

El Anexo 1 describe de forma detallada los métodos de la encuesta. Asimismo se reseña un breve sumario.

## **Muestreo y recogida de datos**

La encuesta HBSC 2001 / 2002 se realizó en los siguientes países y regiones de las regiones de la OMS de Europa y las Américas: Austria, Bélgica (las poblaciones de lengua flamenca y francesa), Canadá, Croacia, la República Checa, Dinamarca, Inglaterra, Estonia, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Groenlandia, Hungría, Irlanda, Israel, Italia, Letonia, Lituania, Malta, Holanda, Noruega, Polonia, Portugal, la Federación Rusa, Escocia, Eslovenia, España, Suecia, Suiza, la Antigua República Yugoslava de Macedonia, Ucrania, Estados Unidos y Gales.

Se seleccionó una muestra regional en Alemania (Berlín, Hessen, Norte del Rin-Westfalia y Sajonia). Se han desarrollado estudios independientes que incluyeron las poblaciones de lengua flamenca y francesa de Bélgica, así como en Inglaterra, Escocia y Gales en el Reino Unido. Puesto que la población de Groenlandia es relativamente pequeña, se utilizó un censo de la población escolar y todos los jóvenes matriculados en un centro educativo y englobados en los grupos de edad meta fueron encuestados, salvo por aquellos que no estaban presentes el día de la recogida de datos. El trabajo de campo se desarrolló en todos los países entre el otoño de 2001 y la primavera de 2002. Lamentablemente, el tamaño de la muestra de Eslovaquia se consideró demasiado reducido para que ésta fuera incluida en el fichero internacional de datos 2001 / 2002.

En cada país se contó con aproximadamente 1.500 encuestados para cada uno de los tres grupos de edad meta. Los jóvenes fueron seleccionados de acuerdo con un diseño de muestreo por universos, en el que la unidad inicial de muestreo fue bien la clase o bien el centro educativo. Los centros educativos fueron objeto de muestreo cuando no se disponía de listas de clase. El requisito relativo al tamaño mínimo de la muestra se cumplió en la mayoría de países y regiones.

Se han realizado todos los esfuerzos para garantizar el cumplimiento del protocolo HBSC, así como la coherencia de los documentos de la encuesta y los procedimientos de procesamiento y de recogida de datos. Se ha utilizado personal con formación especial, profesores y cuidadores escolares, para supervisar la cumplimentación de los cuestionarios en las clases de los centros educativos. Una vez finalizado el trabajo de campo, los datos fueron preparados, utilizando la documentación tipificada, y remitidos al Banco Internacional de Datos HBSC situado en la Universidad de Bergen, Noruega. Los datos fueron verificados, limpiados y devueltos a los países para su aprobación antes de ser introducidos en un fichero internacional.

## **Panorámica general del informe: objetivo y contenido**

Este informe forma parte de una serie dirigida a una gama de usuarios responsables del desarrollo de programas para promover la salud y el bienestar de los jóvenes en edad escolar. Dichos usuarios incluyen los responsables políticos de los diversos niveles gubernamentales, las organizaciones no gubernamentales y los profesionales de sectores tales como la sanidad, la educación, los servicios sociales, la justicia y las actividades de ocio.

Los medios de comunicación, tanto generales como especializados, ejercen una influencia clave sobre el público, y, por lo tanto, sobre los políticos, los responsables gubernamentales y los organismos públicos. Los medios de comunicación son importantes para la encuesta en relación con la divulgación y el alcance, así como con el aumento de la comprensión pública. Por otra parte, los educadores se pueden beneficiar del acceso a dichos datos, lo que puede contribuir a mejorar su comprensión de los jóvenes a los que enseñan. Los datos pueden tener una importancia clave para las universidades a la hora de formar a futuros profesores y profesionales de la atención sanitaria, así como para los profesionales ya establecidos en una serie de ámbitos, con inclusión de la salud. Por lo tanto, los datos deben estar disponibles tanto para la formación previa de estos profesionales como para los profesionales en ejercicio.

Existen informes internacionales disponibles con respecto a las encuestas HBSC 1993/1994 y 1997/1998 (3, 4). El presente informe es la primera presentación principal de los datos internacionales procedentes de la encuesta HBSC 2001/2002.

Los responsables políticos deben trabajar con información actualizada sobre la prevalencia de las conductas prioritarias relacionadas con la salud y los indicadores clave de la salud. Dichos datos son el componente central de este informe (Capítulo 3).

Una característica específica del informe es que coloca estos resultados dentro de los contextos social y de desarrollo (Capítulos 2 y 4). Por lo tanto, las circunstancias socioeconómicas, la familia, el entorno escolar, las relaciones con los compañeros y el proceso de maduración son todos examinados como factores importantes que afectan a la salud y a la conducta relacionada con la salud de los jóvenes en edad escolar. Por otra parte, las descripciones de los aspectos sociales y económicos de la vida en los diferentes países y regiones se pueden utilizar para desarrollar indicadores de la promoción de la salud y del desarrollo de la salud de los jóvenes, tal y como se describe en el Capítulo 5.

El Capítulo 2 presenta los datos descriptivos básicos sobre temas como la situación socioeconómica de la familia, la estructura de la familia y la comunicación en el seno de la misma, los grupos de compañeros y los modelos de amistad, y el entorno escolar. Las anteriores investigaciones, tanto dentro del contexto del estudio HBSC como en otros estudios, han demostrado que los citados contextos sociales ejercen una influencia significativa sobre la salud de los jóvenes en su sentido más amplio. Por lo tanto, el informe toma en consideración el complejo escenario social en el que se desarrolla la salud. Cualquier intento de promover la salud de los jóvenes debe considerar dichos contextos e integrarlos en el diseño de las intervenciones y los programas de prevención.

El Capítulo 3 constituye el cuerpo principal del informe y hace referencia a la salud y la conducta relacionada con la salud de las chicas y los chicos de 11, 13 y 15 años de edad. Los datos son presentados en diversas secciones: salud y bienestar, consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de cannabis, actividad física y conducta sedentaria, hábitos alimentarios e imagen corporal, salud oral, intimidación y agresiones físicas, lesiones, y salud sexual. Los anteriores informes internacionales HBSC han englobado muchas de estas cuestiones, pero este informe es el primero en proporcionar unos datos transnacionales globales sobre salud sexual y el consumo de cannabis.

El Capítulo 4 demuestra la relevancia del contexto social y de desarrollo mediante el análisis de algunas de las relaciones entre factores contextuales específicos y los resultados conductuales. Este capítulo tiene un carácter más ilustrativo que global. La panorámica más compleja de los factores que afectan a la salud de los jóvenes se presentará en los futuros informes y documentos científicos HBSC. Las publicaciones relativas a anteriores encuestas HBSC se reseñan en la página web HBSC (5).

El Capítulo 5 resume los principales resultados de la encuesta descritos en los Capítulos 2 – 4, y debate sus implicaciones para el futuro desarrollo de políticas y programas con el fin de mejorar la salud y el bienestar de los jóvenes.

## **Presentación de los resultados en los Capítulos 2 - 4**

La mayoría de los resultados del presente informe se presentan de forma proporcional mediante gráficos de barras sencillos, desglosados por país / región, edad y género, y se reseñan en orden descendente de prevalencia para chicos y chicas combinados. No obstante, las Figuras que aparecen en el Capítulo 4 presentan los países y las regiones en orden alfabético, puesto que el objetivo es demostrar las relaciones entre las variables y / o las similitudes en los modelos, en lugar de establecer clasificaciones. Generalmente, se presentan los datos procedentes de una categoría de respuestas o de una combinación de categorías de respuestas, tales como la proporción de fumadores semanales. En algunas secciones, los autores han presentado asimismo las relaciones entre las variables de interés y los factores relacionados con las mismas en forma de asociaciones sencillas entre dos variables. En la mayoría de los casos, dichas asociaciones se han calculado mediante la agregación de los datos de todos los países, con el fin de establecer los modelos generales.

## **La interpretación de los resultados**

Muchos investigadores y responsables políticos desean ser capaces de comprender las similitudes y las diferencias entre los países y las regiones participantes, y cómo éstas han cambiado a lo largo del tiempo. La capacidad para hacer frente a estas cuestiones es claramente uno de los atractivos de un estudio internacional como el estudio HBSC, y se están realizando esfuerzos para tipificar los métodos utilizados en cada país. Sin embargo, los resultados presentados en este informe deben ser interpretados con cierta cautela.

El Anexo 1 hace referencia al muestreo con cierto detalle, pero es importante tratar algunos de los aspectos del diseño del muestreo HBSC que pudieran tener implicaciones para la interpretación de los resultados presentados aquí. El muestreo por universos aplicado en el estudio genera una correlación de puntos en los encuestados en función de la medida en que los jóvenes que configuran un universo (como, por ejemplo, una clase) comparten conductas y opiniones similares. Por ejemplo, los miembros de una clase tienen más probabilidades de tener opiniones similares acerca de si les gusta la escuela que acerca de la facilidad con la que se comunican con sus padres. Por lo tanto, se puede conceder mayor peso a las pequeñas diferencias porcentuales (por ejemplo, entre chicos y chicas o entre países y regiones) en relación con aquellos puntos de la encuesta en el que el nivel de configuración de universos es más reducido, como, por ejemplo, la facilidad de comunicación con los padres.

Tal y como se ha mencionado, debido al pequeño tamaño de la muestra de Groenlandia y Malta, las estrategias de muestreo aplicadas han sido diferentes a las de otras zonas. Los intervalos de confianza para los datos recogidos en Groenlandia se corresponden con las directrices establecidas en el protocolo HBSC cuando los datos se presentan para la región en su conjunto o por géneros. No obstante, si los datos se encuentran desagregados por edad y género, los intervalos de confianza probablemente serán del 4% - 8%, que

son aproximadamente dos veces superiores a los aplicados a los datos de otros países y regiones.

Aunque el diseño de la muestra es importante, se deben considerar muchos otros factores a la hora de interpretar los resultados que aquí se presentan. La encuesta ha englobado muchos sistemas educativos y muchas culturas e idiomas diferentes; los métodos de gestión de la encuesta también han variado en el seno de los países y las regiones y entre los mismos. La importancia de la cultura y del idioma no se debe infravalorar cuando se requiere la definición del concepto como parte de un punto temático utilizado en la encuesta; por ejemplo, a la hora de establecer unas definiciones comunes para la actividad física o la intimidación. Las muestras difieren asimismo en términos de variables tales como la edad, la situación socioeconómica, el sistema escolar y la cobertura geográfica. La asistencia escolar puede variar, lo que presenta un potencial de introducción de sesgo en los datos presentados. Por ejemplo, las pasadas investigaciones han indicado que los jóvenes que no asisten a la escuela tienen más probabilidades de fumar y que, por lo tanto, el número de fumadores puede estar infravalorado en los datos (6). Por otra parte, las diferencias estacionales en el calendario del trabajo de campo pueden afectar a variables específicas, tales como las dietas y la actividad física. Por lo tanto, las muestras pueden variar tanto en términos geográficos como temporales, por lo que este hecho se debe tomar en consideración.

Debido a esta serie de factores de complicación, las comparaciones entre países y regiones y las interpretaciones a lo largo del tiempo se deben interpretar con cierta cautela. Los análisis sugieren que no se debe atribuir demasiada importancia a las diferencias de seis puntos porcentuales o inferiores. No obstante, resulta improbable que las diferencias metodológicas puedan por sí mismas generar las grandes variaciones y las similitudes significativas que aparecen en este informe.

## **Investigación en colaboración y desarrollo de capacidades**

El informe ha sido elaborado por 48 autores, con aportaciones de los miembros del grupo editorial de la red internacional de investigación HBSC. Los autores de los capítulos han colaborado en el desarrollo del protocolo HBSC (2), trabajando en colaboración en grupos centrados en temas específicos, y cuyas perspectivas dependían de los diferentes antecedentes disciplinares de los autores y de su familiaridad con los paradigmas de investigación asociados. Por lo tanto, los capítulos de este informe reflejan sus perspectivas psicológicas, sociológicas y de salud pública sobre la salud de los jóvenes. Esta diversidad de perspectivas enriquece el informe, mostrando una amplia gama de puntos de vista a los responsables políticos y a los profesionales.

Un objetivo clave del estudio HBSC es el desarrollo de una capacidad de investigación en los países y regiones participantes, en especial, en los nuevos miembros donde no existe tradición de investigación sobre la salud de la población en edad escolar. El hecho de contribuir a la preparación del informe demostró ser una forma de fomentar la investigación en colaboración y el desarrollo de capacidades en los nuevos equipos de investigación, además de

proporcionar a los investigadores en formación la oportunidad de beneficiarse de la experiencia de los miembros HBSC más antiguos.

## Colaboración de la OMS

Puesto que el estudio HBSC se ha convertido en un estudio en colaboración de la OMS, la Oficina Regional de la OMS para Europa ha jugado un papel relevante a la hora de mejorar y aumentar la utilización de los resultados. Dichos resultados son utilizados de forma extensiva en el seno de la OMS, y la perspectiva del estudio y su enfoque centrado en los determinantes sociales y económicos de la salud son totalmente compatibles con las directrices políticas de salud para todos de la OMS (8). Por otra parte, la OMS ejerce una influencia sobre el desarrollo del estudio HBSC al identificar las cuestiones sanitarias de especial importancia y al proporcionar asistencia a la divulgación de los resultados, por ejemplo, a través de la publicación en la serie a la que pertenece este libro y que esta destinada a un público amplio. La OMS también cuenta con representación en el grupo de desarrollo de políticas HBSC.

La asociación Oficina Regional / HBSC incluye a la Oficina Europea de Inversiones en Salud y Desarrollo de la OMS. Dicha oficina proporciona muchas oportunidades para que el estudio progrese, por ejemplo, mediante el desarrollo de un foro de salud que celebrará en 2004 un congreso sobre la salud de los jóvenes centrado en los resultados presentados en este informe.

Tal y como se ha declarado, el estudio HBSC tiene un objetivo más amplio que la mera recogida de datos. Este estudio pretende mejorar la salud a través de la promoción de los resultados científicos, que pueden contribuir al desarrollo de las políticas y los programas destinados a los jóvenes, los profesionales sanitarios, la familias, los centros educativos y el público, tanto a nivel nacional como internacional.

En todo el mundo se ha incrementado el reconocimiento de que una gama de entornos sociales, culturales, económicos, políticos y físicos afecta a la salud de todos los grupos de edad. Este hecho cada vez se refleja más en las nuevas agendas y marcos políticos de salud pública que se centran en los determinantes sociales y económicos más amplios de la salud en calidad de prioridades de actuación. La información contenida en este informe pretende contribuir a este proceso.

## Bibliografía

1. Aarø LE et al. Health behaviour in schoolchildren. A WHO cross-national survey. *Health Promotion*, 1986, 1(1):17–33.
2. Currie C, Samdal O, Boyce W et al., eds. *Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study (HBSC). Research protocol for the 2001/2002 survey*. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh, 2001 ([http://www.hbsc.org/downloads/Protocol\\_Section1.pdf](http://www.hbsc.org/downloads/Protocol_Section1.pdf), accessed 27 January 2004).
3. King A et al. *The health of youth: a cross-national survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (WHO Regional Publications, European Series No. 69;

[http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911\\_53](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_53), accessed 28 January 2004). 6 Young people's health in context Introduction 7

4. *Health and health behaviour among young people. International report from the HBSC 1997/98 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (WHO Policy Series: Health Policy for Children and Adolescents. No. 1; [http://www.hbsc.org/downloads/Int\\_Report\\_00.pdf](http://www.hbsc.org/downloads/Int_Report_00.pdf), accessed 27 January 2004).
5. HBSC: Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization collaborative cross-national study [web site]. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh, 2002 (<http://www.hbsc.org/publications.html>, accessed 27 January 2004).
6. Charlton A, Blair V. Absence from school related to children's and parental smoking habits. *British Medical Journal*, 1989, 289:90–92.
7. Smith C, Wold B, Moore L. Health behaviour research with adolescents: a perspective from the WHO cross-national health behaviour in school-aged children study. *Health Promotion Journal of Australia*, 1992, 2:41–44.
8. Health21: *the health for all policy framework for the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (European Health for All Series, No. 6; [http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911\\_38](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_38), accessed 27 January 2004).



# CAPÍTULO SEGUNDO

## Las circunstancias vitales de los jóvenes

### Introducción – *Antony Morgan*

Las circunstancias vitales afectan de forma sustancial a la capacidad de los jóvenes para adquirir, mantener y desarrollar un bienestar y una buena salud. Por otra parte, las investigaciones han demostrado que las experiencias y las exposiciones a lo largo de la vida, en especial, a edades tempranas, tienen implicaciones a largo plazo para la salud y pueden ser en realidad una de las causas básicas de la desigualdad en materia de salud en etapas posteriores de la vida (1). Desde su inicio, el estudio HBSC ha tenido el objetivo de comprender la salud y la conducta sanitaria de los adolescentes mediante la exploración de las influencias sociales, medioambientales y psicológicas sobre la salud (2). El estudio ha desarrollado módulos de preguntas que ya han contribuido a demostrar la importancia de estas influencias más amplias y han creado un potencial para establecer los modelos de salud y de conducta sanitaria de los jóvenes en contextos sociales (3-5).

Teniendo en cuenta el compromiso cada vez mayor de los responsables políticos internacionales a la hora de tomar en consideración los contextos vitales de las personas cuando se desarrollan estrategias de promoción de la salud, es el momento de que el HBSC incremente y mejore el perfil de la información que recoge sobre las circunstancias vitales de los jóvenes. Al actuar de este modo, el HBSC demostrará su potencial de contribución a la creación de una base de pruebas científicas destinada a eliminar las desigualdades en materia de salud que se observan en todo el mundo entre los grupos con diferente situación económica, localización geográfica, género, raza y etnia (6).

Los anteriores informes HBSC (7-8) han subrayado que las circunstancias familiares, escolares, socioeconómicas y de compañeros son los contextos clave relacionados con la salud y la conducta sanitaria de los jóvenes. Las siguientes cuatro secciones del presente capítulo introducen dichos contextos al lector mediante:

- El debate sobre su importancia para la salud de los jóvenes.
- La descripción de los valores de medición desarrollados para reflejar su significación para la salud y la conducta sanitaria de los jóvenes.
- La ilustración de las diferencias y de las similitudes en los modelos de estos contextos en los diferentes países y regiones, grupos de edad y géneros.

Estas secciones proporcionan un marco para la perspectiva analítica más detallada desarrollada en el Capítulo 4, que analiza las relaciones entre estos contextos y una gama de resultados sanitarios y de resultados asociados.

## La importancia del contexto

A nivel internacional, el reconocimiento de la importancia de los determinantes más amplios de la salud se ha incrementado a lo largo de los últimos diez años. Por lo tanto, se han desarrollado modelos con el fin de identificar la gama de determinantes y su influencia sobre la salud. Uno de dichos modelos, utilizado con frecuencia en los documentos políticos nacionales e internacionales, es el “arco político de Dahlgren (9), que describe las diversas capas de influencia sobre el potencial de salud de una persona (Fig. 2.1). Dicho arco constituye un modelo de salud que incluye factores fijos como la edad, el género y las características genéticas, y un conjunto de factores potencialmente modificables que se encuentran tanto bajo el control de la persona como fuera del control de ésta.

**Figura 2.1: El arco político**

Condiciones socioeconómicas, culturales y medioambientales generales							
Agricultura y producción de alimentos	Educación	Entorno laboral	Condiciones vitales y laborales	Desempleo	Agua y saneamiento	Servicios de atención sanitaria	Vivienda
↔							
Redes sociales y comunitarias							
Factores relativos a los estilos de vida individuales							
Factores relativos a la edad y el sexo, factores hereditarios							

Fuente: Dahlgren (9).

Whitehead (10) describe estas capas de influencia dentro del contexto de las actuaciones establecidas por los responsables políticos para hacer frente a las desigualdades sanitarias. El modelo plantea preguntas acerca de en qué medida los factores de cada una de las capas afectan a la salud, de cuál es la viabilidad de cambiar factores específicos, y cuáles son las acciones requeridas para que los factores de una capa ejerzan una influencia sobre los factores asociados pertenecientes a otras capas.

Desde la perspectiva de la investigación, el modelo establece un valioso marco para el desarrollo de estrategias analíticas con el fin de verificar las teorías actuales sobre la salud y la conducta sanitaria de los jóvenes, así como de proporcionar asistencia al desarrollo de nuevas teorías. El modelo refuerza la necesidad de desarrollar estas estrategias a nivel individual, medioambiental (con inclusión de la interacción social) y social, tal y como se reseñaba en los anteriores protocolos de investigación HBSC (4, 5).

A lo largo de los años, el HBSC ha fomentado una amplia estrategia en relación con la comprensión de la salud y de la conducta sanitaria de los jóvenes y no se ha limitado a los conceptos o los marcos de cualquier perspectiva teórica específica. Se han integrado diversas perspectivas conceptuales al estudio, lo que refleja la participación de investigadores procedentes de diversos antecedentes disciplinarios (3). Por lo tanto, la solidez científica del estudio HBSC reside en su capacidad para acomodar una gama complementaria, y en ocasiones superpuesta, de perspectivas, lo que genera la posibilidad de desarrollar una comprensión más sofisticada y múltiple de la salud de los jóvenes.

Algunos autores (11, 12) han hecho un llamamiento a favor del desarrollo de nuevas teorías sobre las experiencias sanitarias diferenciales de los diversos grupos de población que viven en diferentes contextos y circunstancias. El desarrollo de cualquier nueva teoría se basa en la capacidad para conceptualizar y medir de forma exacta el fenómeno específico que está siendo estudiado. Una de las características únicas del estudio HBSC es la disponibilidad de una amplia gama de indicadores sociales ensayados y verificados que respaldan el desarrollo teórico utilizando un modelo social de salud.

Los responsables políticos, los investigadores y los profesionales interesados en la promoción de la salud y del bienestar de los jóvenes deben comprender las influencias de las familias, los centros escolares, los compañeros y los entornos socioeconómicos. Las siguientes cuatro secciones presentan una introducción sobre el trabajo realizado en estos ámbitos a lo largo de los últimos años. Estos trabajos proporcionan al HBSC la posibilidad de aumentar los conocimientos sobre el complejo puzzle de los determinantes de la salud descrito por Dahlgren (9). Asimismo plantean el escenario para el uso de una serie de indicadores contextuales en el Capítulo 4 de este informe, que analiza la salud de los jóvenes en relación con sus circunstancias vitales.

## Bibliografía

1. Holland P et al. *Life course influences on health in early old age*. Lancaster, Economic and Social Research Council, 2000 (Research Findings 6).
2. Currie C. *A review of the Health Behaviour in School-Aged Children study (1995–1999) and plans for the future (1999–2004)*. Edinburgh, University of Edinburgh, 1999.
3. Currie C, Samdal O, Boyce W et al., eds. *Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study (HBSC). Research protocol for the 2001/2002 survey*. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh, 2001 ([http://www.hbsc.org/downloads/Protocol\\_Section1.pdf](http://www.hbsc.org/downloads/Protocol_Section1.pdf), accessed 27 January 2004).
4. Currie C et al. *Health Behaviour in School-Aged Children: a WHO cross-national survey (HBSC). Research protocol for the 1997/98 survey*. Edinburgh, Research Unit in Health and Behavioural Change, University of Edinburgh, 1998.
5. Wold B, Aarø LE, Smith C. *Health Behaviour in School-aged Children: a WHO cross-national study. Research protocol for the 1993–94 survey*. Bergen, University of Bergen, 1993.
6. Zollner H. National policies for reducing social inequalities in health in Europe. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2002, 30(59):6–11.
7. King A et al. *The health of youth: a cross-national survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (WHO Regional Publications, European Series No. 69; [http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911\\_53](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_53), accessed 28 January 2004).
8. Currie C et al., eds. *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 1; <http://www.who.dk/document/e67880.pdf>, accessed 20 January 2004).
9. Dahlgren G. *European Health Policy Conference: Opportunities for the Future. Volume II – Intersectoral action for health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995.
10. Whitehead M. Tackling health inequalities: a review of policy initiatives. In: Benzeval M, Judge K, Whitehead M, eds. *Tackling inequalities in health: an agenda for action*. London, Kings Fund, 1995.
11. Earls F, Carlson M. The social ecology of child health and well being. *Annual Review of Public Health*, 2001, 22:143–166.
12. Gillies P. Effectiveness of alliances and partnerships for health promotion. *Health Promotion International*, 1998, 13(2): 99-120.

# **La desigualdad socioeconómica – *William Boyce y Lorenza Dallago***

## **Introducción**

Esta sección introduce los fundamentos teóricos básicos del estudio de la situación socioeconómica y la desigualdad en relación con la salud de los jóvenes. A la hora de definir las políticas de salud pública en poblaciones social, demográfica y geográficamente definidas, resulta crucial tomar en consideración la cuestión de la desigualdad (1). La situación socioeconómica, que es considerada la principal base social de la desigualdad, es un valor de medición compuesto que incluye la situación económica (ingresos), la situación social (educación) y la situación laboral (puesto de trabajo). Aunque la desigualdad socioeconómica es muy difícil de cambiar a nivel nacional, ésta continúa siendo un factor de predicción muy importante de la edad a todas las edades.

## **El impacto de la desigualdad socioeconómica sobre la salud de los adultos**

La situación socioeconómica es importante para la salud por motivos tanto teóricos como prácticos. Desde una perspectiva de investigación, las diferencias de la situación socioeconómica han demostrado generar un impacto directo e indirecto sobre la salud (2). Las conductas sanitarias tales como el consumo de tabaco, las dietas, la actividad física y el consumo de alcohol están directamente asociados tanto a la situación socioeconómica como a los resultados sanitarios en las personas adultas. Existen asimismo pruebas científicas de que las características psicológicas de los adultos, tales como la depresión, la hostilidad, la ansiedad, la baja auto-estima, el estrés psicológico y la falta de recursos para hacer frente a la vida, están indirectamente asociadas a una situación socioeconómica desfavorable (3-5) y que esta asociación se produce en todos los niveles de ingresos. No sólo las personas que viven en una situación de pobreza tienen peor salud que las personas en circunstancias más favorables, sino que las personas que se encuentran en el extremo más alto del baremo disfrutaban de mejor salud que las personas que ocupan un lugar ligeramente inferior (6, 7). Este modelo plantea el reto de comprender cómo la situación socioeconómica afecta a la salud.

Existen dos tendencias principales de pensamiento. La primera asume una perspectiva material, sugiriendo que la desventaja de salud de las personas más desfavorecidas es debida principalmente a los efectos fisiológicos de unos niveles materiales absolutos inferiores, tales como la infravivienda, las dietas pobres y la calefacción inadecuada. La segunda asume una perspectiva psicológica, sugiriendo que el estrés asociado al hecho de ser más pobres que sus vecinos o que otros grupos de referencia relevantes genera una desventaja de salud. El hecho de contar con una posición social inferior puede generar enfermedades mentales y emocionales crónicas que ocasionen consecuencias fisiológicas directas, así como una exposición indirecta a riesgos conductuales en forma de estrategias de estrés - alivio, tales

como el tabaquismo, el consumo de alcohol y la alimentación excesiva. Estas perspectivas diferentes han hecho que los investigadores se centren bien en las diferencias absolutas de riqueza material o bien en las diferencias relativas de posición social, utilizando en cada caso los valores de medición adecuados de la situación socioeconómica.

## La pobreza

Desde una perspectiva práctica, la asociación entre la situación socioeconómica y la salud resulta preocupante, porque, en el mundo industrializado, la desigualdad socioeconómica y el número de personas que viven en situación de pobreza están aumentando. Éste es el caso de la parte occidental de la Región Europea de la OMS, de Canadá y de Estados Unidos. En la parte oriental de la Región Europea de la OMS, una creciente diferencia entre las personas ricas y las personas pobres ha sustituido la igualdad comparativa de los niveles de vida y del acceso a oportunidades vitales que existía antes de la década de 1990 (8, 9). La creciente desigualdad socioeconómica ha cambiado las condiciones vitales familiares de los niños y los adolescentes. Las economías globalizadas o reestructuradas han generado una reducción del bienestar material y social, en la medida en que los padres cada vez viven más situaciones de desempleo, de trabajos mal retribuidos y de trabajos realizados de acuerdo con contratos sin prestaciones sociales.

En la mayoría de los países industrializados, aproximadamente el 5% - 15% de todos los niños con una edad inferior a 16 años viven en situación de pobreza, tal y como es cuantificada con los criterios nacionales (10). Los países nórdicos presentan los índices más bajos de pobreza en la infancia, seguidos por los países del norte de Europa. En los países del sur de Europa y en el Reino Unido, unos porcentajes mucho más elevados de niños viven en hogares con escasos recursos. Los países del este de Europa presentan unos índices de pobreza muy elevados, de acuerdo con unas mediciones en dólares internacionales constantes (ajustados en función de la inflación), mientras que sus índices de pobreza relativa varían ampliamente. Estados Unidos presenta un nivel de pobreza en la infancia mucho más elevado que lo que su nivel nacional de ingresos sugeriría (11).

De acuerdo con la nueva investigación patrocinada por el Fondo para la Infancia de Naciones Unidas (UNICEF) (12), existen muchos más niños que viven en situación de pobreza que los reflejados en las cifras de las estadísticas tipificadas. Se registraron unos índices de pobreza en la infancia del 8% - 25% en Alemania, Hungría, Irlanda, España, Reino Unido y Estados Unidos durante años individuales en la década de 1990, pero el porcentaje de niños/as que había vivido en situación de pobreza durante cierto tiempo era significativamente más elevado. Por ejemplo, en Reino Unido, el 39% de los niños/as había vivido en situación de pobreza durante al menos una vez a lo largo de un período de cinco años, más del doble del índice de pobreza de la infancia para cualquier año individual. Este modelo se ha observado en muchos países de la Región Europea. A lo largo de un período de diez años, uno de cada cinco niños/as en Alemania y más de dos de cada cinco en Estados Unidos habían vivido al menos una vez en situación de pobreza (11, 13). Incluso la pobreza experimentada a lo largo de un período reducido de tiempo

puede afectar a la salud de los jóvenes durante las etapas sensibles de desarrollo de sus vidas.

Tal y como se describe en la siguiente sección, las estructuras familiares han cambiado en los últimos años. Los jóvenes viven en una amplia gama de estructuras, con inclusión de las familias monoparentales, las familias políticas (padrastra / madrastra) y las denominadas familias viajeras: en las que los miembros sólo viven juntos parte del tiempo debido a los modelos de trabajo de los padres. La estructura familiar ha sido asociada a la pobreza (11, 14), y se ha observado que determinados tipos de estructura familiar son más propensos a la pobreza. Por ejemplo, sólo el 37% de los jóvenes viven en familias con tres o más hijos, y aún así, estas familias constituyen prácticamente la mitad de todos los jóvenes que viven en situación de pobreza (14, 15). No obstante, otros factores pueden mediatizar la asociación entre la pobreza en la infancia y el tamaño de la familia. Por ejemplo, las familias monoparentales, generalmente madres jóvenes, presentan un riesgo más elevado de pobreza, pero también más probabilidades de tener familias más pequeñas (16, 17). Por otra parte, las familias de mayor tamaño generalmente son más frecuentes en determinados grupos étnicos, en los que existen asimismo tasas de paro elevadas (17 – 19).

## **Pruebas científicas sobre las desigualdades sociales en relación con la salud de los jóvenes**

Se ha demostrado que las desigualdades en la situación socioeconómica tienen una importancia clave para la salud de los adultos y de los jóvenes de acuerdo con una amplia gama de indicadores, que incluyen la mortalidad, la morbilidad, las enfermedades somáticas y psicosomáticas y la salud percibida (7, 20). Las pruebas científicas sobre las desigualdades sociales en la salud de los adolescentes son mucho menos claras. Algunos autores han observado relaciones estrechas entre la situación socioeconómica y la salud de los jóvenes (21 – 23), mientras que otros han detectado unas relaciones leves o no han detectado ninguna relación (24, 25). Estos últimos autores consideran la adolescencia como un período en el que los jóvenes buscan y ganan su independencia de los padres. Por lo tanto, ellos consideran que, durante este período de la vida, se produce una nivelación social que otorga a los compañeros la mayor influencia sobre los adolescentes, superando la influencia de cualquier otra característica familiar, con inclusión de la situación socioeconómica.

En resumen, un objetivo importante del estudio HBSC es examinar las diferencias en la situación socioeconómica, y su relación o relaciones con la salud, la conducta sanitaria (como, por ejemplo, el consumo de tabaco o el ejercicio físico) y los resultados sanitarios en los jóvenes. Con este fin, los investigadores HBSC han desarrollado valores de medición e indicadores de la situación socioeconómica de los jóvenes y han estudiado sus relaciones con los resultados referidos a la salud mediante una serie de encuestas, que incluyen ésta.

Esta sección tiene dos objetivos primordiales: proporcionar pruebas científicas sobre las desigualdades socioeconómicas entre los países y las regiones HBSC, y presentar un método adecuado para medir dichas

desigualdades entre los jóvenes. El Capítulo 4 analiza las relaciones entre la situación socioeconómica y diversos resultados asociados a la salud.

## **La medición de la situación socioeconómica de los jóvenes**

A lo largo de los años, el estudio HBSC ha utilizado una serie de valores de medición centrados en la situación socioeconómica objetiva y subjetiva de la familia. Las anteriores encuestas proporcionaron información sobre la situación laboral de los padres y la riqueza material y percibida de la familia, que son esencialmente valores de medición de la posición social. Los jóvenes son conscientes de las desigualdades socioeconómicas y de las oportunidades desiguales (26, 27), pero no son capaces de comunicar los niveles educativos o laborales de sus padres, y mucho menos sus ingresos (28). Cuando son recogidos, los datos sobre estos valores de medición de la posición social y de la riqueza relativa resultan valiosos a la hora de realizar análisis nacionales y contribuyen a explicar las variaciones de determinadas conductas y resultados sanitarios (29). No obstante, resultan menos valiosos para las comparaciones transnacionales, que requieren una correspondencia y una capacidad de comparación entre los sistemas de codificación laboral, las condiciones del mercado laboral y los programas de bienestar social de los distintos países.

Este informe analiza las desigualdades en la situación socioeconómica centrándose en las variaciones de ingresos que se expresan en el consumo de bienes materiales, utilizando la escala de riqueza familiar HBSC. Nosotros hemos decidido utilizar la riqueza familiar (consumo de bienes materiales) como una herramienta para determinar los ingresos familiares debido a la dificultad de obtener una información clara de los jóvenes sobre los niveles de ingresos de los padres y de la familia. Esta dificultad es especialmente relevante en el caso de los/as chicos/as más jóvenes y de los que no viven en una estructura familiar tradicional.

## **Métodos**

### **Desarrollo de un valor de medición para la riqueza familiar: la escala de riqueza familiar**

La escala de riqueza familiar (“Family affluence scale” – FAS), desarrollada para anteriores encuestas HBSC, es un valor de medición de la riqueza familiar (28, 29) que también fue utilizado en la encuesta 2001 / 2002 (30). La escala FAS está relacionada conceptualmente con los índices generales de carencia material (31, 32) y es similar a un índice de riqueza del hogar (33). Dicha escala consta de los siguientes cuatro puntos temáticos, que los jóvenes probablemente conocen: la propiedad de vehículos en la familia, la ocupación de las habitaciones, las vacaciones familiares y la propiedad de ordenadores.

*¿Posee tu familia un coche, una furgoneta o un camión?* Las categorías de respuesta son: No (= 1), Sí, uno (= 2), Sí, dos o más (= 3). Este punto es un componente del índice de carencia escocés desarrollado por Carstairs y Morris (31), que es ampliamente utilizado en las investigaciones sobre desigualdades sanitarias.

*¿Dispones de habitación propia?* Las categorías de respuesta son: No (= 1), Sí (= 2). Este punto es una herramienta sencilla para medir la superpoblación en la vivienda, y ha sido clasificado por Townsend (32) como carencia de vivienda; este punto forma parte asimismo del índice de carencia escocés.

*Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces has viajado de vacaciones con su familia?* Las categorías de respuesta son: Ninguna (= 1), Una vez (= 2), Dos veces (= 3), Más de dos veces (= 4). Este punto es un valor de medición de la carencia de medios familiares (32).

*¿Cuántos ordenadores posee tu familia?* Las categorías de respuesta son: Ninguno (= 1), Uno (= 2), Dos (= 3), Más de dos (= 4). Este punto se añadió al cuestionario de la encuesta 2001 / 2002 para identificar a las familias con una posición socioeconómica más elevada en los países ricos.

Se pueden aplicar determinados sesgos y limitaciones a estas preguntas. Por ejemplo, la propiedad de vehículos puede variar en función de si la residencia es urbana o rural. El hecho de compartir habitación puede estar relacionado con la cultura y el tamaño de la familia, así como con la edad y el género de los hijos.

Se calculó una calificación FAS compuesta para cada joven sobre la base de sus respuestas a estos cuatro puntos temáticos<sup>1</sup>. Para el análisis, nosotros utilizamos una escala ordinal de tres puntos, en la que FAS 1 (calificación = 0 – 3) indicaba un nivel bajo de riqueza, FAS 2 (calificación = 4, 5) indicaba un nivel medio de riqueza, y FAS 3 (calificación 6, 7) indicaba un nivel elevado de riqueza.

## Métodos

Las Figuras 2.2 – 2.5 muestran los porcentajes de jóvenes que han respondido a los puntos individuales FAS. La mayoría de los jóvenes comunica que sus familias poseen al menos un vehículo, salvo en Groenlandia y Ucrania (Figura 2.2). Los jóvenes de las otras dos terceras partes de los países y regiones comunican poseer dos o más vehículos en la familia.

---

<sup>1</sup> La calificación FAS compuesta se calculó mediante la siguiente fórmula:

- Recodificación VEHÍCULO ( 1 = 0) ( 2= 1) ( 3 = 2)
- Recodificación HABITACIÓN ( 1= 0) (2 = 1)
- Recodificación VACACIONES + ORDENADOR (1 = 0) (2 = 1) (3, 4 = 2)
- Cálculo FAS = VEHÍCULO + HABITACIÓN + VACACIONES + ORDENADOR
- Recodificación FAS (0, 1, 2, 3 = 1) (4, 5 = 2) (6, 7 = 3)

**Figura 2.2: Número de vehículos a motor de la familia, en los tres grupos de edad (%)**

PAÍS / REGIÓN	NINGUNO	UNO	DOS O MÁS
Estados Unidos	3,0	16,3	80,7
Canadá	3,2	24,3	72,5
Francia	2,4	27,0	70,5
Malta	3,5	35,1	61,5
Irlanda	4,8	35,2	60,0
Italia	5,1	34,9	60,0
Gales	5,5	38,8	55,8
Inglaterra	7,4	37,5	55,1
Noruega	3,5	43,1	53,4
Suecia	4,6	41,9	53,4
Portugal	6,7	42,1	51,2
Eslovenia	5,7	44,0	50,3
Alemania	5,5	44,6	50,0
Bélgica (región flamenca)	4,3	45,9	49,8
Austria	4,2	47,4	48,5
Finlandia	5,6	46,1	48,3
Escocia	10,0	42,0	48,0
Bélgica (región francesa)	6,5	46,3	47,2
España	6,8	46,5	46,7
Suiza	5,6	49,9	44,5
Holanda	6,4	52,8	40,8
Israel	13,6	47,3	39,1
Grecia	10,5	51,7	37,8
Dinamarca	8,1	56,7	35,2
Croacia	13,7	58,7	27,6
República Checa	14,8	59,1	26,2
Hungría	25,6	50,4	24,0
Estonia	25,7	50,8	23,5
Letonia	31,9	49,7	18,3
ARY Macedonia <sup>a</sup>	23,9	58,4	17,7
Lituania	31,0	51,6	17,4
Polonia	27,4	55,2	17,4
Federación Rusa	39,8	48,2	12,0
Ucrania	54,4	38,2	7,5
Groenlandia	71,5	22,9	5,6
Promedio HBSC	13,4	44,5	42,1

a. La antigua República Yugoslava de Macedonia.

**Figura 2.3: Jóvenes que cuentan con su propia habitación, en los tres grupos de edad (%)**

Dinamarca	93,6
Noruega	92,9
Suecia	91,3
Holanda	90,6
Canadá	88,1
Bélgica (región flamenca)	87,4
Finlandia	85,4
Suiza	85,2
ARY Macedonia	84,7
Alemania	83,5
Gales	83,5
Francia	82,5
Austria	82,2
Inglaterra	81,5
Bélgica (región francesa)	79,4
Escocia	78,3
Estados Unidos	76,7
España	72,8
Portugal	72,3
Groenlandia	72,1
Eslovenia	70,7
Irlanda	69,7
Hungría	67,9
Grecia	67,0
Estonia	65,4
Israel	63,4
Federación Rusa	62,8
Letonia	61,4
Croacia	61,2
Lituania	60,2
Malta	58,9
Italia	58,8
Ucrania	58,8
Polonia	57,9
República Checa	56,0
Promedio HBSC	74,7

**Figura 2.4: Número de vacaciones familiares en los 12 meses anteriores, en todos los grupos de edad (%)**

PAÍS / REGIÓN	NINGUNO	UNO	DOS	MÁS DE DOS
Noruega	5,7	21,4	23,9	49,0
Lituania	20,6	17,3	15,1	47,0
Polonia	16,8	18,8	18,8	45,6
Estonia	15,1	21,1	18,8	45,1
Grecia	8,9	22,6	23,9	44,6
Eslovenia	12,1	24,3	25,3	38,3
Israel	19,1	23,3	20,2	37,3
Ucrania	24,5	23,1	15,6	36,8
España	14,6	25,9	23,1	36,4
Hungría	17,2	28,0	21,7	33,1
ARY Macedonia	16,3	30,5	20,2	33,0
Portugal	20,1	25,8	21,1	32,9
Croacia	19,0	27,9	21,3	31,7
Suecia	14,3	30,3	24,1	31,3
Canadá	17,4	27,7	24,3	30,6
Suiza	14,3	28,9	26,8	30,1
Francia	16,9	28,8	24,5	29,8
Groenlandia	23,4	29,3	17,9	29,4
Estados Unidos	19,2	27,1	24,8	28,9
Finlandia	19,5	29,9	21,9	28,7
Letonia	30,1	25,6	16,0	28,3
Italia	17,1	30,9	24,8	27,3
República Checa	19,0	34,3	22,4	24,3
Dinamarca	18,9	34,0	23,1	23,9
Irlanda	18,7	34,4	23,1	23,8
Holanda	10,8	36,2	29,7	23,3
Austria	18,2	33,3	26,1	22,4
Federación Rusa	20,5	35,9	22,0	21,6
Alemania	19,8	35,3	23,8	21,1
Inglaterra	16,8	37,5	26,6	19,1
Bélgica (región flamenca)	20,3	36,7	23,9	19,0
Bélgica (región francesa)	20,5	35,7	25,8	18,0
Escocia	18,0	38,8	25,6	17,6
Gales	19,1	37,9	27,4	15,6
Malta	59,1	27,6	7,3	6,1
Promedio HBSC	18,1	29,4	22,7	29,8

**Figura 2.5: Número de ordenadores en el hogar, en todos los grupos de edad (%)**

PAÍS / REGIÓN	NINGUNO	UNO	DOS	MÁS DE DOS
Holanda	2,1	38,9	32,8	26,2
Suecia	3,3	43,6	33,0	20,1
Dinamarca	4,1	38,8	31,1	26,0
Noruega	4,9	43,8	31,9	19,5
Suiza	5,4	49,1	28,3	17,1
Gales	6,2	48,0	24,7	21,1
Inglaterra	6,5	52,6	23,7	17,3
Canadá	6,6	52,8	27,0	13,6
Bélgica (región flamenca)	7,3	51,8	25,9	15,0
Alemania	7,5	44,6	27,5	20,3
Austria	9,3	54,0	21,8	14,8
Escocia	9,6	48,0	24,5	18,0
Estados Unidos	9,6	47,2	26,6	16,6
Israel	10,5	60,0	21,5	8,0
Finlandia	10,9	56,0	22,8	10,4
Bélgica (región francesa)	14,7	46,1	23,0	16,3
Malta	14,7	63,3	15,4	6,6
Irlanda	15,9	57,1	17,1	10,0
Eslovenia	17,5	63,2	14,2	5,2
Francia	18,3	52,9	19,6	9,3
Italia	22,6	57,5	13,9	6,0
España	23,2	51,3	17,2	8,2
Hungría	27,1	55,2	12,9	4,8
República Checa	30,3	53,3	12,0	4,3
Groenlandia	34,0	35,6	15,5	14,9
Portugal	34,8	50,5	10,9	3,8
Grecia	37,6	47,4	10,5	4,4
Polonia	39,7	47,1	8,5	4,7
Estonia	41,4	47,4	8,9	2,2
Croacia	48,6	40,6	7,6	3,3
Letonia	50,8	38,2	8,6	2,4
Federación Rusa	51,3	41,0	6,0	1,7
ARY Macedonia	52,5	35,4	7,9	4,2
Lituania	64,4	31,3	3,1	1,1
Ucrania	80,9	15,6	2,3	1,3
Promedio HBSC	23,4	47,5	18,4	10,7

Por lo tanto, la propiedad de varios vehículos se encuentra extremadamente generalizada, en especial, en los países de Norteamérica y en Francia. Los jóvenes de algunos países ricos comunican que sus familias no poseen ningún vehículo, pero es difícil afirmar si esto es debido a la pobreza o a libre elección. El uso del transporte público puede ser más elevado en los países ricos que cuentan con buenos sistemas de transporte.

La mayoría de los jóvenes de todos los países y regiones comunican disponer de una habitación para ellos/ellas (Figura 2.3): más del 90% de los jóvenes en los países del norte y el oeste de Europa y un porcentaje ligeramente inferior en los países del sur de Europa y en la mitad oriental de la

Región Europea de la OMS. Esta variación se podría explicar mediante las diferencias en la riqueza familiar, pero el tamaño de las viviendas en las zonas urbanas o las zonas construidas también puede ser relevante.

Salir de vacaciones en familia es una experiencia generalizada, pero el número comunicado de vacaciones varía ampliamente. Groenlandia, Malta, Letonia y Ucrania presentan los porcentajes más elevados de familias que no viajan de vacaciones (Figura 2.4). Los modelos de vacaciones familiares pueden representar tradiciones sociales y culturales, puesto que un elevado número de jóvenes de algunos de los países menos ricos comunica haber viajado de vacaciones al menos dos veces.

Por último, se investigó el número de ordenadores poseídos por las familias con el fin evaluar la distribución de la riqueza en los países con rentas más elevadas (Figura 2.5). Como era de esperar, más jóvenes de los países del norte y el oeste de Europa y de los países de Norteamérica comunicaron poseer varios ordenadores. En la mayoría de los países y las regiones, la mayoría de los jóvenes comunicaron que sus familias poseían un ordenador. Sólo en Letonia, Lituania, Federación Rusa, la antigua República Yugoslava de Macedonia y Ucrania, la mayoría de los jóvenes comunicaron que sus familias no poseían un ordenador.

La Figura 2.6 presenta la distribución de las calificaciones compuestas FAS en los países y las regiones HBSC; los porcentajes de familias con recursos elevados (FAS 3) son claramente más elevados en los países de Europa occidental y de Norteamérica. Estos países presentan también más probabilidades de tener pocas familias un nivel bajo de riqueza (FAS 1), salvo Israel. La encuesta indica un porcentaje más elevado de familias con bajos niveles de riqueza en la mitad oriental de la Región, es especial, en la Comunidad de Estados Independientes (“Commonwealth of Independent States” – CIS). Los resultados de los países mediterráneos (Israel, Italia, España) se situaron en la mitad de la gama.

Estos datos demuestran asimismo un efecto espejo: es más frecuente que los jóvenes que viven en los países más ricos (como Canadá, Noruega, Suecia y Estados Unidos) indiquen un elevado nivel de riqueza, y los que viven en los países más pobres (como Lituania, Federación Rusa y Ucrania) indiquen un bajo nivel de riqueza. En contraste, FAS2, el nivel intermedio de riqueza, representa un porcentaje coherente (34% - 48%) de cada muestra, con la salvedad de Ucrania. Por lo tanto, el grupo con ingresos medios presenta aproximadamente el mismo tamaño en la mayoría de los países y las regiones HBSC.

## **Validez de la escala FAS**

Los datos FAS ilustran un modelo establecido de desigualdad socioeconómica en los países y las regiones HBSC. De forma general, sólo hubo carencia de valores FAS en relación con menos del 3% de las respuestas. No obstante, la validez de un valor de medición socioeconómico para los jóvenes depende también de sus vínculos con otros valores de medición, como, por ejemplo, el nivel laboral de los padres. Un indicador clave de la situación socioeconómica en las encuestas HBSC y en otros numerosos estudios es el nivel laboral de los padres y las madres (34 – 36). Estas medidas tienden a ser más valiosas en el caso de los análisis nacionales que en las

comparaciones transnacionales, puesto que los sistemas de codificación laboral varían en función de los países y no son comparables en un sentido estricto. No obstante, el nivel laboral de los padres se debe relacionar con la escala FAS, al menos de manera moderada, en el caso de que ambos sean valores de medición válidos de la situación socioeconómica.

Nosotros hemos medido el nivel laboral de los padres en la encuesta HBSC preguntando a los jóvenes acerca del tipo (como, por ejemplo, ingeniero, director de oficina) y la localización (como, por ejemplo, hospital, establecimiento agrícola) del trabajo desarrollado por sus madres y sus padres. Sus respuestas de extremo abierto fueron clasificadas en ocho categorías, desde el nivel socioeconómico elevado al nivel socioeconómico bajo. Se elaboró un sistema de codificación de cinco puntos, sobre la base del principal sistema de clasificación laboral o de la categoría generalmente otorgada a los diversos puestos de trabajo. Por lo tanto, la clasificación de los profesores, por ejemplo, puede haber variado. Nosotros hemos utilizado tres categorías adicionales para el nivel laboral de los padres: económicamente activos (que buscan trabajo), económicamente inactivos (estudiantes, enfermos o jubilados) o inclasificables (información insuficiente con fines de codificación).

**Figura 2.6: Diferencias en el nivel de riqueza de los jóvenes, de acuerdo con la calificación compuesta FAS, en los tres grupos de edad (%)**

PAÍS / REGIÓN	FAS 1 (nivel bajo)	FAS 2	FAS 3 (nivel elevado)
Noruega	5,8	36,7	57,5
Canadá	10,7	39,1	50,2
Estados Unidos	13,1	36,7	50,2
Suecia	9,2	41,1	49,6
Holanda	9,0	45,2	45,7
Francia	16,1	41,9	42,0
Suiza	13,1	46,0	40,8
Dinamarca	13,5	47,2	39,3
Alemania	16,4	44,4	39,2
Gales	14,4	46,5	39,2
Inglaterra	15,3	46,8	37,9
Bélgica (región flamenca)	16,9	46,8	36,4
Austria	16,8	48,2	35,0
Bélgica (región francesa)	23,1	42,6	34,4
Escocia	20,2	45,5	34,3
Finlandia	17,8	48,1	34,1
Eslovenia	20,5	48,1	31,4
Israel	27,5	41,1	31,3
Irlanda	20,7	48,3	31,0
España	22,4	47,9	29,7
Italia	26,0	47,4	26,7
Portugal	28,9	46,1	25,0
Grecia	28,7	48,5	22,8
Hungría	38,7	42,4	18,8
Estonia	40,1	45,5	14,4
Croacia	43,5	42,9	13,6
ARY Macedonia	42,7	44,0	13,3
Polonia	43,1	43,6	13,3
Malta	43,1	45,1	11,8
República Checa	40,2	48,4	11,4
Letonia	55,9	34,3	9,8
Groenlandia	54,7	36,0	9,3
Lituania	53,1	38,8	8,2
Federación Rusa	58,3	34,7	7,0
Ucrania	73,0	23,6	3,4
Promedio HBSC	27,6	43,1	29,3

La validez de la escala FAS se puede demostrar analizando la asociación entre las calificaciones FAS y las categorías referidas al nivel laboral del padre (Tabla 2.1). Para estos análisis, se utilizaron las cinco categorías referidas al nivel laboral del padre, que van desde el nivel socioeconómico elevado al nivel bajo, y se excluyeron las categorías de económicamente activo, de económicamente inactivo y de inclasificables. En el análisis se utilizó una muestra de 22 países y regiones HBSC con el 70% o un porcentaje superior en relación con todas las respuestas de las cinco categorías citadas. La asociación entre la calificación FAS y el nivel laboral del padre se encontraba en la gama moderada (Coeficiente de correlación de Spearman  $\geq 0,20$ ) en 18 países y regiones. Estos valores indican que la escala FAS, aunque no es idéntica al nivel laboral de los padres, puede constituir una herramienta adecuada y ser utilizada para analizar las desigualdades sociales y su relación con la salud de los adolescentes en un contexto transnacional.

## **Debate**

SALUD 21, el marco político de salud para todos en la Región Europea de la OMS (37), hace referencia a los factores sociales y económicos que afectan a la salud y que generan disparidades entre los diferentes grupos de población. SALUD 21 hace un llamamiento a favor de la acción: “las diferencias de salud entre los grupos socioeconómicos de los países se deben reducir en al menos una cuarta parte en todos los Estados Miembros mediante la mejora significativa del nivel de salud de los grupos desfavorecidos” (37). Por lo tanto, las políticas públicas deben hacer frente a las causas básicas de las desigualdades sociales.

Los modelos de distribución de la riqueza observados en esta sección se corresponden con los comunicados en otros estudios (38). Los jóvenes de la mitad oriental de la Región Europea comunicaron unos niveles más elevados de la mayoría de los tipos de carencia material, aunque las diferencias en la estructura familiar y la infraestructura nacional (tales como los sistemas de transporte urbano) pueden ejercer asimismo una influencia sobre los modelos comunicados de distribución de la riqueza.

La estrategia de investigación HBSC contribuye a mejorar la comprensión de la situación socioeconómica de los jóvenes y la capacidad de realizar un seguimiento de los progresos hacia el objetivo estratégico de reducir las desigualdades de la renta. Esta estrategia demuestra que se puede evaluar y comparar la riqueza material absoluta de los jóvenes en los diferentes países y regiones.

**Tabla 2.1: Relación entre las calificaciones FAS y el nivel laboral del padre**

<b>País o región</b>	<b>Coefficiente de correlación de Spearman</b>
Bélgica (región flamenca)	0,25
Canadá	0,19
Croacia	0,25
República Checa	0,24
Dinamarca	0,25
Estonia	0,24
Francia	0,27
Alemania	0,32
Grecia	0,31
Hungría	0,30
Irlanda	0,18
Israel	0,27
Italia	0,20
Malta	0,27
Noruega	0,14
Polonia	0,34
Portugal	0,31
Federación Rusa	0,22
Eslovenia	0,30
España	0,26
Suiza	0,24
Estados Unidos	0,26

Ya se han demostrado anteriormente unas sólidas relaciones positivas entre las calificaciones FAS y diversos resultados sanitarios (como la satisfacción vital y la salud auto-percibida) y la conducta sanitaria (como las buenas prácticas alimentarias y el ejercicio) (29, 39). Otros análisis de los valores FAS y la conducta de riesgo, como el consumo de tabaco y el consumo excesivo de alcohol, han indicado una relación más compleja que varía entre los países (39). Se requieren investigaciones adicionales para determinar si los jóvenes de las familias con mayores recursos participan menos en las conductas de riesgo y presentan unos niveles más elevados de bienestar que sus contrapartes de familias con menores recursos. Por último, se deben realizar también análisis de las relaciones entre las calificaciones FAS y los resultados psicológicos y emocionales y los síntomas psicósomáticos. El Capítulo 4 presenta ejemplos de dichos análisis, centrándose en los valores FAS y los resultados sanitarios y conductuales seleccionados.

La calificación FAS es claramente una herramienta fiable y práctica para que los jóvenes comuniquen la situación de riqueza o de carencia en sus familias (28, 39). La calificación FAS también se ha utilizado como un factor de predicción de la situación socioeconómica en relación con la salud de los jóvenes en los estudios nacionales sobre lesiones (40), la situación nutricional (41) y una gama de conductas y de indicadores sanitarios (28). Más recientemente, ha sido utilizada para explicar los modelos de salud auto-percibida en 22 países, sobre la base de los datos procedentes de la encuesta 1997 / 1998 (42).

Se están desarrollando estudios adicionales sobre las asociaciones entre la calificación FAS y otros valores de medición de la riqueza nacional

(como el producto interior bruto, la renta media y otros indicadores). Estos estudios contribuirán a la aceptación de la escala FAS como un nuevo criterio para la medición de la riqueza en los jóvenes.

## Bibliografía

1. Alleyne G et al. Overview of social inequalities in health in the Region of the Americas, using various methodological approaches. *Pan American Journal of Public Health*, 2002, 12(6): 388–397.
2. Adler NE et al. Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *American Psychologist*, 1994, 49:15–24.
3. Barefoot JC et al. Hostility pattern and health implications: correlates of Cook–Medley Hostility Scale scores in a national survey. *Health Psychology*, 1991, 10:18–24.
4. Cohen S, Tyrrell DAJ, Smith AP. Negative life events, perceived stress, negative affect, and susceptibility to the common cold. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1993, 64:131–140.
5. Harris TO. Life stress and illness: the question of specificity. *Annals of Behavioural Medicine*, 1991, 1: 211–219.
6. Adelstein AM. Life-style in occupational cancer. *Journal of Toxicology and Environmental Health*, 1980, 6:953–962.
7. Marmot MG et al. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet*, 1991, 337(8754):1387–1393.
8. Notburga O, Wagner GG, eds. *Income inequality and poverty in eastern and western Europe*. Heidelberg, Physica-Verlag, 1997.
9. Offe C. *Varieties of transition: the east European and east German experience*. Cambridge, MA, MIT Press, 1997.
10. Atkinson A, Rainwater L, Smeeding TM. *Doing poorly: the real income of American children in a comparative perspective*. Luxembourg Income Study Working Paper No. 127. Paris, Organization for Economic Co-operation and development, 1995 (Social Policy Studies, No.18).
11. Rainwater L, Smeeding TM, Coder J. Child poverty across states, nations and continents. In: Vleminckx K, Smeeding TM, eds. *Child well-being, child poverty and child policy in modern nations*. Bristol, Policy Press, 2001:33–74.
12. *Poverty and exclusion among urban children*. Florence, UNICEF Innocenti Research Centre, 2003 (Innocenti Digest, No. 10; <http://www.unicef-icdc.org/cgi-bin/unicef/Lunga.sql?ProductID=342>, accessed 29 January 2004)
13. Bradbury B, Jantii M. Child poverty across the industrialized world: evidence from the Luxembourg Income Study. In: Vleminckx K, Smeeding TM, eds. *Child well-being, child poverty and child policy in modern nations*. Bristol, Policy Press, 2001:11–32.
14. Bradshaw J. Comparisons of child poverty and deprivation internationally. In: Bradshaw J, ed. *The well-being of children in the UK*. London, Save the Children, 2002:17–26.
15. Adelman L, Bradshaw J. *Children in poverty in Britain: an analysis of the Family Resources Survey 1994/95*. York, Social Policy Research Unit, University of York, 1998.
16. Bradbury B, Jantii M. *Child poverty across industrialized nations*. Florence, UNICEF Innocenti Research Centre, 1999. (Innocenti Occasional Papers, Economic and Social Policy Series, No. 71).
17. Bradshaw J. Child poverty and child outcomes, *Children & Society*, 2002, 16:131–140.
18. Department for Work and Pensions. *Households below average income 1994/5–2000/01*. Leeds, Corporate Document Services, 2002.
19. European Commission. *Joint report on social inclusion*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2002 ([http://europa.eu.int/comm/employment\\_social/publications/2001/ke4202521\\_en.html](http://europa.eu.int/comm/employment_social/publications/2001/ke4202521_en.html), accessed 2 April 2004).
20. Kennedy BP, Kawachil, Prothrow-Stith D. Income distribution and mortality: A cross sectional ecological study of the Robin Hood index in the United States. *British Medical Journal*, 1998, 312: 1004–1007.

21. Goodman E. The role of socioeconomic status gradients in explaining differences in US adolescents' health. *American Journal of Public Health*, 1999, 89(10):1522–1528.
22. Halldorsson M et al. Socioeconomic inequalities in the health of children and adolescents – a comparative study of the five Nordic countries. *European Journal of Public Health*, 2000, 10(4):281–288.
23. Barrera M et al. Pathways from family economic conditions to adolescents' distress: supportive parenting, stressors outside the family, and deviant peers. *Journal of Community Psychology*, 2002, 30(2):135–152.
24. West P. Health inequalities in the early years: is there equalisation in youth? *Social Science and Medicine*, 1997, 44:833–858.
25. MacIntyre S, West P. Lack of class variation in health in adolescence: an artefact of an occupational measure of social class? *Social Science and Medicine*, 1991, 32(4):385–402.
26. Duncan G, Brooks-Gunn J, Klebanov P. Economic deprivation and early childhood development. *Child Development*, 1994, 65:296–318.
27. Jensen B, Jensen BB. *Adolescents' views on health, inequality in health and action for health*. Copenhagen, Ministry of the Interior and Health, 2002.
28. Currie CE et al. Indicators of socioeconomic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-aged Children survey. *Health Education Research*, 1997, 12:385–397.
29. Currie C. Socioeconomic circumstances among school-aged children in Europe and North America. In: Vleminckx K, Smeeding TM, eds. *Child well-being, child poverty and child policy in modern nations*. Bristol, Policy Press, 2001:347–364.
30. Currie C, Samdal O, Boyce W et al., eds. *Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study (HBSC). Research protocol for the 2001/2002 survey*. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh, 2001 ([http://www.hbsc.org/downloads/Protocol\\_Section1.pdf](http://www.hbsc.org/downloads/Protocol_Section1.pdf), accessed 27 January 2004).
31. Carstairs V, Morris R. *Deprivation and health in Scotland*. Aberdeen, Aberdeen University Press, 1991.
32. Townsend P. Deprivation. *Journal of Social Policy*, 1987, 16:125–146.
33. Wardle K, Robb K, Johnson F. Assessing socioeconomic status in adolescents: the validity of a home affluence scale. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56(8):595–599.
34. Aarø L, Wold B. *Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC). A WHO cross-national survey. Research Protocol for the 1989/90 study*. Bergen, University of Bergen Research Centre for Health Promotion, 1989.
35. Wold B, Aarø L, Smith C. *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC): a WHO cross-national survey. Research protocol for the 1993/94 survey*. Bergen, Research Centre for Health Promotion: University of Bergen, 1993.
36. Woodroffe C et al. *Children, teenagers and health: the key data*. Buckingham, Open University Press, 1993.
37. *HEALTH21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998 (European Health for All Series, No. 5; [http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911\\_39](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_39), accessed 20 February 2004).
38. Sheram K, Subbotina TP. *Beyond economic growth: meeting the challenge of global development*. Washington, DC, World Bank, 2000 (<http://www.worldbank.org/depweb/beyond/global/chapter2.html>, accessed 29 January 2004).
39. Mullan E, Currie C. Social inequalities and adolescent health: cross-national patterns from the 1998 HBSC survey. In: Currie C et al., eds. *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 1; <http://www.who.dk/document/e67880.pdf>, accessed 20 January 2004).
40. Williams J et al. Socioeconomic status and adolescent injuries. *Social Science and Medicine*, 1997, 44: 1881–1891.
41. Inchley J et al. Dietary trends among Scottish schoolchildren. *The Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 2001, 14:207–216.

42. Torsheim T et al. Material deprivation and self-rated health: a multilevel study of adolescents from 22 European and North American countries. *Social Science and Medicine* (in press)(<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.09.032>, accessed 2 April 2004).

# **La familia – *Michael Pedersen, María Carmen Granado Alcón, Carmen Moreno Rodríguez y Rebeca Smith***

## **Introducción**

La familia es posiblemente el contexto más importante para el desarrollo de los jóvenes, el contexto en el que se adoptan por primera vez conductas y actitudes sociales. Algunos autores consideran a la familia como el escenario más importante en el que emergen los conceptos relacionados con la salud (1). La influencia de la familia se mantiene a lo largo de la adolescencia, y en realidad, a lo largo de toda la vida en diversos grados.

La familia no es una unidad estática y cerrada, sino un sistema complejo y dinámico, que afecta y se ve afectado por el desarrollo social, cultural e histórico (2) y por los ciclos y las transiciones individuales (3). Una de las transiciones más significativas se produce cuando el/la niño/a llega a la adolescencia. Durante esos años, como consecuencia de los cambios físicos, cognitivos y sociales experimentados por el adolescente, el sistema familiar se debe adaptar a muchas circunstancias nuevas (4, 5). Por ejemplo, los conflictos entre los padres y los hijos aumentan y se producen cambios en el concepto y la reacción del niño/a ante la autoridad paterna/materna (6, 7). No obstante, a lo largo de la experiencia del niño/a de alejamiento de sus padres, la significación de la familia como recurso emocional se mantiene igual (8, 9).

## **El cambio de las estructuras familiares**

El modelo de estructuras familiares ha evolucionado a lo largo de la historia como resultado de cambios sociales, culturales y económicos. En especial, las últimas décadas del siglo XX han supuesto cambios significativos en la configuración de la familia en la Región Europea y en Norteamérica. Los efectos sobre la estructura tradicional de la familia del declive de las tasas natalidad, del incremento de los porcentajes de divorcios y separaciones y de la disminución de los porcentajes de matrimonios son bien conocidos y están bien documentados (10, 11).

Además del incremento de las cifras relativas a familias monoparentales, la creciente incidencia de los divorcios y las separaciones de los padres, y el posterior establecimiento de nuevas relaciones han supuesto un conjunto cada vez más variado y complejo de disposiciones vitales para los jóvenes. Se ha generado nueva terminología en las últimas décadas con el fin de describir los escenarios familiares que se habían denominado tradicionalmente como familias políticas. Los términos tales como familia reconstruida, reconstituida o combinada se han generalizado y engloban la noción de una pluralidad de relaciones cuando se crean nuevos hogares. Por ejemplo, dichas familias con frecuencia incluyen algún hijo de anteriores matrimonios o relaciones y los hijos nacidos en el nuevo escenario familiar. Por lo tanto, una familia combinada puede ser una familia política desde la perspectiva de un hijo, y una familia biológica con padre y madre desde la perspectiva de otro hijo. Un hijo puede formar parte asimismo de dos familias, cuando ambos padres biológicos

establecen nuevos hogares, o puede vivir en su mayor parte con un padre/madre biológico pero sentirse parte también de la familia política establecida a través del otro.

Muchos factores relevantes de protección y de riesgo para el desarrollo de la salud de los jóvenes se encuentran asociados a aspectos de la vida familiar (1). Algunas estructuras familiares (las familias monoparentales y las familias políticas) pueden predecir a priori un incremento del riesgo en relación con el desarrollo de la salud, como, por ejemplo, un riesgo más elevado de tabaquismo (12, 13). Los efectos sobre los hijos de transiciones familiares importantes –ya sea el divorcio o la separación del padre/madre, la muerte o el establecimiento de una nueva familia política- pueden variar.

Tal y como se afirmaba en la sección sobre las desigualdades económicas, las familias monoparentales presentan un riesgo más elevado de vivir en situación de pobreza, lo que constituye un factor de predicción clave de la salud. Por otra parte, tanto las circunstancias vitales de las denominadas familias tradicionales o intactas (con dos padres biológicos) como su impacto sobre la salud y el desarrollo de los jóvenes también varían ampliamente. Los factores tales como el desempleo de los padres o los horarios prolongados de trabajo, así como los vínculos estrechos con la familia extensa contribuyen a la existencia de variabilidad en los tipos de familias.

## **La dinámica familiar**

Con independencia de su estructura, la función básica de la familia continúa siendo la misma: asistir a las necesidades físicas y psicológicas de sus miembros, en especial, de los niños. Los padres llevan a cabo sus responsabilidades de diversas formas: a través de la provisión de un entorno estructurado en el que el niño vive y organiza su vida diaria, sus propias actitudes y valores en relación con el desarrollo y la educación, y su interacción con otros niños, lo que facilita el desarrollo y el contacto con otros contextos, como, por ejemplo, los compañeros y el centro educativo (14).

La influencia de los padres y de la vida familiar sobre el desarrollo del niño se puede analizar desde muchas perspectivas: los padres en calidad de modelos de rol, los estilos de ser padres, las normas y los valores de los padres, el respaldo social y la participación de los padres y de la familia extensa. Dentro del amplio marco del estudio HBSC, no es ni posible ni adecuado cubrir todos estos temas con el cuestionario internacional tipificado. El estudio cuantifica la comunicación entre los padres y los jóvenes como un indicador de la calidad de este vínculo social primordial.

## **Métodos**

### **La estructura familiar**

Los puntos temáticos sobre la estructura familiar en las anteriores encuestas HBSC se han centrado en un conjunto sencillo de preguntas acerca de la composición familiar. En la encuesta 2001 / 2002, se revisaron y se ampliaron los puntos temáticos con el fin de tomar en consideración las diversas estructuras familiares. La pregunta permitía a los hijos que vivían en escenarios familiares más complejos responder en relación con dos hogares, en lugar de uno. La pregunta fue diseñada en dos columnas, una para cada

hogar, con una lista de control de las personas con las que vivía el niño/a: padres, padres políticos, hermanos adoptivos y miembros de la familia extensa y otros adultos. También existía la opción para aquellos que vivían en una casa de acogida o en una residencia para la infancia. Un breve texto introductorio explicaba el formato de la pregunta y solicitaba al encuestado que identificara una de las columnas como su hogar principal o como su hogar único. Una pregunta adicional trataba de valorar la cantidad de tiempo que el joven pasaba en cada uno de los dos hogares.

El nuevo formato de la pregunta tenía el objetivo no sólo de proporcionar una mejor panorámica de la configuración de la familia, sino también incrementar la sensibilidad del cuestionario, garantizando que los encuestados puedan encontrar una opción que describa adecuadamente sus circunstancias individuales.

A los efectos del presente informe, las categorías de estructura familiar se redujeron a cuatro: vivir con ambos padres, familia monoparental, familia política y otros, con el hogar principal como la referencia. Los futuros análisis investigarán el potencial para que estos datos suministren una imagen más detallada de las estructuras familiares: por ejemplo, el efecto del tamaño de la familia y la prevalencia de la paternidad/maternidad compartidas o conjuntas, donde el hijo/a vive periódicamente en ambos hogares de los padres separados, y de las familias monoparentales en las que el hijo/a no mantiene contacto con el padre/madre no custodio.

## **La comunicación con los padres**

Las cuatro anteriores encuestas HBSC utilizaron la pregunta sobre la comunicación con los padres como un buen valor de medición de la calidad de las relaciones padres-hijos. La pregunta plantea cuál es el nivel experimentado de facilidad o de dificultad a la hora de hablar con una serie de personas, con inclusión de los padres.

*¿En qué medida te resulta fácil hablar con las siguientes personas acerca de las cosas que realmente te preocupan? Padre / Madre.* Las categorías de respuesta son: *Muy fácil, Fácil, Difícil, Muy difícil, No tengo o no veo a dicha persona.* Los datos presentados en este capítulo reflejan las respuestas de los jóvenes que consideran difícil o muy difícil hablar con sus madres y / o padres.

## **Resultados**

### **La estructura familiar**

La Figura 2.7 refleja los tipos de estructuras familiares y los porcentajes de jóvenes que comunican vivir en cada tipo, en todos los países y las regiones. En general, la mayoría de los jóvenes comunicó vivir con ambos padres: el 78% de la muestra total. No obstante, la variación entre los países y las regiones es considerable. Por ejemplo, aproximadamente el 60% de los jóvenes de Groenlandia y de Estados Unidos comunicó vivir con ambos padres, en comparación con más del 90% en Italia, Grecia, Malta y la antigua República Yugoslava de Macedonia. Los diferentes factores económicos y normas sociales y culturales explican muchas de estas diferencias. En especial, los países de la Región Europea con el menor número de familias

monoparentales o de familias políticas con frecuencia tienen unas sólidas tradiciones religiosas.

Las familias políticas son más frecuentes en los países del norte y del noroeste de Europa, mientras que la proporción de familias monoparentales es mucho más elevada en muchos países de la mitad oriental de la Región. Por ejemplo, las cifras de familias monoparentales y de familias políticas en Gales y Dinamarca son prácticamente iguales, pero en Letonia y la Federación Rusa, las familias monoparentales presentan una cifra que más que duplica el número de familias políticas.

**Figura 2.7: Las diversas estructuras familiares en las que viven los jóvenes, en los tres grupos de edad (%)**

PAÍS / REGIÓN	AMBOS PADRES	FAMILIA MONOPARENTAL	FAMILIA POLÍTICA	OTROS
Malta	92,9	4,8	1,7	0,6
ARY Macedonia	90,9	6,7	1,1	1,3
Grecia	90,8	7,5	1,2	0,5
Italia	90,2	7,0	2,2	0,6
Croacia	89,3	7,4	2,8	0,5
Eslovenia	86,9	8,7	3,8	0,6
España	86,7	9,1	3,0	1,2
Polonia	86,6	10,2	2,4	0,8
Israel	86,1	9,3	3,9	0,7
Irlanda	85,4	10,3	3,5	0,8
Holanda	82,6	10,7	6,1	0,6
Bélgica (región flamenca)	82,2	9,2	8,1	0,5
Portugal	82,2	9,8	5,8	2,2
Suiza	80,2	12,5	6,7	0,6
Austria	79,2	12,5	7,5	0,9
Ucrania	78,7	13,7	6,6	0,9
Francia	78,5	11,0	9,7	0,8
Hungría	78,2	13,4	7,0	1,3
Lituania	78,2	13,5	6,8	1,6
Alemania	77,1	12,8	9,2	0,9
Federación Rusa	75,1	16,9	6,8	1,1
Finlandia	73,7	14,6	11,0	0,7
Canadá	73,6	14,6	10,5	1,3
República Checa	73,5	13,4	12,2	0,9
Estonia	72,5	17,7	8,8	1,1
Bélgica (región francesa)	70,9	16,1	11,3	1,6
Noruega	70,1	16,2	12,5	1,2
Letonia	70,0	18,6	9,0	2,4
Escocia	69,7	16,6	12,3	1,5
Suecia	69,7	16,8	12,7	0,8
Dinamarca	68,9	16,5	13,5	1,1
Gales	68,8	15,5	14,6	1,1
Inglaterra	67,3	16,9	14,5	1,2
Groenlandia	62,2	17,3	14,8	5,6
Estados Unidos	60,3	20,8	16,0	3,0
Promedio HBSC	78,0	12,9	8,0	1,1

## La comunicación con los padres

La facilidad percibida de comunicación con los padres varía de forma considerable (Figuras 2.8, 2.9). Países tales como Holanda, Eslovenia y la antigua República Yugoslava de Macedonia se encuentran de forma coherente en el cuartil superior en todas las edades y en ambos géneros; otros países, como Bélgica (región francesa) y Estados Unidos se encuentran de forma coherente en el cuartil inferior.

En general, los jóvenes de todos los grupos de edad y en todos los países y regiones consideran más fácil hablar con sus madres que con sus padres. Aunque los chicos y las chicas no muestran diferencias significativas en la facilidad de comunicación con sus madres, existe una clara diferencia de género en la comunicación con los padres.

En todos los países y las regiones, las chicas tienen mayores dificultades que los chicos para hablar con su padre. A la edad de 15 años, menos de la mitad de las chicas en más de dos terceras partes de los países y regiones comunicaron una comunicación fácil con su padre. En relación con los chicos de 15 años, la misma característica es únicamente aplicable a Malta. Las Figuras 2.10 y 2.11 muestran cómo la dificultad percibida de comunicación con los padres aumenta con la edad en todos los países y regiones. En especial, en el caso de las chicas, la dificultad de comunicación con su padre se incrementa de forma más aguda.

## Debate

Los datos presentados en este documento proporcionan una amplia panorámica de la variedad de estructuras familiares en las que viven los jóvenes y de la calidad de la comunicación en el seno de las familias. La estructura familiar sólo es uno de los muchos factores que deben ser tomados en consideración a la hora de investigar la familia como un contexto para la salud y el bienestar de los jóvenes. Las variables referidas a la salud con frecuencia presentan mayores diferencias en el seno de cada tipo de estructura familiar que entre los diversos tipos, y los factores socioeconómicos o las dinámicas familiares a menudo pueden explicar dichas diferencias. El Capítulo 4 describe la relación entre las variables referidas a la estructura familiar, la comunicación con los padres y los resultados sanitarios.

Los datos sobre la estructura familiar resultan asimismo interesantes desde un punto de vista puramente demográfico. Muy pocos estudios transnacionales recogen información sobre la estructura familiar desde la perspectiva de los hijos (15). La información demográfica existente de este tipo con frecuencia está basada en los índices de matrimonios y de divorcios; los datos presentados aquí son comunicados por los propios jóvenes e incluyen a parejas en cohabitación y a parejas casadas. Por lo tanto, el HBSC puede realizar una contribución importante a las actuales investigaciones no sólo sobre la familia como contexto relevante para la salud de los jóvenes, sino también sobre la demografía de las familias en los diferentes países y regiones.

## Bibliografía

1. Tinsley BJ et al. Health promotion for parents. In: Bornstein MH, ed. *Handbook of parenting. Practical issues in parenting*. Vol. 5. Hillsdale, NJ, Laurence Erlbaum Associates, 2002:311–328.
2. Bronfenbrenner U. *The ecology of human development*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1979.
3. Cowan PA, Hetherington M, eds. *Family transitions*. Hillsdale, NJ, Laurence Erlbaum Associates, 1991.
4. Collins WA, Russell G. Mother-child and father-child relationships in middle childhood and adolescence: a developmental analysis. *Developmental Review*, 1991, 11:99–136.
5. Oliva A. Desarrollo social durante la adolescencia [Personality development during adolescence]. En: Palacios J, Marchesi A, Coll C, eds. *Desarrollo psicológico y educación. Vol. 1. Psicología evolutiva* [Developmental psychology and education. Vol. 1. Developmental psychology]. Madrid, Alianza Editorial, Psicología y Educación, 1999:493–517.
6. Laursen B, Coy K, Collins WA. Reconsidering changes in parent-child conflict across adolescence: a meta-analysis. *Child Development*, 1998, 69:817–832.

7. Smetana JG. Adolescents' and parents' reasoning about family conflict. *Child Development*, 1989, 59: 321–335.
8. Montemayor R, Eberly M, Flannery DJ. Effects of pubertal status and conversation topic on parent and adolescent affective expression. *Journal of Early Adolescence*, 1993, 13:431–447.
9. Steinberg L. We know some things: adolescent–parent relationships in retrospect and prospect. *Journal of Research on Adolescence*, 2001, 11:1–20.
10. Coleman J, Hendry LB. *The nature of adolescence*, 3rd ed. London, Routledge, 1999.
11. Coleman J, Roker D, eds. *Supporting parents of teenagers. A handbook for professionals*. London, Jessica Kingsley Publishers, 2001.
12. Granado-Alcón MC, Pedersen M. Family as a child development context and smoking behaviour among schoolchildren in Greenland. *International Journal of Circumpolar Health*, 2001, 60:52–63.
13. Griesbach D, Amos A, Currie C. Adolescent smoking and family structure in Europe. *Social Science and Medicine*, 2003, 56:41–52.
14. Palacios J, Rodrigo MJ. La familia como contexto de desarrollo humano [The family as a context for human development]. En: Rodrigo MJ, Palacios, J, eds. *Familia y desarrollo humano* [Family and human development]. Madrid, Alianza Editorial, Psicología y Educación, 1998:25–44.
15. Andersson G. Children's experience of family disruption and family formation: evidence from 16 FFS countries. *Demographic Research*, 2002, 7(7):343–363 (<http://www.demographic-research.org/>, accessed 28 January 2004).

**Figura 2.8: Jóvenes que consideran fácil hablar con su madre (%)**

PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 11 AÑOS		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 13 AÑOS		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 15 AÑOS	
	CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS
POLONIA	97,2	95,6	POLONIA	92,4	92,5	ARY MACEDONIA	91,8	88,9
ESLOVENIA	96,1	95,8	ESLOVENIA	92,0	93,0	ESLOVENIA	87,5	89,7
HOLANDA	94,6	94,2	UCRANIA	93,7	89,6	HOLANDA	83,7	90,6
CROACIA	95,2	92,8	ARY MACEDONIA	91,6	90,3	HUNGRÍA	85,5	88,0
UCRANIA	94,0	93,6	HOLANDA	88,8	91,4	POLONIA	88,3	84,4
SUECIA	93,5	93,9	HUNGRÍA	90,3	89,2	UCRANIA	83,9	83,9
HUNGRÍA	93,1	90,9	CROACIA	88,8	87,7	CROACIA	82,9	81,6
ISRAEL	93,3	89,0	SUECIA	87,2	87,2	SUECIA	79,9	83,8
NORUEGA	91,9	90,1	NORUEGA	87,5	85,1	INGLATERRA	79,2	81,3
ARY MACEDONIA	91,1	90,3	INGLATERRA	85,3	84,1	FEDERACIÓN RUSA	79,2	80,4
FINLANDIA	90,4	90,6	FRANCIA	83,3	84,9	PORTUGAL	79,7	78,5
MALTA	91,1	89,7	FEDERACIÓN RUSA	83,9	83,8	ESPAÑA	77,7	80,4
GRECIA	91,0	87,8	ALEMANIA	84,3	81,7	FRANCIA	77,4	80,5
INGLATERRA	90,5	87,7	FINLANDIA	80,0	85,7	FINLANDIA	77,0	80,3
FEDERACIÓN RUSA	90,3	87,8	MALTA	79,8	86,3	ISRAEL	79,3	75,8
ESCOCIA	89,0	88,1	ISRAEL	84,8	80,1	SUIZA	76,7	78,2
FRANCIA	87,1	89,2	SUIZA	80,5	84,6	GROENLANDIA	75,8	78,0
ESPAÑA	87,2	88,6	GRECIA	83,6	80,9	LETONIA	74,2	78,1
PORTUGAL	88,6	87,0	GROENLANDIA	80,7	83,7	ESCOCIA	79,4	72,0
ITALIA	87,8	86,9	ESPAÑA	82,1	81,1	ALEMANIA	74,8	76,0
SUIZA	87,6	86,6	AUSTRIA	81,4	79,6	NORUEGA	76,4	73,6
GALES	87,6	86,0	PORTUGAL	79,2	82,0	REPÚBLICA CHECA	76,2	72,9
DINAMARCA	86,3	86,0	ESCOCIA	82,2	78,3	MALTA	77,5	70,9
ALEMANIA	85,7	86,0	IRLANDA	82,8	77,3	IRLANDA	74,7	71,4
ESTONIA	87,1	83,9	LETONIA	80,1	80,1	ITALIA	71,3	75,0
LITUANIA	86,2	84,7	ITALIA	79,8	79,8	AUSTRIA	75,1	70,5
AUSTRIA	87,2	83,1	GALES	78,7	80,9	GRECIA	74,9	70,1
GROENLANDIA	80,4	90,6	ESTONIA	79,5	77,6	GALES	73,9	71,0
CANADÁ	81,9	87,2	BÉLGICA (región flamenca)	77,1	79,2	DINAMARCA	72,7	71,3
LETONIA	84,7	84,1	LITUANIA	80,1	78,0	ESTONIA	67,1	75,4
IRLANDA	85,8	82,7	CANADÁ	74,9	79,4	BÉLGICA (región flamenca)	68,4	72,1
BÉLGICA (región flamenca)	84,0	83,1	DINAMARCA	72,3	79,9	LITUANIA	74,4	65,5
ESTADOS UNIDOS	82,6	80,7	REPÚBLICA CHECA	77,7	72,6	CANADÁ	67,3	72,3
REPÚBLICA CHECA	79,7	80,3	ESTADOS UNIDOS	72,4	75,0	ESTADOS UNIDOS	68,1	66,6
BÉLGICA (región francesa)	70,2	73,3	BÉLGICA (región francesa)	66,6	74,7	BÉLGICA (región francesa)	60,9	70,4
Promedio HBSC	88,4	87,7		82,5	82,7		77,0	77,3

**Figura 2.9: Jóvenes que consideran fácil hablar con su padre (%)**

PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 11 AÑOS		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 13 AÑOS		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 15 AÑOS	
	CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS
ESLOVENIA	87,1	92,4	ESLOVENIA	79,0	87,6	ARY MACEDONIA	70,5	84,1
ARY MACEDONIA	82,8	90,5	POLONIA	74,5	85,5	ESLOVENIA	65,5	84,7
POLONIA	83,9	86,5	ARY MACEDONIA	74,5	84,0	HOLANDA	61,9	80,7
HOLANDA	81,4	89,0	HUNGRÍA	70,3	84,3	HUNGRÍA	61,0	79,0
HUNGRÍA	78,6	86,5	HOLANDA	69,4	84,4	POLONIA	63,8	72,7
CROACIA	79,4	84,9	SUECIA	60,0	84,3	FEDERACIÓN RUSA	54,8	71,7
SUECIA	75,9	88,5	UCRANIA	60,9	78,0	UCRANIA	53,2	69,3
UCRANIA	78,2	83,4	CROACIA	62,6	75,0	FRANCIA	51,9	69,3
ISRAEL	74,5	85,9	FRANCIA	60,2	77,8	GROENLANDIA	52,4	70,3
GROENLANDIA	74,6	85,1	FEDERACIÓN RUSA	60,7	74,8	SUECIA	50,8	68,6
NORUEGA	73,0	81,1	ISRAEL	60,7	74,1	ISRAEL	54,8	65,1
FRANCIA	71,8	80,5	NORUEGA	57,7	74,4	FINLANDIA	44,4	70,1
FEDERACIÓN RUSA	70,4	82,1	GROENLANDIA	57,4	72,3	PORTUGAL	46,8	67,8
FINLANDIA	66,9	82,0	FINLANDIA	48,6	78,7	CROACIA	45,9	70,3
SUIZA	69,2	78,9	INGLATERRA	52,0	73,5	INGLATERRA	47,3	65,9
ESPAÑA	66,0	78,5	ESCOCIA	52,1	73,0	SUIZA	46,3	64,6
INGLATERRA	63,3	80,4	SUIZA	51,5	71,2	ESCOCIA	44,2	63,3
ESCOCIA	63,2	79,4	LETONIA	48,3	71,1	ESPAÑA	43,2	65,0
GRECIA	58,8	83,4	PORTUGAL	45,5	74,2	LETONIA	40,4	68,0
AUSTRIA	66,3	75,3	ESPAÑA	46,3	69,5	NORUEGA	44,1	61,6
LETONIA	64,9	77,1	GALES	45,1	70,2	GALES	42,2	61,6
PORTUGAL	60,8	78,5	IRLANDA	49,2	67,2	REPÚBLICA CHECA	43,2	59,9
DINAMARCA	62,4	77,1	DINAMARCA	45,5	66,5	DINAMARCA	43,8	57,3
ITALIA	62,0	76,2	REPÚBLICA CHECA	49,0	63,5	ITALIA	40,4	62,2
CANADÁ	60,1	79,6	GRECIA	41,7	70,3	ESTADOS UNIDOS	40,6	60,4
IRLANDA	60,9	77,3	ITALIA	45,0	66,9	CANADÁ	39,5	61,0
ESTONIA	64,9	71,3	BÉLGICA (región flamenca)	50,2	61,8	ALEMANIA	37,2	60,6
ALEMANIA	60,6	72,4	ESTONIA	47,6	63,8	IRLANDA	43,4	56,1
GALES	59,1	73,0	ALEMANIA	44,0	67,5	AUSTRIA	37,2	57,2
MALTA	59,8	74,3	AUSTRIA	47,1	63,8	GRECIA	36,1	59,3
BÉLGICA (región flamenca)	59,9	70,3	ESTADOS UNIDOS	43,8	66,7	ESTONIA	33,3	60,2
REPÚBLICA CHECA	56,2	70,6	CANADÁ	44,3	65,7	BÉLGICA (región francesa)	36,8	57,1
LITUANIA	48,6	74,8	LITUANIA	40,8	64,2	BÉLGICA (región flamenca)	38,6	52,5
ESTADOS UNIDOS	50,7	75,0	BÉLGICA (región francesa)	40,6	60,9	LITUANIA	34,1	55,9
BÉLGICA (región francesa)	45,9	60,0	MALTA	35,0	63,3	MALTA	29,1	45,7
Promedio HBS	67,0	79,5		53,6	72,5		46,7	65,3

**Figura 2.10: Jóvenes que consideran difícil hablar con su madre (%)**

Jóvenes de 11 años		Jóvenes de 13 años		Jóvenes de 15 años	
Chicas	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas	Chicos
11,6	12,2	17,5	17,3	23,0	22,7

**Figura 2.11: Jóvenes que consideran difícil hablar con su padre (%)**

Jóvenes de 11 años		Jóvenes de 13 años		Jóvenes de 15 años	
Chicas	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas	Chicos
33,3	20,6	46,5	27,7	53,3	34,7

# **Los compañeros – Wolfgang Settertobulte y Margarida Gaspar de Matos**

## **Introducción**

El estudio HBSC está diseñado para englobar el período crítico de desarrollo, cuando los jóvenes se están ajustando a los cambios físicos, explorando su sexualidad, estableciendo su identidad personal, buscando una mayor independencia y basándose cada vez más en los grupos de amigos. La importancia de los compañeros queda subrayada a lo largo de todo el informe.

El grupo de compañeros afecta de forma decisiva a la conducta y las actitudes relacionadas con la salud, al ejercer una influencia y reforzar las normas y los valores, estableciendo una identidad social y cultural y proporcionando modelos de conducta. Desde una perspectiva sanitaria, la influencia de los compañeros es compleja e implica tanto factores de protección como factores de riesgo.

El hecho de gustar y ser aceptado por los demás resulta crucial para el desarrollo de la salud de los jóvenes, y los jóvenes que no se encuentran integrados socialmente tienen más probabilidades de experimentar dificultades con su salud física y emocional (1). El aislamiento con respecto a los compañeros en la adolescencia puede generar sentimientos de soledad y síntomas psicológicos (2). La interacción con los amigos presenta una tendencia a mejorar las capacidades sociales y a mejorar la capacidad para hacer frente a sucesos estresantes (3).

Por otra parte, la influencia de los amigos puede provocar conductas de riesgo durante la adolescencia. Las anteriores encuestas HBSC detectaron unos porcentajes más elevados de consumo de alcohol y de tabaco, así como episodios de embriaguez (4, 5) entre los jóvenes que se reúnen frecuentemente por las noches con los compañeros. Las investigaciones sobre la cultura de los compañeros en la adolescencia han revelado que la orientación subcultural del grupo de amigos determina su carácter de protección o de riesgo (6, 7). Todavía se debe determinar si el grupo comienza a establecer actitudes y conductas, o si los jóvenes seleccionan grupos con actitudes similares que les refuercen. Probablemente ambas hipótesis son verdaderas (8, 9).

Debido a las limitaciones espaciales derivadas de un conjunto global de preguntas de investigación, la encuesta HBSC se centra en la exposición a los compañeros. Este criterio proporciona una indicación sobre la red social de los jóvenes y sobre la influencia de los compañeros dentro del marco de las relaciones sociales, con inclusión de la familia, el centro educativo y el vecindario.

## **Métodos**

Las encuestas HBSC han utilizado dos indicadores principales para analizar la exposición a las influencias de los compañeros: el tamaño del grupo de amigos y la frecuencia de los contactos con los amigos. La encuesta 2001 / 2002 incluyó un punto temático adicional: el contacto con los amigos a través de medios electrónicos.

La pregunta sobre el grupo de amigos hacía referencia al número y al género de los amigos cercanos. *En la actualidad, ¿cuántos amigos cercanos, chicos y chicas, tienes?* Las opciones de respuesta diferenciaban entre chicos y chicas: *Ninguno, Uno, Dos, Tres o más*. Las tablas que se presentan en este documento muestran los jóvenes con tres o más amigos cercanos, lo que indica un grupo razonablemente grande en el que tienen lugar los procesos sociales meta. El hecho de contar con uno o dos amigos cercanos indicaría un tipo distinto de vínculo social.

La frecuencia de los contactos con los amigos fue medida, en primer lugar, mediante dos preguntas sobre las reuniones con los amigos por la tarde y por la noche. *¿Cuántos días a la semana pasas tiempo con tus amigos después del horario escolar?* Las respuestas oscilaban entre *0 días y 5 días* (o 6 días, en función del sistema educativo del país). *¿Cuántas noches a la semana pasas con tus amigos?* Las opciones de respuesta iban de *0 noches a 7 noches*.

Esta sección presenta los datos de aquellos jóvenes que comunican reunirse con sus amigos cuatro o más veces a la semana, tanto después del horario escolar como por la noche.

Puesto que los medios electrónicos cada vez revisten más importancia en las comunicaciones cotidianas, la nueva pregunta englobaba la frecuencia de los contactos con los amigos mediante el teléfono, el correo electrónico y los mensajes de texto. *¿Con qué frecuencia hablas con tu(s) amigo(s) a través del teléfono, del correo electrónico o de los mensajes de texto?* Las opciones de respuesta fueron: *Rara vez o nunca, 1 o 2 días a la semana, 3 o 4 días a la semana, 5 o 6 días a la semana, 5 o 6 días a la semana, Todos los días*. Esta sección presenta los datos de aquellos jóvenes que han comunicado mantener contactos con sus amigos todos los días.

## Resultados

### El tamaño del grupo de amigos

Los resultados relativos al número medio de amigos cercanos varía, sorprendentemente, de forma amplia entre los países y las regiones (Figura 2.12). Entre todos los grupos de edad, aproximadamente el 60% - 90% de los jóvenes tiene tres o más amigos del mismo género. El modelo geográfico de estas diferencias se puede describir de forma aproximada en torno a un eje que va del noroeste hasta el sudeste de la Región Europea. Aunque los jóvenes de los países de lengua inglesa (Canadá, Inglaterra, Escocia, Estados Unidos y Gales), Israel y los países escandinavos comunican unas frecuencias de aproximadamente el 80% - 90%, las frecuencias en los países mediterráneos y del este de Europa alcanzan el 70% o un porcentaje inferior. Finlandia y Groenlandia, con un porcentaje de en torno al 75% son las únicas excepciones. Este modelo se mantiene estable en los tres grupos de edad, existiendo sólo pequeñas diferencias estadísticas insignificantes.

Aunque generalmente se considera que las chicas están más vinculadas socialmente, los resultados en la mayoría de los países y de las regiones muestran una frecuencia más elevada de chicos con tres o más amigos cercanos en comparación con las chicas. Se han detectado excepciones a este hecho sólo en los países de lengua inglesa, los países escandinavos y Malta.

En los países individuales, esta diferencia de género se mantiene estable en todos los grupos de edad.

El tamaño del grupo de amigos parece estar influenciado por factores culturales. La explicación más evidente es la diferencia en el significado semántico del término “amigos cercanos”. Este criterio se ve respaldado por el hecho de que los grupos de países con tipos de idiomas similares presentan también unas frecuencias similares. No obstante, el idioma no puede explicar el modelo de distribución –desde las frecuencias más elevadas en el norte hasta las frecuencias más bajas en el sur-. Esto indica que existen asimismo diferencias culturales en la manera en la que los jóvenes eligen a sus amigos.

## **La frecuencia de los contactos con los amigos**

La cantidad de tiempo que los jóvenes pasan con sus amigos puede ser un importante factor de predicción de la influencia del grupo de compañeros sobre la persona, tal y como indica la importancia del grupo en el proceso de desarrollo de la identidad. Los contactos frecuentes con los amigos con frecuencia están asociados a diferentes tipos de conducta de riesgo. El Capítulo 4 analiza de forma adicional esta cuestión.

La Figura 2.13 muestra los porcentajes de jóvenes que pasan con sus amigos cuatro o más tardes a la semana. A nivel nacional o regional, no parecen existir asociaciones entre el número de amigos y la cantidad de tiempo que pasan juntos después del horario escolar, puesto que las calificaciones referidas a estas dos variables son bastante diferentes. No obstante, a nivel individual puede aparecer una panorámica distinta. Evidentemente, las diferencias en los sistemas educativos generan un efecto significativo sobre las diferencias geográficas: la probabilidad de reunirse con los amigos después del horario escolar es más pequeña en los países en los que el horario escolar generalmente se prolonga hasta la tarde en comparación con los países donde el horario escolar termina a la hora de comer.

Los países y las regiones presentan amplias variaciones. Por ejemplo, los porcentajes de reuniones periódicas con los amigos después del horario escolar en los jóvenes de 13 años son superiores al 60% en Groenlandia y Malta, e inferiores al 30% en Bélgica (región francesa), Grecia y Suecia. En la mayoría de los países y regiones, los chicos se reúnen con los amigos después del horario escolar con mayor frecuencia que las chicas (Tabla 2.2).

La Figura 2.14 muestra cuántos jóvenes se reúnen con amigos cuatro o más noches a la semana. De nuevo, las diferencias son muy relevantes. Entre los jóvenes de 11 años, las frecuencias varían entre el 50% en Finlandia, Groenlandia, Federación Rusa, Escocia y Gales, y menos del 10% en Bélgica (región francesa), Hungría y Suiza. El mismo modelo de calificación aparece de manera coherente en todos los grupos de edad. La frecuencia de los contactos con los amigos por la noche se incrementa gradualmente con la edad, tal y como sería de esperar debido al mayor grado de independencia concedido a los jóvenes a medida que se hacen mayores.

En todos los países y las regiones, salvo en Groenlandia, los chicos comunicaron reunirse por la noche con los amigos con mayor frecuencia que las chicas. La diferencia de género referida a esta variable muestra un modelo geográfico: en general, en todos los grupos de edad la diferencia entre chicos y chicas aumenta de norte a sur.

**Tabla 2.2: Jóvenes que pasan tiempo con los amigos después del horario escolar cuatro o más días a la semana**

<b>Grupo de edad (años)</b>	<b>Chicas (%)</b>	<b>Chicos (%)</b>	<b>Ambos (%)</b>
11	34,2	40,9	37,5
13	35,8	43,4	39,5
15	35,8	44,6	40,0

**Figura 2.12: Jóvenes con tres o más amigos cercanos del mismo género (%)**

PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 11 AÑOS		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 13 AÑOS		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 15 AÑOS	
	CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS
CANADA	90,7	88,1	IRLANDA	91,7	93,0	HUNGRÍA	89,6	91,3
IRLANDA	88,9	89,5	HUNGRÍA	92,4	88,3	IRLANDA	88,7	90,0
ESTADOS UNIDOS	91,1	86,7	CANADÁ	90,8	88,7	GALES	86,6	91,3
HUNGRÍA	88,7	88,5	GALES	90,9	88,8	NORUEGA	88,0	87,2
GALES	90,6	86,6	ESCOCIA	92,4	86,2	ESCOCIA	87,6	85,6
DINAMARCA	89,5	87,2	ISRAEL	89,1	87,0	INGLATERRA	90,8	80,8
ISRAEL	90,6	85,9	INGLATERRA	88,1	86,8	CANADÁ	85,1	82,7
REPÚBLICA CHECA	87,1	88,5	SUECIA	87,6	86,2	SUECIA	82,3	85,6
AUSTRIA	85,7	89,1	NORUEGA	88,2	85,4	AUSTRIA	81,3	84,5
SUECIA	86,1	87,7	AUSTRIA	84,0	88,7	ISRAEL	80,7	84,5
INGLATERRA	87,9	85,4	DINAMARCA	87,3	85,0	HOLANDA	80,5	83,6
HOLANDA	83,7	86,8	ESTADOS UNIDOS	88,9	83,2	REPÚBLICA CHECA	79,3	83,8
NORUEGA	86,9	82,5	BÉLGICA (región flamenca)	84,0	88,3	BÉLGICA (región flamenca)	78,9	81,9
ESCOCIA	85,0	84,2	HOLANDA	86,0	85,5	DINAMARCA	79,2	80,8
ALEMANIA	82,5	85,9	BÉLGICA (región francesa)	83,1	85,6	BÉLGICA (región francesa)	76,0	83,3
PORTUGAL	83,6	84,8	REPÚBLICA CHECA	82,7	85,3	GROENLANDIA	74,8	85,6
BÉLGICA (región flamenca)	81,7	86,0	ALEMANIA	82,1	82,4	ESTADOS UNIDOS	80,6	77,5
LITUANIA	81,3	85,9	LITUANIA	77,8	82,1	UCRANIA	68,8	83,0
UCRANIA	82,0	81,0	CROACIA	73,3	83,5	MALTA	77,9	73,3
BÉLGICA (región francesa)	80,0	82,3	MALTA	79,3	77,8	ALEMANIA	70,7	79,7
CROACIA	73,0	87,1	FRANCIA	73,5	81,2	SUIZA	70,1	77,6
ARY MACEDONIA	75,1	83,9	UCRANIA	74,0	80,3	CROACIA	69,8	79,2
FINLANDIA	77,3	80,7	PORTUGAL	71,3	80,5	LITUANIA	67,7	79,1
MALTA	82,7	72,9	SUIZA	73,5	78,2	ARY MACEDONIA	66,6	80,9
ESLOVENIA	75,0	81,5	FINLANDIA	71,5	79,2	FRANCIA	67,3	78,2
ITALIA	72,6	81,2	ARY MACEDONIA	67,8	82,8	FINLANDIA	69,7	71,4
ESTONIA	73,2	79,3	LETONIA	69,0	78,5	PORTUGAL	66,7	74,3
SUIZA	71,2	79,3	GROENLANDIA	71,3	75,8	LETONIA	64,7	74,2
FRANCIA	69,2	79,0	ESTONIA	71,0	73,7	ESTONIA	60,7	72,2
POLONIA	68,5	76,6	POLONIA	67,1	74,7	ESLOVENIA	56,3	72,7
FEDERACIÓN RUSA	66,2	77,5	FEDERACIÓN RUSA	63,9	76,0	FEDERACIÓN RUSA	56,7	71,5
GROENLANDIA	72,7	68,6	ITALIA	61,6	75,2	POLONIA	55,5	70,5
LETONIA	67,3	70,5	ESLOVENIA	60,6	74,7	ITALIA	55,7	69,5
GRECIA	60,2	71,5	GRECIA	55,9	69,2	GRECIA	56,7	63,4
ESPAÑA	62,3	69,1	ESPAÑA	60,4	63,0	ESPAÑA	50,9	56,6
Promedio HBSC	79,5	82,6		77,9	81,6		72,5	78,5

**Figura 2.13: Jóvenes que pasan tiempo con los amigos después del horario escolar cuatro o más días a la semana (%)**

PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 11 AÑOS		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 13 AÑOS		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 15 AÑOS	
	CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS
GROENLANDIA	57,2	47,9	GROENLANDIA	62,1	65,7	GROENLANDIA	55,1	62,8
FEDERACIÓN RUSA	49,5	57,1	MALTA	63,3	60,1	ARY MACEDONIA	52,0	62,9
ARY MACEDONIA	44,9	58,2	ARY MACEDONIA	53,7	62,2	MALTA	55,1	58,6
NORUEGA	46,9	50,6	FEDERACIÓN RUSA	53,6	58,0	FEDERACIÓN RUSA	49,0	58,0
ALEMANIA	46,2	49,3	NORUEGA	47,8	51,2	REPÚBLICA CHECA	50,9	51,5
ESCOCIA	41,6	50,1	ALEMANIA	46,8	51,6	ALEMANIA	49,3	53,2
ISRAEL	44,9	47,0	ITALIA	40,8	54,6	NORUEGA	45,1	53,5
MALTA	43,1	47,5	ISRAEL	44,1	51,7	AUSTRIA	45,8	47,6
POLONIA	40,7	44,7	IRLANDA	40,0	52,9	ITALIA	37,6	57,1
REPÚBLICA CHECA	41,7	43,3	GALES	39,1	52,1	HUNGRÍA	45,1	47,0
GALES	35,6	48,0	REPÚBLICA CHECA	41,1	48,6	ESLOVENIA	44,9	45,5
ESLOVENIA	36,1	46,0	ESCOCIA	37,5	51,4	ISRAEL	38,8	50,2
ITALIA	35,1	45,7	LETONIA	38,3	48,1	LITUANIA	35,3	51,1
PORTUGAL	34,5	45,6	LITUANIA	35,5	49,0	ESTONIA	38,8	46,3
ESTONIA	34,9	43,8	POLONIA	37,8	43,1	LETONIA	40,1	45,7
LITUANIA	37,3	41,7	PORTUGAL	34,9	46,5	POLONIA	34,6	48,6
AUSTRIA	35,9	40,9	INGLATERRA	34,5	44,6	BÉLGICA (región flamenca)	36,5	42,8
IRLANDA	34,7	41,5	ESTONIA	36,6	41,7	PORTUGAL	38,4	40,2
HUNGRÍA	35,6	39,6	HUNGRÍA	34,5	43,6	SUIZA	35,0	42,8
DINAMARCA	37,6	37,2	AUSTRIA	34,3	42,9	ESTADOS UNIDOS	33,4	44,5
INGLATERRA	31,9	41,5	ESTADOS UNIDOS	35,2	42,4	IRLANDA	35,3	42,9
CANADÁ	34,2	39,5	BÉLGICA (región flamenca)	30,4	40,2	UCRANIA	26,9	48,7
UCRANIA	31,0	40,5	ESLOVENIA	31,7	38,3	INGLATERRA	32,2	42,4
LETONIA	28,5	40,3	UCRANIA	28,1	41,2	ESCOCIA	30,9	42,8
CROACIA	28,9	38,4	SUIZA	32,0	35,8	FRANCIA	31,4	41,9
ESTADOS UNIDOS	30,7	37,3	CROACIA	29,2	37,0	CROACIA	35,3	35,1
HOLANDA	31,9	34,2	ESPAÑA	30,5	35,9	GALES	28,2	40,2
SUECIA	30,7	35,3	CANADÁ	27,5	38,3	GRECIA	28,9	36,7
FINLANDIA	29,9	35,9	FINLANDIA	26,8	34,7	ESPAÑA	28,5	35,6
ESPAÑA	27,4	36,8	HOLANDA	29,9	31,7	FINLANDIA	25,6	36,7
SUIZA	28,8	34,1	FRANCIA	25,6	35,8	CANADÁ	24,3	39,7
GRECIA	21,2	30,0	DINAMARCA	29,9	30,3	HOLANDA	27,1	33,9
FRANCIA	21,4	29,3	GRECIA	24,2	33,6	BÉLGICA (región francesa)	26,5	34,2
BÉLGICA (región francesa)	20,4	28,0	BÉLGICA (región francesa)	23,9	32,5	DINAMARCA	20,7	30,8
BÉLGICA (región flamenca)	19,3	26,0	SUECIA	25,7	27,5	SUECIA	14,9	29,5
Promedio HBSC	34,2	40,9		35,8	43,4		35,8	44,6

**Figura 2.14: Jóvenes que pasan tiempo con los amigos cuatro o más noches a la semana (%)**

PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 11 AÑOS		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 13 AÑOS		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 15 AÑOS	
	CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS
GROENLANDIA	57,5	49,2	GROENLANDIA	72,4	68,0	GROENLANDIA	63,2	75,0
ESCOCIA	46,5	53,3	ESCOCIA	53,9	61,2	ESCOCIA	47,5	58,7
FEDERACIÓN RUSA	39,1	43,8	GALES	45,9	56,4	FEDERACIÓN RUSA	48,2	56,8
GALES	34,9	47,7	FEDERACIÓN RUSA	47,9	50,6	FINLANDIA	46,0	54,2
FINLANDIA	36,8	43,9	FINLANDIA	43,7	48,1	UCRANIA	40,0	59,8
IRLANDA	34,3	44,1	NORUEGA	42,4	45,1	NORUEGA	46,9	50,6
INGLATERRA	30,6	42,7	IRLANDA	38,4	47,6	GALES	33,6	44,9
NORUEGA	28,9	41,0	INGLATERRA	36,2	48,8	INGLATERRA	33,7	45,4
ESPAÑA	29,5	39,8	CANADÁ	34,1	42,2	ESTONIA	33,6	43,5
CANADÁ	31,8	35,3	ESPAÑA	32,2	41,4	ESPAÑA	35,3	40,5
ESTONIA	27,6	36,7	ESTONIA	31,3	39,7	CANADÁ	31,3	44,2
UCRANIA	23,3	35,3	UCRANIA	30,3	36,3	ISRAEL	30,7	41,1
ISRAEL	26,1	29,3	ISRAEL	31,5	33,4	LETONIA	32,1	38,1
ESTADOS UNIDOS	20,1	25,9	LETONIA	27,5	35,3	ESTADOS UNIDOS	31,3	36,8
LITUANIA	16,8	23,6	ESTADOS UNIDOS	25,0	29,0	IRLANDA	32,6	35,0
LETONIA	14,1	24,5	LITUANIA	20,4	29,4	HOLANDA	29,0	34,6
HOLANDA	18,5	19,2	SUECIA	22,5	24,5	REPÚBLICA CHECA	28,8	30,0
ESLOVENIA	11,5	25,4	DINAMARCA	21,2	24,4	LITUANIA	24,9	33,6
REPÚBLICA CHECA	16,5	20,2	HOLANDA	21,2	22,6	ALEMANIA	26,6	29,3
ARY MACEDONIA	9,5	25,8	ARY MACEDONIA	14,3	29,0	DINAMARCA	26,3	28,0
SUECIA	12,1	22,3	CROACIA	15,1	23,2	ARY MACEDONIA	19,0	34,8
CROACIA	12,7	20,4	POLONIA	16,4	21,1	SUECIA	21,0	31,4
POLONIA	10,3	19,0	REPÚBLICA CHECA	16,5	21,2	BÉLGICA (región flamenca)	19,9	28,0
ALEMANIA	12,6	16,0	BÉLGICA (región flamenca)	14,9	20,4	POLONIA	20,0	27,5
DINAMARCA	10,7	13,3	ALEMANIA	17,3	17,4	ESLOVENIA	21,9	22,5
ITALIA	8,3	15,5	ESLOVENIA	13,1	20,5	CROACIA	16,1	23,4
MALTA	9,0	11,9	MALTA	14,1	17,6	ITALIA	13,8	24,8
FRANCIA	6,9	12,5	ITALIA	11,9	19,0	SUIZA	14,8	18,1
GRECIA	6,4	12,9	GRECIA	9,4	17,8	GRECIA	13,1	19,5
BÉLGICA (región flamenca)	8,5	10,0	FRANCIA	7,7	13,0	HUNGRÍA	12,3	15,6
PORTUGAL	4,0	10,0	AUSTRIA	7,9	12,3	FRANCIA	10,0	16,8
AUSTRIA	4,4	8,5	PORTUGAL	4,2	14,2	MALTA	8,3	15,2
SUIZA	4,4	7,5	SUIZA	7,8	9,4	BÉLGICA (región francesa)	7,8	13,6
HUNGRÍA	5,2	5,6	BÉLGICA (región francesa)	6,3	10,5	AUSTRIA	7,9	9,5
BÉLGICA (región francesa)	3,9	5,9	HUNGRÍA	6,9	6,4	PORTUGAL	3,3	6,9
Promedio HBSC	18,6	25,6		23,9	29,6		26,5	33,7

## Comunicación a través de medios electrónicos

En los últimos años, la disponibilidad y el uso de medios de comunicación electrónicos se han generalizado cada vez más, en especial, con

el boom del uso de teléfonos móviles. Sobre la base de la premisa de que el contacto con los compañeros puede añadir una nueva dimensión a la exposición de los jóvenes, se añadió una pregunta sobre la frecuencia de dichos contactos al cuestionario tipificado internacional de la encuesta 2001 / 2002.

De nuevo, la gama entre los países y las regiones es muy amplia (Figura 2.15). Por ejemplo, entre las chicas de 11 años, el 48% de las chicas en la Federación Rusa comunica contactos electrónicos diarios con amigos, pero sólo el 3% en Francia. El uso de medios de comunicación electrónicos aumenta con la edad, en especial, entre la edad de 11 y 13 años, en la mayoría de los países y de las regiones. Entre los jóvenes de 15 años, dicho uso aumenta incluso más en algunos países y regiones, pero parece mantenerse uniforme en otros, como, por ejemplo, la Federación Rusa. En este punto, Croacia, Dinamarca, Grecia, Israel y Noruega lideran la clasificación con unas frecuencias comunicadas de aproximadamente el 50%. Con muy pocas excepciones, más chicas que chicos utilizan en todos los grupos de edad los medios de comunicación electrónicos para ponerse en contacto con sus amigos. En la mayoría de los países y las regiones, esta diferencia de género se incrementa con la edad.

A diferencia del hecho de reunirse por la noche con los amigos, este tipo de contacto con los compañeros parece no seguir un modelo cultural o geográfico discernible. Por supuesto, el nivel de utilización de medios electrónicos por parte de los jóvenes varía en función de las circunstancias, como, por ejemplo, la disponibilidad y el coste de dichos servicios.

## **Debate**

Los contactos con los compañeros en la Región Europea y Norteamérica aumentan con la edad en todas las circunstancias culturales, a medida que los jóvenes amplían sus redes sociales de compañeros durante la pubertad. Diversos factores, tales como las normas, las tradiciones y las oportunidades culturales, afectan al inicio y a la rapidez de este proceso. Posiblemente, las oportunidades de contacto con los compañeros se ven afectadas por el sistema educativo y las actividades organizadas de ocio en los grupos de edad más jóvenes, y cada vez se organizan de forma más autónoma y en diversos escenarios en el caso de los grupos de jóvenes de mayor edad.

En los países del sur de Europa, los chicos ejercen más actividades de socialización por las noches que las chicas. Puede ser que los chicos dispongan de más libertad, o que las chicas decidan dedicar más tiempo al trabajo doméstico (ver Capítulo 3) o a otras actividad.

La comunicación electrónica por correo electrónico o por teléfono aumenta con la edad y puede favorecer el establecimiento de redes en los grupos de amigos. Los porcentajes más elevados de uso entre las chicas pueden estar asociados a la menor cantidad de salidas nocturnas con amigos/as. El Capítulo 4 analiza el efecto del tamaño del grupo de compañeros y de la frecuencia de los contactos con los amigos sobre los resultados sanitarios, haciendo referencia especial a las diferencias de género.

## Bibliografía

1. Page RM, Scanlan A, Deringer N. Childhood loneliness and isolation: implications and strategies for childhood educators. *Child Study Journal*, 24(2):107–118.
2. Muuss R, Porton H. *Adolescent behaviour and society*. Boston, MacGraw-Hill, 1999.
3. Berndt TJ. Friendship and friends' influence in adolescence. *Current Directions in Psychological Science*, 1992, 1(5):156–159.
4. Nic Gabhainn S, François Y. Substance use. In: Currie C et al., eds. *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002:97–114 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 1; <http://www.who.dk/document/e67880.pdf>, accessed 20 January 2004).
5. Settertobulte W. Family and peer relations. In: Currie C et al., eds. *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002:39–48 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 1; <http://www.who.dk/document/e67880.pdf>, accessed 20 January 2004).
6. Berndt TJ, Savin-Williams RC. Variations in friendships and peer-group relationships in adolescence. In: Tolan P, Cohler B, eds. *Handbook of clinical research and practice with adolescents*. New York, Wiley, 1993.
7. Cohen J. High school subculture and the adolescent world. *Adolescence*, 1979, 14(55):491–502.
8. Abrams D, Hogg MA. Social identification, self-categorisation and social influence. In: Stroebe W, Hewstone MRC, eds. *European review of social psychology*, Vol. 1. Bountiful, UT, Horizon Pubs & Distributors, 1990:195–228.
9. Hopkins N. Peer group processes and adolescent health related behaviour: more than 'peer group pressure'? *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 1994, 4:329–345.

**Figura 2.15: Jóvenes que se comunican todos los días con sus amigos/as por teléfono, correo electrónico o mensajes de texto (%)**

PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 11 AÑOS		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 13 AÑOS		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 15 AÑOS	
	CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS
FEDERACIÓN RUSA	48,0	36,8	FEDERACIÓN RUSA	55,4	39,9	GRECIA	62,7	50,0
CANADÁ	37,4	27,1	CANADÁ	55,3	33,9	CROACIA	60,1	41,9
ISRAEL	40,4	24,7	CROACIA	51,1	38,7	NORUEGA	57,1	46,9
CROACIA	33,2	29,6	ISRAEL	52,3	34,6	DINAMARCA	56,5	45,4
ESTADOS UNIDOS	35,2	16,6	NORUEGA	48,4	36,0	ISRAEL	56,5	44,2
ARY MACEDONIA	26,2	25,6	GRECIA	47,4	31,9	FEDERACIÓN RUSA	55,4	39,3
ESLOVENIA	27,7	23,7	ESCOCIA	49,4	29,1	GROENLANDIA	48,2	46,9
GALES	31,0	19,3	ITALIA	49,5	27,5	ITALIA	58,8	33,6
INGLATERRA	28,1	20,0	DINAMARCA	45,5	31,3	ESCOCIA	55,5	38,5
GROENLANDIA	27,4	19,0	ARY MACEDONIA	45,1	30,2	BÉLGICA (región flamenca)	50,5	40,1
FINLANDIA	26,8	17,8	ESTADOS UNIDOS	48,1	24,7	CANADÁ	51,4	37,4
ESCOCIA	25,5	18,8	MALTA	42,0	31,4	INGLATERRA	49,6	40,3
MALTA	22,3	20,4	GROENLANDIA	38,7	31,8	ARY MACEDONIA	52,6	35,5
NORUEGA	23,5	17,3	ESLOVENIA	43,2	26,4	ESLOVENIA	50,0	35,9
UCRANIA	23,4	17,2	INGLATERRA	40,5	26,8	ESTADOS UNIDOS	52,8	30,6
ITALIA	22,9	17,2	GALES	45,0	23,4	SUIZA	49,9	34,2
ESTONIA	21,2	18,1	FINLANDIA	40,4	26,2	IRLANDA	46,9	31,0
DINAMARCA	19,6	15,5	PORTUGAL	36,6	25,6	MALTA	42,4	38,3
GRECIA	18,8	15,4	ALEMANIA	38,4	21,4	SUECIA	46,2	34,2
IRLANDA	18,0	12,6	SUIZA	36,4	22,6	GALES	47,7	33,2
SUECIA	16,1	12,1	SUECIA	38,2	20,4	ALEMANIA	46,4	31,4
ALEMANIA	15,3	11,9	IRLANDA	34,5	22,8	PORTUGAL	46,2	31,0
LETONIA	13,0	13,9	BÉLGICA (región flamenca)	31,6	25,4	AUSTRIA	47,6	28,8
PORTUGAL	14,3	10,6	UCRANIA	34,6	16,8	REPÚBLICA CHECA	42,0	33,7
POLONIA	13,0	11,1	AUSTRIA	30,5	17,5	FINLANDIA	41,3	33,8
BÉLGICA (región flamenca)	11,2	11,4	ESPAÑA	29,7	17,2	ESPAÑA	43,3	24,0
HUNGRÍA	10,1	12,4	ESTONIA	26,1	19,9	BÉLGICA (región francesa)	40,4	25,8
AUSTRIA	11,3	10,8	REPÚBLICA CHECA	23,6	20,6	HOLANDA	40,4	24,1
REPÚBLICA CHECA	11,7	9,4	HOLANDA	26,5	18,0	ESTONIA	33,7	23,7
ESPAÑA	9,8	8,7	POLONIA	24,6	17,6	HUNGRÍA	27,3	25,8
SUIZA	9,0	8,9	HUNGRÍA	22,3	19,2	POLONIA	29,2	20,9
BÉLGICA (región francesa)	9,4	7,7	BÉLGICA (región francesa)	24,8	15,6	UCRANIA	29,6	19,0
LITUANIA	8,1	7,6	LETONIA	24,5	15,3	LETONIA	27,4	18,1
HOLANDA	6,4	5,1	LITUANIA	16,4	11,8	FRANCIA	26,4	16,2
FRANCIA	3,4	4,0	FRANCIA	13,6	7,7	LITUANIA	21,5	17,3
Promedio HBSC	20,5	15,8		37,3	24,2		45,0	32,1

# **El centro escolar – Oddrun Samdal, Wolfgang Dür y John Freeman**

## **Introducción**

Los sistemas educativos de los países y las regiones que participan en el estudio HBSC varían de forma considerable en muchos aspectos, desde las políticas nacionales de educación hasta los recursos a disposición de los centros educativos, y dichos centros también difieren ampliamente dentro de cada país. Con independencia del sistema educativo, el entorno escolar tiene una gran significación en las vidas de los jóvenes en todos los países.

El entorno escolar o el clima psicosocial del centro educativo ha sido estudiado generalmente desde la perspectiva de la mejora de los logros académicos de los jóvenes (1-3), pero también resulta muy interesante desde una perspectiva sanitaria (4-6). Los jóvenes que disfrutan de la vida escolar presentan mayores probabilidades de sentirse bien consigo mismos y de comunicar un elevado bienestar subjetivo. Y a la inversa, los jóvenes a los que no les gusta la vida escolar presentan mayores probabilidades de desarrollar un rendimiento insatisfactorio, lo que puede generar sentimientos de estrés. Y a su vez, esto puede provocar la comunicación de problemas sanitarios subjetivos y escasa satisfacción con la vida. De forma clara, esta relación es bidireccional en el sentido de que los jóvenes que comunican menos problemas sanitarios subjetivos y están más satisfechos con la vida tienen más probabilidad de desarrollar un buen rendimiento escolar (7).

El estudio del entorno escolar en relación con sus efectos sobre la salud y el bienestar de los jóvenes, tanto en el centro escolar como en general, resulta muy valioso (6, 8). El entorno escolar es el escenario clave para los jóvenes durante al menos 9 – 10 años de su vida. Puesto que pasan 6 – 8 horas al día realizando el trabajo de ser estudiantes, su situación es comparable a la de los adultos en sus entornos laborales. Las investigaciones han observado que los aspectos psicosociales del entorno laboral afectan a la salud y la conducta sanitaria comunicadas por los adultos (9, 10). Por analogía, la vida diaria en el centro educativo también puede afectar a la salud y el bienestar de los jóvenes, aunque la naturaleza exacta de dicha relación no resulta clara.

Nuestro interés a la hora de estudiar las experiencias escolares de los jóvenes se basa en la importante relación detectada en las anteriores encuestas HBSC entre el hecho de disfrutar de la vida escolar y la salud y la conducta sanitaria comunicadas (11 – 13). Cuanto más disfrutan los jóvenes de la vida escolar, menos probabilidades tienen de consumir tabaco o alcohol y más probabilidades de sentirse felices. La consecución de una mejor comprensión del desarrollo de la salud y la conducta sanitaria de los jóvenes requiere la identificación de los aspectos del entorno escolar que mejoran o que reducen sus sentimientos de satisfacción. Desde esta perspectiva, los centros educativos pueden ser considerados como un recurso o como un riesgo en relación con la salud de los jóvenes. Puesto que el hecho de disfrutar de la vida escolar ejerce claramente una influencia sobre la salud y la conducta sanitaria

de los jóvenes, éste criterio es uno de los conceptos clave del estudio HBSC. Los logros académicos de los jóvenes también se incluyen con el fin de identificar cómo éstos están relacionados con el hecho de disfrutar de la vida escolar y potencialmente con la salud y la conducta sanitaria.

Las investigaciones sobre el entorno laboral de los adultos se realizan desde una perspectiva organizativa y holística con el fin de comprender el impacto de la organización del trabajo sobre la satisfacción laboral y la salud y el bienestar globales. Dichas investigaciones han estudiado tres aspectos clave del entorno laboral (10, 14): la autonomía y el control, las demandas percibidas y el apoyo percibido. La prioridad principal es cómo el control y las demandas se encuentran equilibrados y cómo el apoyo compensa cualquier desequilibrio percibido. El estudio HBSC ha seleccionado conceptos equivalentes: el apoyo de los compañeros, y la presión o las demandas percibidas. Esto permite el análisis de la relación entre la presión y el apoyo, por una parte, y la satisfacción de los jóvenes con la vida escolar y el rendimiento académico, por otra.

Las relaciones personales que se forjan en la comunidad escolar probablemente serán importantes para el bienestar de los jóvenes. El apoyo fue objeto de un énfasis especial, puesto que las relaciones con los compañeros tienen una significación clave en las vidas de los jóvenes en edad escolar (15). La presión percibida en el centro educativo puede revestir particular importancia para las percepciones de la presión, y por lo tanto, de la salud. Por otra parte, este concepto está estrechamente relacionado con los logros académicos.

Por último, el hecho de disfrutar de la vida escolar está relacionado con los logros académicos. Los jóvenes a los que les gusta la vida escolar tienden a desarrollar un mejor rendimiento, y a la inversa (16). En realidad, los cuatro conceptos citados están inter-relacionados. Por ejemplo, los estudiantes que experimentan un elevado nivel de presión tienen menos probabilidades de disfrutar de la vida escolar, en especial, si no son recompensados con calificaciones altas o con el apoyo de sus compañeros.

## Métodos

Los cuatro principales conceptos citados fueron medidos mediante seis puntos temáticos.

Una única pregunta medía el hecho de disfrutar de la vida escolar. *¿Te gusta en la actualidad el centro escolar?* Las categorías de respuesta eran: *Me gusta mucho, Me gusta un poco, No me gusta mucho, No me gusta nada.*

Otra pregunta medía los logros académicos. *En tu opinión, ¿qué es lo que piensa el/los profesor(es) de tu clase de tu rendimiento escolar en comparación con tus compañeros de clase?* Las categorías de respuesta fueron: *Muy bueno, Bueno, Intermedio, Por debajo de la media.*

El apoyo de los compañeros fue medido utilizando tres puntos temáticos en forma de declaraciones, en relación con los cuales los jóvenes debían manifestar su acuerdo o su desacuerdo. *A los estudiantes de mi(s) clase(s) les gusta estar juntos. La mayoría de los estudiantes de mi(s) clase(s) son amables y amistosos. Los demás estudiantes me aceptan como soy.* Las categorías de respuesta fueron: *Estoy muy de acuerdo, Estoy de acuerdo, No estoy ni de acuerdo ni en desacuerdo, No estoy de acuerdo, No estoy de acuerdo en absoluto.*

El último punto temático objeto de medición fue la presión escolar. *¿En qué medida te sientes presionado por el trabajo escolar que debes llevar a cabo?* Las categorías de respuesta fueron: *En absoluto, Un poco, En cierta medida, Mucho.*

## **Resultados**

### **El hecho de disfrutar de la vida escolar**

El hecho de disfrutar de la vida escolar disminuye con la edad en todos los países y las regiones (Figura 2.16). De forma global, las chicas tienden a disfrutar en mayor medida que los chicos de la vida escolar.

El hecho de disfrutar mucho de la vida escolar varía enormemente entre los países y las regiones. En la antigua República Yugoslava de Macedonia, más del 80% de los jóvenes de 11 años y más del 50% de los jóvenes de 13 y 15 años comunicaron una elevada satisfacción. No obstante, las cifras correspondientes de Croacia, República Checa, Estonia y Finlandia fueron inferiores al 20% para los jóvenes de 11 años y al 10% para los jóvenes de 13 y 15 años. En la mayoría de los países y regiones, el 25% - 50% de los jóvenes de 11 años y el 10% - 20% de los jóvenes de 13 y 15 años disfrutaban mucho de la vida escolar. Estas cifras se pueden describir como un bajo nivel de satisfacción.

## **Los logros académicos**

La Figura 2.17 muestra que el porcentaje de jóvenes que comunican desarrollar un rendimiento bueno o muy bueno en el centro educativo disminuye con la edad, pero de forma tan significativa como el hecho de disfrutar de la vida escolar. De nuevo, las chicas presentan más probabilidades que los chicos de comunicar un buen rendimiento.

Aunque los países y las regiones varían en los porcentajes de jóvenes que comunican un buen rendimiento, estas diferencias no son tan importantes como en el caso de las diferencias relativas al nivel de satisfacción con la vida escolar. En Croacia, Grecia y la antigua República de Macedonia, aproximadamente el 90% de los jóvenes de 11 años y más del 70% de los jóvenes de 13 y 15 años comunicaron un elevado nivel de logros académicos. Por el contrario, sólo el 35% - 50% de todos los tres grupos de edad comunicó el mismo nivel de logros académicos en Estonia, la Federación Rusa y Ucrania. La situación en Alemania es similar en el caso de los jóvenes de 13 y 15 años.

## **El apoyo de los compañeros**

En todos los países y las regiones, los resultados globales en relación con los tres puntos temáticos que medían el apoyo de los compañeros –los porcentajes de jóvenes que manifiestan su acuerdo o su acuerdo absoluto en que los compañeros disfrutaban estando juntos, que son aceptados por sus compañeros, y que sus compañeros son amables y amistosos– son muy similares. A modo de ejemplo sólo se presentan aquí los datos sobre los jóvenes que están de acuerdo en que sus compañeros son amables y amistosos (Figura 2.18).

La variación entre los grupos de edad no se subraya, pero los jóvenes de 11 años tienden a comunicar que sus compañeros son amables y amistosos en mayor medida que los jóvenes de 13 y 15 años. Las diferencias entre chicas y chicos son menores. La gama en los países y regiones es similar a la existente en relación con los logros académicos. En la gama superior, el 80% - 90% de los jóvenes de 11 años y el 70% - 80% de los jóvenes de 13 y 15 años de Portugal, Suecia, Suiza y la antigua República Yugoslava de Macedonia están de acuerdo con la declaración. Los porcentajes correspondientes en la gama inferior fueron del 30% - 50% en los tres grupos de edad de la República Checa, Inglaterra y la Federación Rusa.

**Figura 2.16: Jóvenes a los que les gusta mucho la vida escolar (%)**

PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 11 AÑOS		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 13 AÑOS		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 15 AÑOS	
	CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS
ARY MACEDONIA	89,1	83,4	ARY MACEDONIA	63,4	57,2	ARY MACEDONIA	57,9	52,0
MALTA	61,6	62,5	NORUEGA	43,3	41,0	ESLOVENIA	36,1	35,3
AUSTRIA	60,4	59,8	HOLANDA	42,7	38,7	HUNGRÍA	38,0	21,8
GRECIA	55,2	48,1	LETONIA	32,9	20,1	NORUEGA	31,9	30,9
ALEMANIA	52,5	47,5	IRLANDA	31,4	20,4	AUSTRIA	23,7	27,1
PORTUGAL	58,4	38,9	PORTUGAL	30,2	19,5	MALTA	21,5	23,5
NORUEGA	44,1	42,3	ESCOCIA	25,9	23,0	HOLANDA	21,9	21,4
LETONIA	47,8	37,2	ALEMANIA	24,9	23,3	PORTUGAL	19,2	20,3
ESLOVENIA	48,7	36,6	HUNGRÍA	29,3	16,3	ISRAEL	18,3	18,6
ESPAÑA	46,8	36,6	AUSTRIA	25,0	20,4	ESTADOS UNIDOS	20,0	14,7
HOLANDA	48,8	33,1	GRECIA	25,6	18,6	IRLANDA	22,0	9,5
GROENLANDIA	39,2	41,1	LITUANIA	26,1	15,7	LITUANIA	20,1	14,4
LITUANIA	40,7	37,5	GALES	22,5	19,1	CANADÁ	19,5	13,7
GALES	40,9	35,4	ISRAEL	22,8	17,5	LETONIA	19,7	12,4
FRANCIA	43,7	29,8	CANADÁ	22,3	17,2	GALES	13,4	18,1
ESTADOS UNIDOS	38,3	30,2	GROENLANDIA	21,4	17,3	INGLATERRA	15,3	14,9
SUIZA	39,0	28,7	ESTADOS UNIDOS	21,5	15,7	DINAMARCA	17,2	12,7
DINAMARCA	36,6	30,8	SUIZA	20,0	16,5	GRECIA	15,7	13,9
SUECIA	38,2	29,4	MALTA	17,3	19,3	SUIZA	14,2	15,1
ESCOCIA	38,2	29,2	ESLOVENIA	21,3	14,7	ALEMANIA	14,4	14,4
CANADÁ	32,1	26,3	SUECIA	20,9	14,7	ESCOCIA	12,7	14,7
ISRAEL	31,0	24,8	BÉLGICA (región flamenca)	20,2	13,3	GROENLANDIA	13,9	13,1
BÉLGICA (región francesa)	33,0	22,3	POLONIA	20,3	12,8	SUECIA	13,3	13,1
INGLATERRA	28,4	25,2	ESPAÑA	19,8	12,6	FEDERACIÓN RUSA	13,4	12,5
BÉLGICA (región flamenca)	30,4	22,5	FRANCIA	18,8	12,6	FRANCIA	15,7	9,7
POLONIA	30,6	22,8	DINAMARCA	17,8	13,3	ESPAÑA	12,9	8,2
HUNGRÍA	30,4	21,9	BÉLGICA (región francesa)	16,9	13,6	BÉLGICA (región flamenca)	11,8	9,3
IRLANDA	30,3	20,4	INGLATERRA	16,4	13,6	REPÚBLICA CHECA	10,8	7,8
UCRANIA	28,4	21,7	FEDERACIÓN RUSA	14,1	12,1	ITALIA	10,9	7,1
FEDERACIÓN RUSA	25,5	17,2	UCRANIA	13,5	10,5	UCRANIA	9,5	8,8
CROACIA	25,8	17,0	ITALIA	12,3	7,1	POLONIA	10,3	7,0
ITALIA	24,9	15,6	FINLANDIA	9,7	8,6	BÉLGICA (región francesa)	9,1	5,9
ESTONIA	23,0	12,5	REPÚBLICA CHECA	10,0	7,0	ESTONIA	9,3	5,3
REPÚBLICA CHECA	19,0	14,7	ESTONIA	10,9	5,4	CROACIA	6,4	5,9
FINLANDIA	12,7	8,4	CROACIA	9,0	5,0	FINLANDIA	4,5	4,0
Promedio HBSC	38,2	30,4		22,2	17,1		17,4	14,8

**Figura 2.17: Jóvenes que comunican un rendimiento bueno o muy bueno en el centro escolar (%)**

PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 11 AÑOS		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 13 AÑOS		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 15 AÑOS	
	CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS
ARY MACEDONIA	92,1	93,4	ARY MACEDONIA	91,0	90,3	ARY MACEDONIA	87,0	84,7
GRECIA	87,8	89,7	CROACIA	86,7	76,1	CROACIA	70,9	65,5
CROACIA	91,0	85,9	GRECIA	77,9	72,9	ISRAEL	71,8	64,0
ESLOVENIA	91,0	85,5	ESCOCIA	75,0	68,0	ESCOCIA	68,9	65,3
AUSTRIA	85,7	79,5	ESLOVENIA	74,1	68,5	GRECIA	71,7	61,8
ESPAÑA	84,9	80,3	ISRAEL	69,3	68,4	MALTA	70,3	61,3
ISRAEL	85,3	78,6	GALES	70,3	65,2	GALES	65,1	64,1
DINAMARCA	83,9	78,6	SUECIA	64,5	68,5	GROENLANDIA	63,2	62,2
MALTA	81,3	79,3	ESTADOS UNIDOS	68,8	61,4	CANADÁ	67,5	55,5
SUECIA	80,6	74,3	CANADÁ	67,8	62,0	ESTADOS UNIDOS	64,7	58,8
SUIZA	76,2	75,1	DINAMARCA	65,9	63,8	SUIZA	62,5	61,0
GALES	77,1	73,4	IRLANDA	65,9	63,5	INGLATERRA	64,0	56,7
CANADÁ	75,8	71,7	MALTA	65,3	63,8	IRLANDA	63,9	54,6
NORUEGA	76,2	71,0	ESPAÑA	66,8	61,6	SUECIA	59,2	58,1
POLONIA	77,8	66,7	SUIZA	64,9	63,3	NORUEGA	62,0	54,6
GROENLANDIA	72,7	68,9	NORUEGA	63,5	63,4	ESLOVENIA	57,2	56,3
ESTADOS UNIDOS	72,1	69,4	POLONIA	71,4	52,6	DINAMARCA	58,5	51,3
FINLANDIA	67,6	69,8	INGLATERRA	65,3	58,1	REPÚBLICA CHECA	55,4	52,5
IRLANDA	67,6	67,5	GROENLANDIA	57,6	64,5	POLONIA	60,8	43,9
FRANCIA	70,1	63,1	AUSTRIA	58,0	60,3	BÉLGICA (región flamenca)	53,4	46,2
LETONIA	70,7	62,0	FINLANDIA	56,5	57,4	FINLANDIA	53,7	45,3
INGLATERRA	71,4	61,4	HOLANDA	56,4	57,6	ESPAÑA	50,2	46,4
BÉLGICA (región flamenca)	67,8	61,6	BÉLGICA (región francesa)	58,1	52,6	BÉLGICA (región francesa)	49,5	46,3
ESCOCIA	68,9	59,5	REPÚBLICA CHECA	57,8	48,6	HOLANDA	46,0	49,3
ALEMANIA	64,0	62,1	BÉLGICA (región flamenca)	55,6	49,6	AUSTRIA	44,0	50,7
ITALIA	67,4	58,5	HUNGRÍA	56,2	47,2	FEDERACIÓN RUSA	49,0	41,3
BÉLGICA (región francesa)	63,2	61,9	FRANCIA	57,1	45,6	LITUANIA	54,2	36,4
HOLANDA	62,8	59,1	ITALIA	56,3	43,6	LETONIA	51,3	35,0
HUNGRÍA	67,8	53,8	LITUANIA	60,3	38,1	FRANCIA	44,2	39,9
REPÚBLICA CHECA	59,0	51,2	LETONIA	57,7	38,5	PORTUGAL	36,1	44,8
PORTUGAL	55,2	52,7	PORTUGAL	45,3	49,1	ITALIA	42,7	35,9
ESTONIA	60,5	44,3	ESTONIA	56,2	33,6	ESTONIA	44,6	34,4
LITUANIA	58,4	44,7	FEDERACIÓN RUSA	46,8	38,4	ALEMANIA	36,8	36,7
FEDERACIÓN RUSA	52,6	42,4	UCRANIA	45,8	38,0	UCRANIA	37,1	36,6
UCRANIA	49,1	44,9	ALEMANIA	39,8	42,7	HUNGRÍA	33,7	36,8
Promedio HBSC	72,0	66,1		62,2	55,9		55,7	50,2

**Figura 2.18: Jóvenes que consideran que sus compañeros son amables y amistosos (%)**

PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 11 AÑOS		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 13 AÑOS		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 15 AÑOS	
	CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS
ARY MACEDONIA	86,3	89,8	SUIZA	82,6	80,7	SUIZA	79,8	76,0
SUIZA	86,2	82,9	PORTUGAL	77,8	82,2	ARY MACEDONIA	76,4	78,3
ALEMANIA	87,5	81,4	ARY MACEDONIA	74,3	82,4	PORTUGAL	77,2	77,1
SUECIA	84,6	82,5	BÉLGICA (región francesa)	78,7	75,2	AUSTRIA	85,5	67,4
PORTUGAL	83,0	82,6	SUECIA	74,9	74,6	DINAMARCA	73,9	75,3
ESCOCIA	84,4	80,5	NORUEGA	75,9	72,4	NORUEGA	71,4	75,9
AUSTRIA	86,9	77,1	ALEMANIA	79,4	67,6	FINLANDIA	74,4	69,4
ESLOVENIA	82,0	81,6	AUSTRIA	78,3	68,2	SUECIA	70,7	72,8
BÉLGICA (región francesa)	81,9	80,4	HOLANDA	73,9	70,8	CROACIA	73,3	66,9
CROACIA	76,7	81,4	FINLANDIA	72,2	68,4	ESLOVENIA	73,0	68,2
HOLANDA	79,1	76,5	ESLOVENIA	67,2	73,6	ALEMANIA	72,4	68,0
MALTA	79,9	74,3	BÉLGICA (región flamenca)	75,0	63,9	HOLANDA	71,9	66,8
DINAMARCA	75,6	78,0	DINAMARCA	70,6	66,7	BÉLGICA (región francesa)	69,3	67,7
BÉLGICA (región flamenca)	77,6	75,0	CROACIA	67,7	68,9	BÉLGICA (región flamenca)	72,4	56,8
NORUEGA	77,4	72,5	IRLANDA	72,9	62,0	MALTA	69,1	58,8
GROENLANDIA	70,3	78,8	MALTA	73,9	59,1	IRLANDA	70,5	50,8
IRLANDA	77,5	68,4	GROENLANDIA	64,6	69,2	GALES	61,3	64,9
GALES	74,3	68,9	HUNGRÍA	63,2	66,7	ISRAEL	65,5	58,0
ISRAEL	74,4	68,5	CANADÁ	63,5	64,4	CANADÁ	61,9	60,4
HUNGRÍA	68,8	71,2	ESCOCIA	64,9	61,2	GROENLANDIA	64,4	56,1
FINLANDIA	72,0	66,0	GALES	62,6	61,8	ESCOCIA	57,4	62,7
ESPAÑA	67,9	69,6	ISRAEL	62,2	55,1	HUNGRÍA	61,0	58,3
GRECIA	65,0	72,3	POLONIA	59,2	57,4	GRECIA	53,7	55,6
POLONIA	68,9	66,3	GRECIA	50,7	63,8	POLONIA	51,1	58,4
CANADÁ	67,5	66,4	ESPAÑA	54,9	57,1	ESTONIA	57,1	50,3
LETONIA	69,2	60,7	ESTONIA	61,5	47,2	ESPAÑA	51,9	53,9
ESTONIA	70,3	58,8	ITALIA	49,2	59,1	ESTADOS UNIDOS	50,2	47,4
ITALIA	61,7	65,3	UCRANIA	49,0	57,7	LITUANIA	44,5	51,8
FRANCIA	62,0	64,9	FRANCIA	51,4	53,6	ITALIA	46,8	48,3
UCRANIA	62,2	62,8	LETONIA	55,2	48,5	LETONIA	47,8	44,7
ESTADOS UNIDOS	60,0	60,9	ESTADOS UNIDOS	52,3	49,4	FRANCIA	44,8	45,7
LITUANIA	56,2	59,4	LITUANIA	43,1	54,9	UCRANIA	44,7	44,8
REPÚBLICA CHECA	59,3	52,5	FEDERACIÓN RUSA	41,0	43,6	FEDERACIÓN RUSA	42,3	46,5
INGLATERRA	55,5	45,1	REPÚBLICA CHECA	40,4	40,7	INGLATERRA	46,7	36,2
FEDERACIÓN RUSA	51,3	49,0	INGLATERRA	42,0	34,4	REPÚBLICA CHECA	33,5	34,2
Promedio HBSC	71,8	69,7		62,1	61,0		60,1	58,4

## **El sentimiento de presión debido al trabajo escolar**

Los sentimientos comunicados de presión en el centro educativo varían ampliamente y muestran un modelo similar al hecho de disfrutar de la vida escolar (Figura 2.19). En todos los países y las regiones, cuanto mayor es la edad de los jóvenes, mayores son los sentimientos de presión comunicados. En general, las chicas se sienten más presionadas que los chicos en el caso de los jóvenes de 15 años, pero esta diferencia de género no resulta tan clara en los jóvenes de 11 y 13 años.

La presión parece mayor en los jóvenes de los tres grupos de edad en Lituania y Malta: aproximadamente el 44% de los jóvenes de 11 años y el 65% - 80% de los jóvenes de 13 y 15 años comunicaron sentimientos de cierta presión o de mucha presión. Los jóvenes que comunicaron sentirse menos presionados fueron los de Holanda (en todos los grupos de edad), Austria (jóvenes de 11 y 13 años), Bélgica (región francesa) y Alemania (jóvenes de 13 y 15 años). En todos estos países y regiones, aproximadamente el 25% de los jóvenes comunicó cierta presión o mucha presión, salvo por los jóvenes de 11 y 13 años de Holanda (donde el 5% y el 13%, respectivamente, comunicaron este nivel de presión) y los jóvenes de 11 años en Austria (10%).

## **Relaciones entre los factores objeto de estudio**

Los datos sobre todos los grupos de edad muestran una relación positiva entre los logros académicos y el hecho de disfrutar de la vida escolar:  $r = 0,26$  para los jóvenes de 11 años,  $r = 0,28$  para los jóvenes de 13 años, y  $r = 0,29$  para los jóvenes de 15 años (Coeficiente de correlación de Pearson). Puesto que los datos son transversales, no es posible inferir la dirección de esta relación: es decir, si los logros académicos comunicados afectan al hecho de disfrutar de la vida escolar, y a la inversa. Teóricamente, existen argumentos que respaldan ambas perspectivas. Parece razonable que los jóvenes que presentan un buen rendimiento y alcanzan los importantes objetivos de la escolarización tienen más inclinaciones a disfrutar de la vida escolar, pero se puede argumentar que los jóvenes que disfrutan de la vida escolar están más motivados y más interesados en desarrollar un buen rendimiento.

En términos de implicaciones prácticas, si la relación es causal, la mejora de las condiciones en un escenario puede favorecer las mejoras en el otro. Por lo tanto, nosotros hemos estudiado los aspectos del clima psicosocial del centro educativo y cómo estos aspectos se relacionan con los factores citados.

El análisis de los datos de todos los países y regiones muestra unas relaciones de ligeras a moderadas para cada grupo de edad entre los logros académicos y tanto el apoyo de los compañeros como la presión del centro educativo (Tabla 2.3). En este último caso, la relación es negativa, lo que indica que cuanto mayor es la presión percibida, menores son los logros académicos. Por supuesto, esta relación también se puede interpretar en el sentido inverso: es decir, cuanto más sienten los jóvenes que sus profesores no están satisfechos con sus logros académicos, más probabilidades tienen de sentirse presionados por el trabajo escolar. Con independencia de cómo se interprete la dirección de la asociación, la existencia de una relación clara entre estos factores subraya la importancia de que los profesores alcancen un equilibrio adecuado en relación con sus expectativas sobre los estudiantes.

La relación entre el apoyo de los compañeros y los logros académicos es positiva, lo que sugiere que los jóvenes que perciben que cuentan con el apoyo de sus compañeros tienen más probabilidades de comunicar un buen rendimiento académico. Esta relación se debilita a medida que aumenta la edad, al igual que la relación con la presión escolar.

Se pueden observar relaciones moderadas en los grupos de edad entre el hecho de disfrutar de la vida escolar y el apoyo de los compañeros y la presión escolar, aunque en este último caso la relación es negativa. Al contrario que en el caso de los logros académicos, la solidez de las asociaciones entre el apoyo de los compañeros y el hecho de disfrutar de la vida escolar no disminuye. Esto indica que dichas relaciones se pueden mantener estables en los tres grupos de edad a lo largo del período englobado.

**Tabla 2.3: Correlaciones<sup>a</sup> entre el apoyo de los compañeros, la presión escolar, los logros académicos y el hecho de disfrutar de la vida escolar (Coeficiente de correlación de Pearson)**

Factores	Logros académicos			Nivel de satisfacción con la vida escolar		
	Jóvenes de 11 años	Jóvenes de 13 años	Jóvenes de 15 años	Jóvenes de 11 años	Jóvenes de 13 años	Jóvenes de 15 años
Apoyo de los compañeros	0,14	0,10	0,09	0,24	0,22	0,23
Presión escolar	-0,18	-0,13	-0,06	-0,26	-0,22	-0,15

\* La significación estadística es  $P \leq 0,01$

**Figura 2.19: Jóvenes que se sienten presionados por el trabajo escolar (%)**

PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 11 AÑOS		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 13 AÑOS		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 15 AÑOS	
	CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS
LITUANIA	42,5	45,0	LITUANIA	69,9	61,1	MALTA	85,8	70,5
PORTUGAL	40,7	46,6	MALTA	68,2	60,6	GALES	73,4	62,7
MALTA	40,5	42,9	ESLOVENIA	57,6	53,4	LITUANIA	72,7	62,8
ITALIA	32,7	40,3	POLONIA	49,4	50,0	INGLATERRA	69,7	59,0
ESTADOS UNIDOS	34,9	38,7	ESPAÑA	46,2	51,2	POLONIA	67,7	57,8
GALES	32,9	36,2	ESTONIA	49,3	47,7	ESTONIA	67,2	55,3
INGLATERRA	29,1	40,0	PORTUGAL	53,2	43,0	ESPAÑA	64,7	57,7
ESTONIA	30,7	37,1	GRECIA	50,8	41,9	PORTUGAL	64,4	57,5
POLONIA	29,5	37,0	FINLANDIA	42,3	46,5	GRECIA	63,1	52,7
ESLOVENIA	24,6	40,0	ESTADOS UNIDOS	44,1	44,1	SUECIA	67,4	42,8
ESPAÑA	25,3	33,0	CANADÁ	45,4	40,2	ESLOVENIA	56,4	50,3
CANADÁ	28,2	29,3	ITALIA	43,8	39,5	ARY MACEDONIA	56,3	49,3
ESCOCIA	23,6	31,0	INGLATERRA	41,4	40,1	ESCOCIA	59,3	46,5
ARY MACEDONIA	24,8	26,9	GALES	38,8	39,9	ESTADOS UNIDOS	53,6	50,5
FINLANDIA	20,2	30,8	ARY MACEDONIA	36,2	35,4	CANADÁ	50,2	48,3
IRLANDA	21,1	29,1	IRLANDA	37,9	30,9	FINLANDIA	51,4	45,2
UCRANIA	27,0	23,1	FEDERACIÓN RUSA	33,7	32,1	ITALIA	54,0	40,8
FEDERACIÓN RUSA	23,4	22,3	ISRAEL	35,5	25,7	NORUEGA	51,8	41,5
ALEMANIA	22,2	23,4	UCRANIA	33,4	28,8	IRLANDA	48,9	42,0
ISRAEL	20,9	22,3	LETONIA	33,6	27,9	ISRAEL	49,1	36,1
REPÚBLICA CHECA	19,8	22,6	REPÚBLICA CHECA	31,5	28,9	LETONIA	47,1	35,2
LETONIA	21,4	20,9	ESCOCIA	31,0	29,0	FEDERACIÓN RUSA	40,3	33,7
GRECIA	19,7	21,7	CROACIA	22,7	33,9	UCRANIA	38,4	30,4
GROENLANDIA	17,0	25,4	BÉLGICA (región flamenca)	27,1	30,1	BÉLGICA (región flamenca)	32,6	33,5
DINAMARCA	14,9	26,1	SUECIA	30,2	25,3	AUSTRIA	32,1	32,5
FRANCIA	21,9	17,4	NORUEGA	28,4	26,6	CROACIA	34,3	29,2
BÉLGICA (región flamenca)	16,9	21,5	DINAMARCA	27,0	24,6	GROENLANDIA	28,1	35,6
BÉLGICA (región francesa)	20,4	16,9	HUNGRÍA	26,6	23,4	HUNGRÍA	29,5	32,2
NORUEGA	16,0	19,6	FRANCIA	28,9	20,9	REPÚBLICA CHECA	29,6	27,6
SUIZA	14,3	19,2	SUIZA	24,2	23,6	ALEMANIA	28,0	29,1
HUNGRÍA	15,9	17,3	BÉLGICA (región francesa)	27,8	19,2	DINAMARCA	31,4	24,1
CROACIA	11,8	19,1	ALEMANIA	23,0	22,5	BÉLGICA (región francesa)	31,4	19,8
SUECIA	12,6	15,3	AUSTRIA	21,1	17,8	FRANCIA	31,8	19,5
AUSTRIA	8,3	10,8	GROENLANDIA	17,6	19,6	SUIZA	25,8	21,9
HOLANDA	4,0	6,1	HOLANDA	13,8	11,6	HOLANDA	27,8	17,3
Promedio HBSC	22,9	27,0		36,6	34,2		48,2	40,7

No obstante, la solidez de la relación entre la presión escolar y el nivel de satisfacción con la vida escolar disminuye ligeramente con la edad, lo que

indica que la presión escolar puede no tener un impacto tan relevante a medida que los estudiantes se hacen mayores o aprender a hacer frente a la misma.

## **Debate**

### **Las diferencias de edad y de género en la percepción del centro escolar**

La encuesta 2001 / 2002 HBSC observó diferencias tanto de edad como de género en los dos resultados de la medición: el nivel de satisfacción con la vida escolar y los logros académicos. A los encuestados de mayor edad parece que les gusta menos la vida escolar y consideran que no desarrollan un buen rendimiento. Las chicas comunican un mayor nivel de satisfacción escolar y un mejor rendimiento. Estas diferencias demuestran que el centro educativo no implica una experiencia homogénea para todos. Los análisis de la influencia del centro educativo sobre la salud de los jóvenes deben tener en cuenta este hecho relevante.

El apoyo percibido de los compañeros varía poco en función de la edad y del género. Debido a la relación positiva en todos los grupos de edad entre el hecho de contar con el apoyo de los compañeros y tanto la satisfacción escolar como el buen rendimiento, la promoción de dicho apoyo debe constituir una cuestión significativa en el desarrollo escolar: una condición esencial para una escolarización con éxito. Esta observación resulta particularmente relevante desde una perspectiva sanitaria, puesto que el apoyo de los compañeros es importante para el bienestar de los jóvenes, en especial, a medida que se hacen mayores (17, 18) (Ver Capítulo 4). Los niveles elevados de apoyo percibido de los compañeros proporcionan una defensa frente a los efectos sanitarios negativos de la presión escolar.

La presión escolar percibida aumenta con la edad y es más elevada entre las chicas de 15 años. Dicho aumento puede estar relacionado con la creciente importancia de lograr unas buenas calificaciones en los exámenes. Se ha considerado que un cierto grado de presión en el centro educativo puede contribuir al rendimiento académico puesto que estimula las aspiraciones. Sin embargo, la presión que supera las capacidades probablemente es negativa y genere fracasos, lo que puede afectar a la motivación y al rendimiento (2, 19).

Otra interpretación puede ser que los jóvenes son menos propensos a aceptar las expectativas de los profesores a medida que se hacen mayores. Con la edad, los jóvenes son más capaces de controlar y de configurar su rendimiento escolar, lo que puede provocar una responsabilidad y una presión mayores. Por otra parte, los jóvenes tienen otras tareas de desarrollo durante la pubertad que son tan importantes para ellos como el trabajo escolar, o incluso más.

### **Gama de niveles en los países**

Todos los valores de medición relativos a la percepción del centro educativo revelan una variación significativa entre los países y regiones. La clasificación es bastante estable, en especial, en los países y regiones situados en el cuartil inferior. La mayoría de los países y regiones con cifras bajas en relación con el nivel de satisfacción con la vida escolar también ocupan la parte

baja de la clasificación en el apoyo de los compañeros y la parte alta en relación con la presión escolar.

Sin duda, estas diferencias reflejan las diferencias en los entornos escolares y los sistemas educativos. La investigación y el análisis de dichos factores demográficos se encuentran más allá del ámbito de este informe, pero algunos países han realizado una encuesta específica a nivel escolar para recoger datos sobre las cuestiones de política educativa relacionadas con el entorno psicosocial escolar. Estos datos pueden arrojar más luz sobre las diferencias observadas.

## **Diferencias de edad en la relación con las experiencias escolares y la satisfacción escolar**

La solidez de la relación entre el apoyo de los compañeros y el nivel de satisfacción con la vida escolar es similar en todos los grupos de edad, lo que indica que la importancia del apoyo de los compañeros no cambia mucho.

No obstante, aparecen diferencias de edad en la relación entre la presión escolar y la satisfacción escolar, que sigue el modelo observado en el caso de los logros académicos. Con el aumento de la edad, la relación entre la presión escolar y la satisfacción escolar disminuye, aunque el nivel de presión se incrementa. La razón de este hecho puede ser que los jóvenes de mayor edad están más preparados para aceptar y hacer frente a dicha presión, de modo que esto no afecta tanto a la satisfacción escolar

## **Implicaciones para la práctica**

La relación negativa entre la presión escolar y tanto los logros académicos como la satisfacción escolar, y la relación positiva entre los logros académicos y la satisfacción escolar se combinan para formar un modelo. Este modelo diferencia la experiencia escolar de los jóvenes que se perciben a sí mismos como que tienen éxito, con un nivel gestionable de presión y que disfrutan de la vida escolar de los jóvenes que no. Desde una perspectiva sistémica, uno se podría preguntar cuáles son los centros educativos que contribuyen al desarrollo de estos modelos. La cuestión puede ser respondida mediante el análisis de las perspectivas pedagógicas aplicadas en los centros educativos. La concesión de una voz más relevante a los jóvenes en relación con la toma de decisiones y los objetivos y los métodos del aprendizaje puede hacer que éstos se interesen más y asuman una mayor responsabilidad en relación con su trabajo escolar con el fin de alcanzar dichos objetivos.

La importancia del apoyo de los compañeros tanto para los logros académicos como para la satisfacción escolar subraya la necesidad de conceder prioridad a las actividades escolares que promuevan los vínculos y prevengan las actitudes intimidatorias u hostiles hacia los compañeros. El establecimiento de sistemas que garanticen un entorno escolar promotor de la salud a través del compromiso con las directrices de la Red Europea de Centros Educativos Promotores de la Salud es una forma de mejorar sistemáticamente el clima psicosocial en los centros educativos, así como las relaciones con los compañeros (20, 21). El objetivo primordial de la iniciativa de centros educativos promotores de salud (22) es lograr la participación de todos

los actores de la comunidad escolar (estudiantes, personal, padres y servicios de salud de los centros educativos), a la hora de identificar los aspectos del clima escolar que se deben mejorar y de desarrollar y poner en marcha intervenciones con este fin.

Cuando los estudiantes han jugado un papel activo en la toma de decisiones y las actividades de organización, los centros escolares han experimentado unos niveles reducidos de vandalismo y de problemas disciplinarios, y tanto los estudiantes como los profesores han comunicado un incremento de la satisfacción general de los jóvenes con el centro educativo. Dicha participación facilita la vinculación de los jóvenes con la comunidad escolar, con inclusión de sus compañeros (21).

## Bibliografía

1. Ma X, Wilkins J. The development of science achievement in middle and high school: individual differences and school effects. *Evaluation Review*, 2002, 26:395–417.
2. Mortimore P. *The road to improvement: reflections on school effectiveness*. Lisse, Swets & Zeitlinger Publishers, 1998.
3. Papanastasiou C. Effects of background and school factors on mathematics achievement. *Educational Research & Evaluation*, 2002, 8:55–70.
4. Schultz EW et al. School climate: psychological health and wellbeing in school. *Journal of School Health*, 1987, 57(10):432–436.
5. Samdal O. *The school environment as a risk or resource for students' health-related behaviours and subjective wellbeing*. Bergen, Research Centre for Health Promotion, University of Bergen, 1998.
6. Samdal O et al. Achieving health and educational goals through schools: a study of the importance of school climate and students' satisfaction with school. *Health Education Research*, 1998, 13(3): 383–397.
7. Roeser RW, Eccles JS, Sameroff AJ. School as a context of early adolescents' academic and socialemotional development: a summary of research findings. *Elementary School Journal*, 2000, 100: 443–471.
8. Perry, CL, Kelder SH et al. The social world of adolescents: family, peers, schools, and the community. In: Millstein SG, Petersen AC, Nightingale EO. *Promoting the health of adolescents: new directions for the twenty-first century*. New York, Oxford University Press, 1993:73–96.
9. Mausner-Dorsch H, Eaton WW. Psychosocial work environment and depression: epidemiologic assessment of the demand–control model. *American Journal of Public Health*, 2000, 90:1765–1770.
10. Vahtera J et al. Effect of change on the psychosocial work environment on sickness absence: a seven year follow up of initially healthy employees. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2000, 54:484–493.
11. Nutbeam D, Aarø LE. Smoking and pupil attitudes towards school: the implications for health education with young people. *Health Education Research*, 1991, 6(4):415–421.
12. Nutbeam D et al. Warning! Schools can damage your health: alienation from school and its impact on health behaviour. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 1993, 29(Suppl.1):25–30.
13. Samdal O et al. Students' perception of school and their smoking and alcohol use: a cross-national study. *Addiction Research*, 2000, 8(2):141–167.
14. Karasek R, Theorell T. *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York, Basic Books, 1990.
15. Demaray MK, Malecki CK. The relationship between perceived social support and maladjustment for students at risk. *Psychology in the Schools*, 2002, 39:305–316.
16. Moon TR, Callahan CM. Middle school students' attitudes toward school. *Research in middle level. Education Quarterly*, 1999, 22:59–72.

17. Cauce AM et al. Social support in young children: measurement, structure, and behavioral impact. In: Sarason BR, Sarason IG, Pierce GR. *Social support: an interactional view*. New York, John Wiley & Sons, 1990:64–94.
18. Cauce AM et al. Social support during adolescence: methodological and theoretical considerations. In: Hurrelmann K, Hamilton SF. *Social problems and social contexts in adolescence: perspectives across boundaries*. New York, Aldine De Gruyter, 1996:131–151.
19. Mortimore P. The nature and findings of research on school effectiveness in the primary sector. In: Riddell S, Brown S, eds. *School effectiveness research: Its messages for school improvement*. Edinburgh, Education Department, The Scottish Office, 1991.
20. Parsons C et al. The health promoting school in Europe: conceptualising and evaluating the change. *Health Education Journal*, 1996, 55(3):311–321.
21. Wold, B, Samdal O, eds. *Health promotion with children and adolescents – the development of a supportive school environment: experiences from the Norwegian schools in the “European Network of Health Promoting Schools”*. Bergen, Research Centre for Health Promotion, University of Bergen, 1999 (HEMIL Report No. 7).
22. European Network of Health Promoting Schools ENHPS [web site]. Copenhagen, ENHPS Secretariat, 2004 (<http://www.euro.who.int/ENHPS>, accessed 2 February 2004).

## Sumario – *Antony Morgan*

El Capítulo 2 describe cuatro contextos clave para la salud y la conducta sanitaria de los jóvenes –la situación socioeconómica, la familia, los compañeros y los centros educativos- y muestra los modelos de dichos contextos en todos los grupos de edad, géneros, países y regiones que han participado en el estudio HBSC. De este modo se ha creado un nuevo conjunto de indicadores para explorar la salud de los jóvenes en relación con los entornos sociodemográficos de dichos contextos.

Los indicadores descritos en este capítulo resultan valiosos tanto como resultados sanitarios intermedios como para su uso en análisis secundarios con el objetivo de establecer las relaciones entre los contextos en los que los jóvenes viven y experimentan su salud. Los resultados clave de este capítulo son los siguientes:

1. Mientras utilizar las encuestas para clasificar las circunstancias socioeconómicas de los jóvenes tiene dificultades, el estudio HBSC FAS puede ser usado para evaluar su riqueza material absoluta y comparar los resultados entre países y regiones.
2. Viven más jóvenes en familias ricas en los países del norte y del oeste de la Región Europea y en Norteamérica que en la mitad oriental de la Región.
3. El hecho de vivir con ambos padres todavía es lo más común para la mayoría de los jóvenes de todos los países y regiones, aunque, en general, las familias monoparentales son más frecuentes en los países del norte y el noroeste de Europa y en Norteamérica.
4. Las madres son una fuente más accesible de apoyo social que los padres en la mayoría de países y regiones.
5. Aunque los contactos con los compañeros aumentan con la edad en todos los países y regiones, existen desigualdades de género en relación con la socialización con los compañeros, que dependen de la cultura.
6. A medida que los jóvenes se hacen mayores, tienden a comunicar una menor satisfacción escolar, perciben peor su rendimiento y se sienten más presionados por el trabajo escolar. No obstante, los países y las regiones presentan variaciones significativas si tomamos en consideración los porcentajes globales.

El Capítulo 4 analiza las relaciones de los indicadores presentados en el Capítulo 2 con una gama de resultados sanitarios y de resultados conductuales relacionados con la salud.



# CAPÍTULO TERCERO

## La salud y la conducta sanitaria de los jóvenes

### Introducción – *Saoirse Nic Gabhainn*

Este capítulo presenta los datos sobre la salud y la conducta sanitaria que se describen en la Introducción y en el protocolo de investigación HBSC para la encuesta HBSC 2001/2002 (1). Y ha sido diseñado para alcanzar los objetivos de este estudio internacional: contribuir al seguimiento de la conducta sanitaria tanto en el seno de los países y las regiones como entre los mismos, y proporcionar asistencia a los responsables de las políticas sociales, educativas y sanitarias.

La adolescencia se considera como un período de salud relativa y baja mortalidad, en la que las disparidades en materia de salud son mínimas (2). Asimismo es un período de grandes cambios en los contextos físicos, psicológicos, económicos y sociales de la conducta sanitaria. La conducta que se compromete, mantiene o promueve la salud en la infancia y la adolescencia está asociada a unos resultados relacionados con la salud a corto plazo y es un factor de predicción de la morbilidad y del índice de utilización de los servicios sanitarios (3 – 6). Los modelos de conducta establecidos en etapas tempranas de la vida con frecuencia se mantienen en la edad adulta. Por otra parte, la conducta comprometida con la salud puede afectar de forma indirecta al compromiso educativo y al desarrollo psicosocial (7).

Una de las principales cuestiones a las que han tenido que hacer frente los equipos de investigación HBSC durante la encuesta 2001 / 2002 fue la actualización de algunos puntos temáticos del cuestionario, con el fin de que éstos incorporen las nuevas pruebas científicas de carácter epidemiológico o psicométrico, además de mantener otros puntos temáticos para facilitar la medición del cambio a lo largo del tiempo. Esto ha generado una serie de mejoras importantes en las preguntas. El protocolo HBSC (1) describe de forma detallada dichas mejoras, junto con los fundamentos teóricos asociados y la información sobre las pruebas experimentales de verificación. Por ejemplo, las preguntas relativas a la actividad física fueron revisadas sustancialmente con el fin de incluir un nuevo valor de medición para la actividad física de moderada a vigorosa (8), mientras que los valores de medición relativos a la conducta sedentaria ahora incluyen el tiempo dedicado al uso del ordenador y al trabajo doméstico. Los cambios de los puntos temáticos referidos a la salud y el bienestar positivos incluyen una versión modificada de la Escala de Cantril para la satisfacción vital (9). Por otra parte, se han recogido datos sobre la edad comunicada en el inicio del consumo de la sustancia. Aunque unos pocos países y regiones que participaron en el estudio HBSC no fueron capaces de incluir las preguntas sobre la conducta sexual, debido a su sensibilidad, los

datos obtenidos por primera vez de tantos lugares resultan especialmente informativos.

La amplia gama de conductas sanitarias englobadas por el estudio HBSC continúa siendo uno de sus puntos fuertes. Los puntos temáticos del cuestionario tipificado internacional 2001 / 2002 englobaban desde cuestiones sobre preocupaciones importantes de salud pública (consumo de sustancias, imagen corporal y dietas) hasta las conductas asociadas a las principales causas de mortalidad en los jóvenes (la violencia y las lesiones), e incluían aquéllas que se ven influenciadas de forma sustancial por los escenarios en los que viven los jóvenes. Por lo tanto, los datos de este capítulo no se deben considerar de manera aislada en relación con sus contextos culturales, políticos e interpersonales, algunos de los cuales se han descrito en el Capítulo Segundo.

## Bibliografía

1. Currie C, Samdal O, Boyce W et al., eds. *Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study (HBSC). Research protocol for the 2001/2002 survey*. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh, 2001 ([http://www.hbsc.org/downloads/Protocol\\_Section1.pdf](http://www.hbsc.org/downloads/Protocol_Section1.pdf), accessed 27 January 2004).
2. Goodman E. The role of socio-economic status gradients in US adolescents' health. *American Journal of Public Health*, 1999, 89:1522–1528.
3. Williams CL, Bollella M, Wynder EL. A new recommendation for dietary fibre in childhood. *Pediatrics*, 1995, 96:985–988.
4. Malina R. Tracking of physical activity and physical fitness across the lifespan. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 1996, 67(Suppl. 3):S1–S10.
5. Parsons TJ et al. Childhood predictors of adult obesity: a systematic review. *International Journal of Obesity*, 1999, 23(Suppl. 8):S1–S107.
6. Irwin CE, Burg SJ, Cart CU. America's adolescents: where have we been, where are we going? *Journal of Adolescent Health*, 2002, 31(6):91–121.
7. Koivusilta L, Arja R, Andres V. Health behaviours and health in adolescence as predictors of educational level in adulthood: a follow-up study from Finland. *Social Science and Medicine*, 2003, 57(4): 577–593.
8. Prochaska JJ, Sallis JF, Long B. A physical activity screening measure for use with adolescents in primary care. *Archives of Paediatrics and Adolescent Medicine*, 2000, 155(5):554–559.
9. Cantril H. *The pattern of human concerns*. New Brunswick, NJ, Rutgers University Press, 1965.

# **Salud y bienestar – *Torbjörn Torsheim, Raili Välimaa y Mia Danielson***

## **Introducción**

Esta sección proporciona una panorámica general del estado de salud comunicado de los jóvenes, en función de las edades, los géneros y los países. Esta sección se basa en los presupuestos de que la salud es un recurso importante y que la salud de los jóvenes es un buen indicador de la salud de la sociedad en su conjunto (1). Los conocimientos acerca de la salud de los jóvenes pueden comunicar datos importantes sobre su capacidad para hacer frente a los retos que deben encontrar, además de contribuir a la identificación de los grupos o las poblaciones de riesgo.

## **La salud como un recurso**

La OMS define la salud como un recurso para desarrollar una vida productiva (2). La mala salud puede dificultar significativamente la capacidad funcional e impedir la consecución de los objetivos vitales. En la sociedad moderna, algunos de los problemas sanitarios más preocupantes, como, por ejemplo, los dolores músculo-esqueléticos, la fatiga crónica y la depresión, están más relacionados con dificultades funcionales que con enfermedades concretas. Como ejemplo de lo que se podría denominar una creciente epidemia de discapacidad, hasta el 50% de todos los certificados de enfermedad de larga duración puede ser atribuido a problemas que no presentan una indicación objetiva de patología (3), pero cuya característica clave es la incapacidad para hacer frente a las demandas de la vida laboral. Si la salud es un recurso, las inversiones en salud pública son una cuestión que hace referencia no sólo a la prevención o la curación de enfermedades, sino también a la capacitación de las personas para que funcionen de manera óptima a la hora de hacer frente a las demandas y a los retos.

En la adolescencia, la salud es un recurso especialmente importante y la mala salud puede generar unos efectos negativos a largo plazo. Los jóvenes deben hacer frente a una variedad de retos durante su transición a la edad adulta. El hecho de contar con una buena salud –física, emocional y social– contribuye a poder hacer frente positivamente a estos retos. La promoción de la salud de los jóvenes puede generar unos beneficios a largo plazo para las personas y las sociedades.

## **Tres indicadores subjetivos de la salud**

Tradicionalmente, los datos sobre salud se han obtenido a partir de las estadísticas nacionales de morbilidad y mortalidad. Aunque la mortalidad y la morbilidad son indicadores importantes de la salud, éstos pueden ofrecer sólo una información limitada sobre la adolescencia, puesto que las tasas de mortalidad y de enfermedad generalmente son muy reducidas durante este período. Subrayando la necesidad de un conjunto más global de valores de medición, esta sección evalúa la salud de los jóvenes a través del uso de

indicadores subjetivos derivados de las percepciones y las comunicaciones de los jóvenes.

Existen diversos motivos que justifican el uso de indicadores subjetivos. En primer lugar, sobre la base del principio de capacitación, la descripción de la salud de los jóvenes debe incluir sus perspectivas y las definiciones de su bienestar físico y emocional (4). En segundo lugar, el énfasis en la salud subjetiva resulta más relevante que los indicadores tipificados de la morbilidad y la mortalidad para el conjunto de la población joven, puesto que incluye a todos los jóvenes, y no sólo a subgrupos clínicos. En tercer lugar, en términos de impacto, los indicadores subjetivos provocan unas consecuencias conductuales objetivas. Los problemas percibidos de salud hacen que los jóvenes soliciten asesoramiento médico, utilicen medicamentos y no asistan al centro escolar, con independencia de las condiciones físicas que subyacen a sus percepciones.

Los resultados presentados en este informe se basan en tres indicadores: la calificación de la salud auto-percibida, los problemas sanitarios subjetivos y la satisfacción vital. Todas las encuestas HBSC han utilizado estos aspectos clave de la salud y del bienestar.

La experiencia subjetiva de las personas es un indicador central, que a menudo es estudiado preguntando a los jóvenes que califiquen su propia salud. Dichas evaluaciones proporcionan una información muy valiosa. Los estudios sobre poblaciones adultas indican claramente que las auto-calificaciones sanitarias aparentemente subjetivas sirven para predecir o coinciden realmente con los resultados sanitarios objetivos, con inclusión de la mortalidad (5).

Cuando se solicita a los jóvenes que califiquen sus preocupaciones sanitarias, éstos generalmente conceden una calificación elevada a sus problemas percibidos de carácter somático y psicológico (6 – 8). Nosotros preferimos utilizar el término problemas sanitarios subjetivos (9) como denominación general. Por lo tanto, nosotros no partimos de ningún presupuesto sobre si las causas primarias de dichos problemas sanitarios auto-percibidos son biológicas o psicológicas, sino que registramos y comunicamos las experiencias individuales. Los problemas sanitarios subjetivos tienden a agruparse entre sí (10, 11); en lugar de síntomas aislados, los problemas sanitarios auto-percibidos se pueden considerar como un síndrome, en el que la persona experimenta regularmente dos o más problemas sanitarios subjetivos al mismo tiempo. Estos problemas van desde los dolores ocasionales de cabeza que la mayoría de los jóvenes experimenta alguna vez hasta las manifestaciones clínicas de síntomas somáticos o afectivos que dificultan el funcionamiento cotidiano. Dicha dificultad ha sido asociada a un rendimiento académico más bajo (12), al aumento de la demanda de servicios de atención primaria (13), y el incremento del uso de medicamentos (14).

Nosotros utilizamos el indicador de la satisfacción vital (15), con el fin de medir la evaluación global de los jóvenes en relación con sus vidas. Este indicador proporciona una evaluación directa de la medida en que los jóvenes pueden cumplir sus tareas de desarrollo con respecto a sus compañeros, los padres y la educación. En relación con los jóvenes, las relaciones sociales con los padres / los compañeros se encuentran entre los factores de correlación más importantes con la satisfacción vital.

## Métodos

### La medición de la salud y el bienestar

La medición de la salud a través de la comunicación de la salud-autopercibida mediante un cuestionario presenta tanto ventajas como limitaciones. Por una parte, se trata de una medición tipificada, lo que permite las comparaciones entre las personas y los países, no tiene carácter invasivo, está diseñada para garantizar la integridad y el anonimato de la persona, y se puede gestionar de forma eficaz.

Por otra parte, el cuestionario fijo y tipificado limita la profundidad y la capacidad de cobertura de este valor de medición en comparación con los métodos más cualitativos.

La pregunta relativa a la calificación de la salud auto-percibida era: *¿Dirías que tu salud es Excelente, Buena, Aceptable o Mala?* Los resultados que se reseñan aquí se centran en los jóvenes que declararon que su salud era aceptable o mala, y el término peor salud es utilizado para definir estas dos respuestas. Este grupo puede presentar un riesgo específico, puesto que la gran mayoría de los jóvenes califican su salud como excelente.

Nosotros utilizamos una lista tipificada de síntomas con el fin de medir los problemas sanitarios subjetivos (10, 16). *En los últimos 6 meses, con qué frecuencia has experimentado los siguientes síntomas: Dolor de cabeza, Dolor de estómago, Dolor de Espalda, Estado de carencia de energía, Irritabilidad o mal carácter, Nervios, Dificultades del sueño, Mareos.* Las opciones de respuesta fueron: *Casi todos los días, Más de una vez a la semana, Casi todas las semanas, Casi todos los meses, Rara vez o nunca.*

Los problemas sanitarios subjetivos de carácter múltiple y recurrente pueden representar una carga significativamente más pesada para la capacidad funcional y el bienestar cotidianos que los síntomas individuales. Por lo tanto, los resultados presentados en este documento se centran en los jóvenes que comunicaron experimentar problemas sanitarios subjetivos múltiples varias veces a la semana o diariamente. La recurrencia de problemas múltiples durante una misma semana puede tener un impacto mucho mayor que el hecho de experimentar dichos problemas una vez a la semana o al mes.

La satisfacción vital se derivó de la técnica de medición conocida como la Escala de Cantril (17). Dicha escala cuenta con 10 escalones: la parte superior de la escala indica la mejor vida posible, y la parte inferior la peor vida posible. Se solicitó a los jóvenes que indicaran el escalón de la escala en el que colocarían actualmente sus vidas. *Aquí aparece la imagen de una escala. La parte superior de la escala, 10, es la mejor vida posible para ti, y la parte inferior, 0, es la peor vida posible para ti. En general, ¿en qué escalón consideras que te encuentras actualmente? Marque la casilla adyacente al número que mejor describe su situación.* Una calificación de 6 o más se consideró como un nivel positivo de satisfacción vital.

## Resultados

### La calificación de la salud auto-percibida

La Tabla 3.1 muestra que los porcentajes de jóvenes que califican su salud como aceptable o mala varían de forma considerable en función del

género y de la edad. La “peor salud” es más elevada en las chicas y se incrementa sustancialmente con la edad.

La Figura 3.1 refleja las diferencias de género y de edad que aparecen en la Tabla 3.1, pero muestra que los países y las regiones no sólo difieren de manera significativa en la calificación de la salud auto-percibida, sino que también presentan cierta coherencia en sus posiciones relativas. En general, las diferencias en las calificaciones son más elevadas en el caso de las chicas. Los niveles de “peor salud” comunicados por las chicas oscilan entre el 4% - 44% en las chicas de 11 años, el 10% - 54% en las chicas de 13 años, y el 13% - 63% en las chicas de 15 años. Letonia, Lituania, la Federación Rusa y Ucrania son cuatro de los seis países con unos niveles más elevados en todos los grupos de edad y en ambos géneros, mientras que Grecia, Israel, la antigua República Yugoslava de Macedonia y España muestran de forma coherente unos niveles bajos.

**Tabla 3.1: Jóvenes que califican su salud como aceptable o mala (%)**

Género	Salud aceptable o mala (%)		
	Jóvenes de 11 años	Jóvenes de 13 años	Jóvenes de 15 años
Chicas	15,7	20,8	27,2
Chicos	12,1	13,6	16,1

## Los problemas sanitarios subjetivos

Las chicas comunicaron problemas sanitarios subjetivos múltiples con mayor frecuencia que los chicos y estos niveles se incrementaron con la edad, mientras que los niveles referidos a los chicos experimentaron pocos cambios.

La Figura 3.2 ilustra un modelo global coherente para las diferencias de género en los grupos de edad. En la mayoría de países y de regiones, las diferencias de género aumentan con la edad. En el caso de los jóvenes de 15 años, las diferencias de género son significativamente elevadas en los países bálticos y en algunos países del sur de la Región Europea, que incluyen a Croacia, Grecia, Italia, Portugal y España.

Los niveles de problemas sanitarios subjetivos múltiples son globalmente más elevados en Grecia, Israel e Italia, y globalmente más bajos en Austria, Alemania y Suiza.

**Tabla 3.2: Jóvenes que experimentan problemas sanitarios subjetivos múltiples (%)**

Género	Problemas sanitarios múltiples (%)		
	Jóvenes de 11 años	Jóvenes de 13 años	Jóvenes de 15 años
Chicas	33,6	38,2	43,5
Chicos	26,9	25,8	25,6

## La satisfacción vital

La Tabla 3.3 muestra el modelo global de satisfacción vital en todos los grupos de edad y en ambos géneros. Existen unos porcentajes muy elevados

de jóvenes que se colocan a sí mismos por encima de la parte intermedia de la Escala de Cantril (calificaciones de  $\geq 6$ ), lo que indica una elevada satisfacción. A lo largo de los grupos de edad existe una ligera tendencia hacia la disminución de la satisfacción vital, en especial, en el caso de las chicas.

Aunque la mayoría de los jóvenes se encuentran satisfechos con sus vidas en todos los países y regiones, las diferencias geográficas son significativas y se mantienen de forma coherente en todos los grupos de edad (Figura 3.3). Las calificaciones son globalmente elevadas en Finlandia y Holanda, y comparativamente bajas en Letonia, Lituania y Ucrania.

**Tabla 3.3: Jóvenes con calificaciones por encima de la parte intermedia de la escala de satisfacción vital (%)**

Género	Satisfacción vital (%)		
	Jóvenes de 11 años	Jóvenes de 13 años	Jóvenes de 15 años
Chicas	87,1	82,5	77,5
Chicos	88,1	86,9	84,5

**Figura 3.1: Jóvenes que califican su salud como aceptable o mala (%)**

PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 11 AÑOS		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 13 AÑOS		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 15 AÑOS	
	CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS
UCRANIA	43,7	27,2	UCRANIA	53,9	30,0	UCRANIA	63,1	31,5
LITUANIA	35,3	23,4	FEDERACIÓN RUSA	40,9	22,2	FEDERACIÓN RUSA	44,3	27,2
FEDERACIÓN RUSA	34,4	22,3	LITUANIA	40,4	23,1	LITUANIA	47,2	25,1
GROENLANDIA	32,1	13,4	GROENLANDIA	39,2	18,7	LETONIA	43,2	23,7
LETONIA	26,7	19,4	GALES	32,8	24,5	GALES	40,7	20,7
GALES	23,4	19,3	LETONIA	31,6	20,0	CROACIA	36,8	18,6
INGLATERRA	20,0	16,7	INGLATERRA	27,9	18,9	INGLATERRA	33,2	18,7
MALTA	13,9	18,8	MALTA	31,8	13,7	ESTADOS UNIDOS	32,8	18,7
ESCOCIA	14,9	16,7	ESCOCIA	23,6	19,1	MALTA	29,9	18,8
NORUEGA	18,2	12,5	PORTUGAL	25,0	14,3	NORUEGA	27,2	20,4
PORTUGAL	16,8	13,3	ESTADOS UNIDOS	20,0	17,8	ESCOCIA	31,5	15,9
ESTADOS UNIDOS	16,7	12,9	CROACIA	21,4	16,2	BÉLGICA (región francesa)	29,8	14,5
BÉLGICA (región francesa)	15,6	12,7	ESTONIA	16,9	16,7	PORTUGAL	28,2	17,0
ESTONIA	16,8	11,4	AUSTRIA	22,0	10,8	HOLANDA	27,2	17,9
CROACIA	15,8	11,2	NORUEGA	17,7	14,9	ESTONIA	27,5	15,7
HOLANDA	14,2	12,2	ALEMANIA	19,2	12,6	GROENLANDIA	24,1	16,3
DINAMARCA	14,5	10,9	HOLANDA	19,5	12,4	HUNGRÍA	23,9	11,9
AUSTRIA	15,9	8,6	BÉLGICA (región francesa)	17,9	13,1	POLONIA	22,3	15,3
HUNGRÍA	14,0	9,9	HUNGRÍA	18,8	11,1	IRLANDA	20,6	15,1
POLONIA	14,4	9,7	DINAMARCA	19,1	9,3	ITALIA	24,5	11,0
ALEMANIA	13,3	10,3	CANADÁ	16,6	10,8	BÉLGICA (región flamenca)	20,8	15,7
REPÚBLICA CHECA	12,7	10,3	POLONIA	14,7	10,2	AUSTRIA	22,4	14,0
CANADÁ	10,8	10,0	SUECIA	14,7	10,1	SUECIA	23,0	12,2
SUECIA	9,9	9,4	BÉLGICA (región flamenca)	13,9	9,5	DINAMARCA	19,6	15,3
ESLOVENIA	11,4	7,6	REPÚBLICA CHECA	12,3	11,2	CANADÁ	20,2	13,5
IRLANDA	7,4	11,2	IRLANDA	12,6	10,5	ALEMANIA	22,1	11,9
BÉLGICA (región flamenca)	9,3	9,1	ESLOVENIA	15,0	7,5	ESLOVENIA	22,7	12,1
ITALIA	10,2	7,8	GRECIA	15,1	6,6	FINLANDIA	15,9	12,4
FINLANDIA	9,1	7,2	ITALIA	11,8	9,9	ESPAÑA	17,3	9,8
SUIZA	7,1	8,5	FINLANDIA	12,6	8,7	ISRAEL	14,9	11,6
GRECIA	8,7	5,8	SUIZA	10,8	7,3	ARY MACEDONIA	16,3	10,2
ISRAEL	5,4	5,6	ISRAEL	10,4	7,1	GRECIA	16,5	7,6
ARY MACEDONIA	6,4	4,4	ESPAÑA	10,5	6,6	REPÚBLICA CHECA	13,8	10,2
ESPAÑA	4,4	5,3	ARY MACEDONIA	10,7	6,3	SUIZA	12,8	8,0
Promedio HBSC	15,7	12,1		20,8	13,6		27,2	16,1

**Figura 3.2: Jóvenes que experimentan dos o más problemas sanitarios subjetivos más de una vez a la semana (%)**

PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 11 AÑOS		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 13 AÑOS		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 15 AÑOS	
	CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS
ITALIA	49,5	43,2	GRECIA	57,1	39,5	GRECIA	65,6	42,3
ESPAÑA	46,0	39,3	ISRAEL	51,0	45,0	ISRAEL	60,2	47,1
ISRAEL	38,8	42,0	ITALIA	53,8	37,1	ITALIA	62,8	38,0
UCRANIA	46,1	30,8	ESPAÑA	49,0	31,7	UCRANIA	61,3	31,0
INGLATERRA	38,9	36,4	UCRANIA	47,3	29,4	ESPAÑA	53,1	30,0
ESTADOS UNIDOS	40,2	33,5	ESTADOS UNIDOS	39,4	34,7	LITUANIA	55,7	26,7
GRECIA	38,6	35,1	SUECIA	46,5	26,4	ARY MACEDONIA	50,1	29,6
MALTA	35,1	38,2	LITUANIA	46,3	26,1	POLONIA	47,3	30,6
POLONIA	38,6	32,3	POLONIA	42,2	28,8	HUNGRÍA	46,4	27,7
GROENLANDIA	38,5	29,4	INGLATERRA	39,0	30,5	ESTADOS UNIDOS	45,7	31,8
LETONIA	38,3	27,9	ARY MACEDONIA	41,2	28,0	BÉLGICA (región francesa)	47,4	28,9
FRANCIA	37,1	29,6	REPÚBLICA CHECA	37,8	29,5	ESTONIA	50,7	26,4
LITUANIA	39,9	26,0	HUNGRÍA	39,0	27,2	SUECIA	49,4	27,3
BÉLGICA (región francesa)	34,7	28,9	FRANCIA	38,2	26,8	CROACIA	47,9	24,8
FEDERACIÓN RUSA	36,4	26,2	ESTONIA	36,8	27,5	MALTA	44,7	27,9
SUECIA	33,4	28,2	FEDERACIÓN RUSA	39,8	22,9	INGLATERRA	41,5	30,2
NORUEGA	36,3	25,8	BÉLGICA (región francesa)	35,2	27,9	CANADÁ	38,5	30,9
PORTUGAL	32,7	25,3	CANADÁ	39,5	22,8	FRANCIA	45,0	25,2
ESCOCIA	32,2	26,3	MALTA	36,5	24,3	LETONIA	46,2	19,2
ESTONIA	31,7	26,4	GALES	37,0	25,0	PORTUGAL	46,3	21,3
REPÚBLICA CHECA	33,8	22,8	ESCOCIA	34,4	26,1	IRLANDA	38,6	25,0
GALES	31,8	24,7	GROENLANDIA	36,5	21,8	GALES	41,0	25,9
HUNGRÍA	32,0	23,3	LETONIA	34,1	23,4	FEDERACIÓN RUSA	39,6	24,6
HOLANDA	29,8	25,0	PORTUGAL	35,7	20,7	GROENLANDIA	37,1	25,0
CROACIA	31,7	22,6	HOLANDA	34,7	20,9	ESCOCIA	37,9	23,5
DINAMARCA	29,5	21,6	CROACIA	32,0	22,9	REPÚBLICA CHECA	36,3	23,7
BÉLGICA (región flamenca)	27,7	22,4	IRLANDA	27,4	25,2	NORUEGA	37,2	19,3
CANADÁ	26,6	22,9	NORUEGA	32,4	19,8	BÉLGICA (región flamenca)	31,7	23,9
ARY MACEDONIA	27,5	20,0	FINLANDIA	33,3	18,8	FINLANDIA	37,2	18,1
AUSTRIA	24,7	19,0	BÉLGICA (región flamenca)	28,6	21,5	ESLOVENIA	36,0	17,6
ESLOVENIA	26,2	17,4	ESLOVENIA	29,7	20,1	SUIZA	32,8	16,7
SUIZA	25,7	17,6	DINAMARCA	31,0	16,6	HOLANDA	30,2	16,4
IRLANDA	19,2	22,6	SUIZA	30,4	16,7	DINAMARCA	26,1	16,3
FINLANDIA	23,5	16,8	AUSTRIA	28,8	17,4	AUSTRIA	25,8	15,3
ALEMANIA	22,8	14,8	ALEMANIA	25,0	13,4	ALEMANIA	24,4	11,9
Promedio HBSC	33,6	26,9		38,2	25,8		43,5	25,6

**Figura 3.3: Jóvenes con calificaciones por encima de la parte intermedia de la escala de satisfacción vital (%)**

PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 11 AÑOS		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 13 AÑOS		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 15 AÑOS	
	CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS
HOLANDA	96,5	96,8	HOLANDA	91,8	95,3	HOLANDA	89,5	95,5
GRECIA	95,9	96,4	GRECIA	90,3	93,4	FINLANDIA	86,9	91,6
FINLANDIA	94,2	94,4	FINLANDIA	88,8	93,8	SUIZA	85,8	91,5
ARY MACEDONIA	94,1	94,5	ARY MACEDONIA	91,2	88,6	GRECIA	85,7	91,7
ISRAEL	92,8	93,6	ISRAEL	89,9	88,4	DINAMARCA	84,3	92,2
SUECIA	90,8	92,8	BÉLGICA (región flamenca)	87,0	89,0	ARY MACEDONIA	85,8	88,2
AUSTRIA	90,5	92,2	HUNGRÍA	85,8	90,2	AUSTRIA	82,5	90,9
ESPAÑA	90,1	91,6	SUIZA	83,8	91,8	ALEMANIA	84,2	87,4
BÉLGICA (región flamenca)	91,4	90,2	ESPAÑA	86,2	88,8	ISRAEL	83,4	86,4
ESLOVENIA	89,6	91,2	ITALIA	85,6	88,6	ESPAÑA	80,7	89,6
SUIZA	89,1	91,7	CANADÁ	82,7	90,4	BÉLGICA (región flamenca)	82,2	87,1
IRLANDA	89,7	89,9	IRLANDA	84,8	88,1	CANADÁ	82,3	87,3
ESCOCIA	88,9	89,2	AUSTRIA	81,8	90,4	ESCOCIA	77,9	90,6
DINAMARCA	86,9	91,2	SUECIA	84,0	88,0	IRLANDA	80,3	88,0
FRANCIA	85,8	90,7	FRANCIA	84,0	87,9	REPÚBLICA CHECA	80,4	85,7
CROACIA	87,0	88,5	DINAMARCA	81,2	90,3	GALES	74,0	90,0
MALTA	90,5	83,9	ESCOCIA	80,9	88,7	ESLOVENIA	75,1	88,5
CANADÁ	85,8	89,4	ESLOVENIA	81,0	88,2	ITALIA	80,3	83,7
GALES	85,0	88,9	ALEMANIA	84,6	84,1	INGLATERRA	78,0	84,8
ITALIA	87,1	85,8	INGLATERRA	80,6	88,1	FRANCIA	77,0	85,0
POLONIA	86,4	86,1	NORUEGA	81,9	86,3	SUECIA	74,3	86,2
REPÚBLICA CHECA	87,2	84,8	ESTADOS UNIDOS	81,9	85,9	HUNGRÍA	77,8	83,3
ALEMANIA	86,2	85,9	MALTA	77,9	89,3	ESTADOS UNIDOS	77,5	82,4
NORUEGA	85,1	86,3	CROACIA	82,2	84,2	NORUEGA	74,3	83,4
PORTUGAL	86,5	84,6	GALES	78,0	87,3	MALTA	76,6	79,5
ESTADOS UNIDOS	83,6	87,3	POLONIA	78,4	84,3	GROENLANDIA	71,8	80,4
HUNGRÍA	86,0	83,3	PORTUGAL	77,6	85,6	LETONIA	72,1	78,3
INGLATERRA	82,3	86,9	REPÚBLICA CHECA	78,8	83,4	PORTUGAL	66,5	82,3
ESTONIA	82,4	80,3	UCRANIA	79,9	81,0	CROACIA	68,0	78,1
GROENLANDIA	79,4	82,8	ESTONIA	79,8	78,3	POLONIA	68,7	76,3
FEDERACIÓN RUSA	79,7	79,5	GROENLANDIA	71,1	87,1	FEDERACIÓN RUSA	69,7	75,0
LETONIA	79,0	80,0	FEDERACIÓN RUSA	73,2	79,9	LITUANIA	67,4	75,6
UCRANIA	76,0	79,9	LITUANIA	74,9	77,7	ESTONIA	66,4	73,0
LITUANIA	77,8	77,5	LETONIA	74,0	78,3	UCRANIA	63,9	67,6
Promedio HBSC	87,1	88,1		82,5	86,9		77,4	84,5

Nota: No existen datos disponibles para la región francesa de Bélgica.

## Debate

Los resultados presentados en esta sección se pueden interpretar tanto de forma positiva como negativa. La manera positiva hace referencia a que la mayoría de los jóvenes encuestados califican su salud como buena o excelente, no experimentan problemas sanitarios subjetivos múltiples y están

satisfechos con sus vidas. La manera negativa hace referencia a que una gran minoría de jóvenes sostiene una visión contraria de su salud. Las variaciones observadas en la calificación de la salud auto-percibida sugieren que la descripción de la adolescencia como un período de buena salud puede constituir una simplificación excesiva. En su lugar, se puede describir mejor como un período en el que se incrementan las desigualdades en materia de salud. Esta sección identifica dos importantes fuentes de desigualdades sanitarias: el género y el país o la región. Las siguientes secciones describen de forma más detallada el contenido y las implicaciones de estos parámetros.

Los resultados más sólidos son que la desigualdad de género en materia de salud aumenta de forma significativa entre los 11 y los 15 años de edad, con un incremento del riesgo de mala salud subjetiva en el caso de las chicas. En relación con los indicadores, la salud subjetiva de las chicas y los chicos mostró unos niveles comparables a los 11 años de edad, pero las chicas de 15 años comunicaron un modelo mucho menos favorable que los chicos, marcado por unos porcentajes más elevados de “peor salud”, unos porcentajes más elevados de problemas sanitarios subjetivos y unos índices inferiores de satisfacción vital. Casi todos los países y regiones mostraron el modelo de incremento gradual de las diferencias de género, lo que indica que el riesgo comparativamente más elevado de mala salud subjetiva en las chicas es relativamente independiente de la variación de los factores sociales y culturales.

Aunque esta sección no proporciona datos que expliquen las diferencias de género en materia de salud, se analizan tres factores que pueden contribuir potencialmente a dicho fenómeno.

En primer lugar, la diferencia se puede atribuir en cierta medida al proceso de maduración biológica y al inicio de la pubertad. Un estudio de seguimiento realizado en Finlandia (18) observó unos elevados niveles de problemas sanitarios subjetivos en las chicas que se desarrollaban antes, después de realizar controles sobre sus citas con sus compañeros y su consumo de alcohol. Asimismo, el aumento de los dolores y el inicio de la pubertad pueden explicar algunas de las diferencias de género. El Capítulo 4 debate los efectos de la pubertad y del desarrollo temporal de la pubertad sobre la salud y el bienestar de los jóvenes.

Un segundo factor de contribución es que las chicas se sienten más presionadas en ámbitos tales como la imagen corporal, las relaciones sociales y el centro escolar (19, 20). Puesto que las chicas, en mayor medida que los chicos, deben hacer frente a unas funciones de socialización más conflictivas, pueden ser también más vulnerables al desarrollo de una mala salud.

En tercer lugar, una explicación puede ser que la socialización enseña a las chicas a ser más conscientes de sus estados emocionales y físicos, y a desarrollar un umbral más bajo para detectar y comunicar los problemas sanitarios subjetivos (21). La doctrina de que los “chicos no lloran” puede hacer que los chicos comuniquen en menor medida sus problemas sanitarios subjetivos.

Estas explicaciones no son mutuamente excluyentes, sino que reflejan los procesos que pueden operar de forma paralela o incluso interactuar entre ellos. La cuestión relevante es que los efectos aditivos de estos procesos generan una diferencia sustancial de género en la salud de los jóvenes. Si este hecho se interpreta primordialmente como un desarrollo natural, existe el riesgo

de que no se tomen en consideración fenómenos que tienen un impacto importante sobre la salud pública. La mala salud subjetiva supone para las chicas de 15 años un riesgo adicional durante la transición de la adolescencia a la edad adulta.

Aunque no se ha realizado ninguna prueba oficial de verificación estadística, las diferencias transnacionales referidas a todos los indicadores de la salud y del bienestar son claramente superiores a las derivadas previsiblemente del azar (Ver Anexo 1). Este hecho implica que los factores transnacionales contribuyen a las desigualdades sanitarias durante la adolescencia.

En cierta medida, las variaciones transnacionales de la salud y del bienestar son coherentes en relación con todos los indicadores. De forma notable, los jóvenes de los países bálticos (con exclusión de Estonia) y los países del este de la Región Europea tienden a presentar unos porcentajes más elevados de “peor salud” y unos índices inferiores de satisfacción vital. El modelo se puede describir de manera sencilla como un gradiente este-oeste en la salud de los jóvenes, lo que supuestamente indica que las condiciones sociales y estructurales tienen mucho que ver a la hora de explicar dichas diferencias. El modelo resulta muy coherente con los resultados documentados por Micklewright y Stewart (22) sobre las significativas diferencias socioeconómicas entre los países de Europa central y del este y el resto de países de la Unión Europea (UE). En comparación con el promedio UE, los países de la parte central y oriental de la Región Europea cuentan con una renta nacional significativamente más baja y un nivel significativamente mayor de desigualdad en la distribución de la renta. Los intentos de explicar las diferencias geográficas en materia de salud y bienestar se deben centrar en las condiciones económicas y estructurales.

Esta sección documenta la desigualdad sanitaria entre los jóvenes en relación con los tres indicadores. Aunque la mayoría de los jóvenes comunica una buena salud subjetiva global, una gran minoría comunica indicaciones de dificultades sanitarias y puede presentar un riesgo más elevado de no ser capaces de hacer frente a los retos de la vida que los jóvenes deben superar con respecto a las relaciones con los compañeros, el rendimiento académico y el desarrollo de la identidad.

## Bibliografía

1. Köhler L. Child public health. A new basis for child health workers. *European Journal of Public Health*, 1998, 8(3):253–255.
2. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1986 ([http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827\\_2](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2), accessed 3 February 2004).
3. Tellnes G et al. Incidence of sickness certification. Proposal for use as a health status indicator. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 1989, 7(2):111–117.
4. Millstein SG, Petersen AC, Nightingale EO. *Promoting the health of adolescents: new directions for the twenty-first century*. New York, Oxford University Press, 1993.
5. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behaviour*, 1997, 38(1):21–37.
6. Eme R, Maisak R, Goodale W. Seriousness of adolescent problems. *Adolescence*, 1979, 14:93–99.

7. Henker B, Whalen CK, O'Neil R. Worldly and workaday worries: contemporary concerns of children and young adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1995, 23:685–702.
8. Greene AL. Early adolescents' perceptions of stress. *Journal of Early Adolescence*, 1988, 8(4):391–403.
9. Ursin H. Sensitization, somatization, and subjective health complaints. *International Journal of Behavioral Medicine*, 1997, 4(2):105–116.
10. Haugland S et al. Subjective health complaints in adolescence – A cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *European Journal of Public Health*, 2001, 11(1):4–10.
11. Garber J, Walker LS, Zeman J. Somatization symptoms in a community sample of children and adolescents: further validation of the Children's Somatization Inventory. *Psychological Assessment*, 1991, 3(4):588–595.
12. Krilov LR et al. Course and outcome of chronic fatigue in children and adolescents. *Pediatrics*, 1998, 102(2):360–366.
13. Belmaker E. Use of medical services by adolescents with non-specific somatic symptoms. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 1985, 1(1,2).
14. Hansen EH et al. International survey of self-reported medicine use among adolescents. *Annals of Pharmacotherapy*, 2003, 37(3):361–366.
15. Diener E. Subjective well-being – The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 2000, 55(1):34–43.
16. Haugland S, Wold B. Subjective health complaints in adolescence – Reliability and validity of survey methods. *Journal of Adolescence*, 2001, 24(5):611–624.
17. Cantril H. *The pattern of human concerns*. New Brunswick, NJ, Rutgers University Press, 1965.
18. Aro H, Taipale V. The impact of timing of puberty on psychosomatic symptoms among fourteen- to sixteen-year-old Finnish girls. *Child Development*, 1987, 58(1):261–268.
19. Wichstrom L. The emergence of gender difference in depressed mood during adolescence: the role of intensified gender socialization. *Developmental Psychology*, 1999, 35(1):232–245.
20. Nolen Hoeksema S, Girgus JS. The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 1994, 115(3):424–443.
21. VanWijk CMTG, Kolk AM. Sex differences in physical symptoms: the contribution of symptom perception theory. *Social Science and Medicine*, 1997, 45(2):231–246.
22. Micklewright J, Stewart K. Child well-being in the EU and enlargement to the east. In: Vleminckx K, Smeeding TM, eds. *Child well-being, child poverty and child policy in modern nations*. Bristol, Policy Press, 2001.

# **El consumo de tabaco – *Emmanuelle Godeau, Giora Rahav y Anne Hublet***

## **Introducción**

La OMS ha identificado el consumo de tabaco como la principal causa de enfermedad prematura y de fallecimientos en los países desarrollados (1), responsable de más del 14% de todos los fallecimientos ocurridos en la Región Europea de la OMS en 1999 (2).

Aunque la gran mayoría de los fallecimientos relacionados con el tabaquismo se produce en las personas de mediana edad y en las personas ancianas, la conducta referida al consumo de tabaco se establece sin duda en la adolescencia. En Estados Unidos, por ejemplo, aproximadamente el 80% de los adultos que fuman declaró haber empezado a fumar antes de los 18 años de edad (3). Los fumadores jóvenes pueden adquirir el hábito y convertirse en adictos antes de alcanzar la edad adulta, lo que les hace ser menos capaces de abandonar el tabaquismo y tener más probabilidades de padecer un problema sanitario relacionado con el tabaco. Cuanto más se retrasa el inicio del tabaquismo, menos probabilidades hay de que la persona se convierta en adicta (3). Pierce y Gilpin (4) calcularon que la mitad de todos los chicos adolescentes nuevos fumadores fumará durante al menos 16 años, mientras que las chicas adolescentes fumarán durante al menos 20 años (4).

Aunque los resultados agudos y tempranamente perjudiciales del alcohol resultan evidentes de forma más inmediata y grave que los del tabaco (ver la sección siguiente), el tabaquismo genera problemas sanitarios a corto plazo en los jóvenes, con inclusión de la disminución de la función pulmonar, el aumento de los problemas asmáticos, tos, jadeos y sensación de ahogo, la reducción de la forma física, y el incremento de la susceptibilidad y la gravedad de las enfermedades respiratorias (3). No obstante, muchos jóvenes consideran que fumar es algo agradable, adulto y a la moda (5).

Una revisión de la literatura científica permite documentar una serie de factores que contribuyen al tabaquismo de los jóvenes (6), con inclusión de la conducta, las actitudes y las expectativas tanto de los padres como de los compañeros. Los jóvenes tienen más probabilidades de fumar si sus padres, sus hermanos más mayores y / o sus amigos fuman. No obstante, el apoyo de los padres ha demostrado ser un factor de protección frente al inicio del tabaquismo, en especial, a través de la participación en actividades escolares y extra-curriculares (7). Los compañeros que fuman ejercen una influencia especial, puesto que con frecuencia ellos proporcionan el acceso inicial a los cigarrillos, incrementan la prevalencia de la conducta fumadora, y contribuyen a crear normas con las que los jóvenes se identifican (8). La presión de los compañeros, implícita o explícita, a menudo se presenta como una razón principal del tabaquismo en los jóvenes (9). La exposición a unas condiciones vitales adversas, tales como los abusos de la infancia y los acontecimientos estresantes, también se asocian a un riesgo más elevado de consumo periódico de tabaco (10), así como de baja autoestima (11).

Cuando se considera desde la perspectiva de los estilos de vida, el tabaquismo también se asocia a otros tipos de conducta de riesgo, como, por ejemplo, el consumo de drogas ilícitas, el consumo de alcohol y las conductas

antisociales. Por ejemplo, los jóvenes fumadores tienen tres veces más probabilidades de consumir alcohol regularmente y ocho veces más probabilidades de consumir cannabis que los jóvenes no fumadores (12). Por último, se sospecha que el consumo de tabaco es una puerta principal que conduce a otras formas de consumo de sustancias.

La mayoría de los jóvenes conoce perfectamente los peligros asociados al tabaquismo, aunque infravalora la virulencia de sus consecuencias y su vulnerabilidad personal (14). Los jóvenes se centran en los atractivos inmediatos percibidos, en lugar de en las desventajas a largo plazo. Por ejemplo, los jóvenes consideran que fumar les ayuda a hacer frente al estrés diario, les facilita el contacto con miembros del sexo opuesto a través del intercambio de cigarrillos, y en especial, entre las chicas, les ayuda a reducir o controlar el peso corporal (15).

## Métodos

La encuesta 2001 / 2002 HBSC utilizó tres preguntas para obtener una amplia panorámica de la conducta fumadora, desde la etapa de experimentación hasta la situación actual en materia de tabaquismo.

La primera fue: *¿Has fumado tabaco alguna vez (al menos un cigarrillo, un cigarro o una pipa)?* Las categorías de respuesta fueron: *Sí, No*. Esta definición de jóvenes que han fumado alguna vez engloba una amplia gama de jóvenes, con inclusión de los que están experimentando, los que se pueden convertir eventualmente en fumadores habituales, los que ya fuman regularmente, los que han dejado de fumar, los que podrían dejar de fumar en el futuro, y los que fuman de forma ocasional.

La segunda pregunta medía la frecuencia: *¿Con qué frecuencia fumas tabaco actualmente?* Las categorías de respuesta fueron: *No fumo; Todos los días, Al menos una vez a la semana, pero no todos los días, Menos de una vez a la semana*.

La frecuencia del consumo de tabaco se presenta en términos diarios y semanales. Los datos presentados en este documento son jerárquicos; en otras palabras, los jóvenes que fuman a diario están incluidos en el grupo de fumadores semanales, y los jóvenes que fuman de forma diaria y semanal están incluidos en el grupo de los jóvenes que han fumado alguna vez. Aunque las preguntas no miden directamente la dependencia, constituyen indicadores conductuales que podrían reflejarla. Los datos presentados permiten un análisis del movimiento desde la etapa de experimentación hasta el consumo ocasional y más frecuente. Los fumadores habituales presentan el riesgo más elevado de continuar fumando como adultos y de padecer los daños asociados a corto y largo plazo.

Varias encuestas HBSC han incluido estas dos cuestiones. Muchos países las utilizan como herramientas de supervisión para realizar un seguimiento del consumo de tabaco a lo largo del tiempo. Juntas, estas dos preguntas contribuyen a demostrar los cambios y las tendencias a lo largo de los ciclos de la encuesta. Se han utilizado preguntas alternativas en estudios similares, pero el estudio HBSC pone el énfasis en la continuidad y la capacidad de comparación. Por lo tanto, estas preguntas HBSC se conservaron en su actual formato.

La encuesta HBSC 2001 / 2002 añadió una tercera pregunta que hacía referencia a la edad a la que los jóvenes fumaron por primera vez. Dicha pregunta se incluyó en una breve lista de puntos temáticos sobre el inicio de la conducta, con inclusión del consumo de alcohol y los episodios de embriaguez. *¿Qué edad tenías cuando realizaste por primera vez las siguientes acciones:... fumar un cigarrillo (más de una calada)?*. Las opciones de respuesta fueron: *Nunca, Yo tenía .. años de edad*.

La evaluación de la edad de iniciación al consumo de tabaco entre los grupos de jóvenes de menor edad incluidos en el estudio padece una evidente carencia metodológica: no se puede establecer un cálculo no sesgado hasta que todos los jóvenes que puedan iniciar una conducta tengan tiempo para hacerlo. La ventana de oportunidad es estrecha, puesto que algunos jóvenes categorizados como que no han fumado nunca probablemente intentarán fumar posteriormente, por lo que se eleva la edad media de iniciación. Con el fin de minimizar este problema y de evitar confusiones adicionales debidas a los diferentes períodos aplicados a los tres grupos de edad, el análisis del inicio del consumo de tabaco presentado aquí se limita a los jóvenes de 15 años.

## **Resultados**

### **Jóvenes que han fumado alguna vez**

En todos los países y regiones, debido a que la medición del hecho de haber fumado alguna vez es por definición acumulativo, los porcentajes de jóvenes que comunican haber fumado alguna vez se incrementan de forma significativa con la edad: desde el 15% para los jóvenes de 11 años, pasando por el 40% para los jóvenes de 13 años, hasta el 62% para los jóvenes de 15 años (Figura 3.4). Los porcentajes son inferiores al 25% en 30 países y regiones a la edad de 11 años, pero sólo en 2 países a la edad de 13 años, y en ninguno a la edad de 15 años. En casi la mitad de los países y regiones, estos porcentajes son al menos tres veces más elevados para los jóvenes de 13 años que para los jóvenes de 11 años. La diferencia más amplia se observó en Malta, donde el porcentaje aumenta del 7% al 30%.

Existen claras diferencias de género. Entre los jóvenes de 11 años, los porcentajes de jóvenes que han fumado alguna vez son significativamente más elevados para los chicos que para las chicas de la misma edad en casi todos los países y regiones. No obstante, a la edad de 13 años, este hecho es verdadero únicamente en menos de la mitad de los países y regiones, con aproximadamente una tercera parte que presentan porcentajes similares para chicos y chicas, y más de una cuarta parte con porcentajes más elevados en el caso de las chicas. Esta tendencia continúa en los jóvenes de 15 años, donde más chicas que chicos han fumado en más de la mitad de los países y regiones, siendo las diferencias particularmente significativas en Escocia y Gales. Por el contrario, en todos los grupos de edad de los países de Europa oriental y en algunos países de Europa central, donde los porcentajes globales son los más elevados, los chicos tienen más probabilidades de haber experimentado con el consumo de tabaco. En este grupo de países, las mayores diferencias de género se observan en Estonia, Lituania y Ucrania. Israel y Estados Unidos también siguen este modelo, aunque con unos porcentajes más bajos.

## **Jóvenes que fuman actualmente**

### **Frecuencia**

En los países y las regiones, el 84% de los jóvenes comunica que no fuma. Aproximadamente una tercera parte del 16% que fuma lo hace menos de una vez a la semana (5%), mientras que las otras dos terceras partes (11%) fuman al menos una vez a la semana, de los cuales el 7% (casi la mitad de todos los fumadores) fuma diariamente. No obstante, estas cifras globales esconden sorprendentes diferencias geográficas, de edad y de género.

### **Consumo semanal de tabaco**

Tal y como se ha subrayado, los fumadores semanales van desde los que fuman al menos una vez a la semana hasta los que fuman a diario. En relación con todos los países y regiones combinados, los porcentajes de consumo semanal de tabaco se incrementan con la edad, desde el 2% entre los jóvenes de 11 años, pasando por el 8% entre los jóvenes de 13 años, hasta el 24% en los jóvenes de 15 años (Figura 3.5). Con la excepción de Groenlandia, donde los porcentajes son excepcionalmente elevados, los fumadores semanales constituyen no más del 5% de los jóvenes de 11 años, el 15% de los jóvenes de 13 años y el 35% de los jóvenes de 15 años en todos los países y regiones. En casi todos, los porcentajes se incrementan de forma más significativa entre las edades de 11 y 13 años que entre las edades de 13 y 15 años.

Las diferencias de género siguen un modelo similar al observado en relación con los jóvenes que han fumado alguna vez. Por ejemplo, entre los jóvenes de 15 años, en más de la mitad de los países y regiones (principalmente, en el norte y el oeste de Europa), las chicas tienen tantas o más probabilidades que los chicos de ser fumadores semanales. En otros lugares se observa el fenómeno contrario. Por ejemplo, en los jóvenes de 13 años, los porcentajes de fumadores semanales son dos veces más elevados en las chicas que en los chicos en Escocia y Gales, pero son dos veces más elevados en los chicos que en las chicas en Letonia, la antigua República Yugoslava de Macedonia y Ucrania.

**Figura 3.4: Jóvenes que comunican haber fumado alguna vez (%)**

PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 11 AÑOS		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 13 AÑOS		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 15 AÑOS	
	CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS
GROENLANDIA	49,7	41,0	GROENLANDIA	82,7	66,2	GROENLANDIA	88,4	81,8
LITUANIA	24,9	42,0	LITUANIA	50,3	73,9	LITUANIA	72,7	88,7
UCRANIA	17,4	41,7	LETONIA	49,7	73,1	UCRANIA	72,8	88,1
LETONIA	16,9	42,2	UCRANIA	42,5	73,8	REPÚBLICA CHECA	74,3	77,9
ESTONIA	15,1	37,0	ESTONIA	46,2	68,9	LETONIA	70,9	82,6
REPÚBLICA CHECA	15,5	27,3	REPÚBLICA CHECA	51,8	62,6	AUSTRIA	77,7	73,1
INGLATERRA	19,9	21,6	ALEMANIA	53,5	52,7	ESTONIA	65,0	80,5
POLONIA	12,1	27,2	INGLATERRA	53,3	45,9	ALEMANIA	74,2	70,1
ALEMANIA	14,1	22,9	FEDERACIÓN RUSA	42,3	54,6	HUNGRÍA	67,7	72,8
HUNGRÍA	12,3	25,1	POLONIA	39,5	52,7	FINLANDIA	70,8	65,2
FEDERACIÓN RUSA	12,2	24,9	FINLANDIA	45,6	46,5	INGLATERRA	70,1	63,5
CROACIA	9,1	20,4	HUNGRÍA	41,0	49,6	POLONIA	61,4	69,8
SUIZA	10,7	19,2	PORTUGAL	43,6	44,7	ESLOVENIA	63,7	66,1
ESLOVENIA	10,1	17,1	GALES	47,5	35,5	ESPAÑA	69,2	59,5
ISRAEL	6,3	20,3	ESCOCIA	41,7	37,7	SUIZA	64,6	64,3
PORTUGAL	10,6	15,9	ESLOVENIA	35,5	41,1	NORUEGA	65,6	60,2
IRLANDA	9,9	16,3	SUIZA	36,1	40,4	FEDERACIÓN RUSA	58,9	67,8
GALES	13,8	12,0	NORUEGA	39,5	36,3	FRANCIA	64,2	60,7
FINLANDIA	7,9	17,6	HOLANDA	40,3	34,5	CROACIA	63,2	58,0
AUSTRIA	9,3	15,6	AUSTRIA	37,2	37,2	PORTUGAL	58,6	57,6
FRANCIA	9,7	14,4	ESPAÑA	36,2	38,3	BÉLGICA (región francesa)	58,8	56,9
DINAMARCA	9,2	15,0	SUECIA	33,7	39,9	SUECIA	56,1	59,6
NORUEGA	10,8	12,1	CROACIA	34,5	38,9	DINAMARCA	60,5	54,7
ESCOCIA	9,5	13,3	DINAMARCA	31,8	38,7	GALES	64,5	51,3
HOLANDA	8,4	14,1	ITALIA	30,8	37,1	IRLANDA	58,0	57,0
SUECIA	8,0	12,9	IRLANDA	35,2	30,9	HOLANDA	57,4	56,6
BÉLGICA (región francesa)	8,8	11,6	FRANCIA	32,3	33,9	ITALIA	58,3	55,2
CANADÁ	7,8	12,1	BÉLGICA (región francesa)	31,1	33,5	ESCOCIA	61,6	50,6
ESPAÑA	6,8	12,6	MALTA	32,9	25,9	BÉLGICA (región flamenca)	55,4	52,0
ITALIA	6,1	12,1	BÉLGICA (región flamenca)	25,0	33,7	CANADÁ	50,4	48,6
BÉLGICA (región flamenca)	5,4	11,9	ISRAEL	23,7	34,8	ESTADOS UNIDOS	43,2	54,6
ESTADOS UNIDOS	6,1	8,3	CANADÁ	31,0	25,7	ISRAEL	36,5	47,3
MALTA	5,1	8,7	ESTADOS UNIDOS	23,9	27,1	GRECIA	38,8	42,6
GRECIA	2,4	5,2	GRECIA	14,9	18,5	MALTA	40,1	37,6
ARY MACEDONIA	2,3	4,1	ARY MACEDONIA	7,3	8,6	ARY MACEDONIA	34,3	37,4
Promedio HBSC	10,8	19,1		37,4	42,7		61,3	62,5

## Consumo diario de tabaco

Al igual que en el caso de los fumadores semanales, el consumo diario de tabaco se incrementa con la edad: el 1%, el 5% y el 18% entre los jóvenes de 11, 13 y 15 años, respectivamente (Figura 3.6). Los porcentajes son

inferiores al 3% entre los jóvenes de 11 años en todos los países y regiones, y no superan el 10% entre los jóvenes de 13 años, salvo en Alemania y Groenlandia, y son de aproximadamente el 30% entre los jóvenes de 15 años en la mayoría de países y regiones. La gran mayoría experimenta un incremento más significativo entre los 11 y los 13 años que entre los 13 y los 15 años.

Las diferencias de género observadas son similares a las referidas a las otras variables. Entre los jóvenes de 15 años, las chicas tienen tantas o más probabilidades que los chicos de ser fumadores diarios en más de la mitad de los países y regiones (principalmente, en el norte y el oeste de Europa). Se observa el fenómeno contrario en los otros lugares. Entre los jóvenes de 15 años, por ejemplo, las chicas presentan dos veces más probabilidades que los chicos de ser fumadores diarios en Suecia y Gales, mientras que los chicos presentan dos veces más probabilidades que las chicas de ser fumadores diarios en Estonia, Lituania y Ucrania.

## **Inicio del consumo de tabaco**

Tal y como se ha descrito, el análisis que se presenta aquí hace referencia únicamente a los jóvenes de 15 años debido a las cuestiones metodológicas asociadas al proceso de iniciación en la población del estudio.

La Figura 3.7 muestra la edad a la que las tres categorías de fumadores de 15 años declaran haber consumido su primer cigarrillo, cigarro o pipa. Entre los jóvenes de 15 años que comunican haber fumado alguna vez, la edad media de inicio es 12,5 años, con una gama que va desde 11,4 años en Lituania hasta 13,7 en Grecia e Israel. La cifra correspondiente para los fumadores semanales es de 12,2 años, con una gama que va desde 11,2 años en Estados Unidos hasta 13,2 años en Israel.

La frecuencia del consumo de tabaco en los jóvenes de 15 años parece mostrar una asociación con la edad a la que han fumado por primera vez: cuanto más temprana es la edad a la que se consume el primer cigarrillo, más elevado es el porcentaje de fumadores habituales. Entre los fumadores actuales que han consumido su primer cigarrillo, cigarro o pipa antes de la edad de 10 años, el 69% fuma en la actualidad al menos semanalmente y el 49% fuma a diario. Por el contrario, entre los jóvenes que empezaron a fumar a los 15 años, el 61% comunicó fumar al menos semanalmente y el 37% diariamente.

Salvo en Groenlandia, Malta, Escocia y Gales, los chicos que comunicaron haber fumado alguna vez comenzaron a fumar a una edad más temprana que las chicas. La diferencia de género es más amplia en Ucrania, donde las chicas comienzan a fumar más de dos años después que los chicos. Los fumadores diarios y los fumadores semanales muestran el mismo modelo. Sólo en Groenlandia y Escocia, las chicas comienzan a fumar a una edad más temprana en el caso tanto de fumadoras diarias como semanales.

## **Debate**

Debido a los daños para la salud causados por el consumo de tabaco y a la idea de que es un primer paso en un camino que podría conducir a otras formas de uso de sustancias, la determinación de que dos terceras partes de los jóvenes de 15 años y más de una tercera parte de los jóvenes de 13 años ya han experimentado con el consumo de tabaco constituye una preocupación

importante. Estas cifras agregadas esconden importantes diferencias entre los países y las regiones.

Un resultado muy importante es que el porcentaje de chicas que fuman continúa aumentando en una serie de países y regiones. Este fenómeno se observa con facilidad entre los jóvenes de 15 años: los porcentajes de consumo de tabaco tienden a ser más elevados entre las chicas que entre los chicos. En sólo un pequeño número de países del este de Europa, los chicos presentan más probabilidades de fumar que las chicas. Los chicos todavía presentan más probabilidades de empezar a fumar antes que las chicas.

Con unas pocas excepciones, los resultados de la encuesta parecen definir un amplio modelo geográfico en relación con las diferencias de género en materia de consumo de tabaco, en especial, en los grupos de mayor edad: más chicos que chicas fuman en los países del este de Europa, existen diferencias mínimas de género en los países del centro y del sur de Europa, y los porcentajes de consumo de tabaco de las chicas superan los de los chicos en muchos países del norte y el oeste de Europa.

Todo esto puede sugerir la emergencia de un nuevo modelo de diferencias de género, que la encuesta HBSC 1997 / 1998 observó únicamente en los fumadores diarios y los fumadores semanales del grupo de mayor edad (16, 17). Este modelo puede estar asociado a cambios más amplios en la situación de las mujeres en los países industrializados, y resulta coherente con la curva epidémica observada en la población adulta de dichos países.

**Figura 3.5: Jóvenes que fuman al menos una vez a la semana (%)**

PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 11 AÑOS		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 13 AÑOS		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 15 AÑOS	
	CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS
GROENLANDIA	8,5	4,0	GROENLANDIA	36,7	18,8	GROENLANDIA	66,7	56,6
ISRAEL	1,2	5,4	ALEMANIA	14,6	13,6	UCRANIA	22,8	44,6
PORTUGAL	1,7	4,0	PORTUGAL	11,7	13,7	ALEMANIA	33,7	32,2
UCRANIA	0,5	4,8	INGLATERRA	14,3	10,1	AUSTRIA	37,1	26,1
ESTONIA	1,5	3,7	FEDERACIÓN RUSA	9,8	14,7	FINLANDIA	32,2	28,3
HUNGRÍA	1,3	4,1	MALTA	13,6	8,9	REPÚBLICA CHECA	30,6	28,7
INGLATERRA	2,5	2,6	FINLANDIA	12,4	10,1	ESLOVENIA	29,7	29,5
ALEMANIA	1,1	3,3	GALES	14,8	8,1	ESPAÑA	32,3	23,6
POLONIA	0,6	3,8	LETONIA	6,0	16,6	HUNGRÍA	25,8	28,2
FEDERACIÓN RUSA	1,4	3,0	REPÚBLICA CHECA	8,6	13,7	LITUANIA	17,9	34,9
IRLANDA	1,6	2,6	UCRANIA	6,0	15,7	FRANCIA	26,7	26,0
REPÚBLICA CHECA	1,0	3,0	ESTONIA	8,0	12,8	INGLATERRA	27,9	21,1
ESPAÑA	1,2	2,8	POLONIA	7,4	11,8	SUIZA	24,1	25,4
GALES	1,6	2,1	LITUANIA	6,6	10,7	LETONIA	21,1	28,9
ITALIA	0,7	2,6	ESCOCIA	10,7	6,1	ESTONIA	18,2	30,4
FRANCIA	1,2	2,0	ESPAÑA	9,0	7,9	CROACIA	24,9	23,2
LITUANIA	0,9	2,3	HOLANDA	10,0	6,5	ITALIA	24,9	21,8
CANADÁ	1,1	1,7	HUNGRÍA	6,1	9,9	HOLANDA	24,3	22,5
ESLOVENIA	0,5	2,2	BÉLGICA (región flamenca)	7,0	8,4	NORUEGA	26,6	20,1
ARY MACEDONIA	0,6	1,9	ITALIA	6,7	8,5	BÉLGICA (región flamenca)	23,3	23,1
MALTA	0,9	2,0	ISRAEL	5,4	9,9	BÉLGICA (región francesa)	23,8	21,6
ESCOCIA	1,1	1,4	SUIZA	6,7	7,6	FEDERACIÓN RUSA	18,5	27,4
SUIZA	0,8	1,5	AUSTRIA	7,4	6,4	PORTUGAL	26,2	17,6
LETONIA	0,5	1,8	IRLANDA	8,5	4,9	POLONIA	17,0	26,3
ESTADOS UNIDOS	1,0	1,2	CANADÁ	7,6	5,4	GALES	26,8	15,5
AUSTRIA	0,6	1,4	FRANCIA	6,4	6,6	IRLANDA	20,5	19,5
BÉLGICA (región flamenca)	0,6	1,1	NORUEGA	6,7	5,8	ESCOCIA	23,2	15,9
BÉLGICA (región francesa)	0,3	1,0	ESTADOS UNIDOS	4,5	7,4	DINAMARCA	21,0	16,7
NORUEGA	0,6	0,6	SUECIA	6,0	5,2	MALTA	17,4	16,9
GRECIA	0,2	0,8	DINAMARCA	4,5	6,2	SUECIA	19,0	11,1
HOLANDA	0,5	0,6	BÉLGICA (región francesa)	5,3	4,8	ESTADOS UNIDOS	12,3	17,5
CROACIA	0,4	0,4	ESLOVENIA	4,1	6,2	CANADÁ	13,5	15,5
FINLANDIA	0,1	0,7	CROACIA	3,9	5,5	ISRAEL	11,6	16,9
DINAMARCA	0,2	0,4	GRECIA	3,0	4,9	GRECIA	14,1	13,5
SUECIA	0,5	0,1	ARY MACEDONIA	1,1	2,9	ARY MACEDONIA	12,7	14,6
Promedio HBSC	1,0	2,2		7,9	8,9		23,3	23,9

**Figura 3.6: Jóvenes que fuman todos los días (%)**

PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 11 AÑOS		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 13 AÑOS		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 15 AÑOS	
	CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS
GROENLANDIA	2,4	1,6	GROENLANDIA	28,1	16,9	GROENLANDIA	53,6	52,5
HUNGRÍA	0,6	2,4	ALEMANIA	10,1	10,2	ALEMANIA	28,7	26,3
ISRAEL	0,9	2,1	GALES	11,9	6,0	UCRANIA	13,5	35,2
INGLATERRA	0,9	1,5	FEDERACIÓN RUSA	6,7	9,3	ESLOVENIA	23,2	22,5
PORTUGAL	1,0	1,4	INGLATERRA	8,9	6,9	FINLANDIA	23,3	22,1
UCRANIA	0,0	1,8	PORTUGAL	5,3	8,0	AUSTRIA	24,8	19,5
ESTONIA	0,3	1,5	FINLANDIA	6,1	6,6	REPÚBLICA CHECA	22,9	20,2
ALEMANIA	0,3	1,5	UCRANIA	3,5	8,8	ESPAÑA	23,2	16,6
LITUANIA	0,5	1,2	POLONIA	4,0	7,5	FRANCIA	20,1	19,5
GALES	0,9	0,9	ESTONIA	3,9	7,6	HOLANDA	19,7	18,7
REPÚBLICA CHECA	0,3	1,3	LETONIA	2,5	8,8	HUNGRÍA	18,0	20,7
FEDERACIÓN RUSA	0,3	1,4	REPÚBLICA CHECA	4,1	6,2	LITUANIA	11,2	26,6
ESLOVENIA	0,5	1,1	MALTA	5,8	4,1	BÉLGICA (región flamenca)	19,1	18,3
IRLANDA	0,6	0,8	LITUANIA	3,6	6,2	BÉLGICA (región francesa)	20,3	16,0
ARY MACEDONIA	0,5	1,0	HOLANDA	5,7	3,5	INGLATERRA	19,6	15,8
POLONIA	0,1	1,2	ESPAÑA	3,8	5,0	NORUEGA	19,9	15,6
ESPAÑA	0,5	0,9	ESCOCIA	5,8	2,7	LETONIA	14,4	21,8
AUSTRIA	0,4	0,9	CANADÁ	4,5	3,8	ESTONIA	11,6	23,3
CANADÁ	0,3	0,8	IRLANDA	5,7	2,5	SUIZA	16,6	17,6
FRANCIA	0,4	0,8	HUNGRÍA	2,8	5,5	CROACIA	16,8	17,1
ESCOCIA	0,4	0,8	SUIZA	2,9	5,3	GALES	21,5	12,1
SUIZA	0,3	1,0	BÉLGICA (región flamenca)	3,3	4,5	PORTUGAL	19,5	13,1
ESTADOS UNIDOS	0,3	0,8	NORUEGA	4,3	3,1	POLONIA	11,6	21,4
BÉLGICA (región francesa)	0,0	0,7	ISRAEL	2,2	5,1	ITALIA	16,1	16,1
GRECIA	0,0	0,8	SUECIA	3,9	2,8	ESCOCIA	19,2	13,0
LETONIA	0,3	0,5	BÉLGICA (región francesa)	3,3	3,3	IRLANDA	16,5	14,6
ITALIA	0,0	0,6	FRANCIA	3,2	3,5	FEDERACIÓN RUSA	12,4	20,1
MALTA	0,0	0,8	ITALIA	2,6	3,4	DINAMARCA	15,8	13,7
NORUEGA	0,4	0,2	AUSTRIA	2,4	3,3	CANADÁ	11,0	12,8
BÉLGICA (región flamenca)	0,1	0,3	DINAMARCA	2,8	3,0	GRECIA	10,6	9,2
FINLANDIA	0,1	0,3	ESLOVENIA	1,8	3,5	ARY MACEDONIA	8,6	11,2
CROACIA	0,0	0,1	ESTADOS UNIDOS	1,7	3,5	SUECIA	13,8	5,7
DINAMARCA	0,2	0,0	CROACIA	1,3	3,2	ISRAEL	8,4	11,2
HOLANDA	0,1	0,0	GRECIA	1,4	2,7	ESTADOS UNIDOS	7,7	12,0
SUECIA	0,0	0,0	ARY MACEDONIA	0,7	1,6	MALTA	8,4	8,6
Promedio HBSC	0,4	0,9		4,4	5,2		16,9	18,1

**Figura 3.7: Edad de inicio del consumo de tabaco en los jóvenes de 15 años (años)**

PAÍS / REGIÓN	JÓVENES QUE HAN FUMADO ALGUNA VEZ		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES QUE FUMAN UNA VEZ A LA SEMANA		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES QUE FUMAN A DIARIO	
	CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS
GRECIA	14,0	13,4	ISRAEL	13,7	13,2	ISRAEL	13,5	12,9
ISRAEL	14,0	13,3	GRECIA	13,7	13,0	ITALIA	13,5	12,8
ITALIA	13,8	13,2	ITALIA	13,6	12,9	GRECIA	13,7	12,5
ARY MACEDONIA	13,8	12,7	ARY MACEDONIA	13,5	12,5	GROENLANDIA	12,7	13,0
GROENLANDIA	12,9	13,2	GROENLANDIA	12,7	13,1	ESLOVENIA	12,9	12,8
MALTA	13,0	13,0	ESLOVENIA	12,9	12,8	PORTUGAL	13,0	12,4
ESPAÑA	13,0	12,9	PORTUGAL	13,2	12,3	ARY MACEDONIA	13,2	12,3
PORTUGAL	13,2	12,6	FEDERACIÓN RUSA	13,2	12,5	FEDERACIÓN RUSA	13,1	12,5
ESLOVENIA	13,0	12,7	MALTA	12,8	12,7	ESPAÑA	12,7	12,7
DINAMARCA	12,9	12,8	ESPAÑA	12,8	12,7	CROACIA	13,0	11,9
FEDERACIÓN RUSA	13,4	12,3	CROACIA	13,1	12,0	NORUEGA	12,3	12,2
HUNGRÍA	13,1	12,3	LETONIA	13,1	11,9	LETONIA	12,8	11,8
NORUEGA	12,8	12,5	NORUEGA	12,5	12,3	HUNGRÍA	12,6	11,7
CROACIA	13,1	12,0	HUNGRÍA	12,8	11,9	HOLANDA	12,2	12,2
INGLATERRA	12,7	12,6	HOLANDA	12,4	12,3	BÉLGICA (región flamenca)	12,5	11,7
BÉLGICA (región flamenca)	12,9	12,3	BÉLGICA (región flamenca)	12,6	11,9	MALTA	12,3	11,9
HOLANDA	12,7	12,4	DINAMARCA	12,3	12,2	DINAMARCA	12,0	12,1
GALES	12,5	12,6	SUIZA	12,6	11,8	INGLATERRA	12,0	11,9
SUIZA	12,8	12,2	INGLATERRA	12,2	12,2	FRANCIA	12,1	11,9
CANADÁ	12,8	12,2	UCRANIA	13,4	11,5	ALEMANIA	12,2	11,7
SUECIA	12,8	12,2	FRANCIA	12,2	12,0	SUIZA	12,5	11,5
FINLANDIA	12,8	12,1	CANADÁ	12,4	11,7	SUECIA	12,0	11,7
ALEMANIA	12,5	12,3	ALEMANIA	12,3	11,8	FINLANDIA	12,4	11,3
BÉLGICA (región francesa)	12,6	12,1	FINLANDIA	12,5	11,5	BÉLGICA (región francesa)	12,0	11,6
ESCOCIA	12,2	12,4	ESCOCIA	11,7	12,4	POLONIA	12,6	11,4
POLONIA	12,9	11,7	BÉLGICA (región francesa)	12,1	11,7	ESCOCIA	11,6	12,2
FRANCIA	12,4	12,1	POLONIA	12,7	11,4	UCRANIA	13,2	11,3
UCRANIA	13,4	11,3	GALES	12,0	11,9	CANADÁ	12,2	11,4
LETONIA	12,7	11,5	SUECIA	12,1	11,6	GALES	11,8	11,8
IRLANDA	12,4	11,5	IRLANDA	12,1	11,3	IRLANDA	11,9	11,2
ESTADOS UNIDOS	12,3	11,5	REPÚBLICA CHECA	12,2	10,9	ESTONIA	12,8	11,0
AUSTRIA	12,0	11,7	ESTONIA	12,6	10,9	REPÚBLICA CHECA	12,1	10,8
REPÚBLICA CHECA	12,2	11,2	AUSTRIA	11,7	11,4	AUSTRIA	11,5	11,3
ESTONIA	12,5	10,8	LITUANIA	12,5	10,8	LITUANIA	12,4	10,7
LITUANIA	12,3	10,7	ESTADOS UNIDOS	11,8	10,5	ESTADOS UNIDOS	11,6	9,9
Promedio HBSC	12,8	12,1		12,6	11,9		12,4	11,7

Y lo que no resulta sorprendente, los porcentajes de consumo de tabaco se incrementan con la edad, y cuanto más temprano es el inicio, mayor es el porcentaje de fumadores habituales. No obstante, los porcentajes de consumo de tabaco en las tres categorías (jóvenes que han fumado alguna vez, jóvenes que fuman una vez a la semana, jóvenes que fuman a diario) deben ser objeto

de un cuidadoso análisis. Debido a su naturaleza acumulativa, el porcentaje de jóvenes que ha fumado alguna vez se incrementa de forma inevitable con la edad. Por otra parte, el consumo experimental de tabaco no siempre conduce al consumo habitual de tabaco. El incremento en el porcentaje de consumo diario y semanal de tabaco puede reflejar una disminución del control de los adultos sobre los adolescentes a medida que se hacen mayores, así como un proceso de progresión y habituación, que puede llegar a las etapas de dependencia y adicción en al menos algunos casos. El resultado relativo a que los porcentajes más elevados de consumo de tabaco entre los jóvenes de 15 años tienden a estar asociados a unas edades más tempranas de iniciación proporciona pruebas sobre dicha progresión. Además, los jóvenes de 15 años disponen de más dinero y más oportunidades para adquirir cigarrillos que los grupos de edad más jóvenes. Asimismo, el consumo de tabaco probablemente se considera más aceptable a esta edad y genera más apoyo social.

En los casos en los que los porcentajes de consumo de tabaco se mantienen elevados en los países y las regiones HBSC, las políticas y los programas destinados a reducir el consumo de tabaco entre los jóvenes no parecen haber sido suficientemente eficaces. Sin embargo, los porcentajes podrían ser incluso más elevados si no se desarrollasen estas actividades. Por ejemplo, en Estados Unidos, donde los datos HBSC muestran un porcentaje relativamente bajo de consumo de tabaco en 2001 / 2002, el consumo de tabaco empezó a declinar tras alcanzar un máximo en 1997. Se cree que este hecho está asociado a: incrementos en el precio de venta de los cigarrillos (que aumentaron el 70% desde diciembre de 1997 hasta mayo de 2001), los esfuerzos basados en el centro escolar para prevenir el consumo de tabaco y la exposición de los jóvenes a las campañas de prevención del tabaquismo realizadas a través de los medios de comunicación de masas nacionales y estatales (20). El declive se produjo a pesar del importante incremento del gasto de las empresas tabaqueras en publicidad y promoción y de las apariciones frecuentes de personas fumando en las películas (21). Este hecho contrasta de forma clara con las condiciones de países en los que el consumo de tabaco está más generalizado, como, por ejemplo, Alemania y Ucrania. En estos lugares, el acceso más fácil al tabaco, la mayor exposición a la publicidad y los relativamente moderados esfuerzos de control pueden reducir el potencial de cambio, incluso cuando se llevan a cabo programas en los centros escolares. Una reciente revisión de la eficacia de los programas de prevención en Estados Unidos (22) respalda esta conclusión. Dicha revisión indicaba que las intervenciones políticas encaminadas a la restricción del consumo de tabaco por parte de los jóvenes –tales como las leyes sobre lugares libres del humo del tabaco, el incremento de los precios a través de la fiscalidad, la contra-publicidad y la aplicación de las leyes vigentes que restringen las compras de tabaco a los menores de edad- se deben combinar con los programas de prevención basados en el centro escolar con el fin de optimizar su efecto a largo plazo (22).

Los porcentajes de consumo de tabaco no han cambiado globalmente en relación con los anteriores datos HBSC, aunque este hecho enmascara la existencia de incrementos en determinados países y de reducciones en otros. En países tales como Estonia, República Checa y Lituania, los porcentajes de fumadores diarios en los chicos y / o chicas de 15 años se han incrementado hasta el 12% en relación con los niveles observados en la encuesta 1997 /

1998 (17). Por ejemplo, los porcentajes de fumadores diarios entre los chicos aumentaron del 15% en 1997 / 1998 al 27% en 2001 / 2002 en Lituania. Por el contrario, el consumo diario de tabaco entre los jóvenes de 15 años se mantuvo estable o se redujo en menos del 5% en la mayoría de los países del oeste de Europa. En relación con los chicos de Israel, Escocia y Gales, y con las chicas de Canadá, los porcentajes de fumadores diarios disminuyeron al menos el 6% (del 19%, 18%, 17% y 21% en 1997 / 1998 hasta el 13%, 12%, 11% y 11% en 2001 / 2002, respectivamente). Se deben realizar análisis cuantitativos y cualitativos adicionales a nivel individual y de país con el fin de comprender mejor este proceso.

Los resultados de la encuesta HBSC 2001 / 2002 sugieren que los países deben poner en marcha programas globales de intervención destinados a los jóvenes, así como tomar en consideración la aplicación de programas específicos de género. Las chicas adolescentes deben ser objeto de actuaciones específicas, puesto que el porcentaje de fumadores habituales está aumentando más rápidamente (o al menos disminuyendo más lentamente) entre ellas, lo que puede generar efectos sanitarios relacionados con el género en el futuro. Por ejemplo, la interacción entre el consumo de tabaco y los anticonceptivos orales se considera aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares y afecta a la salud reproductiva (23). Por otra parte, el hecho de si la madre fuma o no está relacionado con la exposición de los hijos al humo del tabaco medioambiental y la futura situación en materia de tabaquismo de los jóvenes (24). Por lo tanto, el consumo de tabaco en las mujeres puede generar un impacto significativo para el entorno de crecimiento y de desarrollo de la siguiente generación.

## Bibliografía

1. Murray CJL, Lopez AD. *The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health, 1996.
2. *HEALTH21: the health for all policy framework for the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (European Health for All Series, No. 6; [http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911\\_38](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_38), accessed 27 January 2004).
3. *Preventing tobacco use among young people: a report of the Surgeon General*. Atlanta, GA, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1994 ([http://www.cdc.gov/gov/tobacco/sgr/sgr\\_1994/index-htm](http://www.cdc.gov/gov/tobacco/sgr/sgr_1994/index-htm), accessed 20 January 2004).
4. Pierce JP, Gilpin E. How long will today's new adolescent smokers be addicted to cigarettes? *American Journal of Public Health*, 1996, 86(2):253–256.
5. *Pharmacists and action on tobacco* Copenhagen, World Health Organization, 1998 (Smoke-free Europe 12; <http://www.euro.who.int/dpdocument/E61288.pdf>, accessed 20 January 2004).
6. Tyas SL, Pederson LL. Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature. *Tobacco Control*, 1998, 7:409–420.
7. Simantov E et al. Health compromising behaviors: why do adolescents smoke or drink? *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2000, 2(1):85–101.
8. Carvajal S et al. Psychosocial determinants of the onset of escalation of smoking: cross sectional and prospective findings in multiethnic middle school samples, *Journal of Adolescent Health*, 2000, 27(4): 255–265.

9. Engels R et al. Antecedents of smoking cessation among adolescents: who is motivated to change? *Preventive Medicine*, 1998, 27(3):348–357.
10. Anda RF et al. Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *JAMA*, 1999, 283(15):1652–1658.
11. Glendinning A, Inglis D. Smoking behaviour in youth: the problem of low self-esteem? *Journal of Adolescence*, 1999, 22(5):673–682.
12. Lamkin L, Houston TP. Nicotine dependency and adolescents: preventing and treating. *Primary Care*, 1998, 25(1):123–135.
13. Kandel DB, ed. *Stages and pathways of drug involvement: examining the gateway hypothesis*. New York, Cambridge University Press, 2002.
14. Pallonen UE et al. Stages of acquisition and cessation for adolescent smoking: an empirical integration. *Addictive Behaviors*, 1998, 23(3):303–324.
15. Verduykt P. Summary of the literature on young people, gender and smoking. In: Lambert M et al. *Gender differences in smoking in young people*. Brussels, Flemish Institute for Health Promotion, 2002: 15–32.
16. Nic Gabhainn S, François Y. Substance use. In: Currie C et al., eds. *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000:97–114 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 1; <http://www.who.dk/document/e67880.pdf>, accessed 20 January 2004).
17. Hublet A, Maes L. Exploring gender differences in smoking among adolescents using the HBSC database. In: Lambert M et al. *Gender differences in smoking in young people*. Brussels, Flemish Institute for Health Promotion, 2002:33–54.
18. Pampel FC. Cigarette diffusion and sex differences in smoking. *Journal of Health and Social Behavior*, 2001, 42:388–404.
19. Sasco AJ. Evolution of smoking among women in Europe. In: Lang P, Greiser E, eds. *European symposium on smoking and pregnancy – The chance for action. Proceedings*. Bremen, Bremen Institute for Prevention Research and Social Action (BIPS), 1999:13–22.
20. Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG. *Monitoring the future national results on adolescent drug use: overview of key findings, 2001*. Bethesda, MD, National Institute on Drug Abuse, 2002 (NIH Publication No. 02-5105).
21. Trends in cigarette smoking among high school students United States, 1991–2001. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2002, 51(19):409–412.
22. Eccles J, Gootman JA, eds. *Community programs to promote youth development. Committee on community-level programs for youth*. Washington, DC, National Academy Press 2002.
23. Kendrick JS, Merritt RK. Women and smoking: an update for the 1990s. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1996, 175(3):528–535.
24. *Women and smoking: a report of the Surgeon General*. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2002 ([http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr\\_for\\_women/Executive\\_Summary.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_for_women/Executive_Summary.htm), accessed 20 January 2004).

# **El consumo de alcohol – *Holger Schmid y Saoirse Nic Gabhainn***

## **Introducción**

El consumo de alcohol forma parte de las culturas de la mayoría de los 35 países y regiones que participan en el estudio HBSC; en 1996, el consumo anual per cápita de alcohol superó los 10 litros en aproximadamente la mitad de ellos (1). Para los jóvenes que viven en estos países y regiones, los adultos, los compañeros, los hermanos de más edad y los medios de comunicación de masas proporcionan unos importantes modelos de rol en materia de consumo de alcohol (2). Además de estar influenciado por diversos factores sociales, los adolescentes también seleccionan activamente las actividades, como, por ejemplo, el consumo de alcohol, sobre la base de sus creencias y sus objetivos personales, así como de sus características familiares y sociales. La comprensión de la función del alcohol para el individuo puede contribuir a explicar cómo éste se adapta a las vidas de los jóvenes (3).

El alcohol puede representar uno de los privilegios deseados de la edad adulta y su consumo puede hacer que los jóvenes se sientan y parezcan más mayores. Los jóvenes pueden considerar el consumo de alcohol como un medio para incrementar la autonomía y lograr la independencia de los padres o los custodios. En el grupo de compañeros, el alcohol puede facilitar la interacción y la relación con nuevos amigos, aumentar la popularidad percibida o afectar a la imagen de los jóvenes entre sus compañeros. El alcohol puede asimismo contribuir a la eliminación de tensiones en los jóvenes y proporcionar un medio para hacer frente a una variedad de demandas percibidas. Los atractivos inmediatos del alcohol son más importantes para los jóvenes que sus consecuencias a largo plazo, o incluso a corto plazo. Por ejemplo, la publicidad comercial asocia el alcohol con una variedad de beneficios que resultan atractivos para los jóvenes, con inclusión de la camaradería social, la masculinidad, la atracción sexual, los romances, las escapadas y las aventuras. Rara vez las imágenes de los medios de comunicación dirigidas a los jóvenes muestran alguna de las consecuencias negativas del consumo de alcohol, como, por ejemplo, las molestias, las resacas, los accidentes y la violencia (4).

Los resultados sanitarios adversos derivados del consumo de alcohol están generalizados entre los jóvenes, y muchos fallecimientos relacionados con el alcohol se producen a una edad relativamente temprana de la vida (5). Dichos resultados adversos incluyen asimismo las lesiones intencionadas y accidentales, que están ambas asociadas a modelos de consumo de alcohol. Las consecuencias sociales negativas incluyen el absentismo escolar, el retraso académico, la actividad sexual no prevista ni protegida, las peleas con los amigos, la conducta destructiva y los problemas con la policía (6, 7). No obstante, tal y como ha subrayado la OMS (1), gran parte de las pruebas científicas disponibles sobre el consumo de alcohol y sus consecuencias no es muy sólida, y está basada en encuestas pequeñas o en estudios de carácter anecdótico o descriptivo.

Esta sección proporciona una descripción básica del consumo de alcohol en una amplia muestra representativa de los jóvenes de muchos países, por grupos de edad y de género.

## Métodos

La encuesta HBSC 2001 / 2002 preguntó a los jóvenes cuántas veces a la semana consumían alcohol, con qué frecuencia consumían una gama de bebidas alcohólicas, y cuántas veces, en caso afirmativo, habían experimentado episodios de embriaguez. Además, se preguntó a los jóvenes a qué edad habían comenzado a beber alcohol y a qué edad experimentaron su primer episodio de embriaguez. Las anteriores encuestas HBSC utilizaron los tres primeros puntos temáticos citados (8).

Los siguientes puntos temáticos medían la frecuencia del consumo: *¿Cuántas veces a la semana consumes normalmente cualquier bebida alcohólica?* Las categorías de respuesta fueron: *Nunca, Menos de una vez a la semana, Una vez a la semana, 2 – 4 días a la semana, 5 – 6 días a la semana, Una vez al día, todos los días, Todos los días, más de una vez.* Estas preguntas fueron incluidas en una lista de puntos temáticos sobre la frecuencia de consumo de diversos alimentos y bebidas. El consumo semanal de alcohol se define como la comunicación de consumo de alcohol una vez a la semana o más.

Tres preguntas trataban la frecuencia del consumo de cerveza, vino y licores: *En la actualidad, ¿con qué frecuencia consumes alguna bebida alcohólica, como cerveza, vino o licores? Trata de incluir incluso aquellas ocasiones en las que sólo bebes una pequeña cantidad.* Las categorías de respuesta fueron: *Todos los días, Todas las semanas, Todos los meses, Rara vez, Nunca.*

Cuando existen otras bebidas alcohólicas disponibles destinadas a los jóvenes (tales como los refrescos combinados con una pequeña cantidad de alcohol, la cerveza fuerte o la sidra), algunos países y regiones han incluido puntos temáticos adicionales sobre los tipos de bebidas en la lista de sus cuestionarios. Puesto que la gama de tipos de alcohol es extremadamente amplia, el análisis que se presenta aquí se limita a las tres categorías o tipos dominantes incluidos en las preguntas realizadas en todos los países y regiones.

Los datos relativos a los episodios de embriaguez fueron obtenidos mediante la pregunta: *¿Has consumido alguna vez tanto alcohol que estuvieras realmente borracho?* Las categorías de respuesta fueron: *No, nunca, Sí, una vez, Sí, 2 – 3 veces, Sí, 4 – 10 veces, Sí, más de 10 veces.* Esta pregunta proporciona una medición del consumo excesivo de alcohol.

Se introdujo una nueva pregunta que trataba el consumo tanto de alcohol como de tabaco, evaluaba la edad de inicio del consumo de tabaco y la edad en la que se experimentaba el primer episodio de embriaguez. *¿A qué edad hiciste por primera vez las siguientes acciones:...beber alcohol (más de una cantidad pequeña), emborracharte?* Las categorías de respuesta fueron: *Nunca, Yo tenía ... años.* La pregunta fue añadida a la encuesta 2001 / 2002 porque cuanto más temprana es la edad de inicio del consumo de alcohol, más probabilidades tiene la persona de establecer un modelo de estilo de vida que incluya dicho consumo, por lo que existirá un riesgo más elevado de resultados sanitarios negativos asociados (9).

## Resultados

### Frecuencia del consumo de alcohol

Los datos sobre consumo semanal de alcohol se presentan como un indicador del consumo habitual de alcohol. En todos los países, el 5% de los jóvenes de 11 años, el 12% de los jóvenes de 13 años, y el 29% de los jóvenes de 15 años comunicaron un consumo habitual de alcohol (Figura 3.8).

Sin embargo, las diferencias geográficas son significativas. Los porcentajes de consumo semanal de alcohol entre los jóvenes de 11 años son más elevados en Israel e Italia y más bajos en Finlandia, Groenlandia, Noruega y Portugal. En una tercera parte de los países y regiones, los porcentajes de consumo semanal de alcohol no superan el 5%. En todos los grupos de edad, Inglaterra y Gales tienden a presentar los porcentajes más elevados, pero la clasificación de los países y regiones puede variar con la edad. Por ejemplo, Malta y Holanda presentan unos porcentajes elevados de consumo habitual de alcohol en los jóvenes de 13 y 15 años, mientras que los porcentajes en Israel no aumentan con la edad. Los porcentajes de consumo semanal para los jóvenes de 15 años son superiores al 50% en Inglaterra, Holanda y Gales, pero son inferiores al 17% en Finlandia, Francia, Letonia, Portugal y Estados Unidos.

Los chicos tienen más probabilidades que las chicas de beber alcohol de forma habitual. Al contrario que los porcentajes de consumo de tabaco, este modelo aparece en los tres grupos de edad y en todos los países y regiones, salvo en el caso de los jóvenes de 13 años de Finlandia y los jóvenes de 13 años de Groenlandia. La diferencia de género parece aumentar con la edad, pero su magnitud varía entre los países y regiones. Las diferencias de género en materia de consumo habitual de alcohol son significativas en países tales como Grecia, Italia y Polonia, pero tienen carácter menor en Austria, Finlandia, Noruega, Escocia y Gales.

### Frecuencia del consumo de cerveza, vino y licores

Los jóvenes muestran una preferencia clara por determinados tipos de bebidas (Figuras 3.9 – 3.11). La cerveza domina en gran medida el consumo de alcohol (10, 11), aunque algunos países comunican que las bebidas premezcladas o refrescos con alcohol de nuevo diseño son más populares entre las chicas (12). La mayoría de las cervezas presentan un contenido de alcohol del 4% - 6%, aunque algunas cervezas tienen menos alcohol, no tienen alcohol o tienen un contenido de alcohol de hasta el 14%. Los jóvenes presentan menos probabilidades de beber vino, que generalmente tienen un contenido de alcohol del 10% - 14%. Los licores destilados pueden variar su nivel de forma considerable, pero generalmente contienen más del 35% de alcohol puro.

En la mayoría de los países y regiones, los tres grupos de edad prefieren beber cerveza a vino. Tal y como se esperaba, el consumo de alcohol aumenta con la edad (Tabla 3.4).

Entre los jóvenes de 15 años, los chicos comunicaron un consumo frecuente de más de un tipo de bebida alcohólica en, por ejemplo, Dinamarca, Inglaterra, Hungría, Italia y Malta. Los chicos comunicaron un consumo frecuente de los tres tipos de bebidas alcohólicas en Inglaterra y Malta, de cerveza y licores en Dinamarca, y de vino y licores en Hungría e Italia. El consumo de licores por parte de los chicos es más elevado cuando existen

porcentajes elevados de consumo frecuente de cerveza y / o de vino (Coeficiente de correlación de Pearson,  $r = 0,64$ ).

Una panorámica similar se dibuja para las chicas de 15 años, en las que el consumo frecuente de más de un tipo de bebida alcohólica está más generalizado en Dinamarca, Inglaterra y Malta. Las chicas beben con frecuencia vino y licores en Inglaterra y Malta, y cerveza y licores en Dinamarca. Al igual que los chicos, las chicas tienden a beber licores cuando el consumo habitual comunicado de cerveza y / o vino también es elevado (Coeficiente de correlación de Pearson,  $r = 0,38$ ).

### **Frecuencia de los episodios de embriaguez**

Puesto que los jóvenes que se han emborrachado más de una vez, presentan un riesgo más elevado de resultados sanitarios negativos, se presentan aquí los porcentajes de los jóvenes que comunicaron haberse emborrachado dos o más veces. Éste es también el punto de corte aplicado con mayor frecuencia en la literatura científica relevante (10).

**Tabla 3.4. Consumo semanal de cerveza, vino y licores (%)**

<b>Bebida</b>	<b>Consumo de alcohol (%)</b>		
	<b>Jóvenes de 11 años</b>	<b>Jóvenes de 13 años</b>	<b>Jóvenes de 15 años</b>
Cerveza	2,4	6,6	18,3
Vino	1,8	3,6	7,2
Licores	1,1	3,8	11,0

**Figura 3.8: Jóvenes que consumen cualquier bebida alcohólica una vez a la semana (%)**

PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 11 AÑOS		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 13 AÑOS		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 15 AÑOS	
	CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS
ITALIA	8,5	18,7	INGLATERRA	24,8	34,0	GALES	54,4	58,0
ISRAEL	8,5	18,0	GALES	24,0	32,1	INGLATERRA	48,6	55,9
INGLATERRA	8,1	13,9	ITALIA	15,5	31,5	HOLANDA	47,3	55,6
GALES	7,4	11,6	HOLANDA	18,0	23,0	MALTA	39,8	55,8
BÉLGICA (región francesa)	6,3	10,5	MALTA	18,1	21,0	DINAMARCA	43,6	49,7
GRECIA	3,2	10,7	ESCOCIA	18,8	19,3	ESCOCIA	42,0	44,3
ARY MACEDONIA	4,9	7,8	FEDERACIÓN RUSA	13,2	20,7	ALEMANIA	33,3	45,7
UCRANIA	3,1	9,3	ISRAEL	9,8	20,0	BÉLGICA (región flamenca)	33,6	44,7
ESCOCIA	4,1	7,9	ALEMANIA	11,4	15,0	ITALIA	28,1	48,3
ESLOVENIA	2,5	9,2	BÉLGICA (región flamenca)	9,2	15,4	AUSTRIA	33,1	35,9
HOLANDA	2,8	9,1	BÉLGICA (región francesa)	8,3	16,1	ESLOVENIA	26,4	41,5
MALTA	3,2	9,1	POLONIA	7,5	15,8	SUIZA	27,6	39,1
HUNGRÍA	2,2	8,3	GRECIA	8,1	15,1	CROACIA	24,8	35,9
ESTONIA	2,8	6,5	CANADÁ	9,0	14,1	REPÚBLICA CHECA	25,8	32,3
REPÚBLICA CHECA	2,6	6,2	DINAMARCA	7,5	15,2	BÉLGICA (región francesa)	22,4	35,6
FEDERACIÓN RUSA	2,3	6,6	UCRANIA	7,8	13,7	ESPAÑA	25,3	31,7
POLONIA	1,5	6,8	CROACIA	5,8	15,0	CANADÁ	22,7	33,6
CROACIA	2,4	5,7	SUECIA	8,0	11,8	GRECIA	18,2	37,5
BÉLGICA (región flamenca)	2,5	5,8	REPÚBLICA CHECA	6,3	13,7	HUNGRÍA	18,7	33,7
FRANCIA	1,9	6,1	ESTONIA	7,6	12,1	UCRANIA	18,7	28,8
SUECIA	1,8	6,0	SUIZA	5,7	12,8	ESTONIA	18,1	29,7
CANADÁ	2,3	5,4	ESLOVENIA	4,6	13,1	FEDERACIÓN RUSA	16,8	27,6
IRLANDA	2,2	4,9	PORTUGAL	4,2	13,1	SUECIA	16,8	23,2
ESTADOS UNIDOS	3,2	3,9	LETONIA	5,5	10,7	NORUEGA	19,2	20,3
ALEMANIA	1,9	4,8	HUNGRÍA	4,9	11,3	POLONIA	10,1	29,0
ESPAÑA	1,6	4,7	ESTADOS UNIDOS	6,7	8,9	GROENLANDIA	11,2	29,2
AUSTRIA	1,4	4,6	FINLANDIA	7,4	7,3	ARY MACEDONIA	10,8	26,2
DINAMARCA	1,7	4,0	NORUEGA	5,6	8,1	ISRAEL	12,9	24,5
LETONIA	1,0	3,7	ESPAÑA	3,5	10,1	IRLANDA	15,7	20,2
SUIZA	1,2	3,3	FRANCIA	4,6	8,6	FINLANDIA	15,5	18,1
NORUEGA	1,2	2,7	IRLANDA	5,6	7,3	FRANCIA	11,1	22,7
FINLANDIA	1,0	2,9	GROENLANDIA	7,6	4,8	LETONIA	14,6	19,4
PORTUGAL	0,3	2,6	AUSTRIA	3,9	8,1	ESTADOS UNIDOS	11,4	21,3
GROENLANDIA	0,7	0,9	ARY MACEDONIA	2,8	8,8	PORTUGAL	11,0	20,5
Promedio HBSC	3,0	7,3		9,2	15,3		23,9	34,3

Nota: No existen datos disponibles para Lituania.

**Figura 3.9: Jóvenes que consumen cerveza una vez a la semana (%)**

PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 11 AÑOS		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 13 AÑOS		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 15 AÑOS	
	CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS
ISRAEL	6,3	15,5	ITALIA	8,9	21,0	DINAMARCA	31,5	47,7
REPÚBLICA CHECA	4,0	9,3	REPÚBLICA CHECA	8,0	21,1	REPÚBLICA CHECA	23,1	36,9
INGLATERRA	3,1	10,0	GALES	7,5	19,4	GALES	14,5	43,1
UCRANIA	4,2	7,0	INGLATERRA	7,3	20,1	HOLANDA	17,5	39,6
ITALIA	1,9	7,8	FEDERACIÓN RUSA	10,0	16,5	ITALIA	20,5	35,1
MALTA	1,2	7,6	UCRANIA	7,0	16,7	UCRANIA	14,6	38,4
GALES	2,1	4,6	ISRAEL	7,0	17,2	ALEMANIA	18,8	33,8
FEDERACIÓN RUSA	1,9	4,2	MALTA	4,4	15,7	BÉLGICA (región flamenca)	17,9	33,2
GRECIA	1,5	3,8	GRECIA	3,8	11,6	INGLATERRA	12,8	39,7
HUNGRÍA	0,6	4,7	ALEMANIA	5,9	9,0	MALTA	10,7	40,1
LITUANIA	1,0	3,3	DINAMARCA	5,1	9,5	FEDERACIÓN RUSA	16,0	30,5
CANADÁ	0,7	3,5	LITUANIA	4,8	7,6	SUIZA	10,7	30,6
ESLOVENIA	0,6	3,4	CROACIA	3,8	8,2	GRECIA	13,0	28,9
ESTONIA	0,5	3,1	CANADÁ	4,4	7,7	BÉLGICA (región francesa)	15,5	25,9
CROACIA	0,4	2,9	ESTONIA	3,3	8,6	LITUANIA	10,2	26,7
ESCOCIA	0,4	2,8	LETONIA	3,6	8,1	AUSTRIA	9,8	25,1
AUSTRIA	0,5	2,8	BÉLGICA (región flamenca)	2,7	9,3	ESCOCIA	6,2	27,3
BÉLGICA (región flamenca)	0,9	2,1	POLONIA	3,6	7,5	HUNGRÍA	8,0	30,6
BÉLGICA (región francesa)	0,7	2,2	ESCOCIA	2,7	7,8	ESLOVENIA	5,1	26,9
POLONIA	0,5	2,5	HOLANDA	2,0	8,0	ESTONIA	6,5	26,8
LETONIA	0,8	2,0	HUNGRÍA	2,4	8,0	CANADÁ	9,9	24,3
ARY MACEDONIA	0,9	1,8	SUIZA	2,4	6,4	CROACIA	7,4	26,2
HOLANDA	0,0	2,9	ESLOVENIA	1,5	6,5	SUECIA	7,3	17,4
SUIZA	0,3	2,3	PORTUGAL	1,2	7,0	NORUEGA	11,0	12,8
DINAMARCA	0,8	1,6	BÉLGICA (región francesa)	1,7	5,9	POLONIA	6,7	17,6
FRANCIA	0,5	2,0	FINLANDIA	2,4	4,9	ISRAEL	7,3	17,0
IRLANDA	0,0	1,9	SUECIA	2,6	4,5	LETONIA	7,4	17,2
ALEMANIA	0,2	1,7	ESTADOS UNIDOS	2,5	4,8	ESTADOS UNIDOS	5,3	16,7
PORTUGAL	0,3	1,4	AUSTRIA	0,8	5,1	FRANCIA	6,5	14,4
ESPAÑA	0,2	1,6	FRANCIA	2,0	3,2	GROENLANDIA	6,0	15,5
SUECIA	0,1	1,7	ARY MACEDONIA	0,9	4,3	FINLANDIA	7,1	11,2
GROENLANDIA	0,7	0,9	ESPAÑA	0,3	3,8	ARY MACEDONIA	2,2	14,9
FINLANDIA	0,1	1,2	NORUEGA	1,6	2,5	ESPAÑA	3,6	13,8
NORUEGA	0,1	0,7	IRLANDA	0,7	2,8	PORTUGAL	5,4	11,0
ESTADOS UNIDOS	0,4	0,5	GROENLANDIA	1,1	1,3	IRLANDA	5,0	10,1
Promedio HBSC	1,1	3,7		4,0	9,4		11,2	26,0

**Figura 3.10: Jóvenes que consumen vino una vez a la semana (%)**

PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 11 AÑOS		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 13 AÑOS		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 15 AÑOS	
	CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS
ITALIA	4,1	12,5	ITALIA	8,0	18,6	MALTA	16,4	31,5
ISRAEL	3,2	9,1	MALTA	7,9	17,8	ITALIA	12,9	24,0
INGLATERRA	3,8	6,6	INGLATERRA	9,3	8,5	HUNGRÍA	10,2	26,3
MALTA	1,8	7,5	ISRAEL	4,9	10,4	CROACIA	11,8	19,5
HUNGRÍA	1,3	6,3	HUNGRÍA	2,7	8,9	ESLOVENIA	10,4	16,9
GALES	2,3	4,0	GALES	5,3	5,4	INGLATERRA	15,4	9,1
BÉLGICA (región francesa)	1,0	4,9	GRECIA	3,1	7,2	AUSTRIA	13,6	9,6
GRECIA	1,3	3,7	ESLOVENIA	3,1	6,8	REPÚBLICA CHECA	12,1	10,8
ESCOCIA	1,1	3,3	REPÚBLICA CHECA	3,3	6,4	GALES	14,4	6,0
CANADÁ	1,1	2,8	BÉLGICA (región francesa)	2,3	7,3	GRECIA	6,6	11,7
FRANCIA	0,9	2,5	CROACIA	2,4	5,6	BÉLGICA (región francesa)	6,0	12,1
UCRANIA	0,7	2,6	ESCOCIA	2,8	4,9	ISRAEL	5,6	11,1
REPÚBLICA CHECA	1,1	2,1	CANADÁ	3,1	4,5	ARY MACEDONIA	3,7	12,2
LETONIA	0,7	2,5	UCRANIA	3,6	3,5	UCRANIA	6,2	8,3
ESLOVENIA	0,8	1,9	ESTADOS UNIDOS	2,8	4,6	BÉLGICA (región flamenca)	6,9	7,3
ESTADOS UNIDOS	1,1	1,8	FEDERACIÓN RUSA	2,4	3,9	ESCOCIA	6,1	8,2
BÉLGICA (región flamenca)	0,5	2,2	ALEMANIA	2,3	3,3	ALEMANIA	8,2	5,7
CROACIA	0,7	1,8	BÉLGICA (región flamenca)	2,0	3,5	DINAMARCA	5,4	6,3
SUIZA	0,7	1,6	FRANCIA	2,0	3,2	SUIZA	4,3	7,2
ARY MACEDONIA	1,1	0,9	ARY MACEDONIA	0,9	4,0	ESTONIA	4,9	6,5
HOLANDA	0,4	1,5	AUSTRIA	1,8	2,8	ESPAÑA	3,7	7,8
POLONIA	0,3	1,4	POLONIA	1,7	2,4	FRANCIA	3,0	7,2
PORTUGAL	0,2	1,6	ESTONIA	1,1	2,9	ESTADOS UNIDOS	2,8	7,4
FEDERACIÓN RUSA	0,3	1,5	PORTUGAL	0,4	3,9	LETONIA	4,3	4,9
DINAMARCA	0,5	1,1	LITUANIA	1,5	2,3	HOLANDA	5,3	3,1
AUSTRIA	0,4	1,1	DINAMARCA	0,9	2,8	FEDERACIÓN RUSA	3,7	3,4
ESPAÑA	0,1	1,3	ESPAÑA	0,3	3,3	CANADÁ	2,4	4,9
ESTONIA	0,2	1,0	SUECIA	1,4	1,5	LITUANIA	3,3	3,1
ALEMANIA	0,4	0,9	SUIZA	0,7	2,4	SUECIA	3,2	2,5
IRLANDA	0,2	1,1	HOLANDA	1,0	1,3	GROENLANDIA	0,0	6,2
LITUANIA	0,2	0,8	FINLANDIA	0,7	1,4	POLONIA	1,1	4,4
GROENLANDIA	0,7	0,0	IRLANDA	0,7	1,3	PORTUGAL	1,7	3,5
FINLANDIA	0,1	0,5	LETONIA	0,7	1,1	IRLANDA	2,9	1,6
NORUEGA	0,0	0,6	NORUEGA	0,9	1,0	NORUEGA	2,3	2,1
SUECIA	0,1	0,6	GROENLANDIA	0,0	0,7	FINLANDIA	1,6	1,5
Promedio HBSC	0,9	2,7		2,6	4,7		6,2	8,3

**Figura 3.11: Jóvenes que consumen licores una vez a la semana (%)**

PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 11 AÑOS		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 13 AÑOS		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 15 AÑOS	
	CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS
INGLATERRA	4,7	6,5	INGLATERRA	18,5	15,8	MALTA	33,3	36,3
ISRAEL	1,5	5,8	ESCOCIA	14,0	12,2	INGLATERRA	36,4	29,0
ESCOCIA	2,7	4,1	MALTA	14,7	9,8	ESCOCIA	37,1	25,7
MALTA	1,8	2,1	CANADÁ	5,5	7,0	DINAMARCA	27,2	30,4
GALES	1,2	2,5	PORTUGAL	4,6	7,8	ITALIA	13,9	23,3
CROACIA	0,9	2,5	DINAMARCA	4,4	6,8	HUNGRÍA	14,0	23,0
HUNGRÍA	0,9	2,4	GALES	6,1	5,1	ESPAÑA	16,1	17,9
CANADÁ	0,7	2,4	GRECIA	2,8	8,5	GRECIA	11,0	21,3
ITALIA	0,7	2,3	ITALIA	3,2	7,3	CANADÁ	14,6	15,5
ESLOVENIA	0,6	2,2	ISRAEL	2,4	6,8	HOLANDA	10,7	15,9
GRECIA	0,2	2,4	ESTADOS UNIDOS	3,5	5,2	CROACIA	11,8	13,4
PORTUGAL	0,7	1,9	CROACIA	2,8	4,9	GALES	14,7	9,3
FRANCIA	0,5	1,0	ALEMANIA	2,8	5,0	PORTUGAL	10,2	12,2
GROENLANDIA	0,7	0,9	HUNGRÍA	2,0	6,0	ESLOVENIA	11,5	10,3
IRLANDA	0,4	1,1	SUECIA	3,0	3,4	ESTADOS UNIDOS	7,4	14,3
POLONIA	0,7	0,9	FEDERACIÓN RUSA	2,2	3,6	GROENLANDIA	3,9	18,2
UCRANIA	0,0	1,5	ESPAÑA	1,6	3,8	ALEMANIA	7,6	11,7
ESTADOS UNIDOS	0,7	1,0	GROENLANDIA	2,2	2,7	NORUEGA	9,1	9,2
BÉLGICA (región francesa)	0,1	1,2	IRLANDA	1,8	3,1	AUSTRIA	5,9	11,3
REPÚBLICA CHECA	0,0	1,4	UCRANIA	1,9	2,8	REPÚBLICA CHECA	6,5	10,6
ALEMANIA	0,0	1,3	ESLOVENIA	1,5	3,2	IRLANDA	8,1	8,0
ARY MACEDONIA	0,3	0,9	POLONIA	1,8	2,7	UCRANIA	3,8	12,3
ESPAÑA	0,1	1,1	AUSTRIA	1,2	3,1	SUIZA	4,5	11,0
AUSTRIA	0,3	0,8	BÉLGICA (región flamenca)	1,0	3,3	BÉLGICA (región flamenca)	5,5	9,8
DINAMARCA	0,7	0,4	HOLANDA	1,7	2,3	SUECIA	7,2	8,0
LETONIA	0,2	0,9	ESTONIA	1,1	2,5	ESTONIA	5,1	8,9
ESTONIA	0,0	0,7	REPÚBLICA CHECA	0,5	2,8	FRANCIA	4,9	8,3
FEDERACIÓN RUSA	0,2	0,8	FINLANDIA	1,2	1,5	ISRAEL	3,3	8,2
SUIZA	0,1	0,6	NORUEGA	1,2	1,5	ARY MACEDONIA	3,0	7,4
BÉLGICA (región flamenca)	0,1	0,6	SUIZA	0,7	2,1	LETONIA	4,2	4,5
HOLANDA	0,1	0,4	ARY MACEDONIA	0,7	1,9	LITUANIA	1,6	5,1
FINLANDIA	0,1	0,2	FRANCIA	0,8	1,4	POLONIA	1,1	5,2
LITUANIA	0,0	0,2	LETONIA	0,4	1,7	FEDERACIÓN RUSA	1,1	5,6
NORUEGA	0,0	0,2	LITUANIA	0,4	1,5	BÉLGICA (región francesa)	2,1	3,9
SUECIA	0,0	0,1	BÉLGICA (región francesa)	0,5	1,3	FINLANDIA	2,1	3,0
Promedio HBSC	0,6	1,6		3,1	4,5		9,7	12,4

En todos los países y regiones y en todos los grupos de edad, los chicos tienen más probabilidades que las chicas de comunicar haberse emborrachados o más veces (Figura 2.13). La diferencia de género es mayor entre los jóvenes de 15 años y menor entre los jóvenes de 11 años. En relación con los

jóvenes de 13 y 15 años, los porcentajes de episodios de embriaguez son más elevados en Dinamarca, Inglaterra, Groenlandia y Gales; Inglaterra y Gales presentan asimismo los porcentajes más elevados en los jóvenes de 11 años.

## **Inicio del consumo de alcohol y de los episodios de embriaguez**

Con el fin de maximizar la exactitud y la capacidad de comparación (por los mismos motivos expuestos para el inicio del consumo de tabaco – Ver sección anterior), el análisis de la edad de inicio del consumo de alcohol y de los episodios de embriaguez se limita a los jóvenes de 15 años.

De todos los jóvenes encuestados, el 20% de todos los chicos y el 22% de todas las chicas comunicaron que nunca habían bebido alcohol. Aquellos jóvenes que beben alcohol comunican hacerlo por primera vez como promedio a la edad de 12,3 años en el caso de los chicos (desviación tipificada de 2,3 años) y 12,9 años en el caso de las chicas (desviación tipificada de 1,9 años) (Figura 3.13). Los jóvenes comienzan a beber a una edad relativamente temprana en Austria, República Checa y Lituania, y cierto tiempo después en Finlandia, Groenlandia, Israel, Italia y la Federación Rusa. Cuanto más tardía es la edad media de inicio en un país o región, menos importante es la diferencia de género (Coeficiente de correlación de Pearson,  $r = -0,28$ ).

La edad media del inicio comunicado de los episodios de embriaguez es de 13,6 años para los chicos (desviación tipificada de 1,7 años) y de 13,9 años para las chicas (desviación tipificada de 1,2 años (Figura 13.3). Los jóvenes se emborrachan por primera vez a una edad relativamente temprana en Austria y Estados Unidos, y cierto tiempo después en Italia, Israel, Portugal y Ucrania. Al igual que en el caso del inicio del consumo de alcohol, los chicos comunican empezar antes que las chicas. Al contrario que los resultados relativos a la primera vez que bebieron alcohol –donde las diferencias de género tienden a ser más pequeñas en los países y regiones en los que se retrasa el inicio del consumo de alcohol-, no se ha detectado ningún modelo de este tipo en relación con el inicio de los episodios de embriaguez.

## **Debate**

Los datos reflejan una diferencia de género en relación con todas las variables sobre consumo de alcohol. Y lo que resulta interesante, las diferencias de género son más pequeñas en la edad de inicio del consumo de alcohol, pero son más elevadas en relación con el consumo semanal de alcohol y los episodios de embriaguez. A la edad de 15 años, los chicos presentan más probabilidades que las chicas de consumir alcohol habitualmente y con el objetivo de emborracharse. Más de una tercera parte de los jóvenes comunicó haberse emborrachado dos o más veces, y los chicos comunican más episodios de embriaguez que las chicas. La ingesta de licores juega un papel importante en el estudio de los efectos del alcohol y está asociado a conductas problemáticas en general (13, 14). La ingesta de licores es elevada en los países y las regiones que también comunican unos elevados porcentajes de consumo de todo tipo de bebidas alcohólicas. Por lo tanto, los jóvenes que comunican consumir licores no comunican necesariamente un consumo más bajo de vino o de cerveza.

El modelo de consumo de alcohol entre los jóvenes varía de forma considerable entre los países y las regiones, lo que refleja diferentes culturas en materia de bebidas alcohólicas. Por ejemplo, en Israel e Italia, los jóvenes comunican un inicio relativamente tardío del consumo de alcohol y de los episodios de embriaguez, pero el consumo habitual de alcohol está muy generalizado. Finlandia presenta unos elevados porcentajes de episodios de embriaguez comunicados y unos porcentajes reducidos de consumo semanal de alcohol, mientras que Italia presenta unos porcentajes reducidos de episodios de embriaguez y unos elevados porcentajes de consumo habitual de cerveza, vino y licores.

Los países y las regiones pueden ser agrupados de acuerdo con sus tradiciones en materia de consumo de alcohol (15). Un grupo incluiría los países del mar Mediterráneo que producen vino y son de religión predominantemente católica u ortodoxa (tales como Francia, Grecia, Italia y España). En estos países, los jóvenes de 15 años tienen un inicio relativamente tardío y un porcentaje reducido de episodios de embriaguez.

**Figura 3.12: Jóvenes que se han emborrachado dos o más veces (%)**

PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 11 AÑOS		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 13 AÑOS		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 15 AÑOS	
	CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS
INGLATERRA	6,4	10,7	INGLATERRA	27,5	29,9	DINAMARCA	64,8	67,7
GALES	5,1	9,7	GALES	27,1	29,9	GALES	60,3	58,3
UCRANIA	2,9	8,2	GROENLANDIA	23,1	25,6	GROENLANDIA	53,3	64,4
LITUANIA	2,1	8,0	DINAMARCA	16,4	24,5	INGLATERRA	54,9	55,1
GROENLANDIA	2,5	8,1	ESCOCIA	21,3	19,0	FINLANDIA	55,7	53,3
ESCOCIA	3,2	6,3	LITUANIA	14,4	24,6	UCRANIA	45,0	60,5
ISRAEL	1,3	7,3	FEDERACIÓN RUSA	15,9	23,8	ESCOCIA	51,8	51,9
FEDERACIÓN RUSA	2,3	5,8	UCRANIA	12,7	25,1	LITUANIA	42,2	56,7
ESLOVENIA	2,1	5,9	ESTONIA	12,7	24,7	ESTONIA	42,0	56,7
ESTONIA	2,0	5,2	FINLANDIA	18,5	18,1	CANADÁ	41,1	43,9
DINAMARCA	1,8	5,4	CANADÁ	13,6	15,1	NORUEGA	40,7	38,5
PORTUGAL	0,9	5,7	LETONIA	6,2	20,0	ALEMANIA	34,4	44,3
ITALIA	1,0	5,1	PORTUGAL	9,3	15,0	ESLOVENIA	33,7	44,3
LETONIA	1,3	4,6	ALEMANIA	10,3	12,9	SUECIA	38,1	39,8
POLONIA	1,2	4,2	POLONIA	8,5	14,5	AUSTRIA	34,9	37,8
BÉLGICA (región francesa)	1,8	3,4	ESLOVENIA	6,6	16,3	HUNGRÍA	26,3	47,3
CANADÁ	2,1	3,1	HUNGRÍA	6,8	13,1	FEDERACIÓN RUSA	29,4	39,1
BÉLGICA (región flamenca)	1,6	3,5	BÉLGICA (región flamenca)	6,3	12,3	REPÚBLICA CHECA	29,0	37,5
HUNGRÍA	1,4	3,7	MALTA	7,5	10,8	SUIZA	26,5	38,5
CROACIA	1,3	3,4	CROACIA	5,3	12,4	LETONIA	25,4	41,4
GRECIA	1,3	3,5	REPÚBLICA CHECA	6,3	11,9	IRLANDA	31,7	32,6
ALEMANIA	0,9	3,3	HOLANDA	7,0	10,7	BÉLGICA (región flamenca)	26,4	37,1
REPÚBLICA CHECA	0,9	2,7	SUECIA	8,4	9,0	POLONIA	22,7	40,0
IRLANDA	0,8	2,4	AUSTRIA	5,7	9,5	CROACIA	21,4	38,0
SUIZA	0,4	2,6	IRLANDA	6,2	9,2	HOLANDA	21,5	35,3
AUSTRIA	0,4	2,4	GRECIA	4,9	10,2	BÉLGICA (región francesa)	23,8	32,0
FRANCIA	0,4	2,5	ISRAEL	4,5	11,3	ESTADOS UNIDOS	22,7	30,4
HOLANDA	0,8	2,2	BÉLGICA (región francesa)	5,3	8,5	ESPAÑA	25,9	24,7
ESTADOS UNIDOS	1,2	1,6	ESTADOS UNIDOS	6,8	6,6	PORTUGAL	18,9	25,5
FINLANDIA	1,0	1,6	NORUEGA	6,5	6,7	MALTA	17,7	25,1
MALTA	0,6	2,4	SUIZA	4,9	8,4	GRECIA	16,9	23,4
ARY MACEDONIA	0,2	2,2	ITALIA	5,2	7,4	ITALIA	16,8	22,8
NORUEGA	0,3	1,0	ESPAÑA	3,2	6,0	FRANCIA	15,0	22,2
ESPAÑA	0,3	0,9	FRANCIA	3,1	4,8	ISRAEL	10,5	21,1
SUECIA	0,3	0,7	ARY MACEDONIA	1,1	5,2	ARY MACEDONIA	5,9	16,9
Promedio HBSC	1,5	4,3		9,7	14,5		31,4	39,8

**Figura 3.13: Edad de inicio del consumo de alcohol y del primer episodio de embriaguez en los jóvenes de 15 años (años)**

PAÍS / REGIÓN	PRIMERA BEBIDA ALCOHÓLICA		PAÍS / REGIÓN	PRIMER EPISODIO DE EMBRIAGUEZ	
ISRAEL	13,8	13,1	ISRAEL	14,7	14,2
ITALIA	13,7	13,2	ITALIA	14,5	14,1
GROENLANDIA	13,6	13,1	UCRANIA	14,6	13,9
FEDERACIÓN RUSA	13,5	13,0	PORTUGAL	14,3	14,2
FINLANDIA	13,3	13,2	HUNGRÍA	14,2	14,0
ESPAÑA	13,4	13,0	ESPAÑA	14,1	14,0
NORUEGA	13,4	13,0	GRECIA	14,3	13,9
UCRANIA	13,4	12,9	ARY MACEDONIA	14,2	13,9
LETONIA	13,5	12,7	FEDERACIÓN RUSA	14,2	13,8
ESLOVENIA	13,4	12,8	MALTA	14,2	13,8
IRLANDA	13,2	12,5	SUIZA	14,1	14,0
SUECIA	13,2	12,7	HOLANDA	14,1	13,8
SUIZA	13,1	12,7	GROENLANDIA	14,2	13,5
CANADÁ	13,1	12,7	ESLOVENIA	14,0	13,8
ALEMANIA	12,9	12,8	POLONIA	14,2	13,6
MALTA	13,0	12,6	LETONIA	14,1	13,6
HOLANDA	13,0	12,6	ALEMANIA	13,9	13,7
GRECIA	13,2	12,2	NORUEGA	13,8	13,7
FRANCIA	12,9	12,3	IRLANDA	13,9	13,5
PORTUGAL	12,9	12,3	CANADÁ	13,9	13,5
ESTADOS UNIDOS	13,2	11,8	FRANCIA	13,8	13,5
HUNGRÍA	12,9	12,1	BÉLGICA (región flamenca)	13,8	13,5
CROACIA	12,9	12,0	REPÚBLICA CHECA	13,7	13,4
ESCOCIA	12,5	12,5	GALES	13,8	13,4
INGLATERRA	12,6	12,4	ESTONIA	13,9	13,3
ESTONIA	12,9	12,1	DINAMARCA	13,6	13,5
ARY MACEDONIA	13,1	11,9	FINLANDIA	13,6	13,5
DINAMARCA	12,8	12,0	SUECIA	13,6	13,5
POLONIA	12,8	11,9	CROACIA	13,9	13,2
GALES	12,5	12,1	BÉLGICA (región francesa)	13,7	13,4
BÉLGICA (región francesa)	12,4	12,0	LITUANIA	14,0	13,2
BÉLGICA (región flamenca)	12,5	11,8	INGLATERRA	13,5	13,4
LITUANIA	12,6	11,6	ESCOCIA	13,4	13,5
AUSTRIA	12,0	11,8	AUSTRIA	13,4	13,1
REPÚBLICA CHECA	11,8	10,9	ESTADOS UNIDOS	13,8	12,7
Promedio HBSC	12,9	12,3		13,9	13,6

Otro grupo de países (tales como Dinamarca, Finlandia, Noruega y Suecia) se puede definir como representativo de la tradición nórdica de consumo de alcohol, y muestra unos porcentajes reducidos de consumo de vino. En algunos de estos países, los episodios de embriaguez comienzan a una edad relativamente temprana (Dinamarca, Finlandia y Suecia) y están ampliamente difundidos entre los jóvenes (en especial, en Dinamarca).

Los países de la mitad oriental de la Región Europa (tales como la República Checa, Hungría, la Federación Rusa y los estados bálticos) tienden a presentar un consumo de alcohol más orientado hacia los licores entre los adultos, pero los resultados no muestran unos porcentajes ni particularmente elevados ni especialmente bajos de consumo habitual o de episodios de embriaguez entre los jóvenes. Al contrario que la población adulta de estos países, la ingesta de licores entre los jóvenes de 15 años es relativamente reducida (1).

Los países de Europa occidental (tales como Bélgica, Inglaterra, Alemania, Irlanda, Holanda, Escocia y Gales) muestran un inicio relativamente temprano de los episodios de embriaguez y unos elevados porcentajes de jóvenes de 15 años que consumen alcohol de forma semanal y que son bebedores habituales de cerveza.

El alcohol es una droga psicoactiva que tiende a presentar connotaciones positivas para los jóvenes y que juega un papel esencial en la etiología de importantes efectos adversos para su salud. Cuando el objetivo del consumo de alcohol es emborracharse y el resultado es una intoxicación, se pueden producir daños para la salud. La intoxicación alcohólica provoca la pérdida del control motriz y del juicio crítico, así como unos niveles reducidos de inhibición. Entre los adolescentes más jóvenes, los efectos de este tipo se pueden presentar incluso cuando la cantidad consumida es relativamente pequeña (16, 17).

La elevada prevalencia del consumo perjudicial de alcohol y las importantes diferencias en las culturas de consumo de alcohol de los diferentes países representan un reto para los profesionales sanitarios a la hora de aplicar unos programas globales de educación, tratamiento y regulación, tal y como promueve la OMS (1), y sugieren que dichos programas se deben adaptar de forma específica a las necesidades de cada país. Los jóvenes deben adquirir de forma urgente una mayor concienciación sobre los potenciales efectos negativos del consumo de alcohol (18). Además de las actividades educativas y de promoción de la salud en materia de alcohol que están dirigidas directamente a los jóvenes y que generalmente están basadas en los centros escolares, las comunidades locales y los centros sanitarios locales, también se deben tomar en consideración otros ámbitos que afectan al consumo de alcohol de los jóvenes: por ejemplo, la familia. Los resultados de un estudio longitudinal con un ámbito de más de 30 años indican que los jóvenes con una participación familiar sólida parecen estar protegidos frente al desarrollo de problemas conductuales en la edad adulta (19). Algunos expertos han propuesto transferir los principios de programas tales como la iniciativa "Consumo Sensato de Alcohol" ("Sensible Drinking") (20) a los jóvenes y crear los principios para hacer frente a los denominados riesgos sensibles (21). Por otra parte, el impacto de aprender a consumir alcohol de forma sensata (por ejemplo, dentro del contexto familiar) no resulta claro (19). No obstante, el efecto de hacer que los jóvenes sean más competentes para gestionar los

riesgos generales, y de forma específica, los riesgos del consumo de alcohol, debe ser revisado y evaluado de forma crítica.

Los programas de prevención basados en los centros escolares, la formación de capacidades y las intervenciones de corta duración parecen generar unos efectos prometedores, sobre todo cuando se combinan con intervenciones comunitarias. Las campañas en los medios de comunicación, las restricciones de la publicidad y la regulación de la disponibilidad de alcohol para los jóvenes a través de una política sobre puntos de venta minorista (que regulen su número, su horario de apertura, la formación de la dirección y del personal, etc.) deben ser tomadas en consideración por los gobiernos de los países que todavía no han puesto en marcha estas políticas. Las consideraciones legislativas que pueden formar parte de la política de prevención son los sistemas para otorgar licencias de producción y venta de alcohol, el uso de etiquetas de advertencia de riesgos sanitarios en las bebidas, y quizás lo que es más importante para los jóvenes bebedores sensibles a los precios, los impuestos sobre el alcohol.

## Bibliografía

1. *Global status report on alcohol*. Geneva, World Health Organization, 1999 (WHO/HSC/SAB/ 99.11).
2. Petraitis J et al. Illicit substance use among adolescents: a matrix of prospective predictors. *Substance Use & Misuse*, 1998, 33(13):2561–2604.
3. Schulenberg JE, Maggs JL. A developmental perspective on alcohol use and heavy drinking during adolescence and the transition to young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol*, 2002, 14(Suppl.): 54–70.
4. Atkin CK. Effects of media alcohol messages on adolescent audiences. In: Comstock GA, ed. *Adolescent medicine: state of the art review*. Philadelphia, Hanley and Belfus, 1993.
5. Murray CJL, Lopez A. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: global burden of disease study. *Lancet*, 1997, 349(9064):1436–1442.
6. Perkins HW. Social norms and the prevention of alcohol misuse in collegiate contexts. *Journal of Studies on Alcohol*, 2002, 14(Suppl.):164–172.
7. Wechsler H et al. Health and behavioural consequences of binge drinking in college – A national survey of students at 140 campuses. *JAMA*, 1994, 272:1671–1677.
8. King A et al. *The health of youth: a cross-national survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (WHO Regional Publications, European Series No. 69; [http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911\\_53](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_53), accessed 28 January 2004).
9. Hawkins JD et al. Exploring the effects of age of alcohol use initiation and psychosocial risk factors on subsequent alcohol misuse. *Journal of Studies on Alcohol*, 1997, 58(3):280–290.
10. Nic Gabhainn S, François Y. Substance use. In: Currie C et al., eds. *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000:97–114 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 1; <http://www.who.dk/document/e67880.pdf>, accessed 20 January 2004).
11. Hibell B et al. *The ESPAD report – Alcohol and other drugs among students in 30 European countries*. Stockholm, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, Pompidou Group, Council of Europe, 2000.
12. Janin Jacquat B, François Y, Schmid H. Konsum psychoaktiver Substanzen. In: Schmid H, Kuntsche EN, Delgrande M, eds. *Anpassen, ausweichen, aufl ehnen? Fakten und Hintergründe zur psychosozialen Gesundheit und zum Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern*. Bern, Haupt, 2001:347–391.
13. Smart RG, Walsh GW. Do some types of alcoholic beverages lead to more problems for adolescents? *Journal of Studies on Alcohol*, 1995, 56:35–38.

14. Kilty KM. Drinking styles of adolescents and young adults. *Journal of Studies on Alcohol*, 1990, 51: 556–564.
15. Bloomfield K, Ahlström S et al. Alcohol consumption and alcohol problems among women in European countries. A European Union Biomed-II concerted action. Berlin, Institute for Medical Informatics, Biostatistics and Epidemiology, Free University Berlin, 1999.
16. Midanik LT. Drunkenness, feeling the effects and 5+ measures. *Addiction*, 1999, 94(6):887–897.
17. Windle M, Shope JT, Bukstein O. Alcohol use. In: DiClemente RJ, Hansen WB, Ponton LE, eds. *Handbook of adolescent health-risk behaviour*. New York, Plenum Press, 1996:115–160.
18. Murgraff V, Parrott A, Bennett P. Risky single-occasion drinking amongst young people – Definition, correlates, policy, and intervention: a broad overview of research findings. *Alcohol and Alcoholism*, 1999, 34(1):3–14.
19. Ensminger ME, Juon HS. Transition to adulthood among high-risk youth. In: Jessor J, eds. *New perspectives on adolescent risk behavior*. Cambridge, Cambridge University Press, 1998.
20. *Sensible drinking. The report of an inter-departmental working group*. London, United Kingdom Department of Health, 1995.
21. Franzkowiak P. Zwischen Abstinenz und Risikobegleitung – Präventionsstrategien im Wandel. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA, eds. *Drogenkonsum in der Partyszene: Entwicklungen und aktueller Kenntnisstand*. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA, 2002:107–124.

# **El consumo de cannabis – *Tom ter Bogt, Anastasios Fotiou y Saoirse Nic Gabhainn***

## **Introducción**

Tanto para adultos como para adolescentes, el cannabis es la sustancia más consumida después del alcohol y el tabaco, a pesar de la ilegalidad de su consumo en la mayoría de países y regiones HBSC (1, 2). El consumo de cannabis aumentó en la Región Europea durante la década de 1990. Por ejemplo, desde 1995 y 1999, el consumo de cannabis sólo disminuyó en 3 de los 21 países participantes en el Estudio del Proyecto Europeo de Encuesta Escolar sobre Alcohol y Otras Drogas (“European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs” – ESPAD). En 14 países, las cifras para 1999 fueron más elevadas que en 1995, y en ocasiones se han duplicado durante dicho período. No obstante, el momento de la vida y el consumo actual varían ampliamente. La prevalencia a lo largo de la vida es un 30% superior en el grupo meta ESPAD de los jóvenes de 15 años en algunos países, pero es inferior al 10% en otros lugares. En general, los chicos presentan más probabilidades que las chicas de comunicar haber experimentado y consumir actualmente cannabis (1). En Estados Unidos, aproximadamente la mitad de los jóvenes escolares de mayor edad de la educación secundaria comunicó haber probado el cannabis y una tercera parte comunicó haberlo consumido durante el mes anterior. El consumo de cannabis en Estados Unidos alcanzó un máximo en la década de 1970, disminuyó durante la década de 1980 y comenzó a aumentar de nuevo en la década de 1990 (2).

Estos datos sugieren que el incremento de la experimentación con cannabis está generalizado en el mundo industrializado. Tanto en la Región Europea como en Estados Unidos, este incremento puede ser parte de una tendencia más amplia hacia el crecimiento del consumo de drogas ilegales. Los jóvenes comunican consumir más drogas y empezar a hacerlo a una edad más temprana (1, 2).

Los adolescentes están sujetos a influencias contradictorias en relación con el consumo de cannabis. Por una parte, el cannabis es presentado como una amenaza para la salud y la estabilidad mental, e incluso como una puerta para el consumo de drogas más duras. Por otra, se presenta con el glamour de ser una de las drogas utilizadas por las estrellas de la música y otros modelos de rol que gozan de popularidad. Al proporcionar asesoramiento sobre los potenciales efectos perjudiciales del cannabis, los padres y los profesores pueden ejercer una influencia sobre el consumo de esta droga (3). No obstante, al igual que en el caso del consumo de alcohol y de tabaco, los jóvenes pueden ver la experimentación con cannabis como una parte del proceso de convertirse en adulto: un intento de confirmar el estatus de adulto (4).

Aunque los padres, otros modelos de rol, las medidas políticas y las campañas en los medios de comunicación ejercen una influencia en cierta medida sobre las actitudes frente al consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales (3), el valor de predicción más sólido para el consumo individual de drogas es el consumo percibido de drogas en el grupo de compañeros. Los jóvenes pueden buscar amigos que compartan sus actitudes, reforzando de este modo sus propias opiniones y su propia conducta (5). Los

compañeros configuran el modelo de consumo de drogas, las normas, las actitudes y los valores, y proporcionan oportunidades y respaldo con respecto al consumo de drogas. La atribución de consumo de drogas a los amigos normaliza la idea y fomenta su consumo por parte de los jóvenes (6 – 8). Para algunos adolescentes, el consumo de drogas puede ser un intento de señalar un estatus independiente y similar a los adultos, aunque también es una reafirmación de un sentimiento de alienación frente al mundo adulto. Los jóvenes pueden percibir su consumo como un aspecto esencial de la resistencia de la cultura de los compañeros frente al mundo de las personas adultas.

El consumo ocasional de cannabis parece ser la norma entre una minoría sustancial de jóvenes en la Región Europea y Norteamérica. Diversos estudios alegan que este modelo de consumo no es necesariamente perjudicial, al menos socialmente. Existen pruebas científicas que sugieren que los adolescentes que consumen alcohol o cannabis en dosis modestas están más adaptados y cuentan con mejores capacidades sociales que los que no consumen sustancias psicoactivas o los que presentan un elevado consumo de estas sustancias (10, 11).

Sin embargo, la distinción entre consumo ocasional y consumo frecuente de cannabis resulta importante. El consumo frecuente de drogas a una edad temprana es un valor de predicción del abandono del centro escolar, de la práctica del sexo sin protección y de la implicación en conductas vinculadas a la delincuencia (12). El consumo de cannabis por sí mismo no ocasiona necesariamente estos problemas. El consumo elevado está asociado a problemas escolares, depresión, mala salud física, asunción de riesgos y desviaciones de la conducta (13). Los estudios recientes ofrecen pruebas científicas convergentes de que el consumo de cannabis provoca psicosis y depresión, en especial, en las personas con tendencia a padecer estos trastornos (14 – 18).

## Métodos

Puesto que el consumo de cannabis resulta infrecuente en niños/as y jóvenes adolescentes, sólo se preguntó a los jóvenes de 15 años acerca de sus experiencias al respecto.

Dos cuestiones servían para preguntar a los jóvenes acerca de si habían consumido cannabis alguna vez, y en caso afirmativo, con qué frecuencia a lo largo del último año.

- *¿Has consumido cannabis alguna vez en tu vida?*
- *¿Has consumido alguna vez cannabis en los últimos 12 meses?*

Las categorías de respuestas para ambas preguntas fueron: *Nunca, Una o dos veces, De 3 a 5 veces, De 6 a 9 veces, De 10 a 19 veces, De 20 a 39 veces, Más de 39 veces.*

Algunos jóvenes han experimentado una o pocas veces con el cannabis y después lo han dejado, mientras que otros lo consumen de forma habitual. Existen consumidores de tiempo de ocio y consumidores frecuentes que componen un grupo más reducido. Se identificaron cuatro grupos entre los

jóvenes que comunicaron haber consumido cannabis al menos una vez en su vida, sobre la base del número de veces que lo habían consumido:

<b>Grupo</b>	<b>Consumo en los últimos 12 meses</b>
Antiguos consumidores	0 veces
Consumidores experimentales	1 –2 veces
Consumidores de tiempo de ocio	3 – 39 veces
Consumidores frecuentes	≥ 40 veces

## **Resultados**

### **Jóvenes que han consumido cannabis alguna vez**

Las diferencias geográficas en los porcentajes de jóvenes que han consumido cannabis alguna vez son significativas (Figura 3.14), con unos niveles que van desde menos del 10% en Grecia, Israel, Lituania, Malta, Suecia y la antigua República Yugoslava de Macedonia hasta más del 40% en Canadá, Inglaterra, Groenlandia y Suiza. La mayoría de los países del este y el norte de Europa se encuentran en la mitad inferior de la Figura 3.14. Con la salvedad de España, y en menor medida, Italia y Portugal, la mayoría de los países del sur de la Región Europea (tales como Grecia, Israel, Malta y la antigua República Yugoslava de Macedonia) tienden a presentar unas cifras más bajas. Y lo que resulta interesante, Suiza sobresale con unos porcentajes muy superiores a los de los países colindantes.

En conjunto, más chicos que chicas comunicaron haber consumido cannabis, detectándose generalmente las mayores diferencias de género en los países del sur y del este de la Región Europea.

### **Consumo de cannabis en el año anterior**

Los porcentajes de consumo de cannabis en el año anterior son similares a los relativos a los jóvenes que han consumido cannabis alguna vez (Figura 3.14). Esto sugiere que existen dos grupos principales de consumidores: los jóvenes que han consumido la droga antes de los 14 años de edad y han continuado consumiéndolo, y los jóvenes que han empezado a consumir cannabis el año anterior.

En general, se produce el mismo modelo geográfico que en relación con los jóvenes que han consumido alguna vez. Este hecho incluye unas sorprendentes diferencias geográficas, con unos porcentajes que oscilan entre el 3% en la antigua República Yugoslava de Macedonia y el 40% en Canadá. Más del 30% de los jóvenes de 15 años comunicó haber consumido cannabis en el año anterior en países tales como Canadá, Inglaterra, Groenlandia, Escocia, España, Suiza y Estados Unidos. Por el contrario, la prevalencia en muchos otros países, en especial, en la parte este de la Región, es relativamente baja. Entre estos extremos se encuentra un grupo de países y regiones con una prevalencia moderada, sobre todo en Europa central y oriental (tales como Bélgica (región flamenca), Bélgica (región francesa), República Checa, Dinamarca, Francia, Alemania y Holanda).

Al igual que el hecho de probar el cannabis, el consumo durante el año anterior está más generalizado entre los chicos que entre las chicas. Esta diferencia de género es mayor en los países del este y del sur de la Región Europea, con la notable excepción de España.

**Figura 3.14: Jóvenes que han consumido cannabis alguna vez y jóvenes que han consumido cannabis en los últimos 12 meses (%)**

PAÍS / REGIÓN	JÓVENES QUE HAN CONSUMIDO CANNABIS ALGUNA VEZ		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES QUE HAN CONSUMIDO CANNABIS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	
GROENLANDIA	47,0	44,2	CANADÁ	37,5	43,3
SUIZA	40,1	49,1	SUIZA	35,3	40,3
CANADÁ	41,6	47,9	INGLATERRA	32,4	37,4
INGLATERRA	38,4	42,5	GROENLANDIA	31,1	36,1
ESCOCIA	35,4	39,3	ESTADOS UNIDOS	26,2	36,5
ESTADOS UNIDOS	30,4	41,6	ESPAÑA	30,0	31,6
ESPAÑA	33,1	36,1	ESCOCIA	29,5	31,3
GALES	32,2	35,8	FRANCIA	23,8	31,2
REPÚBLICA CHECA	26,7	34,6	REPÚBLICA CHECA	23,2	30,9
FRANCIA	26,0	34,1	GALES	24,2	26,4
ESLOVENIA	25,4	31,0	ESLOVENIA	21,4	27,3
BÉLGICA (región francesa)	21,8	30,7	BÉLGICA (región francesa)	19,8	28,4
HOLANDA	23,3	28,5	BÉLGICA (región flamenca)	20,5	23,0
BÉLGICA (región flamenca)	23,1	27,1	HOLANDA	19,2	24,0
UCRANIA	15,4	33,1	DINAMARCA	18,5	24,1
ALEMANIA	20,2	27,8	ITALIA	16,8	24,2
DINAMARCA	21,1	25,8	PORTUGAL	14,4	24,9
ITALIA	17,6	26,9	IRLANDA	14,4	25,5
IRLANDA	15,2	27,3	ALEMANIA	14,9	22,1
PORTUGAL	14,6	25,4	POLONIA	9,3	20,9
POLONIA	11,6	25,0	UCRANIA	8,0	20,8
ESTONIA	11,6	23,0	ESTONIA	10,7	18,0
CROACIA	14,1	18,9	CROACIA	12,2	16,3
AUSTRIA	12,7	14,7	HUNGRÍA	10,1	14,6
FEDERACIÓN RUSA	9,3	19,0	AUSTRIA	10,6	12,7
HUNGRÍA	10,8	16,5	FEDERACIÓN RUSA	5,1	12,4
LETONIA	8,8	16,1	LETONIA	5,4	10,6
FINLANDIA	9,6	11,0	FINLANDIA	7,0	7,9
LITUANIA	4,5	11,2	ISRAEL	4,6	9,3
SUECIA	6,6	7,6	LITUANIA	3,1	8,8
MALTA	3,9	9,2	MALTA	4,4	7,6
ISRAEL	4,2	8,3	SUECIA	4,5	4,8
GRECIA	2,7	8,0	GRECIA	2,1	6,3
ARY MACEDONIA	2,5	3,8	ARY MACEDONIA	2,2	3,9
Promedio HBSC	18,9	25,8		16,0	21,7

Nota: No existen datos disponibles para Noruega.

## Consumo continuado de cannabis y frecuencia

Con el fin de comparar los modelos entre los jóvenes que comunicaron haber consumido cannabis. La Figura 3.15 muestra los porcentajes de cada muestra nacional en su conjunto que fueron asignados a los cuatro grupos de consumidores. En general, los consumos experimental y de tiempo de ocio están más generalizados que el consumo frecuente. Los consumidores frecuentes incluyen el 5% - 10% de las muestras en Canadá, Inglaterra, Escocia, España, Suiza y Estados Unidos, el 4% - 5% de las muestras en Bélgica (región francesa), Francia y Eslovenia, y aproximadamente el 3% en Bélgica (región flamenca), República Checa, Alemania, Groenlandia, Irlanda, Italia, Holanda, Portugal y Gales. En la mayoría de los otros países y regiones, el grupo de consumidores frecuentes es relativamente pequeño: menos del 2%. En todos los países, más chicos que chicas comunicaron ser consumidores frecuentes.

## Debate

El consumo experimental y el consumo habitual de cannabis son más frecuentes en un grupo que incluye Canadá, Inglaterra, Groenlandia, Suiza y Estados Unidos, seguido por la mayoría de los otros países del oeste de la Región Europea. En general, los países del este, norte y sur de la Región comunican las cifras más bajas. Aunque pueden existir algunas diferencias en el consumo de cannabis en países individuales, los estudios HBSC y ESPAD muestran unos modelos geográficos bastante similares (1).

Algunas investigaciones sugieren que las diferencias en la Región e incluso mundiales se pueden reducir un futuro cercano. El estudio ESPAD (1) muestra que el consumo de cannabis de los jóvenes en la mayoría de los países del este y el norte de la región está aumentando rápidamente, reduciendo las diferencias con los porcentajes de los países del oeste de Europa y de Norteamérica.

Las diferencias de género también pueden ser menos marcadas en un futuro próximo. En los países del este y el sur de la Región Europea (salvo España), las chicas comunican haber consumido cannabis con menor frecuencia que los chicos. Los cambiantes modelos de consumo de drogas en Norteamérica y Europa occidental pueden indicar cómo cambiarán los modelos en otros países en el futuro.

Aunque las investigaciones sugieren que el consumo de tiempo de ocio puede no perjudicar el funcionamiento social (10, 11), el consumo frecuente puede ser un indicador de problemas conductuales, tanto internalizados como externalizados, tales como depresión, asunción de riesgos y desviaciones conductuales (12, 13). Aunque la mayoría de los consumidores de todos los países y regiones pertenecen a los grupos experimental o de tiempo libre y parecen ser capaces de controlar su consumo de cannabis, la muestra HBSC incluye grupos de edad relativamente jóvenes. Las cifras reducidas de jóvenes que comunican un consumo frecuente en esta etapa de sus vidas pueden presentar un riesgo de consecuencias sanitarias y sociales adversas y deben ser objeto de intervenciones orientadas.

El consumo de cannabis continúa siendo ilegal en casi todos los países que participan en el estudio HBSC. Este hecho parece resultar irrelevante para un creciente porcentaje de adolescentes que consideran su consumo como

parte de un repertorio conductual normal y de la cultura del grupo de compañeros. Las políticas en materia de drogas y de consumo de drogas varían ampliamente en la Región Europea y Norteamérica. La política gubernamental –con inclusión de los programas de educación sanitaria, de promoción de la salud, escolares, familiares y comunitarios- debe hacer frente tanto al incremento del consumo de cannabis y el hecho de que un grupo sustancial de jóvenes considera la droga como otras sustancias psicoactivas culturalmente legitimizadas, como, por ejemplo, el alcohol.

Muchos estudios han analizado la eficacia de las intervenciones en este ámbito, la mayoría de ellos en Estados Unidos. Las revisiones, como, por ejemplo, la realizada por Cuijpers (19) sugieren que existen programas eficaces basados en el centro escolar que utilizan una perspectiva interactiva, pero que su divulgación en la Región Europea y Estados Unidos ha sido limitada. Los programas de intervención y prevención basados en la familia y orientados hacia la comunidad también pueden ser eficaces. Las campañas en los medios de comunicación han demostrado generar un incremento de los conocimientos sobre drogas, pero parecen haber tenido menos éxito a la hora de prevenir o de reducir el consumo de drogas. No obstante, estas intervenciones pueden interactuar de forma positiva con otros programas complementarios (19). Con independencia de si las políticas nacionales son liberales o restrictivas, los países deben desarrollar programas de educación y de prevención que mejoren el nivel de concienciación de los jóvenes sobre los efectos sanitarios adversos del consumo de cannabis.

## Bibliografía

1. Hibell B et al. *The ESPAD report – Alcohol and other drugs among students in 30 European countries*. Stockholm, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, Pompidou Group, Council of Europe, 2000.
2. Johnston L et al. *Monitoring the future*. Ann Arbor, Institute for Social Research, 1999.
3. Bachman J. Explaining recent increases in students' marijuana use: impact of perceived risks and disapproval, 1976 through 1996. *American Journal of Public Health*, 1998, 88(6):887–892.
4. Engels RCME. *Forbidden fruits: social dynamics in smoking and drinking behavior of adolescents*. Maastricht, University of Maastricht, 1998.
5. Arnett JD. Heavy metal music and reckless behaviour among adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 1991, 20:573–592.
6. Shofield PE et al. The influence of group identification on the adoption of peer group smoking norms. *Psychology and Health*, 2001, 16:1–6.
7. Baumann KE, Ennett ST. On the importance of peer influence for adolescent drug use: commonly neglected considerations. *Addiction*, 1996, 91:185–198.
8. Hansen WB, O'Malley PM. Drug use. In: DiClemente RJ, Hanson WB, Ponton LE, eds. *Handbook of adolescent health-risk behaviour*. New York, Plenum Press, 1996:161–192.
9. Schmid H. Cannabis use in Switzerland: the role of attribution of drug use to friends, urbanization and repression. *Swiss Journal of Psychology*, 2001, 60:99–107.
10. Shedler J, Block J. Adolescent drug use and psychological health: a longitudinal enquiry, *American Psychologist*, 1990, 45:612–630.
11. Engels RCME, ter Bogt T. Influences of risk behaviours on the quality of peer relations in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 2001, 30:675–695.
12. Brook J et al. The risks for late adolescence of early marijuana use. *American Journal of Public Health*, 1999, 89:1549–1554.

13. Kandell D et al. Psychiatric disorders associated with substance use among children and adolescents: findings from the methods for the epidemiology of child and adolescent mental disorders (MECA) study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1997, 25:121–132.
14. Van Os J et al. Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study. *American Journal of Epidemiology*, 156: 319–327 (2002).
15. Arseneault L et al. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *BMJ*, 2002, 325:1199–1201.
16. Zammit S et al. Self-reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study. *BMJ*, 2002, 325:1199–1201.
17. Fergusson DM et al. Cannabis dependence and psychotic symptoms in young people. *Psychological Medicine*, 2003, 33:15–21.
18. Patton GC et al. Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *BMJ*, 2002, 325: 1195–1198.
19. Cuijpers P. Three decades of drug prevention research. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 2003, 10:7–20.

**Figura 3.15: Jóvenes incluidos en los cuatro grupos de consumidores de cannabis, jóvenes de 15 años (%)**

PAÍS / REGIÓN	ANTIGUOS CONSUMIDORES	CONSUMIDORES EXPERIMENTALES	CONSUMIDORES HABITUALES	CONSUMIDORES FRECUENTES
SUIZA	6,6	10,2	17,4	9,4
CANADÁ	4,9	11,4	19,2	8,1
ESTADOS UNIDOS	5,0	9,1	13,3	7,9
INGLATERRA	5,6	12,5	13,9	7,1
ESCOCIA	6,4	11,2	13,1	5,5
ESPAÑA	4,3	9,3	15,0	5,1
BÉLGICA (región francesa)	2,3	8,0	10,7	4,8
FRANCIA	2,7	9,4	13,3	4,5
ESLOVENIA	3,9	7,1	12,6	4,1
IRLANDA	1,5	7,9	6,4	3,6
GALES	6,9	8,7	12,8	3,4
ITALIA	1,9	8,1	8,5	3,3
BÉLGICA (región flamenca)	3,7	8,1	9,5	3,2
ALEMANIA	5,2	6,5	8,0	2,9
REPÚBLICA CHECA	3,9	12,8	10,9	2,8
GROENLANDIA	10,4	17,9	10,8	2,8
HOLANDA	4,5	7,9	10,5	2,8
PORTUGAL	1,6	6,7	7,3	2,7
DINAMARCA	2,4	9,7	9,7	1,4
POLONIA	3,2	7,4	5,9	1,4
CROACIA	2,6	6,2	5,8	1,4
AUSTRIA	2,2	5,2	4,2	1,0
HUNGRÍA	1,6	7,3	3,0	1,0
ISRAEL	0,9	1,9	1,9	0,9
SUECIA	2,0	2,2	1,6	0,6
GRECIA	1,2	2,2	1,2	0,6
MALTA	0,5	1,8	2,8	0,5
FINLANDIA	2,6	3,9	2,6	0,5
FEDERACIÓN RUSA	5,6	5,1	2,3	0,4
LETONIA	4,0	4,0	2,1	0,4
ESTONIA	4,5	7,6	4,8	0,3
LITUANIA	2,0	4,4	1,3	0,3
UCRANIA	8,4	8,1	6,1	0,2
ARY MACEDONIA	0,6	1,5	0,6	0,1
Promedio HBSC	3,6	7,3	7,9	2,8

Nota: No existen datos disponibles para Noruega.

# **La actividad física – *Chris Roberts, Jorma Tynjälä y Alexander Komkov***

## **Introducción**

Los beneficios de la actividad física para la salud de los adultos están bien documentados: la actividad física habitual puede constituir una contribución importante a la mejora de la calidad de vida, tanto física como psicológica (1, 2). No obstante, la relación es compleja, y el tipo y la cantidad de actividad física también juegan un papel importante. La actividad física habitual puede reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares, cáncer de colon, diabetes no dependiente de la insulina y osteoporosis. Asimismo puede beneficiar a las personas con artritis, las personas obesas y las personas que padecen trastornos mentales tales como ansiedad y depresión. El incremento de la actividad física se asocia también con frecuencia a una mejora de la forma física, lo cual a su vez puede afectar a la calidad del sueño (3). El sueño resulta esencial para la buena salud y la calidad de vida.

Los beneficios de la actividad física para la salud de los jóvenes no están tan bien documentados, aunque las revisiones han identificado unos efectos positivos moderados sobre los resultados sanitarios, tales como la capacidad aeróbica, la presión arterial, los lípidos en sangre, la salud esquelética y el bienestar psicológico (4, 5). Por otra parte, los beneficios de una infancia activa se pueden trasladar a la vida adulta en la medida en que un joven activo tiene más probabilidades de ser un adulto activo (6). Sin embargo, la probabilidad de lesiones músculo-esqueléticas aumenta de forma paralela al incremento de los niveles de actividad. Los datos de anteriores estudios HBSC sugieren que más de la mitad de las lesiones que requieren asistencia médica se producen durante las actividades deportivas o de ocio (7). No obstante, tomando en consideración los beneficios de la actividad física para la salud de los jóvenes, la mejora de sus niveles de actividad física constituye un importante reto en materia de salud pública (8).

Se han realizado muchos trabajos para identificar los factores determinantes de la actividad física, con el fin de hacer frente a las barreras potenciales y de promover más oportunidades de participación. Por ejemplo, las anteriores investigaciones HBSC han demostrado que los porcentajes de la actividad física disminuyen con la edad, en especial, en el caso de las chicas (9). Numerosos estudios recientes han documentado los factores asociados a la actividad física de los jóvenes. Sallis et al. (8) llevaron a cabo una valiosa revisión de los trabajos realizados en este ámbito, sugiriendo que los determinantes clave incluían factores demográficos (tales como la mayor probabilidad de realizar actividad física de los jóvenes, en especial, los chicos), factores psicológicos (tales como la competencia y el placer percibidos), factores sociales (tales como el respaldo de los padres, los hermanos de mayor edad y los compañeros) y el entorno físico (como, por ejemplo, la disponibilidad de instalaciones y de programas).

## **Niveles recomendados de actividad física**

En los últimos años se ha llevado a cabo un amplio debate sobre las directrices adecuadas en materia de actividad física a nivel de población, por ejemplo, en términos de intensidad y de duración. Gran parte de este debate se ha centrado más en los adultos que en los jóvenes, pero el consenso emergente es similar en ambos casos. Dicho consenso pone el énfasis en la actividad de intensidad moderada, sobre la base de las pruebas científicas que demuestran que la acumulación de dicha actividad a lo largo de un período de tiempo puede generar beneficios sanitarios (2).

En 1997, un grupo internacional de expertos revisó las directrices destinadas a los jóvenes y elaboró dos recomendaciones básicas. En primer lugar, los jóvenes inactivos debían participar en actividades físicas con al menos una intensidad moderada y durante un mínimo de 30 minutos al día. En segundo lugar y más importante, idealmente todos los jóvenes deben realizar dicha actividad durante 1 hora al día (10, 11). La intensidad moderada ha sido definida como equivalente a pasear a ritmo rápido, lo que puede hacer que el participante sienta calor y respire con cierta dificultad. Además, se deben realizar actividades que mejoren la fuerza muscular, la flexibilidad y la salud ósea dos o más días a la semana.

Las actuales directrices difieren de forma significativa de las establecidas en 1994 (12). La realización de períodos de veinte minutos de actividad estructurada de moderada a vigorosa durante tres o más días a la semana ya no forma parte de las directrices tipificadas. Este cambio de 30 a 60 minutos fue debido en gran medida al hecho de que la mayoría de los jóvenes ya se mantienen activos durante 30 minutos al día y a la preocupación por los crecientes niveles de obesidad.

## **Métodos**

Tal y como subrayan Welk et al. (13), la medición de la actividad física entre los jóvenes no resulta fácil. El reto es incluso mayor cuando se trata de realizar la medición en varios países. Considerando de forma específica el estudio HBSC, existen tres limitaciones clave a la hora de establecer puntos temáticos para una encuesta basada en los centros escolares y que engloba una amplia gama de temas sanitarios y relacionados con la salud: el tiempo que los centros escolares pueden dedicar a la misma, el espacio disponible en el cuestionario, y la necesidad de garantizar la coherencia con los puntos temáticos de otros ámbitos. En términos prácticos, esto quiere decir que los puntos temáticos (preguntas) que hacen referencia a la actividad física necesariamente tienen un ámbito limitado y no pueden aplicar valores de medición físicos, como, por ejemplo, datos sobre el ritmo cardíaco. La encuesta 1997 / 1998 contaba con dos puntos temáticos sobre actividad física, que englobaban cuántas horas a la semana y con qué frecuencia los jóvenes realizaban ejercicio físico (14). Estas preguntas pretendían definir cuánta actividad física intensa realizaban los jóvenes en su tiempo libre. Al adoptarse a las nuevas directrices mencionadas con anterioridad, la encuesta 2001 / 2002 introdujo unas preguntas revisadas que se centraban en la actividad física de al menos intensidad moderada, realizada en el centro escolar y / o en el tiempo libre, tanto durante una semana normal como durante la semana anterior.

El valor de medición de la “actividad física de moderada a vigorosa” (“Moderate-to-Vigorous Physical Activity” – MVPA) desarrollado por Prochaska et al. (15) consta de dos preguntas relativas al número de días en los que los jóvenes realizan actividad física de al menos intensidad moderada y durante un mínimo de 60 minutos.

Las preguntas iban precedidas de la siguiente definición de actividad física, que fue modificada para la encuesta HBSC con el fin de incluir la actividad física desarrollada en el centro escolar. *La actividad física es cualquier actividad física que incrementa tu ritmo cardíaco y te hace respirar con cierta dificultad durante parte del tiempo. La actividad física se puede realizar a través de los deportes, las actividades escolares, los juegos con los amigos o ir andando al centro escolar. Algunos ejemplos de actividad física son correr, andar con rapidez, patinar sobre hielo, ir en bicicleta, bailar, patinar sobre ruedas, nadar, jugar al fútbol, baloncesto, fútbol americano y practicar el surf. En relación con las dos preguntas siguientes, reseñe todo el tiempo que dedicas a la actividad física todos los días.*

La primera pregunta hacía referencia a la actividad física realizada la semana anterior y la segunda a la realizada en una semana normal.

- *A lo largo de los últimos 7 días, ¿cuántos días has realizado actividad física durante al menos 60 minutos al día?*
- *A lo largo de una semana normal o usual, ¿cuántos días has realizado actividad física durante al menos 60 minutos al día?*

Las categorías de respuesta para ambas preguntas fueron: *0 días, 1 día, 2 días,... 7 días.*

Las calificaciones se calcularon mediante el establecimiento de la media de los resultados para las dos preguntas. Una calificación de 5 o superior clasifica al encuestado como que cumple la recomendación básica de realizar más de una hora de actividad física moderada al día durante la mayor parte de los días. La investigación sobre el valor de medición MVPA realizada en Estados Unidos sugiere que este valor proporciona un cálculo razonable de los jóvenes que cumplen dicha recomendación. Prochaska et al. (15) concluyeron que este valor de medición es un método razonable para evaluar la participación en actividades físicas globales y el cumplimiento de las directrices actuales. Y lo que es importante para el estudio HBSC, este valor de medición tiene carácter sumario y ha demostrado estar significativamente correlacionado con una medición objetiva de la actividad física.

Esta sección presenta las cifras medias comunicadas acerca del número de días en los que los jóvenes realizan actividad física durante un total de una hora o más, así como de los porcentajes de jóvenes que cumplen las recomendaciones de las directrices actuales: 60 minutos o más de actividad física durante 5 o más días a la semana. La encuesta 2001 / 2002 incluyó asimismo valores complementarios de medición para la conducta sedentaria: el tiempo dedicado a ver la televisión, al uso del ordenador y al trabajo doméstico. La siguiente sección trata estos temas.

## **Métodos**

### **Niveles medios de actividad física**

Los promedios de la actividad física realizada en la semana anterior y en una semana normal parecen demostrar que los jóvenes realizan actividad física durante una hora o más durante 3,8 días a la semana. Los países y las regiones presentan amplias variaciones, con unos niveles que oscilan entre 3,4 días en Bélgica (región flamenca) y 4,9 en Irlanda en el caso de los chicos, y entre 2,7 días en Francia y 4,1 en Canadá en el caso de las chicas. A pesar de las diferencias entre los grupos de edad, algunos países y regiones se encuentran de forma coherente en el cuartil superior (Canadá, Inglaterra, Irlanda y Lituania) o en el cuartil inferior (Bélgica (región flamenca), Francia, Italia y Portugal (Figura 3.16).

En todos los países y en todos los grupos de edad, los chicos comunicaron realizar actividad física durante al menos una hora al día con mayor frecuencia que las chicas: como promedio, 4,1 días y 3,5 días, respectivamente. Sin embargo, la diferencia de género varía. Por ejemplo, en los jóvenes de 15 años, la diferencia es de al menos 1 día en Grecia y Ucrania, pero resulta mínima en Holanda.

La frecuencia de la actividad física disminuye con la edad, aunque esta reducción es más pronunciada en algunos países y regiones que en otros. Por ejemplo, la disminución es de aproximadamente 1 día para las chicas en Austria, Escocia y Gales, pero las diferencias son mínimas en un pequeño grupo que incluye Francia, Holanda y España. Aunque la disminución de la actividad física con la edad se puede observar fácilmente en ambos géneros, resulta más evidente para las chicas que para los chicos en la mayoría de países y regiones (Figura 3.16).

### **Cumplimiento de las directrices actuales sobre actividad física**

Utilizando el valor de medición MVPA, que establece los promedios para la semana anterior y para una semana normal, una tercera parte de todos los jóvenes (34%) comunicó realizar actividad física a un nivel que cumple las directrices actuales: una hora o más de actividad física con al menos intensidad moderada durante 5 o más días a la semana. Sin embargo, de nuevo existen variaciones importantes, con unos porcentajes que oscilan entre el 26% en Bélgica (región flamenca) hasta el 57% en Irlanda en el caso de los chicos, y entre el 12% en Francia y el 44% en Estados Unidos en el caso de las chicas. A pesar de las diferencias entre los grupos de edad, algunos países y regiones se encuentran de forma coherente en el cuartil superior (Canadá, Inglaterra, Irlanda, Lituania y Estados Unidos) o en el cuartil inferior (Bélgica (región flamenca), Estonia, Francia, Italia, Noruega y Portugal) (Figura 3.17).

En todos los países y regiones y en todos los grupos de edad, más chicos (40%) que chicas (27%) cumplen las directrices actuales. La diferencia de género supera el 10% en más de la mitad de los países y regiones, aunque se pueden observar variaciones por grupos de edad. Por ejemplo, entre los jóvenes de 15 años, la diferencia entre chicos y chicas fue del 24% en Malta y del 22% en Gales, pero de sólo el 5% en Italia y el 1% en Holanda.

En la gran mayoría de países y regiones, los porcentajes de jóvenes que cumplen las actuales directrices disminuyen con la edad, aunque los modelos varían. Por ejemplo, Austria, Hungría y Escocia muestran un gradiente claro. En otros países, la actividad física disminuye más entre los 11 y los 13 años que entre los 13 y los 15 años (Suecia), o viceversa (Grecia). Por último, un pequeño grupo de países no muestra disminución con la edad, en especial, Francia, Holanda, Suiza, la antigua República Yugoslava de Macedonia y Estados Unidos.

## **Debate**

Al igual que cualquier otro estudio internacional, las comparaciones realizadas aquí se deben interpretar con cautela. Por ejemplo, el calendario del trabajo de campo ha variado entre los países y regiones, y las diferencias estacionales pueden afectar a las oportunidades de realizar actividades en el exterior. Además, cuestiones tales como la traducción (por ejemplo, la definición de actividad física de moderada a vigorosa) deben ser tomadas en consideración.

Una vez dicho esto, el estudio HBSC es único a la hora de establecer una medición de la actividad física entre los jóvenes en la Región Europea de la OMS y Norteamérica. Los resultados que se presentan aquí muestran que cifras significativas de jóvenes de todos los países y regiones no cumplen las directrices recomendadas actuales. Incluso cuando la actividad física está más generalizada, menos de la mitad de los jóvenes comunicó ser físicamente activo al nivel recomendado en la gran mayoría de los casos. Además, los modelos de actividad física varían ampliamente en función de criterios geográficos, de género y de edad. Los porcentajes de actividad física son más elevados en Austria, Canadá, Inglaterra, Irlanda, Lituania y Estados Unidos, y más bajos en Bélgica (región flamenca), Francia, Italia y Portugal. Los estudios publicados previamente, aunque se centran en grupos más pequeños de países, han observado variaciones similares en función del país, la edad y el género (16).

La escasez de los datos disponibles hace que las comparaciones internacionales entre adultos sean difíciles, y la encuesta UE 1999 sobre las actitudes de los consumidores frente a la actividad física, el peso corporal y la salud (17) proporciona información sobre la actividad física. Los adultos presentan más probabilidades de comunicar la realización de diversas actividades físicas durante más de 5 horas en una semana normal en Austria, Finlandia, Irlanda, Holanda y Suecia, y menos probabilidades en Bélgica, Francia, Grecia, Italia y Portugal. La coherencia de estos resultados con los resultados del estudio HBSC resulta sorprendente, en especial, en los países en los que el nivel de actividad física es más bajo.

**Figura 3.16: Número medio de días en los que los jóvenes realizan actividad física durante una hora o más: media relativa a la semana anterior y a una semana normal**

PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 11 AÑOS		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 13 AÑOS		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 15 AÑOS	
	CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS
IRLANDA	4,6	5,0	IRLANDA	4,3	5,1	ESTADOS UNIDOS	3,8	4,7
AUSTRIA	4,5	5,0	ESTADOS UNIDOS	4,1	4,8	REPÚBLICA CHECA	3,8	4,5
ESLOVENIA	4,2	4,9	CANADÁ	4,1	4,7	CANADÁ	3,9	4,5
LITUANIA	4,3	4,8	AUSTRIA	3,9	4,7	LITUANIA	3,5	4,5
CANADÁ	4,4	4,6	REPÚBLICA CHECA	4,0	4,7	INGLATERRA	3,5	4,4
ESCOCIA	4,2	4,7	INGLATERRA	3,9	4,7	HOLANDA	3,8	4,0
INGLATERRA	4,1	4,8	LITUANIA	3,9	4,6	ESLOVENIA	3,4	4,2
FINLANDIA	4,4	4,5	GALES	3,8	4,5	IRLANDA	3,4	4,4
ESTADOS UNIDOS	4,2	4,7	GRECIA	3,8	4,6	ESCOCIA	3,3	4,2
REPÚBLICA CHECA	4,2	4,5	ESCOCIA	3,8	4,5	SUIZA	3,5	4,0
POLONIA	4,2	4,5	HOLANDA	4,0	4,3	POLONIA	3,4	4,1
GALES	4,2	4,5	GROENLANDIA	4,0	4,1	SUECIA	3,6	3,9
GROENLANDIA	4,1	4,4	ESLOVENIA	3,7	4,5	ESPAÑA	3,4	4,0
CROACIA	3,9	4,5	CROACIA	3,6	4,4	GALES	3,1	4,1
MALTA	3,9	4,6	POLONIA	3,8	4,2	GROENLANDIA	3,3	4,1
SUECIA	4,0	4,3	ESPAÑA	3,7	4,1	DINAMARCA	3,4	3,7
HOLANDA	4,0	4,2	SUECIA	3,8	3,9	ARY MACEDONIA	3,3	3,8
GRECIA	3,8	4,4	SUIZA	3,6	4,1	LETONIA	3,1	4,0
UCRANIA	3,7	4,4	DINAMARCA	3,6	4,0	FEDERACIÓN RUSA	3,2	3,9
HUNGRÍA	3,7	4,4	UCRANIA	3,5	4,2	GRECIA	3,0	4,0
DINAMARCA	3,9	4,1	MALTA	3,3	4,3	UCRANIA	2,9	4,1
LETONIA	3,8	4,2	HUNGRÍA	3,4	4,2	AUSTRIA	3,2	3,8
SUIZA	3,6	4,3	FEDERACIÓN RUSA	3,4	4,1	ALEMANIA	3,2	3,8
FEDERACIÓN RUSA	3,7	4,1	LETONIA	3,4	4,0	FINLANDIA	3,2	3,4
ISRAEL	3,5	4,3	ARY MACEDONIA	3,5	3,9	NORUEGA	3,2	3,4
ESTONIA	3,7	3,9	FINLANDIA	3,4	3,9	CROACIA	2,8	3,8
ESPAÑA	3,5	4,1	ITALIA	3,3	3,9	HUNGRÍA	3,0	3,5
ALEMANIA	3,5	4,0	ALEMANIA	3,3	3,8	ESTONIA	2,8	3,4
PORTUGAL	3,4	4,0	ISRAEL	3,0	4,1	FRANCIA	2,7	3,5
ITALIA	3,5	3,9	NORUEGA	3,4	3,6	ITALIA	2,8	3,3
NORUEGA	3,4	3,8	ESTONIA	3,3	3,6	PORTUGAL	2,7	3,4
ARY MACEDONIA	3,4	3,7	PORTUGAL	2,9	4,0	BÉLGICA (región flamenca)	2,7	3,3
BÉLGICA (región flamenca)	3,1	3,5	FRANCIA	2,9	3,7	ISRAEL	2,6	3,4
FRANCIA	2,5	3,3	BÉLGICA (región flamenca)	2,7	3,4	MALTA	2,3	3,7
Promedio HBSC	3,8	4,3		3,5	4,2		3,2	3,9

Nota: No existen datos para Bélgica (región francesa).

**Figura 3.17: Jóvenes que cumplen las directrices MVPA sobre actividad física (%)**

PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 11 AÑOS		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 13 AÑOS		PAÍS / REGIÓN	JÓVENES DE 15 AÑOS	
	CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS		CHICAS	CHICOS
IRLANDA	51,1	61,3	IRLANDA	42,6	61,2	ESTADOS UNIDOS	41,8	57,1
AUSTRIA	47,8	58,5	ESTADOS UNIDOS	43,7	57,4	CANADÁ	37,5	48,4
ESLOVENIA	41,3	58,0	REPÚBLICA CHECA	35,9	52,7	REPÚBLICA CHECA	30,9	48,8
LITUANIA	45,0	54,0	CANADÁ	37,7	50,2	INGLATERRA	28,8	47,8
ESTADOS UNIDOS	45,1	54,6	GROENLANDIA	41,8	44,7	HOLANDA	36,6	37,7
CANADÁ	45,5	51,5	AUSTRIA	33,8	52,3	LITUANIA	27,3	44,6
ESCOCIA	41,1	54,6	LITUANIA	34,6	50,1	GROENLANDIA	26,7	43,9
FINLANDIA	44,9	50,1	INGLATERRA	31,4	52,1	IRLANDA	26,2	45,2
INGLATERRA	37,5	53,3	HOLANDA	40,4	42,6	ESLOVENIA	24,2	40,1
GROENLANDIA	41,8	49,6	ESLOVENIA	29,4	47,6	SUIZA	26,9	36,8
REPÚBLICA CHECA	40,3	47,7	GRECIA	29,0	47,6	ESCOCIA	22,8	38,4
POLONIA	39,1	44,5	GALES	29,4	45,7	POLONIA	22,5	38,6
MALTA	34,1	52,0	ESCOCIA	28,2	46,3	ESPAÑA	22,7	38,2
GALES	37,4	45,8	MALTA	27,7	45,9	SUECIA	26,3	32,7
HOLANDA	35,6	45,9	CROACIA	25,4	44,2	DINAMARCA	25,7	33,5
UCRANIA	33,2	46,8	ESPAÑA	28,6	39,7	GRECIA	19,9	38,7
SUECIA	36,4	43,8	POLONIA	27,5	40,3	UCRANIA	20,4	37,6
GRECIA	33,8	46,2	UCRANIA	25,6	41,5	GALES	17,6	39,3
CROACIA	32,3	46,3	DINAMARCA	30,3	36,6	ARY MACEDONIA	24,3	31,3
DINAMARCA	34,9	40,9	SUIZA	28,2	38,5	FEDERACIÓN RUSA	19,6	34,0
HUNGRÍA	30,7	45,4	FEDERACIÓN RUSA	24,4	41,1	AUSTRIA	19,7	32,3
ISRAEL	27,9	46,2	FINLANDIA	25,2	35,9	LETONIA	18,0	33,6
LETONIA	30,8	40,5	SUECIA	29,5	31,2	MALTA	13,4	37,1
SUIZA	27,6	42,7	ISRAEL	21,7	41,1	CROACIA	16,8	33,5
FEDERACIÓN RUSA	30,6	38,8	HUNGRÍA	19,7	41,8	ALEMANIA	17,9	29,4
ESPAÑA	27,0	40,5	LETONIA	21,5	38,1	FINLANDIA	19,9	26,7
ESTONIA	29,4	34,5	ARY MACEDONIA	24,5	34,5	NORUEGA	19,5	26,8
NORUEGA	25,4	34,2	ITALIA	20,4	34,4	ISRAEL	18,8	28,0
PORTUGAL	22,3	38,0	PORTUGAL	14,5	38,3	ESTONIA	15,6	26,9
ARY MACEDONIA	26,2	32,7	ALEMANIA	18,7	30,8	BÉLGICA (región flamenca)	16,6	25,1
ALEMANIA	23,5	35,3	NORUEGA	20,4	27,0	HUNGRÍA	16,9	25,1
ITALIA	23,4	33,2	ESTONIA	20,0	25,7	ITALIA	17,5	22,6
BÉLGICA (región flamenca)	19,3	27,5	FRANCIA	13,6	28,6	FRANCIA	11,2	26,5
FRANCIA	11,3	25,2	BÉLGICA (región flamenca)	14,6	25,5	PORTUGAL	13,2	24,6
Promedio HBS	33,1	43,8		26,9	40,9		22,3	35,3

Nota: No existen datos disponibles para Bélgica (región francesa).

Tal y como se ha sugerido con anterioridad, se deben tomar en consideración cuestiones metodológicas en las comparaciones de los niveles de actividad física de los jóvenes en los diferentes países, pero éstas no bastan para explicar todas las diferencias que salen a la luz. Se han reseñado con anterioridad los determinantes clave de la actividad física de los jóvenes, pero se debe tomar asimismo en consideración si los factores de relevancia nacional pueden contribuir a la interpretación de las diferencias transnacionales. Un ejemplo obvio es el papel de la educación física en el centro escolar, que probablemente tendrá una influencia importante, en especial, a la luz de las crecientes presiones de tiempo y del énfasis en los logros académicos. Un informe elaborado por la Iniciativa Europea para la Salud del Corazón (“European Heart Health Initiative”) (18) subraya esta cuestión y muestra cómo la cantidad de educación física en el centro escolar y la forma en la que está organizada varían de un país a otro. Por otra parte, la cantidad de tiempo libre disponible durante los días lectivos para actividades no organizadas también puede afectar a la cantidad de actividad física realizada. Existen directrices basadas en pruebas científicas sobre cómo desarrollar buenas prácticas de educación física en los centros escolares, tales como las publicadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos (19).

Además, la presencia de los países más cálidos del sur de Europa (tales como Portugal y el sur de Francia e Italia) entre los países que comunicaron un menor nivel de actividad física también resulta interesante. Aunque se solicitó a los encuestados que incluyeran todas las formas de actividad física, los jóvenes que tienden a pasar su tiempo libre en actividades informales en el exterior pueden no tener en cuenta dichas actividades y centrarse más en las actividades formales en el centro de ocio o en la piscina. En una selección de países, se deben realizar investigaciones cualitativas para analizar esta cuestión de forma más detallada. Otros factores importantes que pueden jugar un papel en la explicación de las amplias diferencias geográficas son los factores medioambientales, en especial, los modelos utilizados para ir al centro escolar (ir en coche en lugar de andando o en bicicleta) y la disponibilidad y la capacidad de acceso a las instalaciones recreativas. Por otra parte, los factores individuales, como, por ejemplo, el grado de relación entre la popularidad y los logros deportivos, pueden variar entre los países y generar un impacto sobre los resultados presentados en este documento.

Los resultados muestran claramente que los chicos presentan más probabilidades que las chicas de cumplir las actuales directrices sobre la frecuencia recomendada de la actividad física, aunque la magnitud de esta diferencia de género varía en función de los países y regiones. Además, los niveles de actividad física disminuyen a medida que los jóvenes se hacen mayores, en especial, en el caso de las chicas. De nuevo, la relación entre la edad y los niveles de actividad física varía entre los diferentes países y regiones. Con la introducción de diversos valores de medición de la actividad física en el estudio 2001 / 2002, la información que se presenta aquí difiere de la reseñada en anteriores informes HBSC, por lo que resulta difícil realizar un seguimiento de las tendencias. Sin embargo, los resultados relativos a la edad y al género presentados en este estudio son coherentes con los reseñados en anteriores encuestas (9, 20, 21).

Los resultados sugieren que se deben realizar todavía muchos esfuerzos para mejorar los niveles de actividad física, con el fin de maximizar sus potenciales beneficios sanitarios. Los responsables del desarrollo de políticas y de programas deben tomar en consideración las barreras clave para la participación y las pruebas científicas disponibles sobre la eficacia de las intervenciones. Una revisión sistemática reciente realizada por el Centro de Coordinación e Información sobre Política y Prácticas ("Evidence for Policy and Practice Information and Coordination Centre) determinó que existía una falta de investigaciones sólidas sobre las intervenciones de promoción de la actividad física, pero que se habían establecido los siguientes mensajes clave a partir de los pocos estudios realizados (22). Cualesquiera esfuerzos destinados a la mejora de los niveles de actividad física entre los jóvenes deben tomar en consideración las barreras y los elementos promotores de la participación que dichas iniciativas hayan identificado (por ejemplo, la mejora de la capacidad de elección de actividades de educación física en el centro escolar y la promoción de los aspectos sociales de los deportes), así como las cuestiones de género, en especial, las necesidades de las chicas (tales como unos vestuarios adecuados en el centro escolar). Por otra parte, los responsables políticos deben conceder más prioridad a los retos sociales más amplios, como, por ejemplo, la disponibilidad de instalaciones. Los datos HBSC que se presentan en este documento recalcan asimismo la importancia de la disminución de la actividad física, tanto en chicos como en chicas, a medida que los jóvenes se hacen mayores, por lo que las iniciativas se deberán adaptar a este hecho. Por último, las actuaciones deben ser sensibles a las diferentes culturas, debido a la amplia variación en los niveles de actividad en los 35 países y regiones en relación con los cuales existen datos disponibles.

## Bibliografía

1. Sallis J, Owen N. *Physical activity and behavioural medicine*. Thousand Oaks, CA, Sage, 1999.
2. *Physical activity and health: a report of the Surgeon General*. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996 (<http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/sgr.htm>, accessed 20 January 2004).
3. Shapiro CM et al. Fitness facilitates sleep. *European Journal of Applied Physiology*, 1984, 53:1–4.
4. Sallis JF, ed. Physical activity guidelines for adolescents (special issue). *Pediatric Exercise Science*, 1994, 6:299–463.
5. Riddoch C. Relationships between physical activity and health in young people. In: Biddle S, Sallis J, Cavill N, eds. *Young and active? Young people and health-enhancing physical activity – Evidence and implications*. London, Health Education Authority, 1998.
6. Malina R. Tracking of physical activity and physical fitness across the lifespan. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 1996, 67 (Suppl. 3):S1–S10.
7. Williams JM et al. Sports-related injuries among Scottish adolescents aged 11–15. *British Journal of Sports Medicine*, 1998, 32:291–296.
8. Sallis JF, Prochaska JJ, Taylor WC. A review of correlates of physical activity of children and adolescents. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 1999, 32(5):963–975.
9. Hickman M, Roberts C, Gaspar de Matos M. Exercise and leisure time activities. In: Currie C et al., eds. *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000:73–82 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 1; <http://www.who.dk/document/e67880.pdf>, accessed 20 January 2004).

10. Biddle S, Sallis J, Cavill N. Policy framework for young people and health-enhancing physical activity. In: Biddle S, Sallis J, Cavill N, eds. *Young and active? Young people and health-enhancing physical activity – Evidence and implications*. London, Health Education Authority, 1998.
11. Pate R, Trost S, Williams C. Critique of existing guidelines for physical activity in young people. In: Biddle S, Sallis J, Cavill N, eds. *Young and active? Young people and health-enhancing physical activity – Evidence and implications*. London, Health Education Authority, 1998.
12. Sallis JF, Patrick K. Physical activity guidelines for adolescents: consensus statement. *Pediatric Exercise Science*, 1994, 6:302–314.
13. Welk GJ, Corbin CB, Dale D. Measurement issues in the assessment of physical activity in children. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 2000, 71(2):59–73.
14. Currie C et al. *Health Behaviour in School-Aged Children: a WHO cross-national survey (HBSC). Research protocol for the 1997/98 survey*. Edinburgh, Research Unit in Health and Behavioural Change, University of Edinburgh, 1998.
15. Prochaska JJ, Sallis JF, Long B. A physical activity screening measure for use with adolescents in primary care. *Archives of Paediatrics and Adolescent Medicine*, 2001, 155:554–559.
16. Telama R et al. *Physical fitness, sporting lifestyles and Olympic ideals: cross-cultural studies on youth sport in Europe*. Schorndorf, Hofmann, 2002 (Sports Science Studies, Vol. 11).
17. Institute of European Food Studies (Dublin). *A pan-EU survey of consumer attitudes to physical activity, body-weight and health*. Luxembourg, European Commission, 1999.
18. Logstrup S, ed. *Children and young people – the importance of physical activity*. Brussels, European Heart Health Initiative, 2001.
19. Guidelines for school and community programs to promote lifelong physical activity among young people. *Mortality and Morbidity Weekly Report*, 1997, 46(RR-6):1–36.
20. King A et al. *The health of youth: a cross-national survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (WHO Regional Publications, European Series No. 69; [http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911\\_53](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_53), accessed 28 January 2004).
21. King A, Coles B. *The health of Canada's youth: views and behaviours of 11, 13 and 15 year-olds from 11 countries*. Ottawa, Health and Welfare Canada, 1992.
22. *Young people and physical activity: a systematic review of research on barriers and facilitators*. London, Evidence for Policy and Practice Information and Co-ordinating Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London, 2001.

# **La conducta sedentaria – Joanna Todd y Dorothy Currie**

## **Introducción**

Esta sección tratará sobre tres tipos de conductas sedentarias y las analizará brevemente a la luz de los modelos de actividad física que se observan en los jóvenes. En la actualidad, se percibe como preocupante la cantidad de tiempo que pasan los jóvenes frente a la pantalla del televisor (1) y el consiguiente impacto sobre sus niveles de actividad física. Del mismo modo, el uso de los ordenadores, que ha experimentado un rápido incremento durante esta última década, es otra de las actividades de ocio sedentarias que puede desplazar la práctica de actividades físicas. Algunos estudios han puesto en evidencia que un uso prolongado del ordenador afecta negativamente al bienestar de la persona (2). Además, la cantidad de horas que los jóvenes dedican a realizar los deberes escolares constituye otro factor que limita el tiempo disponible para realizar sus pasatiempos físicos en el tiempo libre.

La preocupación radica en que los niveles crecientes de conducta sedentaria están reduciendo el gasto energético mientras que el aporte energético se mantiene inalterado, lo cual causa una prevalencia creciente de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes (3-6). La obesidad infantil puede desarrollarse a partir de un pequeño desajuste energético duradero (7). Los problemas sanitarios que derivan de ello incluyen la diabetes no dependiente de insulina y el desarrollo de factores de riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, complicaciones pulmonares y problemas psicosociales (8). Más adelante en este capítulo se analiza el tema del peso corporal y del control de peso.

Aunque la creciente popularidad de la televisión y otras actividades sedentarias se percibe ampliamente como un factor que contribuye al desarrollo de una generación cada vez más inactiva, hay evidencias que ponen de manifiesto que un porcentaje de las personas que más tiempo dedican a los medios electrónicos están físicamente más activos que otros usuarios que dedican mucho menos tiempo (9,10).

## **Métodos**

Las preguntas acerca de la conducta sedentaria complementan los valores de medición de la actividad física al incluir valores de medición para la inactividad física. Para ello se utilizaron tres preguntas: horas pasadas ante la televisión y el vídeo, uso del ordenador y horas dedicadas a realizar los deberes escolares.

También era importante establecer una distinción entre las actividades sedentarias que se practican diariamente y las del fin de semana para poder obtener una imagen más precisa del tiempo dedicado a participar en ellas. Son varios los factores que influyen en el grado de participación y dependen de si los jóvenes están en el centro escolar. Debido a que la definición de fin de semana varía entre los distintos países e incluso dentro de un mismo país, se ha optado por presentar de manera separada los datos relativos a la

participación diaria en actividades sedentarias y la participación durante el fin de semana.

Las preguntas acerca del tiempo dedicado a realizar actividades sedentarias fueron las siguientes:

- *Aproximadamente, ¿cuántas horas diarias sueles dedicar a ver la televisión (vídeos incluidos) durante tu tiempo libre?*
- *Aproximadamente, ¿cuántas horas diarias sueles utilizar el ordenador (para jugar con los diferentes juegos, gestionar el correo electrónico, chatear o navegar en Internet) durante tu tiempo libre?*
- *¿Cuántas horas dedicas cada día aproximadamente a hacer los deberes escolares fuera del horario escolar?*

Las opciones de respuesta que se aplicaban tanto a las preguntas relativas a los hábitos diarios como a los de fin de semana eran las siguientes: *Nada de tiempo, Aproximadamente media hora al día, Aproximadamente 1 hora diaria, Aproximadamente 2 horas diarias, Aproximadamente 3 horas diarias, Aproximadamente 4 horas diarias, Aproximadamente 5 horas diarias, Aproximadamente 6 horas diarias, Aproximadamente 7 horas diarias*. Las respuestas se combinaban para formar tres categorías:

- índices altos de tiempo dedicado a ver la televisión ( $\geq 4$  horas diarias)
- índices altos de uso del ordenador ( $\geq 3$  horas diarias)
- índices altos de tiempo dedicado a realizar los deberes ( $\geq 3$  horas diarias).

Las categorías de tiempo seleccionadas para el análisis fueron diseñadas para reflejar valores extremos de cada actividad, especialmente para el fin de semana. Como se da el caso que los jóvenes pueden estar participando en más de una actividad sedentaria al mismo tiempo – como por ejemplo, hacer los deberes al ordenador o con la televisión encendida – no resultaba apropiado sumar las horas dedicadas a cada actividad.

Dos puntos temáticos medían los modelos de AFMV (la actividad física de moderada a vigorosa) tal y como se describió en la sección anterior. Se evaluó la dirección y la magnitud de la relación existente entre las tres actividades sedentarias y la AFMV. Se calcularon los factores de correlación Spearman entre la cantidad de horas dedicadas diariamente a cada una de las actividades sedentarias y el promedio de días en que se practicaba una hora o más de AFMV.

## **Resultados**

### **Tiempo dedicado a ver la televisión y el vídeo**

Más de una cuarta parte de los entrevistados (el 26%) presentaron altos índices de tiempo dedicado a ver la televisión cada día (Fig. 3.18). Este índice se eleva al 45% durante el fin de semana (Fig. 3.19). En todos los países y regiones con la excepción de Israel, los jóvenes ven más televisión durante el fin de semana que los días lectivos. No obstante estos índices varían considerablemente entre los distintos países y regiones, desde el 11% en Suiza

al 46% en Israel en los días lectivos y desde el 28% en Italia al 70% en Ucrania durante el fin de semana.

En conjunto, la clasificación por países y regiones muestra escasa coherencia entre los índices de horas de televisión presentados para los días lectivos y los del fin de semana o entre los distintos grupos de edad. No obstante, algunos países se mantienen sistemáticamente a la cabeza del primer cuartil (Estonia, Letonia, Lituania, Ucrania) o en el último cuartil (Austria y Suiza) tanto para las horas dedicadas a ver la televisión durante la semana como durante el fin de semana y para todos los grupos de edad.

No se puede realizar ninguna comparación directa con los datos HBSC 1997/1998 debido a que la cuestión temática acerca del uso de la televisión sufrió un ligero cambio (12).

En casi todos los países y regiones y para todos los grupos de edad, los chicos presentaban unos índices ligeramente más elevados de uso de la televisión que las chicas (el 28% frente al 24% durante la semana y el 48% frente al 43% durante el fin de semana respectivamente). En algunos países, las chicas presentan a ciertas edades niveles de audiencia televisiva iguales o superiores a la de los chicos. La diferencia absoluta por género rara vez supera el 10%. A pesar de que en el uso de la televisión se observan diferencias por área geográfica, la diferencia relativa por género no es notable; los porcentajes de chicos que presentan altos índices de uso de la televisión son similares a los de las chicas o una 1,5 veces más elevados.

En la mayoría de los países y regiones, los índices altos de uso de la televisión durante el fin de semana aumentan ligeramente entre los grupos de edad de 11 y 13 años. A los 15 años, los niveles se mantienen casi idénticos para el uso de la televisión durante el fin de semana pero caen aproximadamente al mismo nivel del grupo de 11 años para los días lectivos. Las diferencias absolutas para los grupos de edad de 11 y 15 años son más notables en Austria, Francia y Alemania, donde el uso de la televisión aumenta aproximadamente un 20% durante el fin de semana. No obstante, estos tres países se encuentran en el cuartil inferior de la clasificación por índices elevados de uso de la televisión a los 11 años.

## Uso de ordenadores

En todos los países y regiones se observa que el porcentaje de jóvenes que presentan un índice alto de uso del ordenador es más elevado durante el fin de semana que los días lectivos (Fig. 3.20 y Fig. 3.21). Las figuras presentan una variación del 20% según los países y regiones, oscilando del 7% en Suiza al 30% en Israel los días lectivos y del 11% en Italia al 35% en Israel durante el fin de semana.

La clasificación de países y regiones varía para los campos de uso diario o de uso durante el fin de semana y para los distintos grupos de edad. No obstante, algunos países se mantienen sistemáticamente en el cuartil superior de la lista (Canadá e Israel) y otros en el cuartil inferior (Francia e Italia) para todos los casos.

En todos los países se da el hecho de que los chicos presentan niveles más elevados de uso de ordenador que las chicas, tanto para el uso diario como para su uso durante el fin de semana (el 21% frente al 7% los días lectivos y el 35% frente al 15% durante el fin de semana respectivamente). Las

diferencias relativas por género son menores en Canadá y en los Estados Unidos y mayores en Dinamarca y Finlandia, donde el porcentaje de chicos supera seis veces al de chicas para el uso del ordenador los días lectivos y cinco veces en su uso durante el fin de semana. Esta disparidad tan marcada por género se repite en los tres grupos de edad.

**Fig. 3.18. Jóvenes que ven la televisión  $\geq 4$  horas diarias los días lectivos (%)**

Jóvenes de 11 años			Jóvenes de 13 años			Jóvenes de 15 años		
País o región	Chicas	Chicos	País o región	Chicas	Chicos	País o región	Chicas	Chicos
Israel	50,2	49,2	Israel	53,1	48,2	Ucrania	39,2	45,4
Ucrania	43,2	48,7	Ucrania	47,4	52,2	Letonia	31,6	40,7
Estonia	35,7	42,1	Estonia	35,8	47,0	Estonia	29,2	40,8
Letonia	32,7	46,1	Letonia	39,3	42,6	Israel	33,4	33,7
Lituania	31,6	35,4	Portugal	41,2	37,9	Lituania	25,4	39,1
Federación Rusa	29,5	36,3	Federación Rusa	35,6	42,0	Federación Rusa	27,3	34,7
Escocia	29,8	31,5	Croacia	37,8	39,0	Escocia	27,8,	33,2
EEUU	30,5	30,4	Lituania	31,0	40,8	Gales	33,5	27,3
Gales	27,9	32,5	Gales	35,4	33,5	Portugal	32,0	28,2
Inglaterra	27,6	31,2	ARY Macedonia	32,3	32,9	Inglaterra	29,4	30,9
Polonia	24,1	34,0	Inglaterra	32,1	31,7	EEUU	26,7	31,2
Portugal	28,6	28,4	Polonia	26,8	35,3	Croacia	25,2	31,4
Croacia	23,1	32,9	Escocia	31,5	30,2	Noruega	26,7	29,0
Canadá	25,5	27,2	EEUU	28,0	31,9	Polonia	22,2	33,3
ARY Macedonia	23,5	26,9	Noruega	26,9	31,2	República Checa	23,5	30,5
República Checa	23,1	26,1	Groenlandia	25,0	32,9	ARY e Macedonia	21,6	32,4
Noruega	21,7	21,2	Dinamarca	26,4	27,7	España	26,3	25,5
Bélgica (flamenca)	17,0	26,1	República Checa	22,0	31,3	Holanda	21,6	29,6
Groenlandia	22,2	18,9	Holanda	22,8	29,3	Groenlandia	24,1	26,7
Hungría	17,9	22,2	Italia	28,8	22,3	Alemania	22,6	27,0
Eslovenia	16,8	23,1	Canadá	21,2	26,7	Italia	27,3	21,3
Finlandia	21,7	17,4	España	23,7	23,5	Dinamarca	21,2	26,2
Holanda	16,8	22,2	Malta	24,6	22,4	Suecia	19,8	24,3
Dinamarca	15,8	22,7	Bélgica (flamenca)	17,7	29,8	Bélgica (flamenca)	20,1	23,4
Italia	17,0	19,8	Hungría	22,9	23,2	Francia	19,9	22,7
Irlanda	16,0	20,0	Alemania	20,7	25,3	Bélgica (Francesa)	19,7	20,3
España	15,8	19,8	Eslovenia	20,0,	23,3	Canadá	15,8	25,1
Bélgica (francesa)	14,1	19,5	Grecia	18,0	24,6	Irlanda	18,2	19,6
Francia	13,3	18,3	Irlanda	17,7	24,9	Finlandia	17,8	18,6
Grecia	12,0	19,5	Bélgica (francesa)	17,4	23,5	Austria	16,0	20,1
Malta	12,1	18,9	Francia	17,5	23,2	Hungría	15,6	20,6
Alemania	11,7	15,5	Finlandia	19,2	19,7	Grecia	13,4	21,0
Suecia	11,7	13,2	Suecia	19,5	18,6	Eslovenia	13,9	16,4
Austria	8,6	12,9	Austria	15,0	17,5	Suiza	13,5	16,2
Suiza	4,6	8,5	Suiza	11,6	12,8	Malta	12,1	17,0
Promedio HBSC	22,1	26,5	Promedio HBSC	27,2	30,5	Promedio HBSC	23,4	28,0

**Fig. 3.19. Jóvenes que ven la televisión  $\geq$  4 horas diarias durante el fin de semana (%)**

Jóvenes de 11 años			Jóvenes de 13 años			Jóvenes de 15 años		
País o región	Chicas	Chicos	País o región	Chicas	Chicos	País o región	Chicas	Chicos
Ucrania	62,2	69,1	Ucrania	76,6	72,2	Ucrania	70,3	67,0
Letonia	52,6	62,4	Letonia	66,3	67,3	Letonia	65,7	67,9
Polonia	47,8	55,9	Estonia	63,8	66,9	Lituania	57,9	64,3
Federación Rusa	49,2	54,8	Portugal	63,2	63,9	Estonia	60,3	60,1
Lituania	48,1	53,2	Lituania	59,1	66,4	Hungría	58,4	62,3
EEUU	48,5	53,0	Hungría	60,5	62,6	Croacia	58,4	56,4
Hungría	45,9	55,2	Croacia	59,3	61,1	Polonia	53,8	59,0
Estonia	48,0	52,4	Polonia	59,3	60,2	Portugal	55,6	55,7
Portugal	46,1	53,1	Federación Rusa	54,2	58,4	Federación Rusa	48,4	54,3
Croacia	38,8	51,7	Grecia	49,3	53,8	ARY Macedonia	47,0	54,7
Inglaterra	43,6	45,1	EEUU	48,4	54,7	Holanda	44,6	54,8
Canadá	40,0	47,9	Holanda	47,1	54,4	Gales	51,3	47,3
Israel	43,8	43,1	Noruega	45,2	54,6	Bélgica (francesa)	47,2	49,5
Gales	39,9	43,9	ARY Macedonia	48,9	49,6	Alemania	43,3	52,3
Escocia	37,2	43,8	Gales	49,1	46,8	Grecia	45,2	49,2
Noruega	37,8	42,7	Bélgica (flamenca)	41,4	55,5	Noruega	42,5	51,5
Finlandia	37,9	37,4	Inglaterra	45,5	47,5	Bélgica (flamenca)	41,6	51,6
España	34,2	39,0	Canadá	41,6	49,5	Francia	47,6	44,4
Grecia	30,2	42,4	Alemania	39,6	51,5	Inglaterra	44,9	47,1
Bélgica (flamenca)	29,9	42,7	Dinamarca	44,3	45,8	EEUU	40,9	51,8
Holanda	31,0	38,9	Bélgica (francesa)	45,0	44,9	Irlanda	44,0	48,5
Eslovenia	28,7	40,7	España	45,2	44,7	Dinamarca	39,4	50,2
República Checa	32,3	37,1	Israel	43,2	47,0	España	44,5	43,5
ARY Macedonia	31,5	36,8	Escocia	43,6	44,7	Finlandia	42,3	43,4
Bélgica (francesa)	28,3	39,8	Finlandia	41,5	45,6	Israel	45,5	39,1
Malta	28,4	38,8	Eslovenia	38,3	43,7	Groenlandia	42,5	39,6
Dinamarca	27,8	35,6	Francia	39,3	42,4	Escocia	37,5	44,0
Irlanda	29,0	32,6	República Checa	37,5	43,8	Austria	39,4	42,0
Suecia	24,3	32,6	Suecia	36,7	42,4	República Checa	35,9	44,5
Alemania	23,2	33,6	Malta	39,5	38,3	Suecia	36,4	43,1
Groenlandia	29,8	26,1	Groenlandia	34,7	42,7	Canadá	33,8	43,4
Francia	23,7	29,0	Irlanda	35,0	41,1	Eslovenia	35,4	38,7
Italia	22,4	26,6	Austria	31,5	37,1	Suiza	33,0	39,8
Austria	15,3	25,7	Suiza	32,4	33,7	Malta	25,7	33,4
Suiza	14,8	22,9	Italia	30,2	30,7	Italia	27,7	29,1
Promedio HBSC	35,9	42,7	Promedio HBSC	46,8	50,7	Promedio HBSC	46,0	49,9

**Fig.3.20. Jóvenes que utilizan el ordenador  $\geq$  3 horas diarias los días lectivos (%)**

Jóvenes de 11 años			Jóvenes de 13 años			Jóvenes de 15 años		
País o región	Chicas	Chicos	País o región	Chicas	Chicos	País o región	Chicas	Chicos
Israel	20,8	41,1	Israel	20,9	45,1	Israel	13,0	38,3
Escocia	13,0	29,9	Escocia	14,2	35,6	Canadá	19,8	27,7
Estonia	7,5	24,0	Canadá	19,6	26,1	Noruega	7,0	38,0
Gales	9,1	22,8	Estonia	8,0	33,5	Escocia	11,9	31,4
Polonia	8,2	23,1	Suecia	9,2	30,6	Suecia	9,4	31,6
Canadá	11,9	17,9	Noruega	6,1	30,3	EEUU	17,2	23,7
Federación Rusa	6,4	23,5	EEUU	17,2	18,8	Holanda	11,4	28,7
Hungría	7,0	21,0	Federación Rusa	8,6	27,2	Austria	12,9	26,6
ARY Macedonia	7,7	17,6	Dinamarca	4,5	30,1	Dinamarca	4,6	33,2
Dinamarca	4,8	20,5	Polonia	9,8	24,0	Bélgica (flamenca)	13,6	22,5
Suecia	5,0	19,3	Malta	11,9	21,9	Federación Rusa	8,7	27,7
Holanda	6,3	18,0	Holanda	9,1	23,8	Gales	10,1	23,2
Letonia	5,9	18,2	Gales	10,7	22,1	Estonia	6,0	27,5
Groenlandia	6,9	18,0	Portugal	7,0	26,7	Polonia	6,1	27,0
Portugal	5,0	18,4	Letonia	9,1	23,1	República Checa	4,5	28,0
EEUU	10,3	13,2	República Checa	6,3	24,7	Portugal	7,7	24,5
República Checa	4,8	17,5	Alemania	6,8	21,6	Letonia	8,7	24,0
Noruega	4,7	16,6	Bélgica (flamenca)	7,7	19,6	Groenlandia	7,6	24,7
Malta	5,8	16,5	Croacia	6,1	18,7	Alemania	4,5	25,6
Eslovenia	4,0	16,4	Groenlandia	7,9	18,3	Malta	7,4	22,7
Lituania	4,5	14,8	Bélgica (francesa)	6,0	18,9	ARY Macedonia	7,5	21,5
Finlandia	3,5	14,9	ARY Macedonia	7,0	17,6	Lituania	5,8	22,1
Bélgica (flamenca)	5,2	13,7	Lituania	5,8	18,2	Bélgica (francesa)	8,0	19,7
Grecia	3,6	14,3	Hungría	6,4	16,2	España	7,6	17,2
Bélgica (francesa)	3,9	13,8	Finlandia	2,2	19,0	Finlandia	3,2	20,9
Croacia	3,5	12,6	Eslovenia	3,9	17,2	Eslovenia	2,9	18,5
Ucrania	4,6	11,6	España	7,5	12,8	Ucrania	4,2	16,5
España	4,8	10,3	Austria	5,5	14,5	Hungría	3,8	18,7
Alemania	4,3	10,0	Ucrania	3,8	16,1	Croacia	3,9	16,4
Austria	3,4	10,1	Grecia	3,0	16,0	Suiza	3,5	14,3
Italia	4,1	9,1	Francia	4,1	11,9	Francia	4,9	12,9
Francia	2,7	9,8	Italia	4,5	10,4	Italia	5,0	13,6
Suiza	2,3	7,5	Suiza	3,0	9,7	Grecia	3,3	14,7
Promedio HBSC	6,2	17,2	Promedio HBSC	8,1	21,8	Promedio HBSC	7,7	23,6

Nota: No existen datos disponibles para Inglaterra e Irlanda

**Fig. 3.21. Jóvenes que utilizan el ordenador  $\geq$  3 horas diarias durante el fin de semana (%)**

Jóvenes de 11 años			Jóvenes de 13 años			Jóvenes de 15 años		
País o región	Chicas	Chicos	País o región	Chicas	Chicos	País o región	Chicas	Chicos
Israel	26,9	45,4	Canadá	36,6	44,0	Canadá	33,7	42,7
Polonia	20,1	44,2	Israel	25,5	49,0	Bélgica (flamenca)	27,0	47,2
Canadá	25,5	34,6	Polonia	24,0	45,7	Austria	19,3	47,7
Hungría	17,0	40,2	EEUU	33,1	33,1	Israel	22,7	46,8
Escocia	17,6	34,7	Holanda	19,4	44,8	Bélgica(francesa)	18,7	50,2
Federación Rusa	13,4	38,5	Escocia	21,2	43,5	Holanda	20,5	44,8
EEUU	22,4	28,0	Federación Rusa	17,8	45,3	Polonia	17,1	49,2
Gales	15,0	33,0	Estonia	17,2	45,1	EEUU	28,8	36,7
Estonia	13,1	30,8	Hungría	18,8	43,3	Portugal	17,2	48,1
Letonia	13,2	31,1	Gales	20,0	38,9	Suecia	15,2	47,0
Eslovenia	10,7	30,5	Bélgica (francesa)	16,7	43,6	Escocia	16,1	45,5
Malta	16,0	27,0	Suecia	14,8	43,6	ARY Macedonia	20,1	42,1
ARY Macedonia	14,0	26,7	Bélgica (flamenca)	19,8	39,1	Noruega	11,9	50,0
Bélgica (francesa)	10,8	29,9	Malta	23,4	34,3	Estonia	14,1	43,1
Holanda	10,6	29,1	Portugal	14,4	44,3	Gales	19,9	34,3
Suecia	8,8	28,2	Noruega	10,9	43,6	Alemania	11,8	43,9
Portugal	9,9	26,7	Letonia	16,3	36,8	Eslovenia	14,5	38,2
Noruega	7,1	26,1	Dinamarca	8,2	43,7	Hungría	14,0	47,0
Bélgica (flamenca)	9,9	25,5	España	16,6	33,4	Letonia	16,0	40,5
Dinamarca	7,2	27,1	Alemania	12,5	37,9	Federación Rusa	15,3	39,9
Finlandia	6,9	26,3	Croacia	14,4	33,4	Dinamarca	5,2	47,1
Grecia	7,7	25,7	Eslovenia	11,1	37,0	España	16,3	35,5
Croacia	7,7	24,6	Grecia	9,8	38,3	Malta	13,4	35,1
España	11,4	21,5	ARY Macedonia	16,1	31,2	Suiza	11,5	34,5
Ucrania	9,4	21,1	Austria	13,6	32,6	Croacia	11,2	38,8
Lituania	9,1	21,8	Groenlandia	15,0	29,6	República Checa	8,5	37,9
Groenlandia	9,0	23,7	Lituania	14,3	28,1	Lituania	9,3	33,8
República Checa	6,4	23,7	Suiza	11,4	31,5	Finlandia	6,4	37,1
Alemania	6,2	21,1	República Checa	10,7	31,5	Francia	12,7	29,0
Austria	5,4	18,9	Finlandia	6,3	32,9	Groenlandia	6,1	30,9
Suiza	5,9	17,2	Ucrania	7,3	27,8	Ucrania	6,1	26,3
Italia	7,9	13,6	Francia	10,6	23,0	Italia	7,2	19,0
Francia	5,6	14,9	Italia	6,6	16,0	Grecia	8,9	35,2
Promedio HBSC	11,7	27,7	Promedio HBSC	16,4	37,1	Promedio HBSC	15,2	40,2

Nota: no existen datos disponibles para Inglaterra e Irlanda

El uso del ordenador aumenta con la edad en la mayoría de los países y generalmente entre los 13 y los 15 años. Posteriormente, surgen las diferencias entre los distintos países y regiones: el uso del ordenador continúa incrementándose en algunos, mientras que en otros, desciende o se mantiene al mismo nivel que para los 13 años. Los chicos y las chicas presentan modelos diferentes en el cambio que se observa al ir haciéndose más mayores. En casi todos los países y regiones se observan unos porcentajes más elevados de chicos que presentan índices altos de uso del ordenador con 15 años que con 11. El cuadro que presentan las chicas es más complejo; en algunos países y regiones el uso de ordenador aumenta entre los 11 y los 15 años mientras que para una tercera parte de los países, dicho índice disminuye.

## **Los deberes escolares**

Los jóvenes que dedican muchas horas a realizar los deberes escolares presentan los mismos porcentajes medios para los días lectivos que para el fin de semana: el 19% (Fig. 3.22 y 3.23). No obstante, se observa una gran variación entre los distintos países y regiones, con unos niveles que varían desde el 2% en Finlandia al 60% en Grecia para los días lectivos y desde el 2% en Finlandia al 54% en Grecia para el fin de semana.

En aproximadamente la mitad de los países y regiones, un número más elevado de jóvenes declaran dedicar durante el fin de semana un mínimo de tres horas más a realizar los deberes que los días lectivos, mientras que el caso contrario es la realidad para la otra mitad de países y regiones. Bélgica (la región flamenca) presenta el mayor aumento relativo con un índice del 14% para los días lectivos y el 24% para los fines de semana. Noruega presenta el mayor descenso relativo con el 12% para los días lectivos y el 4% para los fines de semana.

La clasificación de países y regiones varía entre los campos días lectivos y fines de semana y entre los distintos grupos de edad. No obstante, algunos países se mantienen constantes en el cuartil superior (Croacia, Grecia, Hungría, Malta y la Federación Rusa) y otros en el cuartil inferior (Finlandia y Suecia) tanto para los campos de índice para los días lectivos y los fines de semana como para todos los grupos de edad.

En todos los países y regiones con la excepción de uno, son más chicas que pasan muchas horas haciendo los deberes que los chicos, y esto se aplica tanto para los días lectivos como para los fines de semana. La diferencia por género es más notable en Lituania donde las chicas superan en más de 2.5 veces el índice de los chicos. Si bien la diferencia por género es menor entre los jóvenes y las jóvenes de 11 años, en casi todos los países y regiones se observa cierta disparidad tanto entre los campos de días lectivos y durante el fin de semana como entre los grupos de edad de 13 y 15 años.

El porcentaje de jóvenes que dedican muchas horas a realizar los deberes tanto durante los días lectivos como durante el fin de semana aumenta con la edad, y más entre los 11 y los 13 años que entre los 13 y los 15 años.

Las chicas y los chicos presentan modelos de edad diferentes. En las chicas, tan solo la República Checa e Israel presentan un descenso en el porcentaje entre los 11 y los 15 años y tanto para el tiempo dedicado a los deberes durante los días lectivos como durante el fin de semana. No obstante, entre los chicos, se observa un claro descenso entre los 11 y los 15 años en aproximadamente la mitad de los países, pero este descenso solamente se observa en cuatro países cuando se trata de las horas dedicadas a los deberes durante el fin de semana.

## **La relación entre la conducta sedentaria y la actividad física**

En los análisis realizados acerca de las relaciones que existen entre los modelos de actividad física y los modelos de conducta sedentaria presentados en este estudio se observan diferencias según el género y el área geográfica, siendo 0.17 el factor de correlación más significativo. Aunque la dirección de la relación entre actividad física y conducta sedentaria no fue consistente en todos los países, se pudieron distinguir ciertos patrones.

En las chicas se pudo observar una relación negativa bastante considerable entre el uso de la televisión y la actividad física en casi todos los países y regiones: es decir que la actividad física disminuye cuando aumenta la cantidad de horas de televisión. Solamente en la mitad de los países y regiones se pudo observar una relación significativamente positiva entre el uso del ordenador/horas dedicadas a los deberes y la actividad física.

En la mayoría de los países no se han observado relaciones significativas entre la actividad física y el comportamiento sedentario para los chicos. Y cuando se han hallado relaciones significativas, éstas se establecían entre el uso de la televisión y la participación en actividades físicas, tratándose en la mayoría de los casos de una relación negativa, y lo mismo sucedía con la relación entre el uso del ordenador y la actividad física. Y esto es lo contrario a los modelos observados entre las chicas. En los pocos países en los que se podía observar una relación significativa entre las horas dedicadas a los deberes y la actividad física en los chicos, la dirección de esta relación varía y no llega a mostrar ningún modelo claro.

**Fig.3.22. Jóvenes que dedican  $\geq 3$  horas diarias a realizar los deberes escolares durante los días lectivos (%)**

Jóvenes de 11 años			Jóvenes de 13 años			Jóvenes de 15 años		
País o región	Chicas	Chicos	País o región	Chicas	Chicos	País o región	Chicas	Chicos
Grecia	62,1	47,8	Grecia	76,8	55,4	Grecia	71,6	45,4
Italia	44,0	26,6	Ucrania	57,5	32,7	Malta	60,5	24,1
Malta	33,7	30,1	Hungría	49,2	24,6	Italia	54,1	26,4
Ucrania	35,9	25,0	Italia	44,7	24,7	Letonia	47,7	27,1
Croacia	35,1	24,6	Federación Rusa	40,5	28,1	Croacia	48,0	24,0
Hungría	36,7	21,3	Croacia	45,8	20,3	Federación Rusa	43,8	27,1
Federación Rusa	32,8	22,1	Malta	43,8	19,6	Hungría	41,2	21,4
ARY Macedonia	24,5	26,9	España	38,5	21,7	Ucrania	45,3	21,7
España	26,3	20,2	Letonia	37,8	21,9	España	42,5	20,4
Polonia	27,9	16,9	Letonia	40,6	15,5	Irlanda	34,1	26,7
Letonia	21,6	16,7	Estonia	32,9	16,1	Lituania	46,2	13,5
Israel	20,4	16,3	Polonia	31,2	16,7	Polonia	41,0	14,2
Portugal	18,7	14,7	ARY Macedonia	24,2	22,6	Estonia	39,0	14,7
Estonia	22,5	10,7	Bélgica (flamenca)	25,2	14,2	ARY Macedonia	26,2	19,9
Lituania	20,1	8,5	Portugal	24,3	15,2	Groenlandia	21,6	22,9
Groenlandia	14,4	12,6	Francia	18,0	15,5	Gales	25,6	16,2
Gales	11,9	12,7	Holanda	16,3	16,3	Portugal	29,0	9,2
EEUU	13,0	10,8	Groenlandia	15,6	15,9	Inglaterra	24,8	12,1
Francia	9,3	9,6	Israel	18,4	11,0	Francia	20,8	15,3
Bélgica (francesa)	9,2	8,2	Bélgica (francesa)	18,8	11,0	Austria	18,5	12,3
Noruega	9,7	7,4	Noruega	15,9	13,3	Holanda	19,6	10,3
Austria	7,4	9,5	Irlanda	15,9	8,7	Bélgica(francesa)	18,6	9,9
Bélgica (flamenca)	8,9	7,6	EEUU	12,0	10,0	Escocia	16,2	12,6
Inglaterra	10,0	6,3	Austria	11,7	9,4	EEUU	17,7	10,5
Canadá	7,3	6,4	Canadá	12,2	8,7	Israel	17,6	9,3
República Checa	6,6	6,6	Alemania	11,0	8,6	Bélgica(flamenca)	15,4	11,6
Alemania	6,7	6,4	República Checa	12,2	6,8	Noruega	14,6	9,1
Eslovenia	7,3	4,7	Gales	10,7	8,4	Suecia	15,2	7,0
Holanda	5,9	5,5	Inglaterra	10,9	6,5	Canadá	13,5	5,7
Escocia	3,5	6,5	Eslovenia	9,9	4,9	Alemania	10,4	8,2
Irlanda	4,2	4,2	Suiza	8,5	6,0	Eslovenia	7,8	4,7
Suiza	3,6	4,8	Suecia	6,4	7,8	Suiza	5,5	3,8
Suecia	4,1	4,0	Escocia	7,6	6,4	República Checa	4,6	3,2
Finlandia	1,8	2,1	Finlandia	2,6	0,9	Finlandia	2,9	0,7
Promedio HBSC	17,2	13,0	Promedio HBSC	24,6	15,3	Promedio HBSC	28,2	14,6

Nota: No existen datos disponibles para Dinamarca

**Fig. 3.23. Jóvenes que dedican  $\geq 3$  horas diarias a realizar los deberes escolares durante el fin de semana (%).**

Jóvenes de 11 años			Jóvenes de 13 años			Jóvenes de 15 años		
País o región	Chicas	Chicos	País o región	Chicas	Chicos	País o región	Chicas	Chicos
Grecia	49,8	41,4	Grecia	70,3	47,0	Grecia	69,8	45,3
Hungría	39,7	30,5	Hungría	56,4	31,8	Malta	64,7	32,5
ARY Macedonia	29,8	31,2	Ucrania	46,4	27,9	Hungría	49,2	31,4
Croacia	35,4	25,9	Bélgica (flamenca)	41,8	25,2	Federación Rusa	47,2	31,0
Malta	26,9	28,7	Croacia	42,0	26,3	Croacia	49,6	26,9
Ucrania	30,9	23,0	Federación Rusa	39,8	26,4	Letonia	44,7	26,4
Federación Rusa	29,3	21,6	ARY Macedonia	33,6	28,2	Portugal	47,5	20,1
Italia	28,4	21,6	Malta	37,6	21,2	ARY Macedonia	36,2	31,5
Portugal	26,3	17,3	España	34,0	21,1	Gales	39,2	27,3
España	23,2	19,6	Letonia	32,7	20,6	Irlanda	37,2	24,6
Gales	18,9	18,3	Portugal	34,8	17,1	Inglaterra	38,8	21,4
Letonia	18,7	17,4	Francia	27,8	20,0	Francia	39,8	21,5
Polonia	21,3	14,1	Polonia	29,0	17,5	Ucrania	39,2	21,1
Groenlandia	15,4	19,5	Italia	29,8	14,7	Polonia	40,2	19,0
Israel	17,5	13,4	Bélica (francesa)	27,2	16,8	Bélgica (flamenca)	34,5	21,1
Inglaterra	12,8	10,6	Estonia	24,6	14,5	España	34,0	20,0
Francia	11,0	10,6	Lituania	25,2	9,6	Bélgica (francesa)	32,8	18,1
Bélgica (flamenca)	10,6	10,4	Holanda	19,6	14,0	Estonia	35,8	14,5
Estonia	12,4	8,0	Groenlandia	14,2	17,4	Italia	30,8	16,8
Bélgica (francesa)	10,8	8,8	Gales	18,3	13,3	Groenlandia	23,1	24,5
Lituania	11,4	6,7	Inglaterra	18,5	8,8	Lituania	34,1	9,9
Canadá	6,7	5,4	Israel	15,7	10,9	Holanda	26,5	13,8
Austria	4,4	7,5	Irlanda	15,9	10,7	Escocia	23,7	15,5
República Checa	5,2	6,0	Canadá	14,2	10,1	Israel	19,4	11,2
Holanda	5,1	5,2	República Checa	11,4	6,0	Austria	18,1	13,2
Eslovenia	4,3	5,8	Suiza	9,1	7,8	Canadá	14,8	8,4
EEUU	4,0	5,0	Eslovenia	9,8	6,1	Eslovenia	12,9	8,3
Alemania	3,5	5,3	Alemania	7,9	7,2	Alemania	11,4	8,4
Irlanda	3,0	5,2	Austria	7,1	6,5	EEUU	10,4	8,6
Escocia	2,4	2,6	Escocia	7,5	6,1	Suecia	12,4	5,3
Suiza	2,3	2,8	EEUU	6,9	5,9	Suiza	11,2	5,0
Suecia	1,8	1,4	Noruega	5,8	4,6	Noruega	8,7	3,8
Finlandia	1,4	1,3	Suecia	2,3	2,7	República Checa	4,7	3,1
Noruega	1,1	1,1	Finlandia	2,7	0,8	Finlandia	4,1	1,4
Promedio HBSC	14,8	12,5	Promedio HBSC	24,2	15,3	Promedio HBSC	30,9	17,3

Nota: No existen datos disponibles para Dinamarca

## Debate

En las proporciones de jóvenes que presentan índices altos de horas dedicadas a ver la televisión, a utilizar el ordenador y a realizar los deberes se observan diferencias geográficas bastante notables, pero la primera de estas tres actividades sedentarias es la más común en todas las áreas. El porcentaje de jóvenes que presentan índices elevados de uso de la televisión es mayor que el porcentaje del uso del ordenador o de horas dedicadas a realizar los deberes escolares durante la semana en 29 de los 35 países y regiones y en 33 de los 35 durante los fines de semana. Más del 25% de los jóvenes consultados dijo ver la televisión o el vídeo 4 horas diarias los días lectivos y este porcentaje ascendía casi al 50% para el fin de semana.

De este modo, los jóvenes dedican una parte significativa de su tiempo a ver la televisión en muchos países y regiones. Y esto representa una preocupación potencial ya que se han establecido relaciones entre las horas de televisión y la obesidad y el consumo de alimentos ricos en energías densas (7), y además, las horas dedicadas a ver la televisión reducen el tiempo disponible para realizar pasatiempos físicos. De hecho, según la recomendación del Colegio Estadounidense de Pediatras "*American Academy of Pediatrics*" los niños no deberían ver más de dos horas de televisión al día (1). Un gran porcentaje de jóvenes encuestados no cumple esta recomendación.

Como cabe esperar, en todos los países y regiones se observa un mayor número de jóvenes que presentan índices elevados de horas dedicadas a ver la televisión (excepto en Israel) y uso del ordenador durante el fin de semana, puesto que es entonces cuando disponen de más tiempo libre. En Israel, las prácticas religiosas pueden llegar a reducir notablemente el tiempo disponible para usar los medios de comunicación durante el fin de semana.

Cierto número de factores puede ayudar a explicar las largas horas que pasan los jóvenes frente al televisor o el ordenador. La calidad y la variedad de los programas varían enormemente entre los distintos países, y esto, en combinación con las actitudes culturales y/o parentales puede influir en la cantidad de tiempo que dedica un joven a ver la televisión. Los índices elevados de uso de los medios de comunicación están determinados por la facilidad de acceso a los equipos, y este hecho puede verse reflejado hasta cierto punto en las clasificaciones de niveles altos de uso del ordenador. Sin embargo, en algunos de los países y regiones más prósperas donde los índices de ordenadores en propiedad son bastante elevados, el porcentaje de jóvenes que presentan un uso elevado del ordenador es comparativamente bajo, indicando con ello, que la facilidad de acceso constituye solamente una explicación parcial. Además, los costes de acceso a Internet pueden influir en la cantidad de tiempo que un joven se puede pasar al ordenador y la entrada de los videojuegos en muchos países puede reducir ese tiempo. La manera en que los jóvenes usan los ordenadores está cambiando en muchos países. Bajar música de Internet y la interacción a través de la participación en los foros de chat se han convertido en actividades cada vez más populares y ofrecen un potencial mucho mayor de añadir aspectos sociales a esta actividad sedentaria.

Los índices elevados de horas dedicadas al uso del ordenador o la televisión se pueden percibir positiva o negativamente, dependiendo del contenido del programa televisivo que se esté viendo o del propósito para el que se esté usando el ordenador.

Las variaciones por área geográfica de los porcentajes de jóvenes que declaran dedicar largas horas a realizar los deberes escolares tanto los días lectivos como el fin de semana pueden estar reflejando las diferencias de los distintos sistemas escolares y/o la duración del día escolar. En aquellos países y regiones donde la jornada escolar sea más bien corta, los estudiantes quizás necesiten completar un volumen habitual de trabajo en casa. Del mismo modo, si la jornada escolar es larga, quizá sea poco probable tener deberes para realizar en casa. A veces, el volumen de los deberes puede verse incrementado cuando se reciben además clases privadas extraescolares para preparar los exámenes, como es el caso de Grecia. En algunos países, el programa de estudios es tan completo y apretado y/o exigente que los jóvenes tienen que realizar tareas adicionales en casa independientemente de lo larga que sea la jornada escolar. Por otro lado, la actitud hacia los deberes y el valor atribuido a los logros académicos puede variar entre los sistemas escolares y los distintos países.

Aunque el porcentaje de jóvenes que presentan índices elevados de participación en las tres actividades cambia con la edad, no se observa ningún modelo claro en estos cambios, ni tampoco diferencias entre los chicos y las chicas. Los porcentajes de chicos que presentan índices altos de uso del ordenador durante la semana y el fin de semana e índices elevados de horas de televisión y muchas horas dedicadas a realizar los deberes los días lectivos aumentan entre las edades de 11 a 15 años en prácticamente todos los países y regiones. Entre los chicos, los cambios atribuidos a la edad para el uso de la televisión y las horas dedicadas a los deberes durante la semana están más bien mezclados. En el caso de las chicas de prácticamente todos los países y regiones, las sesiones largas de deberes durante la semana y los fines de semana así como los índices elevados de horas de televisión durante los fines de semana aumenta entre las edades de 11 y 15 años. Entre las chicas, los cambios atribuidos a la edad para el uso de la televisión durante la semana y el uso del ordenador a diario y durante el fin de semana están más bien mezclados. Los chicos y las chicas se enfrentan de manera diferente a la necesidad de lidiar con la presión de socializarse, que va creciendo con la edad, por un lado y con la presión de obtener buenos resultados académicos por otro, y estas diferencias se observan tanto dentro de un mismo país como entre los diferentes países y regiones. Estas diferencias se ven determinadas por las prioridades de cada individuo, que a su vez están influenciadas por las normas sociales de cada país.

Estas tres actividades sedentarias presentan unas diferencias considerables por género que varían en grado. La mayor diferencia se observa en el uso del ordenador: en la mayoría de los países y regiones, la proporción general de chicos que presentan un índice alto de uso del ordenador duplica como mínimo el porcentaje de chicas. En lo que respecta a los deberes, las diferencias genéricas son menos pronunciadas y muestran la dirección contraria, las chicas presentan un índice elevado de largas sesiones de trabajo con los deberes de un orden de 1.2 a 2 veces superior al de los chicos. En cuanto a las horas de televisión, la diferencia relativa es pequeña si la comparamos con la que se observa en las otras dos actividades, siendo los chicos los que presentan un porcentaje ligeramente superior al de las chicas.

Las relaciones que se han encontrado entre las tres actividades sedentarias y la actividad física son débiles para todos los casos. Todas muestran diferencias por género, edad y área geográfica con lo que no surge ningún modelo claro. La imagen conflictiva que se observa en la relación entre el uso del ordenador/los deberes y la actividad física puede atribuirse en parte a las marcadas diferencias de género observadas en estas actividades sedentarias. Por otro lado, la diferencia por género relativamente nimia que se observa para el uso de la televisión puede contribuir al hecho de que entre los países y regiones se hayan encontrado modelos más coherentes para una relación negativa entre las horas de televisión y la actividad física.

Los datos no sostienen la opinión de que los índices elevados de actividades sedentarias están directamente relacionados con los niveles bajos de actividad física, y apuntan a la idea de que reducir el número de horas que los jóvenes se pasan ante la pantalla del televisor quizá no ejerza un gran impacto en el gasto de energía. No obstante, ver la televisión o los vídeos puede afectar el equilibrio energético general debido a que se ha asociado esta actividad sedentaria a un incremento en el aporte de energía, lo cual contribuye a la obesidad infantil.

Resumiendo, aunque se ha establecido que la participación en estas actividades sedentarias varía considerablemente, no se ha hallado ningún establecimiento claro de modelos entre los países y regiones que se encuentran en el cuartil superior o inferior de la clasificación. Los países y regiones muestran unas similitudes bastante más claras en la consistencia que se observa en las diferencias genéricas para los índices elevados de uso del ordenador y las largas sesiones de deberes. Si bien es cierto que ver la televisión y los vídeos ha alcanzado una universalidad popular tanto entre chicos como entre chicas, los índices elevados de uso del ordenador son más comunes para los chicos y las largas sesiones de deberes para las chicas. La explicación de la afirmación anterior se puede encontrar en el hecho de que los chicos y las chicas presentan maneras diferentes de usar el ordenador. No es posible llegar a ninguna conclusión en este documento ya que el estudio HBSC del 2001/2002 no investigó los tipos diferentes de uso del ordenador.

Lo que resulta más desconcertante es la persistente diferencia por género para las largas sesiones de deberes, ya que supuestamente las chicas y los chicos reciben el mismo volumen de deberes. ¿Será que los chicos trabajan con mayor rapidez que las chicas y por ello terminan sus deberes en menos tiempo? ¿Será que las chicas son más concienzudas que los chicos y por ello entregan más atención y tiempo a los deberes? ¿Será que las chicas están académicamente más motivadas? ¿Decrecerá esta diferencia genérica a mitad que se alcance mayor igualdad entre los sexos en toda la Región Europea de la OMS y Norteamérica? Estas son preguntas intrigantes que posiblemente puedan verse resueltas a través de una investigación cualitativa.

## **Bibliografía**

1. American Academy of Pediatrics. Children, adolescents, and television. *Pediatrics*, 2001, 107(2): 423–426.
2. Kraut R et al. A social technology that reduces social involvement and psychological well-being? *American Psychology*, 1998, 53:1017–1031.

3. Dietz WH, Gortmaker SL. Do we fatten our children at the television set? Obesity and television viewing in children and adolescents. *Pediatrics*, 1985, 75(5):807–812.
4. Andersen RE et al. Relationship of physical activity and television watching with body weight and level of fatness among children. *JAMA*, 1998, 279(12):938–942.
5. Hernandez B et al. Association of obesity with physical activity, television programs and other forms of video viewing among children in Mexico City. *International Journal of Obesity*, 1999, 23:845– 854.
6. Guan-Sheng MA et al. Effect of television viewing on pediatric obesity. *Biomedical and Environmental Sciences*, 2002, 15:291–297.
7. Dietz W. Factors associated with childhood obesity. *Nutrition*, 1991, 7(4):290–291.
8. Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS. Childhood obesity: public health crisis, common sense cure. *Lancet*, 2002, 360:473-482.
9. Ho SMY, Lee TMC. Computer use and its relationship with adolescent lifestyle in Hong Kong. *Journal of Adolescent Health*, 2001, 29:259–266.
10. Marshall SJ et al. Clustering of sedentary behaviours and physical activity among youth: a cross-national study. *Pediatric Exercise Science*, 2002, 14(4):401–417.
11. Rocheleau B. Computer use by school-age children: trends, patterns, and predictors. *Journal of Educational Computing Research*, 1995, 12(1):1–17.
12. Hickman M, Roberts C, Gaspar de Matos M. Exercise and leisure time activities. In: Currie C et al., eds. *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000:73–82 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 1; <http://www.who.dk/document/e67880.pdf>, accessed 20 January 2004).

# Los hábitos alimentarios – *Carine Vereecken, Kristiina Osaka y Marina Delgrande Jordan*

## Introducción

En el periodo de la adolescencia aumenta la necesidad fisiológica de nutrientes y se hace especialmente importante tener una dieta de alta calidad nutritiva (1). La OMS reconoce que los jóvenes que desarrollan y adquieren unos hábitos alimentarios saludables en una edad temprana tienen más probabilidades de mantenerlos más tarde durante la madurez y de reducir los riesgos de padecer enfermedades crónicas como las enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes mellitus no dependiente de insulina y osteoporosis (2,3).

Una dieta adecuada y equilibrada durante la infancia y la adolescencia probablemente reducirá el riesgo de padecer problemas de salud inmediatos, como caries, anemia, un retraso en el crecimiento constitucional, sobrepeso y obesidad. Los modelos de alimentación son también importantes. Por ejemplo, el hecho de saltarse el desayuno puede causar fatiga a media mañana e interfiere con el aprendizaje y la cognición, estos efectos son más acusados en los jóvenes que se encuentran nutritivamente en una situación de riesgo que en los chicos y chicas bien nutridos (4). Las personas que se saltan el desayuno muestran una mayor tendencia a tomar algún tentempié que generalmente suele tratarse de un alimento graso y con un bajo contenido en fibra durante el resto del día (5). Además, se ha asociado el desayuno, y especialmente cuando se trata de un desayuno reforzado con la ingesta de cereales, con una mejora global del estado nutritivo (6), y los jóvenes que consumen un mínimo de dos comidas diarias, picando o sin picar nada entre las comidas, tienen una dieta más rica y densa en nutrientes (7).

Los factores sociales ejercen una considerable influencia en el aporte dietético, especialmente durante la adolescencia. Los hábitos alimentarios de los jóvenes reflejan una influencia familiar cada vez más débil frente a una influencia creciente de los compañeros en la elección de los alimentos y el establecimiento de un modelo para las comidas. Los cambios en los hábitos alimentarios a esta edad pueden estar asociados a la necesidad de expresar libertad e independencia ante el control parental y al hecho de estar forjando al propia identidad (8,9). Esta floreciente independencia se puede percibir en el incremento de la cantidad de alimentos que se consumen fuera del hogar y el centro escolar, que a menudo suele tratarse de comidas para llevar o comidas rápidas (10). Los niños y los adolescentes se ven igualmente influidos por el marketing extensivo y la publicidad que los bombardea.

Otro de los factores que influyen en los hábitos alimentarios son las presiones culturales predominantes en los países industrializados, que proyectan la imagen del llamado cuerpo ideal. El deseo de estar delgado(a) y el estigma asociado a la obesidad puede ser una fuente de preocupaciones entre los jóvenes, y esto puede ejercer un efecto considerable en la apariencia física, la estima por el propio cuerpo y la autoestima.

Los modelos que muestran una preferencia por picar entre comidas pueden llegar a comprometer el contenido alimentario de la dieta durante el periodo de la adolescencia ya que puede causar una reducción del consumo de

frutas y verduras que constituyen una fuente importante de hidratos de carbono, vitaminas y minerales. Un consumo periódico y abundante de frutas y verduras puede reducir el riesgo de desarrollar enfermedades degenerativas crónicas. El consumo de refrescos y dulces, que contienen una gran cantidad de calorías vacías, pone en riesgo la ingesta de alimentos más nutritivos y puede llegar a dificultar la conformidad a las directrices dietéticas actuales (11). Es más, se ha sugerido que existe una relación entre el consumo de bebidas azucaradas y el aumento de la prevalencia de la obesidad (12).

## Métodos

Resulta difícil medir los hábitos alimentarios de los niños y adolescentes. Las diferencias culturales y climáticas que se dan entre los países y regiones de HBSC agravan estos retos. Los instrumentos de medición normalizados, como los diarios de alimentación y los recordatorios que se repiten las 24 horas resultan onerosos, requieren de una gran inversión de tiempo y quedan fuera del alcance de este estudio. Los cuestionarios sobre la frecuencia detallada del consumo de alimentos tampoco son adecuados porque el espacio disponible en los cuestionarios internacionales homologados es más bien limitado y porque existe una gran variación en los modelos alimentarios. Es por este motivo que el estudio realizado en 2001/2002 recurrió un conjunto de cuestiones temáticas que resultaba interesante para la mayoría de los países y regiones y que reflejaba de manera general los hábitos alimentarios transnacionales: los modelos de las comidas y el consumo de frutas, verduras, dulces y refrescos.

Las cuestiones diseñadas a recoger datos sobre la frecuencia en que se toma el desayuno, la comida (del mediodía) y la cena (la comida vespertina) sirvieron para medir el modelo para las comidas. Se solicitó a los jóvenes que respondieran por separado para los campos relativos a la frecuencia de los días lectivos y la del fin de semana.

*¿Con qué frecuencia desayunas (algo más que un vaso de leche o de zumo)?* Las opciones de respuesta eran: *Nunca desayuno durante la semana, Un día, Dos días, Tres días, Cuatro días, Cinco días.* Las respuestas para el fin de semana eran: *Nunca desayuno los fines de semana, Normalmente suelo desayunos uno de los días del fin de semana (el sábado O el domingo), Normalmente desayuno todos los días del fin de semana (el sábado Y el domingo).*

Se planteó el mismo tipo de pregunta para las tres comidas, pero solamente se presentan los datos relativos al desayuno porque los jóvenes muestran una mayor tendencia a saltarse esta comida.

Las cuestiones relativas al consumo de alimentos eran: *¿Cuántas veces por semana comes o bebes...Fruta/Verduras/Dulces (golosinas o chocolate)/coca cola u otros refrescos que contengan azúcar?* Las opciones de respuesta eran las siguientes: *Nunca, Menos de una vez a la semana; Una vez a la semana; de 2 a 4 días por semana; de 5 a 6 días por semana; Una vez al día, cada día; Todos los días más de una vez.*

Se replantearon las opciones de respuesta del estudio de 2001/2002 para que fueran más exhaustivas en esta ocasión, por este motivo no es posible realizar comparaciones con los datos obtenidos del estudio HBSC anterior.

## Resultados

La comparación entre los diversos países se debería realizar con prudencia. Como ya se indicó anteriormente, es necesario prestar una atención especial a los factores culturales cuando no fijamos en las diferencias transnacionales que se observan en los hábitos alimentarios. Por ejemplo, algunos platos regionales pueden contener una gran cantidad de verduras encubiertas (como por ejemplo las sopas y los guisos) y esto puede influir en la clasificación de los países y regiones. Las diferencias estacionales en el desarrollo temporal de los trabajos agrícolas pueden influir igualmente en el consumo de frutas, verdura, y refrescos. La disponibilidad y el precio de los artículos alimentarios entre los distintos países también pueden ejercer su influencia en las diferencias geográficas.

## Consumo del desayuno

La Fig.3.24 muestra los porcentajes de jóvenes que desayunan cada día durante los días lectivos; como media el 69% de los chicos y el 60% de las chicas. No obstante, las cifras muestran diferencias geográficas notables, con rangos que oscilan entre el 44% y el 90% para el grupo de edad de 11 años, el 36% y el 79% para el de 13 años y el 34% y el 75% para el de 15 años.

Los chicos desayunan con más frecuencia que las chicas. Esta diferencia de género se agudiza más con la edad: entre las edades de 11 y 15 años, el consumo del desayuno cae en un 9% entre los chicos y en un 17% entre las chicas. En Inglaterra, Escocia y Gales esta diferencia alcanza el 20% a los 15 años. El descenso de consumo asociado al aumento de edad es más notable en las chicas holandesas: el 29%.

## El consumo de frutas

Como media, solamente el 30% de los chicos y el 37% de las chicas declaran comer fruta todos los días. El consumo es más elevado en Israel (el 49% de los chicos y el 54% de las chicas) e inferior en Estonia (el 17% en los chicos y el 23% en las chicas) (Fig. 3.25).

Las proporciones globales de jóvenes que comen fruta 5 o más días a la semana es del 45% para los chicos y el 51% para las chicas, con respuestas que oscilan entre el 30% y el 67%. En 16 países y regiones, más del 25% de la población joven consume fruta solamente en algunas ocasiones (una vez a la semana o menos).

En casi todos los países y regiones son más las chicas que declaran comer fruta cada día que los chicos, aunque las variaciones por área geográfica son considerables.

En todos los países y regiones, con la excepción de Italia, la proporción de jóvenes que consumen fruta diariamente disminuye con la edad. Este descenso es mayor entre los chicos: más del 10% en dos terceras partes de los países y regiones. Las chicas presentan una frecuencia similar solamente para una tercera parte.

## **El consumo de verduras**

En todos los países y regiones con la excepción de Bélgica (la región flamenca) menos de un 50% de los jóvenes declaran comer verduras todos los días (Fig. 3,26).

Al igual que sucedía con el consumo de frutas, las chicas dicen, en general, comer verduras con más frecuencia que los chicos (34% y 28% respectivamente). Esta diferencia supera el 10% en tres países y regiones (Bélgica (la región flamenca), Finlandia y Alemania) y supera el 5% en otros 17.

La comparación entre los tres grupos de edad muestra un ligero descenso de aproximadamente el 4-5% entre los jóvenes de 11 y 15 años. La reducción en el consumo diario de verduras entre las edades de 11 y 15 años excede el 10% para ambos géneros en Croacia, Francia, para los chicos en Groenlandia y Lituania y para las chicas en Noruega y Portugal.

**Fig.3.24. Jóvenes que desayunan todos los días lectivos (%)**

Jóvenes de 11 años			Jóvenes de 13 años			Jóvenes de 15 años		
País o región	Chicas	Chicos	País o región	Chicas	Chicos	País o región	Chicas	Chicos
Holanda	89,9	89,1	Portugal	75,8	83,1	Portugal	70,5	79,0
Portugal	84,9	91,4	Ucrania	75,8	82,2	Ucrania	70,4	76,5
Suecia	84,1	83,9	Holanda	74,0	80,1	Estonia	67,0	76,4
Bélgica (flamenca)	80,5	83,3	Letonia	71,7	79,7	Letonia	65,5	79,4
España	79,1	83,4	Bélgica (flamenca)	72,8	76,7	Lituania	60,6	76,9
Ucrania	81,1	79,7	Estonia	71,6	76,9	Holanda	61,3	73,6
Irlanda	79,4	81,2	Lituania	67,6	77,7	Bélgica (flamenca)	62,1	72,3
Dinamarca	79,0	79,6	España	67,5	75,7	Dinamarca	62,3	72,6
Francia	75,0	80,8	Dinamarca	65,9	77,2	Suecia	60,1	72,1
Finlandia	75,2	78,7	Francia	65,5	76,5	Francia	57,4	72,9
Croacia	75,4	77,6	Irlanda	63,5	78,3	Polonia	60,3	70,3
Letonia	78,0	74,2	Suecia	64,3	75,9	Federación Rusa	61,1	69,9
Estonia	75,2	75,1	Noruega	63,7	75,4	Croacia	60,9	67,6
Alemania	74,7	75,8	Federación Rusa	65,3	74,1	Noruega	56,0	70,5
Noruega	74,1	76,3	Croacia	67,4	70,4	España	55,2	72,3
Lituania	72,6	76,3	Polonia	63,5	72,7	Irlanda	55,3	73,2
Bélgica (francesa)	71,1	76,7	Alemania	60,5	70,9	Finlandia	54,8	66,4
Polonia	74,4	72,9	Finlandia	57,1	72,6	Alemania	56,0	64,1
Federación Rusa	70,4	72,2	Bélgica (francesa)	58,6	68,7	Bélgica (francesa)	54,1	61,9
Canadá	66,3	76,6	Groenlandia	60,6	64,7	Italia	50,5	64,2
Escocia	65,3	74,5	Italia	54,5	65,2	Groenlandia	50,4	62,5
Italia	66,9	72,9	ARY Macedonia	58,2	58,3	ARY Macedonia	50,1	61,2
Groenlandia	71,5	59,8	Escocia	48,7	64,3	Escocia	41,1	61,2
Austria	62,7	67,3	Austria	50,8	61,1	Austria	45,3	57,0
Suiza	59,9	66,5	Canadá	49,7	62,0	Inglaterra	39,7	62,4
Inglaterra	60,1	66,1	Gales	43,9	64,6	Gales	38,7	58,1
Gales	60,2	65,8	Inglaterra	46,2	62,0	Malta	42,6	53,1
Hungría	61,7	63,4	Suiza	46,8	57,0	Canadá	41,5	52,8
ARY Macedonia	61,7	61,9	Malta	46,9	53,9	Hungría	42,6	52,4
República Checa	54,4	65,0	Hungría	42,7	57,4	República Checa	37,6	55,6
EEUU	54,2	64,5	República Checa	43,3	54,6	Suiza	39,1	51,9
Malta	58,1	58,8	Grecia	41,0	53,4	Eslovenia	35,9	39,7
Grecia	47,0	59,0	EEUU	40,0	55,0	Grecia	30,8	42,2
Israel	45,8	48,4	Israel	35,2	42,5	EEUU	28,7	41,0
Eslovenia	40,0	47,2	Eslovenia	33,6	38,6	Israel	29,9	38,7
Promedio HBSC	69,1	72,9	Promedio HBSC	57,4	67,8	Promedio HBSC	51,7	64,1

**Fig. 3.25. Jóvenes que comen fruta todos los días (%)**

Jóvenes de 11 años			Jóvenes de 13 años			Jóvenes de 15 años		
País o región	Chicas	Chicos	País o región	Chicas	Chicos	País o región	Chicas	Chicos
Portugal	58,3	51,5	Israel	52,8	47,9	Israel	52,2	46,1
Malta	59,4	47,7	Portugal	52,4	42,9	ARY Macedonia	48,5	35,2
Israel	56,2	52,1	Malta	49,6	44,1	Polonia	47,7	36,0
Polonia	54,9	44,0	Polonia	51,1	43,1	Portugal	45,5	36,0
República Checa	54,1	41,6	Alemania	47,1	37,2	Malta	43,8	37,7
Alemania	51,0	43,3	República Checa	47,4	36,3	Italia	39,7	41,8
Austria	52,6	39,9	ARY Macedonia	43,8	39,0	Alemania	42,7	33,1
ARY Macedonia	48,1	44,1	Grecia	44,2	38,1	República Checa	45,0	29,0
Eslovenia	50,8	39,3	Austria	44,3	35,3	Bélgica (francesa)	34,9	32,4
Grecia	47,6	41,7	Bélgica (francesa)	40,7	37,3	España	34,9	31,4
Canadá	48,3	38,7	Canadá	39,7	36,5	Eslovenia	39,6	26,7
España	42,2	42,1	Eslovenia	42,7	32,1	Suiza	39,4	25,6
Bélgica (francesa)	44,5	39,4	Croacia	39,9	32,0	Canadá	34,0	26,8
Croacia	43,5	40,5	Italia	35,6	35,4	Irlanda	33,3	25,9
Escocia	45,3	37,1	España	35,6	33,5	Francia	30,1	28,4
Francia	39,1	40,5	Suiza	37,0	31,6	Grecia	31,8	25,3
Suiza	43,5	35,6	Francia	34,1	33,2	Croacia	31,1	22,9
Italia	40,1	37,9	Irlanda	33,9	29,4	Escocia	29,3	25,1
Dinamarca	42,6	33,5	Escocia	32,9	30,7	Dinamarca	35,9	17,6
Hungría	38,2	37,7	Hungría	32,9	29,1	Austria	31,8	20,5
Irlanda	41,3	31,5	Dinamarca	36,8	25,0	Hungría	29,0	21,0
Suecia	36,8	34,7	Noruega	34,1	23,7	Inglaterra	28,3	21,1
Noruega	40,5	28,0	Federación Rusa	31,5	25,6	Noruega	29,5	18,5
EEUU	33,2	33,9	Holanda	29,4	27,6	Holanda	26,9	20,2
Holanda	32,8	31,5	EEUU	27,6	28,7	Letonia	24,0	20,7
Federación Rusa	31,0	30,5	Ucrania	27,9	26,6	Bélgica (flamenca)	27,7	16,4
Bélgica (flamenca)	32,6	27,3	Bélgica (flamenca)	30,7	22,6	Federación Rusa	24,8	18,4
Inglaterra	30,3	28,4	Inglaterra	28,1	24,1	Suecia	22,5	21,4
Ucrania	28,6	27,2	Groenlandia	27,2	20,0	Gales	23,8	19,1
Gales	30,6	22,7	Letonia	26,4	21,4	EEUU	21,6	21,0
Letonia	27,1	23,4	Lituania	25,5	21,2	Finlandia	26,7	13,5
Lituania	24,8	24,1	Suecia	24,4	20,5	Lituania	22,2	15,7
Estonia	26,8	20,9	Finlandia	27,3	14,6	Ucrania	20,6	16,3
Finlandia	25,9	21,0	Gales	23,8	18,2	Estonia	20,2	12,0
Groenlandia	19,1	28,9	Estonia	21,8	19,0	Groenlandia	13,3	17,5
Promedio HBSC	40,7	35,5	Promedio HBSC	36,1	30,4	Promedio HBSC	32,5	24,7

**Fig. 3.26. Jóvenes que comen verduras todos los días (%).**

Jóvenes de 11 años			Jóvenes de 13 años			Jóvenes de 15 años		
País o región	Chicas	Chicos	País o región	Chicas	Chicos	País o región	Chicas	Chicos
Bélgica (flamenca)	55,6	47,4	Bélgica (flamenca)	57,4	47,2	Bélgica (flamenca)	60,4	46,1
Israel	52,7	47,4	Israel	49,6	47,3	Israel	51,4	43,6
Ucrania	51,5	48,0	Ucrania	49,8	42,7	Bélgica (francesa)	50,5	42,9
Francia	51,8	45,8	Bélgica (francesa)	50,7	41,1	Ucrania	44,8	40,3
Canadá	48,9	38,6	Francia	45,3	41,2	Irlanda	43,8	38,7
Bélgica (francesa)	44,2	40,3	Holanda	43,2	38,8	Holanda	44,7	34,0
Holanda	42,9	39,9	Canadá	43,3	38,0	Francia	40,5	35,8
Polonia	46,6	34,5	Irlanda	40,0	34,7	Canadá	40,1	30,4
Irlanda	42,7	35,4	Federación Rusa	37,1	35,9	Federación Rusa	36,8	30,8
Federación Rusa	40,1	34,4	Polonia	38,1	32,9	Polonia	36,5	29,5
Suiza	39,7	32,5	Escocia	37,8	33,1	Suiza	36,4	26,8
ARY Macedonia	36,6	34,1	Suiza	36,0	31,0	ARY Macedonia	34,7	27,8
Suecia	35,8	33,0	Alemania	37,1	26,2	Alemania	36,3	24,2
Alemania	40,2	28,1	ARY Macedonia	35,1	26,9	Escocia	30,4	29,5
Lituania	34,7	33,5	Lituania	30,7	31,2	Suecia	31,5	27,6
Escocia	39,5	29,0	Groenlandia	34,7	24,7	Inglaterra	32,4	25,6
Croacia	34,4	32,2	EEUU	33,4	26,2	EEUU	30,9	25,2
Dinamarca	34,5	30,4	Inglaterra	31,4	26,5	Letonia	26,0	24,9
Groenlandia	30,0	35,0	Letonia	30,5	27,4	Lituania	27,7	23,2
República Checa	35,1	28,4	Dinamarca	31,4	24,5	República Checa	29,6	20,4
Portugal	36,3	27,5	República Checa	30,2	22,4	Italia	29,7	19,3
EEUU	33,6	29,2	Portugal	28,9	22,2	Groenlandia	25,7	23,5
Letonia	35,8	26,8	Suecia	28,9	22,6	Dinamarca	28,2	20,9
Eslovenia	30,9	24,6	Eslovenia	29,6	20,2	Eslovenia	28,3	20,1
Inglaterra	29,2	25,6	Croacia	22,8	24,5	Gales	26,3	21,5
Noruega	29,9	22,0	Grecia	22,2	23,3	Finlandia	28,7	14,3
Finlandia	27,5	21,0	Noruega	24,4	19,5	Portugal	23,2	18,1
Grecia	25,6	21,8	Italia	25,1	15,6	Croacia	19,9	19,7
Malta	24,5	19,2	Finlandia	25,7	13,8	Noruega	19,8	16,6
Italia	22,7	18,1	Gales	21,2	18,2	Grecia	22,3	13,3
Gales	21,7	18,8	Austria	15,7	17,6	Malta	15,3	12,1
Austria	21,8	17,5	Estonia	16,9	14,7	Hungría	13,5	10,8
Estonia	20,6	18,4	Hungría	15,9	14,2	Austria	13,6	10,7
Hungría	18,7	16,3	Malta	14,5	10,2	Estonia	11,9	9,7
España	13,4	14,1	España	10,1	9,4	España	10,3	7,4
Promedio HBSC	36,1	30,5	Promedio HBSC	33,3	28,1	Promedio HBSC	32,0	25,5

## Los refrescos

En Israel, Malta, Holanda, Eslovenia, Escocia y los Estados Unidos el consumo diario de refrescos es del 40% o más (Fig. 3.27). El consumo es menor para todos los grupos de edad en algunos países escandinavos, (Dinamarca, Finlandia y Suecia) en los Estados de la región Báltica (Estonia, Letonia y Lituania) y en Grecia y Ucrania donde un porcentaje de jóvenes inferior al 20% dicen consumir refrescos diariamente.

Mientras que el 32% de chicos y el 25% de chicas declaran beber refrescos azucarados diariamente, el 32% de chicos y el 43% de chicas no los beben más de una vez por semana. Y de nuevo se puede observar una variación considerable entre los distintos países respecto a éste último hecho: una variación que oscila entre el 18% en Escocia y el 60% en Lituania.

Al contrario de lo que sucede con el consumo de frutas, verduras, el número de chicos que consumen refrescos diariamente es superior al de chicas y éste es el caso para la mayoría de los países y regiones y para todos los grupos de edad, con escasas excepciones. Aunque esta diferencia genérica es bastante pequeña para el grupo de 11 años, (el 29% de chicos frente al 23% de chicas), se va haciendo más marcada para los de 15 años (el 35% de chicos frente al 26% de chicas).

No obstante, en Portugal, los chicos y chicas de 15 años consumen menos refrescos que sus homólogos de 11 años. En todos los países y regiones restantes, las diferencias son pequeñas aunque muestran un ligero ascenso con la edad. Las diferencias existentes entre los distintos grupos de edad superan el 10% para los chicos en nueve países y regiones pero alcanzan el 10 % para las chicas en solamente dos.

## Dulces y golosinas

Aproximadamente una tercera parte de los jóvenes comen golosinas o chocolates más de una vez al día (Fig. 3.28) y una proporción similar (el 29%) los consume con una frecuencia de una vez o menos por semana. Los jóvenes de Dinamarca, Finlandia, Noruega y Suecia declaran comer dulces y golosinas con menor frecuencia. Malta presenta el porcentaje más elevado de consumidores diarios (el 54%), seguido por Escocia e Irlanda (el 45 y el 49% respectivamente).

En términos generales, las diferencia de género y edad relativas al consumo de dulces, golosinas y chocolates son insignificantes en comparación con las diferencias observadas para las cuestiones temáticas sobre alimentos y bebidas.

## Debate

Los resultados reflejan que en lo que respecta al consumo de alimentos, la variación entre los distintos países y regiones es bastante notable. Varios factores desempeñan un importante papel en la existencia de estas diferencias: las costumbres y los hábitos culturales, la disponibilidad (especialmente importante para las frutas, las verduras), los precios, la publicidad y las políticas nacionales que regulan y apoyan los temas relacionados con las frutas y las

verduras, como por ejemplo las políticas en materia de comidas escolares y los programas de educación sanitaria.

Los resultados indican que el consumo elevado de dulces y golosinas y refrescos es bastante común entre los adolescentes. Además un número considerable de jóvenes se saltan el desayuno y consumen pocas frutas, verduras. Solamente el 30% de los jóvenes come fruta diariamente a pesar de que durante la última década, muchos países han incrementado las campañas de promoción del consumo de frutas, verduras con el objeto de reducir el riesgo de las enfermedades crónicas relacionadas con la dieta. El número de jóvenes que comen verduras todos los días es incluso inferior. Por otro lado, el consumo de refrescos ha aumentado de manera dramática durante las últimas décadas: aproximadamente el 30% de los jóvenes dicen consumirlas diariamente en muchos países y regiones.

También resultan notables las diferencias de edad y género en lo relativo al consumo de frutas y verduras, el consumo de refrescos y el hábito de saltarse el desayuno. El hecho de que en las chicas se observe un porcentaje más elevado de jóvenes que se saltan el desayuno puede explicarse si tenemos en cuenta la proporción relativamente alta de chicas que intentan cambiar o mantener su peso (Véase la próxima sección). Saltarse las comidas, y concretamente el desayuno, puede ser un método muy popular de controlar el peso, pero a menudo se traduce en un mayor consumo de tentempiés a media mañana que pretenden sustituir el desayuno, y estos tentempiés suelen ser alimentos con un alto contenido en azúcar y grasas. (13). Asimismo, la creciente preocupación acerca del peso y el tipo puede explicar por qué las chicas consumen frutas, verduras con mayor frecuencia y refrescos con menor frecuencia.

**Fig. 3.27. Jóvenes que beben refrescos diariamente (%)**

Jóvenes de 11 años			Jóvenes de 13 años			Jóvenes de 15 años		
País o región	Chicas	Chicos	País o región	Chicas	Chicos	País o región	Chicas	Chicos
Israel	49,3	54,6	Israel	49,2	55,0	Israel	54,5	58,7
Escocia	40,4	47,3	Escocia	44,9	51,6	Escocia	45,2	53,9
EEUU	37,8	41,4	Holanda	41,3	49,2	Holanda	40,6	57,8
Malta	38,8	36,5	EEUU	40,6	47,8	Bélgica (flamenca)	36,2	55,2
Inglaterra	37,8	36,4	Malta	39,2	45,7	Eslovenia	41,8	46,1
Holanda	32,9	40,9	Bélgica (flamenca)	32,4	49,8	Irlanda	41,0	48,7
Eslovenia	33,7	39,0	Eslovenia	36,4	42,9	EEUU	39,8	47,1
Portugal	32,1	39,5	Groenlandia	33,3	45,5	Bélgica(francesa)	32,6	49,8
Bélgica (francesa)	32,0	37,8	Gales	38,5	38,7	Inglaterra	36,0	45,3
Gales	32,4	32,8	Bélgica (francesa)	35,6	40,0	Malta	35,9	45,0
Bélgica (flamenca)	27,1	38,0	Inglaterra	35,4	40,1	Groenlandia	31,4	48,5
Croacia	31,2	32,9	Irlanda	34,1	40,8	Gales	35,2	41,4
ARY Macedonia	30,2	33,4	Portugal	31,0	39,9	ARY Macedonia	34,0	41,6
Hungría	28,6	33,4	ARY Macedonia	29,6	36,8	Suiza	28,8	42,7
Irlanda	27,9	31,5	Suiza	27,4	39,0	Hungría	33,5	34,3
Suiza	25,2	32,5	Hungría	32,9	32,5	Croacia	32,2	33,7
Francia	24,9	30,4	Croacia	30,5	33,8	España	26,1	38,1
Groenlandia	25,8	28,1	Alemania	27,4	36,2	Alemania	26,0	37,7
Alemania	22,5	30,7	España	28,9	34,2	República Checa	27,2	34,7
España	22,5	30,5	República Checa	28,8	31,3	Francia	25,0	34,1
Polonia	20,6	30,1	Francia	26,8	32,7	Portugal	25,6	31,2
República Checa	23,3	27,1	Polonia	22,1	32,2	Noruega	22,3	32,,1
Italia	20,0	27,1	Italia	21,9	29,6	Austria	21,6	31,9
Federación Rusa	17,5	25,7	Federación Rusa	22,7	25,4	Canadá	16,8	36,6
Canadá	15,2	20,8	Canadá	19,8	27,1	Italia	19,8	28,9
Ucrania	16,1	18,2	Grecia	15,8	26,3	Polonia	17,8	29,4
Austria	12,5	18,3	Noruega	15,7	26,1	Federación Rusa	18,5	21,3
Grecia	11,5	18,4	Austria	17,4	23,0	Grecia	13,8	24,6
Noruega	10,9	16,1	Ucrania	15,9	20,7	Letonia	14,3	22,3
Letonia	9,2	14,1	Letonia	16,2	19,2	Ucrania	13,9	17,9
Estonia	7,8	13,0	Suecia	12,0	18,8	Suecia	7,8	21,1
Lituania	7,4	12,8	Dinamarca	8,3	14,5	Dinamarca	6,5	16,3
Suecia	6,0	11,9	Estonia	6,9	14,7	Lituania	7,9	11,8
Dinamarca	5,7	9,0	Lituania	9,1	11,7	Finlandia	5,1	11,5
Finlandia	4,6	7,5	Finlandia	5,9	11,3	Escocia	6,0	10,0
Promedio HBSC	23,2	28,5	Promedio HBSC	26,7	32,8	Promedio HBSC	25,8	34,5

**Fig.3.28 Jóvenes que comen dulces o golosinas diariamente (%)**

Jóvenes de 11 años			Jóvenes de 13 años			Jóvenes de 15 años		
País o región	Chicas	Chicos	País o región	Chicas	Chicos	País o región	Chicas	Chicos
Malta	56,6	46,4	Malta	55,3	59,3	Irlanda	56,3	52,0
Holanda	47,9	49,1	Irlanda	49,6	47,8	Malta	53,1	50,2
Escocia	41,6	45,8	Escocia	48,4	48,9	ARY Macedonia	52,3	41,7
Irlanda	42,3	44,4	Gracia	48,4	36,8	Bélgica (francesa)	44,7	48,1
Israel	43,3	41,9	ARY Macedonia	43,6	41,5	Escocia	38,8	45,7
Bélgica (francesa)	41,6	41,7	Holanda	40,3	42,9	Israel	41,9	40,1
Italia	37,5	36,9	Bélgica (francesa)	42,1	38,9	Italia	40,8	40,5
Polonia	36,0	37,4	Israel	40,1	36,5	Holanda	35,6	42,2
ARY Macedonia	36,1	36,4	Polonia	39,7	36,9	Polonia	35,3	33,0
Groenlandia	41,1	27,9	Croacia	39,2	35,5	Ucrania	35,5	32,3
Ucrania	37,0	32,6	Ucrania	41,3	33,4	Groenlandia	35,6	30,9
Croacia	32,8	33,4	Hungría	39,7	33,6	Inglaterra	32,5	32,7
Hungría	33,9	32,1	Italia	37,2	36,4	Croacia	35,0	29,1
EEUU	33,0	31,0	EEUU	35,7	34,2	Hungría	34,3	28,6
Inglaterra	30,8	30,2	Estonia	34,0	31,3	EEUU	34,3	29,2
Estonia	29,4	27,0	Inglaterra	31,2	32,1	Bélgica (flamenca)	27,0	33,0
Bélgica (flamenca)	24,9	30,8	Francia	28,8	32,0	Alemania	30,7	28,6
Francia	25,4	26,5	Letonia	30,3	27,7	Suiza	31,6	28,0
Letonia	26,1	25,7	Bélgica (flamenca)	24,3	32,8	Francia	26,0	32,1
Federación Rusa	26,5	24,9	Suiza	27,1	28,7	Gales	29,3	28,6
Eslovenia	25,5	25,9	Federación Rusa	28,7	26,3	Letonia	30,8	24,3
Alemania	25,6	25,4	Gales	28,3	26,8	Eslovenia	27,3	25,8
República Checa	27,2	22,0	Alemania	28,6	25,9	República Checa	23,9	27,1
Suiza	22,6	26,8	Eslovenia	28,6	25,4	Estonia	26,5	21,0
Gales	24,5	23,6	República Checa	23,4	27,8	España	25,3	21,2
España	21,9	24,3	Portugal	22,3	27,8	Canadá	20,5	26,2
Austria	21,9	20,9	España	22,6	24,6	Portugal	21,8	22,9
Canadá	21,3	20,6	Canadá	22,8	23,1	Federación Rusa	24,7	18,1
Portugal	19,9	21,3	Austria	25,2	19,1	Austria	20,3	20,5
Lituania	19,1	19,5	Lituania	24,7	19,2	Noruega	17,9	19,8
Noruega	11,5	11,0	Grecia	18,1	17,4	Grecia	18,6	17,0
Grecia	9,6	12,2	Noruega	16,5	17,9	Lituania	18,2	13,0
Dinamarca	9,0	12,0	Suecia	16,3	15,9	Suecia	14,1	16,5
Suecia	6,2	12,4	Dinamarca	13,9	11,9	Dinamarca	11,1	11,6
Finlandia	6,8	7,3	Finlandia	10,1	11,3	Finlandia	9,0	9,2
Promedio HBSC	27,4	27,6	Promedio HBSC	30,7	29,7	Promedio HBSC	29,5	28,1

Entre otras de las posibles razones se incluirían una menor necesidad de altos aportes de energía (14), la sensibilización sobre los temas de salud y las influencias que ejerce la socialización en las diferentes edades y en ambos géneros (15,16).

Se ha observado que otro de los factores que ejercen su influencia en los hábitos alimentarios puede ser la creciente autonomía e independencia que experimentan los jóvenes. Durante la infancia, los padres pueden influir en los modelos del consumo de alimentos limitando la disponibilidad y el acceso a ciertos alimentos y modelando con disciplina y refuerzo positivo. Sin embargo, a medida que los niños y niñas van creciendo, pueden decidir recurrir a la elección de los alimentos como parte de su proceso de individualización. Es común entre los jóvenes pretender tener más control sobre los modelos de alimentación, y lo hacen por ejemplo, saltándose comidas, o prepasándose su propia comida (17). El proceso de individualización a menudo implica el rechazo de los valores familiares y se ve acompañado por la creciente influencia del grupo de compañeros y el aumento de la participación en la vida social al margen de la familia. Al mismo tiempo, la publicidad de las marcas de refrescos, persuade a los jóvenes a que sacien su sed de una manera popular, moderna joven y sabrosa (18) mientras que la publicidad de frutas, verduras todavía no se dirige a este grupo de la población.

Los datos transnacionales apuntan a la conclusión de que es necesario desarrollar programas para mejorar los hábitos alimentarios de la población joven. No obstante, para poder desarrollar estrategias eficientes, es necesario comprender la conducta alimentaria de los jóvenes y los factores que ejercen su influencia sobre ellos. Un examen realizado recientemente (19) estableció un modelo que conceptualiza el comportamiento alimentario de los jóvenes como una función compleja de influencias que interactúan a nivel individual (como por ejemplo en lo biológico y lo psicológico) social (como la familia y los grupos de iguales), el entorno físico (como el colegio y los puntos de venta de comida rápida) y también a nivel social o de macro-sistema (como los medios de comunicación masiva y las normas socioculturales). Si se utiliza este modelo como un marco de referencia para el desarrollo posterior de intervenciones, los jóvenes deberían estar recibiendo mensajes coherentes a cerca de una alimentación sana en muchos entornos y desde una gran variedad de fuentes que incluyeran el hogar, el centro escolar, los entornos de atención sanitaria, las organizaciones locales, los medios de comunicación y los organismos gubernamentales. Es más, se podría mejorar la imagen de los hábitos propios de una alimentación sana y también se podría lograr que los alimentos sabrosos, apropiados y menos caros fueran más accesibles; sin ninguna duda, esto ayudaría a los jóvenes a mejorar la elección de sus alimentos.

También se deberían tener en cuenta otros factores relacionados con el estilo de vida asociado a los hábitos alimentarios de los jóvenes. Las dietas con altos contenidos en grasas y calorías y los estilos de vida sedentarios han causado un aumento de la prevalencia de la obesidad entre los adolescentes de todo el mundo. Por otro lado, las presiones sociales que inducen a los jóvenes a tener una imagen distorsionada de su cuerpo están creando lo que se ha dado en llamar "la malnutrición de la riqueza" (18). En la próxima sección se analizan estos temas en mayor profundidad.

Es necesario contemplar los hábitos alimentarios desde un contexto social más amplio. La elección de alimentos y bebidas, por ejemplo, están estrechamente relacionadas con el estatus socioeconómico. Los jóvenes de los estratos socioeconómicos más bajos consumen tentempiés y dulces y golosinas y tienden a saltarse comidas con mayor frecuencia y comen menos frutas, verduras que los jóvenes de los estratos socioeconómicos más elevados (2,20). Por ello se hace necesario analizar estas grandes diferencias sociales en los hábitos alimentarios.

## Bibliografía

1. Dwyer JT. Childhood, youth and old age. In: Garrow JS, James WPT, eds. *Human nutrition and dietetics*. Edinburgh, Churchill-Livingstone, 1993:394–408.
2. *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation*. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO Technical Report Series, No. 916; [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_916.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916.pdf), accessed 10 February 2004).
3. Pirouznia M. The influence of nutrition knowledge on eating behaviour – The role of grade level. *Nutrition & Food Science*, 2001, 31:62–66.
4. Pollitt E, Mathews R. Breakfast and cognition: an integrative summary. *American Journal of Clinical Nutrition*, 1998, 67:804S–813S.
5. Resnicow K. The relationship between breakfast habits and plasma cholesterol levels in schoolchildren. *Journal of School Health*, 1991, 61:81–85.
6. Ruxton CH, Kirk TR. Breakfast: a review of associations with measures of dietary intake, physiology and biochemistry. *British Journal of Nutrition*, 1997, 78:199–213.
7. Siega-Riz AM, Carson T, Popkin B. Three squares or mostly snacks – What do teens really eat? A sociodemographic study of meal patterns. *Journal of Adolescent Health*, 1998, 22:29–36.
8. Truswell AS, Darnton-Hill I. Food habits of adolescents. *Nutrition Reviews*, 1991, 39:73–99.
9. Thomas J. Food choices and preferences of schoolchildren. *Proceedings of the Nutrition Society*, 1990, 50:49–57.
10. Greenwood CT, Richardson DP. Nutrition during adolescence. *World Review of Nutrition & Dietetics*, 1979, 33:1–41.
11. Harnack L, Stang J, Story M. Soft drink consumption among US children and adolescents: nutritional consequences. *Journal of the American Dietetic Association*, 1999, 99:436–441.
12. Ludwig DS, Peterson KE, Gortmaker SL. Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. *Lancet*, 2001, 357:505–508.
13. Anderson AS, MacIntyre S, West P. Adolescent meal patterns: grazing habits in the west of Scotland. *Health Bulletin*, 1993, 51:158–165.
14. Rolls BJ, Fedoroff IC, Guthrie JF. Gender differences in eating behavior and body weight regulation. *Health Psychology*, 1991, 10:133–142.
15. Karisto A, Prättälä R, Berg MA. The good, the bad, and the ugly. Differences and changes in health related lifestyles. In: Kjaernes U et al., eds. *Regulating markets regulating people. On food and nutrition policy*. Oslo, Novus Press, 1993:185–204.
16. Nathanson CA. Sex roles as variables in preventive health behavior. *Journal of Community Health*, 1977, 3:142–155.
17. Quandt SA. Social and cultural influences on food consumption and nutritional status. In: Shils ME et al., eds. *Modern nutrition in health and disease*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1999:1783–1792.
18. Schneider D. International trends in adolescent nutrition. *Social Science and Medicine*, 2000, 51: 955–967.
19. Story M, Neumark-Sztainer D, French SA. Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. *Journal of the American Dietetic Association*, 2002, 102:40–51.
20. Höglund D, Samuelson G, Mark A. Food habits in Swedish adolescents in relation to socioeconomic conditions. *European Journal of Clinical Nutrition*, 1998, 52:784–789.

# **Imagen corporal, Control de peso, y Peso Corporal – *Carolina Mulvihil, Ágnes Németh y Carine Vereecken***

## **Introducción**

Son pocos los que dudan de uno de los acontecimientos más importantes a los que se deben adaptar los jóvenes sea la multitud de cambios físicos y psicológicos que ocurren durante la adolescencia, incluyendo el continuo desarrollo de la autoestima. Existen varias razones para ello. Los cambios físicos pueden acarrear un cambio en la apariencia física y por ello en el sentimiento de uno mismo. La independencia emocional y el desarrollo intelectual hacen posible que el concepto de sí mismos sea más complejo y sofisticado, y la naturaleza transitoria de la adolescencia, y más concretamente los modelos de cambio que se dan en ella, están relacionados con algunos cambios en el concepto de sí mismos (1). La relación entre la imagen corporal y la autoestima se encuentra en este momento bien establecida y de manera más sólida entre las chicas (4,5). Las diferencias de género se hacen también aparentes en las distintas maneras en que los chicos y las chicas en edad adolescente evalúan sus cuerpos. Las chicas tienden a percibir sus cuerpos principalmente como un medio para atraer a los demás, mientras que los chicos perciben sus cuerpos como un medio para operar de forma eficiente en el entorno exterior (6).

Las investigaciones realizadas durante los últimos 30 años han demostrado que las influencias culturales predominantes en la sociedad occidental que cultivan el gusto por la delgadez y las dietas ha llegado a calar entre la población adolescente. Debido a ello, los jóvenes, y más concretamente las adolescentes, se llegan a sentir con bastante frecuencia gordas y a disgusto con sus cuerpos. Las dietas, al igual que otros métodos de control de peso, se han convertido en unos componentes muy comunes y compartidos en el comportamiento de los jóvenes que los consideran como un medio para lograr tener el cuerpo perfecto. Al adolescente le suele resultar bastante difícil autocalificarse en términos de peso, es por ello que los jóvenes muestran una mayor tendencia a sentirse con sobrepeso que a tener una estimación más real del propio peso, y esto representa una fuerza poderosa que motiva esta preocupación por el peso y las dietas. Para muchas chicas, el objetivo no es tener el peso normal sino lograr pesar menos (7); los chicos suelen tender a sentirse más delgados de lo que son y por ello emprenden actividades (8) que implican una ganancia de peso (por ejemplo el desarrollo muscular).

La práctica de dietas y otros tipos de métodos de control del peso por parte de los jóvenes se perciben como preocupantes porque se sospecha que puedan estar relacionados con condiciones negativas en los ámbitos físico y psicológico. Las personas que se someten a dietas suelen mostrar una mayor tendencia a manifestar irritabilidad, tener problemas de concentración, trastornos de sueño, irregularidades en la menstruación, retraso en el crecimiento, retraso en la maduración sexual y deficiencias nutricionales (9). Seguir una dieta puede afectar considerablemente al sentimiento de bienestar psicológico (10), lo cual está fuertemente relacionado con la depresión (11) y con una autoestima más bien baja (12). Polivy et al. concluyen que “las personas con una baja autoestima que deciden iniciar una dieta - y que a menudo e irónicamente lo hacen en un intento de mejorar su autoestima - suelen encontrarse peor durante la dieta y al final de la misma que si no hubieran intentado mejorarse” (12). Además, seguir una dieta puede llegar a incluir métodos menos aceptables como saltarse comidas (concretamente el desayuno) y realizar ayunos (13) y otras prácticas extremas como provocar vómitos y abusar de los laxantes (14). Esto es más habitual entre las chicas. La tendencia cultural ejerce una presión sobre la población joven, y más especialmente sobre las chicas, para conseguir un peso corporal nada realista que puede llegar a causar perfiles psicológicos negativos y la práctica de dietas extremas (14). Finalmente, el hecho de que se haya demostrado una clara asociación entre la práctica de dietas y el desarrollo de desajustes alimentarios (15) ha despertado esta preocupación debido a las consecuencias potencialmente fatales que se derivan de ello.

Los cambios físicos que ocurren durante la adolescencia incluyen, en algún caso, un cambio perjudicial para la salud: la acumulación de sobrepeso corporal que puede acabar traducéndose en obesidad. La obesidad se ha convertido en una de las cuestiones principales que han despertado la preocupación de la salud pública. La OMS la ha descrito como “una epidemia global” (16) debido a que su prevalencia es elevada y va en aumento. Se ha demostrado que la obesidad y el sobrepeso entre la población joven está estrechamente asociada a largo plazo con la morbilidad y la mortalidad. La principal consecuencia a largo plazo de la obesidad durante la infancia es su persistencia durante la edad adulta. Existen sólidas evidencias que confirman este vínculo (17,18) y que apuntan al hecho de que la obesidad durante la adolescencia compromete a largo plazo la salud, ya que está directamente relacionada con la mortalidad, y más concretamente por el fallecimiento causado por enfermedades coronarias, arteriosclerosis y cáncer colo-rectal (17). Es más, los estereotipos negativos sobre la obesidad y las actitudes derivadas de ellos se desarrollan desde una edad temprana (19,20) las personas obesas puede llegar a tener que hacer frente a actitudes discriminatorias en los entornos educativo y laboral (21, 22). Finalmente, se ha sugerido que en la ausencia de planteamientos agresivos para la prevención y el tratamiento, las consecuencias que ejerce la obesidad en el ámbito social y en la salud son sustanciales y tienen un efecto duradero (23).

Todo apunta a que existe cierta dicotomía de inquietudes a cerca de la cuestión de la imagen corporal, el control del peso y el peso corporal entre los jóvenes. A menudo, se sienten insatisfechos con sus cuerpos y practican métodos para controlar el peso y todo esto está asociado a cambios negativos en los ámbitos psicológicos y físicos. A la inversa, la prevalencia del sobrepeso y la obesidad también está en claro aumento y se asocia a su vez con efectos para la salud a largo plazo.

## Métodos

El cuestionario realizado por el HBSC evaluó la auto-percepción del peso corporal, las prácticas de dietas y la conducta de control de peso.

Una sola pregunta sirvió para evaluar la imagen que se tiene del propio cuerpo. *Consideras que tu cuerpo es...* Las opciones de respuesta a esta pregunta eran: *Demasiado delgado, Más bien delgado, Más o menos equilibrado, Más bien gordo, Demasiado gordo*. Se combinaron las dos últimas respuestas a modo de indicador de la insatisfacción percibida en relación al peso corporal.

La pregunta acerca de la conducta de control de peso era: *¿Estás siguiendo alguna dieta u otro tipo de método con el propósito de perder peso en este momento?* Las opciones de respuesta eran las siguientes: *No, mi peso está bien, No, pero debería perder algo de peso; No porque lo que realmente necesito es ganar algo de peso, Sí*. En este documento se presentan los datos relativos a la última respuesta en calidad de indicadores de la práctica de dietas y de la conducta relacionada con el control de peso.

Otros puntos recogían información acerca de la estatura y el peso de cada estudiante:

- *¿Cuánto pesas desnudo/a?*
- *¿Cuánto mides descalzo/a?*

Los datos se utilizaron para calcular el Índice de Masa Corporal (IMC) de los jóvenes consultados en este estudio. Algunos países presentaron los resultados en libras, onzas, pies y pulgadas que posteriormente fueron convertidos a metros y kilos.

El uso exclusivo del IMC – es decir, el criterio que establece el sobrepeso (un IMC de 25.0-29.9) y la obesidad (IMC  $\geq$  30) – no resulta adecuado para realizar una clasificación de la población joven a causa de los problemas metodológicos que genera el crecimiento rápido característico de este grupo de edad, y más especialmente en el periodo de la pubertad. Por este motivo se utilizaron los puntos de corte internacionales de IMC específicos de cada género para calcular la prevalencia de sobrepeso (24). Estos puntos de corte se calcularon a partir de datos recogidos en el ámbito internacional de aproximadamente 200.000 valores de medición de IMC y se recomienda su utilización en la realización de comparaciones internacionales de sobrepeso y obesidad. A partir de estos resultados, los sujetos se subdividieron de nuevo en dos grupos; pre-obesos, y obesos que corresponden a los valores de IMC para adultos de 25.0-29.9 y  $\geq$ 30 y más.

Los resultados que se presentan en este documento muestran niveles de pre-obesidad (sobrepeso) y obesidad en la gente joven. Se utiliza el término sobrepeso para abarcar ambos grupos.

## **Resultados**

### **Imagen del propio cuerpo**

La Fig. 3.29 nos muestra el porcentaje de jóvenes que expresa disgusto e insatisfacción con sus propios cuerpos (es decir, chicos y chicas que se consideran un poco gordos o demasiado gordos). Las diferencias de género son notables: el porcentaje de chicas (el 36%) que declaran sentirse insatisfechas con el peso de sus cuerpos es superior al de los chicos (el 22%). La insatisfacción de las chicas aumenta con la edad, del 28% en las chicas de 11 años al 42% en las de 15 años, pero no sucede lo mismo con los chicos pues el porcentaje de insatisfacción se mantiene constante entre el 20% y el 24%.

Entre los jóvenes de 11 años, los niveles de insatisfacción expresados por chicos y chicas son similares en aproximadamente la mitad de los países y las regiones, y se estableció en un margen del 5%. En los países restantes, el número de chicas que expresan insatisfacción con su propio peso supera en un 8% a un 12% al de los chicos, con la excepción de Eslovenia, donde se calculó un nivel del 20% más elevado entre las chicas.

La diferencia de género es más pronunciada en el grupo de edad de 13 a 15 años. En la mayoría de los países y regiones, los niveles de insatisfacción con el propio peso aumentan entre las chicas y se mantiene estático entre los chicos. Entre los chicos y chicas de 13 años, solamente la Federación Rusa y La Antigua República Yugoslava de Macedonia ofrecen resultados similares dentro de un rango del 5%. No existe ningún país o región que presente ese tipo de similitudes para el grupo de 15 años. Los niveles de insatisfacción son del 20 % al 30 % más elevados entre las chicas de 13 años que entre los chicos de su misma edad, pero este índice supera más de 20% en países como Polonia y Eslovenia y más del 30% en Escocia y Lituania.

En cuanto a los chicos, los niveles más elevados de insatisfacción con el propio peso entre los tres grupos de edad se encuentran en Austria, Bélgica (en la región flamenca), Bélgica (en la región francesa), Alemania, España, los Estados Unidos y Gales. Los niveles más elevados para las chicas se dieron en Bélgica (en la región flamenca), Bélgica (en la región francesa), Alemania, Polonia, Escocia y Eslovenia. La Federación Rusa y Ucrania mostraron unos niveles muy por debajo de la media tanto para chicos como para chicas en todos los grupos de edad.

### **La práctica de dietas y las conductas para controlar el peso**

Al igual que sucede con el sentimiento de insatisfacción con el propio peso, también existen claras diferencias de género en lo que respecta a la práctica de dietas y a la conducta de control de peso (Fig. 3.30), con unos niveles más elevados entre las chicas (el 18%) que entre los chicos (el 8%). Estos niveles también aumentan con la edad entre las chicas, del 12% para las

de 11 años al 23% para las quinceañeras. En contraste, los niveles entre los chicos permanecen constantes entre el 9 y el 7%.

La diferencia de género es menos pronunciada entre los jóvenes de 11 años, pero al llegar a la edad de 15 años, las chicas muestran un porcentaje de hasta más de un 30% superior al de los chicos de su mismo grupo de edad en lo que respecta la práctica de métodos para controlar el peso y esto sucede en todos los países y regiones. Ningún país ha informado de la existencia de resultados similares para chicos y chicas en los grupos de edad de 13 y 15 años. Los niveles se encuentran en una media del 15% al 30% más elevado para las chicas de trece años que para sus iguales varones, un índice que se eleva al 20%-40% más elevado en las chicas de 15 años que en los chicos de la misma edad.

**Fig. 3.29. Jóvenes que se declaran insatisfechos con su propio peso (%)**

Jóvenes de 11 años			Jóvenes de 13 años			Jóvenes de 15 años		
País o región	Chicas	Chicos	País o región	Chicas	Chicos	País o región	Chicas	Chicos
Eslovenia	45,3	25,8	Alemania	48,0	36,0	Bélgica (francesa)	54,1	28,6
Bélgica (francesa)	38,1	29,2	Eslovenia	52,6	29,5	Alemania	51,9	32,2
Alemania	35,9	30,8	Bélgica (flamenca)	47,4	29,6	Eslovenia	59,9	24,4
Bélgica (flamenca)	37,1	25,9	Austria	42,7	33,7	Bélgica (flamenca)	54,8	25,3
Hungría	34,0	26,4	Bélgica (francesa)	44,1	28,5	España	49,0	27,8
Polonia	34,1	26,6	Gales	42,8	31,2	Gales	52,0	26,5
Holanda	34,6	24,6	España	41,2	32,1	Polonia	56,5	19,3
Dinamarca	33,4	25,3	Escocia	45,9	26,4	Irlanda	48,3	21,4
Portugal	35,5	23,4	Dinamarca	45,6	25,9	Groenlandia	48,2	24,0
España	30,9	26,3	Holanda	44,4	27,5	EEUU	43,9	30,0
Gales	32,9	23,4	Polonia	47,6	23,7	Holanda	50,6	23,7
Suiza	32,4	23,4	Inglaterra	43,2	26,9	Portugal	48,0	24,1
Escocia	34,0	22,5	Suiza	42,5	26,5	Inglaterra	46,4	24,4
EEUU	29,1	25,7	Finlandia	42,3	26,2	Escocia	52,3	20,6
Inglaterra	29,6	24,6	EEUU	37,8	27,9	Dinamarca	48,2	22,8
Finlandia	30,7	23,2	Hungría	39,4	24,9	Austria	44,9	25,9
Austria	28,8	24,1	Portugal	38,3	25,3	Canadá	43,0	22,6
Francia	29,8	21,6	Irlanda	39,2	23,1	Suiza	46,1	21,8
Groenlandia	24,8	26,0	Israel	35,6	25,0	Hungría	41,2	21,1
Italia	24,1	24,8	Francia	36,5	24,4	Finlandia	43,3	19,8
Grecia	27,6	20,6	Canadá	32,9	25,0	Noruega	42,5	20,3
República Checa	25,6	21,2	República Checa	36,3	20,6	Francia	41,8	20,6
Israel	23,7	21,3	Noruega	35,1	20,8	Israel	35,7	24,3
Canadá	23,0	19,1	Suecia	35,8	19,8	Suecia	41,9	18,0
Croacia	22,4	19,9	Grecia	32,5	20,9	Croacia	38,8	16,2
Malta	17,9	25,3	Croacia	29,4	22,2	Italia	37,1	18,9
Noruega	25,2	16,6	Italia	30,2	20,2	Grecia	33,2	24,0
Irlanda	20,6	19,7	Malta	30,7	16,3	República Checa	39,0	16,3
ARY Macedonia	17,6	20,4	Groenlandia	28,3	17,0	Malta	31,7	22,7
Suecia	20,6	16,6	Lituania	32,4	12,1	Letonia	38,8	10,6
Lituania	23,3	12,5	Estonia	28,3	16,1	Lituania	42,5	9,0
Letonia	23,3	11,0	Letonia	28,5	12,1	Estonia	34,9	9,4
Estonia	17,0	13,9	ARY Macedonia	19,2	20,5	ARY Macedonia	26,1	15,9
Ucrania	10,3	8,5	Ucrania	13,3	6,8	Ucrania	20,5	8,3
Federación Rusa	10,5	7,9	Federación Rusa	11,4	7,4	Federación Rusa	13,0	6,7
Promedio HBSC	27,9	21,6	Promedio HBSC	36,6	23,4	Promedio HBSC	42,2	20,4

Los chicos en países como Dinamarca, Hungría, Israel, Malta y los Estados Unidos, presentan los niveles más elevados en cuanto a la práctica de dietas y las conductas de control de peso. Los niveles más elevados entre las chicas se encuentran en un grupo que incluye Dinamarca, Hungría, Israel, Escocia, Estados Unidos, y Gales. Israel y Estados Unidos también presentaron los niveles más elevados de conducta tendente a la práctica de dietas en el estudio HBSC de 1997/1998, lo cual indica que esta tendencia se ha mantenido constante en esos países durante los últimos cuatro años.

## **Comparación de la insatisfacción con el propio cuerpo y la conducta de control de peso**

Los resultados parecen mostrar diferencias de género similares en cuanto a la insatisfacción con el propio peso y las conductas tendentes a la práctica de dietas y al control de peso. Estos niveles son más elevados entre las chicas y tienden a aumentar con la edad, mientras que se mantienen constantes entre los chicos.

No obstante, no existe una correspondencia exacta entre las chicas en lo que respecta a la insatisfacción por su propio peso y una conducta tendente a la práctica de dietas y otros métodos para el control de peso. Son menos las chicas que intentan controlar su peso (el 18%) que las que se sienten insatisfechas con él (el 36%). Este mismo hecho se repite cuando los datos se examinan a la luz de los grupos de edad: el 12% frente al 28% para las chicas de 11 años, el 18% frente al 37% para las de trece años y el 23% frente al 42% para las jóvenes de 15 años. La variación también es bastante notable entre los distintos países y regiones; por ejemplo, Bélgica (la región flamenca), Alemania, Groenlandia, Países Bajos, Polonia, Portugal, Eslovenia y España presentan diferencias de más del 30% para las niñas de 15 años entre los niveles establecidos para los dos indicadores.

## **Sobrepeso (pre-obeso y obeso)**

La Fig. 3.31 presenta los porcentajes de sobrepeso en los jóvenes de 13 y 15 años en todos los países y regiones que participan en el estudio HBSC.

No se ha presentado ninguna información relativa al grupo de 11 años debido a que el porcentaje de ausencia de datos es bastante elevado (el 19% para el grupo de 11 años frente al 14% y el 9% para los grupos de trece y quince años respectivamente). Es más, en países como Bélgica (la región francesa), Inglaterra, Groenlandia, Irlanda, Lituania, Malta y Escocia, el porcentaje de ausencia de datos de IMC era muy elevado (más del 25%). La tabla 3.5 tabula los datos no disponibles por edad, género y país o región. Se debería ser prudente a la hora de interpretar los resultados de esos países ya que en estos datos podría haber cierto sesgo en las respuestas (véase más adelante).

El porcentaje de chicos y chicas con sobrepeso (la suma total de jóvenes pre-obesos y obesos) varía tremendamente entre los países y regiones (del 3% al 34%) tanto para el grupo de 13 años como para el de 15 años. Canadá, Groenlandia, Malta los Estados Unidos y Gales presentan los índices más elevados de sobrepeso en ambos géneros y para todos los grupos de edad.

Existe una clarísima relación entre la prevalencia de la pre-obesidad y el desarrollo de la obesidad: los países que presentan los porcentajes más elevados de pre-obesidad muestran también una mayor prevalencia de obesidad.

**Fig. 3.30 Jóvenes que practican alguna dieta o método de control de peso (%)**

Jóvenes de 11 años			Jóvenes de 13 años			Jóvenes de 15 años		
País o región	Chicas	Chicos	País o región	Chicas	Chicos	País o región	Chicas	Chicos
Hungría	28,6	18,9	Hungría	34,4	17,6	Hungría	36,2	11,2
Dinamarca	23,9	16,8	Israel	32,3	13,8	EEUU	30,0	20,8
EEUU	17,9	15,0	Dinamarca	31,8	12,7	Dinamarca	35,8	10,9
Israel	19,6	12,4	EEUU	25	14,5	Canadá	29,2	9,7
Bélgica (francesa)	16,6	12,1	Malta	27,1	8,9	Israel	28,1	10,7
Gales	16,4	10,1	Gales	22,8	12,5	Gales	30,4	9,7
Alemania	13,9	11,8	Escocia	24,6	9,1	República Checa	28,7	9,2
Malta	11,9	13,8	República Checa	23,0	9,4	Escocia	29,3	7,8
Escocia	13,7	11,2	Inglaterra	21,8	10,6	Italia	27,3	6,9
Grecia	15	9,1	Canadá	21,5	8,2	Grecia	25,4	10,3
Polonia	12,1	11,6	Alemania	20,0	10,2	Inglaterra	25,0	9,3
República Checa	12,8	10,8	Grecia	19,7	10,0	Eslovenia	27,7	8,1
Italia	10,6	12,9	Eslovenia	22,0	7,5	Bélgica (francesa)	24,7	8,2
Eslovenia	13,7	7,7	Noruega	20,1	9,5	Malta	23,5	9,6
España	8,6	12,2	Polonia	21,6	8,3	Irlanda	23,5	5,5
Francia	13,2	7,1	Austria	16,0	12,8	Polonia	25,4	6,7
Suiza	9,6	10,8	Suiza	18,5	9,5	Noruega	23,5	7,1
Noruega	11,6	8,7	Italia	19	8,0	Suiza	24,3	5,8
Inglaterra	11,0	8,3	Irlanda	17,6	7,2	Austria	21,2	7,9
Canadá	10,3	8,1	Bélgica (francesa)	16,9	7,5	Francia	20,5	6,0
Austria	10,5	8,0	Francia	15,1	8,6	Alemania	19,3	5,6
Federación Rusa	12,0	5,5	España	14,0	8,7	Lituania	21,2	4,4
Bélgica (flamenca)	9,6	7,0	Suecia	14,8	6,2	España	18,8	5,4
ARY Macedonia	7,2	8,4	Bélgica (flamenca)	11,3	7,3	Federación Rusa	18,4	3,3
Croacia	6,5	8,6	Ucrania	14,4	4,1	Ucrania	20,6	2,5
Irlanda	8,8	6,4	Lituania	13,1	5,4	Bélgica (flamenca)	17,5	4,7
Finlandia	8,0	6,9	Federación Rusa	13,3	4,4	Croacia	15,5	4,3
Ucrania	9,6	5,6	Finlandia	12,3	5,2	Estonia	16,4	4,4
Lituania	7,5	6,0	Croacia	8,5	5,8	Letonia	16,3	2,5
Portugal	7,6	4,4	Estonia	8,6	5,2	Suecia	15,2	4,9
Letonia	6,6	4,7	Portugal	9,5	4,2	Finlandia	15,5	3,7
Groenlandia	4,3	7,4	Groenlandia	7,8	5,8	ARY Macedonia	12,9	4,6
Holanda	5,6	4,4	ARY Macedonia	8,5	4,5	Portugal	13,8	2,4
Estonia	5,2	4,1	Holanda	8,5	4,9	Holanda	12,7	4,1
Suecia	5,4	4,0	Letonia	7,9	4,1	Groenlandia	11,5	4,1
Promedio HBSC	11,9	9,2	Promedio HBSC	18,2	8,5	Promedio HBSC	22,6	6,9

**Fig. 3.31 Jóvenes con sobrepeso de acuerdo con el IMC, grupos de edad de 13 y 15 años (%).**

Jóvenes de 13 años					Jóvenes de 15 años				
País o región	Jóvenes pre-obesos		Jóvenes obesos		País o región	Jóvenes pre-obesos		Jóvenes obesos	
	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas		Chicos	Chicas	Chicos	Chicas
Malta	24,7	18,1	9,1	5,4	EEUU	23,5	15,0	10,5	5,3
EEUU	19,2	14,8	8,2	3,8	Groenlandia	16,4	30,1	2,7	1,2
Groenlandia	25,5	11,2	1,9	1,9	Malta	18,6	11,9	9,3	4,8
Gales	17,8	15,1	4,4	1,7	Canadá	20,7	13,0	4,3	4,6
España	21,5	11,1	3,2	0,6	Gales	16,6	14,4	5,6	3,0
Canadá	18,3	10,4	4,6	2,1	Grecia	29,3	7,5	2,7	1,1
Inglaterra	13,4	12,9	4,4	3,1	España	17,7	10,0	2,9	0,7
Italia	17,9	10,9	3,1	1,5	Inglaterra	11,8	10,1	4,5	2,8
Portugal	16,1	11,6	4,3	1,3	Finlandia	14,3	7,9	2,8	1,4
Grecia	17,5	10,4	2,8	1,7	Italia	17,1	6,6	2,5	1,1
Escocia	13,4	10,6	3,4	2,4	Eslovenia	16,6	6,2	1,9	0,8
Eslovenia	12,4	11,0	3,3	1,4	Escocia	12,6	8,1	1,7	2,3
Finlandia	12,8	9,8	3,1	1,2	Noruega	12,6	8,4	2,0	1,1
Austria	13,3	10,1	1,7	0,9	Irlanda	9,6	10,8	1,4	1,8
Hungría	13,0	9,5	2,5	1,4	Dinamarca	12,8	8,6	1,4	0,9
Irlanda	10,5	8,4	3,9	2,1	Portugal	15,1	6,4	1,7	0,8
Bélgica (francesa)	11,2	9,7	1,9	1,1	Hungría	11,7	7,5	3,7	1,8
Israel	12,6	7,8	2,0	1,7	Alemania	13,7	5,5	2,1	1,1
Noruega	11,7	6,6	3,6	1,3	Francia	10,3	7,6	1,8	2,4
ARY Macedonia	13,3	5,8	3,2	1,0	Austria	10,0	7,5	3,3	0,7
Alemania	11,9	7,2	2,6	1,1	Bélgica (flamenca)	10,7	7,2	2,0	1,9
Francia	11,8	7,9	2,0	0,8	Suecia	12,7	6,0	1,9	1,1
Suecia	10,5	7,0	0,7	1,5	Croacia	14,7	5,6	1,5	0,5
Bélgica (flamenca)	10,2	7,0	1,5	1,1	Bélgica (francesa)	10,3	7,9	1,3	1,6
Croacia	11,1	5,4	1,9	0,7	Israel	11,1	6,4	2,7	1,0
República Checa	10,3	6,4	1,4	0,7	ARY Macedonia	13,0	4,6	1,8	1,2
Dinamarca	7,5	8,3	0,9	0,9	República Checa	11,5	5,0	1,6	0,5
Polonia	9,7	3,9	1,3	0,4	Suiza	10,2	5,5	1,2	1,2
Suiza	7,8	5,6	1,9	0,6	Holanda	8,8	7,1	1,0	0,8
Estonia	9,0	4,1	1,1	0,3	Estonia	8,1	3,8	1,2	0,8
Holanda	7,4	4,2	0,7	0,3	Polonia	7,0	4,2	0,8	1,1
Letonia	6,9	3,0	0,6	0,6	Letonia	7,9	3,5	0,7	0,7
Federación Rusa	6,3	3,6	0,5	0,1	Ucrania	6,1	4,3	0,4	0,3
Lituania	5,3	3,6	0,4	0,1	Federación Rusa	6,4	2,8	0,6	0,3
Ucrania	5,0	2,9	0,0	0,2	Lituania	4,4	3,0	0,6	0,3
Promedio HBSC	12	7,9	2,4	1,2	Promedio HBSC	12,2	7,1	2,3	1,4

**Tabla 3.5. Datos no disponibles acerca del IMC en el estudio HBSC de 2201/2002 según edad y género (%)**

País o Región	13 años (%)		15 años (%)	
	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas
Alemania	11,8	11,3	9,1	9,6
ARY Macedonia	7,5	11,8	7,4	7,5
Austria	7,8	5,5	7,4	6,9
Bélgica (flamenca)	8,7	7,5	5,9	4,1
Bélgica(francesa)	25,2	29,1	25,8	23,7
Canadá	14,2	16,5	6,6	10,6
Croacia	4,0	4,3	4,6	2,3
Dinamarca	12,3	11,7	8,0	8,7
Escocia	52,1	56,2	39,6	46,1
Eslovenia	2,7	2,2	3,4	2,0
España	23,8	20,1	15,5	10,8
Estados Unidos	11,9	13,0	7,6	4,8
Estonia	6,4	3,4	4,8	1,7
Federación Rusa	8,4	7,5	4,5	4,0
Finlandia	4,0	3,4	2,1	1,6
Francia	7,6	6,4	3,6	3,1
Gales	17,2	20,7	10,9	9,4
Grecia	5,0	5,4	3,3	3,8
Groenlandia	33,5	43,9	21,8	36,7
Hungría	7,1	4,7	2,7	2,1
Inglaterra	37,5	42,1	23,0	25,2
Irlanda	59,9	61,3	36,5	51,6
Israel	22,4	24,1	14,0	15,7
Italia	5,7	4,9	4,0	3,8
Letonia	13,1	9,5	8,7	5,7
Lituania	28,2	21,9	18,1	13,8
Malta	52,6	54,5	24,0	35,0
Noruega	11,0	11,1	6,9	7,5
Holanda	10,7	9,9	9,4	7,4
Polonia	6,0	6,1	3,7	3,9
Portugal	7,5	11,2	6,1	6,1
República Checa	0,4	0,5	0,7	0,0
Suecia	10,7	10,1	5,9	6,4
Suiza	9,8	8,1	4,9	5,6
Ucrania	12,2	10,5	4,5	4,5

Tanto entre los jóvenes de trece años como entre los de 15, el sobrepeso parece mostrar un modelo geográfico. La prevalencia es mayor en países como Canadá, Groenlandia y Estados Unidos, seguidos por Inglaterra, Escocia y Gales y algunos países de la Europa Meridional: Grecia, Italia, Malta,

Portugal y España. Los países escandinavos y los de Europa Central presentan una proporción inferior de sobrepeso entre la población joven y la prevalencia es menor en la mitad oriental de la Región Europea de la OMS.

Entre los jóvenes de 13 años, los chicos muestran índices más elevados que las chicas en varios países y las diferencias de género más marcadas se encuentran en Canadá, Malta y España. Entre los jóvenes de 15 años, son de nuevo los chicos los que presentan índices más elevados que las chicas en 10 países y las diferencias de género más marcadas se encuentran en Croacia, Grecia, Italia, Malta Eslovenia y Estados Unidos.

La comparación realizada entre los grupos de edad no revela una relación entre los niveles de sobrepeso a los 13 y a los 15 años. El número de países y regiones que muestran un incremento o descenso de la prevalencia entre los 13 y los 15 años presentan índices similares para ambos géneros y no se han podido hallar diferencias geográficas.

Entre los jóvenes de 13 años, la obesidad es más común entre los chicos (del 4% al 9%) en Canadá, Inglaterra, Malta, Portugal, los Estados Unidos, Gales, y en las chicas (del 2% al 6%) en Canadá, Inglaterra, Irlanda, Malta, Escocia y Estados Unidos. Con la excepción de Suecia y Ucrania, la prevalencia de obesidad entre los chicos es mucho más elevada entre los chicos: llegando alcanzar índices cinco veces más elevados que entre las chicas. Sin embargo, en Dinamarca, Groenlandia y Letonia los índices de obesidad hallados para chicos y chicas son idénticos.

Entre los jóvenes de 15 años, nos encontramos con resultados similares. Canadá, Inglaterra, Malta, Estados Unidos y Gales tienen la mayor prevalencia de obesidad: del 4% al 11% en chicos y del 3% al 5% en chicas. Al igual de lo que ocurre con los resultados obtenidos para el grupo de 13 años, la mayoría de los países y regiones - con la excepción de Bélgica (la región francesa), Canadá, Francia, Irlanda, Polonia y Escocia - presentan una mayor prevalencia de obesidad entre los chicos. Sin embargo, la diferencia de género no es tan marcada; los niveles de sobrepeso en los chicos alcanzan un promedio de dos a tres veces más elevado que los de las chicas. Finalmente, Letonia y Suiza presentan unos resultados de obesidad idénticos para chicos y chicas.

Nuevamente, al igual que los resultados obtenidos para la cuestión del sobrepeso, no parece existir ninguna relación entre los niveles de obesidad a los 13 y 15 años. En todos los países y regiones, la prevalencia no aumenta ni disminuye de manera significativa entre los dos grupos de edad.

## **Datos no disponibles de IMC**

Como ya se mencionó anteriormente, el porcentaje de datos no disponibles de IMC es particularmente elevado en Bélgica (la región francesa), Inglaterra, Groenlandia, Irlanda Lituania, Malta y Escocia. Con la excepción de Bélgica (la región francesa), Irlanda y Lituania, estos países y regiones han presentado también una mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad.

Un análisis que comparaba las características de los jóvenes que no declaraban su peso y estatura con las de aquellos que sí lo hicieron, puso de manifiesto algunos resultados bien interesantes. Para aquellos jóvenes que no

aportaron ninguna información acerca de su peso y estatura se pudo establecer que:

- hay menor probabilidad de que pertenezcan a grupos de un nivel socioeconómico alto,
- hay menor probabilidad de que lleven una vida físicamente activa;
- Es más probable que estén practicando alguna dieta o que sientan que deben perder peso (con algunas excepciones como las de los chicos de Inglaterra, Escocia, España y Gales y las chicas de Malta);
- Es más probable que consuman menos frutas, verduras y quizás, sorprendentemente, golosinas y dulces (solamente los de 13 años)

Estos resultados sugieren que los jóvenes que no facilitan ninguna información sobre su peso y estatura presentan una mayor probabilidad de tener sobrepeso o de ser obesos, y de sentirse insatisfechos con la estatura y el peso de sus cuerpos. Es probable que estas preocupaciones les hayan influido a la hora de responder al cuestionario. Además, naturalmente se puede dar el caso de que muchos de los jóvenes de los países y regiones que presentan índices elevados de datos no disponibles ignoren realmente su peso y estatura y no sean capaces de ofrecer respuestas precisas. Indudablemente, en este caso, las variaciones que se dan en los países en cuanto a las prácticas para medir y pesar a los alumnos en los centros escolares juegan un papel importante.

## Debate

Los resultados obtenidos en el estudio HBSC confirman que la insatisfacción con el peso corporal y las conductas proclives a la práctica de dietas y otros métodos el control de peso son comunes entre los jóvenes y, más concretamente entre las chicas (14). Esta preocupación aumenta a medida que las chicas se van haciendo más mayores, y los cambios propios de la pubertad que ocurren durante este periodo pueden constituir un factor importante que aumente el grado de preocupación (14).

Además, la percepción del sobrepeso y el sentimiento de insatisfacción con el propio cuerpo, en contraste con la percepción del peso real, parece ser una poderosa fuerza presente tras la conducta tendente a la práctica de dietas y otros métodos para el control de peso entre las chicas. Este tipo de conducta en este grupo de edad está asociado a cambios negativos en el ámbito físico y psicológico y puede llegar a provocar condiciones que representen un riesgo para la vida, incluyendo entre estas los trastornos alimentarios (9-15).

Un análisis de los datos del HBSC sobre los jóvenes estadounidenses puso de manifiesto que el desarrollo temporal de la maduración propia de la pubertad está asociado con el tamaño y el peso de los cuerpos de los adolescentes (25). Quizá esta información nos pueda ayudar a explicar la falta de relación que existe entre los jóvenes de 13 y 15 años en lo que respecta a la prevalencia de sobrepeso, ya que el desarrollo temporal de los cambios propios de la pubertad puede variar. La prevalencia aumenta y disminuye entre ambos grupos de edad el mismo número de países y regiones. En el Capítulo 4 se debate con mayor detalle la influencia de los cambios propios de la pubertad. También se ha demostrado que el marco de referencia sociocultural influye de manera notable en el desarrollo del sobrepeso y reduce las preocupaciones

acerca del peso corporal y la estima por el propio cuerpo (26) Asimismo, se deberían analizar los vínculos con la conducta alimentaria, la actividad física y el estilo de vida sedentario. Estar a dieta ha sido asociado con prácticas de dietas negativas(9,13) y se recomienda la promoción de la actividad física y la reducción de un estilo de vida sedentario entre la población joven. La práctica diaria de ejercicio puede constituir una manera más saludable de gestionar el peso que la adopción de dietas, y la probabilidad de que provoque el desarrollo de trastornos alimentario es muchísimo menor (15). Finalmente, añadir que también se debería tomar en consideración en que medida influyen el peso corporal y el sentimiento de insatisfacción con el propio cuerpo en la salud y el bienestar.

La elevada prevalencia de sobrepeso en algunos países representa un indicativo de una tendencia mundial (16). Evitar que la gente joven acumule un exceso de peso ayudaría a prevenir el desarrollo de la obesidad que compromete la salud en el futuro (17). Por este motivo es de vital importancia desarrollar estrategias y programas efectivos y debidamente basados en las pruebas científicas para promover la prevención y el tratamiento del sobrepeso entre los jóvenes.

Algunos estudios realizados sobre los jóvenes, como por ejemplo El Estudio Nacional sobre Salud y Nutrición, Ciclo III, (*National Health and Nutritional Survey, Cycle III*); (27) y el Estudio Nacional Longitudinal sobre Salud en la Adolescencia (28) (*Nacional Logitudinal Study of Adolescent Health*) (28) realizados en los Estados Unidos recogieron datos precisos acerca de la estatura y el peso que fueron proporcionados por los jóvenes consultados en este estudio. Aunque los valores absolutos del IMC puedan ser infravalorados por el hecho de haber sido proporcionados por los entrevistados, se ha calculado que el 94% de los jóvenes con edades comprendidas entre los 12 y los 16 años han sido correctamente clasificados en las correspondientes categorías de peso normal o sobrepeso (27). Este hecho sugiere que los índices para sobrepeso y obesidad obtenidos a partir de las medidas proporcionadas por los encuestados son bastante precisos. Es más, la asociación entre el sobrepeso y los hábitos del estilo de vida entre los jóvenes (por ejemplo, los hábitos alimentarios y la práctica de actividades físicas) basadas en los valores de medición de peso y estatura no difieren de aquella asociación que se ha basado en los valores de medición de peso y altura proporcionadas por los entrevistados, (27). No obstante, otros investigadores concluyen que estos valores de medición deberían tratarse con precaución (29-31).

Las personas responsables de tomar las decisiones políticas y cualquier profesional que trabaje en la creación de programas para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud debería considerar el entorno obesogénico actual en el que viven los jóvenes: por ejemplo como los factores de la vida cotidiana, como el hecho de preferir el uso de medios públicos de transporte a caminar o ir en bicicleta y el difícil acceso a alimentos más sanos pueden contribuir al desarrollo del sobrepeso y la obesidad. Deberían igualmente reflexionar sobre cómo tratar los efectos que ejercen el sobrepeso y la obesidad sobre la imagen y la estima que se tienen del propio cuerpo. Es necesario encontrar un equilibrio que garantice que los jóvenes puedan mantener un peso corporal saludable y que, al mismo tiempo, estén protegidos

de las presiones que ejercen una imagen negativa del propio cuerpo y las prácticas nocivas de control de peso.

## Bibliografía

1. Coleman JC, Henry L. *The nature of adolescence*. London, Routledge, 1990.
2. Mendelson BK, White DR. Relation between body-esteem and self-esteem of obese and normal children. *Perceptual and Motor Skills*, 1982, 54:899–905.
3. Mendelson BK, White DR. Development of self-body-esteem in overweight youngsters. *Developmental Psychology*, 1985, 21:90–96.
4. Tobin-Richards MH, Boxer AM, Petersen AC. The psychological significance of pubertal change: sex differences in perceptions of self during early adolescence. In: Brooks-Gunn J, Petersen AC, eds. *Girls at puberty: biological and psychosocial perceptives*. New York, Plenum Press, 1983.
5. Mintz LB, Betz NE. Sex differences in the nature, realism and correlates of body image. *Sex Roles*, 1986, 15:185–195.
6. Lerner RM, Orlos JB, Knapp JR. Physical attractiveness, physical effectiveness and self-concept in late adolescents. *Adolescence*, 1976, 11:313–326.
7. Koff E, Rierdan J. Perceptions of weight and attitudes toward eating in early adolescent girls. *Journal of Adolescent Health*, 1991, 12:307–312.
8. Kilpatrick M, Ohannessian C, Bartholomew JB. Adolescent weight management and perceptions: an analysis of the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Journal of School Health*, 1999, 69:148–152.
9. Pesa J. Psychosocial factors associated with dieting behaviors among female adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 1999, 69:196–201.
10. Mann AH et al. Screening for abnormal eating attitudes and psychiatric morbidity in an unselected population of 15-year-old schoolgirls. *Psychological Medicine*, 1983, 13:573–580.
11. Casper RC, Offer D. Weight and dieting concerns in adolescents, fashion or symptom? *Pediatrics*, 1990, 86:384–390.
12. Polivy J, Heatherton TF, Herman CP. Self-esteem, restraint and eating behaviour. *Journal of Abnormal Psychology*, 1988, 97:354–356.
13. Edmunds H, Hill AJ. Dieting and the family context of eating in young adolescent children. *International Journal of Eating Disorders*, 1999, 25:435–440.
14. Hill AJ. Causes and consequences of dieting and anorexia. *Proceedings of the Nutrition Society*, 1993, 52:211–218.
15. Patton GC et al. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *BMJ*, 1999, 318:765–768.
16. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva, World Health Organization, 2000 (WHO Technical Report Series, No. 894).
17. Power C, Lake JK, Cole TJ. Measurement and long-term health risks of child and adolescent fatness. *International Journal of Obesity*, 1997, 21:507–526.
18. Parsons TJ et al. Childhood predictors of adult obesity: a systematic review. *International Journal of Obesity*, 1999, 23(Suppl. 8):S1–S107.
19. Richardson SA et al. Cultural uniformity in reaction to physical disabilities. *American Sociological Review*, 1961, 26:241–247.
20. Wardle J, Volz C, Golding C. Social variation in attitudes to obesity in children. *International Journal of Obesity*, 1995, 19:562–569.
21. Canning, H, Mayer J. Obesity – Its possible effect on college acceptance. *New England Journal of Medicine*, 1996, 275:1172–1174.
22. Gortmaker SL et al. Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. *New England Journal of Medicine*, 1993, 329:1008–1112.

23. Must A, Strauss RS. Risks and consequences of childhood and adolescent obesity. *International Journal of Obesity*, 1999, 23(Suppl. 2):S2–S11.
24. Cole TJ et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*, 2000, 320:1–6.
25. Hediger ML et al. *Body size and risk behaviors in relation to pubertal status for US adolescents: findings from the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey*. Bethesda, National Institute of Child and Health Development, 2003.
26. Drewnowski A, Kurth CL, Krahn DD. Body weight and dieting in adolescence: impact of socioeconomic status. *International Journal of Eating Disorders*, 1994, 16:61–65.
27. Strauss RS. Comparison of measured and self-reported weight and height in a cross-sectional sample of young adolescents. *International Journal of Obesity*, 1999, 23:904–908.
28. Goodman E, Hinden BR, Khandelwal S. Accuracy of teen and parental reports of obesity and body mass index. *Pediatrics*, 2000, 106:52–58.
29. Tienboon P, Wahlqvist ML, Rutishauser IHE. Self-reported weight and height in adolescents and their parents. *Journal of Adolescent Health*, 13:528–532.
30. Crawley HF, Portides G. Self-reported versus measured height, weight and body mass index amongst 16–17 year old British teenagers. *International Journal of Obesity*, 1995, 19:579–584.
31. Brener NC et al. Reliability and validity of self-reported height and weight among high school students. *Journal of Adolescent Health*, 2003, 32:281–287.

# Salud Oral – *Lea Maes, Mai Maser y Sisko Honkala*

## Introducción

Las enfermedades orales son las enfermedades más comunes en las sociedades industriales (1). No obstante, tener una buena salud oral no consiste solamente en que los dientes estén limpios, sino que tiene más implicaciones. Las afecciones en la dentadura constituyen una fuente común de dolor (2) y una fuente reconocible de discapacidades. Una mala salud oral limita las opciones de las personas y sus oportunidades en el ámbito social. Las enfermedades orales reducen el sentimiento de satisfacción del mismo modo que las enfermedades que afectan a los otros sistemas corporales.

Se puede considerar que las enfermedades orales con mayor prevalencia, como la caries dental y la enfermedad periodontal, son básicamente problemas conductuales porque podrían prevenirse limitando la frecuencia de ingesta de productos azucarados, manteniendo una buena higiene dental y usando un dentífrico fluorado durante los cepillados periódicos (1). En las últimas décadas se ha observado un descenso de la caries dental en muchos países de Europa y Norteamérica (5,9) pero las marcadas disparidades socioeconómicas persisten en la adopción de intervenciones preventivas y en la prevalencia (10). El cepillado de dientes sigue siendo el principal método preventivo para todo el mundo, y la frecuencia recomendada a nivel universal es de dos veces al día, una por la mañana y otra por la noche (11, 12)

## Métodos

Los estudios HBSC han medido los hábitos de higiene dental con las siguientes preguntas: *¿Con qué frecuencia te cepillas los dientes?* Las opciones de respuesta eran las siguientes: *Más de una vez al día. Una vez al día. Por lo menos una vez a la semana pero no diariamente. Menos de una vez a la semana. Nunca.*

## Resultados

Las diferencias geográficas en lo que respecta el cepillado de dientes son notables (Fig. 3.32). Los jóvenes de 15 años comunicaron una mayor prevalencia del cepillado de dientes recomendado ( $\geq 80\%$ ) en Dinamarca, Noruega, Suiza, y Suecia, y el porcentaje más bajo ( $\geq 50\%$ ) se dio en Bélgica (la región flamenca), Finlandia, Grecia, Lituania, Malta, España y Ucrania. En la mayoría de los países y regiones, la diferencia de niveles por grupo de edad es solamente mínima. En todos los países y regiones, y para todos los grupos de edad se observó que las chicas declaran cepillarse los dientes con mayor frecuencia que los chicos; en algunos casos, esta diferencia supera el 20%.

## Debate

Investigaciones anteriores, algunas de ellas basadas en datos del HBSC, han puesto en evidencia que las chicas se cepillan los dientes con mayor frecuencia que los chicos (13,14) y que existen unas diferencias geográficas considerables en cuanto al cepillado de dientes en toda la Región Europea (13, 15-17). Y todo apunta a que estas tendencias van a persistir.

Otros resultados anteriores también pusieron en evidencia que los niños mayores se cepillan los dientes con mayor frecuencia que los más pequeños, pero el estudio del 2001/2002 reveló que este hecho se manifiesta solamente en algunos países y regiones, y no representa una tendencia general. El hábito de cepillarse los dientes parece mantenerse estable durante la adolescencia, lo cual constituye un factor muy importante a tener en cuenta cuando el objetivo es la educación sanitaria.

En lo que respecta al cepillado de dientes, las notables diferencias geográficas siguen siendo un reto para la promoción de la salud oral en varios países. Si bien la prevalencia de cepillarse los dientes un mínimo de dos veces al día parece ser elevada en algunos países de la Región Europea, ésta podría mejorar para la mayoría de ellos. Es necesario desarrollar y aplicar estrategias destinadas a promover de manera efectiva el cepillado de dientes, y en especial, estrategias cuyo grupo objeto sean los chicos y los escolares jóvenes.

## Bibliografía

1. Honkala E et al. A case study in oral health promotion. In: *The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in Europe. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education*. Brussels and Luxemburg, International Union for Health Promotion and Education, 2000.
2. Reisine S. Dental health and public policy: the social impact of dental disease. *American Journal of Public Health*, 1985, 75:27-30.
3. Shaw W, Meek S, Jones D. Nicknames, teasing, harassment and the salience of dental features among school children. *British Journal of Orthodontics*, 1980, 7:75-80.
4. Smith J, Sheiman A. How dental conditions handicap the elderly. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 1979, 7:305-310.
5. Truin GJ et al. Caries prevalence amongst schoolchildren in The Hague between 1969 and 1993. *Caries Research*, 1994, 28:176-80.
6. Vargas CM, Crall JJ, Schneider DA. Sociodemographic distribution of pediatric dental caries: NHANES III, 1988-1994. *Journal of the American Dental Association*, 1998, 129:1229-1238.
7. Marthaler TM. Caries status in Europe and predictions of future trends. *Caries Research*, 1990, 24: 381-396.
8. Von der Fehr FR, Haugejorden O. The start of caries decline and related fluoride use in Norway. *European Journal of Oral Science*, 1997, 105:21-26.
9. Brown LJ. Trends in total caries experience: permanent and primary teeth. *Journal of the American Dental Association*, 2000, 131(1):93-100.
10. Truin GJ et al. Time trends in caries experience of 6- and 12-year-old children of different socio-economic status in The Hague. *Caries Research*, 1998, 32:1-4.
11. Sheiham A. Prevention and control of periodontal disease. In: Klavan B et al., eds. *International conference on research in the biology of periodontal disease*. Chicago, University of Illinois, 1977:309- 376.
12. Frandsen, A. Mechanical oral hygiene practices. State of the science review. In: Loe H, Kleinman DV, eds. *Dental plaque control measures and oral hygiene practices*. Oxford, IRL Press, 1986:93-116.

13. Kuusela S et al. Oral hygiene habits of 11-year-old schoolchildren in 22 European countries and Canada in 1993–1994. *Journal of Dental Research*, 1997, 76:1–9.
14. Addy M et al. The effect of tooth-brushing frequency, tooth-brushing hand, sex and social class on the incidence of plaque, gingivitis and pocketing in adolescents: a longitudinal cohort study. *Community Dental Health*, 1990, 7:237–247.
15. Honkala E, Kannas L, Rise J. Oral health habits of schoolchildren in 11 European countries. *International Dental Journal*, 1990, 40:211–217.
16. Schou L, Currie C, McQueen D. Using a “lifestyle” perspective to understand tooth brushing behaviour in Scottish schoolchildren. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 1990, 18:230–234.
17. Rise J et al. Distribution of dental behaviours in Nordic schoolchildren. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 1991, 19:9–13.

**Fig. 3.32. Jóvenes que se cepillan los dientes más de una vez al día (%)**

Jóvenes de 11 años			Jóvenes de 13 años			Jóvenes de 15 años		
País o región	Chicas	Chicos	País o región	Chicas	Chicos	País o región	Chicas	Chicos
Suiza	86,1	81,0	Suiza	90,5	81,0	Suiza	89,6	76,5
Holanda	80,9	78,7	Noruega	86,3	74,9	Suecia	86,8	77,7
Suecia	83,5	75,1	Suecia	82,2	77,1	Noruega	87,2	73,9
Alemania	82,0	75,0	Dinamarca	82,7	73,6	Dinamarca	85,5	73,6
Dinamarca	81,0	72,6	Alemania	83,4	70,3	Inglaterra	85,8	67,4
Noruega	80,8	73,3	Holanda	79,4	73,7	Alemania	83,7	67,3
Austria	76,9	69,0	Inglaterra	82,0	66,4	Holanda	81,1	67,8
EEUU	76,7	66,8	EEUU	79,6	61,7	Canadá	82,2	62,1
Inglaterra	77,1	66,9	Canadá	77,5	60,7	EEUU	80,7	63,8
Canadá	74,9	65,8	Austria	72,7	65,4	Italia	80,8	60,0
República Checa	74,7	61,6	Escocia	77,1	59,7	Austria	79,6	63,2
Israel	73,5	59,4	Gales	78,1	58,6	Escocia	78,8	61,2
Gales	72,3	58,7	Italia	75,2	55,8	Gales	81,1	58,5
Escocia	72,5	59,1	Israel	71,6	56,7	Francia	77,5	57,8
ARY Macedonia	67,9	59,0	Francia	71,9	56,6	Polonia	80,3	53,2
Polonia	69,1	52,5	Polonia	75,2	51,4	Federación Rusa	76,0	53,5
Eslovenia	68,1	49,7	República Checa	72,5	51,4	República Checa	77,4	52,4
Francia	63,6	53,4	Federación Rusa	72,5	51,0	Hungría	71,8	54,4
Federación Rusa	65,2	50,7	Irlanda	67,3	53,5	Estonia	75,8	49,4
Hungría	62,8	51,7	Hungría	65,9	54,0	Irlanda	71,8	47,1
Irlanda	63,9	50,0	Eslovenia	66,4	50,9	Portugal	75,1	46,4
Italia	66,8	47,3	Portugal	64,0	51,1	Israel	69,0	50,4
España	60,8	50,7	Estonia	65,5	46,4	Groenlandia	65,9	50,5
Estonia	62,3	49,2	ARY Macedonia	61,6	47,2	Bélgica (francesa)	64,6	43,5
Portugal	62,9	44,4	Bélgica (francesa)	57,8	45,5	ARY Macedonia	68,9	40,1
Croacia	58,7	47,9	Croacia	61,1	40,2	Eslovenia	66,5	44,5
Groenlandia	58,8	43,1	Groenlandia	56,3	40,1	Letonia	64,7	40,9
Grecia	58,6	44,8	España	56,8	40,1	Croacia	66,8	36,3
Letonia	57,6	40,5	Bélgica (flamenca)	54,5	38,8	Bélgica (flamenca)	60,3	38,9
Ucrania	51,8	46,2	Grecia	53,3	39,7	España	61,3	35,8
Bélgica (francesa)	51,7	44,8	Ucrania	54,7	38,3	Ucrania	57,6	37,4
Bélgica (flamenca)	52,5	41,2	Letonia	52,7	37,0	Grecia	56,5	37,2
Finlandia	47,3	33,2	Finlandia	50,5	29,2	Finlandia	60,6	28,2
Lituania	41,3	35,0	Lituania	47,3	30,9	Lituania	54,3	30,2
Malta	29,5	21,0	Malta	23,1	16,0	Malta	23,2	12,2
Promedio HBSC	67,0	55,8	Promedio HBSC	69,2	53,7	Promedio HBSC	73,2	52,4

# **Intimidación, agresiones físicas y victimización – Wendy M, Craig y Yossi Harel**

## **Introducción**

La agresión en el colegio representa un problema en muchos países del mundo (1-5). La conducta intimidatoria, la victimización y las agresiones físicas describen diferentes tipos de participación en prácticas violentas durante la adolescencia. La conducta intimidatoria es un problema relacional; es la aserción del poder interpersonal a través de la agresión (5,6). Tener una conducta intimidatoria implica emprender una acción verbal o física negativa con un propósito hostil, causa estrés en las víctimas, se repite a lo largo del tiempo e implica también un diferencial de poder entre los intimidadores y sus víctimas (5). La victimización causada por una conducta intimidatoria sucede cuando una persona se convierte en receptora de las conductas agresivas; la víctima es generalmente una persona menos poderosa que el perpetrador de la agresión que puede ser más grande, más fuerte o más mayor. La repetición de la interacción intimidatoria tiende a consolidar las relaciones de poder entre los intimidadores y sus víctimas: el primero va ganando poder y el segundo lo va perdiendo. En este tipo de relaciones, los jóvenes víctimas de las agresiones físicas se vuelven cada vez más incapaces de defenderse. Las peleas constituyen una conducta agresiva y las personas que practican este tipo de comportamiento son normalmente de la misma edad y tienen una fuerza parecida.

Además de causar a los efectos inmediatos, la conducta intimidatoria, la victimización y las agresiones físicas tienen unas consecuencias negativas duraderas para todas las personas implicadas en ello; los intimidadores (7), las víctimas (8) los perpetradores de las agresiones físicas y aquellos que observan la interacción (9). Estudios retrospectivos han descubierto que los niños que muestran conductas intimidatorias tienden a ser intimidadores cuando son adultos y a tener niños que presentan igualmente conductas intimidatorias; del mismo modo, los niños que han sido víctimas de conductas intimidatorias tienden a tener hijos que también son objeto de victimizaciones (7).

Pepler y Craig (10) han analizado la conducta intimidatoria desde un punto de vista desarrollativo y sostienen que este tipo de comportamiento agresivo merece nuestra atención porque resalta muchos problemas relacionados con la violencia interpersonal. La misma combinación de poder y agresión que se observa en las conductas intimidatorias en patio del recreo constituye un componente clave presente en el acoso sexual y laboral, la agresión entre los novios y la agresión matrimonial y el abuso de menores y ancianos (10). Las investigaciones longitudinales indican que la conducta intimidatoria infantil está relacionada con el comportamiento antisocial durante la edad adulta, como por ejemplo, la criminalidad y con un recorte en las oportunidades para alcanzar los objetivos sociales deseados, como por ejemplo, acceder a un empleo estable y mantener relaciones duraderas (7). Los niños objeto de victimizaciones también se encuentran expuestos a una variedad de consecuencias negativas. Son más ansiosos e inseguros (5), tienen la autoestima más baja y son más solitarios (3), tienen más

probabilidades de padecer el rechazo de sus iguales y están más deprimidos (8) que los otros niños y niñas. En los niños, la propensión a ser objeto de victimizaciones es estable. Basándose en estudios retrospectivos, Olweus (11) descubrió que los niños que han sido objeto de victimizaciones a los 13 años también lo eran a los 16. También el grupo de iguales puede verse presionado a unirse a la conducta intimidatoria. Simplemente el hecho de observar conductas intimidatorias puede causar estrés (9).

Los costes derivados de la conducta intimidatoria dirigida a los individuos son altos tanto para los individuos como para las familias, los centros escolares y la sociedad. Los niños que muestran este tipo de conducta y los niños objeto de las victimizaciones generan costes de por vida porque estas personas acaban entrando en contacto con múltiples sistemas como los servicios de salud mental, de justicia juvenil, de educación especial y de servicios sociales. Interrumpir este modelo de comportamiento se ha convertido en una cuestión de vital importancia. La prevalencia y la gravedad de la conducta intimidatoria y la victimización obligan a los investigadores a examinar el riesgo y los factores protectores relacionados con la iniciación, el mantenimiento y la finalización de estos comportamientos. El conocimiento y la comprensión que se obtengan de estas investigaciones podrán ser utilizados para ofrecer una dirección a las políticas sociales y para diseñar intervenciones eficientes capaces de eliminar o por lo menos de limitar este problema.

## Métodos

Las preguntas acerca de la conducta intimidatoria que se utilizaron en este estudio fueron las desarrolladas por Olweus (11). Una definición de conducta intimidatoria precedía estas preguntas. *Se dice que un/a estudiante está siendo víctima de una conducta intimidatoria cuando otro/a estudiante, o un grupo de ellos/as, le dirige palabras ofensivas o desagradables o cuando les hacen cosas ofensivas o desagradables. También se considera un acto de conducta intimidatoria dirigir repetidamente a un/a estudiante bromas de una manera que le disgusta o excluirlo/a de las cosas. Pero no se considera un acto de conducta intimidatoria cuando dos estudiantes con la misma fuerza se pelean o se pegan. Tampoco se considera que gastar una broma de una manera amistosa y juguetona sea una conducta intimidatoria.* Esta completa explicación incluye el concepto de exclusión intencionada como una forma de conducta intimidatoria y contribuye a reducir en la medida de lo posible el reto que supone la traducción de este término, y más concretamente la traducción a esos idiomas en los que no existe una palabra específica para describir la intimidación (“bullying”).

Dos preguntas sucedían a la definición, una acerca de ser víctima de conductas intimidatorias y la otra acerca de intimidar a los demás:

- *¿Con qué frecuencia has sido objeto de conductas intimidatorias en el colegio durante los últimos dos meses?*
- *¿Con qué frecuencia has participado en acciones intimidatorias contra otro(s) estudiante(s) en el colegio durante los dos últimos meses?*

Las opciones de respuesta para ambas preguntas eran las mismas: *No he sido víctima de ninguna conducta intimidatoria (no he mostrado ninguna conducta intimidatoria hacia otro(s) estudiante(s)) en el colegio durante los dos últimos meses*; *Solamente me ha pasado una dos veces; 2 ó 3 veces al mes; aproximadamente una vez por semana; Varias veces por semana.*

Se analizaron dos niveles de implicación: haber sido objeto de conductas intimidatorias o haber intimidado a otros estudiantes por lo menos una vez durante los últimos dos meses y haber sido víctima de conductas intimidatorias o haber intimidar a otros estudiantes un mínimo de 2-3 veces al mes. Este método de evaluar la prevalencia de la conducta intimidatoria está bastante bien establecido en la investigación (5) y obtuvo la validación con otros estudios HBSC (12).

Solamente una pregunta temática evaluaba la conducta proclive a las agresiones físicas. *Durante los dos últimos meses, ¿cuántas veces has participado en una agresión física?* Las opciones de respuesta eran las siguientes: *No he mostrado ninguna agresión física; 1 vez; 2 veces; 3 veces, 4 veces o más.*

Los jóvenes que indicaban haber estado implicados en cualquier forma de agresión física en los 12 meses anteriores a la encuesta fueron identificados como perpetradores de agresiones físicas. Los datos relativos a los perpetradores de agresiones físicas (aquellos que se habían implicado en este comportamiento en 3 ó más ocasiones durante los últimos 12 meses) se presentan en una manera similar a los de los intimidadores. Este método había obtenido la validación en anteriores estudios HBSC:

## **Resultados**

Existe una notable variación por área geográfica en el porcentaje de jóvenes que declaran mostrar conductas intimidatorias, ser objeto de conductas intimidatorias o participar en agresiones físicas. Las diferencias en las prevalencias de estas conductas son sorprendentes, y dichas conductas pueden estar más sancionados en algunos países que en otros. Además, evidencias recientes indican que resulta complicado definir el término intimidación “*en inglés, bullying*” en algunos idiomas y que por ello la traducción del término puede ser difícil. Por este motivo, las variaciones que se observan entre los distintos países deberían ser interpretadas con precaución.

## **Conductas intimidatorias en el centro escolar**

Aproximadamente el 35% de los jóvenes consultados en el estudio HBSC declaran haber participado en algún acto intimidatorio contra otros por lo menos una vez durante los dos últimos meses anteriores a la encuesta (Fig. 3.33). Esta proporción varía considerablemente en los diferentes países y regiones: del 9% al 54% para el grupo de edad de 11 años; del 17% al 71% para los de 13 años y del 19% al 73% para los de 15 años. Los porcentajes medios para los tres grupos de edad son el 30%, el 38%, el 36% respectivamente. Las conductas intimidatorias son más comunes entre los jóvenes de 13 años que entre los de 11, y entre los chicos más que entre las chicas.

La Fig. 3.34 presenta la distribución de jóvenes que declaran haber intimidado a otros frecuentemente. Como podría haberse esperado, la prevalencia es menor que en este grupo que en el que comunica mostrar conductas intimidatorias con menor frecuencia: el 11%. Sin embargo, en lo que respecta a haber participado o mostrado conductas intimidatorias un mínimo de una vez durante los dos últimos meses anteriores a la encuesta, el porcentaje global enmascara notables variaciones entre los distintos países y regiones: del 2% al 4% para los chicos y las chicas de 11 años, del 4% al 37% para los de 13 años, del 3% al 41% para los de 15 años. Los porcentajes medios para las intimidaciones frecuentes en los tres grupos de edad son el 9%, el 12% y el 13% respectivamente.

Para ambos niveles de frecuencia, Austria, Estonia, Alemania, Letonia, Lituania, Suiza y Ucrania se mantienen constantes en el primer cuartil de la clasificación para todos los grupos de edad mientras que la República Checa, Irlanda, Escocia, Eslovenia, Suecia, La antigua República Yugoslava de Macedonia y Gales permanecen en el último cuartil.

### Diferencias de género y edad

En todos los países y regiones y para todos los grupos de edad, los chicos declaran ser más intimidadores que las chicas. Las diferencias de género son particularmente más pronunciadas para las conductas intimidatorias frecuentes, donde tres cuartas partes de todos los países y regiones presentan unos índices mucho más elevados para los chicos.

En la mayoría de los países y regiones, el incremento más pronunciado de conducta intimidatoria declarada en este estudio sucede entre las edades de 11 a 13 años. Veinte países muestran un pico en el grupo de edad de 13 años para las conductas intimidatorias practicadas hacia los demás un mínimo de una vez durante los dos últimos meses anteriores a la encuesta.

En diez países y regiones se observa para todos los grupos de edad un incremento de los índices con la edad; 3 países muestran índices similares (Bélgica (la región francesa), Bélgica (la región francesa) y Groenlandia) y dos, un descenso con la edad (Israel y Noruega).

**Fig. 3.33 Jóvenes que han intimidado a los demás un mínimo de una vez durante los dos últimos meses (%)**

Jóvenes de 11 años			Jóvenes de 13 años			Jóvenes de 15 años		
País o región	Chicas	Chicos	País o región	Chicas	Chicos	País o región	Chicas	Chicos
Lituania	46,2	62,1	Lituania	65,1	76,8	Lituania	67,1	79,0
Bélgica (flamenca)	32,1	52,9	Austria	50,6	64,0	Austria	48,5	65,7
Estonia	33,8	49,0	Letonia	45,3	62,4	Letonia	46,0	59,4
Suiza	31,9	49,8	Alemania	41,6	62,0	Ucrania	45,6	58,1
Ucrania	35,5	43,2	Estonia	44,9	58,2	Alemania	41,1	61,9
Noruega	27,9	47,8	Suiza	40,4	59,3	Suiza	41,0	57,8
Israel	27,8	49,8	Ucrania	41,5	55,6	Polonia	36,9	54,9
Austria	29,9	45,8	Canadá	43,9	50,4	Estonia	35,8	51,9
Letonia	28,1	46,7	EEUU	39,5	48,8	Canadá	31,9	54,0
Holanda	29,5	45,5	Portugal	37,8	48,9	Bélgica (flamenca)	32,9	47,7
Portugal	29,6	42,9	Dinamarca	33,6	51,0	Dinamarca	27,0	54,0
Groenlandia	30,1	43,5	Holanda	34,6	46,7	Francia	34,6	45,1
Canadá	31,2	40,8	Italia	32,8	49,1	Groenlandia	36,2	39,3
Alemania	30,5	40,0	Bélgica (flamenca)	31,0	50,2	EEUU	29,8	43,8
Federación Rusa	26,2	41,9	Federación Rusa	33,7	44,3	España	29,4	43,9
Italia	25,6	37,2	Francia	36,9	40,1	Holanda	26,1	45,8
Bélgica (francesa)	23,4	39,1	Polonia	28,9	44,6	Noruega	20,9	47,4
Dinamarca	21,1	40,9	Groenlandia	30,6	42,7	Bélgica (francesa)	25,8	40,4
EEUU	27,2	33,2	Noruega	21,4	46,0	Portugal	26,8	34,2
Polonia	18,4	38,0	Israel	22,7	46,1	Grecia	18,5	40,3
Francia	22,1	32,9	España	26,4	37,9	Italia	21,1	37,9
Hungría	19,5	34,9	Croacia	21,8	39,6	Federación Rusa	22,3	35,6
España	21,9	31,7	Inglaterra	26,0	35,5	Finlandia	17,0	37,2
Finlandia	15,9	36,8	Finlandia	21,5	38,4	Inglaterra	18,3	36,2
Inglaterra	19,9	28,6	Bélgica (francesa)	22,2	37,9	Malta	13,9	38,3
Escocia	16,6	30,5	Hungría	21,9	35,7	Escocia	19,0	28,3
Croacia	13,7	32,1	Escocia	23,3	32,2	Israel	14,6	34,7
ARY Macedonia	18,5	25,1	ARY Macedonia	19,1	35,6	Croacia	17,6	31,3
Eslovenia	17,3	25,8	Gales	18,6	31,3	Eslovenia	20,6	25,0
Grecia	12,9	26,6	Eslovenia	18,7	31,3	Irlanda	17,8	30,6
Irlanda	13,6	24,2	Grecia	15,3	32,5	Hungría	17,5	27,1
Gales	12,9	22,5	Irlanda	15,7	32,3	ARY Macedonia	15,9	27,0
Malta	6,4	16,5	Malta	16,3	28,1	Gales	15,9	26,2
República Checa	7,7	12,1	República Checa	14,1	21,7	República Checa	15,0	25,5
Suecia	5,4	11,9	Suecia	11,8	21,0	Suecia	13,4	25,3
Promedio HBSC	23,5	37,0	Promedio HBSC	31,0	44,6	Promedio HBSC	28,1	44,0

**Fig. 3.34. Jóvenes que han intimidado a los demás un mínimo de dos o tres veces durante los dos últimos meses (%)**

Jóvenes de 11 años			Jóvenes de 13 años			Jóvenes de 15 años		
País o región	Chicas	Chicos	País o región	Chicas	Chicos	País o región	Chicas	Chicos
Lituania	17,8	30,1	Lituania	29,5	43,6	Lituania	32,2	49,8
Groenlandia	16,4	17,4	Alemania	15,8	26,2	Austria	16,2	29,7
Federación Rusa	9,9	18,8	Austria	14,5	25,7	Alemania	13,5	30,6
Israel	6,7	18,0	Groenlandia	18,3	22,4	Ucrania	14,0	27,0
Suiza	6,5	18,0	Federación Rusa	15,0	24,6	Suiza	11,9	28,5
Portugal	7,7	15,1	Letonia	11,5	26,4	Letonia	13,9	28,5
Italia	7,0	15,2	Suiza	11,0	23,0	Groenlandia	16,2	21,3
Austria	5,6	14,4	Estonia	10,7	20,9	Polonia	6,9	24,1
Bélgica (francesa)	4,7	15,0	Ucrania	10,9	19,4	Bélgica (flamenca)	7,9	21,1
Ucrania	7,8	11,8	Canadá	11,6	17,8	Estonia	9,0	20,0
Bélgica (flamenca)	5,7	14,6	EEUU	11,6	17,9	Francia	9,9	18,0
ARY Macedonia	9,7	9,9	Dinamarca	8,7	19,6	Federación Rusa	9,8	17,8
Estonia	6,0	12,6	Italia	8,1	20,0	Dinamarca	5,6	21,0
Letonia	5,1	14,0	Portugal	8,2	17,0	Bélgica (francesa)	10,3	15,8
Alemania	7,3	11,3	Polonia	6,1	17,8	Italia	7,1	19,7
Polonia	3,2	14,3	Israel	6,0	19,1	EEUU	5,9	19,6
Canadá	7,5	10,4	Francia	9,3	14,1	Canadá	6,0	19,1
Dinamarca	4,7	13,1	Bélgica (flamenca)	7,0	16,6	España	6,4	17,6
Noruega	5,3	11,4	Holanda	5,7	15,2	Grecia	5,0	17,0
Francia	6,5	9,8	Bélgica (francesa)	6,4	14,4	Holanda	5,5	14,5
EEUU	6,3	10,0	ARY Macedonia	7,0	13,0	Israel	4,9	15,0
Grecia	3,4	11,5	Croacia	4,7	14,5	Portugal	5,9	10,9
Holanda	3,5	11,0	Grecia	4,3	13,6	Finlandia	4,7	11,1
Croacia	5,0	8,4	España	5,4	12,1	Inglaterra	3,8	11,2
España	3,9	7,6	Noruega	3,0	10,7	Croacia	3,4	12,0
Hungría	3,4	8,2	Inglaterra	4,9	8,1	Noruega	3,0	11,3
Inglaterra	3,1	6,9	Finlandia	3,2	9,8	Malta	2,8	10,6
Finlandia	2,8	6,6	Eslovenia	3,2	8,6	Eslovenia	4,5	7,7
Escocia	3,3	6,0	Gales	4,0	7,1	ARY Macedonia	2,9	9,4
Eslovenia	2,6	6,3	Hungría	2,2	9,4	Escocia	3,3	7,3
Irlanda	1,4	5,9	Escocia	4,6	6,5	República Checa	2,8	7,5
Gales	1,2	4,4	Irlanda	2,3	8,0	Irlanda	3,0	8,2
Malta	0,6	5,6	Malta	4,2	5,6	Suecia	3,1	5,9
República Checa	1,8	3,3	República Checa	2,6	5,5	Hungría	2,2	6,4
Suecia	0,6	2,4	Suecia	2,3	5,1	Gales	1,8	4,6
Promedio HBSC	5,5	11,5	Promedio HBSC	8,4	16,4	Promedio HBSC	7,8	18,1

## **Víctimas de conductas intimidatorias el centro escolar**

La Fig. 3.35 presenta modelos de victimización: aproximadamente el 34% de todos los jóvenes en los 35 países y regiones participantes declaran haber sido objeto de conductas intimidatorias por lo menos una vez durante los dos últimos meses anteriores a la encuesta. Los índices varían significativamente por país y región: del 14% al 63% para los chicos y chicas de 11 años, del 17% al 69% para los de 13 años, y del 12% al 61% para los de 15 años. El porcentaje medio relativo a la victimización en los dos meses anteriores a la encuesta para los tres grupos de edad fue: el 38%, el 36% y el 27%, respectivamente.

Haber sido objeto de intimidaciones dos, tres o más veces durante los dos últimos meses anteriores a la encuesta constituye un valor de medición de la victimización repetido, y es un indicativo de los jóvenes expuestos a un riesgo elevado. En los 35 países y regiones, el 11% de los jóvenes que declararon haber sido objeto de conductas intimidatorias con esta frecuencia. Aquí, las cifras también varían considerablemente entre los distintos países y regiones (aproximadamente de del 2% al 36%) y entre los distintos grupos de edad (del 4% al 36%) para los de jóvenes de 11 años, del 6% al 36% para los de 13 años y del 2% al 32% para los de 15 años (Fig. 3.36). Los porcentajes medios por grupo de edad son del 15%, del 14% y del 10% para los grupos de edad de 11, 13 y 15 años respectivamente.

### **Diferencias de género y edad**

En contraste con los índices observados en las conductas intimidatorias que son mucho más elevados en los chicos, la victimización presenta, por lo general, pequeñas diferencias de género. Aunque el número de chicos que declaran haber sido objeto de conductas intimidatorias en algunos países y regiones como Bélgica (la región francesa) e Israel es superior al número de chicas, la mayoría de los países presentan mayor similitud que diferencia entre ambos géneros y algunos presentan un índice más elevado de chicas que han sido objeto de conductas intimidatorias. En muchos de los países y regiones, las diferencias varían entre los grupos de edad y no se pueden percibir modelos coherentes. Sin embargo, cuando observamos el campo relativo a haber sido objeto de conductas intimidatorias por lo menos una vez durante los dos últimos meses, desde un nivel más amplio para todos los países y regiones, las diferencias de género parecen disminuir con la edad. Las diferencias son insignificantes o inexistentes en 21, 25 y 28 países y regiones para los grupos de edad de 11, 13 y 15 años respectivamente.

Para ambos niveles de frecuencia, la mayoría de los países y regiones presentan un descenso respecto a la victimización con la edad. Desciende en más del 50% entre los 11 y los 15 años en algunos (como Hungría, Italia, Israel, Noruega y la Federación Rusa) y alcanza su frecuencia máxima a los 13 años en siete países y regiones.

### **La conducta agresiva**

El promedio de todos los jóvenes que declaran haber estado implicados en una agresión física por lo menos una vez durante los dos meses anteriores a la encuesta es del 39% (Fig. 3.3.7). Los índices varían entre los distintos países y regiones (del 24% al 53% para el grupo de 11 años, del 26% al 52%

para los de 13 años y del 20% al 48% para los de 15 años) pero ligeramente menos que los índices hallados en los casos de conducta intimidatoria y victimización. Los porcentajes medios para estos tres grupos de edad son el 42%, el 40% y el 34% respectivamente.

De todas las personas jóvenes consultadas, el 10% declara participar en agresiones físicas con mayor frecuencia: tres o más veces durante el último año (Fig. 3.38) Estos índices varían según los distintos grupos de edad: del 7% al 26% para los de 11 años, del 8% al 21 % para los de 13 años y del 4% al 18% para los de 15 años. Los porcentajes medios para los tres grupos son el 12%, el 9% y el 7% respectivamente.

Para ambos niveles de frecuencia, Estonia, Hungría y Lituania se mantienen constantes en el cuartil superior de la clasificación para todos los grupos de edad. Como se ha mencionado, Estonia y Lituania también se encuentran en el cuartil superior de la clasificación por conductas intimidatorias para todos los grupos de edad. En contraste, el cuartil inferior para todos los grupos de edad incluye a países como Finlandia, Alemania y La Antigua República Yugoslava de Macedonia, éste último es el único país que se ha mantenido constante en el cuarto inferior de la clasificación tanto para la conducta intimidatoria como para las agresiones físicas.

### Diferencia de género y edad

En lo que respecta a las agresiones físicas se observan considerables diferencias de género en los diferentes países y regiones y en todos los grupos de edad. Los índices observados en los chicos duplican como mínimo los que se observan en las chicas, y en algunos casos, los llegan a triplicar. En general, se puede afirmar que aproximadamente el número de chicos que participa en agresiones físicas casi duplica al número de chicas.

En la mayoría de los países, los índices relativos a la agresión física presentan cifras similares o bien decrecientes con la edad. En Israel, Portugal y España, este descenso es bastante considerable: por encima del 20%.

**Fig. 3.35 Jóvenes que han sido objeto de conductas intimidatorias por lo menos una vez durante los dos últimos meses (%)**

Jóvenes de 11 años			Jóvenes de 13 años			Jóvenes de 15 años		
País o región	Chicas	Chicos	País o región	Chicas	Chicos	País o región	Chicas	Chicos
Lituania	62,1	63,7	Lituania	69,4	68,2	Lituania	59,3	63,1
Ucrania	56,2	57,3	Portugal	51,3	55,9	Bélgica (francesa)	36,9	48,4
Portugal	46,3	65,5	Letonia	46,5	58,7	Letonia	39,8	43,8
Letonia	48,2	53,3	Ucrania	50,4	53,7	Ucrania	40,4	42,6
Groenlandia	53,9	44,3	Austria	48,9	52,4	Groenlandia	39,1	37,6
Estonia	45,7	52,9	Estonia	47,5	52,1	Austria	32,0	43,5
Federación Rusa	44,4	54,4	Suiza	42,3	46,9	Portugal	32,1	39,9
Israel	39,8	54,6	Groenlandia	44,3	39,3	Suiza	35,5	35,0
Noruega	43,5	45,6	Federación Rusa	40,0	40,2	Estonia	33,6	33,4
Austria	40,9	46,4	Bélgica (francesa)	31,4	49,2	Francia	33,5	31,3
Bélgica (francesa)	32,5	53,8	Canadá	39,6	39,7	Alemania	29,4	34,9
Inglaterra	41,1	45,4	Inglaterra	38,2	37,6	Canadá	26,7	34,3
Canadá	42,5	40,1	Alemania	34,0	42,0	EEUU	26,2	31,3
Suiza	37,6	45,4	EEUU	36,1	39,5	Inglaterra	24,2	28,1
Bélgica (flamenca)	39,7	43,0	Francia	37,6	34,6	Polonia	25,9	25,3
Alemania	37,5	41,1	Israel	24,5	48,3	Dinamarca	24,8	26,0
Francia	36,7	36,9	Dinamarca	35,2	32,4	España	23,0	25,7
Gales	35,9	36,6	Polonia	27,6	37,2	Federación Rusa	21,3	25,8
Holanda	33,2	38,8	ARY Macedonia	29,2	35,8	Israel	16,3	31,5
EEUU	35,3	35,2	Italia	30,6	33,1	ARY Macedonia	21,5	24,6
Dinamarca	35,1	34,4	Gales	32,8	30,6	Grecia	22,4	23,2
Italia	29,0	37,8	Noruega	26,3	36,3	Holanda	18,8	25,6
Polonia	28,6	36,7	Escocia	31,4	31,0	Bélgica (flamenca)	20,1	23,4
Escocia	34,7	30,9	Holanda	28,6	31,6	Noruega	20,0	22,2
Hungría	30,8	30,8	Irlanda	22,7	32,1	Escocia	21,7	18,7
Irlanda	30,5	29,8	Finlandia	25,9	28,3	Irlanda	18,2	23,1
Croacia	23,1	35,7	Malta	21,6	32,9	Gales	21,6	17,2
Finlandia	23,9	33,1	Bélgica (flamenca)	22,3	32,2	Croacia	15,4	19,4
ARY Macedonia	24,5	31,5	España	25,3	28,2	Malta	13,9	20,5
España	25,7	28,1	Croacia	24,7	28,4	Eslovenia	17,6	15,6
Malta	19,7	36,1	Hungría	27,1	24,4	Italia	15,0	18,4
Grecia	21,6	28,1	Grecia	23,5	28,0	Finlandia	13,3	19,1
Eslovenia	23,8	25,3	Eslovenia	26,1	23,0	República Checa	14,1	13,8
República Checa	16,4	17,5	Suecia	17,9	18,4	Hungría	14,6	10,0
Suecia	14,9	13,9	República Checa	14,3	20,3	Suecia	11,3	13,6
Promedio HBSC	35,2	39,9	Promedio HBSC	33,8	37,7	Promedio HBSC	25,3	28,5

**Fig. 3.36. Jóvenes que han sido objeto de conductas intimidatorias dos, tres o más veces durante los dos últimos meses (%)**

Jóvenes de 11 años			Jóvenes de 13 años			Jóvenes de 15 años		
País o región	Chicas	Chicos	País o región	Chicas	Chicos	País o región	Chicas	Chicos
Lituania	20,6	37,5	Lituania	34,0	38,6	Lituania	30,4	33,2
Groenlandia	33,1	22,6	Groenlandia	25,0	25,5	Groenlandia	21,1	16,1
Federación Rusa	21,1,	26,1	Letonia	19,2	25,8	Letonia	14,0	19,0
Portugal	14,6	31,0	Portugal	15,8	27,3	Bélgica ((francesa)	11,9	17,8
Ucrania	24,6	20,7	Estonia	16,7	24,5	Ucrania	13,0	13,9
Estonia	18,8	25,2	Federación Rusa	20,6	18,7	Estonia	11,7	14,7
Israel	16,1	27,1	Austria	16,5	22,7	Francia	12,5	12,7
Letonia	15,6	25,7	Ucrania	17,3	18,3	Austria	9,6	15,4
Canadá	18,4	17,1	Canadá	15,1	17,8	Suiza	10,8	12,3
Noruega	17,1	16,5	Bélgica (francesa)	11,9	20,3	Alemania	8,8	13,6
Austria	13,7	19,6	Suiza	12,7	18,5	Canadá	8,4	13,7
Bélgica (flamenca)	14,6	17,7	Israel	10,0	21,4	EEUU	7,0	12,7
Bélgica (francesa)	10,5	21,0	EEUU	12,0	17,5	Portugal	8,8	10,4
Inglaterra	12,8	16,6	Inglaterra	14,4	14,1	Federación Rusa	8,7	10,1
Suiza	11,5	17,8	Alemania	11,5	16,3	Inglaterra	7,1	11,4
Alemania	12,8	15,6	Francia	13,5	12,6	Israel	5,9	12,4
Dinamarca	13,7	14,0	ARY Macedonia	12,1	13,6	Bélgica (flamenca)	7,3	9,7
Francia	12,6	14,8	Italia	11,0	13,9	España	6,6	9,4
EEUU	12,1	13,6	Dinamarca	11,7	12,2	ARY Macedonia	6,2	8,5
Polonia	8,6	15,8	Polonia	8,8,	14,3	Dinamarca	7,3	7,2
Italia	8,3	15,3	Bélgica (flamenca)	8,1	14,0	Holanda	5,8	8,4
ARY Macedonia	10,2	13,3	Croacia	8,5	12,7	Polonia	6,7	7,3
Croacia	8,4	14,6	Holanda	10,3	11,1	Noruega	5,9	7,7
Holanda	9,5	14,2	Finlandia	10,6	10,6	Finlandia	5,7	7,2
Gales	11,6	11,4	Gales	10,7	10,0	Grecia	6,0	7,0
Finlandia	7,9	13,2	Escocia	9,7	9,6	Gales	6,3	6,1
Irlanda	9,0	11,3	Noruega	7,1	11,5	República Checa	6,3	5,1
Escocia	10,3	9,7	España	7,5	10,8	Escocia	6,3	4,9
España	8,2	9,9	Irlanda	6,0	12,2	Eslovenia	5,1	5,9
Grecia	7,4	10,0	Grecia	6,8	11,1	Italia	5,8	5,0
Malta	5,4	11,8	Hungría	8,2	7,2	Croacia	4,2	6,7
Hungría	8,7	7,0	Eslovenia	8,2	6,9	Irlanda	4,7	5,9
Eslovenia	6,6	8,9	Malta	5,3	9,8	Suecia	3,5	5,0
República Checa	5,5	6,8	República Checa	4,8	8,5	Malta	1,7	6,5
Suecia	3,4	5,4	Suecia	5,7	5,9	Hungría	2,7	2,0
Promedio HBSC	12,8	16,4	Promedio HBSC	12,4	15,4	Promedio HBSC	8,4	10,7

**Fig. 3.37. Jóvenes que han participado en agresiones físicas un mínimo de una vez durante el último año (%)**

Jóvenes de 11 años			Jóvenes de 13 años			Jóvenes de 15 años		
País o región	Chicas	Chicos	País o región	Chicas	Chicos	País o región	Chicas	Chicos
Bélgica (francesa)	37,1	69,1	Lituania	34,5	68,2	Lituania	32,6	61,5
Hungría	35,0	72,8	República Checa	29,3	74,2	Grecia	29,7	55,3
Bélgica (flamenca)	32,3	74,3	Estonia	34,3	66,8	Estonia	31,3	53,0
Estonia	28,7	71,7	Grecia	32,2	65,2	República Checa	22,7	60,7
España	37,5	64,3	Hungría	33,2	65,3	Ucrania	17,5	62,7
República Checa	27,9	72,4	Inglaterra	32,6	58,4	Escocia	27,0	52,0
Escocia	30,6	65,4	Escocia	29,2	60,3	Inglaterra	26,8	53,6
Lituania	26,9	70,2	Federación Rusa	23,2	66,5	Bélgica (francesa)	27,9	50,8
Israel	25,1	70,8	Letonia	19,9	67,3	Hungría	28,3	53,2
Eslovenia	28,6	65,9	Malta	26,9	60,4	Malta	21,0	56,5
Federación Rusa	23,1	72,6	Polonia	21,1	62,3	Gales	24,9	49,4
Inglaterra	28,6	63,6	Bélgica (francesa)	28,9	56,4	Bélgica (flamenca)	22,5	51,6
Dinamarca	27,2	64,8	Eslovenia	24,3	59,9	Francia	21,8	51,1
Italia	23,1	65,0	Bélgica (flamenca)	23,5	62,7	Irlanda	27,0	51,9
Austria	24,3	64,5	Austria	20,4	62,1	Letonia	20,4	55,3
Portugal	22,9	65,3	Irlanda	26,6	56,9	Federación Rusa	18,3	56,3
Croacia	19,4	64,1	Croacia	20,1	59,8	Holanda	24,1	45,2
Ucrania	18,2	65,3	España	23,9	57,0	Polonia	17,0	52,9
Grecia	24,6	58,5	Gales	26,2	53,2	EEUU	25,1	45,0
Noruega	19,4	61,4	Portugal	24,1	58,4	Noruega	20,5	45,0
Polonia	15,7	63,3	EEUU	28,2	52,6	Eslovenia	18,0	46,2
Gales	22,9	56,7	Italia	23,6	56,2	Canadá	22,2	44,0
Malta	24,4	59,7	Ucrania	16,6	61,3	Austria	15,9	46,0
Letonia	15,3	63,8	Dinamarca	22,8	53,5	Dinamarca	21,1	40,7
Irlanda	18,0	58,3	Israel	19,6	61,3	Suecia	17,7	41,8
Suiza	19,2	56,9	Suecia	23,3	52,1	Croacia	15,7	47,1
Francia	19,2	55,1	Noruega	17,8	57,0	Italia	15,5	46,0
Holanda	18,9	56,9	Holanda	23,7	49,0	España	19,5	40,1
Suecia	18,8	54,8	Canadá	26,9	46,7	Groenlandia	21,7	39,0
Canadá	23,6	51,5	Francia	22,1	55,6	Israel	13,3	45,5
Groenlandia	23,4	48,7	Groenlandia	25,9	40,4	ARY Macedonia	12,9	43,4
EEUU	20,9	44,7	Alemania	18,3	42,6	Suiza	11,9	41,2
Alemania	14,9	42,1	ARY Macedonia	15,8	42,5	Finlandia	18,0	32,8
ARY Macedonia	16,3	34,9	Suiza	16,1	42,0	Alemania	14,4	36,2
Finlandia	7,3	40,2	Finlandia	15,0	37,1	Portugal	11,2	29,4
Promedio HBSC	23,5	61,3	Promedio HBSC	24,1	57,3	Promedio HBSC	21,0	48,6

**Fig.3.38. Jóvenes que han participado en agresiones físicas un mínimo de tres veces durante los dos últimos meses (%)**

Jóvenes de 11 años			Jóvenes de 13 años			Jóvenes de 15 años		
País o región	Chicas	Chicos	País o región	Chicas	Chicos	País o región	Chicas	Chicos
Hungría	12,7	39,4	Estonia	13,2	28,6	Lituania	8,3	27,3
Bélgica (francesa)	13,3	35,0	Lituania	12,5	28,3	Estonia	12,7	21,2
Bélgica (flamenca)	11,5	38,0	Hungría	11,4	31,0	Polonia	6,2	23,3
Dinamarca	10,5	35,5	Federación Rusa	7,6	31,0	Bélgica (francesa)	9,4	20,0
Estonia	10,1	31,9	República Checa	6,5	31,3	Hungría	9,8	20,0
Federación Rusa	6,4	36,7	Dinamarca	9,0	26,5	Ucrania	3,2	24,0
Polonia	5,5	34,5	Polonia	6,8	25,9	Federación Rusa	4,9	23,0
Eslovenia	10,0	30,3	Bélgica (francesa)	9,1	23,8	República Checa	3,9	22,2
República Checa	7,7	33,0	Bélgica (flamenca)	7,4	25,6	Escocia	6,5	18,1
Lituania	6,2	32,8	Italia	7,1	22,7	Bélgica (flamenca)	5,9	18,4
Escocia	8,6	29,2	Malta	9,7	20,2	Malta	4,0	21,6
Italia	8,6	28,7	Croacia	4,8	23,2	Austria	2,8	20,9
Portugal	7,4	30,4	Escocia	6,7	22,2	Francia	4,4	19,6
España	11,0	25,9	Suecia	6,5	21,6	Dinamarca	6,9	17,2
Croacia	6,8	28,2	Inglaterra	9,5	18,8	EEUU	7,3	17,1
Israel	5,6	28,2	Grecia	7,5	20,8	Noruega	5,5	16,8
Inglaterra	8,0	25,3	Eslovenia	7,5	20,6	Inglaterra	6,0	16,7
Ucrania	5,2	26,3	Letonia	4,1	23,9	Grecia	6,9	14,1
Austria	5,4	27,0	Portugal	5,6	21,7	Holanda	6,2	14,6
Noruega	4,3	25,9	Austria	4,4	21,9	Suecia	6,4	14,4
Groenlandia	11,7	19,7	Ucrania	4,7	21,3	Irlanda	8,4	13,4
Suecia	7,2	23,0	Francia	5,4	20,3	Eslovenia	5,7	13,8
Malta	9,1	22,9	EEUU	7,5	18,0	Gales	4,8	13,7
Letonia	2,8	26,7	Noruega	3,3	20,3	Croacia	2,8	17,9
Francia	4,9	22,9	España	5,3	17,6	Letonia	4,3	15,3
Grecia	4,8	20,7	Irlanda	7,0	15,8	Groenlandia	7,2	11,0
Canadá	6,1	20,1	Israel	4,0	19,7	Suiza	3,2	13,8
Irlanda	4,0	20,3	Canadá	7,8	13,8	Israel	3,0	14,2
Suiza	4,3	20,0	Groenlandia	7,3	13,9	Finlandia	4,5	11,1
Gales	4,5	17,2	Gales	4,6	15,1	Italia	3,0	13,6
EEUU	6,4	14,9	Holanda	4,3	14,8	ARY Macedonia	2,5	13,1
Holanda	3,2	17,3	Finlandia	4,7	14,4	Canadá	4,5	11,5
ARY Macedonia	4,8	12,2	Alemania	3,8	13,9	Alemania	2,4	11,2
Finlandia	2,4	13,0	ARY Macedonia	2,8	13,5	España	3,4	10,0
Alemania	2,3	12,3	Suiza	2,6	13,3	Portugal	1,4	7,2
Promedio HBSC	4,8	18,4	Promedio HBSC	4,5	14,3	Promedio HBSC	3,4	11,8

## **Superposición entre las tres conductas agresivas: participar en agresiones físicas, ser objeto de intimidaciones e intimidar a los demás**

La Fig. 3.39 ofrece una perspectiva unitaria de la superposición entre las tres formas diferentes de comportamiento agresivo que presentan los 163.000 jóvenes consultados en los 35 países y regiones de HBSC. La porción más grande corresponde a la cantidad de jóvenes que no se han visto envueltos en ninguna de estas tres formas de violencia adolescente. Una porción menor corresponde al número de jóvenes que son o han sido objeto de estas conductas pero no participan en las agresiones físicas ni muestran conductas intimidatorias hacia los demás.

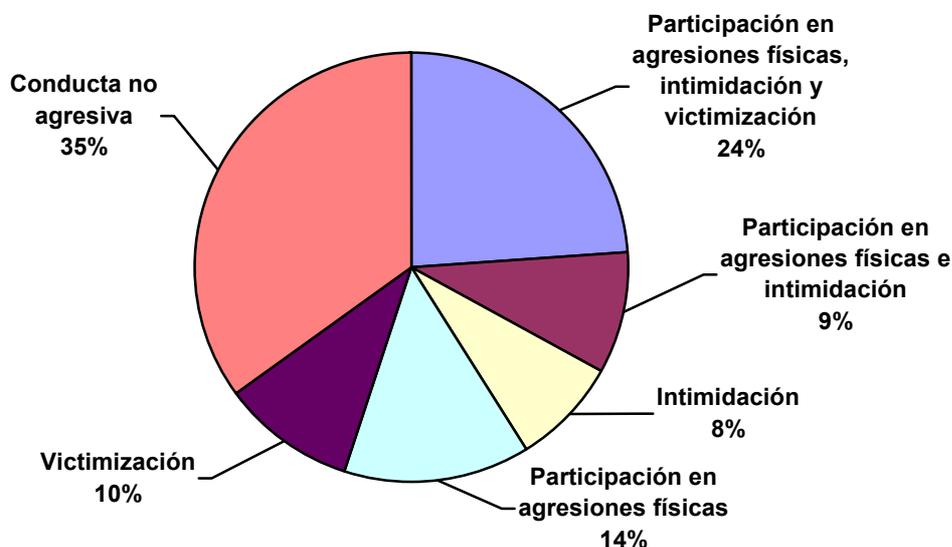
En lo que respecta a la conducta agresiva, son más numerosos los jóvenes que participan en agresiones físicas que los que muestran una conducta intimidatoria. Un grupo reducido de ellos participa en ambas, agresiones físicas e intimidaciones, y una porción mayor dice haberse visto implicado en conductas agresivas, ya sea como víctima, como intimidador o en una pelea.

### **Debate**

En todos los países se observa que los chicos declaran verse más envueltos en agresiones físicas y conductas intimidatorias que las chicas. Estos resultados no indican necesariamente que los chicos sean más agresivos que las chicas, sino que son más propensos a implicarse en esta tipo de agresión abierta, mientras que quizás, las chicas tiendan más a implicarse en otras formas más sutiles y encubiertas de agresión indirecta que no se han evaluado en este cuestionario (13). Los estudios realizados sobre otros grupos de población han encontrado modelos de género similares. Si bien las diferencias de género son más marcadas en algunos países y regiones que en otros, la estabilidad de estos resultados es particularmente chocante. En contraste con las pronunciadas diferencias de género observadas en las formas abiertas de agresión, los resultados obtenidos para la victimización no son tan coherentes entre los países y regiones.

Las tendencias por edad relativas a la conducta intimidatoria y a la participación en agresiones físicas difieren entre países y regiones. La relación entre la conducta intimidatoria y los cambios de edad no es tan coherente entre los países y regiones como lo es la relación entre las agresiones físicas y los cambios de edad, y esto puede ser un indicativo de las normas lingüísticas y culturales que existen para el comportamiento intimidatorio. Tanto la intimidación como la participación en agresiones físicas muestran algunos resultados coherentes que indican que estas conductas aumentan normalmente entorno a los trece años. Esto puede estar relacionado con otros factores como la pubertad (concretamente en los chicos) o el cambio de centros escolares.

**Fig.3.39 Superposición de las condiciones: ser objeto de intimidaciones, intimidar y participar en agresiones físicas (%)**



Estos resultados indican que las agresiones físicas, las conductas intimidatorias y la victimización son hechos frecuentes. Esto despierta una seria preocupación acerca de los efectos potenciales que estos comportamientos pueden ejercer sobre la salud de los jóvenes. Por ejemplo, una tercera parte de los jóvenes declara haber experimentado las tres formas de conducta agresiva. Aunque la prevalencia disminuye a medida que aumenta la frecuencia (es decir, haber participado en tres o más agresiones físicas durante el último año o haber participado en un acto intimidatorio un mínimo de dos veces durante los dos últimos meses), las pruebas científicas ponen en evidencia que muchos jóvenes muestran estas conductas agresivas o son víctimas de ellas y que una pequeña minoría se ve envuelto en ellas de manera regular. Cuanto mayor es la frecuencia en que los jóvenes participan en estas conductas, mayor es la probabilidad de que estén expuestos al riesgo de desarrollar problemas emocionales, físicos, psicológicos y académicos. (3, 5, 8, 9, 11, 14,15). Igualmente, una cuarta parte de los jóvenes declara haberse visto envueltos en comportamientos agresivos y haber sido víctimas de los mismos. Ellos también están expuestos al riesgo de desarrollar problemas físicos, sociales, psicológicos y de salud. Para ambos tipos de comportamiento agresivo, los índices observados en los chicos duplican prácticamente los de las chicas.

Los resultados obtenidos en este estudio tienen ciertas implicaciones políticas en lo que respecta al desarrollo de políticas sanitarias. Ponen de manifiesto la magnitud de los problemas relacionados con las agresiones físicas, la intimidación y la victimización y subrayan cuán importante es tratar estas conductas como un problema de salud física y mental grave. Estas conductas trascienden claramente las fronteras nacionales y se desarrollan en muchas culturas.

Este reconocimiento constituye solamente el primer paso. Para poder intervenir de manera eficiente y reducir de este modo la prevalencia de esta

problemática, es necesario que las políticas sociales reciban la información obtenida por las investigaciones. Son cada vez más las evidencias científicas que indican que las intervenciones que tienen un planteamiento sistémico y que implican de manera integral al centro escolar reducen el problema de la conducta intimidatoria (4-6, 14). No obstante, el proceso de cambio promete ser lento y exigente: para que las intervenciones alcancen un grado satisfactorio de eficiencia es preciso que se dirijan a los jóvenes que muestran conductas intimidatorias, a los que son objeto de esta conducta, a los grupos de iguales, a los profesores, padres y madres y a la comunidad más extensa. Las intervenciones que han demostrado ser más efectivas, como por ejemplo las implementadas en Noruega, consiguen reducir los niveles de intimidación y victimización en aproximadamente un 50% (5). Esto significa que muchos jóvenes se encuentran todavía expuestos al riesgo de sufrir agresiones de manos de sus iguales de manera regular y que muchos jóvenes agresivos no están recibiendo el apoyo que necesitan para abandonar un camino que puede tener consecuencias negativas duraderas.

Los jóvenes no están expuestos por igual al riesgo que representa la participación en agresiones físicas/la intimidación y/o la victimización. El hecho de estar expuesto al riesgo varía según la severidad, la frecuencia y la persistencia del problema. Por ejemplo, el 36% de los jóvenes no participan en agresiones físicas ni en actos intimidatorios pero sufren una influencia negativa cuando son testigos de estas conductas. Otros participan en estas conductas de manera ocasional y es para este grupo en concreto que un programa universal dirigido a cambiar su comportamiento y a implicarlos en conductas que previenen los actos intimidatorios tendría muchas probabilidades de resultar eficiente. Aproximadamente del 11% al 14% de los jóvenes que participan con frecuencia en agresiones físicas o conductas intimidatorias experimentan los efectos negativos que de ellas se derivan. Son los que experimentan las mayores dificultades de adaptación y los que necesitan formas de intervención más intensivas. Estos jóvenes necesitan ser identificados mediante evaluaciones y recibir el apoyo de intervenciones dirigidas y multisistémicas.

Finalmente, la edad influye en este tipo de conductas. Una intervención temprana podría reducir el problema, lo cual significa dirigir intervenciones a los niños y niñas antes de que la prevalencia de estos comportamientos comience a incrementarse. De este modo, desde una perspectiva de creación de políticas, los programas preventivos deberían aplicarse mucho antes de que los y niñas cumplan 11 años.

La agresión a los grupos de iguales y la victimización están ganando el reconocimiento rápido de representar un importante obstáculo para lograr una adaptación emocional, social y educativa sana. Si no se ponen en marcha intervenciones de ningún tipo, los jóvenes implicados son probablemente atrapados en un patrón en bola de nieve que afecta negativamente a la relación interactiva con la familia, los profesores, los compañeros y sus parejas sentimentales. La posibilidad de cambiar disminuye con la edad a medida que los jóvenes se van alienando de la influencia y el apoyo social tan esenciales para su desarrollo. La elevada prevalencia y los efectos negativos derivados de la agresión y la victimización representan un coste social considerable así como una pérdida de potencial para la gente joven.

## Bibliografía

1. Rigby K, Slee P. Bullying among Australian children: reported behaviour and attitudes to victims. *Journal of Social Psychology*, 1991, 131:615–627.
2. Craig WM, Peters D, Konarski R. *Bullying and victimization among Canadian school children*. Ottawa, Applied Research Branch, Strategic Policy, Human Resources Development Canada, 1998.
3. Boulton MJ, Underwood K. Bully/Victim problems among middle school children. *British Journal of Educational Psychology*, 1992, 62:73–87.
4. Smith PK, Sharpe S. The problem of school bullying. In: Smith PK, Sharpe S, eds. *School bullying*. London, Routledge, 1994.
5. Olweus D. Bully/victim problems among school children: some basic facts and effects of a schoolbased intervention program. In: Pepler D, Rubin K, eds. *The development and treatment of childhood aggression*. Hillsdale, NJ, Erlbaum, 1991:411–448
6. Pepler DJ et al. An evaluation of an anti-bullying intervention in Toronto schools. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 1994, 13:95–110.
7. Farrington DP. Understanding and preventing bullying. In: Tonry M, Morris N, eds. *Crime and justice*, Vol. 17. Chicago, University of Chicago Press, 1993:381–458.
8. Craig W. The relationship among bullying, victimization, depression, anxiety, and aggression in elementary school children. *Personality and Individual Differences*, 1998, 24:123–130.
9. El-Sheik M, Cummings EM, Goetch VL. Coping with adults' angry behaviour: behavioural, physiological and verbal responses in preschoolers. *Developmental Psychology*, 1989, 25:490–498.
10. Pepler D, Craig W. *Making a difference in bullying. LaMarsh report*. Toronto, LaMarsh Centre for Research on Violence and Conflict Resolution, York University, 2000.
11. Olweus D. School-yard bullying – Grounds for intervention. *School Safety*, 1987, 6:4–11.
12. Currie C, Samdal O, Boyce W et al., eds. *Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study (HBSC). Research protocol for the 2001/2002 survey*. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh, 2001 ([http://www.hbsc.org/downloads/Protocol\\_Section1.pdf](http://www.hbsc.org/downloads/Protocol_Section1.pdf), accessed 27 January 2004).
13. Cairns RB, Cairns BD. *Lifelines and risk: pathways of youth in our time*. Cambridge, Cambridge University Press, 1994.
14. Harel Y. A cross-national study of youth violence in Europe. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 1999, 11:121–134.
15. Laufer A, Harel Y. The role of family, peers and school perceptions in predicting involvement in youth violence. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 2003, 15(3):235–244.

# Lesiones – *William Pickett*

## Introducción

Las lesiones y las consecuencias que de ellas se derivan contribuyen a expandir una epidemia silenciosa que experimentan los jóvenes de todo el mundo. Durante la segunda mitad del siglo XX, las lesiones sustituyeron a las enfermedades infecciosas en su categoría de primera causa de muerte infantil y juvenil en algunos países (1). El riesgo de sufrir lesiones incrementa dramáticamente cuando los niños cruzan el umbral de la adolescencia (2) y las lesiones intencionadas o accidentales son las responsables de más del 70% de todas las muertes juveniles (3).

Los costes asociados a las lesiones pueden medirse de distintas maneras. Costes a nivel personal, las lesiones se traducen en dolor, sufrimiento, pérdida de tiempo y productividad, y molestias para las víctimas y sus familiares. Otras formas de lesiones más graves pueden resultar en la necesidad de recibir un tratamiento médico de considerable importancia, la necesidad de recibir rehabilitación e incluso en la discapacidad y la muerte. El impacto que ejercen las lesiones en nuestra sociedad se puede medir económicamente calculando los costes derivados del tratamiento, la rehabilitación y las pérdidas en productividad. En Estados Unidos por ejemplo, durante la década de los 90 las lesiones sufridas por los jóvenes representaron una cifra de decenas de miles de millones de dólares en pérdidas económicas anuales (4,5). Debido a que el riesgo de sufrir lesiones durante la adolescencia está en claro aumento, las lesiones se han convertido en una de las primeras causas de pérdida potencial de años de vida antes de los 65 años (6).

## Métodos

Solamente una pregunta - que ya había sido utilizada y validada en los estudios HBSC anteriores y en otros y que se consideró apropiada para realizar un estudio con la población joven - medía la frecuencia de las lesiones (7,8). Una definición de lesión precedía este punto temático.

*Muchos jóvenes resultan lastimados o lesionados al realizar algunas actividades como practicar deportes, o cuando participan en agresiones físicas como pelearse con los demás en distintos lugares como en la calle, o en casa. Las lesiones incluyen sufrir quemaduras o intoxicaciones. No se consideran lesiones las enfermedades como el sarampión o la gripe. La pregunta que aparece a continuación trata de las lesiones que hayas podido sufrir durante los doce últimos meses.*

- *Durante los doce últimos meses, ¿cuántas veces has sufrido lesiones y tuviste que acudir a un médico o enfermera?*

Las opciones de respuestas eran: *No sufrí ninguna lesión durante los doce últimos meses, 1 vez, 2 veces, 3 veces, 4 veces o más.*

Entre los ejemplos que describían la atención médica se incluían: los ingresos hospitalarios, la asistencia a urgencias, la recepción de atención médica en la consulta de un médico en una clínica. El hecho de limitar las lesiones a los accidentes que requieren de tratamiento médico es un enfoque que cuenta con una amplia aceptación y ha sido utilizado con bastante frecuencia. El periodo de un año de retrospectiva se utilizó para ser coherente con la práctica investigadora de estudios anteriores y para maximizar los niveles de memoria (9).

## Resultados

Del cuestionario se seleccionaron dos resultados principales para ser posteriormente analizados: la frecuencia de los jóvenes que declaran haber recibido por los menos un tratamiento médico durante el último año y la frecuencia de los jóvenes que declaran haber sufrido más de una lesión de este tipo durante el mismo periodo (10).

Las comparaciones transnacionales deben interpretarse con cautela ya que los cuestionarios no se repartieron en la misma época del año en todos los países. Existen diferencias estacionales en la frecuencia de las lesiones, y los jóvenes tienden a recordar con mayor precisión las lesiones sufridas más recientemente (9). Cada uno de estos factores ha podido influir en la magnitud de los índices de lesión observados en los distintos países y regiones. Las variaciones aparentes entre ellos podrían ser atribuidas a las diferencias existentes entre los sistemas de atención sanitaria y el acceso a la atención médica o a las diferencias relativas a la exposición a entornos y actividades peligrosas.

La tabla 3.6 nos presenta los índices considerablemente elevados de jóvenes que declaran haber recibido tratamiento médico por lo menos una vez durante los últimos doce meses. El promedio global es del 45%. La tabla presenta promedios transnacionales desglosados por edad y género así como los índices nacionales más altos y bajos, pero no muestra el número total de lesiones.

**Tabla 3.6. Jóvenes que han sufrido lesiones durante los últimos doce meses (%)**

Edad (años)	1 ó más lesiones (% de toda la nuestra HBSC)						2 ó más lesiones (% de toda la nuestra HBSC)					
	Chicos			Chicas			Chicos			Chicas		
	Promedio	Más bajo	Más Alto	Promedio	Más bajo	Más alto	Promedio	Más bajo	Más alto	Promedio	Más bajo	Más alto
11	51,7	31,5	68,5	40,6	20,7	52,1	49,7	27,5	61,2	41,7	29,9	61,2
13	52,9	33,4	66,2	39,9	21,4	54,7	48,8	30,3	57,9	40,8	29,2	52,4
15	50,8	33,4	62,9	37,6	22,1	51,4	48,2	33,2	58,0	41,7	27,0	53,0

Aproximadamente el 50% de los jóvenes presenta una frecuencia de dos o más lesiones, y el 5% declaran haber sufrido lesiones en cuatro o más ocasiones. Estos porcentajes demuestran que las lesiones constituyen un problema serio para la población de jóvenes objeto de este estudio.

La Fig. 3.40 muestra la proporción de jóvenes que sufrieron lesiones por lo menos una vez durante los doce meses previos a la consulta. Estos índices presentan notables diferencias geográficas con rangos del 26% al 60% en los chicos y chicas de 11 años, del 28% al 60% en los de 13 años, del 28% al 57% en los de 15 años. Los porcentajes medios para los tres grupos de edad son sorprendentemente similares: el 46% para los grupos de edad de 11 y 13 años y el 44% para los de 15 años. Para todos los grupos de edad, Estonia, Hungría, Polonia, La antigua República Yugoslava de Macedonia y Ucrania se mantuvieron constantes en el cuartil inferior de la clasificación mientras que Austria, Alemania, España y Gales, lo hicieron en el cuartil superior.

La Fig. 3.41 presenta las proporciones de jóvenes que declaran haber sufrido dos o más lesiones durante el último año. De nuevo, los índices presentan diferencias geográficas (rangos del 29% al 56% para los chicos y chicas de 11 años, del 31% al 45% para los de 13 años, del 32% al 54% para los de 15 años), y los porcentajes medios para todos los grupos son prácticamente idénticos (el 46% a los 11 años y el 45% a los 13 y 15 años. Canadá, Dinamarca, Inglaterra, Francia, Alemania y Estados Unidos se encuentran en el cuartil superior de la clasificación y la República Checa, Finlandia, Polonia, Holanda y La Antigua República Yugoslava de Macedonia en el cuartil inferior.

## **Diferencias de edad y genero**

En cada uno de los 35 países y regiones y para todos los grupos de edad (un total de 105 comparaciones), el número de chicos que han recibido tratamiento médico una o más veces para sus lesiones es superior al de las chicas. Este resultado coincide virtualmente con todas las publicaciones centradas en grupo poblacionales que describen la problemática de las lesiones infantiles. En todas las culturas a lo largo y ancho del mundo, los chicos presentan mayor probabilidad de estar expuestos a más riesgos físicos que las chicas, y esto se traduce en índices más elevados de lesiones. Aunque las diferencias de género son más marcadas en algunos países que en otros, la solidez de esta tendencia no deja de ser notable.

En general, se observa en los índices de las lesiones registradas una coherencia notable en todos los grupos de edad. De los 35 países y regiones, 20 presentan índices de lesiones que se mantienen básicamente estables en los tres grupos de edad. Solamente en cuatro de los restantes países - Bélgica (la región francesa), Croacia, Israel y la Federación Rusa – se observan unas variaciones del 7% en los índices de lesiones específicos de cada edad. En estos cuatro países, los índices de lesiones descienden considerablemente con la edad: del 60% al 47% en Israel, del 48% al 38% en la Federación Rusa, del 44% al 35% en Croacia y del 42% al 35 % en Bélgica (la región francesa). Canadá, Estonia, España, Suiza muestran un aumento del 5% al 7% en los índices específicos de cada edad, y principalmente entre los 11 y los 13 años.

En un número reducido de países – Canadá, Francia, Noruega y Suiza – la dimensión del problema de las lesiones, en términos de clasificación internacional relativa, parece aumentar con la edad. Entre los países y regiones que presentan una tendencia opuesta – una reducción notable en la clasificación internacional – se encuentran Bélgica (la región flamenca), Inglaterra, Israel y Lituania. Solamente no se han mencionado aquellos países que han pasado del primer cuartil de la clasificación al segundo.

## **Debate**

Los resultados obtenidos en el estudio HBSC acerca de las lesiones proporcionan una primera visión de la magnitud y la distribución del problema y establecen la importancia de esta cuestión. Las lesiones constituyen la primera causa de mortalidad y morbilidad en los jóvenes, y existen pocos problemas que tengan un impacto tan considerable en su salud.

Se han publicado los trabajos realizados a escala nacional (11) e internacional (12) acerca de la incidencia de las lesiones que se habían presentado en anteriores estudios HBSC. Si bien no existe ningún estudio internacional que describa las comparaciones transnacionales de los modelos de las lesiones, los informes que existen hasta la fecha dejan intuir algunos modelos recurrentes. La causa externa más dominante en la mayoría de las experiencias con las lesiones entre los jóvenes es la práctica de deportes. Y coincidiendo con este modelo, se da el hecho de que entre los entornos más habituales para la incidencia de las lesiones se encuentran los polideportivos, los entornos escolares y domésticos, se trata justamente de lugares donde suelen tener lugar tanto las actividades organizadas como las espontáneas.

Los estudios anteriores que se habían basado en los datos de HBSC han demostrado que la incidencia de las lesiones afecta tremendamente a la población joven. Aunque la mayoría de las lesiones son leves y los pacientes suelen salir adelante con un tratamiento ambulante, el 20% de las lesiones tienen consecuencias graves. Entre las lesiones más comunes se encuentran las fracturas, las lesiones de los tejidos blandos y los desgarros y traumatismos en la cabeza y el cuello. Estas se traducen en numerosas visitas a las clínicas médicas, las salas de urgencia y también en ingresos hospitalarios. La cirugía no suele ser habitual. La mayoría de las lesiones relatadas causan la pérdida de uno o más días de clase o de las actividades que se realizan habitualmente, y el impacto acumulativo que estos accidentes ejercen sobre las víctimas y la sociedad en general es realmente considerable. Las lesiones contribuyen a generar pérdidas enormes en productividad y en la capacidad de participar en la vida plenamente.

**Fig. 3.40 Jóvenes que han sufrido lesiones una o más veces durante los últimos 12 meses (%)**

Jóvenes de 11 años			Jóvenes de 13 años			Jóvenes de 15 años		
País o región	Chicas	Chicos	País o región	Chicas	Chicos	País o región	Chicas	Chicos
Israel	51,9	68,5	España	54,2	66,2	España	51,4	62,9
Gales	51,4	59,3	Canadá	45,7	61,2	Francia	49,1	61,5
Alemania	52,1	58,2	Gales	46,6	63,4	Canadá	48,5	59,8
Bélgica (flamenca)	50,6	59,7	Alemania	51,8	57,7	Alemania	46,7	58,5
Inglaterra	45,6	63,8	Inglaterra	45,3	63,5	Bélgica (flamenca)	43,7	60,4
España	46,8	62,6	EEUU	50,7	58,1	Austria	47,0	56,3
EEUU	49,3	59,8	Austria	47,7	59,0	Gales	42,9	58,9
Austria	48,8	58,5	Lituania	43,0	61,7	Suiza	45,1	56,6
Lituania	45,5	58,2	Francia	47,5	57,2	Noruega	47,7	51,1
Francia	45,0	56,4	Israel	43,8	62,7	Inglaterra	40,8	56,5
Canadá	47,2	54,1	Malta	43,0	59,8	EEUU	42,3	52,7
Escocia	43,3	54,1	Italia	45,1	57,2	Portugal	41,7	52,4
Malta	40,4	60,5	Bélgica (flamenca)	42,6	59,8	Israel	41,5	52,8
Eslovenia	42,3	55,4	Suiza	45,4	53,1	Irlanda	38,5	59,7
Grecia	40,8	56,3	Noruega	44,5	52,9	Lituania	33,8	58,2
Italia	38,3	58,3	Grecia	38,5	58,9	Eslovenia	39,8	51,9
Federación Rusa	41,7	54,0	Portugal	36,3	60,4	Dinamarca	46,2	45,3
Noruega	45,1	48,9	Escocia	38,8	57,3	Italia	39,4	53,5
Letonia	42,5	50,9	Dinamarca	44,1	49,7	Grecia	35,1	56,5
Irlanda	37,6	54,5	Irlanda	39,0	55,6	Letonia	41,3	50,1
Suiza	38,7	52,2	Eslovenia	38,7	54,9	República Checa	38,8	48,9
Portugal	34,2	55,5	República Checa	40,2	51,2	Escocia	32,9	54,3
Dinamarca	40,9	48,0	Federación Rusa	36,9	52,8	Malta	29,4	58,9
Croacia	34,1	52,2	Letonia	34,6	52,4	Suecia	32,7	46,2
Bélgica (francesa)	38,3	46,2	Croacia	31,4	50,6	Federación Rusa	30,2	48,1
República Checa	37,4	45,4	Suecia	33,2	45,1	Holanda	30,7	44,8
Suecia	32,7	44,7	Holanda	32,0	42,5	Finlandia	34,2	40,9
Holanda	34,5	39,8	Finlandia	32,5	41,2	Croacia	28,7	42,7
Finlandia	30,1	39,5	Estonia	30,1	41,8	Bélgica (francesa)	28,0	41,0
Ucrania	28,8	39,0	Hungría	28,9	42,1	Groenlandia	28,7	40,9
Hungría	30,4	35,9	Bélgica (francesa)	32,1	37,3	Estonia	26,9	40,5
ARY Macedonia	27,7	33,4	ARY Macedonia	22,7	37,6	Polonia	26,0	35,4
Estonia	26,1	33,0	Groenlandia	23,2	36,4	Hungría	25,3	38,4
Groenlandia	25,4	31,9	Ucrania	21,4	36,5	Ucrania	24,1	35,9
Polonia	20,7	31,5	Polonia	23,1	33,4	ARY Macedonia	22,1	33,4
Promedio HBSC	40,6	51,7	Promedio HBSC	39,9	52,9	Promedio HBSC	37,6	50,8

**Fig. 3.41. Jóvenes que han sufrido lesiones dos o más veces durante los últimos doce meses (%)**

Jóvenes de 11 años			Jóvenes de 13 años			Jóvenes de 15 años		
País o región	Chicas	Chicos	País o región	Chicas	Chicos	País o región	Chicas	Chicos
Canadá	51,6	61,2	Inglaterra	47,7	57,9	Alemania	53,0	55,2
Israel	50,8	58,5	Alemania	49,5	56,2	Canadá	50,2	58,0
Escocia	43,7	60,0	Gales	46,7	56,2	Escocia	50,0	55,4
Inglaterra	44,2	58,1	Canadá	50,0	53,8	España	49,5	54,6
Alemania	47,7	54,5	España	46,9	53,8	EEUU	50,3	53,1
EEUU	48,5	54,3	Dinamarca	52,4	49,0	Francia	50,2	52,9
Dinamarca	49,2	53,1	Malta	45,5	54,4	Malta	47,6	52,5
Francia	48,7	53,1	Francia	44,7	54,5	Dinamarca	47,0	53,5
Bélgica (flamenca)	48,0	52,3	EEUU	44,9	55,2	Inglaterra	45,2	53,1
España	44,4	53,3	Escocia	42,7	54,3	Gales	42,5	52,7
Malta	39,0	57,6	Israel	42,5	55,1	Suiza	45,7	48,1
Gales	46,9	50,1	Portugal	38,0	54,2	Israel	41,8	50,9
Austria	42,1	51,2	Austria	41,1	52,3	Lituania	43,0	48,2
Bélgica (francesa)	39,4	51,9	Grecia	39,9	51,8	Letonia	41,9	51,0
Grecia	37,8	52,0	Irlanda	42,9	48,4	Bélgica (flamenca)	41,4	49,4
Portugal	39,5	49,8	Suiza	39,7	51,9	Noruega	41,6	47,4
Suecia	39,9	50,0	Letonia	42,2	46,9	Austria	40,8	46,6
Estonia	39,4	48,9	Federación Rusa	41,4	46,9	Irlanda	37,7	50,5
Suiza	35,9	51,2	Bélgica (flamenca)	36,6	49,7	Portugal	42,6	44,9
Letonia	36,7	51,4	Suecia	43,0	44,1	Suecia	40,2	46,5
Eslovenia	40,9	46,9	Groenlandia	41,5	45,1	Estonia	40,2	43,8
Federación Rusa	34,4	51,8	Noruega	40,7	45,9	Italia	36,8	47,3
Italia	35,6	48,6	Italia	34,4	49,7	Federación Rusa	35,7	47,5
Groenlandia	35,5	51,7	Estonia	38,0	44,8	Bélgica (francesa)	35,3	47,2
Croacia	37,9	46,1	Bélgica (francesa)	36,7	46,1	Grecia	39,7	42,8
Noruega	45,4	38,7	Lituania	35,4	43,9	Groenlandia	27,0	55,3
Irlanda	33,3	47,3	Hungría	29,2	47,0	Ucrania	34,3	44,2
ARY Macedonia	42,9	37,4	Holanda	32,8	42,0	Eslovenia	35,0	42,9
Lituania	37,4	41,0	Croacia	31,7	41,4	Hungría	29,8	47,2
Hungría	33,6	43,8	Ucrania	35,9	39,1	República Checa	35,8	38,9
Ucrania	31,6	39,2	Eslovenia	30,7	41,3	Holanda	32,5	40,1
Holanda	32,7	37,7	ARY Macedonia	31,7	39,7	Croacia	28,5	44,2
República Checa	31,7	38,1	República Checa	30,9	38,2	Finlandia	34,9	38,4
Finlandia	29,9	37,1	Finlandia	30,8	36,4	ARY Macedonia	29,8	36,6
Polonia	30,3	27,5	Polonia	30,8	30,3	Polonia	30,4	33,2
Promedio HBSC	41,7	49,7	Promedio HBSC	40,8	48,9	Promedio HBSC	41,7	48,2

Las variaciones que se observan en los índices de lesiones presentados pueden atribuirse a las diferencias que existen entre los sistemas de atención sanitaria de los diferentes países. El acceso a la atención médica tiene unos efectos obvios y bien conocidos sobre los índices de lesiones. En el peor de los casos, una carencia de cobertura sanitaria reduce drásticamente los índices de las lesiones graves que precisan la atención médica (hasta el 30%), simplemente por el hecho de que las lesiones no reciben el tratamiento necesario (13). La prestación de servicios sanitarios apropiados constituye un importante determinante sobre la salud. Las lesiones que no reciben tratamiento pueden acabar causando un dolor y un sufrimiento innecesarios. Entre las consecuencias producidas por las lesiones se pueden encontrar con bastante probabilidad la incapacidad innecesaria.

Se ha mostrado un gran interés en la etiología social de las lesiones: las condiciones sociales y otros factores que pueden causar un riesgo elevado de sufrir lesiones. Entre ellas, una de las más intrigantes es el estatus socioeconómico: se estima que la pobreza sitúa a muchos jóvenes en un riesgo muy elevado (14). Esta tendencia social ha venido siendo observada en estudios realizados con la población general sobre las muertes traumáticas (14), la hospitalización (15) y las lesiones que reciben tratamiento médico (16). Algunos (17) pero no todos los estudios (7) basados en HBSC que analizaron el estatus socioeconómico y la lesión han puesto en evidencia la misma tendencia. Una de las razones por las que no se ha logrado encontrar este tipo de relación puede atribuirse a la predominancia de las lesiones originadas durante las actividades deportivas organizadas de los jóvenes con edades comprendidas entre los 11 y los 15 años.

Finalmente, cabe destacar que los jóvenes, durante su adolescencia, suelen empezar a adoptar compartimentos que comportan ciertos daños a su salud como por ejemplo el consumo de tabaco, alcohol, drogas en el entorno social, y el comportamiento agresivo, como por ejemplo la conducta intimidatoria y las agresiones (ver la sección anterior de este mismo capítulo). Del mismo modo, los jóvenes pueden hacer caso omiso de las prácticas de seguridad ampliamente aceptadas como por ejemplo el uso del cinturón de seguridad en los coches. Las investigaciones sociales sugieren que los grupos de jóvenes a menudo practican diferentes formas de actividades arriesgadas o adoptan conductas que comportan múltiples riesgos. Esta conducta se ha observado en grupos de jóvenes de todo el mundo (18). No se ha comprendido bien su impacto real y total aunque se ha demostrado que el riesgo de sufrir lesiones durante la adolescencia incrementa en relación con la cantidad de conductas que comportan riesgos. Pickett et al. (19) utilizaron los datos recogidos en el estudio HBSC de 2001/2002 para poner de manifiesto que los gradientes en la conducta que implica múltiples riesgos y lesiones se pueden observar transnacionalmente en los jóvenes de todas las edades y ambos géneros y que son especialmente pronunciados en relación con los tipos de lesión más graves. El riesgo de sufrir una lesión traumática es diez veces mayor en las personas que declaran tener conductas que implican múltiples riesgos que en las demás. Se trata de una tendencia social que está cobrando una importancia global creciente.

## **Implicaciones en el ámbito político**

Los resultados obtenidos en este estudio presentan cuatro implicaciones importantes para la creación y el establecimiento de políticas sanitarias. En primer lugar, demuestran con total claridad la importancia de la lesión como una de los principales problemas sanitarios que afectan a los jóvenes. Esto sugiere la necesidad de establecer políticas para el control de las lesiones en los ámbitos nacional e internacional: políticas que traten el problema de las lesiones como un problema prioritario de la sanidad pública, además, es preciso que asignen recursos para ofrecer soluciones eficientes e innovadoras.

En segundo lugar, el reconocimiento de las lesiones como un problema sanitario de primer orden es algo nuevo y así lo refleja el estado de la literatura publicada acerca de las investigaciones sobre el control de las lesiones. Es preciso que la ciencia del control de las lesiones madure. Para ello será necesario invertir en la financiación de investigaciones y en iniciativas educativas que incrementen el número de los profesionales implicados y mejoren su organización.

En tercer lugar, la gran mayoría de las lesiones que han declarado los jóvenes consultados en esta encuesta suceden en uno de estos cuatro entornos: el hogar, el centro escolar, los centros deportivos o los terrenos donde se practican deportes organizados y las calles o las carreteras. Entre éstos, algunos resultan más susceptibles de ser modificados que otros. En general, se puede afirmar con absoluta certeza que es necesario que los entornos asociados a las lesiones de los jóvenes se conviertan en lugares con la máxima seguridad posible. Este tipo de políticas debería incluir programas que concienciaran y ofrecieran modelos a aquellas personas responsables del mantenimiento y la seguridad de estos entornos.

Finalmente, se han adoptado ya algunas estrategias de prevención primaria para acotar el problema de las lesiones juveniles. Entre estas cabe destacar las estrategias educativas cuyo objetivo es reducir el riesgo adoptando y promoviendo las conductas que favorecen la seguridad. Otras estrategias incluyen obligar el cumplimiento de las leyes y los procedimientos destinados a proteger a niños y jóvenes e idear estrategias cuyo objetivo sea convertir los entornos que rodean la vida de los jóvenes en lugares más seguros. Si bien todas ellas pueden resultar eficaces, para poder desarrollar políticas públicas es necesario obtener la información básica acerca de la magnitud y la distribución de este problema. Esto supondría una inestimable ayuda en el proceso de planificación y de establecimiento de prioridades de las intervenciones. Un seguimiento posterior del problema podría ser igualmente valioso para evaluar los esfuerzos.

## Conclusiones

Las lesiones constituyen uno de los problemas sanitarios más graves a los que se enfrenta la juventud mundial. El 60% de los jóvenes consultados en el estudio HBSC del 2001/2002 sufrieron lesiones que requirieron de atención médica durante los doce meses previos a la consulta. Los índices son más elevados para los chicos que para las chicas, pero en general, se trata de un problema de considerable importancia para todos los grupos de edad. Este análisis no trata las cuestiones de las causas externas de estas lesiones y el hecho de que puedan ser intencionadas o accidentales.

Los resultados obtenidos en el estudio HBSC contribuyen a establecer la importancia de las lesiones como un problema sanitario de primer orden para los jóvenes, pero resulta menos valioso a la hora de proporcionar una dirección y unos objetivos los esfuerzos dedicados a establecer un control sobre las lesiones. Es más, la ciencia que se ocupa del control de las lesiones no ha llegado a su madurez y sería necesario obtener cantidades ingentes de información para trabajar sobre la prevención. Por ejemplo, el grado de disposición de las sociedades a aceptar que las lesiones constituyen un serio problema de la sanidad pública varía, y queda mucho por aprender acerca de la mejor manera de cambiar la opinión pública. Esta parte del trabajo sobre el control de las lesiones es una ciencia en sí misma – una ciencia que no puede ser ignorada si se pretende que las estrategias preventivas se desarrollen e implementen de manera eficaz.

La importancia de las lesiones como un problema sanitario de primer orden debería obtener el reconocimiento como tal en el desarrollo y la creación de las políticas nacionales e internacionales dirigidas a proteger a la juventud. Es necesario promover programas de investigación convincentes para llegar a comprender las causas de las lesiones y sus consecuencias y para poder desarrollar métodos preventivos de primera calidad. Además, se debería implicar a los jóvenes en estos esfuerzos. Finalmente, existe una continua necesidad de mejorar las condiciones de seguridad en los hogares, en los centros escolares, los centros deportivos y en otros entornos donde los jóvenes se ven expuestos a riesgos. Todas estas acciones contribuirían a reducir el enorme tributo que las lesiones cargan sobre las vidas de los jóvenes y sobre la sociedad.

## Bibliografía

1. WISQARSTM (Web-based Injury Statistics Query and Reporting System) [database online]. Atlanta, GA, National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 2004 (<http://www.cdc.gov/ncipc/wisqars>, accessed 14 January 2004).
2. Lescohier I, Scavo Gallagher S. Unintentional injury. In: DiClemente RJ, Hanson WB, Ponton LE, eds. *Handbook of adolescent health risk behavior*. New York, Plenum Press, 1996.
3. Institute of Medicine Committee on Injury Prevention and Control. *Reducing the burden of injury: advancing prevention and treatment*. Washington, DC, National Academy of Sciences. 1999.
4. Max W, Rice DP, MacKenzie EJ. The lifetime cost of injury. *Inquiry*, 1990, 27(4):332–343.
5. Dansceco ER, Miller TR, Spicer RS. Incidence and costs of 1987–1994 childhood injuries: demographic breakdowns. *Pediatrics*, 1995, 85:99–104.
6. Injury mortality atlas of the United States, 1979–1987. *Mortality and Morbidity Weekly Report*, 1991, 40(49):846–848.

7. Currie CE et al. Incidence and distribution of injury among schoolchildren aged 11–15. *Injury Prevention*, 1996, 2(1):21–25.
8. Scheidt PC et al. The epidemiology of nonfatal injuries among US children and youth. *American Journal of Public Health*, 1995, 85(7):932–938.
9. Harel Y et al. The effects of recall on estimating annual nonfatal injury rates for children and adolescents. *American Journal of Public Health*, 1994, 84(4):599–605.
10. Chiolero A, Schmid H. Repeated self-reported injuries and substance use among young adolescents: the case of Switzerland. *Sozial und Praventivmedizin*, 2002, 47(5):289–297.
11. King A, Boyce W, King M. *Trends in the health of Canadian youth – La santé des jeunes, tendances au Canada*. Ottawa, Health Canada, 1999.
12. Harel Y, Kanny D. A cross national perspective on youth injuries in 22 countries: findings from the 1994 World Health Organization Health Behaviour in School-aged Children. *Proceedings of the 4th World Conference on Injury Prevention and Control, Amsterdam, 17–20 May 1998*. Amsterdam, Consumer Safety Institute, 1999.
13. Overpeck MD, Kotch JB. The effect of US children's access to care on medical attention for injuries. *American Journal of Public Health*, 1995, 85(3):402–404.
14. Nersesian WS et al. Childhood death and poverty: a study of all childhood deaths in Maine, 1976 to 1980. *Pediatrics*, 1985, 75:41–50.
15. Durkin MS et al. Low-income neighborhoods and the risk of severe pediatric injury: a small-area analysis in northern Manhattan. *American Journal of Public Health*, 1994, 84:587–592.
16. Faelker T, Pickett W, Brison RJ. Socioeconomic differences in childhood injury: a population-based epidemiological study in Ontario, Canada. *Injury Prevention*, 2000, 6(3):203–208.
17. Mazur J et al. Adolescent injuries in relation to economic status: an international perspective. *Injury Control and Safety Promotion*, 2001, 8(3):179–182.
18. Nic Gabhainn S, François Y. Substance use. In: Currie C et al., eds. *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000:97–114 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 1; <http://www.who.dk/document/e67880.pdf>, accessed 20 January 2004).
19. Pickett W et al. Multiple risk behaviours and injury: an international study of youth in 12 countries. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2002, 156:786–793.

# **La salud sexual – *Jim Ross, Emmanuelle Godeau y Sonia Dias***

## **Introducción**

La salud sexual forma una parte sustancial del bienestar personal, social y general del adolescente (1). Podría describirse como la integración positiva de los aspectos físicos, emocionales e intelectuales de la sexualidad. Uno de los aspectos desarrollativos más importantes de la adolescencia es la consolidación de la identidad en general y de la identidad sexual en particular. El desarrollo de la sexualidad durante la adolescencia incluye los cambios físicos asociados a la pubertad, los cambios psicológicos y los acontecimientos interpersonales. Los adolescentes necesitan aprender a sentirse a gusto consigo mismos, a asimilar sus sentimientos sexuales y a relacionarse de una manera sana con los demás.

La adolescencia presenta dos aspectos bien definidos, por un lado es un periodo sembrado de oportunidades en el que se exploran nuevas ideas y opciones, y por otro lado es un momento de gran vulnerabilidad y riesgo. Afortunadamente, la mayoría de los jóvenes emergen de estas oleadas de cambios con resultados positivos. Sin embargo, algunos aspectos del comportamiento asociado a la adolescencia – la espontaneidad, la inmadurez social, el gusto por el riesgo y la volatilidad – pueden afectar a muchas cuestiones relacionadas con la salud sexual.

Entre las principales preocupaciones de la salud pública en los asuntos relacionados con la salud sexual de los adolescentes se encuentran el embarazo no deseado y las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Todos ellos causan problemas sociales, económicos y sanitarios significativos, y se podrían prevenir en gran medida a través de esfuerzos coordinados realizados por las familias, los centros escolares, los organismos de sanidad y las organizaciones municipales. La creación y el desarrollo de programas efectivos basados en el centro escolar y la municipalidad dependen parcialmente de la posibilidad de obtener información sobre la naturaleza y la amplitud del comportamiento sexual de los adolescentes. Es necesario obtener urgentemente información actual acerca de las cuestiones relacionadas con la salud sexual de la juventud para poder desarrollar programas y políticas. Es necesario profundizar en la comprensión de los determinantes culturales y sociales de la adopción de riesgos sexuales así como de sus correspondientes factores de protección a fin de que las intervenciones puedan ser globales y alcancen sus objetivos de manera efectiva.

## Métodos

Existe poca información transnacional disponible acerca de la salud sexual de los adolescentes. El estudio HBSC de 2001/2002 fue el primero en incluir un grupo mínimo de puntos estandarizados acerca de la salud sexual que fueron diseñados para los jóvenes de 15 años. En otros estudios anteriores la inclusión de este grupo de preguntas era opcional. El protocolo HBSC de 1989/1990 incluía paquetes opcionales de preguntas sobre las relaciones y la conducta sexual y sobre el conocimiento del VHI y las actitudes derivadas de éste. Los países y regiones que incluyeron estas preguntas acabaron utilizando los datos principalmente para sus propios propósitos y no se publicaron comparaciones. En el estudio HBSC de 1997/1998 algunas regiones y países incluyeron preguntas acerca de la conducta sexual, pero estas preguntas variaban mucho en contexto y alcance. Esta falta de capacidad de comparación permitía realizar únicamente comparaciones transnacionales limitadas (2). La clara y absoluta necesidad de obtener datos transnacionales más completos y comparables resultó en la decisión de incluir preguntas obligatorias acerca de la salud sexual en el estudio HBSC de 2001/2002.

Las cuestiones temáticas relativas a la salud sexual que detallamos a continuación fueron adoptadas del Estudio sobre las Conductas de Riesgo de los Jóvenes (*“Youth Risk Behavior Survey” (YRBS)*) de Estados Unidos (3). Aunque estas cuestiones temáticas habían sido sometidas a pruebas cognitivas exhaustivas ya que se habían estado utilizando durante algo más de una década y se sabe que han producido datos fiables en Estados Unidos (4,5), no se llegaron a realizar las pruebas de fiabilidad en los países europeos. De todos jóvenes consultados para la realización de este estudio, solamente se pidió a los de 15 años que respondieran a las preguntas relativas a la salud sexual porque la aplastante mayoría de los jóvenes de menor edad todavía no han mantenido una relación sexual y se consideró que estas preguntas podían resultar muy delicadas para los grupos de menor edad. Se formularon cuatro preguntas.

- *¿Has tenido alguna relación sexual? (También se le suele llamar “hacer el amor”, “practicar sexo” o “ir hasta el final”.)* Las opciones de respuesta eran: *Sí, No.*
- *¿Cuántos años tenías la primera vez que tuviste una relación sexual?* Las opciones de respuesta eran: *Todavía no he tenido ninguna relación sexual, 11 años o menos, 12 años, 13 años, 14 años, 15 años.*
- *¿Utilizaste tú o pareja preservativo la últimas vez que tuvisteis una relación sexual?* Las opciones de respuesta eran: *Nunca he tenido una relación sexual con otra persona, Sí, No.*
- *¿Qué método(s) utilizaste tú o tu pareja para evitar el embarazo la última vez que tuvisteis una relación sexual?:* Las opciones de respuesta eran: *La píldora; preservativos; crema o productos espermicidas; Marcha atrás; [opciones de elección para cada país – los cuestionarios podían incluir opciones específicas que cada país o región añadía si lo deseaba], Otro método, No estoy seguro.*

La primera pregunta presentaba además indicaciones para que los jóvenes entendieran el significado del término “relación sexual”. Los estudios de validez existentes han demostrado que estos datos facilitados directamente por el propio consultado son precisos (6) y que la mayoría de los jóvenes interpretan las indicaciones como indicativas de un acto sexual con penetración vaginal. Es por ello que no se recogió información acerca del riesgo de contraer ETS a través de otras prácticas de conducta sexual. Otra limitación que presentan estos datos se basa en el hecho de que al preguntar a los jóvenes si alguna vez han tenido alguna relación sexual, la pregunta no identifica a aquellos jóvenes que están sexualmente activos en la actualidad y por ello expuestos al riesgo de tener un embarazo no deseado o a contraer ETS.

Se investigó la edad que se tenía la primera vez que se mantuvo una relación sexual porque se considera que una primera relación sexual temprana está asociada a sexo sin protección y sin planificación y por ello a un mayor riesgo de tener un embarazo no deseado y de contraer ETS. Es más, una primera relación sexual a una edad temprana está correlacionada con otros modos de adopción de riesgos. Existe una relación bien clara entre el consumo de drogas y alcohol y una primera relación sexual a una edad temprana, lo cual tiene muchas probabilidades de ser sexo no planeado y sin protección (7,9).

Las investigaciones han puesto de manifiesto que a los adolescentes les resulta bastante difícil hablar resumidamente del uso que hacen de los anticonceptivos, aunque la pregunta en este cuestionario se refiera a un breve periodo de tiempo porque no los usan de manera continua (10). Los adolescentes pueden utilizar preservativos, tomar la píldora o utilizar otros métodos anticonceptivos esporádicos dependiendo de la situación y del compañero sexual. Además, cuando se hacen preguntas sobre la conducta de prevención más habitual, tanto los jóvenes como los adultos muestran mayor probabilidad de responder sólo parcialmente a la pregunta pues tienden a describir la conducta que cuenta con mayor aceptación social. Las respuestas a las preguntas acerca de la última relación sexual ofrecen mayor fiabilidad y validez que las que cuestionan la conducta sexual habitual. En los análisis de los datos proporcionados en respuesta a estas dos preguntas, se consideró que, a los efectos de este análisis, los jóvenes que respondieron a ambas diciendo que ellos o sus parejas utilizaron preservativos la última vez que mantuvieron una relación sexual, habían utilizado el preservativo en ambos casos: es decir, para evitar un posible embarazo y la transmisión de ETS.

Para estos análisis se combinaron las repuestas de la cuarta pregunta para poder contar con un valor de medición breve de la proporción de chicos y chicas de 15 años que han declarado utilizar por lo menos un tipo de método anticonceptivo. Se excluyeron las respuestas precodificadas para la marcha atrás ya que se considera que este método ofrece poca protección o ninguna para evitar embarazos. Se incluyeron las respuestas escritas a las preguntas opcionales que cada país y región estaba invitado a añadir al cuestionario. Los análisis futuros de los datos acerca del uso del preservativo y otros medios de anticoncepción prestarán una especial atención estas respuestas.

## **Datos acerca de la salud sexual que fueron excluidos**

En el estudio HBSC de 2001/2002, 31 de los 35 países y regiones participantes incluyeron 1 o más preguntas acerca de la salud sexual en sus

cuestionarios. Cuatro países – Dinamarca, Irlanda, Noruega y los Estados Unidos – no incluyeron ninguna pregunta acerca de la salud sexual alegando que incluir esas preguntas tendría con toda probabilidad un impacto negativo en los índices de participación de los centros escolares. Los datos de Malta quedaron excluidos del análisis ya que en los cuestionarios se habían utilizado enunciados y términos diferentes y por ese motivo los datos ya no podían ser comparables. Dos países formularon menos de cuatro preguntas, pero los datos obtenidos se incluyeron en el análisis. La República Checa incluyó solamente la pregunta acerca de si se ha mantenido alguna relación sexual, y la Federación Rusa solamente incluyó las preguntas acerca de si se ha mantenido una relación sexual y la edad que se tenía cuando se mantuvo la primera relación sexual. Italia formuló las cuatro preguntas, pero enunció la pregunta acerca de la anticoncepción de manera diferente y por ello estos datos fueron excluidos del análisis. En dos de los países, las preguntas acerca de la salud sexual no se realizaron en toda la muestra nacional. Israel planteó todas las preguntas relativas a la salud sexual pero, en conformidad con las prácticas anteriores, estas preguntas no se incluyeron en los cuestionarios dirigidos a los centros educativos religiosos. Igualmente, Alemania utilizó el conjunto total de preguntas en dos de los Estados Federados (*Länder*), en Berlín y Sajonia.

## Resultados

Las cuatro preguntas relativas a la salud sexual facilitaron la investigación de cuatro cuestiones objeto de investigaciones.

- El porcentaje de la población que ha experimentado relaciones sexuales.
- El porcentaje de la población que ha experimentado una primera relación sexual a una edad temprana.
- El porcentaje de la población con una vida sexual activa que se protege a sí mismo y a sus parejas utilizando preservativos.
- El porcentaje de la población con una vida sexualmente activa que se protegen a sí mismos y a sus parejas de los embarazos no deseados utilizando algún método de anticoncepción.

Como ya se ha mencionado anteriormente, para estos análisis se combinaron las respuestas a las preguntas acerca de los métodos anticonceptivos para poder contar con un valor sumario de medición.

## Jóvenes que han mantenido relaciones sexuales

De los 35 países incluidos en este estudio, treinta preguntaron a los jóvenes de 15 años si habían mantenido alguna vez una relación sexual. Las diferencias que se observan en las preguntas son sorprendentes (Fig. 3.42).

Los porcentajes de chicos y chicas de 15 años que declaran haber mantenido ya relaciones sexuales varían del 15% en Polonia al 75% en Groenlandia. En nueve países y regiones, principalmente de la Europa del este y España, menos de una quinta parte de los jóvenes consultados declaran haber mantenido alguna relación sexual. En el extremo superior del espectro,

en Inglaterra, Groenlandia, Escocia, Ucrania y Gales, un tercio o más de la población joven ya ha mantenido relaciones sexuales a esa edad.

Las diferencias de género son considerables. Entre los chicos, las respuestas positivas presentan un rango que va desde el 18% en España al 71% en Groenlandia. La República Checa, Estonia, Polonia y España se agrupan en el extremo inferior con unos índices de alrededor del 20%. En el extremo opuesto del espectro, en nueve países y regiones, un tercio o más de los chicos han tenido ya alguna relación sexual. Entre las chicas, las respuestas positivas muestran un rango que oscila desde el 4% en La Antigua República Yugoslava de Macedonia al 79% en Groenlandia. Los índices no pasan del 20% en 15 países y regiones pero superan el 33% o más en otros seis.

Resulta interesante observar que en el último grupo son más numerosas las chicas que declaran haber mantenido una relación sexual que los chicos. Las diferencias más pronunciadas se dan en Alemania y Gales. En ocho países prevalece un modelo más tradicional y conservador donde el número de chicos que ha mantenido alguna relación sexual como mínimo duplica el número de chicas. En Israel y Grecia, el número de chicos que ya habían mantenido alguna relación sexual a los quince años triplicaba el número de chicas y en La Antigua República Yugoslava de Macedonia esta relación era de 10 a 1.

## **Edad a la que se tuvo la primera relación sexual**

Entre los chicos y chicas de 15 años, la edad media a la que se tuvo la primera relación sexual varía de los 13,5 años en Lituania a los 14,6 años en Ucrania (Fig.3.43). En la mayoría de los países y regiones, la edad es ligeramente inferior entre los chicos que entre las chicas, 13,5 –14,5 años y 13,6 - 14,9 años respectivamente, en Lituania y Ucrania. La diferencia de género más notable, un año, se da en Portugal.

## **El uso de preservativos**

La proporción de jóvenes sexualmente activos que declaran haber utilizado preservativos la última vez que mantuvieron una relación sexual varía del 64% en Finlandia al 89% en Grecia (Fig.3.44). Estas proporciones alcanzan el 70% o menos en seis países y regiones, con Finlandia y Suecia situadas a la cabeza de la lista, y el 80% y hasta casi el 90% en otros siete, donde los índices más elevados se observan en Grecia y España.

En prácticamente todos los países y regiones se observa entre los chicos mayor probabilidad de decir que utilizaron preservativo la última vez que mantuvieron una relación sexual. La diferencia por género puede resultar a veces aplastante. Este es el caso de Bélgica (la región flamenca) y Ucrania. Las proporciones de jóvenes que declaran haber utilizado preservativo en la última relación sexual varían del 68,5% en Portugal al 91% en Grecia para los chicos y del 58% en Suecia al 89% en España para las chicas.

## **El uso de anticonceptivos**

La proporción de jóvenes sexualmente activos que declaran utilizar por lo menos un método de anticoncepción (incluyendo el uso de preservativos y la píldora pero sin limitarse exclusivamente a estos dos) durante su experiencia sexual más reciente varía del 73% en Polonia al 95% en Holanda (Fig.3.44). Estas proporciones no alcanzan el 80% en siete países y están por encima del 90% en otros nueve.

Las proporciones de jóvenes que declaran utilizar medios anticonceptivos oscilan entre el 73% en Polonia y el 92% en Holanda entre los chicos y el 68% en Ucrania y el 97% en Holanda entre las chicas. Los países y las regiones están prácticamente divididos a la hora de observar si son los chicos o más bien las chicas los que presentan índices más elevados en el uso de medios anticonceptivos: en la mayoría de ellos, los índices por género son casi idénticos. Los chicos presentan una mayor probabilidad de utilizar anticonceptivos que las chicas en Grecia, Hungría, Israel y Ucrania. Las chicas muestran una mayor tendencia a utilizar los anticonceptivos en Inglaterra, Alemania, Groenlandia, Portugal y Suiza.

**Fig. 3.42. Jóvenes de 15 años que ya han mantenido una relación sexual (%)**

<b>Jóvenes de 15 años</b>		
<b>País o región</b>	<b>Chicas</b>	<b>Chicos</b>
Groenlandia	78,8	70,8
Inglaterra	40,4	35,7
Ucrania	24,0	47,2
Gales	40,1	28,7
Escocia	34,6	32,9
Bélgica (francesa)	23,2	34,4
Finlandia	33,1	23,0
Suecia	30,9	25,3
Alemania	33,5	22,5
Federación Rusa	16,4	40,9
Eslovenia	21,6	30,8
Bélgica (flamenca)	23,7	26,3
Portugal	20,3	30,2
Canadá	24,0	24,7
Italia	20,5	27,2
Holanda	21,6	24,2
Suiza	20,6	25,1
Francia	18,3	26,1
Grecia	9,6	33,6
Austria	19,1	22,1
Israel	9,7	32,4
Hungría	16,4	25,5
ARY Macedonia	3,6	37,4
Lituania	10,8	26,4
República Checa	17,2	19,4
Estonia	15,8	20,1
Letonia	14,1	21,8
España	14,8	18,0
Croacia	9,7	23,2
Polonia	9,2	20,9
Promedio HBSC	20,2	28,1

Nota: No existen datos disponibles para Dinamarca. Israel, Malta, Noruega y Estados Unidos

**Fig. 3.43 Edad media a la que los jóvenes de 15 años han tenido su primera experiencia sexual (%)**

<b>Jóvenes de 15 años</b>		
<b>País o región</b>	<b>Chicas</b>	<b>Chicos</b>
Ucrania	14,9	14,5
Grecia	14,6	14,3
Israel	14,7	14,3
Italia	14,5	14,4
Federación Rusa	14,7	14,2
España	14,5	14,2
República Checa	14,4	14,2
Letonia	14,4	14,2
Polonia	14,7	14,1
Gales	14,3	14,3
Croacia	14,5	14,0
Estonia	14,3	14,1
Groenlandia	14,2	14,3
Hungría	14,4	14,1
Portugal	14,8	13,7
Eslovenia	14,4	14,1
Suiza	14,4	14,0
Bélgica (flamenca)	14,2	14,0
Inglaterra	14,1	14,0
Finlandia	14,2	14,1
Canadá	14,2	13,9
Alemania	14,2	13,7
ARY Macedonia	14,6	13,9
Escocia	14,0	14,0
Holanda	14,0	13,8
Bélgica (francesa)	14,0	13,7
Suecia	13,8	13,7
Francia	13,9	13,5
Austria	13,6	13,5
Lituania	13,6	13,5
Promedio HBSC	14,3	14,0

Nota: No existen datos disponibles para Dinamarca, Israel, Malta, Noruega y Estados Unidos

**Fig. 3.44. Jóvenes de 15 años que utilizaron algún método anticonceptivo durante su última relación sexual (%)**

Uso de preservativo			Por lo menos algún método anticonceptivo		
País o región	Chicas	Chicos	País o región	Chicas	Chicos
Grecia	82,5	91,2	Holanda	97,0	92,4
España	89,1	89,1	Francia	92,5	92,1
Israel	73,6	89,3	Alemania	94,9	87,8
ARY Macedonia	84,0	85,1	Austria	93,0	90,2
Francia	77,0	87,0	Suecia	90,5	92,2
Austria	78,9	84,8	Suiza	95,2	87,3
Suiza	83,0	78,3	España	90,6	89,8
Letonia	77,3	81,0	Bélgica (flamenca)	89,6	90,5
Lituania	70,4	82,2	Groenlandia	91,2	86,8
Hungría	71,8	84,5	Grecia	82,5	91,2
Holanda	72,4	83,3	Israel	77,4	91,7
Groenlandia	74,5	77,9	ARY Macedonia	84,0	88,2
Ucrania	59,2	83,7	Finlandia	86,0	88,2
Canadá	71,7	79,8	Eslovenia	83,3	89,2
Eslovenia	67,6	80,4	Lituania	81,6	88,1
Croacia	73,1	75,2	Canadá	85,5	86,8
Estonia	70,5	75,9	Letonia	84,0	86,9
Polonia	72,5	73,4	Inglaterra	87,5	80,4
Bélgica (francesa)	64,8	78,1	Gales	84,8	82,4
Portugal	77,8	68,5	Bélgica (francesa)	81,5	82,2
Bélgica (flamenca)	59,7	81,3	Hungría	72,5	84,5
Inglaterra	70,8	69,6	Estonia	77,3	79,3
Escocia	63,4	76,2	Portugal	82,7	74,8
Alemania	64,4	75,6	Ucrania	62,5	85,0
Gales	63,6	75,2	Escocia	73,8	81,2
Suecia	57,6	72,9	Croacia	74,6	76,7
Finlandia	58,6	72,6	Polonia	72,5	73,4
Promedio HBSC	69,6	80,2	Promedio HBSC	84,6	86,1

Nota: No existen datos disponibles para La República Checa, Dinamarca, Irlanda, Italia, Malta, Noruega, la Federación Rusa y Estados Unidos

## Debate

Las respuestas a las cuatro preguntas relacionadas con la salud sexual pusieron en evidencia las notables diferencias que existen entre los países y regiones HBSC en cuanto a las proporciones de chicos y chicas de 15 años que ya han mantenido una relación sexual con otra persona, el promedio de la edad a la que se tuvo la primera relación sexual y el uso de anticonceptivos durante la última relación sexual. Las diferencias transnacionales reflejan con absoluta claridad las diferencias fundamentales que se dan en los ámbitos cultural, social, religioso y educativo de los diferentes países así como las diferencias en materia de políticas públicas. Los resultados más importantes demuestran las variaciones relativas al uso de preservativos en los distintos países y regiones. Si bien no más del 70% de los jóvenes con una vida sexual activa utilizaron preservativos en su última relación sexual en seis de los países y regiones incluidos en este estudio, del 80% al 90% de los jóvenes sexualmente activos los utilizaron. Estos resultados tienen importantes implicaciones políticas. No obstante, en el contexto de HBSC, otros análisis posteriores ofrecerán la oportunidad de explorar los determinantes del uso del preservativo dentro y fuera de los países en relación con otras conductas que implican riesgo (especialmente el consumo de alcohol y drogas), la vinculación en el centro escolar y en la comunidad, el rendimiento escolar y las relaciones con los padres.

El análisis de las diferencias de género pone en evidencia que, en muchos países y regiones, se están borrando las expectativas ligadas tradicionalmente los géneros. Por ejemplo, si bien se da el hecho de que los chicos presentan una probabilidad dos veces superior a la de las chicas de haber mantenido una relación sexual con otra persona en aproximadamente un tercio de los países y regiones HBSC, se observa para ambos géneros una situación próxima a la igualdad en o que respecta al hecho de haber tenido esta experiencia en muchos otros, y entre las chicas de seis países y regiones (Inglaterra, Finlandia, Alemania, Groenlandia, Escocia y Gales) se observa que la probabilidad de haber mantenido una relación sexual es mayor que entre los chicos. En casi todos los países y regiones, chicos presentan una mayor probabilidad de declarar que han utilizado preservativos en la última relación sexual que entre las chicas. La diferencia de género puede llegar a ser bastante pronunciada como en el caso de Bélgica (la región flamenca) y Ucrania. Estas disparidades por género plantean cuestiones más complejas relacionadas al contexto cultural, las políticas públicas y el contexto de los programas de educación sexual.

El estudio HSC no representa la herramienta ideal para proporcionar la imagen completa de la edad de la iniciación de la actividad sexual porque entre los participantes consultados en este estudio los más mayores tenían como máximo 16 años, y a esta edad, la mayoría de los jóvenes todavía no han empezado a tener una vida sexual activa. No obstante, la población identificada como sexualmente activa en el estudio consiste en su mayoría en jóvenes que se iniciaron a una edad temprana y que por definición se perciben como jóvenes expuestos a un alto riesgo de experimentar relaciones sexuales no planificadas y sin protección y otras conductas de riesgo asociadas con el temperamento impulsivo. Por otro lado, y teniendo en cuenta algunas excepciones dignas de interés, en muchos de los países y regiones, un elevado porcentaje de estos jóvenes iniciados a la experiencia sexual a una temprana

declaran utilizar preservativos. Esto deja intuir que los jóvenes no han recibido solamente los diversos mensajes acerca del sexo seguro sino que parecen haberlos asumido mayoritariamente y haber actuado en correspondencia a ello. Se ha recogido una cantidad mínima de datos relativos a las tendencias en la conducta sexual, y más concretamente al uso del preservativo, porque se trataba del primer ciclo del estudio HBSC en el que las preguntas estandarizadas sobre la conducta sexual eran obligatorias (11).

Se ha previsto realizar otros análisis posteriores sobre los métodos anticonceptivos para obtener una mayor comprensión de las diferencias existentes entre las prácticas específicas de anticoncepción entre los países y las regiones de HBSC y para desarrollar un valor de medición de estas prácticas que resulte eficiente y que esté basado en grupo de edad. Asimismo, se realizarán estudios posteriores con el fin de explorar las diferencias de riesgo y los factores de protección conectados a la conducta sexual entre los individuos y los diferentes países.

## Bibliografía

1. Raphael D. Determinants of health of North-American adolescents: evolving definitions, recent findings, and proposed research agendas. *Journal of Adolescent Health*, 1996, 19:6–16.
2. Ross J, Wyatt W. Sexual behaviour. In: Currie C et al., eds. *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000:115–120 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 1; <http://www.who.dk/document/e67880.pdf>, accessed 20 January 2004).
3. Kolbe LJ, Kann L, Collins JL. Overview of the Youth Risk Behavior Surveillance System. *Public Health Reports*, 1993, 108(Supplement 1):2–10.
4. Brener N et al. Reliability of the Youth Risk Behavior Survey questionnaire. *American Journal of Epidemiology*, 1995, 141(6):575–580.
5. Brener N, Kann L et al. Reliability of the 1999 Youth Risk Behavior Survey questionnaire. *Journal of Adolescent Health*, 2002, 31:336–342.
6. Orr DP, Fortenberry JD, Blythe M. Validity of self-reported sexual behaviors in adolescent women using biomarker outcomes. *Sexually Transmitted Diseases*, 1997, 24:261–266.
7. Flanigan, BJ, Hitch MA. Alcohol use, sexual intercourse and contraception: an exploratory study. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 1986, 31(3):6–40.
8. Robertson JA, Plant MA. Alcohol, sex and risks of HIV infection. *Drug and Alcohol Dependence*, 1988, 22(1):75–78.
9. Traeen B, Lundin Kvaalem I. Sex under the influence of alcohol among Norwegian adolescents. *Addiction*, 1996, 9(7):995–1006.
10. Morris L, Warren CW, Aral SO. Measuring adolescent sexual behaviors and related health outcomes. *Public Health Reports*, 1993, 108(Suppl. 1):31–36.
11. Trends in sexual risk behaviors among high school students – United States, 1991–2001. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2002, 51:856–859.

## Sumario – Saoirse Nic Gabhainn

Este capítulo expone la presentación más comprehensiva de los datos transnacionales existentes hasta la fecha sobre la conducta sanitaria en la adolescencia. No obstante, la búsqueda de modelos que se puedan generalizar en un conjunto de datos de tal envergadura nos lleva claramente a tomar en consideración el papel que desempeñan las características individuales como la edad y el género, donde los modelos son, por regla general, más claros. Sin embargo, no se deben pasar por alto las variaciones tan notables que se observan entre los diferentes países e incluso dentro de las submuestras de un mismo país. Además, se debería tener en cuenta las variaciones que se dan debido al momento en que se realizó la recogida de datos a la hora de interpretar los datos relativos a la actividad física, la conducta alimentaria y las lesiones.

La impactante diferencia que existe por género en todos los países y regiones así como las diferencias por grupo de edad, e incluso, en algunos casos, las diferencias de género con la edad ilustran la importancia del género en las investigaciones y en la práctica de la sanidad pública y en la promoción de la salud y de las políticas en materia de salud. Por lo general, los chicos muestran una clara predisposición a la actividad física: muestran una mayor tendencia a hacer ejercicio, a involucrarse en comportamientos agresivos, ya sean peleas o conductas intimidatorias y también, a sufrir lesiones. Sin embargo, también declaran más que las niñas que tienen sobrepeso o que están obesos, que comen fruta y verduras con menor frecuencia, consumen refrescos más a menudo y pasan más tiempo delante del ordenador o la televisión. Los chicos, además muestran una mayor tendencia a consumir alcohol y cannabis. Las chicas, por lo general, presentan niveles más bajos de satisfacción con su cuerpo, con su salud o con su vida e índices más altos de problemas sanitarios subjetivos. Muestran una mayor tendencia y a declarar que están siguiendo alguna dieta.

La disminución general de las conductas que favorecen la salud y el aumento de las conductas que pueden potencialmente perjudicar la salud que exhiben todos los grupos de edad, cuando se contempla desde la edad en que se iniciaron estos comportamientos, sugiere que el periodo crítico para intervención primaria es la adolescencia temprana. Este dato es evidente para el consumo de tabaco. Estos modelos tan amplios no se mantienen en cada una de las submuestras, y por tanto, es allí donde se encuentra el potencial de identificar cuáles son los factores contextuales que ejercen una mayor influencia y que merecen mayor atención. Por ejemplo, los índices relativos a las lesiones y al uso de preservativos varían considerablemente entre los distintos países y regiones: la actividad física no disminuye con la edad en todos ellos, y las diferencias de género en cuanto al ejercicio físico son mínimas en algunos casos.

Todos los autores y autoras que han colaborado en la creación de este capítulo han hecho importantes observaciones que merecen un seguimiento. Entre ellas se incluye el planteamiento de los siguientes interrogantes.

- ¿Existe una curva epidémica en el consumo de tabaco femenino?, y en caso afirmativo, ¿cuáles pueden ser las implicaciones de esta tendencia?
- ¿Por qué motivo las personas que beben más cerveza y vino beben también más bebidas alcohólicas, en lugar de sustituir el consumo de un producto alcohólico por otro?
- ¿Por qué los chicos parecen dedicar mucho menos tiempo que las chicas a realizar sus deberes escolares?
- ¿Por qué dicen las chicas que están a dieta incluso cuando no declaran tener sobrepeso?
- ¿Por qué a los chicos y las chicas de algunos países les resulta más difícil declarar su propio peso y estatura?
- ¿Qué factores influyen en las asociaciones entre las actividades físicas y las sedentarias?

Todos los autores y autoras indican la compleja interacción de factores que se relacionan e interactúan con las conductas relacionadas con la salud. La intervención con éxito es de una importancia crucial y aunque no puede ser unidimensional, se puede dirigir a un objetivo específico. Para poder hacer frente a los múltiples riesgos y al agrupamiento de las conductas sanitarias es preciso contar con una gran capacidad de liderazgo, una férrea voluntad política y la integración de los ámbitos regionales, nacionales e internacionales. No se requiere solamente contar con una mayor concienciación de las consecuencias de las conductas específicas, sino que además, es necesario prestar más atención a la calidad y la accesibilidad de los resultados científicos. El capítulo 3 constituye un intento serio de comprender un aspecto de este gran rompecabezas.



# CAPÍTULO CUARTO

## Explicaciones sobre la salud y la conducta relacionada con la salud de los jóvenes

### Introducción – *Oddrun Samdal y Leslie Alexander*

El capítulo 2 presenta los cuatro componentes contextuales más importantes de las vidas de los jóvenes consultados en el estudio HSC 2001/2002: el estatus socioeconómico, la familia, los compañeros y el centro escolar. ¿Por qué es tan importante analizar estos contextos en relación con la salud y la conducta relacionada con la salud de los jóvenes? Para aquellas personas cuyo trabajo no incluye un componente contextual, esta es una pregunta fundamental.

Aunque el Capítulo 4 no trata la cuestión de la dieta, sí puede ofrecernos un ejemplo valioso. Aunque medir la ingesta de azúcar entre los adolescentes y presentar los datos resultantes desglosados por edad y género resulta una información valiosa de por sí, la verdadera utilidad de esos datos en la práctica puede ser limitada. Si el objetivo es mejorar el bienestar y promover las dietas más equilibradas y saludables por medio de estrategias de intervención que tienen objetivos específicos, la ausencia de variables contextuales dificulta mucho este tipo de acción.

Las preferencias alimentarias varían en función del área geográfica, el marco cultural de referencia, las posibilidades socioeconómicas y la accesibilidad de los alimentos. Los contextos sociales y estructurales del entorno escolar, la familia y los compañeros puede ayudar a reforzar o a desafiar estos modelos nutricionales. De este modo, comprender el contexto, como por ejemplo en el caso del consumo de azúcar, puede ayudarnos a garantizar que nuestra intervención sea más consciente, apropiada y eficaz. Quizá pueda ayudarnos también a reducir la tendencia a generalizar en exceso cuando elaboramos informes acerca de un resultado concreto de un aspecto relacionado con la salud. De hecho, muchas personas argumentarían que el contexto, en sí mismo, puede ejercer un impacto mucho mayor que los comportamientos individuales.

El Capítulo 4 presenta algunas investigaciones preliminares sobre cómo el contexto puede formar los hábitos de salud de los jóvenes y su salud. Además de los cuatro entornos contextuales, introduce el momento de inicio de la pubertad para las chicas como un contexto desarrollativo que puede influir sobre su salud y sobre las conductas relacionadas con la salud. Aunque este capítulo estudia cada contexto de manera separada, en términos de cómo se relaciona con los resultados sanitarios seleccionados, se ha planeado realizar estudios posteriores de los datos HBSC con el objeto de analizar la multiplicidad de las variables contextuales. El futuro desafío para el estudio HBSC será construir modelos que puedan incorporar una completo despliega

de contextos desarrollativos y sociales y describir, mediante análisis, cómo interactúan dichos contextos y cómo ejercen su influencia en la salud de los jóvenes y en sus hábitos de salud.

El Capítulo 4 resalta las características únicas del estudio HBSC, que lo distingue de encuestas cuyo propósito es, por ejemplo, monitorizar las conductas de riesgo y los problemas de salud. El punto más fuerte del estudio HBSC es – además de proporcionar la posibilidad de realizar análisis de tendencias y análisis transnacionales de riesgo y de conductas favorecedoras de salud y los indicadores de salud y bienestar - es el interés y la atención que presta a los diferentes contextos que rodean la vida del adolescente. Comprender el contexto es de vital importancia para realizar esfuerzos cuyo objetivo sea mejorar la salud, tal y como se debatió en el Capítulo 2

Este trabajo ya está en marcha: ya se han publicado varios trabajos basados en los conjuntos de datos HBSC anteriores. En Internet<sup>3</sup> se puede acceder a un resumen general bastante completo de este trabajo pero los análisis en profundidad de los datos obtenidos en el estudio de 2001/2002 acaban de empezar.

En el Capítulo 4 cada sección trata un solo elemento contextual – la desigualdad económica, la familia, los compañeros, el contexto escolar y desarrollativo de la pubertad – y los analiza en relación con unos resultados sanitarios y de conducta sanitaria seleccionados. Cada sección adopta un enfoque analítico ligeramente diferente, de acuerdo a la naturaleza de las cuestiones teóricas o conceptuales que plantea.

---

<sup>3</sup> HBSC: Información sobre las conductas de Salud en Escolares: un estudio internacional realizado en colaboración con la Organización Mundial de la Salud [página web]. Edimburgo, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edimburgh, 2002 (<http://www.hbsc.org/publications.html>, disponible desde el 27 de enero de 2004).

# **Desigualdad socioeconómica y salud –Bjorn Holstein, Nina Parry-Langdom, Alessio Zambon, Candace Currie y Chris Roberts**

## **Introducción**

El Capítulo 2 pone de relieve el impacto que la desigualdad social ejerce sobre la salud de los jóvenes al considerarlo una problemática que debería recibir prioridad tanto en la investigación como en la creación de políticas. Para poder proporcionar un tipo de investigación que se caracterice por una mayor comprensión de la influencia del estatus social sobre la salud de los adolescentes y sus conductas de salud, es necesario desarrollar indicadores de este estatus que puedan ser aplicados transnacionalmente. La labor de investigación de HBSC ha contribuido a la creación del tipo de desarrollos metodológicos descritos en el capítulo 2. El objetivo de esta sección es ampliar la comprensión de las desigualdades sociales y su relación con la salud de los jóvenes mediante el análisis de las asociaciones que existen entre el estatus de riqueza de la familia (utilizando el baremo de riqueza familiar FAS (“*Family Affluence Scale*”) en los términos descritos en el Capítulo 2) y los parámetros seleccionados para medir la salud y las conductas de salud.

Las investigaciones HBSC anteriores habían puesto de manifiesto que la relación que existe entre el estatus socioeconómico y las consecuencias que ejerce sobre la salud varía dependiendo del indicador que se esté aplicando y los resultados que se pretendan medir (1,2). La extensa literatura publicada alrededor de este tema también informa sobre este tipo de heterogeneidad en los descubrimientos que muestran variaciones en los resultados sanitarios, en el género, el grupo de edad y el país.

Son muchos los estudios realizados sobre niños y jóvenes que han puesto en evidencia que los niños y jóvenes de aquellas familias que se encuentran en los peldaños socioeconómicos más bajos presentan más problemas de salud que los que pertenecen a familias con un estatus socioeconómico alto (3,6). Este es también el caso de la mortalidad (4-6,8), las lesiones (9), la prevalencia de las enfermedades diagnosticadas (10-12), la estatura y el IMC (6), la salud autopercebida y los problemas de salud subjetivos (2, 13-16) y la conducta de riesgo (8, 17, 18). En el Reino Unido, Reading (3) concluye que prácticamente todos los aspectos valorados en relación con la salud son más pobres entre los niños y niñas que viven en condiciones de pobreza que en los que viven en familias ricas. Una revisión de la literatura internacional y el análisis de los datos más recientes recogidos en Estados Unidos han revelado los gradientes de las clases sociales en relación con: el grado de satisfacción con la propia salud, la resiliencia a los factores que amenazan la salud y al hecho de disfrutar de una buena salud en general (5). Los estudios realizados en otros países han descubierto una falta de evidencia científica en las desigualdades sociales en el periodo medio de la adolescencia (19,20). En consecuencia a todo ello, se ha propuesto elaborar una hipótesis sobre la ecualización de la salud en los jóvenes de la sociedad posmoderna, alegando que las influencias que ejercen los entornos subculturales en los

jóvenes son mucho más relevantes en los resultados sobre la salud que el estatus socioeconómico de la familia (21).

Definitivamente, se hace evidente la clara necesidad de generar más evidencias científicas en este área. La información recogida en esta sección puede contribuir a profundizar en nuestra comprensión de la naturaleza de las desigualdades sanitarias en la adolescencia utilizando una medida estándar del estatus socioeconómico en los 35 países y regiones que participan en el estudio HBSC 2001/2002 y analizando los diversos resultados en materia de salud y conductas de salud.

## **Métodos**

Esta sección presenta asociaciones con doble variable sencillas que existen entre las puntuaciones FAS compuestas y cuatro resultados relativos a la salud y a las conductas de salud para los chicos y las chicas de 11, 13 y 15 de cada país y región. Al igual que en el capítulo 2, se ha optado por utilizar una escala ordinal de tres puntos para determinar la puntuación FAS, donde FAS 1 (puntuación = 0, 1, 2, 3) indica un nivel económico bajo; FAS 2 (puntuación = 4, 5) indica un nivel medio de riqueza y FAS 3 (puntuación = 6, 7) indica un nivel alto de riqueza.

Los valores de medición de los resultados incluyen dos indicadores de salud: la salud autopercebida y los problemas sanitarios subjetivos, tal y como se describen en el Capítulo 3. Entre los ocho problemas sanitarios subjetivos más comunes en este colectivo se encuentran: el dolor de cabeza, el dolor de estómago, el dolor de espalda, el sentimiento de debilidad, la irritabilidad o el mal humor, el estado nervioso, la dificultad en conciliar el sueño y los mareos (22). Las dos conductas de salud consideradas en este caso son: la actividad física, percibida como un indicador de una conducta que favorece la salud (tal y como se describe en el Capítulo 3), y el consumo de tabaco, percibido como un indicador de una conducta perjudicial para la salud (tal y como se describe el Capítulo 3). Para cada uno de los indicadores se evalúa la relevancia estadística del gradiente en las puntuaciones FAS por país y región y género utilizando un test Chi-square (“Chi-square test”) para determinar la tendencia estadística. Esta prueba resulta apropiada cuando una de las variables tabuladas presenta un orden distinto (es decir, puntuaciones de FAS que van de baja a alta). Las notas a pie de página muestran aquellos casos en que el gradiente FAS para el indicador en cuestión no tiene relevancia estadística en el nivel de confianza  $P < 0.05$ .

## Resultados

La Fig. 4.1 describe el porcentaje de jóvenes que valoran su salud como pobre o aceptable (en contraste con las calificaciones buena o excelente) desglosado por país y región, género y puntuación FAS. Entre los chicos y las chicas se observa un gradiente relativamente claro para prácticamente todos los países y regiones, que muestra una proporción decreciente de jóvenes consultados que evalúan su salud como pobre cuanto más elevado es el nivel de riqueza de la familia. No existen gradientes que presenten cierta relevancia estadística en un pequeño número de países, como es el caso de Groenlandia, Noruega, España, Suiza y La Antigua República Yugoslava de Macedonia para los chicos y Dinamarca, Groenlandia y Letonia para las chicas. Tal y como se describe en el Capítulo 3, las chicas presentan unos niveles más altos de salud autopercebida que los chicos en todos los países.

La Fig. 4.2 muestra los porcentajes de jóvenes que declaran haber tenido un mínimo de un problema sanitario subjetivo cada día, desglosado por país, género y puntuación FAS. La prevalencia de los problemas sanitarios subjetivos se asocia al FAS entre los chicos y las chicas en muchos de los países y regiones, pero no en todos ellos. Esta asociación sí presenta relevancia estadística en prácticamente todos los países y regiones pero solamente en la mitad de ellos para los chicos. En Austria, Malta, la Federación Rusa y la Antigua República Yugoslava de Macedonia no se observa un claro gradiente de reducción de la cuota diaria de problemas sanitarios subjetivos a medida que aumenta el estatus económico de la familia, ni entre los chicos ni entre las chicas.

La Fig. 4.3 muestra las asociaciones entre la puntuación FAS y la actividad física: la práctica de alguna actividad física durante un mínimo de una hora durante cuatro o más días de una semana normal. En la mayoría de los países y regiones, la proporción de jóvenes que alcanzan este nivel aumenta a medida que incrementa la puntuación FAS para ambos géneros, pero más concretamente para las chicas. No obstante, en algunos casos, el gradiente no presenta ninguna relevancia estadística, entre éstos se encuentran Austria, Malta y Polonia para los chicos y Groenlandia y Suiza para las chicas. Como se describe en el Capítulo 3, en líneas generales, parece ser que las chicas son menos activas que los chicos.

Por último, la Fig. 4.4 nos muestra el porcentaje para el consumo semanal de tabaco desglosado por país y región, género y puntuación FAS. La asociación entre FAS y el consumo semanal de tabaco es menos coherente que las asociaciones presentadas en las Figs. 4.1-4.3. En las chicas se observa una clara asociación entre el consumo semanal de tabaco y la puntuación FAS en 13 países y regiones. Igualmente, se puede observar entre los chicos el modelo que muestra un descenso en la prevalencia del consumo de tabaco cuanto mayor es la puntuación FAS más alta aunque esta asociación presente relevancia estadística solamente para siete países y regiones.

## Debate

Los gradientes coherentes correspondientes a la salud autopercebida en asociación con la puntuación FAS se dan en la mayoría de los países y regiones, confirmándose con ello los resultados obtenidos en la investigación HBSC anterior (23). Con escasas excepciones, la salud más pobre se asocia por lo tanto a un nivel inferior de riqueza en la familia. En contraste, en lo que se refiere a los problemas sanitarios subjetivos, existe un gradiente consistente en prácticamente todos los países y regiones en lo que respecta a las chicas y solamente en la mitad de ellos en lo que respecta a los chicos.

La mayoría de los países y regiones muestran gradientes coherentes para la asociación de la actividad física con la puntuación FAS tanto para chicas como para chicos, donde los niveles más elevados de riqueza se asocian con una mayor participación en este tipo de actividades. Sin embargo los resultados relativos a la asociación entre el consumo de tabaco y la puntuación FAS han mostrado poca coherencia.

Resumiendo, los resultados aquí presentados confirman que la principal observación que se extrae de los trabajos de investigación existentes hasta la fecha acerca del impacto de las desigualdades sociales sobre en la salud de los jóvenes, a saber: que la relación entre el estatus socioeconómico y la salud varía de acuerdo al tipo de resultado que se haya decidido medir, el género y el país. Aunque no es posible deducir las relaciones causales a partir de los datos transnacionales, todo apunta a que algunos valores de medición de la salud y de las conductas relacionadas con la salud (como por ejemplo la salud autopercebida y la actividad física) parecen mostrar una mayor sensibilidad a las circunstancias socioeconómicas de la familia que otras. Los factores individuales y sociales, al margen del nivel de riqueza de la familia, parecen ejercer una mayor influencia sobre el consumo de tabaco tanto para los chicos como para las chicas en muchos de los países y regiones. Por ejemplo, en anteriores investigaciones HBSC se demostró que el consumo de tabaco está íntimamente relacionado con la cantidad de dinero disponible, que podría proceder de otras fuentes al margen de la familia (17).

Esta sección permite llevar a cabo comparaciones de gradientes socioeconómicos transversales entre géneros y países mediante la utilización de un indicador común del estatus socioeconómico. En esta sección se sostiene que la escala FAS es una herramienta valiosa en el estudio de desigualdades económicas y el impacto que ejercen sobre la salud en países que muestran grandes variaciones en el nivel de riqueza general y en la estructura ocupacional de sus poblaciones.

Los mecanismos que se encuentran detrás de las desigualdades sociales en lo que respecta a la salud son complejos y son probablemente el resultado de varios procesos entrelazados. Hay opiniones contundentes que sostienen que la riqueza material desempeña un papel clave en la formación de la desigualdad de salud (4, 15), y la escala de puntuación FAS pretende solucionar esta cuestión al proporcionar datos sobre la riqueza. Otra hipótesis sugiere que los procesos psicosociales también son relevantes y las percepciones de la desigualdad pueden desempeñar también un papel importante en la salud y el comportamiento de los jóvenes. Rahkonen y Lahelma (19) sugieren que las aspiraciones de los jóvenes son un importante factor psicosocial. West (20) sugiere que el marco de referencia cultural de los compañeros o el grupo de iguales constituye un factor social relevante para la

salud. Por último, los jóvenes de las familias con estatus socioeconómico bajo pueden tener una conexión social más débil con el centro escolar (21,14), lo cual puede mediar el efecto de la posición socioeconómica en la salud.

El estudio HBSC proporciona la posibilidad de analizar los niveles de las desigualdades sociales en la salud en relación con los factores contextuales como la promoción de la salud, las políticas en materia de bienestar y economía y los factores macro-sociales. Entre estos últimos se encuentran el nivel de riqueza general, la desigualdad en la renta, la inversión en temas de salud y educación. Potencialmente se podría aprender mucho más sobre el impacto de estos factores a partir de estudios realizados en países donde el grado de desigualdad social y su relación con la salud de los jóvenes sea relativamente menor.

## Bibliografía

1. Currie C et al., eds. *Health and health behaviour among young people. International report from the HBSC 1997/98 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 1; [http://www.hbsc.org/downloads/Int\\_Report\\_00.pdf](http://www.hbsc.org/downloads/Int_Report_00.pdf), accessed 27 January 2004).
2. Currie CE et al. Indicators of socioeconomic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-aged Children survey. *Health Education Research*, 1997, 12:385–397.
3. Reading R. Poverty and the health of children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood*, 1997, 76:463–467.
4. Spencer NJ. *Poverty and child health*. Oxford, Radcliffe Medical Press, 1996.
5. Starfield B et al. Social class gradients in health during adolescence. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56:354–361.
6. Woodroffe C et al. *Children, teenagers and health. The key data*. Buckingham, Open University Press, 1993.
7. Bremberg S. [Social inequalities in ill health among children and young people in Sweden – A review]. Stockholm, National Institute of Public Health, 2002 (in Swedish).
8. Olsen O, Madsen M. Effects of maternal education on infant mortality and stillbirths in Denmark. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1999, 22:128–136.
9. Laflamme L, Engstrom K. Socioeconomic differences in Swedish children and adolescents injured in road traffic incidents: cross sectional study. *BMJ*, 2002, 324:396–397.
10. Burr ML, Verrall C, Kaur B. Social deprivation and asthma. *Respiratory Medicine*, 1997, 91:603–608.
11. Mielck A, Reitmeir P, Wjst M. Severity of childhood asthma by socioeconomic status. *International Journal of Epidemiology*, 1996, 25:388–393.
12. Petersen T et al. [Children's health by the end of compulsory school]. Copenhagen, National Institute of Public Health, 2000 (in Danish).
13. Berntsson LT. *Health and well-being of children in the five Nordic countries in 1984 and 1996* [dissertation]. Gothenburg, Nordic School of Public Health, 2000.
14. Halldorsson M et al. Socioeconomic differences in children's use of physician services in the Nordic countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56:200–204.
15. Lipman EL, Offord DR, Boyle MH. Relation between economic disadvantage and psychosocial morbidity in children. *Canadian Medical Journal*, 1994, 151:431–437.
16. van der Lucht LF, Groothoff J. Social inequalities and health among children aged 10–11 in the Netherlands: causes and consequences. *Social Science and Medicine*, 1995, 40:1305–1311.
17. Griesbach D, Amos A, Currie C. Adolescent smoking and family structure in Europe. *Social Science and Medicine*, 2003, 56:41–52.
18. Lowry R et al. The effect of socioeconomic status on chronic disease risk behaviors among US adolescents. *JAMA*, 1996, 276:792–797.

19. Rahkonen O, Lahelma E. Gender, social class and illness among young people. *Social Science and Medicine*, 1992, 34:649–656.
20. West P. Health inequalities in the early years: is there equalisation in youth? *Social Science and Medicine*, 1997, 44:833–858.
21. Vuille JC, Schenkel M. Social equalization in the health of youth. The role of the school. *European Journal of Public Health*, 2001, 11:287–293.
22. Haugland S. *School related stress, physical activity, and health complaints in adolescence* [dissertation]. Bergen, University of Bergen, 2001.
23. Torsheim T et al. Material deprivation and self-rated health: a multilevel study of adolescents from 22 European and North American countries. *Social Science and Medicine* (in press)(<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.09.032>, accessed 2 April 2004).
24. Due P et al. Socioeconomic health inequalities among a nationally representative sample of Danish adolescents: the role of different types of social relations. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003, 57(9):692–698.

**Fig. 4.1. Jóvenes que declaran tener peor salud auto-percibida, de acuerdo con la calificación compuesta FAS, en todos los grupos de edad (%)**

Chicas				Chicos			
País	FAS 1 (bajo)	FAS 2	FAS 3 (alto)	País	FAS 1 (bajo)	FAS 2	FAS 3 (alto)
Austria	24	20	17	Austria	14	12	9
Bélgica (Flamenca)	17	14	13	Bélgica (Flamenca)	14	12	10
Bélgica (Francesa)	25	22	17	Bélgica (Francesa)	19	14	10
Canadá	26	15	13	Canadá	20	11	10
Croacia	31	20	22	Croacia	21	11	12
República Checa	16	10	11	República Checa	13	10	8
Dinamarca a)	20	18	16	Dinamarca	18	11	11
Inglaterra	32	28	22	Inglaterra	25	19	15
Estonia	25	18	14	Estonia	19	13	11
Finlandia	17	12	10	Finlandia	14	9	8
Alemania	23	19	14	Alemania	15	12	10
Grecia	17	12	12	Grecia	11	6	4
Groenlandia a)	35	31	23	Groenlandia a)	17	16	19
Hungría	25	16	13	Hungría	17	9	5
Irlanda	20	13	11	Irlanda	18	11	9
Israel	15	8	8	Israel	10	8	6
Italia	18	14	13	Italia	13	8	8
Letonia a)	36	31	32	Letonia	25	16	17
Lituania	45	36	29	Lituania	28	20	19
Malta	29	23	17	Malta	19	17	10
Holanda	28	21	16	Holanda	18	15	12
Noruega	33	22	20	Noruega a)	15	18	15
Polonia	21	14	14	Polonia	16	9	9
Portugal	32	20	14	Portugal	23	13	10
Federación Rusa	44	33	34	Federación Rusa	26	22	16
Escocia	30	21	19	Escocia	21	17	15
Eslovenia	21	14	14	Eslovenia	11	10	6
España	14	10	9	España a)	10	6	7
Suecia	23	16	13	Suecia a)	13	11	9
Suiza	15	9	9	Suiza	9	9	6
ARY Macedonia	14	9	8	ARY Macedonia a)	8	5	8
Ucrania	58	42	46	Ucrania	33	26	19
Estados Unidos	28	26	20	Estados Unidos	25	17	15
Gales	39	33	29	Gales	30	22	19

a) El gradiente FAS no es estadísticamente significativo cuando  $P < 0,05$

Nota: No hay datos disponibles para Francia

**Fig. 4.2. Jóvenes que comunicaron un mínimo de un problema sanitario subjetivo al día de acuerdo con la calificación compuesta FAS, en todos los grupos de edad (%)**

Chicas				Chicos			
País	FAS 1 (bajo)	FAS 2	FAS 3 (alto)	País	FAS 1 (bajo)	FAS 2	FAS 3 (alto)
Austria a)	26	25	25	Austria a)	21	19	16
Bélgica (Flamenca)	30	29	24	Bélgica (Flamenca) a)	27	21	21
Bélgica (Francesa) a)	37	34	34	Bélgica (Francesa)	34	29	23
Canadá	4	32	30	Canadá	30	25	23
Croacia	34	29	27	Croacia a)	23	18	21
República Checa	31	26	27	República Checa a)	23	19	22
Dinamarca	31	28	23	Dinamarca	22	18	17
Inglaterra	30	29	24	Inglaterra	27	24	22
Estonia	33	24	22	Estonia a)	23	19	18
Finlandia	29	21	20	Finlandia a)	13	11	11
Francia	44	35	34	Francia	34	29	27
Alemania	33	24	20	Alemania	23	15	14
Grecia	54	52	44	Grecia a)	42	38	38
Groenlandia a)	39	37	27	Groenlandia	36	22	11
Hungría	31	27	25	Hungría a)	20	17	17
Irlanda	32	23	22	Irlanda	30	18	18
Israel	42	35	28	Israel	38	30	29
Italia	45	35	36	Italia	36	24	26
Letonia	37	31	29	Letonia a)	24	21	20
Lituania	45	35	29	Lituania	26	18	20
Malta a)	49	45	48	Malta a)	37	39	40
Holanda	35	28	25	Holanda	32	21	20
Noruega	47	26	27	Noruega	25	23	17
Polonia	40	35	32	Polonia	31	23	23
Portugal	40	32	30	Portugal	28	22	13
Federación Rusa a)	31	31	28	Federación Rusa a)	20	16	21
Escocia	38	27	26	Escocia	33	24	23
Eslovenia	27	22	21	Eslovenia	20	15	14
España	45	38	37	España a)	29	27	26
Suecia	38	21	27	Suecia	28	23	19
Suiza	23	19	16	Suiza a)	12	11	11
ARY Macedonia a)	40	35	37	ARY Macedonia a)	26	22	27
Ucrania	34	25	31	Ucrania a)	17	13	22
Estados Unidos	49	42	34	Estados Unidos	46	35	31
Gales a)	32	28	28	Gales	32	22	19

a) El gradiente FAS no es estadísticamente significativo cuando  $P < 0,05$ .

**Fig. 4.3. Jóvenes que realizan actividad física durante un mínimo de 60 minutos durante 4 a 7 días a la semana, de acuerdo con la calificación compuesta FAS, en todos los grupos de edad (%)**

Chicas			Chicos					
País	FAS 1 (bajo)	FAS 2 (alto)	País	FAS 1 (bajo)	FAS 2	FAS 3 (alto)		
Austria	46	54	Austria	56	a)	63	67	66
Bélgica (Flamenca)	25	28	Bélgica (Francesa)	35		39	41	44
Canadá	48	55	Canadá	65	a)	66	69	71
Croacia	33	44	Croacia	53		53	60	64
República Checa	49	54	República Checa	55		64	67	69
Dinamarca	47	46	Dinamarca	60		51	55	61
Inglaterra	47	53	Inglaterra	57		59	70	73
Estonia	37	44	Estonia	48		41	50	57
Finlandia	45	47	Finlandia	57		51	56	59
Alemania	27	38	Alemania	44	a)	50	49	54
Grecia	39	43	Grecia	57		55	63	68
Groenlandia a)	52	49	Groenlandia	47	a)	58	60	61
Hungría	32	43	Hungría	52		48	55	68
Irlanda	57	58	Irlanda	64		70	71	78
Israel	31	41	Israel	45		49	59	62
Italia	32	41	Italia	50		43	55	58
Letonia	39	46	Letonia	48		52	61	66
Lituania	47	55	Lituania	57	a)	65	67	71
Malta a)	38	42	Malta	46	a)	60	62	61
Holanda	43	55	Holanda	61		53	59	63
Noruega	33	39	Noruega	48		38	48	50
Polonia	47	56	Polonia	62	a)	59	62	61
Portugal	27	31	Portugal	39		44	52	57
Federación Rusa	36	44	Federación Rusa	50		51	55	63
Escocia	48	52	Escocia	58		65	67	75
Eslovenia	43	51	Eslovenia	56		58	66	71
España	41	47	España	50		54	58	62
Suecia	38	56	Suecia	61		52	57	66
Suiza a)	42	46	Suiza	46		54	57	60
ARY Macedonia	39	41	ARY Macedonia	58	a)	48	50	48
Ucrania	41	50	Ucrania	70	a)	61	63	64
Estados Unidos	51	56	Estados Unidos	64		62	68	76
Gales	45	51	Gales	58		60	64	70

a) El gradiente FAS no es estadísticamente significativo cuando  $P < 0,05$ .

Nota: No hay datos disponibles para Bélgica (Francesa)

**Fig. 4.4. Jóvenes que fuman tabaco semanalmente de acuerdo con la calificación compuesta FAS, en todos los grupos de edad (%)**

Chicas				Chicos			
Pais	FAS 1 (bajo)	FAS 2	FAS 3 (alto)	Pais	FAS 1 (bajo)	FAS 2	FAS 3 (alto)
Austria a)	16	13	13	Austria a)	11	10	11
Bélgica (Flamenca)	12	10	9	Bélgica (Flamenca) a)	15	10	11
Bélgica (Francesa)	12	11	7	Bélgica (Francesa) a)	9	8	10
Canadá	17	6	5	Canadá	13	7	5
Croacia a)	11	11	8	Croacia	8	9	11
República Checa	16	11	14	República Checa a)	15	15	16
Dinamarca a)	9	8	8	Dinamarca a)	9	7	7
Inglaterra	16	15	12	Inglaterra	13	11	9
Estonia	11	9	5	Estonia a)	17	13	15
Finlandia	19	15	12	Finlandia a)	16	12	12
Francia	13	12	10	Francia a)	13	11	11
Alemania a)	18	16	15	Alemania a)	18	15	15
Grecia a)	6	6	7	Grecia a)	7	6	7
Groenlandia	40	32	26	Groenlandia a)	26	23	21
Hungría	14	9	12	Hungría a)	14	13	11
Irlanda	16	10	8	Irlanda a)	10	8	6
Israel a)	6	5	7	Israel a)	11	10	10
Italia a)	11	9	12	Italia a)	9	9	11
Letonia a)	10	8	16	Letonia a)	15	15	16
Lituania a)	9	7	10	Lituania a)	18	14	16
Malta a)	12	9	10	Malta a)	8	10	11
Holanda a)	11	11	10	Holanda a)	14	8	10
Noruega a)	16	12	11	Noruega a)	13	8	8
Polonia	10	8	7	Polonia	16	12	12
Portugal a)	12	10	15	Portugal a)	9	12	10
Federación Rusa a)	10	10	11	Federación Rusa a)	14	15	16
Escocia a)	12	10	9	Escocia a)	8	7	6
Eslovenia a)	9	9	10	Eslovenia a)	13	11	11
España a)	16	12	13	España a)	11	10	11
Suecia a)	10	9	8	Suecia a)	7	4	6
Suiza a)	10	10	10	Suiza a)	13	13	10
ARY Macedonia a)	5	6	4	ARY Macedonia a)	5	7	10
Ucrania a)	11	9	10	Ucrania a)	23	23	31
Estados Unidos a)	9	6	6	Estados Unidos	15	8	8
Gales	18	15	12	Gales	11	9	6

a El gradiente FAS no es estadísticamente significativo cuando  $P < 0,05$ .

# **La Familia y la salud – *Michael Pedersen, Maria Carmen Granado Alcón y Carmen Moreno Rodriguez***

## **Introducción**

El estudio HBSC ofrece una amplia oportunidad para empezar a examinar los resultados sanitarios en el contexto de las relaciones y las estructuras familiares. A pesar del continuo cambio que experimenta la definición de familia y la creciente aceptación de las estructuras familiares alternativas dentro de ciertas culturas, el significado de la calidad de las relaciones dentro de la unidad familiar se reconoce ahora como de una importancia similar, o mayor que la de su estructura. Cómo funciona una familia, más que como se define la afiliación a dicha familia, es un elemento integral del desarrollo saludable de los jóvenes.

Se ha sugerido que las relaciones positivas con los padres disminuyen la posibilidad de que los jóvenes practiquen conductas de riesgo como el consumo de tabaco (1), y se han asociado a los resultados de salud positivos, como en el caso de la auto-percepción de la buena salud (2-4). Además, la comunicación abierta entre padres e hijos se ha identificado como uno de los aspectos que hacen que una relación sea efectiva (2,5).

En esta sección se investigan los distintos tipos de estructuras familiares y entornos de convivencia presentados en el Capítulo 2. A muchos de los que trabajan en la elaboración de políticas sociales y en la investigación de la salud, les preocupan los posibles efectos que puedan tener los cambios en la estructura de la familia sobre el bienestar y la buena salud de sus miembros, especialmente los de los más jóvenes. Por ejemplo, la estructura familiar puede afectar a los modelos de comunicación, aunque cualquier efecto será, con toda probabilidad, multidimensional. A otros investigadores les preocupan más los resultados sanitarios asociados a los diferentes tipos de entornos familiares (2,6). Por ejemplo, vivir en un hogar en el que la comunicación es fácil puede reducir la posibilidad de que se den conductas de riesgo.

En esta sección se examinan las conductas relativas a la calificación de la salud auto-percibida y al consumo de tabaco en relación con la percepción de los jóvenes sobre la facilidad de comunicación con sus padres y madres, así como de la estructura familiar.

## **Métodos**

Se examinó la facilidad de comunicación con ambos, la madre y el padre como uno de los aspectos que definen la relación con los padres, y que puede tener un efecto positivo sobre las vidas de los jóvenes. La salud auto-percibida se enfoca en los grupos de jóvenes de 11, 13 y 15 años de edad que perciben su salud como buena o excelente. Elegimos estas categorías de respuestas como representativas de resultados positivos. Además analizamos los

resultados de los jóvenes que declararon que no fumaban, y que, por lo tanto, demostraban evitar los comportamientos de riesgo.

También estudiamos la estructura familiar. Debido a las variaciones entre países, elegimos un subgrupo de países y regiones representado por Dinamarca, Inglaterra, Noruega, Suecia, Estados Unidos y Gales, donde al menos el 10% de los entrevistados declararon vivir en una estructura familiar compuesta de padre y madre, monoparental, o con un padrastro o madrastra. Los análisis consiguientes se enfocan en estos jóvenes, para los que ya existía un conjunto de datos disponibles (n= 24.153). Con fines ilustrativos, y en algunos casos debido al pequeño número de entrevistados de cada categoría, contabilizamos de forma específica las categorías de respuestas de los grupos que viven en familias monoparentales y familias compuestas por padrastros/madrastras.

Las variables examinadas se describen en detalle en el Capítulo 2 y el Capítulo Tercero.

## **Resultados**

### **Comunicación y salud auto-percibida**

En el Capítulo 2 se ha indicado que los jóvenes perciben que la comunicación con la madre es más fácil y que existen marcadas diferencias entre chicos y chicas en la facilidad de comunicación con el padre. Un análisis agregado de los datos (en el que se usó la prueba de verificación “Chi-Square” y se realizaron pruebas para detectar diferencias en estas proporciones) procedentes de seis países del subgrupo (no objeto de muestreo) y los análisis separados que se realizaron por género y país (Tablas 4.1 y 4.2) revelan que la facilidad de comunicación con madres y padres está asociada, de forma significativa, a una calificación buena o excelente de la salud auto-percibida.

**Tabla 4.1 Facilidad de comunicación con el padre y la madre de los chicos que declaran una salud auto-percibida buena o excelente (por países) (%)**

Chicos con buena salud (%)				
País	Comunicación con la madre		Comunicación con el padre	
	Fácil	Difícil	Fácil	Difícil
Dinamarca	90,5	81,9	91,3	83,4
Inglaterra	83,6	74,1	84,9	74,7
Noruega	86,7	76,6	88,3	76,3
Suecia	91,2	80,0	91,7	82,5
Estados Unidos	86,6	78,0	87,9	77,7
Gales	81,5	70,3	81,6	74,2

**Tabla 4.2. Facilidad de comunicación con el padre y la madre de las chicas que declaran una salud auto-percibida buena o excelente (por país) (%)**

Chicas con buena salud (%)				
País	Comunicación con la madre		Comunicación con el padre	
	Fácil	Difícil	Fácil	Difícil
Dinamarca	86,1	74,2	88,4	78,3
Inglaterra	75,9	65,2	77,8	70,2
Noruega	81,6	67,3	84,1	73,5
Suecia	87,0	69,9	90,1	75,8
Estados Unidos	80,8	67,7	84,4	71,9
Gales	72,2	58,3	75,3	64,0

Si se examinan los países y las regiones de forma individual, la Tabla 4.1 muestra unos rangos de valores muy similares (porcentajes de salud buena o excelente) para chicos y chicas que encuentran la comunicación con sus padres y madres fácil o muy fácil. Solo hay una ligera superposición de valores para aquellos que consideran difícil la comunicación con sus padres y madres. Las chicas que se comunican con facilidad con ambos padres muestran, también, unos rangos similares en los valores declarados de salud auto-percibida (Tabla 4.2). Estos valores se solapan con los de las chicas que encuentran la comunicación con sus madres y padres difíciles.

En resumen, los países y regiones muestran un patrón coherente en el que la mejor salud se asocia con una mejor comunicación.

## **Comunicación y ausencia de consumo de tabaco**

Un análisis agregado de los datos realizado con seis miembros del subgrupo (no objeto de muestreo) y los análisis separados por género y país (Tablas 4.3 y 4.4) revelan que la facilidad de comunicación con padres y madres está asociada de forma significativa a la ausencia del consumo de tabaco.

Las Tablas 4.3 y 4.4 muestran que, al igual que se veía con la salud auto-percibida, se dan rangos de valores muy similares (porcentajes de no fumadores) en los chicos que se comunican con facilidad o con mucha facilidad

con ambas figuras parentales. No hay superposición de valores para los entrevistados que encuentran esta comunicación difícil. Para las chicas la facilidad de comunicación con ambas figuras parentales, el padre y la madre, genera una gama de valores similares que muestran una ligera superposición con las chicas que consideran difícil la comunicación con el padre y la madre.

**Tabla 4.3. Facilidad percibida de la comunicación con padres y madres en los chicos que no fuman (por países) (%)**

Chicos no fumadores (%)				
País	Comunicación con la madre		Comunicación con el padre	
	Fácil	Difícil	Fácil	Difícil
Dinamarca	89,1	82,4	89,9	83,4
Inglaterra	87,1	76,5	86,9	81,4
Noruega	88,0	75,8	88,6	79,0
Suecia	92,4	77,5	93,4	79,5
Estados Unidos	87,7	82,7	88,2	82,9
Gales	90,9	80,5	90,7	84,7

**Tabla 4.4. . Facilidad percibida de la comunicación con padres y madres en las chicas que no fuman (por país) (%)**

Chicas no fumadores (%)				
País	Comunicación con la madre		Comunicación con el padre	
	Fácil	Difícil	Fácil	Difícil
Dinamarca	88,8	82,3	90,1	84,6
Inglaterra	83,1	66,6	85,4	75,1
Noruega	84,4	68,2	88,4	73,3
Suecia	89,4	77,0	91,1	82,3
Estados Unidos	92,2	83,8	94,1	86,9
Gales	86,8	69,3	89,2	77,9

## Estructura familiar

Tal y como se reseñó en el Capítulo 3, hay muchos factores que pueden afectar a la salud de los jóvenes, y la estructura familiar puede ser un factor relevante a la hora de investigar las diferencias. En los seis países y regiones del subgrupo, el 74% de los jóvenes (n = 17,105) declaró vivir con ambos padres y el 26% (n = 5,964) declaró vivir en familias monoparentales o en familias formadas por un padrastro o madrastra.

## Comunicación

Hay diferencias que, aunque pequeñas, son estadísticamente significativas en la relación entre la facilidad de comunicación con las madres y la estructura familiar. Los jóvenes que viven en familias con padre y madre tienen unos modelos con una facilidad de comunicación ligeramente superior (83%) que los que viven en categorías combinadas de familias monoparentales o en familias formadas por un padrastro o madrastra (79%). Podemos decir lo mismo sobre la comunicación con los padres (64% en familias con padre y

madre en comparación con el 59% en familias formadas por un padrastro o madrastra).

## Estructura familiar y salud auto-percibida

Los chicos tienen más probabilidad de valorar su salud como buena o excelente que las chicas independientemente de la estructura familiar en la que vivan. En general, la salud auto-percibida está asociada significativamente a la estructura familiar, puesto que hay más jóvenes que declaran tener buena o excelente salud y vivir con ambos padres que jóvenes que declaran vivir en familias monoparentales o en familias formadas por un padrastro o madrastra (83% y 78% respectivamente). Esta relación se mantiene en los análisis por género (Tabla 4.5). Las excepciones son los chicos en Dinamarca y las chicas en Suecia y Noruega. Aún así, las diferencias en los porcentajes de los que declaran tener buena o excelente salud son relativamente pequeñas en relación con la estructura familiar y coherentemente por debajo del 10% para ambos géneros.

**Tabla 4.5. Jóvenes que califican su salud como buena o excelente, por países y estructuras familiares (%)**

País	Chicos con buena salud (%)		Chicas con buena salud (%)	
	Padre y madre	Familia monoparental /padraastro o madrastra	Padre y madre	Familia monoparental /padraastro o madrastra
Suecia	90,8	87,4	86,0	82,3
Dinamarca	89,3	86,0	84,9	79,8
Noruega	86,4	82,2	80,8	77,0
Estados Unidos	85,8	81,8	79,6	72,1
Inglaterra	83,4	78,9	76,1	69,0
Gales	81,5	73,5	70,9	64,3

## Estructura familiar y ausencia de consumo de tabaco

Las chicas tienen mayor tendencia a fumar, independientemente de la estructura familiar. En general, la ausencia de tabaquismo está asociada significativamente a la estructura familiar, ya que hay menos jóvenes no fumadores entre las familias de un solo padre o madre o familias formadas por madrastra o padrastro, que entre los que viven con ambos padres (88% y 81% respectivamente). Para ambos géneros, las asociaciones entre la estructura familiar y la ausencia de tabaquismo son significativas, con la excepción de las chicas en Dinamarca y los chicos en Suecia (Tabla 4.6).

**Tabla 4.6. Jóvenes que no fuman, por países y estructuras familiares (%)**

País	Chicos no fumadores (%)		Chicas no fumadoras (%)	
	Padre y madre	Familia monoparental /padraastro o madrastra	Padre y madre	Familia monoparental /padraastro o madrastra
Dinamarca	89,4	82,6	87,9	85,1
Inglaterra	87,5	79,6	84,2	71,1
Noruega	87,9	81,3	83,9	75,7
Suecia	91,5	89,1	90,7	81,3
Estados Unidos	88,0	83,2	92,0	85,3
Gales	90,2	84,0	86,3	74,2

## Debate

En esta sección, una investigación preliminar de un subconjunto de los datos muestra que el contexto familiar está ligado a los parámetros de salud auto-percibida y a la situación de tabaquismo. Se puede alegar, sin embargo, que estos resultados provocan más preguntas que respuestas.

Uno de los puntos fuertes del estudio HBSC es que se centra en el análisis de los comportamientos relacionados con factores que afectan la salud y el bienestar de chicos y adolescentes. En esta sección se resalta la cualidad protectora que adquiere la comunicación dentro de la familia y la estructura familiar. Con esto no se quiere decir que los chicos y los jóvenes que viven en familias donde la comunicación es pobre estén abocados al tabaquismo. Tampoco se implica que los jóvenes de familias monoparentales o formadas por madrastra o padraastro tengan mala salud. De hecho, lo que podemos discernir de estos resultados es que la comunicación y la estructura familiar parecen afectar a la salud, aunque no son, de ninguna manera, factores determinantes de los resultados relativos a la salud, sin embargo, y además, se sabe que otros factores sociales e individuales moderan sus efectos.

En este libro, los autores exponen argumentos convincentes en el sentido de que la situación socioeconómica, el entorno escolar y los modelos establecidos de nutrición y actividad física, por ejemplo, contribuyen a la salud y al bienestar de los jóvenes. Análisis posteriores de la estructura familiar y de la comunicación adquirirán una perspectiva más amplia.

Una de las limitaciones de los análisis presentados en esta sección es que se relacionan sólo con un subconjunto de los entrevistados. Como ya se ha explicado, esto se debe a la inclusión de la estructura familiar. En algunos países, la estructura familiar está predominantemente formada por familias con ambos padres y pasará mucho tiempo antes de que se produzcan variaciones. Otra limitación es que el cuestionario obligatorio HBSC contiene muy pocas preguntas cuyo enfoque sea la familia y su potencial influencia sobre las variables referidas a los resultados relacionados con la salud. A pesar de ello, muchos países y regiones incluidos en la encuesta HBSC han ampliado su enfoque sobre la familia y las publicaciones posteriores analizan estas relaciones y las interacciones asociadas de forma más detallada.

## Bibliografía

1. Griesbach D, Amos A, Currie C. Adolescent smoking and family structure in Europe. *Social Science and Medicine*, 2003, 56:41–52.
2. King A et al. *The health of youth: a cross-national survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (WHO Regional Publications, European Series, No. 69; [http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911\\_53](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_53), accessed 28 January 2004).
3. Gamefski N, Diekstra R. Adolescents from one parent, stepparent, and intact families: emotional problems and suicide attempts. *Journal of Adolescence*, 1997, 20:201–208.
4. Swarr AE, Richards M. Longitudinal effects of adolescent girls' pubertal development, perceptions of pubertal timing, and parental relations on eating problems. *Developmental Psychology*, 1996, 32(4): 636–646.
5. Field T et al. Adolescents' intimacy with parents and friends. *Adolescence*, 1995, 30(117):133–140.
6. Furstenberg FF. Coming of age in a changing family system. In: Feldman SS, Elliott GR, eds. *At the threshold: the developing adolescent*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1993:147–170.

# **El grupo de compañeros y la salud – Wolfgang Settertobulte y Margarida Gaspar de Matos**

## **Introducción**

El Capítulo 2 introduce la importancia del grupo de amigos o compañeros en la adolescencia. Esta sección explora la relevancia de esta asociación en lo que respecta a la salud.

El grupo de compañeros se considera como uno de los mecanismos que puede influir sobre la conducta sanitaria de los jóvenes. El proceso de la influencia de los compañeros se ha explicado de varias formas. Una opinión es que la presión del grupo de compañeros, o amigos habituales, es responsable de la iniciación y el mantenimiento de comportamientos de riesgo (1,2), aunque no siempre resulta claro si es el adolescente el que busca amigos con modelos de comportamiento similares a los suyos o si la conformidad con el comportamiento del grupo es uno de los efectos de la asociación con el grupo de compañeros, y que da como resultado modelos de comportamiento similares entre sus miembros. Algunas teorías enfatizan la importancia del elemento de presión para conformarse al grupo como parte del proceso de comunicación dentro del grupo (3), que puede llevar a un aumento o disminución del comportamiento de riesgo. Por ejemplo, los indicadores usados para predecir el consumo de tabaco entre las chicas incluyen puntuaciones más altas de sociabilidad y el tener amigos que fuman (4,5). La conducta de riesgo, y en especial, el hecho de fumar cigarrillos, puede ser una manifestación obvia de los valores por los que se rigen algunos grupos de compañeros. Estos comportamientos de riesgo ayudan, también, a mantener la cohesión del grupo y sirven como medio de intercambio íntimo a través de rituales compartidos. Este modelo conceptual propone que participar en comportamientos de riesgo es un comportamiento colectivo definido por las normas de ciertos grupos de compañeros, y que los valores se derivan de la necesidad de integrarse socialmente y de obtener una distinción de grupo (6).

Los jóvenes con un alto grado de competencia social tienen más probabilidades de tener un gran número de buenos amigos y de estar más compenetrados socialmente (7,8). Los que poseen este tipo de aptitudes sociales están preparados para mejorar su competencia social y su habilidad para resolver problemas a través de la interacción con el grupo de compañeros (9). De hecho, las buenas habilidades de comunicación y un alto grado de contacto social han demostrado tener un efecto protector sobre la influencia adversa del grupo de compañeros en lo relativo al consumo de alcohol y de drogas (10,11).

Gran parte de la investigación concerniente a la influencia del grupo de compañeros está enfocada a los riesgos resultantes de la asociación con estos grupos, pero este contacto es también importante para el desarrollo de factores de protección. Berndt (12) concluye que ambos tipos de influencia existen, dependiendo de las necesidades personales y sociales del joven, y que se deberían tener en cuenta para entender la compleja dinámica de las influencias derivadas de la asociación con los amigos y compañeros. Los jóvenes ejercitan y mejoran sus aptitudes sociales y su habilidad de sobreponerse a eventos estresantes a través de la interacción con sus amigos (13). El hecho de tener un cierto número de amigos cercanos determina la habilidad de saber relacionarse estrechamente con otros. Un apoyo social significativo se relaciona con la salud percibida y con las conductas relacionadas con la salud (14 – 16).

Esta sección presenta algunos análisis preliminares de las relaciones entre los parámetros usados para medir el efecto de la afiliación a grupos de compañeros (número de amigos cercanos y frecuencia de los encuentros) y varias mediciones de conductas de riesgo y de promoción de la salud.

## **Métodos**

Los datos se presentan, a modo de ilustración, en relación sólo con uno de los grupos de edad, los jóvenes de 13 años. Para los análisis de la relación entre el número de amigos cercanos y los resultados relativos a la salud, la muestra se dividió en dos grupos: chicos y chicas con dos o menos amigos cercanos y el grupo de los que tenían tres o más amigos cercanos. También se tuvo en cuenta el efecto del género.

Se investigó la frecuencia de los encuentros con amigos (dos o menos veces a la semana y tres o más veces). El capítulo 2 describe las preguntas relevantes de la encuesta.

Se seleccionaron las siguientes variables como típicas de comportamientos de riesgo: fumar a diario, beber alcohol dos o más veces a la semana y haberse emborrachado dos o más veces. El Capítulo Tercero ofrece más detalles sobre las preguntas relevantes.

La actividad física (ver Capítulo 3) se seleccionó como ejemplo de conducta promotora de la salud. Se analizó el número y el género de los amigos en los jóvenes que declararon hacer ejercicio físico.

## **Resultados**

### **Tamaño del grupo de compañeros**

Hallazgos anteriores del estudio HBSC muestran que el consumo de tabaco habitual está fuertemente asociado al contacto con el grupo de compañeros y con otros comportamientos de riesgo (2, 17). Entre chicos y chicas de 13 años, la proporción de fumadores diarios es pequeña. Sin embargo, la Figura 4.5 muestra que ambos, chicos y chicas, cuando declaran tener más de tres amigos cercanos suelen declarar también que fuman a diario, y la probabilidad de fumar a diario de forma habitual aumenta a más del doble si hay chicos en el grupo.

La influencia de los amigos sobre los modelos de actividad física también se investigó. La actividad física es comunicada con mayor frecuencia

por los encuestados que tienen un gran número de amigos (Fig. 4.6). Para los chicos de 13 años, la tasa de actividad física es aproximadamente un 10% más alta si tienen tres o más amigos, ya sean chicos o chicas. Las chicas con tres o más amigos también declaran realizar más actividad física.

## Cantidad y frecuencia del contacto con compañeros

El estudio HBSC del 2001/ 2002 confirma los hallazgos de previas encuestas HBSC : que la frecuencia de los encuentros con amigos se asocia al comportamiento de riesgo (1,2). Todos los tipos de encuentros – ya sean por la tarde después del colegio, por las noches o por medios electrónicos – pueden influenciar el comportamiento de riesgo. Mientras que los contactos ocurridos durante la tarde o los ocurridos por teléfono o correo electrónico son comparablemente más débiles (no se muestran los datos), los encuentros frecuentes por la noche se asocian de forma más acusada con el uso de sustancias. La Figura 4.7 ilustra las tasas de consumo diario de tabaco en relación con la frecuencia de encuentros nocturnos con los amigos. El riesgo de fumar a diario es más alto entre chicos y chicas que se reúnen con sus amigos por las tardes/noches tres o más veces a la semana.

Se pueden encontrar efectos similares en el consumo de alcohol (Tabla 4.7). La frecuencia de los encuentros nocturnos con amigos está fuertemente asociada al riesgo de consumir alcohol de forma regular. Entre los chicos de 13 años la probabilidad de beber alcohol más de dos veces a la semana aumenta 2,6 veces cuando existe una frecuencia de 3 o más encuentros nocturnos con los amigos. Para las chicas el riesgo relativo es de 3,9.

**Fig. 4.5. Jóvenes que consumen tabaco a diario, de acuerdo con el número y género de sus amigos, en el grupo de jóvenes de 13 años de edad (%)**

	Chicas		Chicos	
	Mismo sexo	Sexo opuesto	Mismo sexo	Sexo opuesto
≤ 2 amigos	3,9	2,7	4,5	4,0
≥ 3 amigos	4,5	5,9	5,4	6,3

**Fig. 4.6. Jóvenes que realizan actividades físicas durante un mínimo de 60 minutos de 4 a 7 días a la semana, de acuerdo con el número y género de sus amigos, en el grupo de jóvenes de 13 años de edad (%)**

	Chicas		Chicos	
	Mismo sexo	Sexo opuesto	Mismo sexo	Sexo opuesto
≤ 2 amigos	38,4	37,1	49,9	52,3
≥ 3 amigos	46,3	44,1	59,3	61,8

**Fig. 4.7. Jóvenes que consumen tabaco a diario, de acuerdo con el número de encuentros con sus amigos por la tarde/ noche, en el grupo de 13 años de edad (%)**

	Chicas	Chicos
≤ 2 encuentros	1,8	2,5
≥ 3 encuentros	8,8	8,9

La frecuencia de incidencias de intoxicación alcohólica (episodios de embriaguez) se correlaciona débilmente con el consumo regular de alcohol a nivel individual, pero muestra modelos similares de asociación con la frecuencia de contacto con compañeros: la probabilidad de que los adolescentes experimenten un estado de intoxicación alcohólica se cuadruplica y quintuplica si se encuentran con amigos tres o más veces a la semana por la noche.

La frecuencia del contacto con amigos por la noche también se asocia a la actividad física (Fig. 4.8). Las chicas de 13 años que declaran reunirse con su grupo de amigos más de tres veces a la semana, también declaran un 7% más de actividad física más de cuatro días a la semana. Entre los chicos de 13 años, la diferencia es de un 10% aproximadamente. Estos datos indican que el contacto con el grupo de compañeros que presentan este índice de frecuencia puede generar ocasiones para practicar conductas de riesgo o deportes y otras actividades beneficiosas y promotoras de un desarrollo saludable.

**Tabla 4.7. Asociación entre el consumo de alcohol y la frecuencia de contacto con el grupo de amigos más de 3 tardes /noches a la semana, para la población de jóvenes de 13 años**

Consumo de alcohol	Ratios de probabilidad	
	Chicos	Chicas
Consumo regular (> 2 veces a la semana)	2,6	3,9
Haberse emborrachado > de dos veces	3,4	4,0

Nota: los ratios de probabilidad se calcularon de acuerdo con una regresión logística. Todas las asociaciones son estadísticamente significativas ( $P > 0,001$ ).

**Fig. 4.8. Jóvenes que realizan actividades físicas durante un mínimo de 60 minutos de 4 a 7 días a la semana, de acuerdo con el número de encuentros con sus amigos por la tarde/ noche, en el grupo de jóvenes de 13 años de edad (%)**

	Chicas	Chicos
≤ 2 encuentros	37.1	52.3
≥ 3 encuentros	44.1	61.8

## Debate

Hay pruebas que indican que las chicas que tienen contacto con compañeros del sexo opuesto tienen más probabilidades de fumar. Aunque los encuentros con amigos, independientemente de la modalidad, pueden aportar la oportunidad y el incentivo de experimentar con conductas de riesgo, los encuentros nocturnos tienen más riesgo asociado. Las anteriores encuestas HBSC han dado también este resultado.

Los resultados muestran que los encuentros con los amigos no sólo están asociados con comportamientos de riesgo (como el abuso de sustancias intoxicantes), sino también con comportamientos que protegen la salud (como la actividad física), subrayando el hecho de que durante la adolescencia estos comportamientos se dan bajo la forma común de actividades sociales de grupo. Los adolescentes raramente beben o fuman a solas, y generalmente hacen ejercicio o deporte en compañía de otros. Las características del grupo de compañeros, aparte del tamaño y la frecuencia de los contactos, determinan las preferencias de la actividad de grupo. Aunque aquí no se presentan datos al respecto, los futuros análisis contendrán preguntas adicionales relacionadas con ellos.

Las estrategias de prevención de los comportamientos de riesgo, y la resistencia a la presión del grupo deben incorporar las necesidades de desarrollo de los jóvenes. La adolescencia quizá no sea el período más apropiado para introducir estrategias de prevención dirigidas simplemente a las conductas de riesgo, reduciendo el contacto con el grupo de compañeros. El enfoque centrado en la promoción de la competencia social, que incluya aspectos como la comunicación interpersonal, la resolución de problemas, la conciencia emocional y las perspectivas de futuro para cada individuo, usando técnicas como juegos de rol, parece ser una estrategia mucho más prometedora (18, 19).

## Bibliografía

1. King AJC, Boyce WF, King MA. *Trends in the health of Canadian youth*. Ottawa, Health Canada, 1999.
2. Settertobulte W. Family and peer relations. In: Currie C et al., eds. *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000:39–48 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 1; [http://www.hbsc.org/downloads/Int\\_Report\\_00.pdf](http://www.hbsc.org/downloads/Int_Report_00.pdf), accessed 27 January 2004).

3. Hopkins N. Peer group processes and adolescent health related behaviour: more than 'peer group pressure'? *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 1994, 4:329–345.
4. Killen JD et al. Prospective study of risk factors for the initiation of cigarette smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1997, 65(6):1011–1016.
5. Paavola M, Vartiainen E, Puska P. Predicting adult smoking: the influence of smoking during adolescence and smoking among friends and family. *Health Education Research*, 1996, 11(3): 309–315.
6. Connop H, King A, Boyce W. *Youth smoking and the role of the peer group*. Toronto, Ontario Tobacco Research Unit, 1999 (Working Paper Series, No. 47).
7. Bell NJ et al. Family relationships and social competence during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 1985, 14(5):109–119.
8. Decovic M, Meeus W. Peer relations in adolescence: effects of parenting and adolescents' self concept. *Journal of Adolescence*, 1997, 20(2):163–176.
9. Erwin P. *Friendship and peer relations in children*. Chichester, Wiley, 1993.
10. Ardelit M, Day L. Parents, siblings, and peers: close social relationships and adolescent deviance. *Journal of Early Adolescence*, 2002, 22(3):310–349.
11. Brody G, Ge X. Linking parenting process and self-regulation to psychological functioning and alcohol use during early adolescence. *Journal of Family Psychology*, 2001, 16(3):351–362.
12. Berndt T. Friendship and friends' influence in adolescence. In: Muuss R, Porton H, eds. *Adolescent behaviour and society*. Boston, MacGraw-Hill, 1999.
13. Berndt T. Friendship and friends' influence in adolescence. *Current directions in psychological science*, 1992, 1(5):156–159.
14. Cohen SW. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 1985, 98: 310–357.
15. Taylor A, Sylvestre J, Botschner J. Social support is something you do, not something you provide: implications for linking formal and informal support. *Journal of Leisureability*, 1998, 25(4).
16. Muuss R, Porton H. *Adolescent behaviour and society*. Boston, MacGraw-Hill, 1999.
17. Nic Gabhainn S, François Y. Substance use. In: Currie C et al., eds. *Health and health behaviour among young people*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000:97–114 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 1; <http://www.who.dk/document/e67880.pdf>, accessed 20 January 2004).
18. Matos M. Body, movement, social behaviour and social learning theory. *Portuguese Journal of Human Performance Studies*, 1995, 11(1):45–52.
19. Matos M, Simões C, Carvalhosa S. *Desenvolvimento de Competências de Vida na Prevenção do Desajustamento Social* [Development of life skills for the prevention of social maladjustment]. Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana, Instituto de Reinserção Social–Ministério da Justiça, 2000 (in Portuguese).

# **El centro escolar y la salud – *Ulrike Ravens - Sieberer, Gyöngyi Kökönyei y Christiane Thomas***

## **Introducción**

El Capítulo 2 analiza el entorno escolar como si éste fuera el lugar de trabajo de los jóvenes y contempla como se perciben aspectos de este entorno, como el apoyo y el estrés, de acuerdo a la edad y al género. Esta sección se centra en los efectos del entorno escolar sobre la salud para investigar, principalmente, la relación entre la percepción de los jóvenes de su entorno escolar, la adaptación a este entorno y su efecto sobre la salud medido en resultados sanitarios. Las experiencias de los jóvenes en la escuela se pueden ver como un período de desarrollo de su auto-estima, auto-percepción y conducta sanitaria. Estos factores influyen en la percepción general que tienen de su propia salud y su satisfacción vital, presente y futura. En la adolescencia, los jóvenes sufren cambios que afectan no sólo a sus cuerpos, sino a la forma en que operan sus sistemas de apoyo social, como la familia, la escuela y su grupo de compañeros (1). A medida que van desarrollando su autoestima y el sentido de su propio valor como personas por una parte, y su competencia académica y social por otra, los jóvenes establecen lo que será su identidad (2). El logro académico es uno de los elementos determinantes más importantes a la hora de definir el concepto que tienen de sí mismos en el entorno escolar, mientras que la aceptación y el apoyo de sus compañeros y amigos -especialmente, de sus compañeros de clase- influye en el desarrollo de la visión que tienen de sí mismos en el escenario de lo social. Por lo tanto, el centro escolar es el contexto en el que ocurren la mayor parte de los contactos entre compañeros y en el que, además, se evalúan los logros académicos, por lo que el entorno escolar reviste la mayor importancia en lo concerniente al desarrollo durante la adolescencia.

Un entorno escolar positivo (como puede ser, por ejemplo, un clima social acogedor con amigos que ofrecen apoyo) y una buena adaptación al entorno escolar (demostrado por los logros académicos y los bajos niveles de estrés relacionados con la vida escolar) pueden aumentar la sensación de éxito y competencia, lo que a su vez, genera una mayor sensación de bienestar y de satisfacción vital, y menos problemas subjetivos de salud. Por el contrario, la falta de logros académicos y la mala aceptación por parte del grupo de compañeros puede generar una disminución de los resultados sanitarios positivos y un aumento de las conductas de riesgo (3).

Por su parte, el contexto escolar parece funcionar a la vez como factor de riesgo y como recurso para el bienestar físico, emocional y social (4–6). Los resultados de un estudio longitudinal realizado por Jessor et al. (7) muestran cómo factores tales como buen rendimiento escolar (indicado por la nota media) y una actitud positiva hacia escuela y amigos (ni se inflingen ni se aceptan comportamientos intimidatorios) sirven de protección contra el inicio de comportamientos problemáticos. De hecho, tanto las víctimas de intimidación como los perpetradores de esta conducta, son rechazados en el entorno

escolar, tienen peor salud y tienen más riesgo de ejercer conductas de riesgo. Además, la intimidación y la victimización se correlacionan con una pobre adaptación psicosocial (8,9). El sufrir victimización por parte del grupo de compañeros conduce tanto a la interiorización de problemas (tales como depresión, ansiedad y problemas subjetivos de origen somático) como a la exteriorización (agresión) y socava la autoestima de la víctima (10).

La edad y el género también juegan un papel a la hora de determinar que factores del entorno escolar tienen un efecto negativo sobre la salud. Los planes de futuro que dependen de los logros académicos pueden causar estrés entre los estudiantes de nivel secundario, mientras que factores como el rechazo de los compañeros pueden afectar fuertemente la salud de los estudiantes de primaria y pre-secundaria (11). Los estudiantes más mayores también parecen menos satisfechos con el entorno escolar que los más jóvenes (12).

En cuanto a las diferencias de género, las mujeres, durante toda su vida, parecen apoyarse más que los hombres en sus redes sociales para combatir situaciones de estrés (13); por lo tanto, una percepción de carencia de este apoyo podría resultar, en las chicas, en una peor salud percibida y menor satisfacción vital durante la adolescencia (11). Además, los principales factores determinantes de la autoestima durante la adolescencia de las chicas son el atractivo físico y la aceptación social. La percepción de fracaso en cualquiera de los casos puede tener efectos negativos sobre la salud en general (14,15). Además, las chicas, por lo general, son más vulnerables a trastornos emocionales y a problemas de salud subjetivos que los chicos (16,17). Aparentemente, estas diferencias de género se empiezan a desarrollar a una temprana edad (18).

Se ha teorizado en el sentido de que los problemas subjetivos referidos al estado de salud pueden ser una respuesta al estrés. Una potencial fuente de estrés en chicos y adolescentes es el entorno escolar: es decir, el trabajo escolar y el clima social (profesorado y compañeros de clase). La falta de satisfacción con el entorno escolar y una baja satisfacción vital pueden reflejar parcialmente los problemas que se sufren en el proceso de adaptación a las exigencias de la vida escolar, como las expectativas de logro académico. (19,20).

Por el contrario, una percepción positiva del clima social del aula o de la escuela como un todo se asocian a una menor incidencia de problemas emocionales y de conducta (21). Según los hallazgos de anteriores estudios HBSC, los jóvenes que declaran mayor calidad de vida y se encuentran más sanos, son los que experimentan mayor satisfacción con la vida escolar, se sienten más apoyados por sus compañeros de clase, y no consideran las expectativas escolares como demasiado exigentes (12).

Los síntomas psicósomáticos persistentes durante la infancia pueden ser el resultado de una mala capacitación académica y social (22) y pueden aumentar la posibilidad de problemas en la vida adulta. Por ejemplo, padecer dolor abdominal recurrente inexplicado durante la infancia predice que se padecerá ansiedad y que la función social será mala durante la vida adulta (23).

Además, la autoestima juega un significativo papel en los resultados sanitarios. Un bajo nivel de autoestima predice resultados adversos, mientras

que una puntuación alta en esta categoría predice resultados favorables, como buen humor y falta de síntomas somáticos y psicológicos (24).

En resumen, existe una gran cantidad de pruebas que indican que aquellas relaciones que se desarrollan en el contexto del entorno escolar, que tienen la suficiente fuerza y que ofrecen el suficiente apoyo pueden, por lo menos parcialmente, determinar el estatus de la salud del individuo.

El Capítulo 2 muestra que los estudiantes más mayores –y los chicos en general– tienden a disfrutar menos el entorno escolar y a dar una puntuación más baja a su rendimiento académico. Los debates y los análisis de la relación entre los factores escolares y la salud, por lo tanto, deben tener en cuenta las diferencias que existen en las vivencias escolares de los jóvenes y el papel que juega el género en dichas diferencias. El análisis que se hace en el Capítulo 3 concluye que las chicas de 15 años tienen más riesgo de padecer mala salud subjetiva, y por lo tanto, presentamos dos conjuntos diferentes de datos: uno contiene la población total de jóvenes encuestados y el otro sólo la población de 15 años de edad. De nuevo, al usar datos que comprenden la sección transversal de la encuesta, tal y como se lleva a cabo en el estudio HBSC, se pueden describir asociaciones entre factores escolares y resultados sanitarios, pero no se puede deducir el mecanismo causal.

## Métodos

Se utilizaron cuatro parámetros para realizar el análisis que se presenta en esta sección: disfrutar de la vida escolar, los logros académicos, el apoyo del grupo de compañeros y la presión escolar (tal y como se describen en el Capítulo 2). Estos parámetros se usan individualmente y como parte de una medición compuesta de lo que significa la experiencia escolar. Se calculó una puntuación para valorar la experiencia escolar para cada joven de acuerdo con las respuestas que facilitó a cada uno de los cuatro parámetros, y se clasificó la experiencia como positiva, intermedia o negativa.

A los jóvenes que viven la experiencia escolar de forma positiva les gusta mucho la escuela y tienen expedientes académicos buenos o muy buenos, no sienten presión relacionada con los deberes y trabajos escolares y se muestran muy de acuerdo con estas tres aseveraciones relativas a sus compañeros de clase:

- La mayoría de sus compañeros de clase son amables y amistosos
- Sus compañeros de clase les aceptan tal como son
- La mayoría de los miembros de la clase disfrutaban de su compañía mutua

A los jóvenes que viven la experiencia escolar de forma predominantemente negativa, no les gusta la escuela, tienen expedientes académicos por debajo de la media, se sienten presionados por los deberes y el trabajo escolar y no están de acuerdo con por lo menos dos de las tres aseveraciones indicadas.

Los jóvenes cuya experiencia escolar está incluida en la categoría intermedia, califican su logro escolar como medio, sienten algo de presión respecto al trabajo escolar y no están de acuerdo con una de las aseveraciones sobre sus compañeros de clase.

Esta sección examina el comportamiento intimidatorio en la escuela en términos de su relación con los resultados sanitarios. Para este parámetro se utilizó una frecuencia de incidentes intimidatorios (intimidar o ser intimidado) de dos veces o más al mes. En el Capítulo 3 se describen los elementos relacionados con la intimidación en mayor detalle.

Los resultados de salud seleccionados para el análisis de esta sección son: salud auto-percibida (buena o excelente), satisfacción vital (puntuación de 6 o más alta en la escala de Cantril), problemas sanitarios subjetivos (dos o más síntomas al día o varias veces a la semana) y consumo de tabaco (por lo menos una vez a la semana)

El Capítulo 3 contiene la descripción de los tres elementos relativos a la calificación subjetiva de la salud y la situación en materia de tabaquismo.

Los análisis que se presentan en esta sección incorporan datos agregados para cada género de los 35 países y regiones en los que se realizó la encuesta HBSC y datos de países individuales. Los datos agregados de los análisis de la población de 15 años se presentan en las tablas 4.8 – 4.10, así como el coeficiente de correlación de Spearman. Las Figuras 4.9 – 4.12 presentan los datos individuales por país recogidos para los jóvenes de 11, 13 y 15 años, desglosados nuevamente por géneros.

## **Resultados**

### **Factores escolares determinantes y resultados sanitarios**

Primero, se analizaron y computaron los datos relativos a la población de 15 años procedente de todos los países y regiones. Los datos se analizaron de forma separada para chicos, ya que hay una fuerte sugerencia en la literatura existente de que las asociaciones entre las variables escolares y los resultados de salud están relacionados con el género. Por ejemplo, las chicas son más proclives que los chicos a desarrollar problemas sanitarios subjetivos motivados por una apreciación subjetiva de su estado de salud, que se producen como resultado del estrés producido por el entorno escolar. La Tabla 4.8 muestra los factores relacionados con los resultados de salud y sus asociaciones con el entorno escolar y con las variables de adaptación al entorno escolar usando los datos agregados de todos los países y regiones.

Los elementos determinantes se correlacionan de forma ligera con los resultados sanitarios seleccionados, con escasa evidencia de diferencias de género en los modelos resultantes. Los logros académicos se asocian con menos problemas subjetivos de salud, una buena valoración de la salud auto-percibida, mayor satisfacción vital y menor riesgo de tabaquismo. El mismo modelo existe entre los jóvenes que declaran que les gusta la escuela.

Los jóvenes que no sienten gran presión generada por el trabajo escolar se sienten mucho más satisfechos con sus vidas y se quejan mucho menos de trastornos de salud. El apoyo social de sus compañeros también parece influir de forma moderada en la percepción subjetiva que tienen los jóvenes de su salud.

## Percepción de la experiencia escolar y resultados sanitarios

Los siguientes análisis se han basado en los datos individuales de países recogidos en la población de 11 a 15 años.

En la encuesta HBSC del 2001/ 2002, la satisfacción vital se midió de acuerdo a la escala de Cantril, que tiene 10 escalones que van de la peor a la mejor vida posible. Una puntuación igual o superior al escalón número 6 se utilizó para indicar un buen nivel de satisfacción vital. Los jóvenes para los que la escuela significa una vivencia positiva, muestran niveles más altos de satisfacción vital, que van desde el 87% en Croacia, Letonia y Polonia al 98% en Suecia y Holanda (Fig. 4.9).

Por el contrario, aquellos para los que el centro escolar significa una vivencia negativa están menos satisfechos con sus vidas, con unos porcentajes que van desde el 40% en Croacia y Suecia al 83% en Alemania. Todos los países y regiones reflejan este modelo.

En la encuesta 2001/ 2002 se pedía a los jóvenes que evaluaran su salud como excelente, buena, aceptable o mala. El análisis que se presenta aquí se centra en los datos obtenidos de los jóvenes que respondieron que su salud era excelente o buena. Tal como se ve en la Fig. 4.10, las respuestas referentes a la salud auto-percibida adoptan el mismo patrón que las de relativas a la satisfacción vital. El 60% en Ucrania y el 100% en Estonia, Finlandia, Groenlandia, Portugal y Suecia, de los jóvenes que tienen una vivencia positiva de la experiencia escolar comunican una auto-evaluación de su salud como buena o excelente que llega casi a doblar los niveles del grupo que tiene una mala vivencia de la experiencia escolar (desde el 28% en Ucrania hasta el 80% en Israel). Este perfil aparece en todos los países y regiones en lo que se ha realizado la encuesta HBSC, aunque varían en los niveles de salud auto-evaluada, como ya se dijo en el Capítulo 3.

**Tabla 4.8. Asociaciones entre las variables escolares y los resultados sanitarios, jóvenes de 15 años**

Resultado Sanitario	Logros académicos elevados		Disfrutan mucho de la vida escolar		Presión elevada derivada del trabajo escolar		Nivel de apoyo alto por parte de los compañeros	
	Chicas	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas	Chicos
Problemas subjetivos de salud múltiples	- 0,13	- 0,10	- 0,22	- 0,18	0,25	0,21	- 0,16	- 0,16
Salud auto-percibida buena o excelente	0,21	0,18	0,18	0,15	- 0,13	- 0,11	0,20	0,20
Alto nivel de satisfacción vital	0,23	0,19	0,25	0,19	- 0,16	- 0,15	0,24	0,21
Consumo frecuente de tabaco	- 0,25	- 0,22	- 0,18	- 0,16	0,02	0,02	- 0,01	- 0,04
Fuerza de la asociación estadística <sup>a</sup>								
Débil <0,1	Medio 0,1 – 0,25		Fuerte >0,25					

<sup>a</sup> Coeficiente de Spearman.



**Fig. 4.9. Jóvenes con alto nivel de satisfacción vital, de acuerdo con la experiencia escolar, todos los grupos de edad combinados (%)**

<b>País</b>	<b>Experiencia Negativa</b>	<b>Experiencia Media</b>	<b>Experiencia Positiva</b>
Austria	63	86	95
Bélgica (Flamenca)	57	86	96
Canadá	53	86	97
Croacia	40	73	87
República Checa	66	84	96
Dinamarca	59	89	95
Inglaterra	61	82	97
Estonia	53	72	91
Finlandia	68	91	96
Francia	59	82	97
Alemania	83	85	91
Grecia	71	89	92
Groenlandia	50	77	100
Hungría	70	79	95
Irlanda	52	84	96
Israel	68	85	88
Italia	59	85	95
Letonia	52	76	87
Lituania	50	73	95
Malta	58	79	95
Holanda	75	93	98
Noruega	43	78	94
Polonia	44	75	87
Portugal	43	74	93
Federación Rusa	51	74	90
Escocia	61	85	92
Eslovenia	61	81	93
España	68	86	93
Suecia	40	81	98
Suiza	76	89	96
ARY Macedonia	50	86	94
Ucrania	57	66	89
Estados Unidos	54	81	96
Gales	58	83	95

*Nota:* No hay datos disponibles para Bélgica (francesa)

**Fig. 4.10 Jóvenes con salud buena o excelente, de acuerdo con la experiencia escolar, todos los grupos de edad combinados (%)**

<b>País</b>	<b>Experiencia Negativa</b>	<b>Experiencia Media</b>	<b>Experiencia Positiva</b>
Austria	43	82	91
Bélgica (Flamenca)	63	82	93
Bélgica (Francesa)	41	78	97
Canadá	48	84	94
Croacia	44	72	89
República Checa	73	89	85
Dinamarca	61	83	95
Inglaterra	50	75	92
Estonia	68	79	100
Finlandia	68	87	100
Alemania	64	83	86
Grecia	79	88	95
Groenlandia	67	80	100
Hungría	71	80	94
Irlanda	55	82	91
Israel	80	86	94
Italia	57	84	95
Letonia	43	66	85
Lituania	48	66	90
Malta	59	76	68
Holanda	48	77	93
Noruega	54	75	92
Polonia	59	83	98
Portugal	57	77	100
Federación Rusa	46	64	87
Escocia	45	78	90
Eslovenia	72	82	91
España	73	87	98
Suecia	57	83	100
Suiza	63	90	97
ARY Macedonia	73	85	92
Ucrania	28	53	60
Estados Unidos	51	75	89
Gales	47	70	86

*Nota:* No hay datos disponibles para Francia

Los problemas sanitarios subjetivos incluyen: dolor de cabeza, dolor de estómago, dolor de espalda, sentirse en baja forma, irritabilidad o mal humor, nervios, trastornos del sueño y mareos. Los jóvenes con una vivencia positiva de la experiencia escolar padecen menos molestias recurrentes que los que tienen una vivencia negativa de la experiencia escolar (Fig. 4.11).

Los niveles del primer grupo van del 8% (Finlandia) al 64% (Estonia) y los del segundo van del 68% (Austria y Dinamarca) al 93% (Bélgica (región francesa y Italia). Esta disparidad se puede observar en países y regiones, independientemente de las diferencias que haya en los porcentajes de jóvenes que declaran tener quejas de múltiples y recurrentes trastornos de salud.

El mismo modelo de relación se observó entre el consumo de tabaco frecuente y una percepción de la experiencia escolar para todos los países y regiones, excepto en Portugal y en Groenlandia, aunque el porcentaje medio de los fumadores frecuentes varía ampliamente. Los jóvenes con vivencias

negativas de la experiencia escolar tienen más tendencia a fumar frecuentemente que los que tienen una experiencia positiva (Fig. 4.12). Los niveles para el primer grupo (que van desde un 21% en Grecia a 64 % en Hungría) son hasta 6 veces mayores que los del segundo grupo (que van desde un 3% en Inglaterra a un 27% en Finlandia). Solamente Groenlandia exhibe el patrón opuesto: hay más encuestados que fuman por lo menos una vez a la semana entre el grupo que declara tener una experiencia positiva en el centro escolar. En Portugal, ambos grupos muestran el mismo porcentaje de fumadores frecuentes.

## **Diferencias de género en la experiencia escolar y resultados sanitarios**

Para investigar como evalúan la satisfacción vital, los problemas sanitarios subjetivos y recurrentes y fumar con frecuencia se relacionaron en el caso de ambos géneros con su vivencia de la experiencia escolar; además, se llevaron a cabo análisis de asociación separados para chicos y chicas usando únicamente los datos de la población de 15 años.

Más del 90% de la muestra total de la encuesta HBSC para la población de 15 años que declara tener una vivencia positiva de la experiencia escolar también declara una alta satisfacción vital y también autoevalúa su salud como muy buena. (Tabla 4.9). Casi el 80% de los que declaran vivencias negativas de la experiencia escolar también declara múltiples y recurrentes problemas sanitarios subjetivos, y el 37% declara fumar con frecuencia. Al dividir la muestra por géneros, las chicas con una vivencia negativa de la experiencia escolar declaran tener alta satisfacción vital y buena o excelente salud de forma significativamente menor que las chicas que sí tienen una vivencia positiva.

También declaran de forma significativamente más alta que sufren problemas sanitarios subjetivos de carácter recurrente. La muestra de los chicos, sin embargo, no refleja las diferencias en la frecuencia de los resultados sanitarios de forma tan marcada entre los grupos con vivencias positivas y negativas de la experiencia escolar<sup>1</sup>. Además, las chicas declaran niveles más bajos de salud que los chicos en todos los grupos de edad. Estos hallazgos apoyan fuertemente la opinión de que las chicas de 15 años son un grupo de riesgo en lo relativo a una mala salud subjetiva cuando esto se asocia a vivencias negativas de la experiencia escolar.

## **Conducta intimidatoria y resultados sanitarios**

Tal y como se debate en el Capítulo 3, las conductas intimidatorias son un factor grave de riesgo en lo que respecta a los resultados negativos de salud. Para analizar este impacto, se calcularon las correlaciones sobre la base del cálculo relativo al total de datos agregados para la población de 15 años dividida por géneros.

---

<sup>1</sup> Se examinó una interacción estadísticamente significativa entre el género y la experiencia en el entorno escolar por medio de un análisis de varianza (ANOVA). Los resultados del análisis "género de acuerdo con la experiencia en el entorno escolar" (género \* experiencia en el entorno escolar) son los siguientes: problemas sanitarios subjetivos:  $P = 0,019$ ; calificación de la salud auto-percibida:  $P < 0,001$ ; satisfacción vital:  $P < 0,001$ ; tabaquismo:  $P = 0,428$

**Tabla 4.9. Diferencias de género en los resultados sanitarios en relación con la experiencia escolar, jóvenes de 15 años de edad (%)**

Resultados sanitarios	Positiva (%)			Intermedia (%)			Negativa (%)		
	Chicas	Chicos	Total	Chicas	Chicos	Total	Chicas	Chicos	Total
Alto nivel de satisfacción vital	93,4	94,7	94,0	78,2	85,4	81,6	53,0	63,4	57,6
Calificación de la salud auto-percibida como buena o excelente	89,3	95,0	91,8	73,4	84,6	78,6	49,1	65,1	56,3
Problemas sanitarios subjetivos de carácter recurrente y múltiple	45,7	30,3	38,9	68,1	49,1	59,1	86,5	71,7	79,9
Fumar con frecuencia	12,9	12,2	12,6	22,8	23,5	23,1	35,6	38,0	36,7

**Fig. 4.11. Jóvenes con dos o más problemas sanitarios subjetivos a la semana, de acuerdo con la experiencia escolar, todos los grupos edad combinados (%)**

<b>País</b>	<b>Experiencia Negativa</b>	<b>Experiencia Media</b>	<b>Experiencia Positiva</b>
Austria	68	45	28
Bélgica (Flamenca)	69	48	41
Bélgica (Francesa)	93	61	38
Canadá	85	60	37
Croacia	77	59	39
República Checa	88	63	48
Dinamarca	68	46	23
Inglaterra	79	63	32
Estonia	73	63	64
Finlandia	80	62	8
Francia	84	59	25
Alemania	73	43	34
Grecia	81	74	54
Groenlandia	50	49	15
Hungría	87	68	54
Irlanda	90	59	41
Israel	92	79	61
Italia	93	76	50
Letonia	84	57	43
Lituania	73	59	35
Malta	81	68	42
Holanda	78	44	27
Noruega	87	51	32
Polonia	81	60	44
Portugal	82	55	31
Federación Rusa	73	52	34
Escocia	76	54	35
Eslovenia	72	53	38
España	69	62	44
Suecia	88	66	42
Suiza	76	56	45
ARY Macedonia	86	63	41
Ucrania	92	72	56
Estados Unidos	85	61	45
Gales	84	60	34

**Fig. 4.12. Jóvenes que fuman por lo menos una vez a la semana, de acuerdo con la experiencia escolar, todos los grupos de edad combinados (%)**

<b>País</b>	<b>Experiencia Negativa</b>	<b>Experiencia Media</b>	<b>Experiencia Positiva</b>
Austria	29	34	17
Bélgica (Flamenca)	31	23	13
Bélgica (Francesa)	36	23	12
Canadá	33	14	4
Croacia	48	24	13
República Checa	41	29	26
Dinamarca	27	19	7
Inglaterra	36	24	3
Estonia	35	23	18
Finlandia	51	29	27
Francia	35	26	12
Alemania	45	33	16
Grecia	21	13	10
Groenlandia	50	62	73
Hungría	64	26	10
Irlanda	32	20	17
Israel	25	14	8
Italia	39	22	0
Letonia	37	24	13
Lituania	41	25	26
Malta	22	17	11
Holanda	30	23	16
Noruega	37	24	15
Polonia	29	21	10
Portugal	14	23	14
Federación Rusa	34	21	15
Escocia	39	19	14
Eslovenia	50	30	20
España	44	27	12
Suecia	24	15	4
Suiza	51	24	17
ARY Macedonia	23	15	8
Ucrania	38	32	19
Estados Unidos	30	14	5
Gales	34	20	5

La Tabla 4.10 representa la solidez de las asociaciones entre los elementos determinantes (intimidar o ser intimidado) y los resultados sanitarios (problemas sanitarios subjetivos, salud autopercebida, satisfacción vital y consumo de tabaco). Ambos determinantes están moderadamente asociados a los problemas sanitarios subjetivos en chicos y chicas. Ser la víctima de comportamientos intimidatorios está más asociado a la reducción de la satisfacción vital que el hecho de infligir dichos comportamientos, lo que está más asociado al consumo de tabaco. Estas relaciones no reflejan una diferencia entre géneros. Debido a que las relaciones y el apoyo social juegan un importante papel en el desarrollo de la autoestima, el sentirse aceptado y

respetado por el grupo de compañeros contribuye de forma sustancial a la buena salud subjetiva general de chicos y chicas.

## **Debate**

La relación coherente demostrada en los datos recogidos en todos los países entre el entorno escolar y la adaptación al centro escolar, por una parte, y los resultados sanitarios, por otra, indican la importancia de la influencia de este entorno sobre la salud de los jóvenes. La dirección de la causalidad, sin embargo no es clara. La satisfacción con el entorno escolar y sus componentes sociales pueden aumentar el nivel de satisfacción vital y el de la percepción de la propia salud, o viceversa, una alta satisfacción vital y una percepción buena de la propia salud puede aumentar la satisfacción con el entorno escolar. De hecho, es probable que haya una interacción dinámica entre los fenómenos estudiados. Para presentar un argumento claro, consideramos el entorno escolar como determinante y la salud como resultado, mientras que reconocemos que es muy probable que la relación sea más compleja y dinámica.

## **La salud subjetiva y la experiencia escolar**

Si examinamos las relaciones entre los diferentes elementos de la vida escolar y los resultados sanitarios vemos que se generan efectos para chicos y chicas, con mejores resultados sanitarios en todos los parámetros para aquellos jóvenes que disfrutan con la experiencia escolar, sienten que tienen un buen rendimiento, disfrutan de un alto nivel de apoyo de sus compañeros de clase y no se sienten presionados por el trabajo escolar. Cuando se usa el valor de medición compuesto para la experiencia escolar, el entorno escolar parece afectar de forma general a la calificación de la salud auto-percibida, a la satisfacción vital y los problemas sanitarios subjetivos, de forma más relevante en las chicas que en los chicos. Durante la adolescencia, el apoyo de los compañeros de clase influye en la salud y en el bienestar de los jóvenes. Las relaciones sociales y el apoyo que de ellas se deriva se deben ver como componentes críticos para la vida humana, que dan una sensación global de pertenecer, o que aportan apoyo de tipo situacional o puntual. El trabajo escolar y otras exigencias de la vida escolar se deberían ajustar al nivel de desarrollo y de funcionamiento de los estudiantes para prevenir problemas relacionados con la salud, como los problemas sanitarios subjetivos y la falta de satisfacción vital. Los logros académicos tienen un efecto inmediato sobre la autoestima y el bienestar en general. Los jóvenes que tienen buenos expedientes académicos tienen a disfrutar del entorno escolar, mientras que los que no lo tienen se sienten alienados. Nuestro argumento es que la percepción del apoyo y los logros académicos influyen en el desarrollo de la autoestima de los jóvenes, de su auto-percepción y de su conducta sanitaria, lo que a su vez afecta a su actual y futuro estado de salud y de satisfacción vital. La planificación de todo programa de intervención escolar o sanitaria requiere un cuidadoso examen de las complejas interacciones que existen entre estos factores así como de su relación con otros factores también significativos.

**Tabla 4.10. Asociaciones entre intimidar/ ser intimidado y los resultados sanitarios negativos, jóvenes de 15 años de edad**

Resultados Sanitarios	Ser intimidado		Intimidar	
	Chicas	Chicos	Chicas	Chicos
Problemas sanitarios subjetivos múltiples	0,18	0,17	0,14	0,16
Calificación de la salud auto-percibida como buena o excelente	- 0,09	- 0,12	- 0,07	- 0,05
Alto nivel de satisfacción vital	- 0,13	- 0,15	- 0,08	- 0,07
Consumo frecuente de tabaco	0,01	0,01	0,17	0,17
Solidez de la asociación estadística <sup>a</sup>				
Débil <0,1	Medio 0,1 – 0,25	Fuerte >0,25		

<sup>a</sup> Coeficiente de Spearman.

## Salud subjetiva e intimidación

Nuestros resultados sugieren que la conducta intimidatoria está asociada a resultados sanitarios negativos y que las víctimas se ven más afectadas que los perpetradores. Las víctimas sufren problemas de salud subjetiva con mayor frecuencia y declaran peor salud auto-percibida y niveles más bajos de satisfacción vital. Aunque existen diferencias estadísticas entre los que intimidan y los que no, son de pequeña magnitud y no tienen importancia práctica para profesionales y políticos. Los perpetradores de conductas intimidatorias y sus víctimas, sin embargo, pueden correr el riesgo de desarrollar resultados de salud negativos. Por lo tanto, la concienciación de la existencia de este comportamiento en el entorno escolar se tiene que reconocer para poder proteger a los jóvenes de la violencia y mejorar la calidad de sus vidas. Ya se han puesto en práctica algunos programas de prevención en algunos países (25 – 27). El Capítulo 3 contiene un debate más a fondo sobre la prevención de la conducta intimidatoria.

## Resultados en todos los países

Las descripciones de las asociaciones entre ciertos aspectos de la experiencia escolar y varios resultados sanitarios en los países y regiones indican unos modelos claros y coherentes que se analizarán en más detalle en futuros informes.

Los análisis que presentamos aquí apoyan la relación entre una mejor percepción del entorno escolar y una mejor salud subjetiva en la mayoría de los países y regiones. Los modelos observados indican que analizar los datos desde esta perspectiva puede contribuir en gran manera a explicar las diferencias observadas en los parámetros de salud auto-percibida, satisfacción vital, problemas sanitarios subjetivos y conductas de riesgo. Para poder contabilizar estas diferencias puede que sea necesario centrarse en las

variaciones que hay entre los distintos centros escolares y entornos escolares de los distintos países.

## Implicaciones para las políticas

¿Qué relevancia tienen las asociaciones entre la salud subjetiva y la vivencia del entorno escolar para los responsables de la elaboración y la puesta en marcha de las políticas? ¿Se debería prestar más atención a las chicas durante toda su carrera escolar? Dada la modesta fuerza de asociación y la magnitud del impacto que causan a los jóvenes, no parece que esto sea necesario. A pesar de las diferencias de género observadas, ambos géneros experimentan de forma prácticamente igual la presión del trabajo escolar, el fracaso académico, el hecho de no disfrutar de la vida escolar, y carecer de suficiente apoyo por parte del grupo. Estas situaciones pueden causar una peor calidad de vida, una peor salud auto-percibida, más problemas sanitarios subjetivos y un aumento del riesgo de consumo de tabaco.

## Conclusión

Un entorno escolar saludable se debería considerar como algo beneficioso para la salud, y se deberían hacer todo los esfuerzos posibles para mejorar las condiciones del entorno escolar para todos los jóvenes, independientemente de su edad y género. El reconocer la importancia de un entorno escolar saludable en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (28) fue un primer paso. La Red Europea para la Promoción de la Salud en los Centros Educativos (29) está comprometida con la promoción de la salud en los centros escolares, haciendo que sean más seguros y que promuevan y mejoren la salud tanto social como físicamente.

## Bibliografía

1. Garnefski N. Age differences in depressive symptoms, antisocial behaviour, and the negative perceptions of family, schools, and peers among adolescents. *Journal of the American Academy of Adolescent Psychiatry*, 2000, 39:1175–1181.
2. Erikson EH, Erikson, JM. *The life cycle completed*. New York, Norton, 1998.
3. Seiffge-Krenke I et al. Coping with school-related stress in healthy and clinically referred adolescents. *European Psychologist*, 2001, 6:123–132.
4. Lerner RM, Galambos NL. Adolescent development: challenges and opportunities for research, programs, and policies. *Annual Review of Psychology*, 1998, 49:413–446.
5. Roeser RW, Midgley C, Urdan TC. Perceptions of the school psychological environment and early adolescents' psychological and behavioural functioning in school: the mediating role of goals and belonging. *Journal of Educational Psychology*, 1996, 88:408–422.
6. King A. School as a healthy environment. In: Currie C et al. *Health Behaviour in School-Aged Children: a WHO cross-national survey (HBSC). Research protocol for the 1997/98 survey*. Edinburgh, Research Unit in Health and Behavioural Change, University of Edinburgh, 1998:60–63.
7. Jessor R et al. Protective factors in adolescent problem behaviour: moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology*, 1995, 31:923–933.
8. Nansel TR et al. Bullying behaviours among US youth: prevalence and association with psychosocial adjustment. *JAMA*, 2001, 285:2094–2100.

9. Spivak H, Prothrow-Stith D. The need to address bullying – An important component of violence prevention. *JAMA*, 2001, 285(16):2131–2132.
10. Steinberg L, Morris AS. Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 2001, 52:83–110.
11. Wagner BM, Compas BE. Gender, instrumentality and expressivity: moderators of adjustment to stress during adolescence. *American Journal of Community Psychology*, 1990, 18:383–406.
12. Samdal O, Dür W. The school environment and the health of adolescents. In: Currie C et al., eds. *Health and health behaviour among young people*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000:49–64 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 1; <http://www.who.dk/document/e67880.pdf>, accessed 20 January 2004).
13. Taylor SE et al. Biobehavioral responses to stress in females: tend-and-befriend, not fight-flight. *Psychological Review*, 2000, 107:411–429.
14. Cole M, Cole SR. *The development of children*, 3rd ed. New York, W.H. Freeman and Company, 1996.
15. Hankin BL, Ambranson LY. Development of gender differences in depression: an elaborated cognitive vulnerability–transactional stress theory. *Psychological Bulletin*, 2001, 127:773–796.
16. Kolip P, Schmidt B. *Gender and health in adolescence*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999.
17. Scheidt P, Overpack MD. Adolescents' general health and wellbeing. In: Currie C et al., eds. *Health and health behaviour among young people*. WHO Regional Office for Europe, 2000:24–38 (Health Policy for Children and Adolescence, No. 1; <http://www.who.dk/document/e67880.pdf>, accessed 20 January 2004).
18. Hankin BL et al. Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10 year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 1998, 107:128–140.
19. Torsheim T, Wold B. School-related stress, support, and subjective health complaints among early adolescents: a multilevel approach. *Journal of Adolescence*, 2001, 24:701–713.
20. Torsheim T, Aarø LE, Wold B. Sense of coherence and school-related stress as predictors of subjective health complaints in early adolescence: interactive, indirect or direct relationships? *Social Science and Medicine*, 2001, 53: 603–614.
21. Kuperminc GP et al. Perceived school climate and difficulties in the social adjustment of middle school students. *Applied Developmental Science*, 1997, 1(2):76–88.
22. Walker LS, Claar RL, Garber J. Social consequences of children's pain: when do they encourage symptom maintenance? *Journal of Paediatric Psychology*, 2002, 27:689–698.
23. Campo JV et al. Adult outcomes of paediatric recurrent abdominal pain: do they just grow out of it? *Pediatrics*, 2001, 108(E1).
24. Rosenberg M et al. Global self-esteem and specific self-esteem: different concepts, different outcomes. *American Sociological Review*, 1995, 60:141–156.
25. Cunningham PB, Henggeler SW. Implementation of an empirically based drug and violence prevention and intervention program in public school settings. *Journal of Clinical Child Psychology*, 2001, 30(2):221–232.
26. Olweus D. Bullying at school: basic facts and effects of a school based intervention program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 1994, 35(7):1171–1190.
27. Stevens V, De Bourdeaudhuij I, Van Oost P. Anti-bullying interventions at school: aspects of programme adaptation and critical issues for further programme development. *Health Promotion International*, 2001, 16:155–167.
28. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1986 ([http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827\\_2](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2), accessed 3 February 2004).
29. European Network of Health Promoting Schools [web site]. Copenhagen, ENHPS Secretariat, 2004 (<http://www.euro.who.int/ENHPS>, accessed 20 February 2004).

# La pubertad y la salud – *Candace Currie y Ágnes Németh*

## Introducción

Las características personales y las experiencias de un individuo, en combinación con la influencia de factores del entorno, dan forma al desarrollo que ocurre durante la adolescencia, incluido el desarrollo de la salud. Las secciones anteriores del Capítulo 4 estudian la influencia de los factores sociales, pero en esta sección nos centraremos en el proceso de la pubertad y en como dicho proceso puede afectar a la salud y a los comportamientos relacionados con la salud de los jóvenes.

El período de la pubertad -la fase del desarrollo humano durante la que se acelera el crecimiento físico y ocurre la maduración sexual- es el período que marca al grupo de edad de los jóvenes estudiados en el HBSC.

Durante la pubertad, los procesos biológicos que la caracterizan dan como resultado cambios físicos que tienen unas claras implicaciones intelectuales, emocionales, sociales y conductuales, muchas de las cuales pueden desembocar en resultados relacionados con la salud.

El inicio de la pubertad varía entre individuos, como varía el ritmo de los cambios físicos. Algunos individuos alcanzan la pubertad mucho antes que otros. Esto se atribuye a la influencia que ejercen una gran variedad de factores: influencias genéticas y biológicas, estrés, estatus socioeconómico, toxinas medioambientales, nutrición, dieta, ejercicio, cantidad de grasa corporal, peso y enfermedades crónicas (1).

En esta sección se explora la relación entre el inicio de la pubertad y los resultados sanitarios, especialmente en las chicas, y se debate si los programas y políticas de promoción de la salud deben incorporar una mayor comprensión de este proceso.

La capacidad de los jóvenes para adaptarse a los cambios que conlleva la pubertad depende, por lo menos en parte, del momento en el que inician el proceso de la pubertad en relación con la mayoría de sus amigos de la misma edad (2). Por lo general, el estar en sincronía con la mayoría facilita la adaptación al cambio en las chicas. La desviación de la norma, especialmente en la pubertad temprana pone a las chicas en una situación particular de riesgo respecto a ciertos resultados sanitarios. Estos riesgos para la salud pueden derivarse de respuestas psicológicas y sociales a una maduración temprana.

Los cambios en la apariencia corporal que ocurren durante la pubertad pueden suponer un gran reto para la adaptación. Tal y como se detalla en el Capítulo 3, los jóvenes adquieren una creciente conciencia de sus cuerpos durante la pubertad (3), lo que puede afectar la percepción de sí mismos y a la forma de relacionarse con los demás, y en último término, ejercer una influencia sobre la conducta social y sanitaria.

En los anteriores estudios HBSC se descubrió que la satisfacción con la apariencia propia contribuye a la felicidad y la seguridad en sí mismos de chicos y chicas (4), pero es especialmente importante para la auto-estima de las chicas (5).

Para las chicas, el inicio temprano de la pubertad puede convertirse en un riesgo para la salud en cuanto al efecto que puede tener sobre una

percepción negativa de la apariencia física, ya que al tener una mayor proporción de grasa corporal que las chicas de su misma edad que no han iniciado todavía el proceso de la pubertad, tienen más tendencia a considerarse demasiado gordas y decidir que tienen que perder peso (6).

Esta situación puede resultar en una preocupación por el control del peso corporal y una relación poco saludable con la comida, que es común en muchas mujeres jóvenes (7,8). La maduración temprana se ha asociado, también, con otras formas de conductas de riesgo, que incluyen una iniciación temprana a la actividad sexual y al consumo de sustancias intoxicantes (9,10).

Aunque se ha realizado una vasta labor de investigación para examinar el efecto del momento de inicio de la pubertad sobre los resultados sanitarios en los adolescentes en Estados Unidos y en algunos países y regiones europeas, se han hecho muy pocos estudios transnacionales sobre el mismo tema (11). Por lo tanto, el estudio HBSC ofrece una oportunidad única para estudiar los aspectos del impacto de la pubertad sobre resultados conductuales y sanitarios en un gran número de países y regiones de la Región Europea de la OMS, así como en Canadá y Estados Unidos. Una de las limitaciones es que solo se recogieron datos relacionados con la pubertad sobre chicas, por las razones que se explican a continuación.

## **Métodos**

Encontrar valores de medición sobre la pubertad que resulten adecuados para análisis de encuestas transnacionales ha sido un reto para el estudio HBSC. Las preguntas sobre el desarrollo físico tienen que ser culturalmente apropiadas, comprensibles, sensibles y aceptables, no sólo para los jóvenes sino para sus padres y educadores. Al tomar estas consideraciones en cuenta, el inicio de la menstruación (menarquía) fue seleccionado como un indicador fiable de pubertad para las chicas (11). No se estableció un indicador fiable para los chicos en la encuesta del 2001/ 2002, por lo que no se debatirán los resultados de los chicos en esta sección. Algunos países y regiones, por el contrario, sí incluyeron indicadores de pubertad masculina, y los resultados obtenidos se usarán para desarrollar indicadores de pubertad en chicos en futuras encuestas HBSC.

El grupo de estudio seleccionado para esta sección comprende el grupo de edad de chicas de 15 años, de las cuales, la gran mayoría (97%) ya habían alcanzado la etapa de menarquía. El análisis se centra en la relación entre la edad en la que se declara la aparición de la menarquía y un rango de resultados sanitarios que estudios anteriores califican de sensibles para el momento de inicio de la pubertad.

Los grupos comparados se componen de chicas clasificadas como de maduración temprana (en las que se inició la menarquía entre los 9 y los 11 años), de maduración normal (en las que se inició la menarquía entre los 12 y 13 años) y de maduración tardía (en las que se inició la menarquía a los 14 años o más tarde). Las chicas que declararon haber tenido su primer período a los 8 años o antes ( $n = 24$ ) no se incluyeron en el estudio. Los análisis no incluyen Groenlandia debido al pequeño tamaño de la muestra del grupo de edad de 15 años.

El examen de los resultados debería incorporar el hecho de que ciertos análisis se basan en un número pequeño de encuestados, dependiendo de los resultados sanitarios que se investigaron.

## **Resultados**

### **Momento de inicio de la menarquía y resultados sanitarios**

Del grupo de edad de 15 años que declararon estar en la etapa de menarquía (97%, n = 23 287), el 16% fue clasificado como de maduración temprana, el 64% como de maduración normal, y el 20% como de maduración tardía.

Los datos sobre las variables relacionadas con la menarquía y la insatisfacción con el peso corporal procedentes de 32 países y regiones revelaron que en todos, salvo 2, las chicas que iniciaron la menarquía a los 11 años o antes declaraban más a menudo que eran demasiado gordas que las chicas que habían madurado normal o tardíamente (Fig. 4.13). Esta asociación se estableció de forma estadísticamente significativa en 30 países y regiones.

El hecho de intentar perder peso, ya sea siguiendo una dieta o de otra forma, es una característica común en las vidas de las chicas adolescentes, tal y como se indica en el Capítulo 3. Los datos disponibles sobre dietas y menarquía procedentes de 32 países y regiones revelaron que en todos, excepto en 5, el hecho de seguir una dieta es más común en las chicas que maduraron más rápidamente (Fig. 4.14). En 16 países y regiones, esta asociación resultó estadísticamente significativa. Los datos sobre consumo de tabaco diario y menarquía procedentes de 32 países y regiones indicaron que, en 27 de ellos, el consumo diario de tabaco es más común entre las chicas que han madurado más tempranamente que entre las que maduraron más tarde (Fig. 4.15).

Esta asociación es estadísticamente significativa en 16 países y regiones. El análisis de los datos disponibles sobre el mantenimiento de relaciones sexuales y la edad de inicio de la menarquía procedentes de 28 países y regiones reveló que, excepto en 4, cuanto más temprano es el inicio de la menarquía, mayor es la posibilidad de que las chicas declaren haber mantenido relaciones sexuales (Fig. 4.16). En 22 de los países y regiones, la asociación entre un inicio temprano de la menarquía y las relaciones sexuales tempranas resultó ser estadísticamente significativa.

## **Debate**

El momento de inicio de la pubertad en las chicas varía considerablemente. Todo intento de entender la naturaleza de su salud, de sus conductas sanitarias y de su bienestar, debería incorporar este factor. La menarquía temprana afecta a una pequeña, pero significativa, proporción de la población de chicas –aproximadamente a 1 de cada 6 a efectos de esta encuesta- y parece ponerlas en una situación particular de riesgo en lo relativo a resultados sanitarios negativos, entre los que se incluye el consumo de tabaco, la insatisfacción con el peso corporal, las dietas poco saludables y el

mantenimiento de relaciones sexuales tempranas, lo que confirma los hallazgos de otros estudios recientes (9,10,12 – 15).

Es interesante subrayar que los efectos del inicio de la menarquía a los 11 años o antes se manifiestan a los 4 años o más de su inicio, entre la población de 15 años que se analizó en esta encuesta. Los estudios HBSC publicados con anterioridad (6) observaron que la pubertad temprana afecta a la imagen corporal y la auto-estima en chicas de 11 y 13 años, pero estos nuevos análisis indican que los efectos de la pubertad temprana son en cierta medida de larga duración. De hecho, estudios recientes han identificado efectos de la pubertad temprana en chicas que se han prolongado hasta la mediana edad (16). Lo que los análisis no revelan son las razones por las que la maduración temprana es un factor de riesgo para las chicas. Las influencias psicológicas relacionadas con la imagen corporal y las percepciones de lo que resulta atractivo nos pueden brindar alguna explicación al respecto. La opinión predominante en el ámbito de la cultura occidental es que la delgadez es el aspecto más deseable para las chicas y mujeres, una visión que se ocupan de reforzar las imágenes que transmiten los medios de comunicación (17). La pubertad temprana tiende a estar asociada con una mayor proporción de grasa corporal y una figura más redondeada. Las chicas que pasan por este proceso pueden sentirse descontentas con la forma o apariencia de sus cuerpos cuando se comparan con otras adolescentes de su edad que tardan más en madurar, y que, por lo tanto, son más delgadas.

**Fig. 4.13. Chicas que no están satisfechas con su peso, de acuerdo con el momento de inicio de la menarquía, en el grupo de edad de 15 años (%)**

<b>País</b>	<b>Menarquía temprana</b>	<b>Menarquía Normal</b>	<b>Menarquía tardía</b>
Austria a	54	47	41
Bélgica (Flamenca)c	68	57	45
Bélgica (Francesa )c	68	57	29
Canadá b	48	45	34
Croacia c	54	40	28
República Checa b	43	42	29
Dinamarca b	64	46	44
Inglaterra c	52	46	43
Estonia a	43	36	33
Finlandia b	54	42	39
Francia c	59	41	26
Alemania b	64	53	45
Grecia b	35	34	27
Hungría c	43	46	27
Irlanda b	60	50	28
Israel c	68	37	29
Italia c	52	33	27
Letonia a	54	43	32
Lituania c	60	49	32
Holanda c	67	53	39
Noruega a	48	44	31
Polonia c	71	57	36
Portugal b	60	46	33
Escocia b	59	56	37
Eslovenia a	64	64	48
España c	53	51	37
Suecia b	53	41	36
Suiza	58	49	40
Ucrania c	39	22	12
TFYR Macedonia	33	24	23
Estados Unidos a	51	43	29
Gales	68	49	44

a  $P < 0,05$ . b  $P < 0,01$ . c  $P < 0,001$ .

*Nota:* no hay datos disponibles para Groenlandia, Malta y la Federación Rusa.

**Fig. 4.14. Chicas que siguen dietas y otras conductas para perder peso, de acuerdo con el momento de inicio de la menarquía, en la población de 15 años (%)**

<b>País</b>	<b>Menarquía temprana</b>	<b>Menarquía Normal</b>	<b>Menarquía tardía</b>
Austria	26	21	25
Bélgica (Flamenca)a	25	18	13
Bélgica (Francesa )b	31	35	14
Canadá	35	29	21
Croacia a	24	16	10
República Checa b	38	30	19
Dinamarca a	47	33	37
Inglaterra	30	25	20
Estonia	16	19	13
Finlandia	17	17	10
Francia c	33	19	13
Alemania	23	18	18
Grecia a	28	27	14
Hungría b	41	40	24
Irlanda	32	23	20
Israel	38	28	26
Italia c	42	25	14
Letonia	25	19	12
Lituania c	37	24	14
ARY Macedoniaa	18	15	8
Holanda c	24	12	7
Noruega	22	25	19
Polonia c	35	27	9
Portugal	15	15	10
Escocia a	39	29	19
Eslovenia	35	28	22
España	24	19	14
Suecia	23	14	14
Suiza c	42	25	17
Ucrania c	38	22	10
Estados Unidos	35	28	23
Gales	38	30	24

a  $P < 0,05$ . b  $P < 0,01$ . c  $P < 0,001$ .

*Nota:* no hay datos disponibles para Groenlandia, Malta y la Federación Rusa.

**Fig. 4.15. Chicas que fuman tabaco a diario, de acuerdo con el momento de inicio de la menarquía, en la población de 15 años de edad (%)**

País	Menarquía temprana	Menarquía Normal	Menarquía tardía
Austria	36	24	27
Bélgica (Flamenca)	24	20	18
Bélgica (Francesa) a	28	19	17
Canadá	13	12	7
Croacia	21	18	13
República Checa c	32	24	11
Dinamarca c	31	14	9
Inglaterra	24	18	20
Estonia	18	11	13
Finlandia	23	26	21
Francia b	29	19	15
Alemania c	46	27	22
Grecia	13	11	5
Hungría	21	21	9
Irlanda	12	18	12
Israel a	17	10	5
Italia a	20	16	8
Letonia a	29	16	11
Lituania	14	12	10
Holanda a	24	22	12
Noruega c	29	21	9
Polonia	14	12	8
Portugal	18	23	10
Escocia a	27	19	9
Eslovenia	28	23	22
España	29	21	23
Suecia b	23	14	3
Suiza	17	18	13
ARY Macedonia a	17	9	7
Ucrania a	17	15	8
Estados Unidos c	14	6	1
Gales a	31	18	21

a  $P < 0,05$ . b  $P < 0,01$ . c  $P < 0,001$ .

Nota: no hay datos disponibles para Groenlandia, Malta y la Federación Rusa.

**Fig. 4.16. Chicas que han mantenido relaciones sexuales, de acuerdo con el momento de inicio de la menarquía, en la población de 15 años de edad (%)**

País	Menarquía temprana	Menarquía Normal	Menarquía tardía
Austria <sup>b</sup>	30	20	8
Bélgica (Flamenca) <sup>c</sup>	34	26	12
Bélgica (Francesa) <sup>a</sup>	37	22	11
Canadá <sup>b</sup>	30	25	9
Croacia	11	11	5
República Checa <sup>b</sup>	27	17	11
Inglaterra <sup>c</sup>	55	40	27
Estonia <sup>b</sup>	30	18	9
Finlandia <sup>c</sup>	48	33	20
Francia <sup>c</sup>	30	17	7
Alemania <sup>b</sup>	50	36	17
Grecia	14	9	7
Hungría	21	18	11
Israel <sup>a</sup>	20	11	5
Italia <sup>b</sup>	28	20	11
Letonia <sup>c</sup>	30	19	5
Lituania <sup>c</sup>	22	13	6
Holanda <sup>c</sup>	34	23	13
Polonia <sup>b</sup>	15	8	8
Portugal	22	22	14
Escocia <sup>c</sup>	50	34	18
Eslovenia	26	22	17
España <sup>c</sup>	22	26	13
Suecia <sup>c</sup>	50	32	12
Suiza <sup>c</sup>	34	21	11
ARY Macedonia	4	4	2
Ucrania <sup>c</sup>	40	28	12
Gales <sup>c</sup>	56	38	26

<sup>a</sup>  $P < 0.05$ . <sup>b</sup>  $P < 0.01$ . <sup>c</sup>  $P < 0.001$ .

*Nota:* no hay datos disponibles para Groenlandia, Malta y la Federación Rusa.

Se cree que las chicas adolescentes son especialmente sensibles a las imágenes que producen los medios de comunicación y que se transmiten como cuerpos de mujer perfectos, es decir esbeltos, y a menudo rayando en una delgadez excesiva, y responden a estas imágenes. El consumo de imágenes mediáticas por parte de las chicas, en forma de revistas, televisión y cine genera una saturación de estas imágenes y en la mayor probabilidad de que aumente la insatisfacción que tienen las chicas respecto a la forma, tamaño y talla de sus propios cuerpos. Otros estudios indican una creciente preocupación de las chicas adolescentes por su peso y delgadez (15,18).

Las diferencias entre los países y regiones orientales y los países y regiones occidentales incluidos en la encuesta HBSC en relación con la asociación entre pubertad temprana y la insatisfacción con el propio cuerpo son previsibles dado que la saturación mediática de las imágenes de delgadez ha

existido en Norteamérica y en Europa Occidental durante más tiempo. El modelo coherente que aparece en casi todos los países y regiones incluidos en la encuesta sugiere, sin embargo, que la preferencia por cuerpos femeninos delgados ya se ha transmitido a otras culturas de la Región Europea. El deseo de delgadez puede explicar, también, la iniciación temprana en el consumo de tabaco entre algunas chicas, puesto que existe la opinión de que el consumo de tabaco puede ser un método efectivo para controlar el peso (19).

La socialización con el grupo de compañeros puede ser otro factor que explique los efectos del momento de inicio de la pubertad sobre los resultados sanitarios en las chicas adolescentes (9). Se ha sugerido que a las chicas que maduran temprano se las percibe como más mayores y más maduras que a otras chicas de la misma edad, y esto puede hacerlas relacionarse con amigos también más mayores, y por lo tanto, pueden tener más oportunidades de consumir sustancias intoxicantes. Es también posible que se las presione más para que lo hagan, y al ser más jóvenes, también son más sensibles y más susceptibles de conformarse a las ideas de sus compañeros (20).

La actividad sexual más temprana que declaran las chicas que alcanzan la pubertad de forma también temprana en la encuesta HBSC y otros estudios (9) podría ser también el resultado de relacionarse con amigos más mayores. Además, los cambios hormonales asociados a la pubertad aumentan el interés sexual y podrían estar asociados a la iniciación temprana en la actividad sexual de las chicas de maduración temprana (20). La pubertad tiene también como efecto hacer que las chicas resulten atractivas a los chicos, y las amistades entre sexos opuestos son más comunes después de la maduración (9).

Esta sección presenta la maduración temprana como un factor de riesgo para los resultados sanitarios negativos en las chicas, en contraste con secciones anteriores que han identificado un rango de factores sociales de riesgo, como por ejemplo una mala comunicación familiar, una situación económica precaria, y el hecho de no disfrutar con la vida escolar.

¿Qué efecto tiene la acumulación de estos factores de riesgo? Algunos investigadores han empezado a dar un enfoque bio-social a los datos y a examinar la interacción entre la pubertad y los factores sociales. Por ejemplo, un estudio de los problemas de alimentación de las chicas realizado en Estados Unidos (8) observó que la relación entre el momento de inicio de la pubertad y las relaciones con los padres tenía efectos significativos. En este caso se reveló que cuanto más estrechas y amigables eran las relaciones entre las hijas y sus madres y padres, más positivamente se influía sobre los efectos de la pubertad iniciada a tiempo y más se reducían las probabilidades de que las chicas desarrollaran desórdenes alimenticios. Un estudio realizado en Alemania (21), examinó la influencia del momento de desarrollo de la pubertad, los procesos familiares y las actividades de ocio sobre el momento de inicio de la primera experiencia sexual. En un modelo que incluía el seguimiento de los padres, las actividades de ocio y de riesgo, y el inicio temprano de la pubertad, se observó que este modelo servía para predecir el momento de la iniciación sexual de las chicas y los chicos.

Aplicar el enfoque bio-social a los datos obtenidos durante la encuesta HBSC implica el desarrollo de preguntas que sirvan para investigar la interacción entre el momento de inicio de la pubertad y las influencias de los compañeros, de la familia y del entorno escolar. Por ejemplo, ¿Tienden las chicas de maduración más temprana a reunirse con sus amigos por las noches

y tienen más amigos del sexo opuesto? (En este y otros informes, estos modelos sociales forman parte del consumo temprano de sustancias intoxicantes y de la iniciación sexual temprana). En lo que respecta al inicio de la pubertad en las chicas, ¿Añade un nivel de riesgo el hecho de que la comunicación entre padres y adolescentes sea insuficiente? Se necesitan más análisis sobre este punto para contestar a estas preguntas. En este momento, sin embargo, en muchos de los países y regiones de la Región Europea y de Norteamérica, la maduración temprana pone a las chicas en una situación de mayor riesgo respecto a un abanico de resultados sanitarios negativos que se pueden complicar con el impacto de otros riesgos originados por el entorno social en el que están creciendo.

## Conclusiones

Los padres y los centros escolares deben ser conscientes de las cuestiones analizadas en éste y otros estudios relacionados, si quieren minimizar los problemas que se derivan de una maduración temprana. Para poder enfrentarse a los problemas creados por la percepción de la imagen corporal y ofrecer una gestión de peso saludable, y tomando en consideración las presiones sociales y sexuales que pueden originarse con un desarrollo físico temprano, las chicas necesitan el apoyo de los padres y el centro escolar.

Los centros escolares tienen un papel especial, por ejemplo, demostrando sensibilidad a la hora de discutir asuntos relacionados con el peso corporal en el entorno del aula, creando políticas y prácticas que reconozcan y gestionen el comportamiento intimidatorio en el entorno escolar, y asegurando que el profesorado de clases de deportes y de educación física es consciente del embarazo y la vergüenza que sienten algunas chicas al tener que cambiarse en áreas comunes y al hacer ejercicios delante de los demás. Se necesita un enfoque que integre el conjunto del centro escolar con el fin de aumentar la concienciación de este tema a nivel global. En Escocia, se ha desarrollado el programa de formación del profesorado “*Growing through Adolescence*” (Como superar la adolescencia” (22)), con el fin de ofrecer directrices sobre asuntos tales como los hábitos alimenticios de los adolescentes, la imagen corporal y la pubertad.

De forma similar, a la hora de diseñar programas de promoción de la salud, los países y las regiones deben tener en cuenta los riesgos que acechan a las chicas de maduración temprana en relación con la también temprana iniciación del consumo de tabaco y de la actividad sexual. Y lo más importante, la educación en temas de salud tiene que incorporar el hecho relativo a que, en las diferentes etapas de desarrollo de los jóvenes, existen diferentes requisitos de acuerdo con los distintos niveles de madurez que se dan en grupos de la misma edad

## Futuros estudios HBSC

Utilizando los datos recogidos en la encuesta 2001/ 2002, el estudio HBSC tiene el potencial de hacer una contribución significativa para la comprensión de los efectos que tiene el momento de inicio de la pubertad sobre la salud, la conducta relacionada con la salud y el bienestar de las

chicas en la Región Europea de la OMS y Norteamérica. Otras encuestas transnacionales no comparativas ya han intentado investigar este tema. Los datos obtenidos se seguirán examinando para investigar el alcance de la influencia del momento de inicio de la pubertad sobre la salud y las conductas relacionadas con la salud, ya que aquí solo se han presentado cuatro elementos: imagen corporal, control de peso, consumo de tabaco y conducta sexual. Se tendrán que explorar las diferencias entre países y regiones para revelar los posibles modelos que tengan estos efectos de modo que se puedan vincular a la variación en la respuesta cultural a la pubertad, así como al grado de supervisión de los padres.

Los datos sobre la pubertad que recoge la encuesta HBSC 2001/2002, aunque despiertan una multitud de interrogantes, siguen siendo limitados. Las investigaciones indican que la menarquía es un evento relativamente memorable en las vidas de las chicas, así que el recuerdo de cuándo se inició es exacto, aunque se va difuminando a medida que va pasando el tiempo (23). En la encuesta HBSC, este intervalo es de solo unos pocos años; en futuras encuestas HBSC, sin embargo, se debería incluir un abanico de indicadores de pubertad en las chicas, ya que ciertas mediciones son más sólidas que otras.

Como ya se ha mencionado, esta encuesta no incluye mediciones de la pubertad en chicos debido a la dificultad de encontrar indicadores adecuados para un uso transnacional de los datos. Debido a la escasez de estudios sobre los resultados sanitarios relacionados con la pubertad en chicos, las futuras encuestas HBSC deberían incluir los valores de medición adecuados. Se tomará en cuenta la revisión de los valores de medición aplicables a la pubertad recientemente publicada (24, a la hora de seleccionar los conceptos para la encuesta transnacional HBSC 2005/2006, junto con las experiencias de los países y regiones que incluyeron sus propias preguntas cuando realizaron sus encuestas en el período 2001/2002.

## Bibliografía

1. Kipke M. *Adolescent development and the biology of puberty: summary of a workshop on new research*, National Research Council, Institute of Medicine. Washington DC, National Academy Press, 1999.
2. Silbereisen RK, Kracke B. Self-reported maturational timing and adaptation in adolescence. In: Schulenberg J, Maggs JL, Hurrelmann K. *Health risks and developmental transitions in adolescence*. Cambridge, Cambridge University Press, 1997.
3. Richards MH et al. Relation of weight to body image in pubertal girls and boys from two communities. *Developmental Psychology*, 1990, 26(2):313–321.
4. King A et al. *The health of youth: a cross-national survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (WHO Regional Publications, European Series, No. 69; [http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911\\_53](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_53), accessed 28 January 2004).
5. Harter S. Self and identity development. In: Feldman S, Elder G, eds. *At the threshold: the developing adolescent*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1990.
6. Williams JM, Currie C. Self-esteem and physical development in early adolescence: pubertal timing and body image. *Journal of Early Adolescence*, 2000, 20:129–149.
7. Graber JA et al. Prediction of eating problems: an 8-year study of adolescent girls. *Developmental Psychology*, 1994, 30:823–834.

8. Swarr AE, Richards M. Longitudinal effects of adolescent girls' pubertal development, perceptions of pubertal timing, and parental relations on eating problems. *Developmental Psychology*, 1996, 32(4): 636–646.
9. Flannery DJ, Rowe DC, Gulley, BL. Impact of pubertal status, timing, and age: adolescent sexual experience and delinquency. *Journal of Adolescent Research*, 1993, 8(1):21–40.
10. Tschann JM et al. Initiation of substance use in early adolescence: the roles of pubertal timing and emotional distress. *Health Psychology*, 1994, 13(4): 326–333.
11. Wang Y, Adair L. How does maturity adjustment influence the estimates of overweight prevalence in adolescents from different countries using an international reference? *International Journal of Obesity*, 2001, 25:550–558.
12. Abraham S, O'Dea JA. Body mass index, menarche, and perception of dieting among peripubertal adolescent females. *International Journal of Eating Disorders*, 2001, 29(1):23–28.
13. Harrel JS et al. Smoking initiation in youth: the roles of gender, race, socioeconomics and developmental status. *Journal of Adolescent Health*, 1998, 23(5):271–279.
14. Lanza ST, Collins LM. Pubertal timing and the onset of substance use in females during early adolescence. *Prevention Science*, 2002, 3(1):69–82.
15. O'Dea JA, Abraham S. Onset of disordered eating attitudes and behaviors in early adolescence: interplay of pubertal status, gender, weight and age. *Adolescence*, 1999, 34(136):671–679.
16. Stattin H, Kerr M. *The future life implications of early and late pubertal maturation in females*. Oxford, New College, Oxford University, 2002.
17. *Eating disorders, body images and the media*. London, British Medical Association, 2000.
18. Attie I, Brooks-Gunn J. Development of eating problems in adolescent girls: a longitudinal study. *Developmental Psychology*, 1989, 25:70–79.
19. Crisp A et al. Why may teenage girls persist in smoking? *Journal of Adolescence*, 1999, 22(5):657–672.
20. Brooks-Gunn J, Furstenberg Jr FF. Adolescent sexual behaviour (health and development). *American Psychologist*, 1989, 44(2):249–257.
21. Udry JR, Talbert L, Morris NM. Biosocial foundations for adolescent female sexuality. *Demography*, 1986, 23(2):217–230.
22. *Growing through Adolescence: a training pack based on a health promoting school approach to healthy eating*. Edinburgh, NHS Health Scotland and Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh (in press).
23. Mesche LL, Silbereisen RK. The influences of puberty, family process, and leisure activities on the timing of first sexual experience. *Journal of Adolescence*, 1997, 20:403–418.
24. Coleman L, Coleman J. The measurement of puberty: a review. *Journal of Adolescence*, 2002, 5: 535–550.

## **Comentarios – Oddrun Samdal y Leslie Alexander**

En las secciones del Capítulo 4 se observa que los jóvenes con experiencias positivas, que se sienten apoyados y que cuentan con los recursos adecuados, declaran niveles más altos de satisfacción vital, menos problemas sanitarios subjetivos y conductas promotoras de salud más frecuentes que los jóvenes que padecen experiencias negativas.

En el entorno familiar, los jóvenes que declaran comunicarse con facilidad con sus madres y/o padres, también declaran mayor salud y niveles menores de consumo de tabaco que los que encuentran la comunicación con sus padres difícil. Un examen de los aspectos de la estructura en subgrupos formados por seis países y regiones mostró variaciones marcadas. Los jóvenes que viven con padre y madre declaran mejor salud y niveles de consumo de tabaco menores que los que viven en familias monoparentales o con familias compuestas por padrastros o madrastras. La comunicación padres – hijos, sin embargo, es solo ligeramente mejor en el último caso, así que puede haber otros factores relacionados con la estructura familiar que pueden influir en la salud y en las conductas relacionadas con la salud de los jóvenes, debiendo ser analizados con mayor profundidad sobre la base de los datos obtenidos en la encuesta HBSC, entre ellos el estatus socioeconómico y la calidad de la relación de los jóvenes con la familia y con los compañeros.

El estatus socioeconómico se relaciona de forma coherente con la salud y con las conductas relacionadas con la salud en la mayoría de los países y regiones de la encuesta HBSC. La tendencia general es que los jóvenes que perciben que su posición socioeconómica es alta, también declaran mejor salud y niveles más altos de actividad física. Se da una relación similar en lo concerniente al consumo de tabaco, pero es menos coherente que las relaciones con el estado de salud, los problemas sanitarios subjetivos y la actividad física, lo que indica que otros factores sociales, culturales y de desarrollo pueden ser más importantes a la hora de determinar este comportamiento.

En el entorno escolar, todos los países y regiones muestran un modelo muy sólido y coherente que apoya las perspectivas de riesgo y de recursos. Los jóvenes que declaran que les gusta la escuela y que reciben apoyo de sus compañeros, también declaran menos estrés relacionado con el entorno escolar. Además, declaran que no son receptores de comportamientos intimidatorios, tienen mayores niveles de satisfacción vital, menos problemas sanitarios subjetivos y menos consumo de tabaco que sus compañeros con unas vivencias del entorno escolar menos positivas.

El contacto con los compañeros afecta a la salud de los jóvenes. Los que declaran tener muchos amigos, también declaran haber adoptado más comportamientos promotores de la salud y comprometedores de la salud que sus compañeros con menos amigos: por ejemplo, niveles más altos de actividad física y de consumo de tabaco. La distribución del género dentro de un grupo de amigos puede influir sobre el tipo de comportamiento que adopta el grupo, uno que favorezca o uno que comprometa la salud, tal y como se muestra respecto consumo de tabaco en las chicas de 13 años. Se necesita estudiar los efectos de la socialización junto con el proceso de maduración. El hecho de pasar mucho tiempo con el grupo de amigos por las tardes/noches parece estar más fuertemente relacionado con comportamientos que comprometen la salud que el reunirse con amigos después del colegio. Hay otros factores que influyen en estos resultados sanitarios, pero cuándo y con quién se pasa tiempo no es en ningún caso el menos importante.

El papel que juega el momento de inicio de la pubertad en la salud de las chicas y en la adopción de conductas relacionadas con la salud pone de relieve la necesidad de otorgar tanta consideración al factor de desarrollo como a los contextos sociales; y los trabajos futuros deben incorporar la interacción entre ambos. El riesgo de consumo de tabaco, las dietas y una iniciación sexual temprana son factores que se pueden predecir a partir del momento del momento de inicio de la pubertad en las chicas.

En análisis futuros de los datos se debería investigar hasta qué punto el apoyo social de padres, compañeros y el centro escolar puede mitigar estos resultados, y el papel que juega el elemento de socialización, especialmente, en lo que se refiere a las relaciones con el sexo opuesto.

La naturaleza exploratoria de esta sección pone de relieve el potencial que tiene la encuesta HBSC a la hora de contribuir a una mejor comprensión sobre cómo los contextos configuran la salud de los adolescentes, orientando de este modo las políticas y las prácticas destinadas a la mejora de su salud.



# CAPÍTULO QUINTO

## Debate e implicaciones - Antony Morgan

### Introducción<sup>2</sup>

Este documento presenta los resultados de seis encuestas HBSC. Aporta una gran cantidad de información sobre la salud, el bienestar, las conductas sanitarias y las circunstancias en las que se desenvuelva la vida de más de 162.000 jóvenes de entre 11 y 15 años en 35 países y regiones de la Región Europea de la OMS y Norteamérica.

El informe demuestra la capacidad del estudio para examinar salud y las conductas sanitarias de los jóvenes en un amplio abanico de culturas y contextos. El Capítulo 2 introduce al lector a ciertos contextos clave (relaciones con el grupo de compañeros, entorno escolar, familia y situación socioeconómica) y cuál es su relación con la salud de los jóvenes. El Capítulo 3 presenta los indicadores clave de la salud y de las conductas relacionadas con la salud y describe sus modelos geográficos, de edad y de género. El Capítulo 4 ilustra cómo los datos de la encuesta HBSC se pueden utilizar para investigar las relaciones entre un nuevo conjunto de indicadores sociales y de desarrollo que representan las circunstancias en las que se desenvuelve la vida de los jóvenes, y los indicadores de la salud y las conductas relacionadas con la salud que se presentaron en el Capítulo 3.

El objeto del Capítulo 5 es introducir un contexto de políticas que sea relevante para el estudio HBSC con el fin de resumir los resultados principales que se presentaron en los Capítulos 2 – 4, y de debatir las consecuencias de estos hallazgos para el futuro desarrollo de políticas y programas destinados a mejorar la salud y el bienestar de los jóvenes de la Región Europea y de Norteamérica.

### Contexto político del estudio HBSC 2001/2002

Las nuevas agendas de salud pública están reconociendo de forma global que la experiencia de la salud se conforma no solo debido a factores genéticos y estilos de vida individuales, sino que interviene también un gran abanico de factores sociales, culturales, económicos, políticos y medioambientales (1 – 3). Los estados Miembros de la Región Europea de la OMS se han comprometido, por medio de la política Salud 21(1), a diseñar, aplicar, monitorizar y evaluar políticas innovadoras que integren las iniciativas

---

<sup>2</sup> Agradecemos especialmente a Lina Kostarova Unkovska, del Centro de Acción Psicosocial y de Crisis de Skopje, antigua República Macedonia de Yugoslavia, y a Ilze Kalnins, Universidad de Toronto, Canadá, las valiosas contribuciones que han aportado a este Capítulo.

actuales de promoción de estilos de vida que favorezcan la salud y tengan en cuenta las perspectivas físicas, económicas, sociales y culturales.

Estas agendas se han desarrollado sobre la base de las crecientes pruebas científicas, acumuladas durante los últimos 20 años, que demuestran que las personas que viven en circunstancias sociales desfavorables tienen más tendencia a padecer enfermedades, trastornos y discapacidad, así como a morir antes que la media de la población con mayor riqueza económica (4 – 7). Es más, las pruebas recogidas en diferentes puntos de la geografía mundial apuntan a que cada vez es mayor la separación que existe entre el estado de salud y la asistencia sanitaria recibida en relación con el estatus socioeconómico, la localización geográfica, el género, la raza, la etnia y el grupo de edad (8,9).

Aunque la literatura científica continúa debatiendo la existencia de la desigualdad sanitaria durante la adolescencia (10,11), Call et al. (12) argumentan que la experiencia de la salud durante este período crítico tiene efectos a largo plazo para el individuo y para la sociedad en su conjunto. En otras palabras, existan o no desigualdades durante la adolescencia, este período es el oportuno para invertir en los jóvenes y ayudarles a aprovechar al máximo sus años adolescentes, a la vez que se construyen unos cimientos robustos en los que se apoya su futura salud.

A pesar de que existe gran cantidad de pruebas científicas sobre los muchos tipos y causas de la desigualdad sanitaria, en la literatura se manifiesta un creciente consenso (13,14) respecto a lo poco que se sabe sobre qué hacer al respecto. A nivel nacional e internacional, se está realizando un gran esfuerzo para desarrollar una base de pruebas científicas sobre las iniciativas e intervenciones más efectivas para reducir las desigualdades sanitarias (6, 7,15). La encuesta HBSC ocupa un lugar único desde el que poder contribuir a esta labor para favorecer la salud de los adolescentes desde dos perspectivas, una la de establecer el alcance de las desigualdades sanitarias que pueden existir en este grupo y otra la de aportar información relevante sobre el tipo de acciones que puede promover la salud para todos, ahora y en el futuro.

Todavía queda mucho que aprender sobre cómo abordar de la mejor manera posible las desigualdades sanitarias. Gillies (14) ha demostrado que las intervenciones efectivas que mejoran la salud, especialmente entre los más desfavorecidos, se caracterizan por la participación de la población a la que se dirigen y funcionan mejor si esta participación ocurre en todos los aspectos de su diseño y aplicación. Las políticas internacionales actuales (1,2) ponen un mayor énfasis en los programas de promoción de la salud centrados en la comunidad, en un intento de potenciar a los grupos de mayor riesgo y de garantizar la participación de los grupos diana.

Gillies argumenta que las estrategias efectivas de promoción de la salud deben garantizar esta participación a la hora de establecer las agendas locales y nacionales y la colaboración entre el público y los protagonistas de las iniciativas, ya sean profesionales, empresarios, trabajadores sanitarios, organizaciones o políticos. La noción de que los jóvenes actúen en calidad de parte interesada, cuyas opiniones se deben tener en cuenta, ha arraigado con bastante más lentitud, pero la Declaración sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas ha contribuido como punto focal para centrar los esfuerzos de los que abogan por la participación de los jóvenes. La necesidad de esta participación es parte integral de los objetivos de la UNICEF (16), que anima a

las organizaciones de la sociedad civil y al sector privado a promover una auténtica participación de los jóvenes en las decisiones que afectan sus vidas.

Earls y Carlson (17) señalan que el éxito de la promoción de la salud de los jóvenes depende de la realización de un cambio fundamental de la actitud vigente con respecto a la mejora de los entornos en los que se educan y crecen los jóvenes, mientras que se respeta su capacidad de ciudadanos. Call et al. (12) comunican que si no incorporamos a los adolescentes como parte integral, en lugar de como parte alienada, de la sociedad, la consecuencia puede ser, como mínimo, la pérdida de una generación y de una oportunidad para hacer avanzar la sociedad.

Las nociones de participación y promoción de la vida cívica y el desarrollo y aplicación de las políticas han servido para estimular el debate entre los académicos, los políticos y los profesionales, sobre la contribución de capital social para reducir las desigualdades sanitarias. Este concepto reconoce que las redes sociales y los niveles de participación y confianza de una comunidad son influencias importantes sobre la salud individual de sus miembros y sobre la capacidad local para gestionar problemas de salud (18).

Algunos autores (14,19) han propuesto la aportación de capital social como un vehículo para construir la base de pruebas científicas que demuestren el éxito de los enfoques basados en la participación de la comunidad. Mientras que un número creciente de resultados de investigación revela mucho sobre la relevancia del capital social para la salud de los adultos, se sabe mucho menos sobre su relevancia para la salud de los jóvenes. En la encuesta HBSC 2001/2002 se desarrolló un módulo único de preguntas para explorar el concepto de la relación del capital social con la problemática de los jóvenes, y muchos de los países y regiones incluyeron estas preguntas como elementos opcionales de sus cuestionarios. Aunque este informe no presenta datos sobre el capital social, debido a la categoría opcional de dichas preguntas, el análisis en profundidad de estos datos tiene mucho que ofrecer a la hora de desarrollar una comprensión del rol que podría jugar el capital social en el desarrollo de la salud de los jóvenes.

En resumen, un creciente número de países y regiones del mundo han hecho de la desigualdad sanitaria un elemento clave en su estrategia sanitaria. Ya se ha hecho mucho para reducir esta desigualdad en algunas zonas, pero todavía queda mucho que aprender sobre cuál es la mejor forma de abordar el reto de mejorar la salud de los más vulnerables, y por lo tanto, hay una necesidad urgente de desarrollar una base de pruebas científicas sobre las desigualdades sufridas por la juventud, como punto de partida para ofrecer soluciones a estos problemas. La naturaleza del estudio HBSC lo hace ideal para contribuir a esta base de pruebas científicas.

## **Desarrollo de una base de pruebas científicas sobre la salud y el bienestar de los jóvenes**

En esta sección se presenta información clave procedente de 35 países y regiones sobre los 50 indicadores detallados en los Capítulos 2 y 4, y una perspectiva actualizada de la salud, del comportamiento relacionado con la salud y de las circunstancias en las que se desenvuelve la vida de los jóvenes en la Región Europea y en Norteamérica. También aporta pruebas sobre la

importancia del contexto social en las vidas de los jóvenes mediante los resultados derivados de los análisis secundarios, que tienen por objeto establecer los vínculos entre las circunstancias en las que se desarrolla la vida de los jóvenes y un abanico de conductas relacionadas con la salud y de resultados sanitarios.

## **Autoevaluación de la salud y del bienestar**

En general, la salud y el bienestar de los jóvenes encuestados son buenos de acuerdo con los tres indicadores de percepción subjetiva de la salud y bienestar. La mayor parte están satisfechos con sus vidas, perciben su salud como buena y no se quejan regularmente de molestias como dolores de cabeza o de estómago. Una minoría considerable, sin embargo, sí declara tener una salud aceptable o mala y se quejan de molestias recurrentes. Estos indicadores negativos de la salud son más comunes entre los encuestados más mayores que entre los más jóvenes y más entre las chicas que entre los chicos; las chicas de 15 años parecen ser un grupo particularmente vulnerable, con más del 25% que declara que su salud es aceptable y el 44% que declara uno o más problemas subjetivos relacionados con la salud más de una vez a la semana.

Estos modelos son coherentes en la mayoría de los países y regiones incluidas en la encuesta HBSC, aunque en general, los países y regiones orientales de la Región Europea tienden a exhibir una incidencia más alta de mala salud y un nivel menor de satisfacción vital.

Los países y regiones de la Europa de I sur manifiestan una tendencia más alta de problemas sanitarios subjetivos en todos los grupos de edad.

## **Consumo de tabaco, de alcohol y de drogas**

La experimentación con tabaco y alcohol es común, y un gran número de jóvenes pasan a consumir tabaco y alcohol de forma regular. El uso aumenta con la edad, y a los 15 años, el 23% fuma y el 29% bebe alcohol con una frecuencia semanal.

El uso de cannabis es también común entre la población de 15 años; el 22% lo ha probado y el 8% declara usar esta sustancia con regularidad (de 3 a 39 durante el año previo a la encuesta). Aún así, estas cifras enmascaran importantes diferencias entre los distintos países y regiones.

En general, los chicos tienden a declarar más el uso de tabaco, alcohol y cannabis, aunque esta generalización también enmascara un gran número de interesantes diferencias geográficas. Por ejemplo, el índice de consumo de tabaco entre las chicas de 15 años iguala o excede el de los chicos en casi la mitad de los países y regiones; en uno de estos países, la diferencia es de casi el 10%. Los índices de consumo de tabaco tienden a ser menores en los países y regiones orientales de la Región Europea, donde hay más chicos que chicas fumadores. El consumo de alcohol varía considerablemente según los países y regiones en cantidad y en tipo de bebidas. Por ejemplo, los porcentajes más altos de jóvenes de 15 años que declararon consumir alcohol semanalmente fueron tres veces y media más elevados que los porcentajes

más bajos. Las considerables diferencias geográficas en los modelos de consumo de alcohol entre los jóvenes reflejan diferentes formas en el consumo de alcohol según la cultura. En Israel e Italia, los jóvenes declaran un inicio relativamente tardío del consumo de alcohol y de intoxicación alcohólica (episodio de embriaguez).

El consumo regular de alcohol, sin embargo, es muy común en estos países. Finlandia tiene las tasas más altas de intoxicación alcohólica y las más bajas de consumo semanal de alcohol, mientras que Italia exhibe la tendencia contraria, bajas tasas de intoxicación alcohólica y altas de consumo regular de cerveza, vino y licor. Respecto al uso del Cannabis, la encuesta muestra las mayores variaciones entre países y regiones; la tendencia de los jóvenes en Canadá a declarar que fuman cannabis es 13 veces mayor que la de los jóvenes de la antigua República Yugoslava de Macedonia en el año anterior. A pesar de esta gran variación, el 20%, por lo menos, de los jóvenes consumieron cannabis el año anterior en más de la mitad de los países y regiones del estudio.

## **Actividad física y conducta sedentaria**

Este estudio demuestra que, a pesar de la importancia que tiene la actividad física en la promoción de la salud, hay un gran número de jóvenes en todos los países y regiones que no satisfacen las recomendaciones actuales: menos del 50% en todos los grupos de edad, en casi todos los países y regiones. Los niveles de actividad disminuyen coherentemente con la edad, y más acusadamente entre las chicas. Estas cifras pueden enmascarar modelos específicos de actividad física en algunos de los países y regiones; modelos que muestran grandes diferencias geográficas. Por ejemplo, entre la población de 15 años, la proporción de jóvenes que satisfacen las actuales recomendaciones varía de aproximadamente un 50% en el país con las mayores puntuaciones (los Estados Unidos) a menos de 20% en el país con las menores puntuaciones (Portugal).

A pesar de que los jóvenes encuestados pasan una gran parte de tiempo viendo la televisión, usando ordenadores y haciendo deberes, solo se han encontrado asociaciones positivas débiles entre los niveles de comportamiento sedentario y niveles de inactividad física. Sin embargo, el tiempo que se usa en estos comportamientos sedentarios reduce el tiempo disponible para otras ocupaciones más activas.

En general, más de una cuarta parte de los jóvenes declara altos niveles de consumo de televisión (cuatro o más horas al día), una séptima parte pasa más de 3 horas al día enfrente del ordenador, una quinta parte pasa más de tres horas al día haciendo los deberes durante los días lectivos. En los modelos de comportamiento sedentario también se ven considerables diferencias geográficas. Por ejemplo, entre los jóvenes de 11 años existía una diferencia de casi 7 veces en los niveles de consumo de televisión, una diferencia de seis veces en el uso de ordenadores y una diferencia de siete veces en las horas dedicadas a hacer los deberes durante los días lectivos. En todos países y regiones, existe, sin embargo, una diferencia coherente entre géneros en los niveles elevados de uso del ordenador y en el tiempo que se pasa haciendo deberes. Mientras que ver la televisión y ver vídeos es una ocupación universalmente popular en ambos géneros, un alto nivel del uso del ordenador

es más frecuente entre los chicos, mientras que las chicas exhiben niveles más altos en cuanto al tiempo que pasan haciendo deberes.

## **Hábitos alimentarios, imagen corporal y obesidad**

Los resultados de esta encuesta sugieren que un número significativo de jóvenes no siguen las recomendaciones actuales sobre nutrición. El consumo de fruta y verduras es relativamente bajo en la muestra de la encuesta HBSC y disminuye con la edad. Por ejemplo, el porcentaje que declara comer fruta entre aquellos que consumen tabaco a diario baja de un 38% entre la población de 11 años a un 33% entre los de 13 años y a un 29% entre los de 15 años. En todos los grupos de edad, las chicas declaran coherentemente un mayor consumo de fruta que los chicos. En lo relativo al consumo de verduras, el modelo es similar.

Las mayores diferencias entre los diferentes países y regiones se producen en la población de 15 años: entre tres y cinco veces en el consumo diario de fruta y verduras, respectivamente. La insatisfacción con el peso corporal es común a chicos y chicas, aunque hay más chicas que se perciben como demasiado gordas (más del 33% de las chicas y ligeramente por encima del 20% de los chicos) y están siguiendo una dieta o usando otros remedios para perder peso (17,5% de las chicas y 8,2% de los chicos). Ambos comportamientos aumentan en gran medida con la edad entre las chicas, pero no entre los chicos. La encuesta muestra que mientras que la insatisfacción con el peso corporal exhibe unas diferencias geográficas sustanciales, el 23% de las chicas de 15 años declaran estar tratando de perder peso. Para calcular el IMC (índice de masa corporal) se usaron las cifras que declararon los encuestados sobre su propio peso y estatura, y se aplicó este índice para predecir niveles de pre-obesidad y obesidad. Aunque estas cifras se deben usar con cautela, sí que se pueden derivar de ellas importantes observaciones. Los chicos están en una situación considerablemente más alta de riesgo de convertirse en obesos que las chicas, en todos los países y regiones. Por lo general, uno de cada siete jóvenes de 15 años padece sobrepeso (pre-obesidad u obesidad) y esta cifra se eleva a uno de cada tres en el país con los índices más altos (Estados Unidos)

## **Salud oral**

Por regla general, la gran mayoría de jóvenes se cepillan los dientes más de una vez al día, cumpliendo la frecuencia recomendada que aconseja cepillarse los dientes dos veces al día; las chicas tienden a hacerlo más que los chicos. Aquí también existen diferencias geográficas sustanciales, con la proporción más baja en cuanto a frecuencia de cepillado de dientes en el grupo de edad de 15 años, a saber, uno de cada cinco.

## **Lesiones, intimidación y agresiones físicas**

Las lesiones que requieren atención médica son una incidencia común entre la población encuestada. En general, el 45% de todos los grupos de edad

declaran haber sufrido una lesión, por lo menos, en el año anterior; alrededor del 50% declaró haber sufrido más de una, y un 5% cuatro o más. En todos los países y regiones y en todos los grupos de edad, los chicos se lesionan de forma más coherente que las chicas, con índices curiosamente similares para los jóvenes de 11, 13 y 15 años en general. Aún así, existen importantes diferencias geográficas: por ejemplo, el índice de lesiones (1 como mínimo en los 12 meses previos), entre el grupo de edad de 15 años en el país con el índice más alto, era casi dos veces superior al del país con el índice más bajo para este tipo de parámetro.

En estos tres grupos de edad, el índice de lesiones tiende a ser más bajo en Estonia, Hungría, Polonia y la Antigua República Yugoslava de Macedonia, y más alto en Austria, Alemania, España y Gales.

Hay pruebas considerables acerca de que el hecho de inflingir y de recibir intimidación, las agresiones físicas y la victimización son comunes en estos tres grupos de edad. Uno de cada tres jóvenes declara haber estado involucrado en una de estas situaciones durante el año anterior, aunque los índices varían considerablemente entre los distintos países y regiones.

Por ejemplo, los índices de comportamientos intimidatorios entre la población de 13 años oscila entre el 17% y el 71%. Los chicos declaran vivir estas experiencias con más frecuencia que las chicas en todos los países y regiones, con tres cuartas partes en las que se doblan los índices de los chicos respecto a las chicas. Sin embargo, esta diferencia de género es menos coherente para la victimización.

## **Salud sexual**

Por lo general, más de una quinta parte del grupo de edad de 15 años declara haber mantenido relaciones sexuales, aunque los índices más altos son más de 2,5 veces mayores que los más bajos. En este parámetro también se dan diferencias de género. Por ejemplo, en casi un tercio de los países y regiones, la tendencia a haber mantenido relaciones sexuales es el doble en los chicos que en las chicas; en muchos más países y regiones hay prácticamente paridad entre los géneros; y en cinco (Inglaterra, Finlandia, Alemania, Escocia y Gales), las chicas tienen más tendencia a haber mantenido relaciones sexuales que los chicos.

En cuanto al uso de anticonceptivos, el 75% del grupo de 15 años declara haber usado preservativos durante la última vez que mantuvieron relaciones sexuales, con índices de entre el 64% al 89%. Los chicos, en general, tienen más tendencia a declarar el uso de preservativos, y la diferencia de género en el uso de preservativos puede alcanzar el 20% en ciertos países y regiones.

## **Circunstancias en las que se desarrolla la vida de los jóvenes y su influencia sobre la salud**

Para entender los modelos de comportamiento declarados más arriba, es necesario comprender que el entorno social en el que se desenvuelve la

vida de los jóvenes. El Capítulo 2 presenta una serie de indicadores sociales que se pueden utilizar para describir las circunstancias vitales de la vida de los jóvenes en cuanto a la posición social, la vivencia de la familia, el entorno escolar y la relación con los compañeros.

Los datos clave presentados en los Capítulos 2 al 4 se reseñan aquí para describir las diferencias geográficas, de edad y de género que existen en las circunstancias vitales de los jóvenes, y que ilustran por medio de ejemplos, algunos de los primeros hallazgos que sirven para establecer vínculos entre el contexto de las vidas de los jóvenes y el número de resultados sanitarios que se miden en la encuesta. El estudio del 2001/ 2002 ha demostrado que, como era de esperar, hay una mayor proporción de familias de mayor riqueza económica que viven en el norte y el oeste de Europa y Norteamérica, y por contrapartida, hay mayor cantidad de familias de menor riqueza económica en los países y regiones de la Europa central y oriental. Los países y regiones del este de Europa tienen mayor probabilidad de que sus familias pertenezcan a categorías económicas más bajas. De los jóvenes encuestados, más de tres cuartas partes declaran vivir con el padre y la madre; más de una décima parte vive en familias monoparentales y menos de una décima parte vive con padrastros o madrastras.

Mientras que la mayoría de los jóvenes vive con el padre y la madre en casi todos los países y regiones, la distribución de familias monoparentales refleja considerables diferencias geográficas. Por ejemplo, hay un factor de diferencia de cuatro veces entre los países y regiones con los índices más bajos y los países y regiones con los índices más altos, lo que indica que las diferencias entre contextos culturales y normas sociales influyen claramente en los modelos de la estructura familiar. Por regla general, los jóvenes de todos los grupos de edad en todos los países y regiones se comunican con más facilidad con sus madres que con sus padres. A las chicas les resulta más difícil que a los chicos la comunicación con sus padres: en el grupo de los 15 años, más de la mitad de las chicas en dos terceras partes de los países y regiones.

El hecho de tener más de tres o más amigos cercanos es bastante común en todos los grupos de edad y en todos los países y regiones. A pesar de las diferencias geográficas, al menos la mitad de los jóvenes en el país con los niveles más bajos de este parámetro (España) declara tener una red de amigos cercanos. La frecuencia de contacto entre el grupo de amigos varía, sin embargo, sustancialmente entre los países y regiones. Por ejemplo, entre la población de 15 años, aunque solamente menos de un tercio declara pasar cuatro o más tardes a la semana con amigos; los porcentajes varían entre más del 50% en los países con los índices más altos y menos del 15% en los países con los índices más bajos.

Las vivencias de los jóvenes en el entorno escolar varían también considerablemente según las diferencias geográficas, de edad y de género. Los más mayores tienden a disfrutar menos de la escuela, perciben su rendimiento como malo y sienten más presión causada por el trabajo escolar, aunque el apoyo del grupo de compañeros es similar en todos los grupos de edad, y por lo general, es bueno. A las chicas generalmente les gusta la escuela más que a los chicos y tienen una sensación de logro también mayor, pero se sienten más presionadas por el trabajo escolar. Aunque estos modelos

son bastante parecidos en todos los países y regiones, las proporciones varían de forma sustancial. Por ejemplo:

- Hay un factor de diferencia de más de ocho puntos entre los países con los niveles más bajos y los países con los niveles más altos en relación con la proporción de jóvenes de 13 años a los que les gusta la escuela.
- Un factor de diferencia de casi tres puntos entre las chicas de 15 años que declaran tener un buen rendimiento académico.
- Y aproximadamente un factor de diferencia de cuatro puntos entre los chicos de 15 años que sienten presión en el entorno escolar.

Este Capítulo presenta los análisis preliminares que se han realizado sobre de la relación entre los contextos sociales y los de desarrollo y los resultados sanitarios, que ilustran la importancia que tienen estas relaciones a la hora de conformar el perfil de la salud y las conductas relacionadas con la salud. Un abanico de resultados sanitarios y de conductas relacionadas demuestra que el apoyo familiar y del entorno escolar es importante para el bienestar. La vivencia positiva de la experiencia escolar se asocia con una mejor salud auto-percibida y una mayor satisfacción vital, menos problemas sanitarios subjetivos y menor riesgo de consumo de tabaco.

Los jóvenes que proceden de familias de menor riqueza económica tienen más tendencia a declarar molestias relacionadas con la salud auto-percibida, menor frecuencia en la actividad física y más problemas sanitarios subjetivos (especialmente las chicas). La relación entre la riqueza de la familia y el consumo de tabaco es menos clara.

El Capítulo 4 también ilustra la importancia de la pubertad en calidad de contexto para el desarrollo. La menarquía temprana afecta a una pequeña, pero significativa proporción (aproximadamente a una sexta parte) de las chicas encuestadas en este estudio. Estos resultados parecen implicar una situación particular de riesgo de resultados sanitarios negativos, tales como el consumo de tabaco, la insatisfacción con el peso corporal, las dietas poco saludables y un inicio temprano de las relaciones sexuales.

Esto confirma los resultados de otros estudios. Los efectos de la menarquía temprana (a los 11 años o antes) se pueden ver cuatro o más años después, entre las chicas de 15 años. De hecho, la literatura sugiere que los efectos de la menarquía temprana pueden durar a lo largo de toda la vida (20). En futuras ediciones de la encuesta HBSC será necesario, también, considerar el rol del momento de inicio de la pubertad en la salud de los varones, un área en la que existe un vacío de conocimiento en la literatura, especialmente en lo que respecta a perspectivas transnacionales.

La dinámica con los grupos de compañeros y amigos pueden ser un importante factor de predicción de la conducta relacionada con la salud. En la encuesta se vio que el tamaño del grupo de compañeros, así como la mezcla de géneros, tiene cierto efecto sobre los modelos de consumo de tabaco y actividad física. El hecho de pasar más tiempo con el grupo de amigos por las tardes/noches durante la semana se asocia con niveles más altos no sólo de actividad física, sino también de consumo de tabaco y alcohol, incluyendo incidencias de intoxicación alcohólica (episodios de embriaguez). Los futuros estudios HBSC permitirán alcanzar una mayor comprensión de las

características y de la dinámica del grupo de compañeros que promueve conductas protectoras en vez de conductas de riesgo.

La estructura familiar y la facilidad de comunicación con madres y padres se asocian a la salud auto-percibida y a la situación en materia de consumo de tabaco. Por regla general, los resultados son coherentes para ambos géneros en todos los países y regiones, lo que demuestra el valor de unas relaciones familiares regidas por el apoyo. Esta relación también resalta la necesidad de realizar más estudios sobre el papel de la relación entre los padres y sus hijos adolescentes en lo concerniente a su futura salud.

## **Implicaciones para la política y la práctica**

Como ya se ha mencionado, los resultados que se presentan en este documento se basan en los análisis preliminares de los datos de la encuesta HBSC 2001/2002. Estos datos facilitan la continuación del proceso de seguimiento de la salud de los jóvenes y de las conductas relacionadas con la salud en toda la Región Europea de la OMS y Norteamérica, y contribuyen a un mayor entendimiento de las causas subyacentes que determinan la salud en los jóvenes de edades comprendidas entre los 11 y los 15 años. Este estudio pretende aportar las pruebas científicas requeridas para convencer a la comunidad internacional, nacional, regional y local, de que una inversión sostenida en la salud de los jóvenes les ayudaría a mantener una buena salud en el futuro y a mejorar la salud de la sociedad en general. A pesar de que se necesita seguir estudiando este tema para poder utilizar correctamente los datos en este sentido, han surgido ciertos temas clave que merecen una atención inmediata

1. A pesar de que las pruebas científicas sugieren que la mayoría de los jóvenes se perciben a sí mismos como con una buena salud, una parte significativa de esta población, dentro de cada país y región y en todos los países y regiones, llevan estilos de vida que pueden resultar perjudiciales para su salud. Esto quiere decir que la promoción de la salud, especialmente entre los que se encuentran en circunstancias que les predisponen a la vulnerabilidad, debe seguir siendo una prioridad en las políticas nacionales e internacionales.
2. La vivencia que tienen los jóvenes en relación con la salud varía sustancialmente en relación con los indicadores que se describen en este informe. Se deberían realizar más análisis para asegurar que estos datos se utilizan de forma óptima y para elucidar porqué y cómo se producen estas diferencias. Los análisis centrados en las políticas pueden aportar información más sensible sobre porqué ciertos países y regiones van a la zaga con respecto a determinados indicadores de la salud y qué se puede aprender de los países en los que esto no pasa. Y lo que es más importante a nivel internacional es la construcción de capacidades para garantizar que en los países y regiones en los que los jóvenes están aquejados de peor salud, y en los que se comunican peores conductas relacionadas con la salud, se aprende de la experiencia de aquellos que han mejorado esta situación a través de políticas saludables de sanidad pública.

3. Esta encuesta demuestra que existen ciertas diferencias de género y edad que se relacionan con el estado de salud. Los programas de promoción de la salud deberían ser sensibles a estas diferencias que existen en el ritmo de desarrollo de los jóvenes de entre 11 y 15 años y tener en cuenta las variaciones que existen en sus necesidades. Los programas y las políticas específicos de edad y género mejorarían la posibilidad de promover la igualdad de oportunidades para garantizar que los jóvenes puedan disfrutar y mantener su salud y su bienestar.
4. Los análisis presentados en este informe confirman la importancia que tiene el contexto en el que se desarrolla la vida de los jóvenes a la hora de determinar su salud y su conducta en relación con la salud. Las circunstancias vitales -entre las que se incluye la estructura y el apoyo social de la familia, los compañeros y el entorno escolar- afectan a la salud. Se estima que más del 70% de los factores que determinan la salud están fuera del ámbito sanitario y se pueden atribuir a condiciones demográficas, sociales, económicas y medioambientales (21).  
Las políticas y las asociaciones entre los departamentos gubernamentales y los diversos sectores sanitarios son, por lo tanto, más efectivos si se toman en cuenta estas influencias múltiples. La Red Europea de Centros Educativos Promotores de Salud (European Network of Health Promoting Schools) (22), que trabaja simultáneamente con los ministerios de sanidad y de educación, ofrece un buen ejemplo de políticas cruzadas (transversales) a nivel internacional.
5. La mejora de la salud y la reducción de las desigualdades sanitarias sólo se puede conseguir con un esfuerzo concertado a varios niveles. Por lo tanto, es importante que los políticos entiendan que las diferentes clases de intervenciones y de acciones necesarias tienen que ser específicas para ciertos grupos en momentos específicos, con el fin de que el esfuerzo global de mejorar la salud de los jóvenes tenga éxito. Whitehead et al. (23) clasifican las políticas de acuerdo con su propósito y con los fundamentos en los que se basan. El plan de Zollner's (9) propone una acción que se aplique a nivel<sup>3</sup> internacional, nacional, regional y local. Se debe construir una base de pruebas científicas sobre la salud de los jóvenes teniendo en cuenta esos marcos de actuación.
6. Ya se tiene una gran cantidad de información sobre los elementos determinantes de la salud de los jóvenes, pero ciertas lagunas informativas y la falta de entendimiento sobre ciertas áreas impiden el progreso en este tema, especialmente en lo referente a estrategias que aborden la desigualdad sanitaria. Por lo tanto, existe una necesidad urgente de

---

<sup>3</sup> A nivel internacional es importante combatir macro influencias y promover la solidaridad. El nivel nacional es el adecuado para establecer políticas marco de actuación que incorporen la justicia social y un mecanismo que asigne una cadena de responsabilidad. El nivel regional tiene el potencial de agilizar las acciones de la administración pública y agrupar diferentes sectores en el proyecto social y económico. La acción a nivel local es el elemento más importante para conseguir niveles dignos de vida, trabajo, educación y ocio.

construir una base de pruebas científicas que ayude a mejorar la comprensión de las relaciones mutuas entre un complejo abanico de elementos determinantes de la salud. De esta manera tendremos una información más pertinente sobre cómo incorporar los cambios que favorecerían el desarrollo de la salud. De nuevo, hay que decir que la encuesta HBSC ocupa un lugar único desde el que contribuir a esta base de pruebas científicas, en especial, en lo relativo a la recolección de datos respecto a los determinantes sociales de la salud.

## **Participación activa de los jóvenes**

Existe, además, una urgente necesidad de asignar más importancia a lo que experimentan los jóvenes en relación con la toma de decisiones sobre las acciones más eficaces, tal y como ya se ha demostrado en el anterior debate sobre las implicaciones políticas del estudio HBSC. Todavía queda mucho por hacer a nivel individual y social para mejorar la salud de los jóvenes.

Los estudios demuestran cada vez más que los jóvenes no reaccionan de forma pasiva a las decisiones que toman los adultos. Como señalan Kalnins et al. (24), los jóvenes son y se deben considerar como parte activa en la construcción de lo que regirá sus vidas y las vidas de los que les rodean, así como de las sociedades en las que viven.

Jensen y Jensen (25), por ejemplo, han demostrado que los jóvenes y adolescentes tienen actitudes bien definidas y visiones claras sobre la salud y las desigualdades sociales, así como ideas concretas sobre cómo se pueden mejorar las condiciones que afectan a sus salud. Se ven así mismos como actores trabajando en pos del cambio, y dicen estar listos para invertir esfuerzos en la promoción de la salud a varios niveles, incluyendo el individual, el familiar, el entorno escolar y el mundo más allá de su entorno inmediato. Como señala Moore (26) a la hora de desarrollar nuevos indicadores de la salud de los jóvenes, los investigadores tienen que pensar si se deben desarrollar en colaboración con los propios jóvenes y cómo se deben desarrollar.

Es necesario cambiar el paradigma y la forma de pensar actual para que en el proceso de toma de decisiones se conceda prioridad a obtener la perspectiva de los jóvenes, así como su participación en el proceso. En el contexto de la nueva concepción de los adolescentes como actores sociales, las recomendaciones que hacemos aquí deberían tener como resultado que los jóvenes participaran activamente en la promoción de su propia salud, la de sus familias, entornos escolares y sus comunidades. De nuevo se debe mencionar que, aunque ya existe cierta evidencia en la literatura sobre la salud de los adultos (14) que demuestra la relación entre los enfoques participativos y resultados sanitarios computables, se ha prestado poca atención al potencial beneficio de este enfoque en la elaboración de políticas que les afecten directamente. Todavía quedan por analizar los datos disponibles de las preguntas opcionales que se incluyeron en la encuesta, y que tienen el potencial de llenar ese vacío. McNeish (27) urge a los que trabajan en la promoción de la salud para que desarrollen enfoques participativos, que más que obligatorios sean apropiados para el contexto y que tengan por objetivo maximizar la oportunidad de elección. A nivel internacional, se debería reunir

los conocimientos disponibles sobre las formas más efectivas de involucrar a los jóvenes usando enfoques cualitativos y cuantitativos.

## Conclusiones

En resumen, mientras que el Estudio HBSC 2001/2002 tiene muchas y muy buenas noticias que ofrecer en lo relativo a la salud de los jóvenes, es obvio que todavía queda mucho por hacer, especialmente en lo relativo a ofrecer a los jóvenes desfavorecidos la igualdad de oportunidades necesaria para alcanzar la buena salud y el bienestar. Hay que trabajar para crear conocimientos, maximizar el uso de la información ya existente en los distintos países y regiones, y desarrollar planes que incentiven la completa participación de los jóvenes en el proceso de desarrollo de la salud.

El objetivo de este informe es aportar un punto de partida para la próxima etapa de este proceso de promoción del desarrollo de la salud de los jóvenes.

## Bibliografía

1. *HEALTH21: the health for all policy framework for the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (European Health for All Series, No. 6; [http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911\\_38](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_38), accessed 27 January 2004).
2. *Saving lives: our healthier nation*. London, Department of Health, 1999.
3. King A. *The New Zealand health strategy*, Wellington, Ministry of Health, 2000.
4. Black JMND, Smith C, Townsend P. *Inequalities in health: the Black report*. Harmondsworth, Penguin, 1982.
5. Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote equity in health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1992.
6. Acheson D. *Independent inquiry into inequalities in health report*. London, The Stationery Office, 1998 (<http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/ih/ih.htm>, accessed 25 February 2004).
7. Mackenbach J, Bakker M, eds. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London, Routledge, 2002.
8. *Equity in health and health care: A WHO/SIDA initiative*. Geneva, World Health Organization, 1996.
9. Zollner H. National policies for reducing social inequalities in health in Europe. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2002, 30(Suppl. 59):6–11.
10. West P. Health inequalities in the early years: is there equalisation in youth? *Social Science and Medicine*, 1997, 44:833–858.
11. Sacker A, Schoon B, Bartley M. Social inequality and psychosocial adjustment throughout childhood: magnitude and mechanisms. *Social Science and Medicine*, 2002, 55:863–880.
12. Call K et al. Adolescent health and well-being in the twenty first century: a global perspective. *Journal of Research on Adolescence*, 2002, 12(1):69–98.
13. Exworthy M et al. *Understanding health variations and policy variations*. Lancaster, Economic and Social Research Council, 2000 (Research Findings 5).
14. Gillies P. Effectiveness of alliances and partnerships for health promotion. *Health Promotion International*, 13(2):99–120.
15. *The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in Europe. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education*. Brussels and Luxembourg, International Union for Health Promotion and Education, 2000.
16. *The state of the world's children*. New York, United Nations Children's Fund, 2003.

17. Earls F, Carlson M. The social ecology of child health and well-being. *Annual Review of Public Health*, 2001, 22:143–166.
18. Woolcock M. The place of social capital in understanding social and economic outcomes. *Canadian Journal of Policy Research*, 2001, 2(1):12–15.
19. Baum F. Social capital: is it good for your health? Issues for a public health agenda. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1999, 53:195–196.
20. Stattin H, Kerr M. *The future life implications of early and late pubertal maturation in females*. Oxford, New College, Oxford University, 2002.
21. US Department of Health and Human Services. *Healthy People 2010, Vol. II. Objectives for improving health. Part B: focus areas 15–28. Appendices*. Washington, DC, US Government Printing Office, 2000 (<http://www.healthypeople.gov/Document/tableofcontents.htm#volume2>, accessed 24 February 2004).
22. European Network of Health Promoting Schools [web site]. Copenhagen, ENHPS Secretariat, 2004 (<http://www.euro.who.int/ENHPS>, accessed 20 February 2004).
23. Whitehead M, Dahlgren G, Diderichsen F. *Social inequalities in health: what are the issues for health promotion*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998.
24. Kalnins I et al. Children, empowerment and health promotion: some new directions in research and practice. *Health Promotion International*, 1992, 7:53–59.
25. Jensen B, Jensen BB. *Adolescents' views on health, inequality in health and action for health*. Copenhagen, Danish University of Education, 2002.
26. Moore H. *Promoting the health of children and young people: setting a research agenda*. London, Health Education Authority, 1998.
27. McNeish D. *From rhetoric to reality: participatory approaches to health promotion with young people*. London, Health Education Authority, 1999.

# **Anexo 1. Métodos – Chris Roberts, Jorma Tynjälä, Dorothy Currie y Matt King**

El objetivo principal de este anexo técnico es documentar los procedimientos que se han empleado en el estudio HBSC 2001/ 2002 para la recolección de muestras y datos y ayudar al lector a interpretar los hallazgos que se presentan en este informe.

## **Muestreo**

Cada país y cada Región deben utilizar un método de recogida de muestras que garantice su validez para realizar análisis comparativos válidos en el tiempo, dentro de cada región y entre regiones. Debido a que este es un proyecto internacional de investigación, todos los países y regiones participantes deben seguir el mismo procedimiento de recogida de muestras. Las comparaciones válidas entre países son particularmente importantes a la hora de resaltar las diferencias y las similitudes que se dan entre los diferentes países y regiones. Además, los investigadores y los políticos de cada país y región deben ver la muestra como representativa, con el fin de poder confiar en la relevancia de los resultados para las iniciativas de promoción de la salud. Muchos de los que han trabajado en la encuesta están más interesados en datos que revelen los cambios que ocurren con el transcurso del tiempo en su país o región, que en las comparaciones de los datos entre países y regiones, porque la información que aportan tales cambios les permite estimar el impacto de las iniciativas de promoción de la salud a nivel nacional o regional. Esta sección resume los procedimientos de recogida de muestras utilizados en el estudio 2001/2002. El actual protocolo HBSC (1) contiene el texto completo de este procedimiento.

## **Población meta**

La población específica seleccionada para la recogida de muestras son los jóvenes que asistieron a centros escolares cuando tenían 11, 13 y 15 años; es decir, los que ahora tienen doce, catorce y dieciséis años. En algunos de los países y regiones, cada grupo de la misma edad asiste al mismo curso escolar, porque se les pasa de curso cada año. En otros países se les retiene y en otros se les avanza de curso, y por lo tanto, hay que tomar muestras tanto de estos alumnos como de los que van avanzando de curso al ritmo normal. La edad del 90% de los encuestados debería estar comprendida dentro de un intervalo de 6 meses respecto a la media de edad, para cada grupo de las edades seleccionadas, y el 10% restante no se debería alejar más de 12 meses de esta cifra. La media de edad deseada para los tres grupos de edad es de 11,5, 13,5 y 15,5 años, respectivamente. Lo ideal sería poder encuestar a todos los jóvenes de cada grupo de edad seleccionado, independientemente de si asisten a centros escolares privados, públicos o especiales. En realidad, hay un pequeño número al que le resulta difícil rellenar el cuestionario, o se

encuentra en instituciones especiales de difícil acceso. Se ha asumido que, en relación con la población meta seleccionada, el 95%, aproximadamente, está disponible para su incorporación en la muestra. La mayoría de los países y regiones involucrados en el estudio estratifican sus muestras para garantizar una cobertura geográfica razonable. En el periodo de 2001/2002, se seleccionó una muestra regional en Alemania (Berlín, Essen, Norte del Rin - Westfalia y Sajonia). Bélgica (región flamenca) y Bélgica (región francesa) constituyen muestras separadas, al igual que Inglaterra, Escocia y Gales. Debido al hecho de que la población de Groenlandia es relativamente pequeña, se hizo un censo de la población escolar que no incluyó a los jóvenes ausentes durante el día del trabajo de campo.

## **Selección de la Muestra**

Se aplicó la técnica de muestreo por universos o grupos, donde el grupo, o unidad primaria de muestreo, es la clase (o el centro escolar en los casos en los que las circunstancias no permitían hacer una distinción por clases) y no el estudiante, como sería lo habitual de tratarse de una muestra aleatoria. Aunque que por regla general el método de muestreo por grupos no es tan preciso como el muestreo aleatorio simple, resulta eficiente desde el punto de vista administrativo y puede resultar tan preciso como el muestro aleatorio simple si el tamaño de la muestra se aumenta proporcionalmente.

Cuando se utiliza el método del muestreo por grupos, no se puede asumir que las respuestas de los estudiantes sean independientes, ya que se presupone que los miembros pertenecientes a la misma clase o al mismo centro escolar se parecerán más entre sí que a otros estudiantes, y por lo tanto, el muestreo por grupos produce errores tipificados que tienden a ser mayores que los habituales en muestras aleatorias simples del mismo tamaño (2). Si aumenta el error tipificado, se debe aumentar proporcionalmente el tamaño de la muestra para mantener el nivel de precisión de las valoraciones de estimación. El factor de diseño es la cifra por la que se multiplica el tamaño de la muestra simple aleatoria como factor de conversión a muestra compleja y se define como la proporción entre el error tipificado que se deriva de una encuesta compleja y el valor preestablecido de una muestra aleatoria simple (3).

El tamaño mínimo recomendado para las muestras de los tres grupos de edad se estableció en 1536 estudiantes. Este cálculo se hizo asumiendo un intervalo de confianza del 95% de  $\pm 3\%$  con una proporción del 50% y un factor de diseño de 1,2, calculado sobre la base de los análisis de los datos de las encuestas HBSC 1993/1994 y 1997/1998 (4,5). Los intervalos de confianza son los parámetros que indican el nivel de precisión asociado con las estimaciones de la encuesta y dan una medida del grado de representación de la muestra en relación con la población de la que proviene (6).

## **Recogida de muestras**

Dadas las diferencias que existen entre los sistemas escolares, la edad de admisión en el sistema escolar y los niveles de retraso y/o avance de los estudiantes en los distintos países y regiones, es muy difícil proponer un

enfoque uniforme para la recogida de muestras que sea universalmente aplicable. Para superar este elemento de complejidad se eligió el parámetro de la edad como el prioritario en el muestreo; cada muestra tomada de los tres grupos de edad delimitados se recoge, por lo tanto, de aquellos estudiantes que están en el grupo de edad adecuado. En los casos en los que los estudiantes de la edad adecuada estén también en el mismo curso, la muestra se puede tomar exclusivamente de ese curso, pero se toman muestras de todos los cursos cuando los componentes de ese grupo de edad están repartidos en varios cursos. La posición se complica cuando la población meta está repartida en dos niveles diferentes de enseñanza, como por ejemplo primaria y secundaria.

En los casos en los que se desconocía el número de cursos que podían ser seleccionables para la muestra, se calculó el número sobre la base de la población de cada centro escolar. Si en el centro escolar había cuatro cursos seleccionables, cada uno de ellos se consideró tan susceptible de muestreo como los centros escolares en los que sólo había un curso que reunía las condiciones establecidas para el muestreo. Por lo tanto, se ponderó cada centro escolar de acuerdo al número de cursos seleccionables. En los casos de centros con dos o más cursos, se seleccionó de forma aleatoria el curso del que se tomó la muestra para garantizar que todos los cursos tenían las mismas probabilidades de ser seleccionados para la muestra. Asumiendo un promedio de 25 estudiantes por clase, se sugirió que se necesitaría una muestra de 62 clases para obtener el tamaño de muestra recomendado de 1536 estudiantes por grupo de edad y por país y región.

En algunos países y regiones se tomaron muestras aleatorias de las clases que contenían un grupo de edad determinado, con el fin de minimizar el número de centros necesarios para el estudio, y a continuación se recogieron muestras en las clases con los otros dos grupos de edad en los mismos centros. Se dieron instrucciones a los países y regiones para que contabilizaran los tamaños previstos de las clases, las tasas de asistencia y las tasas de consentimiento, mientras se estudiaba cuántos centros escolares se requerían para obtener el tamaño de muestra necesario.

Con el fin de obtener las medias de las edades meta: 11,5, 13,5 y 15,5, se realizó la encuesta en los períodos oportunos del año en cada país y región. En aquellos lugares en los que los estudiantes de un grupo de edad en particular estaban repartidos en cursos (en países en los que se retiene o se avanza a los estudiantes no por sus edades sino por sus logros académicos), se recogieron muestras, por lo general, en todos los cursos). Cuando se daba esta circunstancia, los países y regiones crearon una clase equivalente basada en la distribución de los estudiantes entre cursos. El protocolo de la encuesta (1) detalla con mayor profundidad el procedimiento de recogida de muestras.

## **Recolección de datos y preparación de expedientes**

Los cuestionarios se repartieron en la gran mayoría de centros escolares entre octubre del 2001 y mayo del 2002. La Tabla 1 indica el período de recogida de datos en cada país y región.

En la mayoría de los países y regiones el procedimiento seguido fue: la entrega de los cuestionarios a los centros, la gestión de la encuesta por parte de los profesores y la devolución de los cuestionarios cumplimentados al centro de investigación, excepto en algunos casos en los que los investigadores, ya acostumbrados al procedimiento, gestionaron ellos mismos la encuesta para no imponer esta tarea al personal del centro. Todo el personal que participó en los estudios de campo estaba cualificado y capacitado y cumplió las directrices acordadas del procedimiento. Se prepararon expedientes para los 35 países y regiones participantes que fueron exportados al Banco Internacional de Datos de Investigaciones HBSG perteneciente al Servicio de Datos de Ciencias Sociales de la Universidad de Bergen (Noruega) (*Internacional Data Bank at the Norwegian Social Science Data Services, University of Bergen*). Donde se comprobaron y limpiaron los datos de acuerdo con criterios estrictos (1). Los datos obtenidos de jóvenes que no cumplían el requisito de edad se desestimaron. También se documentaron todas las desviaciones de los estándares internacionales. El protocolo de investigación (1) contiene el texto completo de las instrucciones para la limpieza de datos.

**Tabla 1. Fechas del trabajo de campo del estudio HBSG 2001/2002, por países o regiones**

<b>País o región</b>	<b>Fechas</b>
Austria	Octubre - Noviembre 2001
Bélgica (Flamenca)	Marzo - Abril 2002
Bélgica (Francesa)	Enero - Febrero 2002
Canadá	Enero - Febrero 2002
Croacia	Febrero - Marzo 2002
República Checa	Mayo 2002
Dinamarca	Enero - Febrero 2002
Inglaterra	Marzo 2002
Estonia	Octubre - Noviembre 2001
Finlandia	Marzo - Mayo 2002
Francia	Marzo - Junio 2002
Alemania	Marzo - Mayo 2002
Grecia	Octubre - Noviembre 2002
Groenlandia	Mayo 2002
Hungría	Marzo - Abril 2002
Irlanda	Abril - 2002
Israel	Mayo - Junio 2002
Italia	Abril 2002
Letonia	Noviembre - Diciembre 2001
Lituania	Febrero - Marzo 2002
Malta	Enero 2002
Holanda	Octubre - Noviembre 2001
Noruega	Diciembre 2001
Polonia	Febrero - Marzo 2002
Portugal	Marzo - Abril 2002
Federación Rusa	Marzo 2002
Escocia	Febrero - Abril 2002
Eslovenia	Marzo 2002
España	Abril - Mayo 2002
Suecia	Noviembre - Diciembre 2001
Suiza	Marzo - Mayo 2002
ARY Macedonia	Marzo 2002
Ucrania	Febrero 2002
Estados Unidos	Noviembre - Diciembre 2001
Gales	Febrero - Marzo 2002

Las Tablas 2 y 3 contienen información sobre los encuestados del archivo internacional. La encuesta 2001/2002 contiene datos sobre más de 160.000 jóvenes. Estos encuestados estaban distribuidos de forma bastante uniforme en cuanto a género y grupo de edad. La media de edad para los tres grupos de edades, extraída de la muestra al completo es de 11,6, 13,6 y 15,6 años, para los grupos de edad de 11, 13 y 15 años respectivamente. Sin embargo, hay variaciones que van de 10,8 en Austria a 12,3 en Groenlandia para el grupo de edad más joven, con un modelo similar para las poblaciones de 13 y 15 años.

**Tabla 2. Número de encuestados en el estudio HBSC 2001/2002, por países o regiones, género y grupo de edad**

País o región	Género		Grupo de edad (años)			Total
	Chicos	Chicas	11	13	15	
Austria	2241	2231	1590	1584	1298	4472
Bélgica (Flamenca)	2996	3293	2153	2106	2030	6289
Bélgica (Francesa)	2069	2254	1439	1503	1381	4323
Canadá	1996	2365	1641	1513	1207	4361
Croacia	2180	2217	1451	1500	1446	4397
República Checa	2412	2600	1691	1661	1660	5012
Dinamarca	2259	2413	1710	1582	1380	4672
Inglaterra	2943	3138	2239	2069	1773	6081
Estonia	1983	1996	1288	1424	1267	3979
Finlandia	2713	2675	1911	1732	1745	5388
Francia	4054	4131	2671	2900	2614	8185
Alemania	2786	2864	2100	1801	1749	5650
Grecia	1870	1937	1252	1231	1324	3807
Groenlandia	386	505	295	356	240	891
Hungría	1848	2316	1371	1463	1330	4164
Irlanda	1302	1573	1012	944	919	2875
Israel	2625	3036	1892	2202	1567	5661
Italia	2125	2261	1524	1633	1229	4386
Letonia	1633	1848	1195	1169	1117	3481
Lituania	2887	2758	1867	1873	1905	5645
Malta	905	1075	619	694	667	1980
Holanda	2120	2149	1477	1519	1273	4269
Noruega	2554	2469	1660	1739	1624	5023
Polonia	3204	3179	2100	2131	2152	6383
Portugal	1419	1521	1174	964	802	2940
Federación Rusa	3752	4285	2522	2940	2575	8037
Escocia	2246	2158	1743	1512	1149	4404
Eslovenia	1996	1960	1474	1413	1069	3956
España	2873	2954	2105	1966	1756	5827
Suecia	1978	1948	1499	1201	1226	3926
Suiza	2309	2370	1468	1671	1540	4679
ARY Macedonia	2053	2108	1348	1401	1412	4161
Ucrania	1893	2197	1192	1297	1601	4090
Estados Unidos	2322	2703	1479	1921	1625	5025
Gales	2004	1883	1351	1372	1164	3887
Total	78 936	83 370	55 503	55 987	50 816	162 306

**Tabla 3. Media de edades de los encuestados de la encuesta HBSC 2001/2002, por países o regiones y grupo de edad**

País o región	Edad del encuestado/a (años )		
	11 años	13 años	15 años
Austria	10,8	12,8	14,8
Bélgica (Flamenca)	11,5	13,5	15,5
Bélgica (Francesa)	11,5	13,4	15,5
Canadá	11,8	13,8	15,7
Croacia	11,4	13,4	15,4
República Checa	11,5	13,5	15,4
Dinamarca	11,8	13,8	15,8
Inglaterra	11,9	13,9	15,9
Estonia	11,4	13,3	15,3
Finlandia	11,8	13,8	15,8
Francia	11,2	13,1	15,1
Alemania	11,6	13,6	15,7
Grecia	11,4	13,3	15,3
Groenlandia	12,3	14,3	16,4
Hungría	11,5	13,5	15,5
Irlanda	11,7	13,5	15,4
Israel	12,0	14,1	16,0
Italia	11,8	13,8	15,9
Letonia	11,6	13,6	15,5
Lituania	11,7	13,7	15,7
Malta	11,7	13,7	15,6
Holanda	11,5	13,5	15,5
Noruega	11,5	13,5	15,5
Polonia	11,7	13,7	15,7
Portugal	12,1	14,2	16,1
Rusia	11,6	13,6	15,6
Escocia	11,5	13,6	15,5
Eslovenia	11,7	13,7	15,8
España	11,5	13,5	15,5
Suecia	11,4	13,5	15,5
Suiza	11,7	13,8	15,8
ARY Macedonia	11,5	13,5	15,5
Ucrania	11,9	13,9	16,0
Estados Unidos	11,6	13,5	15,5
Gales	12,0	14,0	16,0
Total	11,6	13,6	15,6

## **Análisis e interpretación de los datos**

Antes de proceder a la interpretación de los datos que se presentan en este estudio, se tienen que considerar un número importante de temas. Esta sección se ocupa de dos de ellos: el impacto del diseño de la muestra, y el análisis apropiado de los datos y su presentación.

## Impacto del diseño de la muestra sobre la interpretación de los resultados

Las fuentes de potenciales errores en los datos de la encuesta HBSC ya se han tratado en otras secciones (4). Para ayudar a interpretar los datos que se presentan en este informe esta sección aporta ciertas pautas sobre los temas más importantes. Como muchas otras encuestas, el estudio HBSC se basa en una muestra de encuestados, y no en un censo de la población total (excepto en el caso de Groenlandia). El error en la muestra o en otras fuentes de errores aleatorias (como errores en la interpretación de las preguntas), se puede estimar calculando la varianza del error estándar en relación con un valor un estimado de la encuesta. Muchos paquetes de cálculos estadísticos ya incorporan la asunción de error de muestreo al generar también la varianza de cualquiera de los valores de la encuesta estimados. En este caso, el procedimiento consiste en seleccionar la muestra eligiendo individuos al azar de una muestra marco que contiene todos los jóvenes en edad escolar de cada país o región. Cuando se usa este tipo de diseño, se puede calcular el error estándar (es) de una parte de la muestra utilizando como base del cálculo la proporción de la muestra que interesa y sustituyendo las cifras resultantes en la siguiente ecuación:

$$se(p) = \sqrt{\frac{pq}{n}}$$

donde:

q = 1 – p

n = número de encuestados

p = proporción de encuestados que satisfacen ciertas características

Por ejemplo, hay 1.351 chicos de 11 años en la muestra procedente de Gales (n = 1351), de los que 36% declaran haber intimidado a alguien por lo menos una vez durante los dos meses previos (p = 0,36), con lo que la ecuación será:

$$se(p) = \sqrt{(0,36 \times 0,64) / 1351} = 0,013 = 1,3\%$$

El valor estimado de la encuesta, con un intervalo de confianza del 95% se calcula con la siguiente fórmula:

$$P \pm 1.96 \times se(p)$$

Que en este ejemplo da un resultado para los intervalos de confianza de 36% ± 2.5% (o 33,5 – 38,5%). En otras palabras, estos resultados indican que hay una posibilidad del 95% de que los valores verdaderos que definen a esta población se encuentren entre los intervalos calculados.

Como ya se ha mencionado con anterioridad, en la encuesta HBSC se ha aplicado el diseño de análisis de universos o de grupos, donde la unidad de muestreo principal es la clase (o centro escolar), y no el estudiante individual, como sería el caso si se aplica el método de análisis simple de muestras aleatorias.

En este tipo de diseño, no se puede asumir que las respuestas de los estudiantes son respuestas independientes, ya que los estudiantes de la misma clase o de la misma escuela tienen más probabilidad, por lo general, de parecerse más entre ellos que a otros estudiantes, por lo tanto, la técnica de análisis de universos o grupos generó errores estándar que tienden a ser más altos que lo que serían en una muestra aleatoria simple del mismo tamaño y esto obliga a que se calculen los errores estándar mediante un método que incorpore un factor de correlación entre los jóvenes de centros o de clases. Además, hay países que estratifican sus muestras y las clasifican en unidades más pequeñas, a menudo por áreas geográficas, para garantizar la cobertura de todas las regiones. Esta estratificación tiene la tendencia a reducir el error estándar, lo que se debe tener en cuenta a la hora de realizar el cálculo.

Ya hay paquetes de cálculos estadísticos que incorporan diseños de muestra complejos en el cálculo del error estándar. Como alternativa a la presentación de los verdaderos errores estándar (teniendo en cuenta los diseños de muestra complejos) para todas las partes de interés en un estudio de esta envergadura, se presenta una selección de los factores de diseño. El factor de diseño (*deff*) es en este caso la proporción entre el error estándar derivado del muestreo estratificado de universos y el error obtenido en una muestra simple aleatoria (3).

Volviendo al ejemplo de conducta intimidatoria de los chicos de 11 años en Gales, el verdadero error estándar complejo obtenido para esta estimación es de 1,6%, lo que genera intervalos del 95% de confianza de 32,9 – 39,1%. Esta cifra se compara con un intervalo de confianza de 33,5 – 38,5% obtenido al asumir que la muestra era aleatoria simple. Por lo tanto, el valor del Factor de Diseño (valor "*deff*") de este cálculo es de 1,6/1,3 o de 1,23.

Se han calculado los valores "*deff*" de las variables seleccionadas para algunos de los países y regiones y se presentan como referencia en las Tablas 4 – 6 para la población de 11, 13 y 15 años, respectivamente. No se presentan valores sobre el consumo diario de tabaco y sobre intoxicación alcohólica en 2 o más ocasiones para la población de 11 años debido a la extremadamente pequeña ocurrencia de estas variables: menos del 1% en muchos de los países y regiones.

**Tabla 4. Valores del Factor de Diseño (Valor “deft”) de las variables seleccionadas en la Encuesta HBSC del 2001/2002, grupo de 11 años de edad**

Variable	Finlandia	Hungría	Letonia	Noruega	Portugal	Escocia	Macedonia	Gales
Ingesta diaria de fruta	1,01	1,15	1,09	1,16	1,18	1,36	1,43	1,34
Satisfacción de las directrices de actividad física <sup>a</sup>	1,61	1,18	1,26	1,58	1,24	1,46	1,24	1,39
Salud mala o aceptable	0,95	1,19	1,22	1,07	1,14	1,20	1,25	1,15
Víctima de intimidación en los últimos meses	1,17	1,55	1,21	1,34	1,31	1,24	1,52	1,21
Lesiones el año pasado	1,13	1,19	1,02	1,21	1,07	1,24	1,54	1,27
Le gusta la vida escolar	1,18	1,46	1,41	1,20	1,12	1,44	1,83	1,55
Logros académicos <sup>b</sup>	1,33	1,29	1,40	1,09	1,15	1,32	1,18	1,10
Pasa 4 o más tardes a la semana con amigos	1,46	1,46	1,31	1,40	1,16	1,64	1,47	1,84
Comunicación electrónica diaria	1,06	1,24	1,54	1,12	1,07	1,24	1,59	1,05
Fácil comunicación con la madre	1,05	1,27	1,06	1,10	0,98	1,14	1,35	1,14

<sup>a</sup>MVPA puntuación de 5 o más (Capítulo 3).

<sup>b</sup>Jóvenes con un rendimiento bueno o muy bueno en el centro escolar

**Tabla 5. Valores del Factor de Diseño (Valor “deft”) de las variables seleccionadas en la Encuesta HBSC 2001/2002, grupo de 13 años de edad**

Variable	Finlandia	Hungría	Letonia	Noruega	Portugal	Escocia	ARY Macedonia	Gales
Consumo diario de tabaco	1,42	1,46	1,30	1,25	1,43	1,12	1,01	1,36
Haberse emborrachado dos o más veces	1,29	1,17	1,22	1,20	1,22	1,18	1,29	1,30
Ingesta diaria de fruta	1,18	1,25	1,14	1,17	1,04	1,14	1,27	1,18
Satisface directrices de actividad física <sup>a</sup>	1,15	1,41	1,15	1,25	1,13	1,21	1,23	1,22
Salud mala o aceptable	1,00	1,38	1,28	1,10	1,25	1,26	1,34	1,12
Víctima de intimidación en los últimos meses	1,17	1,14	1,18	1,28	1,26	1,03	1,43	1,21
Lesiones el año pasado	1,09	1,11	1,15	1,14	1,11	1,17	1,50	1,30
Le gusta la vida escolar	1,43	2,48	1,61	1,36	1,29	1,17	2,31	1,32
Logros académicos <sup>b</sup>	1,18	1,24	1,21	1,27	1,06	1,12	1,25	1,21
Pasa 4 o más tardes a la semana con amigos	1,53	1,35	1,27	1,51	1,09	1,46	1,50	2,16
Comunicación electrónica diaria	1,13	1,13	1,61	1,09	1,33	1,14	1,79	1,16
Fácil comunicación con la madres	1,23	1,09	1,16	1,11	1,20	1,17	1,23	1,00

<sup>a</sup>MVPA puntuación de 5 o más (Capítulo 3).

<sup>b</sup>Los que rinden bien o muy bien en el entorno escolar

**Tabla 6. Valores del Factor de Diseño (Valor “deft”) de las variables seleccionadas en la Encuesta HBSC 2001/2002, grupo de 15 años de edad**

Variable	Finlandia	Hungría	Letonia	Noruega	Portugal	Escocia	ARY Macedonia	Gales
Consumo diario de tabaco	1,11	1,79	1,29	1,29	1,11	1,26	1,57	1,62
Haberse emborrachado dos o más veces	1,26	1,95	1,35	1,56	1,14	1,15	1,37	1,01
Ingesta diaria de fruta	1,18	1,24	1,04	1,24	1,08	1,08	1,35	1,11
Satisfacción de las directrices de actividad física <sup>a</sup>	1,26	1,50	1,12	1,25	1,36	1,30	1,07	1,16
Salud mala o aceptable	1,11	1,41	1,19	0,95	1,00	1,23	1,30	1,34
Víctima de intimidación en los últimos meses	1,16	1,12	1,26	1,42	1,03	0,98	1,67	1,23
Lesiones el año pasado	1,08	1,20	1,26	0,98	1,01	1,12	1,40	1,25
Le gusta la vida escolar	1,09	1,88	1,37	1,21	1,30	1,06	2,42	1,20
Logros académicos <sup>b</sup>	1,08	1,85	1,06	0,96	1,10	0,95	1,36	1,29
Pasa 4 o más tardes a la semana con amigos	1,44	1,56	1,29	1,30	1,05	1,35	1,68	1,54
Comunicación electrónica diaria	1,27	1,41	1,67	1,26	1,22	1,19	2,10	0,98
Fácil comunicación con la madre	1,00	1,10	1,13	1,02	0,93	0,94	1,18	1,12

<sup>a</sup>MVPA puntuación de 5 o más (Capítulo 3).

<sup>b</sup>Los que rinden bien o muy bien en el entorno escolar.

El error estándar verdadero se ha calculado con el paquete informático Stata (7). Las Tablas 4 – 6 muestran la sustancial variación que existe en los valores “deft” entre las variables seleccionadas para cada país o región y el grupo de edad, aunque sí emergen algunos modelos, por ejemplo, los valores “deft” tienden a ser más altos en ciertos países y regiones para las variables relacionadas con el entorno escolar o los grupos de amigos (como que guste la escuela y pasar cuatro o más tardes/noches a la semana con amigos en días de diario) y con las conductas de riesgo (como el consumo diario de tabaco). Por otra parte, se han detectado valores “deft” más bajos para variables como los logros académicos, la facilidad de comunicación con los padres y las lesiones durante el año anterior a la encuesta. Unos valores “deft” más bajos sugieren que las opiniones o el comportamiento de los estudiantes de la misma clase o del mismo centro escolar no tienen que ser necesariamente más parecidos entre sí de lo que serían entre las de otros estudiantes seleccionados de forma puramente aleatoria.

Usar el valor “deft” apropiado, tal como aparece las Tablas 4 – 6, permite estimar el error estándar verdadero (y el intervalo de confianza) de una variable que incorpore un diseño complejo cuando se multiplica el error estándar (asumiendo que la muestra es simple aleatoria) por el correspondiente valor “deft”.

## **Análisis de los datos y presentación de los resultados**

La mayoría de estimaciones que se presentan en este informe son proporciones presentadas en un formato de gráfico de barras simple desglosado por país y región y edad y género (que, en la traducción se presenta en forma de tablas). Estos cálculos pueden variar ligeramente en alguna ocasión en relación con los presentados en otras publicaciones (por ejemplo, en los informes nacionales o en artículos de revistas científicas). Lo más probable es que esto ocurra cuando se exploran ciertos temas en mayor profundidad y se combinan dos o más interrogantes para crear una nueva medida, como por ejemplo al combinar las frecuencias de consumo de alcohol y la variable de haber consumido alguna vez alcohol al evaluar los modelos del consumo de alcohol actual de los jóvenes. Los datos de una categoría de respuesta (o de una combinación de categorías de respuestas) se presentan de la forma típica. Idealmente, todos los cálculos deberían ir acompañados por sus correspondientes intervalos de confianza, indicando el rango de valores más probable que se puede encontrar en la población estudiada, Pero esto no resulta práctico en un informe de este tamaño. La Tabla 7 muestra los intervalos de confianza aproximados para un rango de proporciones. Estos intervalos se han calculado asumiendo un tamaño de muestra de 750 estudiantes, debido a que los datos están desglosados por edad y género dentro de cada país y región. Además se ha asumido un valor “deft” de 1,2 para tener en cuenta el hecho de que los datos están agrupados en universos. Los intervalos de confianza son simétricos respecto al eje del 50%: por ejemplo, el intervalo de confianza para el 40% y el 60% es de  $\pm 4,2\%$ , y para el 70% y el 30% es de  $\pm 3,9\%$ , y así sucesivamente. Por ejemplo, si la proporción estimada de consumo de tabaco semanal para la población de chicas de 15 años en Gales es de 27%, el intervalo del 95% de confianza será

aproximadamente de un  $\pm 3,9\%$  y la cifra verdadera aplicable a esa población estaría entre el 23% y el 31%.

En un pequeño número de secciones, los autores han presentado también las asociaciones entre las variables de interés y los factores relacionados con estas variables por medio de asociaciones de dos variables simples; Por ejemplo, en el Capítulo 2 se presentan datos sobre el apoyo que reciben los estudiantes y si les gusta el entorno escolar.

**Tabla 7. Intervalos aproximados de confianza del 95% en la Encuesta HBSC 2001/2002**

Porcentaje de interés (%)	Intervalo de Confianza (%)
5	$\pm 1,9$
10	$\pm 2,6$
15	$\pm 3,1$
20	$\pm 3,4$
25	$\pm 3,7$
30	$\pm 3,9$
35	$\pm 4,1$
40	$\pm 4,2$
45	$\pm 4,3$
50	$\pm 4,3$

Dada la naturaleza nominal u ordinal de muchas de las variables utilizadas en el estudio HBSC, el análisis se ha realizado usando estadísticas no paramétricas, en la medida de lo posible, como los coeficientes de correlación de Spearman (8). En la mayoría de los casos, estas asociaciones se han calculado agregando datos de todos los países y regiones, con el objetivo principal de ofrecer modelos generales. No se ha presentado la relevancia estadística de cada asociación debido a que el gran tamaño de la muestra dificulta el manejo del conjunto de datos al completo. En una muestra de este tamaño, sin embargo, se espera que la gran mayoría de los coeficientes, independientemente de lo pequeños que sean, resulten significativos desde un punto de vista estadístico. Por lo tanto, no tiene sentido presentar los valores de *P*.

## Bibliografía

1. Roberts C, François Y, King A. Sampling. In: Currie C, Samdal O, Boyce W et al., eds. *Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study (HBSC). Research protocol for the 2001/2002 survey*. Edinburgh, Child and Adolescent Health Research Unit, University of Edinburgh, 2001:28–33 ([http://www.hbsc.org/downloads/Protocol\\_Section1.pdf](http://www.hbsc.org/downloads/Protocol_Section1.pdf), accessed 27 January 2004).
2. Levy SP, Lemeshow S. *Sampling of populations. Methods and applications*. New York, Wiley, 1991.
3. Kish L. *Survey sampling*. New York, Wiley, 1965.
4. Roberts C. Sample design and sampling error. In: King A, et al. *The health of youth. A cross-national survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996:211–216 (WHO Regional Publications, European Series, No .69). [http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911\\_53](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_53); accessed 20 January 2004).

5. Currie C et al., eds. *Health and health behaviour among young people. International report from the HBSC 1997/98 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 1; [http://www.hbsc.org/downloads/Int\\_Report\\_00.pdf](http://www.hbsc.org/downloads/Int_Report_00.pdf), accessed 27 January 2004).
6. Gardner MJ, Altman DG. *Statistics with confidence: confidence intervals and statistical guidelines*, 2nd ed. London, BMJ Publishing, 2000.
7. Stata statistical software: release 8.0. College Station, TX, Stata Corporation, 2003.
8. Siegel S, Castellan N. *Nonparametric statistics for the behavioural sciences*, 2nd ed. New York, McGraw-Hill, 1988.

## Anexo 2. Tablas sumarias sobre los indicadores de la salud y las conductas sanitarias

Estas Tablas contienen el resumen de los resultados de la encuesta HBSC 2001/ 2002 en relación con los indicadores debatidos en el Capítulo 3. Se han indicado las bibliografías relevantes.

**Tabla 1. Salud y bienestar**

Indicador	Chicos		Chicas		Total	
	Promedio HBSC	Rango País/ Región	Promedio HBSC	Rango País/ Región	Promedio HBSC	Rango País/ Región
<b>(%) “Peor Salud”</b>						
grupo de 11 años de edad	12,1	5,3 –27,2	15,7	4,4 –43,7	13,9	4,9 –35,1
grupo de 13 años de edad	13,6	6,3 –30,0	20,8	10,7 –53,9	17,3	8,5 –42,1
grupo de 15 años de edad	16,1	8,0 –31,5	27,2	12,8 –63,1	21,9	10,4 –47,3
<b>(%) Dos o más síntomas más de una vez a la semana</b>						
grupo de 11 años de edad	26,9	14,8 –43,2	33,6	19,2 –49,5	30,3	18,8 –46,3
grupo de 13 años de edad	25,8	13,4 –45,0	38,2	25,0 –57,1	32,2	19,3 –48,6
grupo de 15 años de edad	25,6	11,9 –47,1	43,5	24,4 –65,6	35,0	18,4 –54,4
<b>(%) Satisfacción con la vida (&gt; 6) puntuación de la escala Cantril)</b>						
grupo de 11 años de edad	88,1	77,5 –96,8	87,1	76,0 –96,5	87,6	77,6 –96,6
grupo de 13 años de edad	86,9	77,7 –95,3	82,5	71,1 –91,8	84,6	76,1 –93,6
grupo de 15 años de edad	84,5	67,6 –95,5	77,4	63,9 –89,5	80,8	65,8– 92,5

**Tabla 2. Consumo de tabaco**

Indicador	Chicos		Chicas		Total	
	Promedio HBSC	Rango País/Región	Promedio HBSC	Rango País/Región	Promedio HBSC	Rango País/Región
<b>Consumo ocasional de tabaco (%)</b>						
grupo de 11 años de edad	19,1	4,1 –42,2	10,8	2,3 –49,7	14,9	3,2 –46
grupo de 13 años de edad	42,7	8,6 –73,9	37,4	7,3 –82,7	40,0	7,9 –75,4
grupo de 15 años de edad	62,5	37,4 –88,7	61,3	34,3 – 88,4	61,9	35,8 –85,7
<b>Consumo de tabaco semanal (%)</b>						
grupo de 11 años de edad	2,2	0,1 –5,4	1,0	0,1 – 8,5	1,6	0,3 – 6,6
grupo de 13 años de edad	8,9	2,9 –18,8	7,9	1,1 –36,7	8,4	2,0 – 28,9
grupo de 15 años de edad	23,9	11,1 –56,6	23,3	11,6 –66,7	23,6	13,6 – 62,4
<b>Consumo de tabaco diario (%)</b>						
grupo de 11 años de edad	0,9	0,0 – 2,4	0,4	0,0 – 2,4	0,6	0,0 – 2,1
grupo de 13 años de edad	5,2	1,6 – 16,9	4,4	0,7 – 28,1	4,8	1,1 – 23,1
grupo de 15 años de edad	18,1	5,7 – 52,5	16,9	7,7 – 53,6	17,5	8,5 – 53,2
<b>Media de edad en la que se fuma el primer cigarrillo, grupo de 15 años de edad</b>						
Han fumado alguna vez	12,1	10,7 – 13,4	12,8	12,0 – 14,0	12,5	11,4 – 13,7
Fumadores de frecuencia semanal	11,9	10,5 – 13,2	12,6	11,8 – 13,7	12,2	11,2 – 13,4
Fumadores de frecuencia diaria	11,7	9,9 – 12,9	12,4	11,5 – 13,7	12,1	10,7 – 13,2

**Tabla 3. Consumo de alcohol**

Indicador	Chicos		Chicas		Total	
	Promedio HBSC	Rango País/Región	Promedio HBSC	Rango País/Región	Promedio HBSC	Rango País/Región
<b>Consumo semanal de alcohol (%)</b>						
11 años	7,3	0,9 –18,7	3,0	0,3 –8,5	5,1	0,8 –13,7
13 años	15,3	4,8 –34,0	9,2	2,8 –24,8	12,2	5,8 –29,4
15 años	34,3	18,1 –58,0	23,9	10,1 –54,4	28,8	15,5 –56,3
<b>Consumo semanal de cerveza (%)</b>						
11 años	3,7	0,5 –15,5	1,1	0,0 –6,3	2,4	0,4 –10,9
13 años	9,4	1,3 –21,1	4,0	0,3 –10	6,6	1,2 –14,8
15 años	26	10,1 –47,7	11,2	2,2 –31,5	18,3	7 –39,2
<b>Consumo semanal de vino (%)</b>						
11 años	2,7	0,0 –12,5	0,9	0,0 –4,1	1,8	0,3 –8,4
13 años	4,7	0,7 –18,6	2,6	0,0 –9,3	3,6	0,3 –13,2
15 años	8,3	1,5 –31,5	6,2	0,0 –16,4	7,2	1,6 –23,5
<b>Consumo semanal de licores (%)</b>						
11 años	1,6	0,1 –6,5	0,6	0,0 –4,7	1,1	0,1 –5,6
13 años	4,5	1,3 –15,8	3,1	0,4 –18,5	3,8	0,9 –17,2
15 años	12,4	3,0 –36,3	9,7	1,1 –37,1	11,0	2,5 –34,7
<b>Haberse emborrachado dos o más veces (%)</b>						
11 años	4,3	0,7 – 10,7	1,5	0,2 –6,4	2,9	0,5 – 8,5
13 años	14,5	4,8 – 29,9	9,7	1,1 – 27,5	12,1	3, – 28,7
15 años	39,8	16,9 – 67,7	31,4	5,9 – 64,8	35,4	11,2 – 66,2
<b>Media de edad de la primera bebida alcohólica (años )</b>						
Población de 15 años que ha bebido alcohol	12,3	10,9 – 13,1	12,9	11,8 – 13,8	12,7	11,4 – 13,5
<b>Media de edad del primer episodio de embriaguez</b>						
Población de 15 años que se ha emborrachado	13,6	12,7 – 14,2	13,9	13,4 – 14,7	13,7	13,3 – 14,4

**Tabla 4. Consumo de cannabis**

Indicador	Chicos		Chicas		Total	
	Promedio HBSC	Rango País/Región	Promedio HBSC	Rango País/Región	Promedio HBSC	Rango País/Región
<b>Consumo de Cannabis, 15 años (%)</b>						
Lo han consumido alguna vez	25,8	3,8 –49,1	18,9	2,5 - 47,0	22,2	3,1 –45,8
Lo han consumido durante el año pasado	21,7	3,9 –43,3	16,0	2,1–37,5	18,7	3,1 –40,0

**Tabla 5. Actividad Física**

Indicador	Chicos		Chicas		Total	
	Promedio HBSC	Rango País/Región	Promedio HBSC	Rango País/Región	Promedio HBSC	Rango País/Región
<b>Una hora o más de actividad, promedio de la última semana y de la semana típica (días medios)</b>						
11 años	4,3	3,3 –5,0	3,8	2,5 –4,6	4,1	2,9 –4,8
13 años	4,2	3,4 –5,1	3,6	2,8 –4,3	3,9	3,1 –4,7
15 años	3,9	3,3 –4,7	3,2	2,3 –3,9	3,5	2,9 –4,2
<b>Satisfacen las directrices sobre actividad física (%)</b>						
11 años	43,8	25,2 –61,3	33,1	11,3 –51,1	38,5	18,3 –56,2
13 años	40,9	25,5 –61,2	26,9	13,6 –43,7	33,7	19,6 –51,4
15 años	35,3	22,6 –57,1	22,3	11,2 –41,8	28,5	18,6 –48,8

**Tabla 6. Conducta sedentaria**

Indicador	Chicos		Chicas		Total	
	Promedio HBSC	Rango País/Región	Promedio HBSC	Rango País/Región	Promedio HBSC	Rango País/Región
<b>Ver televisión &gt; 4 horas diarias durante los días lectivos (%)</b>						
grupo de 11 años de edad	26,5	8,5 –49,2	22,1	4,6 –50,2	24,3	6,5 –49,7
grupo de 13 años de edad	30,5	12,8 –52,2	27,2	11,6 –53,1	28,8	12,2 –51,0
grupo de 15 años de edad	28,0	16,2 –45,4	23,4	12,1 –39,2	25,6	14,4 –42,3
<b>Ver televisión &gt; 4 horas diarias durante los fines de semana (%)</b>						
grupo de 11 años de edad	42,7	22,9 –69,1	35,9	14,8 –62,2	39,2	18,8 – 65,8
grupo de 13 años de edad	50,7	30,7 –72,2	46,8	30,2 –76,6	48,7	30,5 –74,4
grupo de 15 años de edad	49,9	29,1 –67,9	46	25,7 –70,3	47,8	28,4 –68,6
<b>Usar el ordenador &gt; 3 horas al día durante los días lectivos (%)</b>						
grupo de 11 años de edad	17,2	7,5 –41,1	6,2	2,3 –20,8	11,7	4,9 –31,0
grupo de 13 años de edad	21,8	9,7 –45,1	8,1	2,2 –20,9	14,8	6,2 –31,6
grupo de 15 años de edad	23,6	12,9 –38,3	7,7	2,9 –19,8	15,3	8,8 –24,5
<b>Usar el ordenador &gt; 3 horas diarias durante los fines de semana (%)</b>						
grupo de 11 años de edad	27,7	13,6 –45,4	11,7	5,4 –26,9	19,7	10,2 –36,2
grupo de 13 años de edad	37,1	16,0 –49,0	16,4	6,3 –36,6	26,5	11,2 –40,0
grupo de 15 años de edad	40,2	19,0 –50,2	15,2	5,2 –33,7	27,2	12,5 –37,6
<b>Hacer deberes &gt; 3 horas diarias los días lectivos (%)</b>						
grupo de 11 años de edad	13,0	2,1 –47,8	17,2	1,8 –62,1	15,1	2,0 –54,9
grupo de 13 años de edad	15,3	0,9 –55,4	24,6	2,6 –76,7	20,1	1,7 –66,4
grupo de 15 años de edad	14,6	0,7 –45,4	28,2	2,9 –71,6	21,7	1,8 –58,9
<b>Hacer deberes &gt; 3 horas diarias los fines de semana (%)</b>						
grupo de 11 años de edad	12,5	1,1 –41,4	14,8	1,1 –49,8	13,7	1,1 –45,6
grupo de 13 años de edad	15,3	0,8 –47,0	24,2	2,3 –70,3	19,9	1,8 –59,0
grupo de 15 años de edad	17,3	1,4 –45,3	30,9	4,1 –69,8	24,4	2,8 –57,9

**Tabla 7. Hábitos alimentarios**

Indicador	Chicos		Chicas		Total	
	Promedio HBSC	Rango País/Región	Promedio HBSC	Rango País/Región	Promedio HBSC	Rango País/Región
<b>Desayuna todos los días lectivos (%)</b>						
grupo de 11 años de edad	72,9	47,2 –91,4	69,1	40,0 –89,9	71,0	43,6 –89,5
grupo de 13 años de edad	67,8	38,6 –83,1	57,4	33,6 –75,8	62,5	36,1 –79,3
grupo de 15 años de edad	64,1	38,7 –79,4	51,7	28,7 –70,5	57,6	33,9 –74,5
<b>Come fruta todos los días (%)</b>						
grupo de 11 años de edad	35,5	20,9 –52,1	40,7	19,1 –59,4	38,1	23,4 –54,9
grupo de 13 años de edad	30,4	14,6 –47,9	36,1	21,8 –52,8	33,3	20,4 –50,7
grupo de 15 años de edad	24,7	12,0 –46,1	32,5	13,3 –52,2	28,8	15,1 –49,5
<b>Come verduras todos los días (%)</b>						
grupo de 11 años de edad	30,5	14,1 –48,0	36,1	13,4 –55,6	33,3	13,7 –51,8
grupo de 13 años de edad	28,1	9,4 –47,3	33,3	10,1 –57,4	30,8	9,8 –52,7
grupo de 15 años de edad	25,5	7,4 –46,1	32,0	10,3 –60,4	28,9	9,0 –53,2
<b>Bebe refrescos todos los días (%)</b>						
grupo de 11 años de edad	28,5	7,5 –54,6	23,2	4,6 –49,3	25,8	6,0 –51,9
grupo de 13 años de edad	32,8	11,3 –55,0	26,7	5,9 –49,2	29,7	8,6 –51,7
grupo de 15 años de edad	34,5	10,0 –58,7	25,8	5,1 –54,5	29,9	8,0 –56,4
<b>Come dulces todos los días (%)</b>						
grupo de 11 años de edad	27,6	7,3 –49,1	27,4	6,2 –56,6	27,5	7,0 –52,3
grupo de 13 años de edad	29,7	11,3 –59,3	30,7	10,1 –55,3	30,2	10,7 –57,2
grupo de 15 años de edad	28,1	9,2 –52,0	29,5	9,0 –56,3	28,9	9,1 –54,7

**Tabla 8. Percepción de la imagen corporal, control de peso y peso**

Indicador	Chicos		Chicas		Total	
	Promedio HBSC	Rango País/Región	Promedio HBSC	Rango País/Región	Promedio HBSC	Rango País/Región
<b>Insatisfacción con el peso (un poco gordo/ demasiado gordo) (%)</b>						
grupo de 11 años de edad	21,6	7,9 –30,8	27,9	10,3 –45,3	24,8	9,2 –35,5
grupo de 13 años de edad	23,4	6,8 - 36,0	36,6	11,4 –52,6	30,2	9,5 –42,1
grupo de 15 años de edad	20,4	6,7 –32,2	42,2	13,0 –59,9	31,9	10,2 –43,0
<b>A dieta o siguiendo otro método para perder peso (%)</b>						
grupo de 11 años de edad	9,2	4,0 –18,9	11,9	4,3 –28,6	10,5	4,7 –23,9
grupo de 13 años de edad	8,5	4, –17,6	18,2	7,8 –34,4	13,4	6,0 –26,6
grupo de 15 años de edad	6,9	2,4 –20,8	22,6	11,5 –36,2	15,1	8,4 –26,6
<b>Sobrepeso (%)</b>						
grupo de 13 años de edad	12,0	5,0 –25,0	7,9	2,9 –18,1	9,9	3,9 –21,3
grupo de 15 años de edad	12,2	4,4 –23,5	7,1	2,8 –30,1	9,5	3,7 –23,7
<b>Obesos (%)</b>						
grupo de 13 años de edad	2,4	0,0 –9,1	1,2	0,1 –5,4	1,8	0,1 –7,2
grupo de 15 años de edad	2,3	0,4 –10,5	1,4	0,3 –5,3	1,9	0,4 –7,7
<b>Sobrepeso/ Obesidad (%)</b>						
grupo de 13 años de edad	–	–	–	–	11,7	4,0 –28,5
grupo de 15 años de edad	–	–	–	–	11,4	4,1 –26,6

**Tabla 9. Salud Oral**

Indicador	Chicos		Chicas		Total	
	Promedio HBSC	Rango País/Región	Promedio HBSC	Rango País/Región	Promedio HBSC	Rango País/Región
<b>Se cepilla los dientes más de una vez al día (%)</b>						
Grupo de 11 años	55,8	21,0 –81,0	67,0	29,5 –86,1	61,5	25,9 –83,6
Grupo de 13 años	53,7	16,0 –81,0	69,2	23,1 –90,5	61,6	19,7 –86,0
Grupo de 15 años	52,4	12,2 –77,7	73,2	23,2 –89,6	63,3	18,0 –82,9

**Tabla 10. Participación en conductas intimidatorias y agresiones físicas (peleas)**

Indicador	Chicos		Chicas		Total	
	Promedio HBSC	Rango País/Región	Promedio HBSC	Rango País/Región	Promedio HBSC	Rango País/Región
<b>Haber intimidado a alguien en la escuela por lo menos una vez en los últimos dos meses (%)</b>						
grupo de 11 años de edad	37,0	11,9 - 62,1	23,5	5,4 - 46,2	30,2	8,6 - 54,3
grupo de 13 años de edad	44,6	21,0 - 76,8	31,0	11,8 - 65,1	37,6	16,5 - 71,1
grupo de 15 años de edad	44,0	25,0 - 79,0	28,1	13,4 - 67,1	35,7	19,3 - 73,3
<b>Haber intimidado a alguien en la escuela por lo menos 2 ó 3 veces al mes en los últimos dos meses (%)</b>						
grupo de 11 años de edad	11,5	2,4 - 30,1	5,5	0,6 - 17,8	8,5	1,5 - 24,1
grupo de 13 años de edad	16,4	5,1 - 43,6	8,4	2,2 - 29,5	12,3	3,7 - 36,7
grupo de 15 años de edad	18,1	4,6 - 49,8	7,8	1,8 - 32,2	12,7	3,2 - 41,3
<b>Haber sido intimidado en la escuela por lo menos una vez en los últimos dos meses (%)</b>						
grupo de 11 años de edad	39,9	13,9 - 65,5	35,2	14,9 - 62,1	37,6	14,4 - 63,0
grupo de 13 años de edad	37,7	18,4 - 68,2	33,8	14,3 - 69,4	35,7	17,1 - 68,8
grupo de 15 años de edad	28,5	10,0 - 63,1	25,3	11,3 - 59,3	26,8	12,4 - 61,2
<b>Haber sido intimidado en la escuela de 2 a 3 veces en los últimos dos meses (%)</b>						
grupo de 11 años de edad	16,4	5,4 - 37,5	12,8	3,4 - 33,1	14,6	4,4 - 35,1
grupo de 13 años de edad	15,4	5,9 - 38,6	12,4	4,8 - 34,0	13,8	5,8 - 36,3
grupo de 15 años de edad	10,7	2,0 - 33,2	8,4	1,7 - 30,4	9,5	2,4 - 31,8
<b>Haberse peleado por lo menos una vez en los últimos 12 meses (%)</b>						
grupo de 11 años de edad	61,3	34,9 - 74,3	23,5	7,2 - 37,1	42,3	23,9 - 53,2
grupo de 13 años de edad	57,3	37,1 - 74,2	24,1	15,0 - 34,5	40,3	26,2 - 51,7
grupo de 15 años de edad	48,6	29,4 - 62,7	21,0	11,2 - 32,6	34,2	19,8 - 47,5
<b>Haberse peleado &gt; 3 veces en los últimos 12 meses (%)</b>						
grupo de 11 años de edad	18,4	12,2 - 39,4	4,8	2,3 - 13,3	11,6	7,4 - 25,6
grupo de 13 años de edad	14,3	13,3 - 31,3	4,5	2,6 - 13,2	9,3	7,7 - 20,7
grupo de 15 años de edad	11,8	7,2 - 27,3	3,4	1,4 - 12,7	7,4	4,1 - 18,1

**Tabla 11. Lesiones**

Indicador	Chicos		Chicas		Total	
	Promedio HBSC	Rango País/Región	Promedio HBSC	Rango País/Región	Promedio HBSC	Rango País/Región
<b>Lesiones (que requieren atención médica) &gt; 1 vez el año pasado (%)</b>						
grupo de 11 años de edad	51,7	31,5 –68,5	40,6	20,7 –52,1	46,1	26,2 –60,2
grupo de 13 años de edad	52,9	33,4 –66,2	39,9	21,4 –54,7	46,3	28,3 –60,2
grupo de 15 años de edad	50,8	33,4 –62,9	37,6	22,1 –51,4	43,9	27,6 –56,8
<b>Lesiones (que requieren atención médica) &gt; 2 veces el año pasado (%)</b>						
grupo de 11 años de edad	49,7	27,5 –61,2	41,7	29,9 –51,6	46,2	28,6 –56,3
grupo de 13 años de edad	48,9	30,3 –57,9	40,8	29,2 –52,4	45,3	30,5 –53,6
grupo de 15 años de edad	48,2	33,2 –58,0	41,7	27,0 –53,0	45,3	32,0 –54,2

**Tabla 12. Salud sexual**

Indicador	Chicos		Chicas		Total	
	Promedio HBSC	Rango País/Región	Promedio HBSC	Rango País/Región	Promedio HBSC	Rango País/Región
Haber mantenido relaciones sexuales grupo de 15 años de edad (%)	28,1	18,0 - 70,8	20,2	3,6 - 78,8	23,9	14,8 - 75,4
Media de edad del primer coito grupo de 15 años de edad (años)	14,0	13,5 - 14,5	14,3	13,6 - 14,9	14,1	13,5 -14,6
Haber usado preservativos en la mayoría de las últimas relaciones grupo de 15 años sexualmente activo (%)	80,2	68,5 - 91,2	69,6	57,6 - 89,1	75,5	64,1 - 89,2
Haber usado por lo menos un método anticonceptivo durante la última relación sexual grupo de 15 años de edad sexualmente activo (%)	86,1	73,4 - 92,4	84,6	62,5 - 97,0	85,4	73,1 - 94,6

Los jóvenes son el segmento de la sociedad con el mayor potencial para beneficiarse de las políticas e iniciativas basadas en la investigación y la información sobre una sólida base científica. El estudio HBSC (Health Behaviour in School aged Children - Conductas Sanitarias de los Jóvenes en Edad Escolar), intenta, mediante este informe internacional que contiene los resultados de su encuesta más reciente, aportar la información actualizada que necesitan los políticos en los distintos niveles de gobierno, las organizaciones no gubernamentales y los profesionales de los sectores como la educación, los servicios sociales, la justicia y el ocio.

En este informe se presentan por primera vez los datos internacionales recogidos en la encuesta HBSC 2001/2002. Esta encuesta refleja los aspectos físicos, emocionales y psicológicos de la salud, así como la influencia de la familia, el entorno escolar y los compañeros en relación con la población de jóvenes de 11, 13 y 15 años de 35 países y regiones de Norteamérica y la Región Europea de la OMS. La parte principal del informe contiene datos transnacionales completos sobre salud y bienestar, consumo de tabaco y alcohol, actividad física y conducta sedentaria, hábitos alimentarios y percepción de la imagen corporal, salud oral, conductas intimidatorias, agresión física y –por primera vez- consumo de cannabis y salud sexual. En otros capítulos se describen los contextos en los que se desarrollan la salud de los jóvenes, se muestran las relaciones entre contexto y salud, y se debaten las implicaciones que tienen los principales resultados del estudio para el futuro desarrollo de políticas y programas.

El impresionante alcance del estudio HBSC aumenta el valor de sus resultados. Este libro aporta información de alta calidad que resultará de gran valor para todos los que trabajan con chicos y adolescentes, ya sean políticos, responsables de planificación, profesionales, educadores, padres o cuidadores. Y, por supuesto, también lo será para los propios jóvenes. Este informe internacional debería llegar a todas las personas que ocupan una posición crucial en relación con el desarrollo y las decisiones referidas a la promoción de la salud de los jóvenes.