

# EL SALUDABLE MALESTAR

Descripción y análisis crítico de la salud de l@s  
adolescentes español@s a partir del informe de la  
OMS: *“Determinantes sociales de salud y  
bienestar entre l@s jóvenes”*

David Pere Martínez Oró

fundació@  
**igenus**

**Gestionado por:**

fundació@  
**igenus**

© David Pere Martínez Oró, 2012

© de esta edición: Fundación IGenus.

[www.fund-igenus.org](http://www.fund-igenus.org)

[info@fund-igenus.org](mailto:info@fund-igenus.org)

Primera edición: Junio de 2012

ISBN: 978-84-616-2086-9

Depósito Legal: B-32909-2012

## ÍNDICE

<b>EL SALUDABLE MALESTAR.....</b>	<b>1</b>
<b>Resumen .....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCCIÓN. ADOLESCENTES Y SALUD. ....</b>	<b>2</b>
<b>CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS.....</b>	<b>5</b>
<b>CONSUMO DE DROGAS.....</b>	<b>7</b>
<b>SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCIÓN .....</b>	<b>14</b>
<b>AMISTADES PRESENCIALES Y VIRTUALES.....</b>	<b>16</b>
<b>BULLYING .....</b>	<b>19</b>
<b>COMUNICACIÓN ENTRE MADRES, PADRES, HIJOS E HIJAS.....</b>	<b>21</b>
<b>RELACIÓN CON LA ESCUELA.....</b>	<b>24</b>
<b>SOBREPESO E IMAGEN CORPORAL .....</b>	<b>26</b>
<b>ACTIVIDAD FÍSICA Y SEDENTARISMO.....</b>	<b>29</b>
<b>PERCEPCIÓN SOBRE LA PROPIA SALUD Y BIENESTAR .....</b>	<b>31</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>33</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>41</b>

## **EL SALUDABLE MALESTAR**

***Descripción y análisis crítico de la salud de l@s adolescentes español@s a partir del informe de la OMS: “Determinantes sociales de salud y bienestar entre l@s jóvenes”***

David Pere Martínez Oró.

Psicólogo Social.

Fundación IGenus. Barcelona.

### **Resumen**

El presente texto es una revisión descriptiva y crítica de la salud de l@s adolescentes. Se coteja la salud de l@s adolescentes español@s a partir de los resultados del Informe OMS. Las alarmas en torno la sexualidad, el consumo de drogas o el uso de Internet son en ocasiones innecesarias. La salud de l@s adolescentes español@s es de las mejores entre los países desarrollados. Se debe continuar trabajando para mejorar la prevención del consumo de drogas, la adherencia a la escuela y la aceptación de la imagen corporal. Los elementos contextuales influyen en la salud, como la Sociedad de Consumo, los discursos adultos y la adherencia a las instituciones.

**Palabras clave:** Salud pública, adolescentes, drogas, imagen corporal, OMS.

### **Abstract**

This text is a descriptive and critical review of the health of adolescents. It checks the health of Spanish adolescents from the results of the WHO report. Alarms about sexuality, drug use or the use of the Internet are sometimes unnecessary. The Spanish adolescent health is the best among developed countries. It must continue to improve the prevention of drug use, adherence to the school and the acceptance of body image. The contextual elements influence health, such as the consumer society, discourses adults and adherence to adult institutions.

**Keywords:** Public health, adolescents, drugs, body image, WHO.

**Criterio de citación:** Martínez Oró, D. P. (2012). *El saludable malestar. Descripción y análisis crítico de la salud de l@s adolescentes español@s a partir del informe de la OMS: Determinantes sociales de salud y bienestar entre l@s jóvenes*. Barcelona: Fundación IGenus.

## INTRODUCCIÓN. ADOLESCENTES Y SALUD.

**El Informe OMS agrupa los determinantes de salud en cuatro categorías: contexto social, estilos de vida, conductas saludables y prácticas de riesgo.**

El 2 de mayo de 2012, la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó el informe: *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*<sup>1</sup>. En el cual se presentan

los determinantes sociales de la salud y el bienestar de l@s adolescentes de 39 países. La muestra corresponde a población escolar en tres cohortes (once, trece y quince años), cada país aportó unos 1500 estudiantes por edad. La muestra total fue de unos 200.000 adolescentes, el Estado español aportó 5040 adolescentes. El trabajo de campo se realizó durante los años 2009 y 2010, en el Estado español se realizó entre marzo y junio de 2010. Los determinantes de salud se agrupan en cuatro categorías: contexto social, estilos de vida, conductas saludables y prácticas de riesgo. Para más información sobre la metodología utilizada y los resultados del estudio, puede consultarse la [fuente original](#).

Si se reflexiona sobre los determinantes de salud de l@s adolescentes español@s, como la sexualidad, el consumo de drogas, el bullying, o el uso de Internet, es probable que emerja cierta preocupación, e incluso alarma. Esta puede ser provocada, tanto por las propias experiencias personales, como muy especialmente, por el continuo goteo de noticias relacionadas con la salud juvenil. Las noticias se publican, normalmente, a tenor de la presentación de un

**Los determinantes de salud como, la sexualidad, el consumo de drogas, el bullying, o el uso de Internet provocan cierta preocupación, e incluso alarma.**

estudio “científico” o porque un/a expert@ ha opinado sobre un determinado tema. El discurso de estas fuentes, más o menos fiables, es adaptado y sazonado al estilo periodístico, con la

---

<sup>1</sup> *Determinantes sociales en salud y bienestar entre jóvenes. Estudios de las conductas de salud en edad escolar: Informe internacional a partir de la encuesta 2009/2010.*



finalidad de presentar un artículo con cierto valor informativo. Si las noticias sobre la salud adolescente son alarmantes es porque a priori las fuentes también lo son, aunque siempre hay vivillos que publican "*noticias con más literatura que realidad*"<sup>2</sup>.

Los medios de comunicación, con más o menos amarillismo, se hacen eco del consumo de drogas, la sexualidad, la alimentación o el bullying, entre otros. Para la opinión pública son fenómenos socialmente sensibles, preocupantes y potencialmente alarmantes, especialmente para los padres y las madres de I@s adolescentes. Las preocupaciones de los padres y las madres pueden derivar en "*los siete temores capitales de los padres*"<sup>3</sup>. Noticias como ésta persiguen una finalidad divulgativa, aunque el efecto producido es alarmar a los padres y las madres porque se les muestra en qué aspectos de la vida de sus hij@s deben poner atención, en consecuencia pueden aparecer tanto, estados emocionales negativos (preocupación, angustia, inseguridad, e incluso pánico), como prácticas poco pedagógicas como el control y la vigilancia.

**Los titulares de prensa relacionados con la salud adolescente generan alarmas innecesarias.**

**En términos generales la salud de I@s adolescentes español@s no debería generar alarmas.**

En el presente texto se intentará aportar luces a las alarmas, con la finalidad de relativizarlas, y poder presentar el estado actual de la salud de I@s adolescentes de una forma precisa y acotada a la realidad. Aunque en última instancia, debe ser el lector quien emita su juicio de valor sobre la idoneidad de las alarmas. En términos generales, la salud de I@s adolescentes

español@s no debería generar excesiva preocupación, como así lo recogieron las noticias publicadas a tenor de la presentación del Informe OMS, porque encontramos "*la felicidad adolescente*"<sup>4</sup> producto del "*retrato del adolescente español: deportista, tardío para el sexo y sociable*"<sup>5</sup>, aunque algunos destacaban los peores aspectos, al apuntar a "*los adolescentes españoles, líderes mundiales en consumo de porros*"<sup>6</sup>, aunque cuantitativamente no varíe

<sup>2</sup> El Periódico, 13 de septiembre de 2010.

<sup>3</sup> La Vanguardia, 25 de noviembre de 2011.

<sup>4</sup> La Vanguardia, 3 de mayo de 2012.

<sup>5</sup> La Vanguardia, 2 de mayo de 2012.

<sup>6</sup> El Periódico, 3 de mayo de 2012.

mucho, es de justicia apuntar que l@s español@s son l@s segund@s, los “*líderes mundiales*” por haber fumado cannabis en el último mes son los canadienses.

**La salud de l@s adolescentes presenta claros oscuros que deben posibilitar intervenciones efectivas.**

El pánico provoca estampidas con consecuencias funestas, y aunque la salud de l@s adolescentes presenta claros oscuros, lejos de justificar una relajación de las partes implicadas, debe invitar a la reflexión con la finalidad de posibilitar la ejecución de intervenciones efectivas y evitar caer en los sinsentidos de las alarmas. Que no cunda el pánico.

## CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS.

**Los aspectos socioculturales limitan la comparación de los determinantes de salud procedentes de treinta y nueve países.**

En ocasiones los indicadores estadísticos se asumen como un reflejo fidedigno de la realidad por su carácter objetivo y aséptico. No obstante, las ciencias sociales hermenéuticas consideran que son aproximaciones a una realidad determinada, y en ningún caso son verdades inamovibles. A la hora de entender los datos

del Informe OMS, además de tener en cuenta la limitación de los indicadores, los aspectos socioculturales modifican la manera de interpretar el fenómeno de estudio. La encuesta recibió una traducción cultural con el objetivo que las preguntas fuesen comprensibles en los treinta y nueve países. No obstante, las respuestas obtenidas están travesadas por la sociedad y la cultura del entrevistad@, es decir, los diferentes determinantes de salud son construidos según cada realidad sociocultural, por tanto, en un cultura determinada algunas prácticas relacionadas con la salud pueden ser entendidas como desviadas y estigmatizadas, y en otra cultura gozar de cierta normalización social. La forma en como se entiende culturalmente un determinante de salud influirá en las respuestas. Por tanto, la comparación de un determinante entre los diferentes países puede llevar a conclusiones erróneas.

A pesar de estas limitaciones, se presentan los resultados de l@s estudiant@s español@s para los determinantes sociales de salud más relevantes. Estos son: el consumo de drogas, la sexualidad, las relaciones presenciales y virtuales, el bullying, la comunicación entre padres, madres e hij@s, la relación con la escuela, el sobrepeso e imagen corporal, la percepción sobre la propia salud, la actividad física y el sedentarismo. Los indicadores presentados en el Informe OMS permiten tanto una aproximación sintética de la salud adolescente, como la comparación de los resultados de treinta y nueve países. Deseamos que las comparaciones sean

**Los indicadores presentados en el Informe OMS permiten tanto una aproximación sintética de la salud adolescente, como la comparación de los resultados de treinta y nueve países.**



útiles, y no deriven en odiosas.

**Los resultados de I@s adolescentes español@s en el Informe OMS han sido contrastados con otros estudios y con noticias de prensa.**

Los resultados de I@s adolescentes español@s en el Informe OMS han sido contrastados tanto con estudios sociales como con noticias de prensa. Los estudios han sido utilizados tanto para referenciar el texto, como en la medida de lo posible, presentar indicadores comparables o semejantes a los

presentados por el Informe OMS, empresa no siempre conseguida, ya que la última Encuesta Nacional de Salud corresponde al 2003. Los periódicos utilizados son de ámbito estatal, especialmente El País y La Vanguardia, debido a su sensibilidad por el tema y el fácil acceso a las noticias en formato digital, la finalidad de su uso es mostrar algunos ejemplos de cómo se ha abordado la salud de I@s adolescentes en la prensa.

## CONSUMO DE DROGAS

La historia reciente del Estado español justifica, en cierta manera, la preocupación hacia el consumo de drogas. Los consumos compulsivos de heroína, durante los años ochenta se asociaron con la delincuencia, la enfermedad, la marginación y también con la muerte. Emergía entonces *“el problema de la droga”* (Pallarés, 1995). A partir de ese momento han sido recurrentes las alarmas asociadas al consumo de drogas. Durante los noventa la quimera vino con el éxtasis, a principios de los 2000 con la cocaína y el cannabis, y actualmente con el alcohol. Por tanto, hace más de treinta años que las drogas son una quimera social, en especial para los padres y las madres (Romaní, 2009).

**Hace más de treinta años que las drogas son una quimera social, en especial para los padres y las madres.**

En la actualidad sólo una minoría de consumidor@s mantienen en un estilo de vida yonqui. La inmensa mayoría de consumidor@s de drogas fiscalizadas se mantienen normalizad@s socialmente y alejad@s de la imagen del drogodependiente (Martínez Oró, 2012). El consumo de drogas entre l@s adolescentes ha hecho correr ríos de tinta, tanto desde los estudios sociales como desde la prensa. A nivel académico se ha trabajado el consumo de drogas entre l@s adolescentes desde diferentes ópticas, a modo de ejemplo, Megías, (2010) ahonda en el valor simbólico del consumo de alcohol en la adolescencia, Rodríguez San Julián (2009) presenta el significado de los riesgos asociados al consumo de drogas para l@s jóvenes, Martínez Oró y Pallarés (2009) presentan los discursos de l@s adolescentes sobre la cocaína. Y los titulares de prensa han hecho eco del consumo de drogas entre l@s adolescentes, como ejemplo, por su reciente novedad *“unos 76.000 jóvenes españoles han probado alguna vez una droga emergente”*<sup>7</sup> y por su impacto *“unos 40.000 adolescentes son “consumidores problemáticos” de cannabis”*<sup>8</sup> o *“adolescentes atrapados en la cocaína”*<sup>9</sup>.

**Los titulares de prensa han hecho eco de los peligros del consumo de drogas entre l@s adolescentes.**

<sup>7</sup> La Vanguardia, 1 de diciembre de 2011.

<sup>8</sup> El País, 21 de octubre de 2009.

<sup>9</sup> El País, 11 de septiembre de 2005.

Las altas prevalencias del consumo de drogas entre la población joven, provocó la puesta en marcha de una cantidad nada desdeñable de programas de prevención. Estos programas se sustentan desde diferentes ópticas, utilizan diferentes metodologías y persiguen diferentes objetivos. La última encuesta escolar ESTUDES (2010), elaborada por el Plan Nacional Sobre Drogas, corrobora la tendencia al descenso del consumo de drogas ya iniciada en el 2008, especialmente de cannabis y cocaína. La menor incidencia del consumo de drogas, se explica por la efectividad de algunas estrategias preventivas y por procesos socioculturales complejos, que construyen las drogas como menos atractivas.

**El descenso del consumo de drogas, se explica por la efectividad de algunas estrategias preventivas y por procesos socioculturales complejos.**

**Una de cada cuatro chicas españolas de quince años fuma tabaco al menos una vez a la semana.**

El Informe OMS presenta resultados de consumo de tabaco, alcohol y cannabis. El consumo de tabaco está alejado de la vida de la mayoría de l@s adolescentes. A los once años fuma al menos una vez a la semana el 0% de las niñas españolas, a los trece años el 5% y a los quince aumenta hasta el 23%. A los quince años las españolas fuman por encima del 18% de media. Los chicos españoles están por debajo de la media, 1%, 5% y 15% respectivamente (véase gráfico 1). El Estado español se mantiene en la zona media del ranking, a los once y trece años ocupan la posición decimoséptima para situarse a los quince años en la decimosexta de treinta y nueve países.

En lo que refiere al consumo alcohol, a los once años el 0% de las chicas y el 3% de los chicos españoles beben al menos una vez a la semana (media del 4%), a los trece años aumenta hasta el 5% y el 8% respectivamente (media del 8%), para situarse a los quince años en el 22% las chicas y en el 23% los chicos.

El gráfico 1 muestra como l@s español@s se inician más tarde en el consumo de alcohol, pero cuando lo hacen, a partir de los trece y catorce años, beben en mayor proporción que l@s adolescentes de los otros países.

**L@s español@s aumentan dieciséis posiciones en el ranking de beber alcohol al menos una vez a la semana. Pasan de la posición trigésimo segunda a los once años, a la decimosexta a los quince años.**

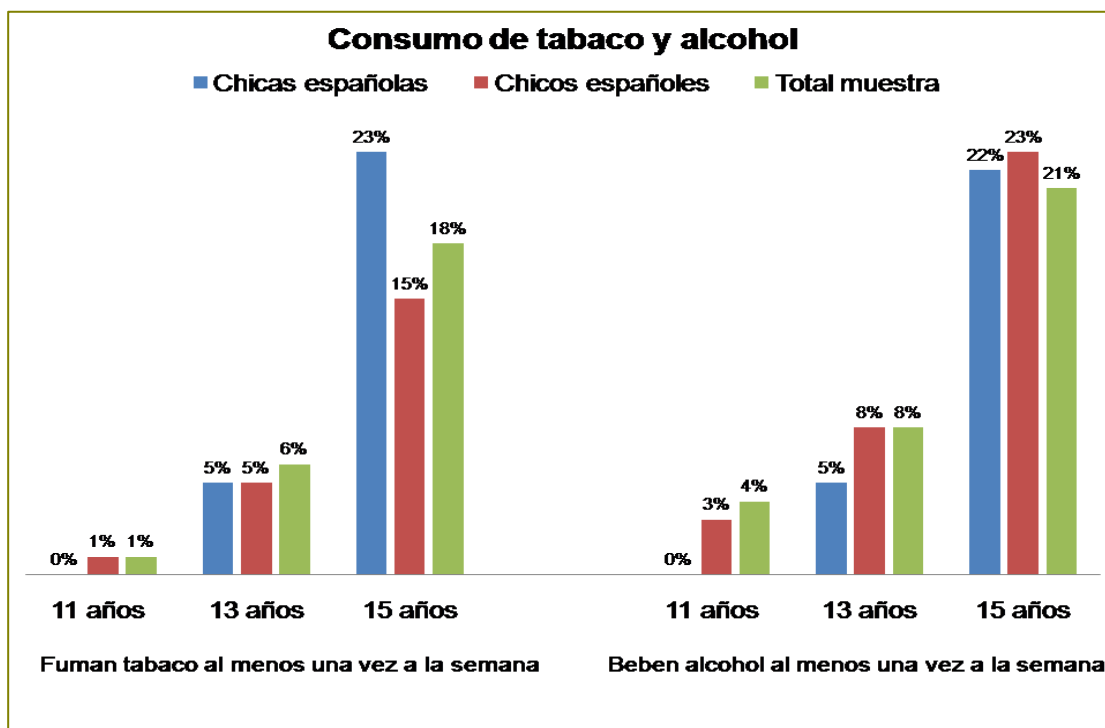


Gráfico 1. Porcentaje de adolescentes que consumen tabaco y alcohol al menos una vez a la semana. Elaboración propia a partir de datos de la OMS.

**El alcohol es la única sustancia en difusión entre I@s adolescentes. Beber alcohol es una práctica grupal normalizada.**

Beber alcohol es para I@s adolescentes una práctica grupal normalizada en los contextos de ocio (Martínez Oro et al., 2009). La ESTUDES 2010 indica que el alcohol es la única droga en difusión entre la población adolescente, el 2006

bebió alcohol en el último mes el 58% de la población escolar de 14-18 años, el 2008 el 58,5% y el 2010 el 63%. El consumo de alcohol en adolescentes va de la mano del botellón, una práctica consolidada en casi todo el territorio español. Debido a la crisis económica o por el componente relacional, "el 'botellón' se resiste"<sup>10</sup> a desaparecer con la edad, y se mantiene entrada la juventud.

<sup>10</sup> El País, 11 de enero de 2009.

La normalización social del consumo de alcohol es producida por diversos factores. Entre estos aunque parezca paradójico, encontramos el discurso adulto y el institucional. Un ejemplo sería la campaña de prevención del Ministerio de Sanidad “Alcohol en menores no es normal”, presentada el 14 de noviembre de 2011, cuyo objetivo es evitar el consumo de alcohol en menores. Para conseguirlo utiliza mensajes como “lo normal para su edad es haber tenido relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol”, (ver foto), y también se advierte explícitamente que “esto no debería ser normal”.



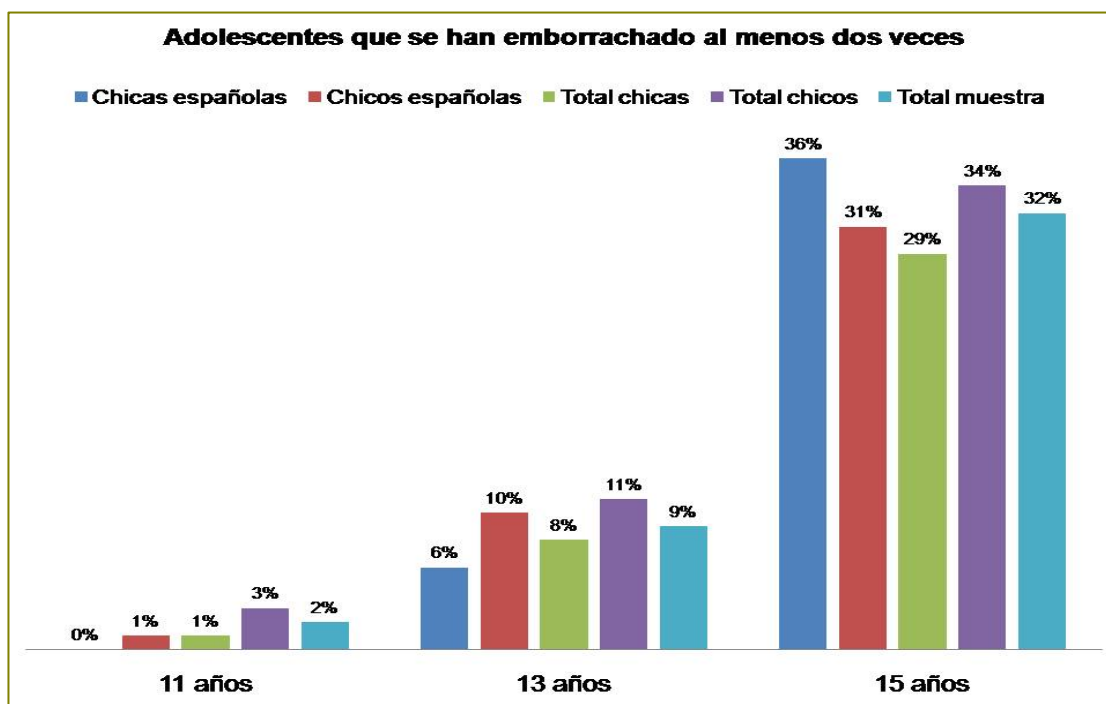
Una de las consecuencias de este mensaje es reforzar la “normalidad percibida” de I@s adolescentes. Esta normalidad apunta que tod@s I@s adolescentes beben. Por tanto, aunque se les diga que no es normal, algun@s creen que puede ser muy normal mantener relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol. Por tanto, I@s que reciban este mensaje y no hayan participado de esta normalidad se darán prisa en beber alcohol para ser normales.

**A los quince años se han emborrachado al menos dos veces en la vida el 36% de las chicas y el 31% de los chicos españoles.**

Las borracheras son una práctica de riesgo que despierta cierta preocupación. En la ESTUDES 2010 el 35,6% de la población escolar española (14-18 años) se había emborrachado en el último mes, un fenómeno en difusión, en 1994 el 16,1% se había emborrachado en el último mes, en el 2006 el 25,1%, en el 2008 el 29,1%, y en el 2010 el 35,6%. Según el Informe OMS, el 36% de las chicas y el 31% de los chicos españoles a los quince años se han emborrachado al menos dos veces en la vida, la media de la muestra es del 32%. El 34% de los chicos y el 29% de las chicas de quince años del total de la muestra se han emborrachado al menos dos

**La normalización social del consumo de alcohol requiere de intervenciones preventivas eficaces para evitar riesgos y daños.**

veces (véase gráfico 2). L@s español@s ocupan la posición dieciséis. Las chicas españolas además de haberse emborrachado más que sus pares chicos, lo han hecho por encima de la



media de la muestra.

*Gráfico 2. Porcentaje de adolescentes que se han emborrachado al menos dos veces en la vida. Elaboración propia a partir de datos de la OMS.*

**A los quince años el 25% de las chicas y el 30% de los chicos han fumado cannabis alguna vez.**

En el indicador de haber fumado cannabis alguna vez en la vida, l@s adolescentes español@s de quince años se sitúan en quinto lugar del ranking. A esta edad el 25% de las chicas y el 30% de los chicos han fumado cannabis alguna vez en la vida. La media del estudio es del 15%

para las chicas y del 20% para los chicos. Porcentajes españoles muy por encima de la media. Esto se puede explicar por tres factores. El primero, la Península Ibérica es lugar de paso casi obligado del hachís marroquí hacia Europa, y en consecuencia existe oferta estable de hachís (EMCDDA, 2011). El segundo factor, el aumento del autocultivo en los últimos años (Martínez Oró et al, 2010). Y el tercer factor, fumar porros es una práctica normalizada entre la población juvenil –y no tan joven- española (Martínez Oró, et al, 2010).



Estos tres factores también sirven para dar cuenta del consumo en el último mes. El 17% de los chicos y el 15% de las chicas españolas han fumado cannabis en el último mes. Según la encuesta ESTUDES el 17,2% de la población escolar española (14-18 años) ha fumado cannabis en el último mes. L@s español@s ocupan el segundo lugar, superados únicamente por los canadienses. A destacar el oncenavo puesto de l@s holandeses, aunque el Estado holandés aplique unas políticas más permisivas respecto al cannabis, sus adolescentes fuman en menor medida que l@s español@s. En relación a la media, l@s español@s se sitúan muy por encima, el 6% de las chicas de la muestra y el 9% de los chicos han fumado cannabis en el último mes.

**El 17% de los chicos y el 15% de las chicas españolas han fumado cannabis en el último mes. Ocupan el segundo lugar en el ranking.**

**El 93,2% de l@s consumidor@s de cannabis se sitúa en la categoría de “ningún riesgo de abuso de cannabis”.**

Aunque los porcentajes de consumo de cannabis en el último mes son elevados, el estudio realizado por el EMCDDA y el PNSD “Consumo problemático de cannabis en estudiantes españoles de 14-18 años” muestra cómo a partir de la aplicación del cuestionario de cribaje del consumo problemático de cannabis (CAST), el 93,2% de l@s consumidores de cannabis se sitúan en la categoría de “ningún riesgo de abuso de cannabis”, el 6% en un “bajo riesgo de abuso”, y sólo el 0,9% en un “alto riesgo de abuso”. Estos datos son producto de un proceso de investigación para validar tres escalas de cribaje del consumo de riesgo o problemático de cannabis, por tanto, los datos del estudio del EMCDDA y el PSND, pueden acaecer de fiabilidad, no obstante, sirven para ilustrar cómo sólo una minoría de consumidores de cannabis desarrollan problemas.

Estudios etnográficos como el “*Observatori de Nous Consums de Drogues*”, corroboran la baja incidencia de los consumos problemáticos de cannabis. El Observatori apunta cómo “*el consumo de cannabis es propio de adolescencia tanto por el componente trasgresor como por las ganas de ser diferente, aunque solo una minoría desarrolla problemas (...). A partir de los 20-22 años disminuye el consumo repetitivo de cannabis durante los tiempos formales, reservándose el consumo para los tiempos informales una vez cumplidas las obligaciones diarias* (Martínez Oró, et al., 2009).

**“El consumo de cannabis es propio de adolescencia (...) aunque solo una minoría desarrolla problemas”.**

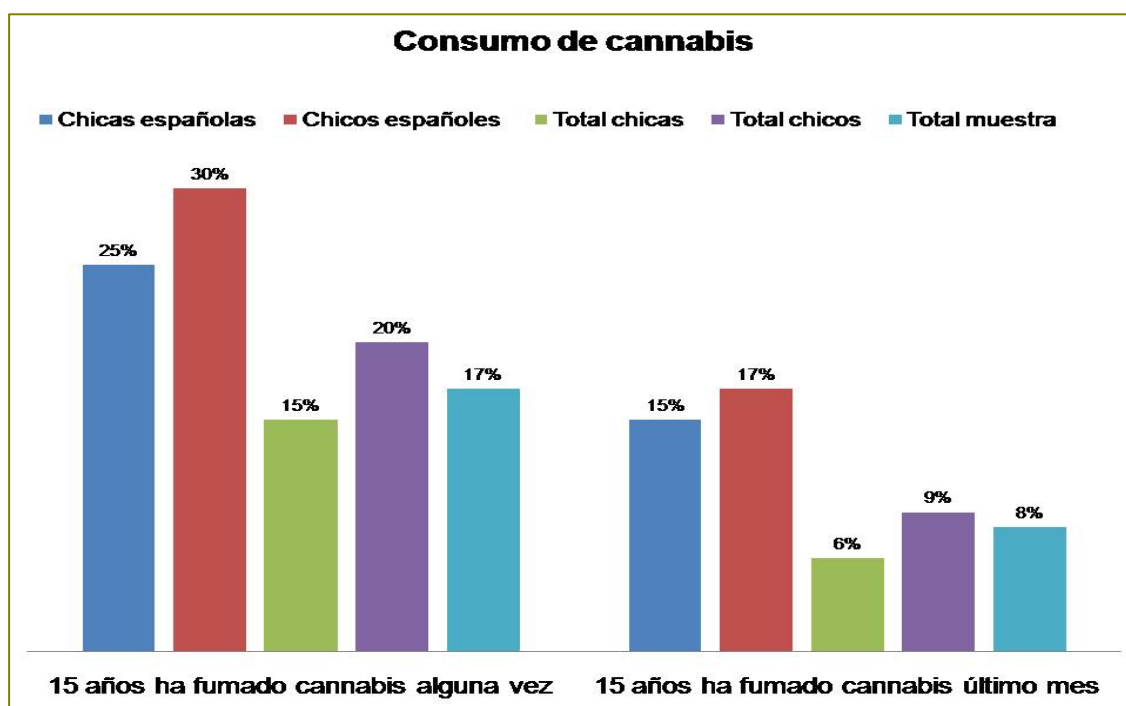


Gráfico 3. Porcentaje de adolescentes que han consumido cannabis alguna vez en la vida y en el último mes. Elaboración propia a partir de datos de la OMS.

## SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCIÓN

En los últimos años, se ha destacado cómo *“las jóvenes del siglo XXI adelantan su iniciación sexual”*<sup>11</sup>, a veces esta precocidad ha despertado la preocupación por la transmisión de enfermedades venéreas o embarazos no deseados porque *“los embarazos entre adolescentes aumentan un 18.6% en Barcelona”*<sup>12</sup>. Según el Ministerio de Sanidad (2011) en el 2010 el colectivo de mujeres de 19 años o menos presentaba una tasa de aborto de 12,71 por cada mil mujeres. Es la educación sexual y no la precocidad la que correlaciona directamente con los riesgos asociados a la sexualidad. Otra característica relacionada con la sexualidad adolescente ha sido la frivolidad y promiscuidad, debido que *“el sexo adolescente se salta la seducción”*<sup>13</sup>.

**Es la educación sexual y no la precocidad la que correlaciona directamente con los riesgos asociados a la sexualidad.**

**El 85% de las chicas y el 81% de los chicos españoles han utilizado el preservativo en la última relación, porcentajes por encima del 78% de media.**

Según el Informe OMS a los quince años el 20% de las chicas y el 23% de los chicos han mantenido relaciones sexuales. La precocidad de I@s español@s es inferior al 26% de media. En relación al uso de anticonceptivos, el 85% de las chicas y el 81% de los chicos han utilizado el preservativo en la última relación, porcentajes por encima del 78% de media. No obstante, el uso de píldoras anticonceptivas es bastante bajo, el 8% de las chicas y el 3% de los chicos se ha protegido con píldora durante la última relación, la media es del 22%. Aunque I@s adolescentes español@s tienen, en cierta medida integrado el uso de métodos anticonceptivos, el 15% ha mantenido relaciones sexuales sin protección. Es obvio que se debe continuar trabajando en la educación sexual, para controlar los embarazos no deseados y las enfermedades venéreas. Esperemos

<sup>11</sup> La Vanguardia, 5 de mayo de 2003.

<sup>12</sup> La Vanguardia, 20 de noviembre de 2009.

<sup>13</sup> El País, 19 de enero de 2008.

que no se cumplan los augurios respecto al SIDA porque los *“expertos afirman que los recortes son un retroceso de 30 años en la lucha antisida”*<sup>14</sup>.

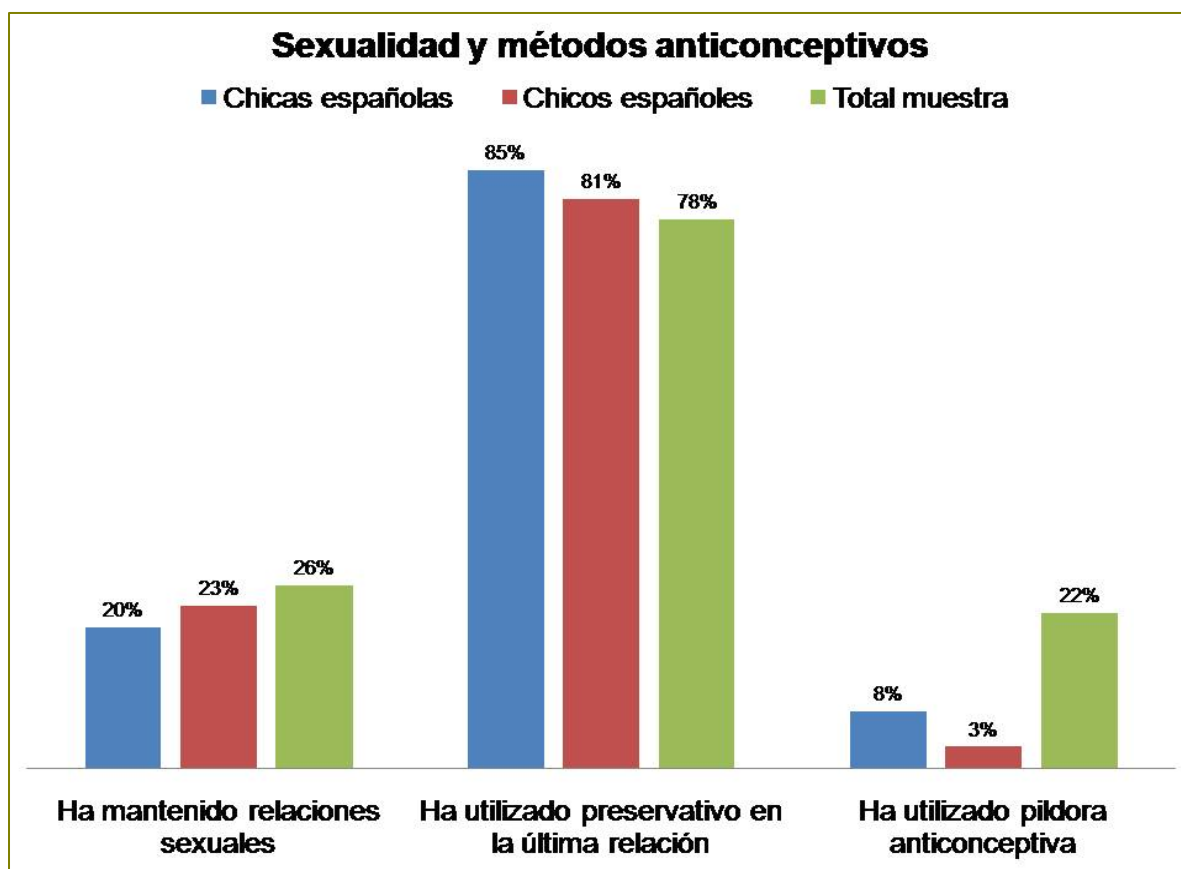


Gráfico 4. Porcentaje de adolescentes que han mantenido relaciones sexuales y han utilizado preservativo en la última relación, o píldora anticonceptiva. Elaboración propia a partir de datos de la OMS.

<sup>14</sup> El País, 8 de mayo de 2012.

## AMISTADES PRESENCIALES Y VIRTUALES.

**Los espacios virtuales son contextos de sociabilización tan importantes como los presenciales.**

Qué hacen I@s adolescentes en el tiempo libre y cómo se relacionan, ha sido objeto de estudio para las ciencias sociales (Pallarés y Laespada, 2000). Laespada (2010) apunta cómo I@s actuales adolescentes son la primera generación que ha crecido gestionando la identidad virtual, y cómo los espacios virtuales son contextos de sociabilización tan importantes como los presenciales. El sentido común podría hacer pensar que I@s adolescentes pasan demasiado tiempo conectados. En prensa se ha podido leer "los jóvenes viven en la red"<sup>15</sup>, con el consecuente descenso de las relaciones presenciales, así como omitir obligaciones escolares, ya que "docentes alertan que "hay un incremento lineal entre el número de suspensos y las horas que se dedican a Internet"<sup>16</sup>. Y en casos fatalistas se apunta cómo "aumenta el número de adolescentes enganchados a juegos de rol por Internet"<sup>17</sup>, es decir, se relaciona directamente jugar por Internet con la adicción. Hasta aquí se puede atisbar cómo las noticias sobre adolescentes e Internet, siguen una línea argumental que puede generar en el lector cierta angustia. Aunque también se han publicado artículos con un discurso más tranquilizador porque "tanto Tuenti no los vuelve raritos"<sup>18</sup>.

**Las noticias sobre adolescentes e Internet, siguen una línea argumental que puede generar angustia.**

**L@s adolescentes español@s se relacionan mucho presencialmente y poco virtualmente.**

Según los datos del Informe OMS, I@s adolescentes español@s se relacionan mucho presencialmente y poco virtualmente. Para el

<sup>15</sup> La Vanguardia, 11 de noviembre de 2011.

<sup>16</sup> La Vanguardia, 25 de diciembre de 2011.

<sup>17</sup> El País, 23 de abril de 2009.

<sup>18</sup> El País, 14 de julio de 2011.

indicador “pasar 4 o más tardes con sus amigos”, a los once años ocupan el tercer lugar, el segundo a los trece, y el tercero a los quince, superad@s solo por l@s de Groenlandia y Rusia. A los once años el 39% de las niñas y el 45% de los niños pasan 4 o más tardes con sus amigos. Los porcentajes aumentan tenuemente a los trece y se mantienen estables a los quince, en que el 40% de las chicas y el 50% de los chicos pasan 4 o más tardes con su amig@s (véase el gráfico 5).

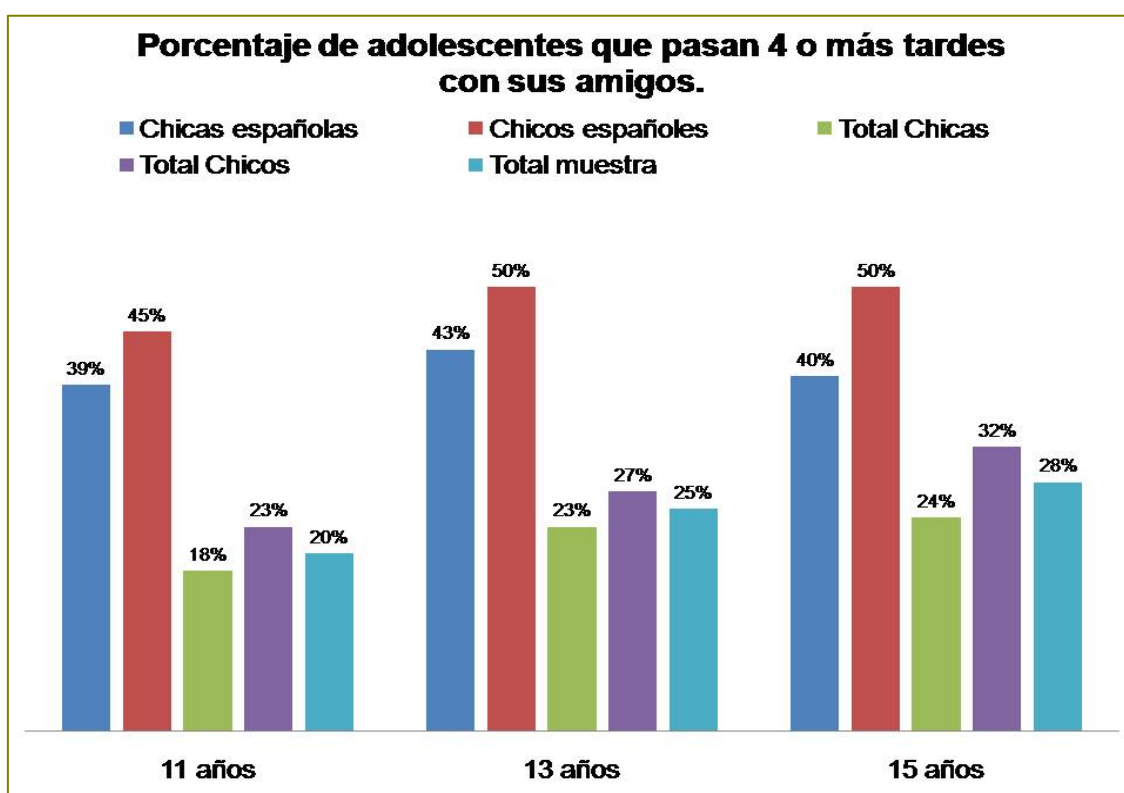


Gráfico 5. Porcentaje de adolescentes que pasan 4 o más tardes con sus amigos. Elaboración propia a partir de datos de la OMS

L@s español@s son de los 39 países l@s que mantienen menos comunicación virtual con sus

**Los resultados del Informe OMS contradicen la sensación que l@s adolescentes se pasan el día conectados.**

amig@s. A los once años el 15% de las niñas y el 14% de los niños mantienen contacto por Internet con sus amig@s cada día, a los trece años aumenta hasta el 35% y el 21% respectivamente, y a los quince hasta el 45% y el 25% (media del 57%). A los quince años las chicas españolas



superan en 20 puntos a los chicos.

**La sociabilización virtual entre I@s español@s es baja.**

Los porcentajes de sociabilización por Internet de I@s español@s, en el mismo sentido que I@s adolescentes de los otros países, aumentan con la edad, pero como muestra el gráfico 6, I@s español@s se relacionan virtualmente en menor medida. A los once años I@s español@s ocupan el trigésimo sexto lugar, a los trece el

trigésimo octavo (penúltimo) y a los quince años trigésimo noveno y último lugar. Vistos estos resultados, la sociabilización virtual entre I@s español@s es baja, y aunque algun@s adolescentes realicen usos compulsivos, la incidencia es inferior respecto a otros países.

**Las chicas se relacionan más por virtualmente y los chicos más presencialmente.**

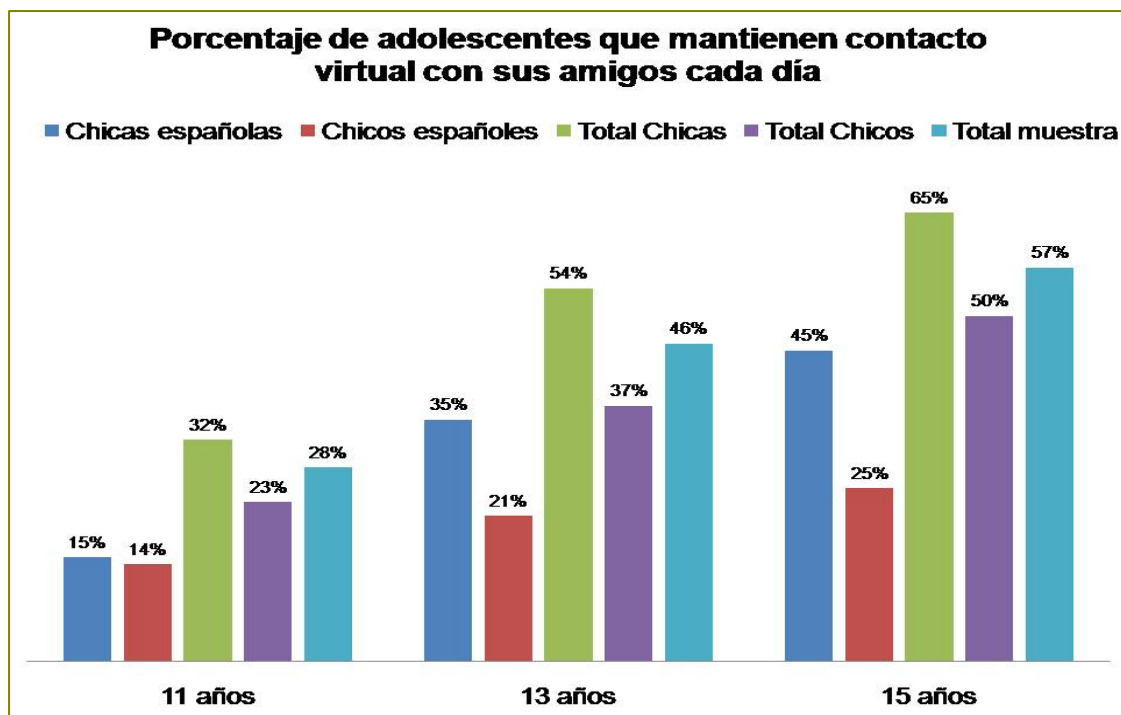


Gráfico 6. Porcentaje de adolescentes que mantienen contacto virtual con sus amigos cada día. Elaboración propia a partir de datos de la OMS.

## BULLYING

El 21 de setiembre de 2004 se suicidó Jokin<sup>19</sup>, de 14 años vecino de Hondarrabia porque no podía sufrir más el acoso de los alumnos del instituto. Este caso fue el punto de inflexión para combatir el fenómeno del bullying. El acoso a compañer@s de escuela pasó de ser considerado una gamberrada reprochable, a un asunto serio que debía de ser atajado de raíz (Avilés, 2006). A tenor de procesos socioculturales y al trabajo realizado para eliminar el bullying de la escuela, el índice de bullying entre l@s adolescentes español@s es más baja que en el resto de países.

Los índices de bullying entre l@s adolescentes español@s es más baja que en el resto de países.

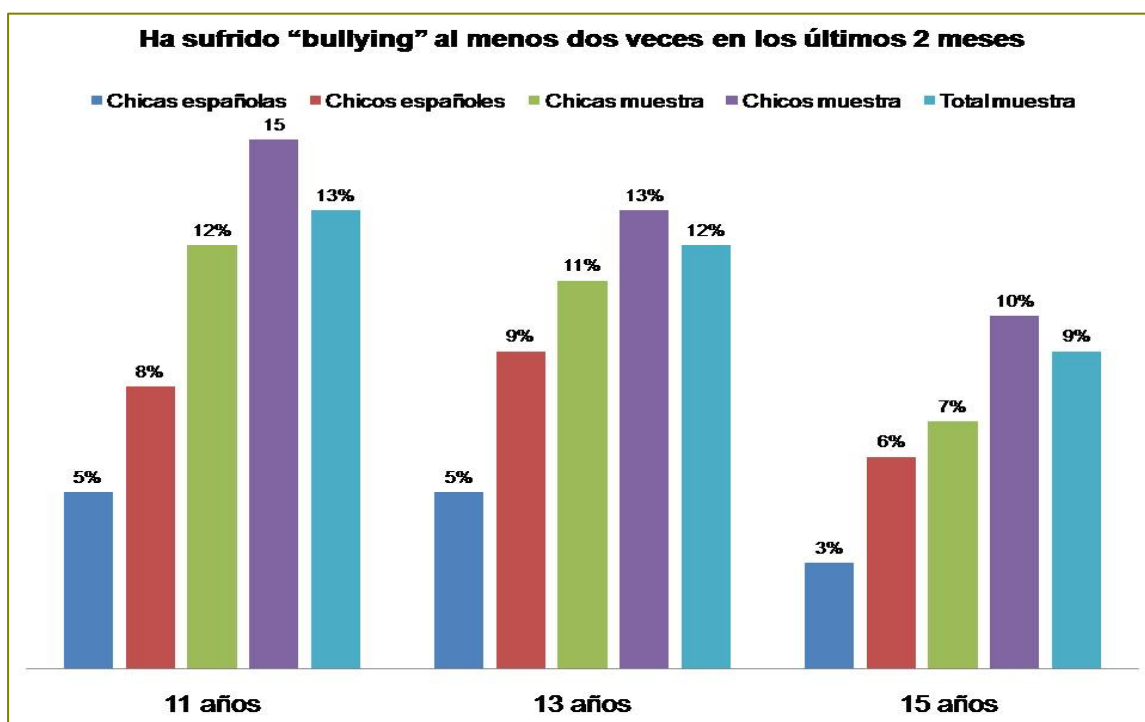


Gráfico 7. Porcentaje de adolescentes que han sufrido bullying al menos dos veces en los últimos dos meses. Elaboración propia a partir de datos de la OMS.

<sup>19</sup> La Vanguardia, 3 de octubre de 2004.

El 5% de las chicas españolas y el 8% de los chicos de once años ha sufrido bullying en los últimos dos meses, para el conjunto de la muestra es del 12% entre las chicas y del 15% entre los chicos. A los quince años desciende el número de adolescentes que sufren bullying, situándose en el 3% entre las chicas y el 6% entre los chicos, por debajo del 9% del total de la muestra. A mayor edad menos bullying. L@s español@s a los trece y a los quince años, se sitúan en la posición trigésimo segunda, y a los once años se sitúan en la posición trigésimo cuarta, es decir, en términos comparativos l@s adolescentes español@s suben dos posiciones en el ranking de sufrir bullying.

## COMUNICACIÓN ENTRE MADRES, PADRES, HIJOS E HIJAS.

Desde diferentes orientaciones de la psicología, se ha apuntado cómo la comunicación y la confianza mutua, son claves para el correcto desarrollo emocional y relacional durante la infancia y la adolescencia (Herrero Olaizola, et al., 2005, López Valero, Encabo, 2001). Una mirada socio histórica hacia la comunicación familiar muestra la novedad en la historia del fenómeno (Sullivan, 1996). No hace falta realizar excesiva memoria para recordar los padres como figuras déspotas. La ley del orden y mando del cabeza de familia prevalecía por encima de la comunicación y la voluntad de l@s otr@s miembros (Cordero del Castillo, 2010). Procesos sociales como, la incorporación de la mujer al trabajo, los talantes “democráticos”, la adquisición de nuevos valores en el seno familiar, así como el activismo feminista han soslayado el patriarcado (Verdugo, 2010). En consecuencia han emergido nuevos valores familiares que facilitan la comunicación paterno filial (Elzo, 2010).

**Una mirada socio histórica hacia la comunicación familiar muestra la novedad histórica del fenómeno.**

**Para explicar el porqué de la precaria comunicación se recurre a chivos expiatorios como, Internet, la televisión o el estrés, pero nunca se apunta a la nula tradición comunicativa de la familia española.**

La comunicación familiar es valorada positivamente por la opinión pública, pero en una minoría de familias es un valor integrado en el día a día. Existen familias que lejos de tener una comunicación armoniosa, reproducen valores autoritarios de ataño para cumplir las exigencias actuales, llegando a crear problemas en el seno familiar porque *“son padres, no los dueños de sus hijos”*<sup>20</sup>.

La psicología ha señalado incesantemente la importancia de la buena comunicación en el seno familiar, como indicador de una excelente salud emocional, y como estrategia preventiva para evitar problemas psicosociales (Encabo, López Valero, 2001). El imaginario colectivo acepta como idónea la buena comunicación familiar, a tenor de la presentación del Informe OMS, el

<sup>20</sup> La Vanguardia, 11 de marzo de 2012.

ABC publicaba cómo *“una buena relación con los padres, fundamental para enfrentar situaciones de riesgo”*<sup>21</sup>. Si la comunicación es clave para el futuro bienestar de l@s hij@s, l@s español@s se sitúan en una excelente posición. Según el estudio de la OMS, en términos generales l@s adolescentes españoles consideran fácil hablar con su madre. El gráfico 8 muestra como l@s español@s superan la media en todas las franjas de edad. A los quince años el 81% de las chicas y el 79% de los chicos españoles considera fácil hablar con su madre (media del 78%). L@s español@s a los once años ocupan la octava posición, a los trece años la decimotercera, y a los quince la decimoprimer. Con la edad se produce un descenso de los porcentajes, común en todos los países, tenuemente más acentuado entre l@s español@s.

**Las chicas mantienen mejor comunicación con sus madres, seguidas a poca distancia por los chicos.**

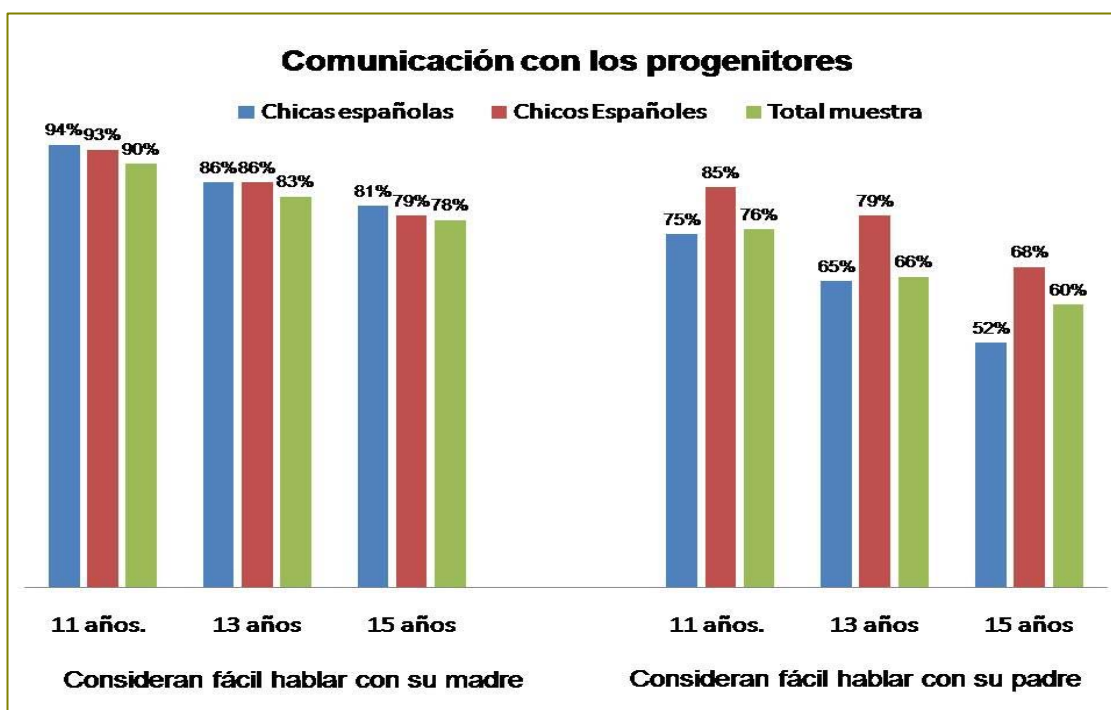


Gráfico 8. Porcentaje de adolescentes que consideran fácil hablar con sus progenitores. Elaboración propia a partir de datos de la OMS.

<sup>21</sup> ABC, 2 de mayo de 2012.

Si la comunicación con la madre presenta pocas diferencias entre sexos, en la relación con el padre los chicos mantienen mejor comunicación que las chicas. Mientras que las chicas españolas están a la par de la media del estudio, a los once años el 75% mantiene una buena comunicación con su padre, a los trece años el 65% y a los quince el 52%. Los chicos españoles presentan porcentajes superiores a la media, a los once años el 85% mantiene una buena comunicación con su padre, a los trece años el 79% y los quince años el 68%. A los quince años los chicos españoles superan en 16 puntos a las chicas. En esta edad, l@s español@s ocupan la posición decimonovena, mientras que a los trece la decimoprimer, y a los once la decimosegunda.

**A los quince la relación con el padre se degrada en menor medida que entre sus pares extranjeros.**



## RELACIÓN CON LA ESCUELA

La escuela junto a la familia es la institución social más influyente en el proceso de socialización (Giddens, 1993). No nos extenderemos en dar cuenta sobre la necesidad de la escolarización y de la idoneidad de la buena relación entre vástagos, progenitores y escuela. El escenario ideal sería una relación excelente entre los tres grupos, aunque es bien sabido, que la escuela es la cruz de la infancia y la adolescencia. Respecto a l@s adolescentes español@s, el Informe OMS presenta tres indicios remarcables de la relación entre l@s adolescentes y la escuela. El primero, previsible, tal como avanza la edad disminuye el

**L@s español@s en cuestión de cuatro años descienden diez posiciones en el ranking de “les gusta mucho la escuela.”**

porcentaje de l@s que les gusta la escuela. El segundo, l@s español@s en cuestión de cuatro años descienden diez posiciones en el ranking “*les gusta mucho la escuela*”, a los once años ocupan la vigésima posición, a los trece la vigésimo séptima, y a los quince años la trigésima. Y la tercera, l@s adolescentes español@s ocupan los primeros lugares en el ranking “*sienten presión por la tareas de la escuela*”.

A los once años, el 49% de las chicas españolas y el 38% de los chicos les gusta mucho la escuela, (media del 40%), a los trece años están por debajo de la media (25% chicas, 17% chicos, media del 27%), y a los quince años se alejan notablemente (15% chicas, 13% chicos, media del 22%). Como tal cruz, la escuela puede generar malestar y presión. L@s español@s sienten presión por la tareas de la escuela por encima de la media de los treinta y nueve países. El gráfico 9 muestra cómo la presión aumenta con la edad.

**A los quince años el 64% de las chicas y el 59% de los chicos expresan sentir presión hacia las tareas de la escuela.**

**La escasa adherencia a la escuela muestra una disfunción del sistema escolar español.**

Respecto el ranking, a los once años ocupan el cuarto lugar, a los trece el segundo y a los quince el tercero. Estos indicadores hacen emerger preguntas como ¿por qué con la edad a l@s adolescentes español@s les gusta menos la escuela? ¿Por qué más de la mitad de l@s estudiantes de

quince años siente presión por las tareas de la escuela? La respuesta requeriría un profundo análisis de la institución escolar en el Estado español, lejos de esbozarlo en estas líneas, solo se puede apuntar cómo estos resultados son sintomáticos de una clara disfunción del sistema escolar español.

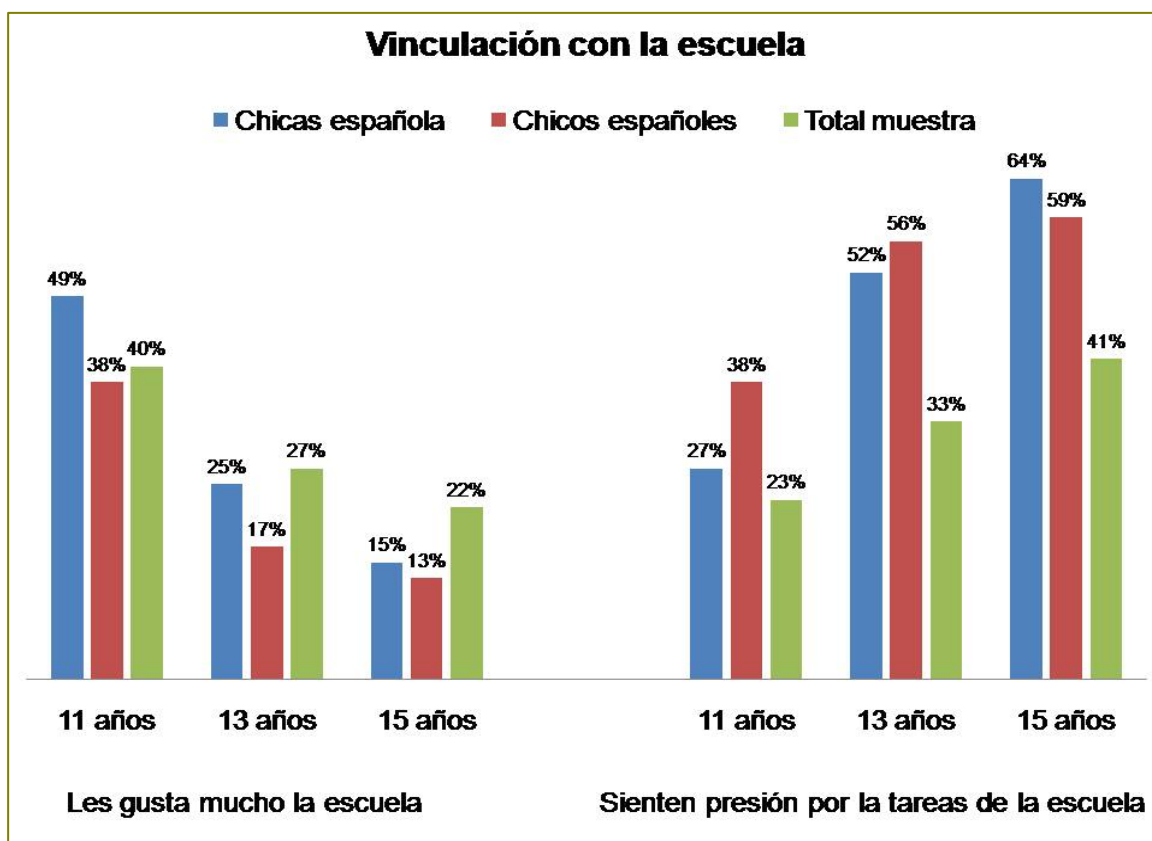


Gráfico 9. Porcentaje de adolescentes que les gusta mucho la escuela, y siente presión por la tareas de la escuela. Elaboración propia a partir de datos de la OMS.

## SOBREPESO E IMAGEN CORPORAL

**El sobrepeso generalizado, la preocupación por la imagen corporal y los trastornos alimentarios son fenómenos recientes en la historia.**

Los estilos de vida actuales han provocado “jóvenes sobradamente sedentarios”<sup>22</sup> en consecuencia “el sobrepeso afecta al 60% de los españoles”<sup>23</sup>. Y si el sobrepeso es un mal moderno, el culto por la belleza se convierte en el sarcoma cuando las adolescentes afirman, “soy muy gorda: me detesto”<sup>24</sup>. En las últimas décadas las sociedades avanzadas han asistido a la mitificación del cuerpo, la belleza se ha convertido en un garante, y en consecuencia se pugna por mantener la juventud eterna (Lypovestky, 2008, 2010). Los cánones de belleza conllevan que “las mujeres se sienten más presionadas que los hombres por tener una imagen perfecta”<sup>25</sup>, y ejerzan presión para adelgazar con los consecuentes riesgos de desarrollar un trastorno alimentario.

A tenor del Informe OMS, l@s adolescentes españoles presentan sobrepeso u obesidad en mayor medida que sus pares de los otros países. A los once años el 16% de las niñas y el 20% de los niños sufren sobrepeso (15% de media). A los trece años las chicas disminuyen hasta el 13% y a los quince hasta el 12%. El 21% de los chicos a los trece años y el 19% a los quince presentan sobrepeso. El gráfico 10 muestra cómo con la edad disminuye el porcentaje de chicas con sobrepeso. L@s español@s se sitúan en la parte alta de la tabla, aunque alejad@s del número uno, los EUA dónde el 27% de las chicas y el 34% de los chicos de quince años presentan sobrepeso u obesidad.

**En el ranking de sobrepeso, l@s español@s pierden posiciones con la edad, ocupan el décimo puesto a los once años, el octavo a los trece y el decimosegundo a los quince años.**

<sup>22</sup> El País, 2 de septiembre de 2010.

<sup>23</sup> La Vanguardia, 19 de mayo de 2012.

<sup>24</sup> El País, 30 de octubre de 2005.

<sup>25</sup> La Vanguardia, 15 de mayo de 2012.

**En cuatro años las chicas españolas aumentan un 20% la percepción de estar gordas.**

Las españolas están sustancialmente por encima de la media en el indicador “*piensan que están gord@s*” y los chicos por debajo. Con la edad desciende el porcentaje de españolas en sobrepeso, en cambio aumenta la percepción de estar gorda. A los once años el 25% de las adolescentes españolas consideran que están gordas, el 39% a los trece y el 45% a los quince. En cuatro años aumenta un 20% la percepción de estar gordas (véase Gráfico 10). Los chicos españoles en cuatro años sólo aumentan un 2%, el 23% a los once años, el 26% a los trece, y el 25% a los quince considera que está gordo.

Los datos de los chicos explican porque a pesar del aumento entre las chicas, l@s español@s suben sólo tres posiciones en el ranking de la percepción de estar gord@s. A los once años ocupan la dicimoctava posición, a los trece la decimosexta y los quince la décimoquinta. Según el INJUVE (2008) el 15% las chicas de quince a diecinueve años se consideraban gordas o muy gordas. Aunque los dos estudios presentan muestras no comparables, cabe la posibilidad que a partir de los quince años reduzca el pensamiento de estar gorda.

**La distorsión de la imagen corporal es severa entre las adolescentes españolas. Un 33% de las chicas de quince años considera que está gorda aunque su IMC sea adecuado.**

Se puede calcular la distorsión de la imagen corporal, a partir de diferencia entre l@s que están en sobrepeso y l@s que piensan que están gord@s. A los once años existe una diferencia del 9% entre las que están en sobrepeso y las que piensan que están gordas, a los trece es del 26% y a los quince años es del 33%. En cambio, los chicos españoles tienen una distorsión del 3%, 7% y 6% respectivamente. Sin duda, existe una gran presión hacia las chicas por estas bellas y delgadas, pero que un 33% de chicas, una de cada tres, piense que está gorda, y su peso no apunta en este sentido, es motivo de cierta preocupación. La distorsión de la imagen corporal puede conducir a realizar dietas innecesarias, y asumir riesgos que pueden conducir a trastornos alimentarios o psicológicos, y esto implica unos *“peligros de querer ser Barbie”*<sup>26</sup>.

<sup>26</sup> La Vanguardia, 1 de mayo de 2012.

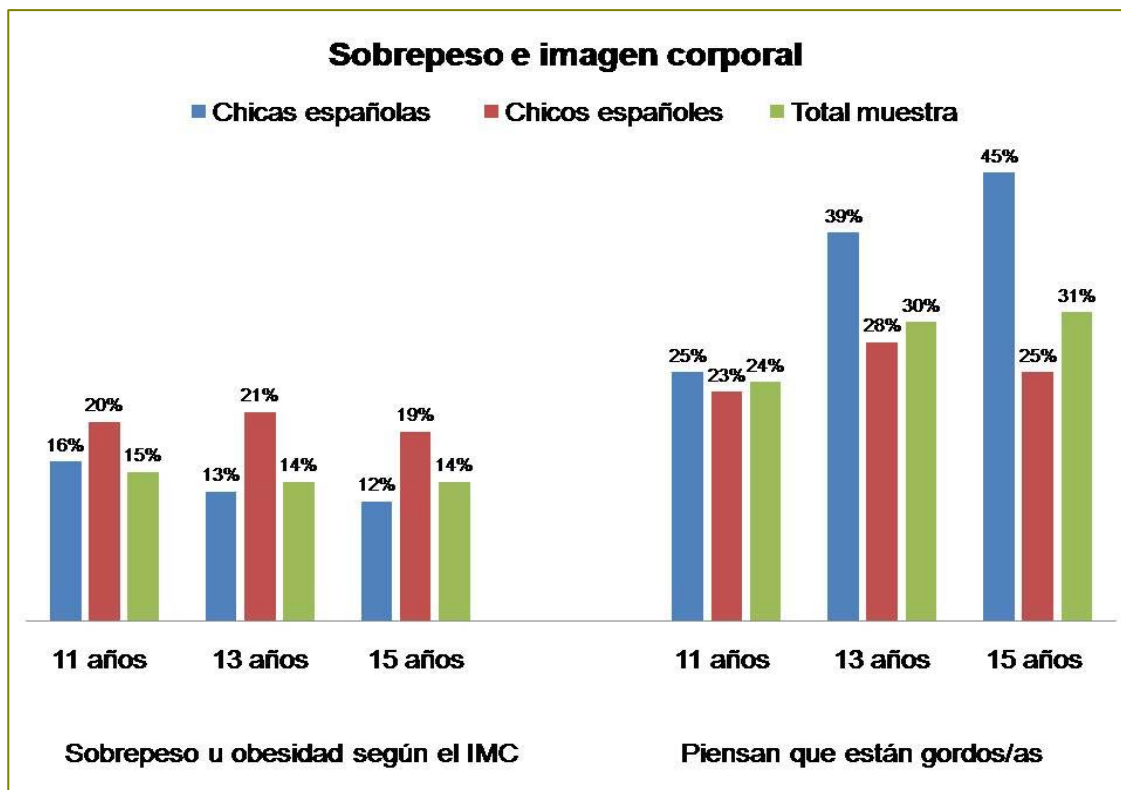


Gráfico 10. Porcentaje de adolescentes con sobrepeso u obesidad según el IMC. Porcentaje de adolescentes que piensan que están gordos. Elaboración propia a partir de datos de la OMS.

## ACTIVIDAD FÍSICA Y SEDENTARISMO

**El porcentaje de chicos y chicas que realizan al menos una hora de actividad física al día descende con la edad.**

La actividad física presenta diferencias significativas entre chicos y chicas. El 41% de los chicos de once años realiza al menos una hora de actividad física al día y el 25% a los quince. Las chicas pasan del 26% al 8%, respectivamente. A los once años l@s español@s ocupan el tercer lugar, a los trece el decimocuarto, y a los quince el decimosegundo, caen en el

ranking nueve posiciones, y aunque a los quince años aún estén en la parte alta de la tabla, dejan de realizar actividad física en mayor proporción que su pares.

Con la edad aumenta el porcentaje de adolescentes que miran 2 o más horas la televisión los fines de semana, tanto en valores absolutos como en comparación con los otros países. A los once y a los trece años l@s español@s se sitúan por debajo de la media, pero a los quince las chicas la igualan (63%) y los chicos la superan (65%) (véase gráfico 11). L@s adolescentes español@s a los once años ocupan el vigésimo octavo lugar, a los trece el trigésimo primero, y a los quince el vigésimo tercero. Por tanto, el sedentarismo empieza a aparecer en edades tempranas, y puede ser la causa de graves enfermedades, como se ha advertido *“quietas hoy, enfermas mañana”*<sup>27</sup>.

**En cuatro años l@s español@s aumentan las horas que miran la televisión en mayor medida que sus pares.**

<sup>27</sup> La Vanguardia, 11 de octubre de 2010.



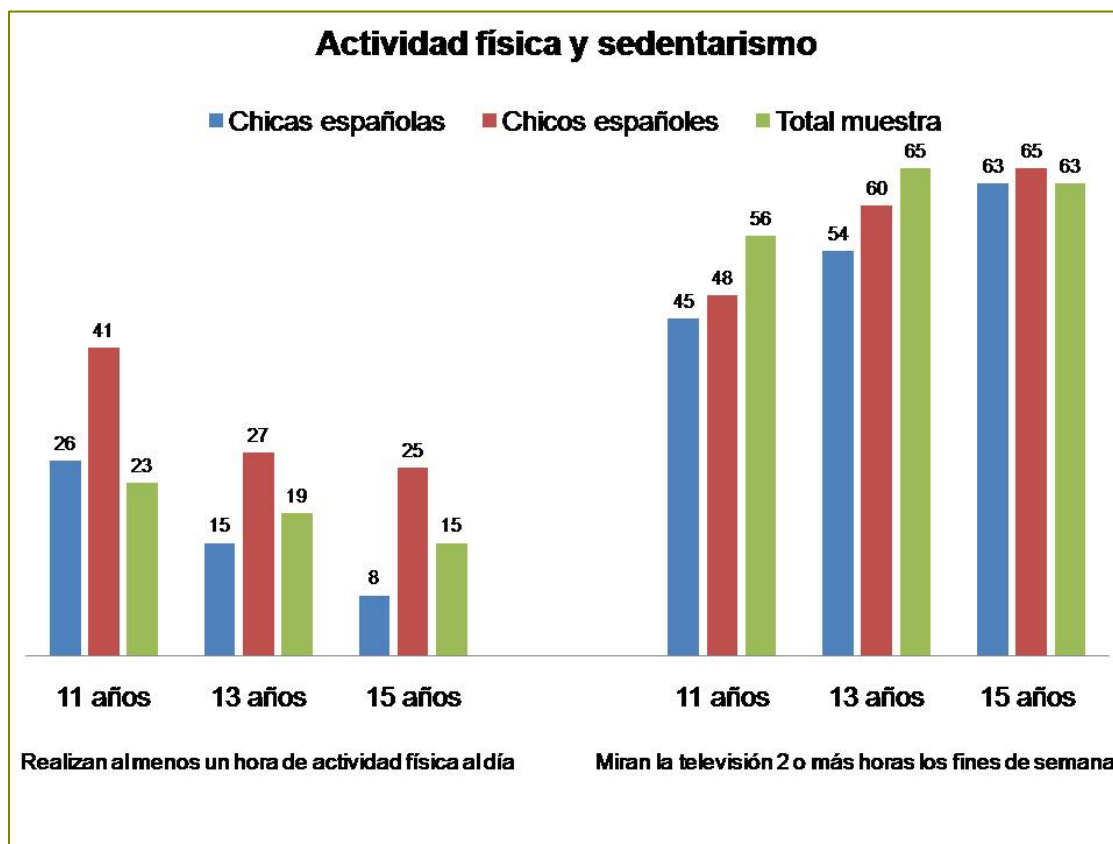


Gráfico 11. Porcentaje de adolescentes que realizan al menos una hora de actividad física al día, y los que miran la televisión 2 o más horas los fines de semana. Elaboración propia a partir de datos de la OMS.

## PERCEPCIÓN SOBRE LA PROPIA SALUD Y BIENESTAR

**L@s adolescentes español@s consideran su propia salud como buena. A los once años sólo el 3% considera su salud como regular o mala.**

A los once años sólo el 3% de l@s adolescentes español@s considera su salud como regular o mala, mientras que la media se sitúa en el 11%, en esta edad presentan el porcentaje más bajo de los 39 países. Con la edad aumenta la percepción de tener una salud regular o mala, a los quince años el 14% de las chicas y el 7% de los chicos considera mala o regular su salud, por debajo de la media del 18%. A los trece años se sitúan en la posición trigésimo séptima, y a los quince en la trigésimo sexta.

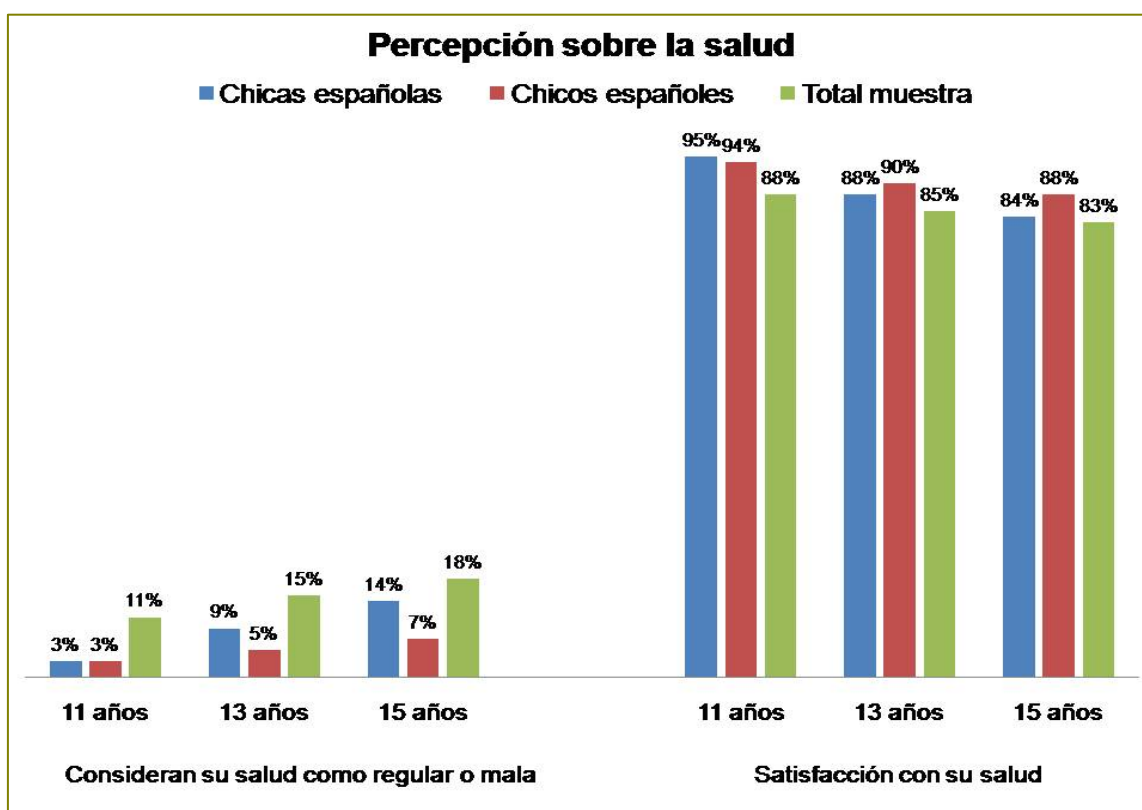


Gráfico 12. Porcentaje de adolescentes que consideran su salud como regular o mala, y se sienten satisfechos con su estado de salud. Elaboración propia a partir de datos de la OMS.

En consonancia con el indicador anterior, l@s adolescentes español@s están satisfechos con su salud. A los once años el 95% de las niñas y el 94% de los niños están satisfechos con su

salud, a los trece años desciende hasta el 88% y el 90% respectivamente, y a los quince años las chicas se sitúan en el 84% y en los chicos en el 88%. L@s español@s están en todas las edades por encima de la media, en consecuencia a los once años ocupan el cuarto lugar, a los trece y a los quince la sexta posición. Sin duda, l@s adolescentes español@s están satisfechos con su salud.

## CONCLUSIONES

**En términos generales, se puede afirmar sin demasiadas vacilaciones, que la salud de la inmensa mayoría de I@s adolescentes español@s es satisfactoria.**

Los resultados del presente texto se fundamentan, a partir de la triangulación de los determinantes sociales en salud del Informe OMS, con otros indicadores y estudios sociales. Los resultados del análisis apuntan cómo en ocasiones la opinión pública mantiene ciertos sesgos, reflejados en los titulares de prensa. Sesgos que alimentan la preocupación e incluso la alarma sobre la salud de I@s adolescentes. Aunque su salud también presente claroscuros, es idóneo entenderlos como

toques de realidad necesarios para continuar preservando la salud pública. Si se les pregunta directamente sobre la percepción que mantienen sobre su salud, sólo una minoría la considera como regular o mala. A los quince años el 84% de las chicas y el 88% de los chicos están satisfechos con su salud.

**La salud de I@s adolescentes no debería ser una fuente de alarma.**

**Los determinantes de salud se pueden ordenar en función de la atención que han recibido por parte de la opinión pública.**

A grandes rasgos, se puede ordenar los determinantes de salud en tres categorías. La primera corresponde a los determinantes con una alarma injustificada, como la sociabilización por Internet. La segunda se refiere a fenómenos sensibles, como el consumo de drogas, el bullying y la sexualidad, dónde el foco mediático se ha

centrado en las consecuencias funestas. Y la tercera categoría engloba los determinantes de salud sin tanta repercusión mediática, como el sobrepeso, la presión hacia la escuela, la actividad física y la distorsión de la imagen corporal, pero que deben ser considerados como prioritarios a la hora de diseñar políticas de salud pública.

En lo que refiere a la primera categoría, en los últimos años la comunicación virtual y la relación de I@s adolescentes con Internet ha generado controversia (Laespada, 2010). El uso del ordenador ha sido habitualmente relacionado con el abuso. No obstante, la comunicación mediada por ordenador es una característica inherente en I@s adolescentes, en ella se tejen relaciones, se producen conflictos y se gestiona una identidad virtual. El Informe OMS muestra como a los quince años I@s adolescentes español@s son I@s que menos se relacionan virtualmente con sus amig@s. Por tanto, aunque el potencial de abuso esté presente, en la actualidad la alarma relacionada con la comunicación virtual está infundada. A pesar de lo expuesto se debe destacar un dato: las chicas superan en 20 puntos a los chicos, dato que debe propiciar investigaciones cualitativas para entender los usos que hacen I@s adolescentes y comprender el porque del mayor uso por parte de las chicas.

**La educación en buenas prácticas en el uso de pantallas permitirá reducir los riesgos asociados a la comunicación virtual, y despejar cualquier alarma asociada a su uso.**

En la segunda categoría encontramos los determinantes de salud históricamente más preocupantes. La comparación con otros países y la incidencia de daños asociados apunta a la inconsistencia de la alarma. El trabajo de intervención debe evitar dramatismos y sinsentidos, ya que en consecuencia se producen discursos poco efectivos o contraproducentes. El consumo de drogas es la gran quimera de los padres y madres, a tenor de los resultados del Informe OMS, es justificable cierta preocupación. El 23% de las chicas y el 15% de los chicos españoles fuma tabaco al menos una vez a la semana.

**A tenor de los resultados del Informe OMS, es razonable cierta preocupación hacia el consumo de drogas.**

**El consumo de cannabis entre l@s español@s es habitual. Ocupan la segunda posición en consumo de cannabis en el último mes.**

El 17% de los chicos y el 15% de las chicas españolas han fumado cannabis en el último mes. Diferentes estudios apuntan como sólo una minoría desarrollará problemas derivados del consumo de cannabis. Las estrategias de prevención del tabaquismo y del consumo de cannabis se deben centrar en la

minimización de los riesgos y los daños asociados al consumo de estas sustancias. En relación con el bullying, el Estado español presenta unos índices bajos de acoso escolar, esto no debe redimir en aunar esfuerzos para erradicarlo.

**El Estado español presenta unos índices bajos de bullying. Esto no debe redimir en aunar esfuerzos para erradicarlo.**

A los quince años el 22% de las chicas y el 23% de los chicos españoles beben alcohol al menos una vez a la semana. En cuestión de cuatro años, l@s adolescentes español@s ganan dieciséis posiciones en el ranking de *“beber alcohol al menos una vez a la semana”*. El 36% de las chicas y el 31% de los chicos de quince años se han emborrachado al menos dos veces en la vida. L@s español@s se sitúan en la zona media del ranking (posición decimosexta).

**El consumo de alcohol entre l@s español@s es notable, especialmente entre las chicas, lo que ha conducido a una normalización social del consumo de alcohol.**

**El sobrepeso, la distorsión de la imagen corporal, el sedentarismo y la escasa actividad física se presentan como retos para la salud pública. El 33% de las chicas españolas presenta distorsión de la imagen corporal.**

Y en la tercera categoría, l@s español@s con la edad reducen las horas dedicadas al ejercicio físico y aumentan las horas que miran la televisión, por tanto, en cuatro años el sedentarismo se consolida entre l@s adolescentes de quince años. Sería idóneo estimular la actividad física, con la finalidad

de reducir el sedentarismo y prevenir problemas de salud a medio y largo plazo. El sobrepeso según el IMC se reduce tenuemente de los once a los quince años. Las advertencias del aumento de la obesidad infantil se refleja en una posición alta en el ranking de adolescentes con sobrepeso, l@s español@s pasan en cuatro años de la octava a la decimosegunda posición. En esta categoría se debe poner el acento a la distorsión de la imagen corporal, especialmente entre las chicas. Un 45% de las chicas de quince años considera que está gorda, y un 33% presenta distorsión de la imagen corporal. Se debe invertir esfuerzos y recursos para mitigar la distorsión de la imagen corporal.

**La sociedad de consumo, la adherencia a las instituciones sociales, y el impacto de los discursos adultos son tres condicionantes de la salud a tener en cuenta para realizar intervenciones efectivas.**

En los últimos años han proliferado los estudios de impacto en salud, con el objetivo de analizar la influencia de los factores ambientales y contextuales en la salud de una sociedad o comunidad. Tales estudios permiten dar cuenta de la salud pública más allá de los análisis de prevalencias. En lo que refiere a la salud de l@s adolescentes se debe poner énfasis en tres condicionantes contextuales. Estos son: la Sociedad de

Consumo, la adherencia a las instituciones sociales, y el impacto de los discursos adultos. Veamos sucintamente las implicaciones de estos factores en la salud de l@s adolescentes.

La Sociedad de Consumo puede influir notablemente en la salud adolescente, especialmente en los aspectos relacionados con la imagen corporal y el sobrepeso. La sociedad actual ejerce presión para mantener un cuerpo delgado y unos cánones de belleza al alcance de un@s poc@s. Algun@s chic@s luchan por mantener una figura construida en la televisión y el cine. Este aspecto, ha sido fuertemente criticado y se han puesto cartas en el asunto con resultados inciertos. La distorsión de la imagen corporal

**Centrar el foco de intervención en la aceptación de la imagen corporal debería ser una prioridad en salud pública para evitar problemas psicológicos.**



es cada vez más frecuente en nuestra sociedad, tal distorsión puede desencadenar problemas psicológicos, como los trastornos alimentarios, depresivos o de ansiedad. Estos trastornos se pueden asociar a otras prácticas de riesgo, como consumir drogas o una afectividad tóxica.

**L@s adolescentes español@s mantienen un buen nivel de comunicación con sus padres y madres.**

La adherencia a las instituciones es clave para un correcto desarrollo del infante y el adolescente. En los últimos años las instituciones sociales han perdido centralidad en la sociedad, especialmente la religión y el matrimonio. La familia ha sufrido diversos cambios pero aún conserva la capacidad de preservación de sus miembros. L@s adolescentes español@s

mantienen una buena comunicación con sus padres y madres, esta comunicación puede funcionar como factor de protección de ciertos riesgos. Entrada la adolescencia la comunicación se degrada levemente.

La escuela es otra institución que influye en la salud. A los quince años sólo el 15% de las chicas y el 13% de los chicos les gusta ir en la escuela, y el 64% de las chicas y el 59% de los chicos expresan sentir presión hacia el trabajo escolar. L@s español@s de quince años son l@s tercer@s que sienten más presión hacia la escuela. Estos porcentajes se pueden explicar, tanto por los procesos propios de la adolescencia, como por una disfunción de la institución escolar en el Estado español. En este sentido, la crisis económica puede funcionar como coartada política para reducir la inversión y la calidad de la educación. Hacerlo sería una negligencia social porque aumentaría el fracaso escolar y bajarían los índices en educación postobligatoria. Vista la situación, a junio de 2012 la negligencia parece un hecho y las consecuencias repercutirán en el conjunto de la sociedad durante años. L@s jóvenes desvinculad@s de la escuela a edades tempranas asumen más riesgos y se vinculan con más facilidad a actividades informales, lo que repercutirá tanto en su estado de salud como en el conjunto de la salud de la sociedad.

**Omitir las responsabilidades escolares en una edad temprana puede implicar realizar prácticas de riesgo asociadas a daños para la salud.**

Y el tercer factor, el discurso adulto. Se ha apuntado en el ejemplo de la campaña de prevención del consumo de alcohol, como los discursos que reciben l@s adolescentes, pueden generar unos efectos diferentes de los deseados. Son innumerables los discursos adultos que influyen en la vida de l@s adolescentes, algunos de estos pueden acarrear efectos contrarios a los deseados. A modo de ejemplo, el discurso sobre la actual crisis económica-social. En los últimos años, a tenor de la crisis ha emergido unos discursos con tintes pesimistas y negativos, tanto en lo referido al momento actual como hacia el futuro. L@s adolescentes reciben continuamente discursos sobre la incertidumbre del futuro, la pésima situación global, el aumento del paro y de la sobrecualificación profesional, entre otros. Tales discursos influyen negativamente en la generación de expectativas, en los estados emocionales y en el proceso de construcción de la identidad. Los discursos de mal augurio pueden hacerles creer que debido a la delicada situación global, es inútil generar expectativas hacia el futuro porque no se van a cumplir. Por tanto, l@s adolescentes prefieren vivir el presente y disfrutar ahora porque nadie sabe como será el futuro, lo que l@s conduce a un estilo de vida presentista y consumista. A continuación, se presenta un ejemplo del discurso adolescente hacia el futuro, extraído de un grupo de discusión realizado en el marco de la investigación en curso de la Fundación IGenus sobre alcohol y adolescentes:

**L@s adolescentes reciben discursos sobre la incertidumbre del futuro. En consecuencia se pueden desmoronar las expectativas y ensalzar el presentismo.**

*M. ¿el futuro? Muy chungo*

*H. chungo sí*

*M. no lo veo*

*M. yo sé todo lo que quiero, pero está oscuro*

*H. mi futuro está muy oscuro*

*M. aunque estudies... estudiar un montón de años para luego trabajar de camarero.*

*M. vas a estudiar años para trabajar de nada.*

*H. lo que me hace más gracia es que hay gente que tiene su carrera, sus titulaciones y de todo y los ves sirviendo cafés a tope y dices tú, yo todavía no me he sacado nada y ese que ya tiene su titulación está trabajando de camarero!*

*M. te quita las ganas*

*H. no te quita las ganas, te quita las esperanzas que tenías en algo, que ya sabes que...*

*M. que va a costar*

*H. va a costar*

*M. porqué la crisis y mucha,*

*M. se supone que la crisis se tendrá que ir algún día no? Y, a lo mejor, cuando acabemos de estudiar que son tres o cuatro años a lo mejor las cosas cambian.*

*M. bueno, yo conozco a un portero de una discoteca que tiene tres titulaciones de universidad y todo y está ahí, míralo, portero de una discoteca ¡ya ves tú de qué le ha servido la universidad? Para acabar de portero todas las noches*

Tourine (2009) apunta como las “pautas de gratificación diferidas” funcionaban a la perfección en el pasado, es decir, los jóvenes sabían que el esfuerzo realizado tendría una gratificación en el futuro, por ejemplo estudiar implicaría mejores trabajos y sueldos. El texto literal del grupo de discusión ilustra el pesimismo de l@s adolescentes hacia el futuro. Se puede observar, como los estados emocionales negativos mellan las expectativas y hacen que “te quite las ganas”. Un@s adolescentes sin expectativas l@s desvincula de la institución escolar y de otras responsabilidades. Vivir en la incertidumbre puede provocar que prácticas de riesgo, como el consumo de drogas, la violencia o el uso de las pantallas, mitiguen el malestar existencial y adquieran cierta trascendencia en la construcción de la identidad.

**El consumismo inmediato, las escasas perspectivas de futuro y observar como el esfuerzo no siempre se recompensa, conduce en consecuencia a la búsqueda del placer inmediato. Lo que importa es el presentismo, el aquí y el ahora, más reconfortante que pensar en el futuro incierto. Y la lógica juvenil es clara ¿por qué dejar de gozar ahora cuando el futuro no se ve? ¿Quién omitirá una acción de placer inmediata para invertir el tiempo en una acción de gratificación diferida? En estos tiempos inciertos dónde todo es efímero, las prácticas de riesgo funcionan tanto como un mecanismo para evadirse de la realidad como para mitigar el malestar existencial. El presentismo vinculado a asumir riesgos, en el futuro se relacionará con problemas de salud pública. Si la actual generación de jóvenes es una generación “sin”. Sin trabajo, sin casa y sin futuro, el saludable malestar hacia los elementos contextuales puede conducirles a ser también, una generación sin salud.**



*El saludable malestar* por David Pere Martínez Oró & Fundación IGenus está bajo una licencia [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/).

**Criterio de citación:** Martínez Oró, D. P. (2012). *El saludable malestar. Descripción y análisis crítico de la salud de I@s adolescentes español@s a partir del informe de la OMS: Determinantes sociales de salud y bienestar entre I@s jóvenes*. Barcelona: Fundación IGenus.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Avilés, J.M. (2006). *Bullying: el maltrato entre iguales. Agresores, víctimas y testigos en la escuela*. Salamanca: Amarú ediciones.
- Cordero del Castillo, P. (2010). La familia española entre el tradicionalismo y la postmodernidad. *Humanismo y trabajo social*. 9. 157-170.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. (2011). *Encuesta sobre el consumo de drogas entre la población escolar española (14-18 años). ESTUDES 2010*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales.
- Elzo, J. et al. (2010). *Valores sociales y drogas 2010*. Madrid: FAD.
- EMCDDA. (2011). *El problema de la drogodependencia en Europa. Informe 2011*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- EMCDDA., PNSD. (2009). *Consumo problemático de cannabis en estudiantes españoles de 14-18 años. Validación de escalas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Encabo Fernández, E., López Valero, A. (2001). La Senda educativa ante la aparición de conflictos psicosociales: una propuesta de actuación. *XXI. Revista de educación* 3. 197-202.
- Giddens, A. (1993). *Las consecuencias de la modernidad*. Madrid: Alianza editorial.
- Herrero Olaizola, J., Estévez, E., Musitu, G. (2005). El rol de la comunicación familiar y del desajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud mental*. 28 (4). 81-89.
- INJUVE. (2009). *Sondeo de Opinión "Jóvenes, salud y sexualidad" (1ª Encuesta 2008)*. Madrid: INJUVE.
- Laespada, T. (2010). *El discurso de los jóvenes en Internet*. Bilbao: Universidad de Deusto.

- Lipovetsky, G., Serroy, J. (2010). *La cultura mundo. Respuesta a una sociedad desorientada*. Barcelona: Anagrama.
- Lipovestky, G. (2008). *La felicidad paradójica*. Barcelona: Anagrama. (2007).
- López Valero, A., Encabo, E. (2001). *Mejorar la comunicación entre niños y adolescentes*. Madrid: Piramide.
- Martínez Oró, D. P. (2012). El malestar emocional entre los jóvenes precarios. Causas, consecuencias y estrategias de alivio del malestar. *Actas XI Coloquio Redam. Jóvenes, desigualdades y salud*. (en prensa).
- Martínez Oró, D.P., Pallarés, J. (2009). *Entre rayas. Una mirada adolescente hacia la cocaína*. Lleida: Milenio.
- Martínez Oró, D. P., Pallarés, J., Barruti, M., Espluga J. (2010). *Observatori de nous consums de drogues en l'àmbit juvenil. Informe 2009*. Barcelona: Fundació IGenus.
- Martínez Oró, D. P., Pallarés, J., Barruti, M., Espluga J. (2009). *Observatori de nous consums de drogues en l'àmbit juvenil. Informe 2008*. Barcelona: Fundació IGenus.
- Megias, E., et al, (2010). *Adolescents davant de l'alcohol. La mirada de pares i mares*. Barcelona: Obra social de la Caixa.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2011). *Interrupciones Voluntarias del Embarazo*. Madrid.
- Pallarés, J. (1995). *La dolça punxada de l'escorpi. Antropologia dels ionquis i l'heroïna a Catalunya*. Lleida: Milenio.
- Pallarés, J., Laespada, T. (2000). ¿Qué hacen? *Estudios de Juventud*. 54. (1). 47-62.

Rodríguez San Julián, E. (2009). *La lectura juvenil de los riesgos de las drogas: del estereotipo a la complejidad*. Madrid: FAD.

Romaní, O. (2009). *Criticando estereotipos. Jóvenes, drogas y riesgos*. Congreso Hablemos de Drogas. Barcelona: FAD.

Sullivan, D. R. (1996). *La familia en España, pasado y presente*. Madrid: Alianza editorial.

Tourine, A. (2009). Extranjeros en su propia sociedad. En Tezanos, Félix (Ed) (2009). *Juventud y exclusión social*. Sevilla: Editorial Sistema.

Verdugo Martí, V. (2010). Desmontando el patriarcado: prácticas políticas y lemas del movimiento feminista español en la transición democrática. *Feminismo /s: revista del Centro de Estudios sobre la Mujer de la Universidad de Alicante*. 10. 259-279.



Enric Granados 116, 2n 1a  
08008 Barcelona

**T** 93 368 32 42  
**F** 93 368 34 53

@ [info@fund-igenus.org](mailto:info@fund-igenus.org)  
[www.fund-igenus.org](http://www.fund-igenus.org)

