

GANAR SALUD CON LA JUVENTUD

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

Junio, 2002

GRUPO DE TRABAJO DE JOVENES

COORDINACIÓN
Begoña Merino Merino

Aranguren Balerdi, Rosa

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO
Comunidad Autónoma de Baleares

Castillo Díaz, Teresa

CONSEJERÍA DE SANIDAD, CONSUMO Y ACCIÓN SOCIAL
Comunidad Autónoma de Cantabria

Echevarría Cubillas, Purificación

CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES
Comunidad Autónoma de La Rioja

De la Rosa Aguilar, M^a Carmen

CONSEJERÍA DE Sanidad
Comunidad Autónoma de Castilla La Mancha

Diezma Criado, Juan Carlos

CONSEJERÍA DE SANIDAD
Comunidad Autónoma de Madrid

Merino Merino, Begoña

Ministerio de Sanidad y Consumo

Monte Vázquez, Covadonga

CONSEJERÍA DE SALUD
Junta de Andalucía

Muriel Fernández, Rafael

CONSEJERÍA DE SALUD
Junta de Andalucía

Robledo de Dios, Teresa

Ministerio de Sanidad y Consumo

GRUPO DE TRABAJO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

COORDINACIÓN

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

MIEMBROS:

Aguirre Martín-Gil, Ramón

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL
Comunidad Autónoma de Madrid

Amigo Quintana, Manuel

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
Comunidad Autónoma de Galicia

Armas Navarro, Alberto

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO
Comunidad Autónoma de Canarias

Bilbao Gutiérrez, José Luis

Ministerio de Sanidad y Consumo

Castillo Díaz, Teresa

CONSEJERÍA DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL
Comunidad Autónoma de Cantabria

Domenech Muñoz, Guillermo

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y BIENESTAR SOCIAL
Comunidad Autónoma de Castilla-León

Gascón Andreu, Luis

SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
Comunidad Autónoma de Aragón

Gómez Zorrilla, Juan Santiago

Ministerio de Defensa

González Alonso, Julia

Ministerio de Sanidad y Consumo

González Porcel, Francisca

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO
Comunidad Autónoma de Baleares

Gutiérrez García, José Joaquín

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO
Comunidad Autónoma de Murcia

Hualde Urralburu Gabriel

INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA
Comunidad Autónoma de Navarra

Iglesias Sánchez, José María

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO
Comunidad Autónoma de Extremadura

Merino Merino, Begoña

Ministerio de Sanidad y Consumo

Mosquera Tenreiro, Carmen

*CONSEJERÍA DE SERVICIOS SOCIALES
Comunidad Autónoma de Asturias*

Oñorbe de Torre, Manuel

*CONSEJERÍA DE SANIDAD
Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha*

Ortiz González, Javier

*CONSEJERÍA DE SALUD
Comunidad Autónoma de Andalucía*

Perucha González Milagros

*CONSEJERÍA DE SALUD CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL
Comunidad Autónoma de La Rioja*

Rodríguez Clavero, Antonio

*DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
Ciudad Autónoma de Melilla*

Sanchez Romero Jose María

*CONSEJERÍA DE SANIDAD, CONSUMO Y DEPORTES
Ciudad Autónoma de Ceuta*

Sanz Valero Miguel

*CONSEJERÍA DE SANIDAD
Comunidad Valenciana*

Taberner Zaragoza, José Luis

*CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL
Comunidad Autónoma de Cataluña*

Zuazagoitia, Juan Ignacio

*GOBIERNO VASCO (DIRECC. GRAL DE SALUD PÚBLICA)
Comunidad Autónoma del País Vasco*

EXPERTOS CONSULTADOS

Alvarez, Francisco Javier

*DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGÍA Y TERAPÉUTICA
Universidad de Valladolid (Facultad de Medicina)*

Escudero, Consuelo

*PSICÓLOGA COORDINADORA
Red Europea de Promoción de la Salud Mental*

Fernández Nieto, Emilia

*DIRECTORA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A JÓVENES DE LA FEDERACIÓN
DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ESPAÑA
Comunidad de Madrid*

García Fernández-Abascal, Enrique

*CATEDRÁTICO DE PSICOLOGÍA BÁSICA
Universidad Nacional de Educación a Distancia*

Rodríguez Martos, Alicia

*PLAN MUNICIPAL DE DROGODEPENDENCIAS
Ayuntamiento de Barcelona*

Vázquez Barquero, José Luis

*PSIQUIATRA CONSULTOR DE LA OMS
Unidad de Investigación en Psiquiatría clínica y Social Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla (Santander)*

Vega, Amando

*CATEDRÁTICO DEL DEPARTAMENTO DE DIDÁCTICA
Universidad del País Vasco*

DESARROLLO INFORMÁTICO Y DISEÑO GRÁFICO

Bris Coello, M^a Rosario

Ministerio de Sanidad y Consumo

Documento revisado por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

El documento que les presento ha sido visto por la Comisión de Salud Pública del 11 de abril de 2002. Es un documento que nace como fruto de la reflexión conjunta y del consenso de todas las Direcciones Generales de Salud Pública para definir estrategias que nos permitan "Ganar salud con la Juventud".

Somos conscientes de que es solo un punto de partida para posibilitar el inicio de un debate. Esperamos que este debate produzca entre los propios jóvenes, las instituciones y los profesionales, una sinergia de acciones coordinadas y complementarias que permitan continuar, renovar o iniciar actuaciones a fin de seguir aumentando el capital de salud de nuestra juventud.

Recientemente se ha venido hablando del tremendo desafío que representará el envejecimiento de la población en las próximas décadas. La forma más efectiva de conseguir un envejecimiento activo, es promocionar la salud a lo largo de todo el ciclo vital. Esto nos permitirá disminuir y retrasar el inicio de la enfermedad crónica y aumentar la calidad de vida a todas las edades.

Es nuestra intención seguir definiendo estrategias para la juventud en las áreas de alimentación, accidentes, tabaquismo, actividad física..., y a la vez profundizar y hacer un seguimiento de este documento.

Desde la Comisión de Salud Pública se ha invitado a todas las instituciones y profesionales a colaborar en la definición y concreción de estas estrategias en sus ámbitos de trabajo.

Como Directora General de Salud Pública y Consumo, es para mi una satisfacción presentar este documento, porque soy muy consciente de que la salud va más allá de la provisión de servicios sanitarios y que el sector sanitario debe liderar las múltiples oportunidades que se presentan a lo largo de la vida para ganar salud.

DOLORES FLORES CERDÁN
DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y CONSUMO

INTRODUCCIÓN

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

Realiza una reflexión sobre las estrategias que pueden proporcionar a esta población los conocimientos y habilidades suficientes para promover, mantener y recuperar la salud en el momento presente y en la etapa adulta.

Relaciona estas estrategias con espacios de intervención adecuados en la etapa juvenil.

Plantea recomendaciones a corto y medio plazo que puedan orientar las actuaciones de los profesionales y facilitar las decisiones de las instituciones implicadas en garantizar la salud de esta población.

Como documento estratégico pretende servir para fomentar el debate, establecer prioridades en relación con la salud de los jóvenes y facilitar su seguimiento, en las áreas analizadas.

Debemos señalar que además de la importancia de las áreas seleccionadas y la oportunidad del momento, recibimos el mandato del Grupo de Promoción de la Salud de centrarnos en estas, dado que el tema de tabaco ya había sido abordado en un documento previo, y otros temas de interés para los jóvenes serían tratados en documentos sucesivos.

El presente informe ha sido elaborado por un Grupo de Técnicos creado en el seno del Grupo de Promoción de la Salud de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

ESTRUCTURA Y MÉTODOS

El Documento se define ya desde el título con la intención decidida de ganar salud con los y las jóvenes aludiendo a la imprescindible participación e implicación del colectivo que tiene como sujeto y diana: “la juventud”.

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

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

Precisamente este denominador común centra los bloques siguientes de recomendaciones, en el apartado “Intervenir para mejorar la salud” con estrategias comunes y las concreta en 3 áreas específicas (encargo inicial trabajo). De este modo se pretende obtener un equilibrio entre análisis global y propuestas y recomendaciones estratégicas concretas para la construcción de programas y el desarrollo de la intervención, motivando y precipitando tanto a los decisores del ámbito político como a los planificadores de la Salud Pública que tratan problemas prevalentes de nuestra convivencia hoy.

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

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

Se ha tenido especialmente en cuenta:

- 1. Tanto la perspectiva de los adultos sobre los problemas de los jóvenes, como la percepción que los propios jóvenes tienen de sus problemas. Estas perspectivas con frecuencia divergen. Se ha tenido presente que si bien la percepción del problema influye en las estrategias de intervención no determina esencialmente su magnitud.*
- 2. Se ha tenido especial cuidado en COMPLEMENTAR las conocidas estrategias curriculares con aquellas que responden a los problemas de salud de los que ya hoy son adolescentes y jóvenes. Si bien, las estrategias curriculares tienen problemas de continuidad y las evaluaciones son muy diversificadas, se ha hecho un esfuerzo en incorporar instrumentos de prevención para la juventud que ya tiene problemas. La promoción de la salud debe nutrirse de varios enfoques. Es difícil hacer una oferta para la promoción de la salud a los que necesitan solucionar un problema hoy.*
- 3. Se es consciente de que el intento es ambicioso. Este enfoque se interpretará por algunos de salubrista y por otros de sanitarista. Unos subrayarán las tendencias preventistas y otros las promocionales o promotivas. Tan solo hemos pretendido plantear un marco de trabajo con los jóvenes que responda a sus problemas **hoy** y no en el futuro, a la vez que insistimos en posibilitar un debate y una respuesta de decisores y planificadores en cuestiones concretas.*

I	<i>Análisis de la situación de la juventud</i>	15
I.1.	Situación de la salud sexual y reproductiva	18
I.1.1.	Fecundidad, natalidad, interrupción voluntaria del embarazo y contracepción	18
I.1.2.	Infecciones y Enfermedades de Transmisión Sexual (ITS/ETS)	19
I.1.3.	Contracepción hormonal de emergencia	20
I.1.4.	Garantías jurídicas de los menores respecto a la sexualidad y la contracepción	20
I.2.	El consumo de alcohol y sus consecuencias	22
I.2.1.	Adolescentes y consumo de alcohol	24
I.2.2.	Límites de seguridad en el consumo	26
I.2.3.	Conclusiones o análisis de tendencias	26
I.2.4.	Políticas de control desde la perspectiva de Salud Pública	27
I.3.	Situación de la Salud Mental	30
I.3.1.	La epidemia de mala salud mental	30
I.3.2.	La enfermedad invisible y estigmática	31
I.3.3.	Características en la juventud	31
II.	<i>Intervenir para mejorar la salud</i>	34
II.1.	Recomendaciones para la salud sexual y reproductiva	45
II.2.	Recomendaciones para disminuir el consumo de alcohol y reducir sus riesgos	50
II.3.	Recomendaciones para la salud mental	56
	<i>Bibliografía</i>	60
	TABLAS Y FIGURAS	63
TABLA 1.	Nacimientos en España según la edad de los padres y madres y estado civil de la madre, 1998	65
TABLA 2.	Tasas de IVE por 1000 mujeres de cada grupo por edad, por Comunidad Autónoma de residencia. 1999	65
TABLA 3.	Distribución de mujeres según la edad actual y la utilización de métodos anticonceptivos en algún momento de su vida Población: Colectivo total de mujeres entre 15 y 49 años	66
TABLA 4.	Relaciones sexuales y uso de condón en los últimos 12 meses. Porcentajes por grupos	66
TABLA 5.	Grupo de 16-24 años. Porcentaje de abstemios	66
FIGURA 1.	Proyección de la población española, por grupos de edad, a 1 de julio de 2001	67
FIGURA 2.	Porcentaje acumulado de jóvenes españoles emancipados económicamente de sus familias, según edad	67
FIGURA 3.	Actividad principal de la juventud española	68
FIGURA 4.	Tasas de I.V.E por 1000 mujeres de cada grupo de edad. Porcentajes de <i>utilización</i> de servicio de <i>planificación familiar</i> e I.V.Es de <i>repetición</i> , entre la población que practicó algún I.V.E. España, 1999	68

FIGURA 5. Tasas de I.V.E por 1000 mujeres de 15-45 años de edad, porcentajes de I.V.E de repetición y utilización de servicios de planificación familiar, entre la población que practicó I.V.E por Comunidad Autónoma de residencia. España, 1999 _____	69
FIGURA 6. Problemas sufridos por los escolares asociados al consumo de alcohol _____	69
FIGURA 7. Evolución de los consumos de alcohol entre los estudiantes de secundaria. España 1994-2000 _____	70
FIGURA 8. Políticas de control sobre Alcohol. Europa(*) 1950-2000 (<i>máximo 20 puntos</i>) _____	71
FIGURA 9. Porcentaje de valoración de la salud percibida entre los 16-24 años de edad, según la E.N.S., 1997 _____	71
FIGURA 10. Suicidio y lesiones autoinfligidas. Tasa de mortalidad ajustada para el grupo de edad de 15-24 años, según sexo, y Total Nacional. España 1980-1996 _____	72
ANEXOS _____	73
AnexoI Seminario Interinstitucional sobre Educación y Promoción de la Salud en la Escuela _____	75
AnexoII Declaración sobre Jóvenes y Alcohol (Estocolmo, febrero de 2001) _____	79
AnexoIII Recomendaciones para la promoción de la salud mental de menores de seis años de la Red Europea de Promoción de la Salud Mental _____	83



ANÁLISIS
DE LA
SITUACIÓN

I Análisis de la situación de la juventud

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

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

Considerando “jóvenes” a las personas entre 15 y 29 años, este colectivo representa el 22,23% de la población española (8.855.000 de jóvenes) (Figura 1).

Atendiendo a la distribución territorial de dicha población, es de destacar que tres de cada cinco jóvenes (58%) residen en cuatro Comunidades Autónomas: Andalucía (20%), Cataluña (15%), Madrid (13%), y Valencia (10%). El 67% vive en núcleos de población urbana (más de 10.000 habitantes), 16% en núcleos intermedios, y un 17% en núcleos rurales menores de 2.000 habitantes.

- Tres de cada cuatro jóvenes viven en el hogar familiar y a la edad de 26 a 29 años, uno de cada dos aún permanece en él. Los hogares familiares tienen cada vez menos miembros, de hecho, el 48% de los jóvenes no convive con ningún hermano o hermana y en el 16% de los casos no convive con ningún progenitor o sólo lo hace con uno de ellos.
- La dependencia económica está ligada a la situación de dependencia familiar hasta edades muy avanzadas. A la edad de 29 años el 28% de los jóvenes

sigue dependiendo económicamente de su familia (Figura 2). Estudiar y trabajar constituyen las actividades principales de la juventud (Figura 3).

- Estas actividades tienen algunas particularidades: un elevado porcentaje de jóvenes (72%) refiere experiencia laboral, pero en ésta predominan los trabajos poco remunerados y de escasa duración. Respecto a la experiencia educativa, más de la mitad de los jóvenes de BUP no terminaron sus estudios y el 26,7 % de los alumnos españoles fracasan en la escuela.

La igualdad entre hombre y mujer está aún lejos de conseguirse: una de cada tres mujeres jóvenes se han sentido discriminadas en alguna ocasión, en el hogar o en el empleo. Este dato es ratificado por el elevado porcentaje de chicos que no participa nunca en las principales tareas domésticas.

Asimismo hay que tener en cuenta que la promoción de la salud es un proceso, no un hecho puntual y que las necesidades y problemas de salud de las poblaciones deben valorarse no sólo en relación con las consecuencias inmediatas en la salud y la calidad de vida, sino también midiendo las repercusiones a largo plazo que la carencia de un capital de salud conlleva.

Muchos análisis de la situación sanitaria de la población joven concluyen que, en general, este colectivo goza de buena salud, conclusión estrictamente cierta si medimos la salud con indicadores clásicos de mortalidad y morbilidad, por enfermedades bien establecidas. Sin embargo, el análisis que aquí se presenta se realiza desde el punto de vista de la promoción de la salud y considera que durante la infancia y la adolescencia es esencial adquirir un “**capital de salud**”, en términos de información sobre temas claves y la adquisición de unas habilidades de vida y actitudes de respuesta saludables.

– **Capital de Salud. Componentes:**

Información sobre temas claves:

- ◆ Sexualidad
- ◆ Nutrición

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

Habilidades de vida:

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

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

– **Contexto Educativo previo**

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

A pesar de la introducción de la **educación para la salud** como materia transversal en el curriculum escolar por la LOGSE, al principio de los 90, nuestros jóvenes distan aún de haber alcanzado los objetivos de salud inicialmente previstos. Además, no es de esperar que aún en las escuelas donde el proceso de educación para la salud es de calidad y duración adecuada, los programas e intervenciones puedan ser efectivos al 100%.

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

A partir de los 15 años, los jóvenes siguen siendo receptivos a las intervenciones dirigidas adecuadamente a ellos y aunque parte de su capital de salud está ya conseguido, existe un amplio margen para la intervención. De hecho es entre los 15 y los 24 años cuando se toman decisiones importantes respecto al estilo de vida

– **Contexto familiar**

La familia es un gran referente a lo largo de la vida y especialmente durante la infancia y la juventud. La familia ha evolucionado muy rápidamente y la sociedad no se ha adaptado a estos cambios a la misma velocidad, esta situación repercute fundamentalmente en niños, jóvenes y ancianos. El contexto familiar influye de manera notable en la salud. Uno de los aspectos claves es la comunicación intrafamiliar. Recientemente ha sido estudiada en relación con el consumo de tabaco, alcohol y drogas y se identificaron las características que los jóvenes menos vulnerables identificaban y percibían en sus progenitores:

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

– **Jóvenes especialmente vulnerables**

Existen algunos grupos de jóvenes que necesitan una atención especial, como los desescolarizados y no integrados en el mercado laboral, y los colectivos en circunstancias socio económicas muy desfavorables. En estos grupos se acumulan riesgos y déficits en la adquisición de un capital de salud que no son subsanados con los programas generales dirigidos a la juventud, necesitando estos colectivos de intervenciones muy específicas que se basen en sus peculiares características y necesidades. En otros casos hay que tratar de acercar y adaptar los programas y servicios a las necesidades concretas; como es el caso de los jóvenes que según su propia valoración, padecen algún tipo de deficiencia, discapacidad, minusvalía o cualquier otra condición crónica que restringe o impide sus actividades diarias y que de acuerdo con las Encuestas Nacionales son aproximadamente uno de cada diez jóvenes europeos.

En España, según la Encuesta Nacional sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999, el número de jóvenes con discapacidad¹ **de 17 a 29 años** es de 181.613 (68.592 mujeres y 113.021 hombres).

– ***Recursos para la juventud***

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

Estudios llevados a cabo en Australia, Canadá, EE.UU y Suecia muestran que los servicios de salud no escuchan verdaderamente las necesidades de los jóvenes, no ofrecen el grado de confidencialidad deseada o simplemente no abordan los problemas a los que ellos deben enfrentarse cada día.

La OMS ha alertado sobre la necesidad de que servicios de salud de calidad respondan a las necesidades de los adolescentes.

Esta situación podría ser extrapolable a la situación actual en España.

¹ DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD: toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano. (Definición OMS para CIDDM adoptada por el INE).

I.1. Situación de la salud sexual y reproductiva

Una sexualidad sana incluye tres conceptos básicos:

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

I.1.1. Fecundidad, natalidad, interrupción voluntaria del embarazo y contracepción

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

– Fecundidad y Natalidad

Según el Movimiento Natural de la Población del INE en 1998 se produjeron en España 11.264 nacimientos de madres menores de 20 años, de las cuales el 60% no estaban casadas. En el 20,5% de los casos, el padre era también menor de 20 años.

En el total de nacimientos ocurridos ese mismo año, en 14.311 casos (4%) al menos uno de los progenitores era menor de 20 años. El 68% de estos menores eran solteros (Tabla 1).

Debemos destacar que la edad de los padres por debajo de 20 años se ha manifestado como un riesgo desde el comienzo en la vida para los recién nacidos. Los embarazos en menores de 20 años, presentan el doble de riesgos biológicos asociados al

menor peso al nacer, el parto distócico y la prematuridad. Además hay que tener en cuenta los riesgos socio culturales que estos casos suelen llevar asociados.

La edad media de la maternidad en España se situó en ese mismo año (1998), en los 30,56 años.

– Interrupción Voluntaria del Embarazo

Según el Registro de Interrupción Voluntaria del Embarazo del Ministerio de Sanidad y Consumo, el número de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) en mujeres menores de 25 años fue, en 2000, de 27.547 lo que supuso un aumento del 10% respecto a 1999; año en el que se produjeron 494 abortos por 1000 nacidos vivos, lo que significa que el 33% de los embarazos en esas menores terminaron en IVE. En menores de 20 años, esta tasa fue de 7,49 por mil. La Tabla 2 muestra su distribución por grupos de edad y Comunidad Autónoma.

En la última década, las tasas de IVE se han elevado en todos los grupos de edad, con un aumento mayor en el grupo de 20-24, seguido del de menores de 20 años.

Entre las menores de 20 años que abortaron en el año 2000, sólo el 27,41% utilizó algún servicio de planificación familiar, durante los dos años anteriores y en el grupo de 20 a 24 años, sólo lo hizo el 34,48%.

Un aspecto que merece especial atención es que el 23,15% de las mujeres que abortaron en 2000, había tenido uno o más abortos anteriores (8,5% de las menores de 20 años, y 19,29% de las mujeres de 20 a 24 años). (Figura 4).

En la última década, el porcentaje de abortos de repetición, ha subido ligeramente (del 19,59% en 1990 a 23,15% en 2000). Estos datos pueden verse comparativamente por Comunidad Autónoma en la Figura 5.

– Contracepción

Según la Encuesta de Fecundidad 1999, el 79,9% de las mujeres de 15 a 19 años no ha utilizado nunca un método anticonceptivo y entre las 423.000 adolescentes que tienen

cónyuge, pareja estable o relaciones ocasionales, sólo la mitad utiliza métodos anticonceptivos.

A la edad de 20-24 años, el 41,3% no ha utilizado nunca métodos anticonceptivos. (Tabla 3).

Respecto al tipo de método, el más usado es el preservativo masculino. Lo utiliza el 42% de las mujeres de 15 a 49 años. El miedo a padecer una ETS, sobre todo el sida y la hepatitis B, ha contribuido a que en los años noventa el preservativo haya desplazado a la "píldora" como método anticonceptivo más usado. Un 20% utilizó anticoncepción oral hormonal. El 0,10% utilizó la píldora del día siguiente o tratamiento de emergencia.

El uso del condón ha aumentado como parece deducirse de los datos antes comentados, pero aún sigue siendo muy insuficiente. Por grupos de edad y en relación al tipo de relación sexual, el uso del condón fue investigado en una muestra representativa de la población española en 1996, y puede verse en la Tabla 4.

En suma, los embarazos en adolescentes han aumentado ligeramente, y las IVE han experimentado una tendencia ascendente. Sin embargo, estas tasas siguen estando por debajo de la mayoría de los países de la UE.

I.1.2. Infecciones y Enfermedades de Transmisión Sexual (ITS/ETS)

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

En España el registro de las EDO (Enfermedades de Declaración Obligatoria), sólo incluye dos enfermedades de transmisión sexual (Sífilis y Gonococia). La tasa de incidencia de Sífilis ha disminuido desde el año 1984 hasta 1997 en más de ocho puntos (de 10,3 a 1,94 por 100.000 habitantes). A partir de entonces se ha observado una

estabilización de esta enfermedad en nuestro país.

En lo que respecta a la Gonococia, su tasa de incidencia (x 100.000 habitantes) subió desde 27,4 en 1982 hasta 79,4 en 1997 y en los dos años siguientes se produjo un espectacular descenso, bajando la tasa en 1999 hasta 3,85 por 100.000 habitantes.

La ETS que se diagnostica con más frecuencia, entre el 23% y el 45%, es la Uretritis No Gonocócica, que en el 27% de los casos podría atribuirse a infecciones por Chlamydias, lo que coincide con los resultados obtenidos en estudios recientes realizados en Suecia y Finlandia donde se concluye que la **Infección por Chlamydia es, con diferencia, la ETS más común, afectando a un 5-7% de jóvenes europeos**, si bien la tendencia actual es hacia la disminución, a excepción de Inglaterra, País de Gales y los países ex soviéticos.

El **Condiloma Acuminado** (infección genital producida por el papilomavirus humano) es el segundo diagnóstico más frecuente y la ETS viral que más ha aumentado en las últimas décadas, continuando en la actualidad esta tendencia ascendente.

La enfermedad más grave y preocupante de las transmitidas por vía sexual es la **infección por VIH**. Según datos acumulados desde 1981 al año 2001, se habían notificado en España 20558 casos de SIDA en personas menores de 29 años, lo que representa el 33% de todos los casos declarados.

La transmisión por relaciones heterosexuales no protegidas, representa el 24% de los nuevos casos en el año 2001 y adquiere una especial relevancia en mujeres, donde representa el 40% de los casos. Esta es la única categoría que no ha disminuido en número de casos con respecto a 1999. En el año 2001, se notificaron 2300 casos nuevos de SIDA, casi la mitad de los cuales habían adquirido la infección por transmisión sexual y una de cada tres de estas personas no conocieron su infección hasta que no fueron diagnosticados de SIDA.

La prevalencia de la infección por VIH en pacientes de consultas de ETS, fue de 1,1% para el grupo de 20 a 24 años y de 1,5% para el grupo de 25 a 29 años.

I.1.3. Contracepción hormonal de emergencia

La falta de una planificación que evite las consecuencias no deseadas de la práctica sexual puede medirse, aparte del embarazo no deseado y el IVE a través de otras situaciones como el uso de la Contracepción hormonal de emergencia.

Según los datos del teléfono de información sexual de la Comunidad de Madrid (Línea 900) y otros servicios similares, existe una gran demanda de información sobre este método.

– Perfil de las usuarias.

La edad de las mujeres que han solicitado la píldora del día siguiente, desde 1995, la mayor parte está comprendida en un rango entre 17 y 26 años de edad, con una **media alrededor de los 22 años**, aunque hay que señalar que este tipo de tratamiento también es demandado por mujeres por encima de los 26 años hasta incluso mayores de 40.

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

Según la Federación de Planificación Familiar de España, se estima que unas 40.000 jóvenes españolas recurren cada año a este tipo de contracepción. Sólo en el Centro Joven de Anticoncepción y Sexualidad de Madrid, en el año 2001, se prescribió este tratamiento a 1.511 mujeres.

– La “píldora del día siguiente”.

Su comercialización ha supuesto regularizar una situación anómala, sobre todo en cuanto a su prescripción y dispensación se refiere. La ausencia de estrógenos en su composición, minimiza sus efectos secundarios

en relación con las anteriores pautas de administración.

Se estima que la eficacia de este fármaco, tomado dentro de las 24 horas siguientes a la relación sexual de riesgo, es del 95%. Este porcentaje desciende al 85% si se toma entre las 24-48 horas después y al 58% si se emplea entre las 48 y 72 horas.

Dada su reciente comercialización, no existe una casuística de su uso y accesibilidad. Ensayos periodísticos indican su escasa accesibilidad. Esta situación puede ser extrema para las personas más jóvenes, sobre todo fuera de las grandes ciudades.

Actualmente se plantea una cierta incertidumbre sobre el posible uso que la población adolescente y joven pueda hacer de éste método, en el sentido que se convierta en habitual y desplace a los realmente indicados como tales (sobre todo el condón). Tal situación, de ser cierta, daría mayores oportunidades a las ITS/ETS y al VIH/SIDA, y alteraría la corresponsabilidad de la prevención en las relaciones sexuales.

Las conclusiones de un estudio cualitativo sobre la venta de preservativos a jóvenes, realizado en la Comunidad de Madrid, por encargo de la Consejería de Sanidad², señalan que “no utilizar el preservativo es un acto conscientemente orientado a la búsqueda de un goce en un ámbito de riesgo calculado, donde la píldora del día siguiente actúa de red salvadora”.

I.1.4. Garantías jurídicas de los menores respecto a la sexualidad y la contracepción

El apartado 1 del artículo 10 de la vigente Constitución Española (en adelante abreviadamente, C.E.) proclama:

² “La venta de preservativos a la población adolescente y joven desde las oficinas de farmacia en la Comunidad de Madrid” es un estudio realizado por Seoane L. (Alef Millward Brown, S.A.) para la Consejería de Sanidad, en septiembre de 2000.

“...La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social...”.

La sexualidad constituye una dimensión fundamental de la personalidad, y parte del contenido de la intimidad que constituye objeto de uno de los derechos consagrados en el artículo 18.1 de la C.E.. Así viene a reconocerlo la Sentencia 53/1985, de 11 de abril, del Pleno del Tribunal Constitucional.

En cuanto a la protección de los derechos de la infancia, la Constitución Española la vincula a la forma prevista en los acuerdos internacionales.

Por su parte, el **Código Penal** presupone legalmente **la autodeterminación sexual a partir de los 13 años**, edad en la que se reconoce la capacidad de establecer libremente relaciones sexuales consentidas. De lo que se deduce la capacidad para adoptar las medidas anticonceptivas que se tengan por convenientes.

Para ello no se necesita consentimiento de progenitor o tutor alguno; ya que la representación legal inherente a la patria potestad, no se extiende a los actos relativos a derechos de la personalidad.

Por lo mismo un menor podrá acudir a los Servicios Públicos de Salud en demanda de la correspondiente asistencia contraceptiva, dentro de la oferta de los servicios (Programa de Orientación Sexual, Planificación Familiar) y exigirlo como un derecho a la protección de su salud y a la asistencia, conforme a lo dispuesto en la Ley General de Sanidad.

De otro lado, hay que tener en cuenta que la demanda anticonceptiva ha de provenir de quien esté capacitado para ello y esta capacidad, según el Código Civil no se identifica con una mayoría de edad, sino con la *condición de madurez* (capacidad de comprender las consecuencias de su decisión sobre su integridad corporal y sobre su salud, así como sus eventuales repercusiones sobre su vida futura), lo que permite al

menor de edad civil, prescindir de la intervención de sus representantes legales. El juicio sobre la *condición de madurez* del “joven usuario” se deposita en el facultativo.

En el caso de adolescentes *menores de trece años*, el médico al que se dirijan tiene la obligación de dar atención, reconociendo su condición de madurez/capacidad y solicitando, en su caso que le acompañe su representante legal.

I.2. El consumo de alcohol y sus consecuencias

– *Análisis de la situación.*

El consumo de alcohol por debajo de los 16-18 años es un indicador de la permisividad social, la disponibilidad, la gran accesibilidad y el incumplimiento legislativo en materia de alcohol. Por eso los datos de la última **Encuesta sobre Drogas a población escolar de 14 a 18 años, representativa a nivel nacional** (PND 2000), son de sumo interés para medir este fenómeno. Los más destacados son:

- El alcohol es la sustancia más consumida entre la población escolar de 14 a 18 años; el 76% declara haber consumido alcohol alguna vez y el 58% declara un consumo habitual (últimos 30 días).
- La edad media del inicio al consumo se sitúa en los 13,6 años (13,4 en los chicos y 13,8 en las chicas) y al consumo semanal a los 14,8. En términos generales podemos decir que la proporción de bebedores aumenta progresivamente entre los 14 y los 18 años. Los mayores incrementos se producen entre los **14 y 15 años**, lo que sitúa a este grupo en una **edad crítica** en la expansión de este hábito.
- Se han reducido las diferencias entre chicos y chicas, ellos siguen bebiendo más que las chicas, pero ellas lo hacen con más frecuencia.
- El 39,7% de escolares se ha emborrachado alguna vez y el 20% lo ha hecho en el último mes. Pese a lo cual tan sólo un 7,4% de los escolares percibe que bebe mucho o bastante.
- Un elevado porcentaje (28'5%) reconoce haber sufrido alguna consecuencia negativa asociada al consumo de alcohol, principalmente problemas de salud,

riñas y discusiones y conflictos familiares (Figura 6). Es destacable el hecho de que el 19,5% reconoce haber conducido vehículos bajo los efectos del alcohol o haber sido pasajeros de vehículos conducidos por alguien que estaba bajo estos efectos.

- Se mantiene el patrón de consumo de alcohol característico de los adolescentes, consistente en el consumo de cervezas y combinados, preferentemente en lugares públicos, con amigos y durante los fines de semana (viernes, sábado y domingo). Los lugares habituales de consumo entre quienes han bebido en el último mes son los bares con amigos, discotecas y la calle. Así el alcohol adquiere un papel fundamental como articulador del ocio y las relaciones sociales de los jóvenes.
- Se constata una intensa asociación entre los consumos de alcohol, tabaco y cánnabis, de modo que el uso de cualquiera de estas sustancias implica una alta probabilidad de consumo de las restantes. Los bebedores ocasionales son en el 42% de los casos fumadores ocasionales y en un 35% consumidores de cánnabis.
- Las principales vías por las que los escolares reciben información son: los medios de comunicación (66'8%), los padres y hermanos (57%), los amigos (53'2%) y los profesores (45'6%). Hecho que pone de manifiesto la importancia, reseñada en este documento, del entorno social y familiar además del educativo.

Pero **los jóvenes no son un grupo aislado del resto de la sociedad** y el consumo en esta población suele ser un reflejo de lo que pasa en la sociedad en general. Según la **Encuesta Domiciliaria sobre consumo de Drogas 1999:**

- El 18,6% de la población encuestada entre 15 y 65 años se ha emborrachado en los últimos doce meses, en frecuencias diversas que abarcan desde todos los días hasta 1 o 2 días al año. El 9,5% de la población encuestada son bebedores de riesgo³. Prácticamente un millón de personas refiere episodios diarios o mensuales de intoxicaciones etílicas. Muchas de estas personas son padres o madres, están al cargo de menores o jóvenes o son modelos para ellos. Las consecuencias sociales en el ámbito familiar del abuso del alcohol ya han sido evaluadas en la Unión Europea.
- La edad media de la población con frecuencias de borracheras entre 3 y 7 días a la semana está en torno a los 40 años, mientras que por el contrario quienes registran episodios de borracheras de 1-2 días a la semana (normalmente los fines de semana) se sitúa en una edad próxima a los 27 años.

Estas cifras de consumo tiene también reflejos en los datos de mortalidad. En 1998 se ha estimado la mortalidad atribuible al consumo de alcohol en España en más de 11.952 personas, lo que representaría el 3,3% de todas las defunciones. Según el último estudio de la OMS sobre la carga global de enfermedad en el año 2000, una de cada cuatro muertes en hombres europeos de 15-29 años es atribuible al alcohol. Los accidentes de tráfico, envenenamientos y lesiones autoinfligidas son las principales causas de muerte.

En 1999, el Instituto Nacional de Toxicología analizó 1.420 muertes producidas en accidentes de tráfico y los resultados confirman la relación de las muertes con el alcohol y otras drogas. En el 37,4% de los casos analizados los niveles de alcoholemia se en-

contraban por encima de los límites legalmente establecidos.

Por lo que respecta a la influencia del alcohol en los accidentes, es sabido que la intoxicación aguda es la que más se relaciona con las lesiones, estimándose que 1/6 de las personas que acuden a servicios de urgencias por lesiones se halla bajo los efectos del alcohol (HEA, 1998).

No obstante existen razones para creer que el consumo de alcohol no es un fenómeno general en alza, sobre el que no se puede influir. El porcentaje de abstemios se ha incrementado en la edad de 16-24 años tanto en hombres como en mujeres desde 1987, según la Encuestas Nacionales de Salud y las Encuestas sobre Drogas a población escolar de 14 a 18 años. (Tabla 5 y Figura 7).

Pero a pesar de que el porcentaje de consumidores de alcohol entre los jóvenes haya disminuido, existen importantes **colectivos en especial riesgo, uno de los cuales es “la población que sale de marcha”**.

Las características más sobresalientes de esta población⁴, en relación con el consumo de alcohol son:

- La edad media de esta población es de 21,9 años. Son jóvenes con un estatus socioeconómico medio y más bien alto, que ocupan los lugares centrales y más representativos de las ciudades. En ningún caso se trata de jóvenes marginales o de ambientes periféricos, que también existen en las distintas ciudades pero no han formado parte de este estudio.
- El consumo de alcohol en esta población es del 90% y de ellos el 70% se ha emborrachado en el último mes y más del 30% una o dos veces a la semana.

³ Concepto de bebedor de riesgo de la Encuesta Doméstica: consumos de más de 280g. de alcohol puro a la semana para hombres y 169g. semana para mujeres.

⁴ Según resultados del estudio IREFREA España que se realizó en Bilbao, Madrid, Palma, Valencia y Vigo sobre una muestra de 260 personas en cada ciudad, repartidos en cuatro subgrupos, con determinadas características reflejo de los diferentes grupos de jóvenes que salen de marcha.

- El 50,7% de esta población ha conducido bajo los efectos del alcohol, de ellos un 9,4% ha tenido accidentes de tráfico.
- Esta población sale de marcha mayoritariamente dos noches a la semana: 55,8%. La mayoría opina que sus padres ejercen poco (45,3%) o ningún control sobre ellos (24,9%). El 76,7% viven con su familia de origen.

El alcohol tiene consecuencias demostradas en los jóvenes a corto y largo plazo.

En la niñez y en la adolescencia, el consumo de alcohol se asocia con diversos efectos nocivos a corto plazo como son los accidentes, la violencia y las intoxicaciones, así como con problemas del desarrollo y sociales. A largo plazo, el consumo regular de alcohol va unido a un mayor riesgo de enfermedades crónicas graves (cáncer de hígado y otros órganos, hipertensión, etc.). Entre los efectos en el plano social están la delincuencia y la pérdida de productividad o el bajo rendimiento escolar.

El consumo temprano de alcohol se asocia con un mayor riesgo de problemas relacionados con el consumo de alcohol en la adolescencia tardía y la vida adulta.

La conducta sexual arriesgada –múltiples parejas y no utilización de la píldora o preservativo– va a menudo asociada a agresiones sufridas en la infancia, al consumo de alcohol y otras sustancias o a los trastornos del desarrollo y trastornos mentales.

Recientes estudios realizados en Finlandia sugieren que las muertes de jóvenes por causas externas y por suicidio tienen a menudo como denominador común el consumo de drogas y, en concreto de alcohol. Cuanto más baja es la situación socioeconómica de los padres y mayor número de problemas han tenido que afrontar el adolescente durante su trayectoria educativa, mayor es el riesgo de muerte entre 15 y 24 años.

I.2.1. Adolescentes y consumo de alcohol

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

La adolescencia es una etapa crítica para el inicio del consumo de sustancias adictivas. Son sustancias que pueden marcar en muchos adolescentes el acceso al mundo de adulto. La imitación y el deseo de ser como los demás tienen un peso muy importante en el inicio del consumo de alcohol.

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

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

LA GRUPALIDAD. A medida que aumenta la edad y la frecuencia del consumo, éste se traslada al entorno de amigos. Los jóvenes buscan su identidad y construyen su personalidad entre sus iguales. Por otro lado las pandillas o grupos actuales, se caracterizan, a diferencia de las tradicionales (defini-

das por una cierta estructuración y fidelidad), por ser más abiertas, flexibles, e informales, sirviendo de marco de encuentro e intercambio, al mismo tiempo que permiten "ir a su aire". Esta flexibilidad, este estar y no estar, permite a los jóvenes aguantar en grupo más tiempo, y no hay que olvidar que es el **grupo**, el marco en el que se produce un mayor consumo.

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

LA EXPERIMENTACIÓN. El grupo ofrece la suficiente seguridad como para que el menor pueda desplazar la relación de simetría de un plano interpersonal a un plano intrapersonal (probarse a sí mismo). Confluyen en él una serie de rasgos (atracción por el riesgo como un modo de conocer y ampliar los límites, falsa conciencia de invulnerabilidad etc.) que contribuyen directamente a la intensidad de la ingesta.

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

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

El consumo de sustancias como el tabaco y el alcohol son vistos por muchos expertos como conductas "de entrada", que, para muchos individuos, son precursores del consumo de otras drogas. Así, pese a que la experimentación con estas sustancias frecuentemente es vista como algo normal y el consumo ocasio-

nal en sí mismo puede no ser dañino, los expertos en prevención le dan una importancia crucial ya que evitando la experimentación con estas sustancias se garantiza que no se llegará a un consumo inadecuado de esas sustancias y seguramente tampoco se llegará a consumir otras sustancias más dañinas.

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

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

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

Finalmente, debemos señalar que la accesibilidad a estos productos (que es muy importante en España) es otro factor clara-

mente determinante. Además de los límites de edad, se debería poner límites a las promociones (dos por uno, barra libre, etc.) y concursos de bebidas.

I.2.2. Límites de seguridad en el consumo

Hablamos de **ABUSO** de alcohol cuando el consumo pueda tener consecuencias adversas, ya sean con carácter agudo o crónico, para la persona:

- Porque se superen determinadas cantidades.
- Debido a las actividades que se realizan simultáneamente, como la conducción de un coche o de una moto o el manejo de cualquier máquina compleja...
- O por determinadas características de la persona: ser muy joven, estar embarazada, tener un problema de salud, consumir medicamentos...

Por todo ello, más que de abuso habría que hablar de mal uso.

En relación con los límites de seguridad en el consumo de alcohol, la realidad es que no se puede responder de una forma única y concreta. Cada persona y cada circunstancia son únicas (por ejemplo, sí se va a **conducir** lo seguro es **no beber** alcohol). Además, la defensa metabólica ante el alcohol es más baja en menores de 18 años, por lo que su consumo en estas etapas de la vida, puede producir más fácilmente alteraciones orgánicas y/o psicológicas. Siendo importante recalcar que **no existe un límite de seguridad de consumo de alcohol en menores de edad**.

En ADULTOS, y sólo como orientación general, existen unos límites de consumo considerados seguros internacionalmente, y que tienden a ser cada vez más restrictivos.

Éstos son:

Hombres sanos, no superar los 30 gramos de alcohol puro al día.

Mujeres sanas, no superar los 20 gramos de alcohol puro al día.

En cualquier caso, el consumo regular no debería ser diario, sino intercalar al menos dos días a la semana sin alcohol.

Por todo ello, la OMS lanzó un mensaje: **ALCOHOL- LESS IS BETTER**, traducido por nosotros como **ALCOHOL: CUANTO MENOS MEJOR**. Con este mensaje se pretende transmitir la idea de que no existe un límite estricto en relación al nivel de consumo de alcohol a partir del cual éste empieza a ser perjudicial para la salud, pero que en cualquier circunstancia cuanto menos cantidad de alcohol se consuma mejor.

Cuando se beben diariamente más de 40 gramos al día (4-5 consumiciones) en el caso del hombre, y más de 20-24 gramos (2-3 consumiciones) en el caso de la mujer, o se realizan ingestiones concentradas de 5 o más bebidas en una ocasión de consumo, se impone una seria reflexión y cambio de hábito, que el individuo puede lograr siendo informado y aconsejado por su médico.

I.2.3. Conclusiones o análisis de tendencias

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

Existe una tendencia Europea a la homogeneización de los patrones juveniles de consumo de alcohol (GLOBALIZACION).

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

Es un hábito extremadamente frecuente, y probablemente podamos afirmar que es la droga más consumida. Pero **NO ES UN HÁBITO GENERALIZADO**. El porcentaje de jóvenes abstemios (**NO BEBEDORES**) se vie-

ne incrementando en los últimos años en España.

Los jóvenes que beben lo hacen en cantidades cada vez más elevadas, siendo cada vez más frecuente *consumos muy elevados de alcohol en cortos períodos de tiempo* (“**binge drinking**”) y por tanto,

Aumenta la frecuencia de episodios de embriaguez en nuestros jóvenes, y este hecho forma ya parte de la CULTURA JUVENIL DE ALCOHOL.

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

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

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

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

El consumo habitual de los menores se realiza fuera del entorno familiar. El consumo se realiza fuera de casa, en la calle y en los espacios donde se producen las relaciones

sociales de los jóvenes, lugares de encuentro y diversión y se realiza en el grupo de iguales.

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

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

I.2.4. Políticas de control desde la perspectiva de Salud Pública

Desde finales de los 60, especialmente como resultado de la investigación realizada por Ledermann, Terris, Lint, Schmidt, Makela y Skog, los problemas de alcohol se enfocaron desde la perspectiva de la Salud Pública, concentrando la atención en los individuos que sufrían alcoholismo y problemas relacionados con el alcohol, en el consumo general de alcohol en comunidades bebedoras, en los factores que inciden en ese consumo, en la relación entre distintos grados de consumo de alcohol y desarrollo de enfermedades relacionadas con el mismo y en los accidentes entre las personas bebedoras en su conjunto (Gil et al 1994). Este enfoque se ha ido ampliando progresivamente a toda la población de bebedores, incluyendo los bebedores ligeros y moderados quienes, numéricamente acumulan más problemas sobre todo en el ámbito social (por ejemplo: alcohol y accidentes de tráfico). La actuación sobre este colectivo (identificación e intervención precoces) tiene un elevado potencial preventivo. En los últimos años, el enfoque poblacional está siendo complementado por la atención a grupos de especial riesgo, al haberse evidenciado que tan importante es el consumo per cápita como el patrón de bebida.

A parte de la conocida relación del alcohol con los accidentes de tráfico, las conductas sexuales de riesgo y la salud mental, a largo plazo hoy podemos afirmar que existe una relación dosis-respuesta entre el consumo

per cápita de alcohol, y la frecuencia y gravedad de numerosas enfermedades. Y que a mayores niveles de consumo corresponden tasas de mortalidad y morbilidad más elevadas de cirrosis hepática, determinados cánceres, accidentes, síndrome alcohólico fetal y otras enfermedades (Leifman, Romelsjö 1997; Smart et al 1998).

Es este conocimiento científico de los factores o riesgos asociados al consumo de alcohol, lo que ha contribuido a fomentar el debate público sobre sus consecuencias.

En el marco del Plan Europeo de Actuación sobre Alcohol, de la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se recoge el hecho de que para conseguir **una reducción significativa de los problemas relacionados con el alcohol** es necesario **un enfoque poblacional**, dirigido a la reducción del consumo global (consumo per cápita), **y un enfoque de alto riesgo dirigido a los bebedores excesivos**, siendo siempre ambas estrategias complementarias (Edward et al 1994).

La necesidad de un enfoque poblacional viene justificada por el hecho, también constatado en España (Artalejo et al 1999), de que un cambio en el consumo total de alcohol en la población va acompañado de un cambio en igual dirección en la proporción de grandes bebedores. Por otro lado, dado que el abuso de alcohol aumenta la probabilidad de problemas físicos, psicológicos y sociales, el consumo medio ha de estar estrechamente relacionado con la prevalencia de estos problemas en la sociedad.

Eurocare recoge en un informe elaborado para la Unión Europea (Eurocare 1998), los problemas derivados del consumo de alcohol en la familia, y señala que la probabilidad de sufrir problemas familiares se incrementa con la cantidad de alcohol consumida y con la frecuencia de intoxicaciones. Y por tanto, las políticas tendentes a incrementar el consumo de alcohol tienden probablemente a incrementar los problemas derivados del alcohol

en la familia, provocando daño y ruptura de la unidad familiar.

En los últimos años se ha estado investigando también la relación entre los diversos patrones de consumo y distintos tipos de problemas. El estudio ECAS sobre 15 países europeos revela cómo la variación de 1 litro en el consumo per cápita repercute de forma diferente según **el estilo de consumo** de cada país. Así, mortalidad por cirrosis hepática se incrementa en todos los países al aumentar el consumo, los accidentes aumentan en la mitad de países y el suicidio sólo aumenta en los países nórdicos. La mortalidad cardiovascular no aumenta, pero tampoco disminuye a nivel poblacional al incrementar el consumo.

El patrón de consumo en atracones, que incluye episodios de embriaguez, tiene un enorme impacto en la accidentalidad. La intoxicación aguda o ingestión concentrada de alcohol en gente que habitualmente bebe con moderación es la causa más frecuente de lesiones relacionadas con el alcohol. De ahí las estrategias poblacionales dirigidas a los bebedores moderados.

En definitiva, **los problemas relacionados con el consumo de alcohol y las motivaciones que inciden a beber son múltiples y complejas como lo es también su abordaje, que debe sustentarse en una política global, multisectorial y multidisciplinar**, con la participación de todas las áreas implicadas: Salud, Educación, Bienestar Social, Empleo, Tráfico, Agricultura, Comercio, Interior, Justicia y Hacienda.

Por ello, no existe una "actuación estrella" para su abordaje, sino que toda estrategia de intervención necesita estar enmarcada en una política global, comprensiva y multisectorial, tal como se señala en la "Carta Europea sobre Alcohol", adoptada en Diciembre de 1995, por los Estados Miembros de la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud en el marco del 1er *Plan Europeo de Actuación sobre Alcohol*, en la que se recogen los principios éticos, metas, y diez estrategias para la

acción sobre el alcohol. Carta Europea que sin duda constituye un hecho histórico sin precedentes, y que marca un punto de inflexión en el desarrollo de políticas de salud relacionadas con el alcohol en el ámbito de la Región Europea.

Las 10 estrategias para la acción, aprobadas con esta carta, sirven de nexo común para el desarrollo de actividades en el campo del alcohol, sin interferir con las propuestas que en los distintos ámbitos se desarrollen en función de las necesidades y prioridades. El 2º Plan Europeo sobre Alcohol, sin renunciar a objetivos poblacionales de reducción del consumo per cápita, incide sobre las pautas arriesgadas de consumo.

En un reciente estudio, financiado por la Comisión Europea, dirigido a conocer **las tendencias en políticas de control de alcohol en los países que integran la Unión Europea** (con la excepción de Luxemburgo, y la inclusión de Noruega) desde 1.950 hasta el año 2.000, se analizaron los siguientes subgrupos:

1. **Control de producción y venta.**- Monopolios estatales y sistema de licencias para la producción y venta.
2. **Control de distribución.**- En referencia a las limitaciones de la disponibilidad (días, horas de venta..).
3. **Control personal.**- Referido a la edad legal límite para la venta de bebidas alcohólicas.
4. **Control de la publicidad.** Legislación de países más código ético suscrito voluntariamente por los productores, cuyo cumplimiento debe monitorizarse y forzarse.
5. **Control social y ambiental.**- Especialmente referido a los niveles máximos de alcoholemia permitidos.
6. **Políticas públicas.**- En referencia a la existencia de agencias o de programas preventivos y educativos.

La principal conclusión del estudio es el hecho de que las diferencias encontradas en 1.950 en políticas de control de alcohol, entre los países objeto de estudio, no son tan manifiestas en el año 2.000. **Se ha producido una convergencia en estas políticas a nivel europeo.** España ha avanzado posiciones en políticas de control, pudiendo decir que junto con Francia y Bélgica ocupa una posición intermedia, lo que nos indica que aún hay mucho camino por recorrer (Figura 8).

En términos globales, los principales avances se han conseguido en los aspectos referidos a la prevención de los accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol, el control de la publicidad, las actividades preventivas y educativas y las edades legales límites para la venta de alcohol.

I.3. Situación de la Salud Mental

La salud mental hace referencia a cómo una persona piensa, siente y actúa cuando hace frente a situaciones de la vida. Es como la gente se ve a sí misma, cómo ve su vida y sus relaciones personales, cómo evalúa los cambios y los problemas y cómo busca soluciones. Esto incluye el manejo del estrés, las relaciones con otras personas y la toma de decisiones. Es decir, la salud mental depende de los siguientes parámetros:

- Autonomía funcional.
- Percepción correcta de la realidad.
- Adaptación eficaz y respuesta competente a las demandas del entorno.
- Relaciones interpersonales adecuadas.
- Percepción de auto-eficacia.
- Buen autoconcepto.
- Estrategias adecuadas de afrontamiento del estrés.

La salud mental es fundamental para la salud, el bienestar personal, las relaciones familiares e interpersonales satisfactorias y para la contribución a la comunidad o la sociedad.

Aunque se pueden identificar muchos componentes de la salud mental, la salud mental no es fácil de definir y la definición de arriba es solo una referencia, ya que está muy influida por valores culturales.

I.3.1. La epidemia de mala salud mental

Estudios europeos recientes demuestran que **entre un 17% y un 22% de los jóvenes menores de 18 años sufren problemas de desarrollo, emocionales y de conducta**. Uno de cada ocho jóvenes padece un trastorno mental y entre los niños socioeconómicamente desfavorecidos esta razón alcanza uno de cada cinco.

Entre los trastornos mentales bien catalogados, las prevalencias calculadas por el

Centro para los Servicios de Salud Mental de los Estados Unidos para niños y adolescentes, puede verse en la siguiente Tabla:

- Uno de cada cinco niños o adolescentes puede tener un problema de salud mental que puede ser diagnosticado y tratado durante su desarrollo.
- Uno de cada diez puede tener un problema emocional serio (que altera e interrumpe la vida social, académica y emocional).
- Dos tercios de todos los jóvenes con problemas, no reciben ayuda. Sin ayuda las consecuencias pueden llegar desde el fracaso escolar, el abuso del alcohol y las drogas, los problemas familiares (discordias, la violencia o incluso el suicidio).

Muchos de estos trastornos pueden prevenirse:

- Desórdenes de ansiedad. Afectan a 8 ó 10 de cada 100 niños y adolescentes, son los más comunes.
- Depresión mayor. Afectan a 6 de cada 100 niños y adolescentes.
- Desorden bipolar. 1 de cada 100 adultos. Aparece a veces durante la pubertad.
- Déficit de atención/Hiperactividad. 5 de cada 100. Niños y adolescentes.
- Déficit de aprendizaje. 5 de cada 100. Niños y adolescentes.
- Desórdenes de conducta. 4 a 10 de cada 100 niños y adolescentes.
- Desórdenes de la alimentación. 1 de cada 100 a 200 adolescentes chicas (Anorexia), 1 a 3 de cada 100 adolescentes (Bulimia).
- Autismo y otros trastornos relacionados. 7 a 14 de cada 10.000 adolescentes.
- Esquizofrenia. 3 de cada 1000 adolescentes.

Como en otros problemas de salud, podemos estimar que las cifras podrían ser muy similares en nuestro entorno

En España no existen datos poblacionales representativos de salud mental, aunque los datos de frecuentación hospitalaria y determinadas encuestas parecen indicar que la epidemia de mala salud mental que se cierne sobre los países desarrollados es aquí también una realidad.

En 1998 se produjeron 103.055 ingresos hospitalarios por trastornos mentales. 12.715 ingresos por trastornos mentales se produjeron en el grupo de 15 a 24 años. Los ingresos hospitalarios por esta causa se disparan en este grupo de edad y estas cifras se doblan en la edad de 25 a 34 años, donde **sólo las causas obstétricas aventajan en estancias hospitalarias a esta**

patología. Estos datos sólo reflejan una parte de la magnitud del problema. Hay que tener en cuenta que la mayoría de los problemas mentales de los jóvenes cursan sin que surja un ingreso hospitalario y si en estas edades no se previenen o no tienen el tratamiento adecuado, producirán consecuencias a corto, medio y largo plazo.

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

En 1997, según la Encuesta Nacional de Salud, **el 15,7% de la población de 16 a 24 años valoró que su estado de salud era regular, malo o muy malo.** (Figura 9).

I.3.2. La enfermedad invisible y estigmática

La salud mental es uno de los componentes de la salud más invisibles y peor evaluados.

Uno de los principales problemas para el acceso a tratamientos eficaces es que las enfermedades y problemas mentales son aún un estigma.

Se estima que **menos del 20% de los jóvenes europeos con problemas mentales recibe un tratamiento adecuado**, a pesar de que existen una gran variedad de tratamientos psicosociales y farmacológicos eficaces. La eficacia de los tratamientos de salud mental está bien documentada y existe tratamiento para la gran mayoría de las enfermedades mentales.

Las enfermedades mentales son condiciones reales con un inmenso impacto en el individuo y su entorno.

De hecho, el estudio de la Carga Global de Enfermedades dirigido por la OMS, el Banco Mundial y la Universidad de Harvard, revela que **la enfermedad mental, incluido el suicidio, ocupa el segundo lugar en la carga de enfermedad en los países con economía de mercado.**

Carga de enfermedad por categoría de enfermedades en los países con economía de mercado, 1990 (medido en Dalys)

Todas las dolencias cardiovasculares	18,6%
Todas las enfermedades mentales	15,4%
Todas las enfermedades cancerosas	15,0%
Todas las enfermedades respiratorias	4,8%
Todas las derivadas del consumo de alcohol	4,7%
Todas las infecciones infecciosas y parasitarias	2,8%
Todas las derivadas del consumo de drogas	1,5%

Fuente: Murray & López, 1996

Una de las consecuencias no evaluadas de una deficiente salud mental es la violencia. Un reciente estudio del Defensor del Pueblo pone de manifiesto que el 33% de los alumnos enseñanza secundaria manifiestan haber sufrido violencia verbal, el 7% violencia física, el 9% violencia psicológica, el 11% violencia social y el 20% ha sufrido algún robo.

I.3.3. Características en la juventud

La OMS ha alertado en el pasado mes de marzo sobre la salud mental de los adolescentes y como ésta condiciona el futuro de las sociedades.

La infancia y adolescencia está caracterizada por periodos de transición y reorganización, y es crítico hacer la valoración de pensamientos, emociones y conductas de esta población de acuerdo con esta evolución y el contexto familiar, social y cultural.

Los trastornos mentales de los jóvenes no son entidades tan tipificadas y definidas como los de los adultos.

Los problemas y alteraciones mentales aparecen en familias de todas las

clases sociales y con todos los tipos de antecedentes, nadie está inmune.

Existen una serie de factores de riesgos conocidos que incluye:

Incapacidad mental (retraso), bajo peso al nacimiento, historia familiar de alteraciones mentales o adicciones, pobreza multigeneracional, separación de las personas cuidadoras, antecedentes de abusos y negligencia.

Las intervenciones preventivas sobre estos factores de riesgo han demostrado ser efectivas a través de programas educativos para niños y jóvenes y también para los padres y a través de apoyo especializado familiar.

La incidencia de muchos trastornos (depresión, trastornos relacionados con el consumo de drogas, conducta suicida, trastornos de la alimentación y psicóticos) aumenta notablemente de la niñez a la adolescencia y la prevalencia continúa incrementándose en la edad adulta debido a los casos concurrentes.

La depresión que comienza en la adolescencia es un estado muy recurrente, que causa un grave detrimento de la capacidad psicosocial y que constituye un problema serio de salud pública. La depresión en la niñez y en la adolescencia se asocia con problemas subsiguientes de adaptación, bajo rendimiento escolar y conducta suicida. Según los datos epidemiológicos disponibles, la prevalencia de la depresión grave a lo largo de la vida es de alrededor del 4% en el grupo de edad de 12 a 17 años, y del 9% a los 18 años (el doble en las mujeres que en los varones). Los últimos resultados sugieren un aumento de la prevalencia de la depresión adolescente.

En la adolescencia temprana es habitual el consumo experimental de drogas, pero sólo una minoría acabará desarrollando una adicción a estas sustancias. A la edad de 15 a 24 años, el consumo y la dependencia de las drogas se asocia con frecuencia a trastornos mentales como la depresión. Además, el consumo de este tipo de sustancias, cuando se es joven, presenta un alto riesgo

de desarrollar trastornos mentales graves en la edad adulta.

El suicidio es una de las tres causas principales de muerte entre los jóvenes. Alrededor del 14% de los suicidios se cometen a la edad de 15 a 24 años. La conducta suicida se asocia a menudo con los trastornos depresivos o con el consumo de drogas, lo cual pone de manifiesto la importancia de las intervenciones de prevención y tratamiento de estas enfermedades. **El suicidio se ha convertido en la segunda causa de muerte en jóvenes a partir de los 14 años** y algunos estudios encuentran tasas entre 15-20% de adolescentes con ideación suicida acompañada de sentimientos de desesperanza e indefensión. En la Figura 10 se presenta la tasa de mortalidad ajustada para el grupo de edad de 15 a 24 años.

Los trastornos de la alimentación son una amenaza seria para el desarrollo normal del individuo. Alrededor del 20% de las víctimas tempranas se convierten en casos crónicos, y la mortalidad es aproximadamente del 6% a lo largo de la vida. Los trastornos de la alimentación afectan unas diez veces más a las chicas que a los chicos.



INTERVENIR PARA ME-
JORAR LA SALUD

II. Intervenir para mejorar la salud

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

1. Compatibilizar diversión y salud.
2. Participación desde la influencia de los iguales.
3. Complementar estrategias curriculares transversales con estrategias de asesorías
4. Trabajo intersectorial: elaborar las respuestas “con”.
5. Trabajar habilidades y oportunidades, además de los conocimientos.
6. Colectivos y segmentos que necesitan una atención preferente.
7. Perspectiva de promoción, con prevención primaria y secundaria.
8. La cuestión de género, sombras y oportunidades.
9. Características básicas para la acción con jóvenes.
10. Sus “espacios vitales”: Familia, educativo/laboral y, ocio.
11. Los espacios claves para la acción: Movida, deporte y música.
12. Planes compartidos de formación en técnicas de actuación con jóvenes.
13. Investigación cualitativa aplicada y transferencia de método.
14. Seguimiento y Comunicación social del problema.
15. Priorizar el nivel local de atención.
16. Tener en cuenta los modelos culturales que inciden en el comportamiento de la población juvenil

1. Compatibilizar diversión y salud.-

Con frecuencia se estima que los “consejos saludables” están contrapuestos al disfrute y a la satisfacción, conducen con asiduidad a prohibiciones y limitan sustancialmente las posibilidades de un enfoque positivo. Esta apreciación es aún más acentuada entre jóvenes, y lleva unida un rechazo cuasi instintivo a todo aquello que precisa investirse de autoridad o referencia institucional administrativa. Esta situación también tiene que ver con el modo de hacer las cosas utilizado hasta ahora, con frecuencia con rasgos de cierto paternalismo y mensajes sociales contradictorios. En las recomendaciones propuestas se ha tenido en cuenta este tipo de inconveniente, de forma que se presta una especial atención a compatibilizar la diversión con una mejor respuesta a los riesgos; se puede pasar bien sin necesidad de exponerse a riesgos importantes y en ocasiones decisivos para la salud. *Controlar las riendas de la diversión, es un mensaje coherente con la reducción de riesgos y con la búsqueda de una respuesta compatible con la salud.*

2. Participación desde la influencia de los iguales.-

En la realización de los planes y programas es necesario incorporar desde las fases preliminares a los propios jóvenes, no solo porque el resultado obtenido es cualitativamente diferente, sino también porque la ejecución de lo que se pretende, se facilita de forma definitiva. *Trabajar CON jóvenes es pues determinante*, así lo recoge reiteradamente este documento desde su título. Otro aspecto esencial que atraviesa a todas las recomendaciones es la “influencia de los iguales” en determinados tramos de edad, ya que experiencias del desarrollo de esta estrategia en problemas como el VIH/SIDA se han mostrado altamente satisfactorias a la hora de trasladar información, no solo para proporcionar conocimientos, sino para transmitir habilidades y oportunidades en el manejo de instrumentos de prevención. La universidad

constituye un yacimiento privilegiado de mediadores, sobre todo en aquellas carreras del campo de las ciencias de la salud, la educación, y la comunicación.

3. Complementar las estrategias curriculares transversales, con estrategias de asesorías, basadas en criterios de oportunidad.-

Una de las cuestiones estratégicas que se incorporan en el marco de la promoción, es combinar las estrategias curriculares, a lo largo de todo el proceso educativo, con estrategias de respuesta a problemas determinados, sobre todo los planteados por adolescentes y jóvenes. Se trata entonces de *hacer compatibles los programas educativos que contemplan el proceso de aprendizaje adaptado a la evolución de la edad, con el acercamiento de asesorías a aquellos que plantean problemas en el momento: “aquí y ahora”, en los espacios cercanos y habituales para jóvenes.*

La estrategia curricular es básica y debe garantizarse a la totalidad de escolares. Debe impregnar y contemplar todas las áreas de conocimiento de manera transversal como describe la LOGSE⁵ y Decretos que la desarrollan. Además debe apoyarse con medidas que hagan a los centros educativos lugares promotores de salud. *Todos los programas de promoción de la salud y prevención de riesgos y enfermedades en la escuela tienen elementos comunes encaminados a la educación en valores y las habilidades de vida.* Sobre este núcleo común deben encardinarse los aspectos específicos de cada tema, según las diferentes edades y contextos, de acuerdo con las prioridades sociales y educativas. Los planteamientos básicos de la educación para la salud en la es-

⁵Ley Orgánica 1/90 de 3 de octubre de Ordenación General del Sistema Educativo, (BOE 4/10/91) establece en el artículo 2º que la actividad educativa se dirige a *la formación personalizada, que propicie una educación integral en conocimientos, destrezas y valores morales de los alumnos en todos los ámbitos de la vida, personal, familiar, social y profesional.*

cuela, las estrategias y metodologías adecuadas han sido objeto de consenso de un grupo de expertos de todos los sectores relacionados con la educación para la salud en la escuela, reunidos recientemente en San Lorenzo del Escorial (Apéndice). *Este cuerpo común de consenso debe desarrollarse así como los aspectos específicos.* Un programa de salud en la escuela es la inversión más coste efectiva de una Nación, ya que mejora la salud y la educación simultáneamente (Dr. Gro Harlem. WHO. Abril 2000.) *La educación para la salud debe estar reconocida obligatoriamente en la formación básica del profesorado.*

4. Trabajo intersectorial: Elaborar respuestas "CON".-

Casi todos los sectores coinciden ya en elaborar respuestas conjuntas para mantener el nivel de eficacia. La naturaleza de los problemas prevalentes y emergentes, es cada vez más compleja y exige planes compartidos entre los distintos sectores institucionales, frecuentemente el Educativo y el de Salud, como se ha comprobado en las recomendaciones, con la participación de entidades colaboradoras directamente implicadas, como son los Institutos y Consejos de la Juventud, los de la Mujer, las Corporaciones Locales...Afirmar que la elaboración sea también conjunta, a la vez que la ejecución pueda comprometer espacios, recursos materiales y profesionales, otros recursos comunitarios y no sólo un simple reparto de funciones.

5. Trabajar habilidades y oportunidades, además de los conocimientos.-

Hemos comentado ya en varias ocasiones lo importante que es trabajar con habilidades y oportunidades. Habitualmente se mide la eficacia de lo que hacemos por los conocimientos; pero por ejemplo: se puede conocer perfectamente la batería de anticonceptivos y los riesgos, en cambio otra cuestión bien distinta, es usarlos en el momento adecuado. "Del dicho al hecho va un trecho", y este trecho en los jóvenes ha

de recorrerse aportando habilidades para su uso oportuno. La estimación del riesgo en términos de previsión del peligro, frente a los accidentes de tráfico por ejemplo, o la percepción del cuerpo respecto a los trastornos alimentarios, tienen que ver directamente con la traducción del conocimiento en actitudes.

6. Colectivos y segmentos que necesitan una atención preferente.-

Hemos repetido que hablar de jóvenes en general es asumir imprecisiones importantes. Decimos que aunque es un grupo globalmente sano, sí presenta incrementos en su morbimortalidad en determinados tramos, habitualmente según la situación socioeconómica de origen, el género y en función de los problemas que se traten. Es necesario pues determinar aquellos segmentos que presentan mayores situaciones de riesgo y actuar prestándoles una atención preferente. Aunque han de considerarse prioritariamente, como en otras poblaciones, los riesgos derivados de situaciones sociales y económicas desfavorables (clase social), también hay que añadir otros itinerarios de exclusión no socioeconómicas, como los excluidos del sistema educativo o laboral. No obstante habría que tener en cuenta una matización: *los jóvenes suelen compartir las situaciones de riesgo, sobre todos en aquellos espacios de aglomeraciones y fin de semana que conducen a asumir un mismo nivel de riesgo, independientemente de su curriculum educativo o procedencia familiar.*

7. Perspectiva de promoción, con prevención primaria y secundaria.-

Se ha venido concretando a nivel estratégico una perspectiva de promoción que ha subrayado el aspecto positivo de compatibilizar diversión y salud, y que pone una especial atención en asegurar la participación de los jóvenes y respetar su nivel de decisión. A la vez se ha pretendido que esta decisión se base en una buena información/formación que combine conocimientos y habilidades, información curricular y asesorías juve-

niles; en definitiva, posibilitar a los jóvenes una elección de la conducta más favorable para la salud, sin que ello suponga una renuncia a las condiciones que, como jóvenes, le son propias. Es lo que hemos venido denominando "*mejorar la respuesta a los riesgos*", en la certeza de que controlar los factores que inciden en la propia salud es el objetivo central de la Promoción.

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

- 8. La cuestión de género, sombras y oportunidades.-** Procediendo de las diferencias biológicas a los chicos y a las chicas les son dados diferentes contextos para la acción social, lo que determina la percepción individual, la manera que se trata al propio cuerpo y el desarrollo de la personalidad. La adopción de la perspectiva de género ofrece una oportunidad para que nuestras acciones sean mucho más efectivas. El género ha sido uno de los aspectos más significativos para la salud y también hay consideraciones específicas de género en el trabajo con jóvenes. Asumiendo que ha sido la herencia del modelo patriarcal el que ha venido configurando las actitudes en la etapa actual, también en jóvenes, con una notable desventaja para las mujeres, el avance en la evolución histórica de la mujer (movimiento feminista) en las últimas décadas, está provocando casi un replanteamiento general radical en el posicionamiento de los

géneros, las relaciones de igualdad y los proyectos de familia y descendencia. Estos avances afectan directamente al trabajo con jóvenes, por lo que es necesario actualizar y consensuar un discurso que analice los claroscuros de estas diferencias y permita buscar las oportunidades para proyectar, en un marco favorable para la salud de ambos géneros, una relación corresponsable de igual a igual, donde nos sirvamos de la diversidad para ser más efectivos, cara a dar respuesta a los problemas de salud a estas edades.

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

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

tratégico imprescindible para minimizar los riesgos y además aprovechar aquellas condiciones favorables de cada uno de los géneros, para construir un mensaje de promoción que relacione diversión y salud.

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

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

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

ma de proyecto, sino unido a la inquietud y la incertidumbre.

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

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

11. Los espacios claves para la acción: Movida, deporte y música.- Es interesante señalar que las intervenciones con jóvenes de carácter colectivo y a

modo de campañas, conviene que se realicen considerando que los jóvenes se comportan de forma más selectiva frente a los medios tradicionales, de modo que eligen cuidadosamente programas y sintonías, además de utilizar con alta frecuencia otros medios menos comunes al resto de la población, como son el cine, Internet y la telefonía móvil. Además, muchas veces resulta más efectivo y sustancialmente más barato, canalizar la información a través de los eventos que suelen frecuentar, como son los espectáculos musicales, deportivos y la movida juvenil. De forma que las campañas y todo tipo de intervenciones informativas en jóvenes, han de plantearse teniendo en cuenta estas especificaciones.

Internet es un medio muy adaptado a los jóvenes pero hay que tener en cuenta que no todos los jóvenes tienen acceso a las nuevas tecnologías.

12. Planes compartidos de formación en técnicas de actuación con jóvenes.-

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

Es cierto que muchos profesionales de la salud ya están asumiendo en la práctica estos roles, debido a que han sido las prioridades de la atención en su entorno, las que les han llevado a incor-

porar estos retos, de forma más o menos autodidacta; pero es precisamente gracias a ellos, y a profesionales directamente implicados en el trabajo con jóvenes, a los que se debe el que hoy se pueda concretar *un Plan de Formación Inicial, en instrumentos y estrategias de prevención y promoción ante los problemas de salud de jóvenes y adolescentes.*

13. Investigación cualitativa aplicada y transferencia de método.-

Plantear la apertura de una cartera de investigación constituye el siguiente paso, directamente relacionado con el desarrollo del documento propuesto. Ello ha de realizarse esencialmente sobre la reflexión cotidiana de los avances realizados en el trabajo práctico, proponemos pues en esta etapa, una preferencia por una investigación aplicada y basada en las experiencias en desarrollo (I+D), dotando a los profesionales implicados en la atención a los problemas de salud de los jóvenes del espacio y el tiempo necesarios para la formación e investigación. Es así como en la implantación de otros programas, ya consolidados y evaluados, tras más de un decenio de existencia (programa de salud maternoinfantil), se ha venido consiguiendo una verdadera transferencia de método de unos profesionales a otros.

Si bien todo este esfuerzo, requiere la referencia de una institución, que además de constituir un soporte documental y de asesoría al respecto, asegure los encuentros necesarios para la realización de intercambio de experiencias y la actualización de los perfiles de la investigación, necesaria y prioritaria en cada momento. Este papel asumido por el Ministerio en determinadas fases de desarrollo de otros programas consolidados, permite además relacionar directamente, y en cada momento, la planificación a partir de las necesidades detectadas en los servicios propios y de otros sectores implicados y por ello, la definición de políticas de salud con los problemas más prevalentes en el marco del Consejo In-

terterritorial y a través de la Comisión de Salud Pública y en concreto de las Comisiones técnicas de problemas de salud pública específicos

14. Comunicación social del problema y Seguimiento.- La clave de la acción de promoción en salud es ser capaz de transferir la capacidad, al ciudadano individualmente y a sus asociaciones a nivel colectivo, de tomar las decisiones sobre los factores que afectan a su salud. La comunicación social de la evolución real de un problema de salud, es la premisa necesaria para la creación de esta capacidad imprescindible para estimular la participación. En situaciones como la irrupción del Sida, no se logró una actitud social de prevención hasta que hubo una correcta comunicación sobre la historia de la enfermedad y los instrumentos de prevención. Lo cierto es que fue a partir de entonces, cuando la información mediática dejó de estigmatizar y se dio paso a una implicación de deportistas, actores, ídolos musicales... que implicaron a la población con mayor fuerza que las apariciones de los expertos puntuales.

Los estudios de comunicación en salud pública, colocan el acento *en como se realiza esta comunicación*, superando la premisa inicial de que hay que comunicar; por lo que informar del seguimiento y por lo tanto de la evolución real de un problema de salud, cuando se hace adecuadamente, tiene todas las ventajas estratégicas frente al ocultismo. Si además se busca la implicación en un proceso de promoción, la comunicación es imprescindible.

Por otra parte *el seguimiento de los problemas de los jóvenes exige una adecuación de los sistemas de vigilancia e información que contemple la prevalencia de los problemas de salud y sus determinantes en este colectivo.*

La tradición de la vigilancia basada en las enfermedades transmisibles y factores de riesgo debe ir dando paso a ca-

racterizar por ejemplo el uso de la anti-concepción, profundizar en la accidentalidad, incorporar problemas de salud mental, así como complementar estas informaciones con el tratamiento y la investigación cualitativa de los problemas. (En este sentido ya hay comunidades autónomas que están desarrollando sistemas integrados de vigilancia de los problemas de salud de los jóvenes y sus determinantes, Madrid, Valencia...)

Los sistemas de vigilancia e información y los estudios cuantitativos y cualitativos no han tenido en cuenta la perspectiva de género, a lo sumo han contemplado la variable sexo, sin vincularla ni cuantificar las condiciones sociales que lleva asociada. *Tanto en el análisis como en la intervención con jóvenes el género es esencial.*

Para asegurar un análisis de calidad y un seguimiento adecuado de la salud de los jóvenes es necesario:

Crear un Sistema de Información y de Evaluación.

Se procurará el establecimiento de un *sistema de información que integre las diferentes fuentes de datos en adolescentes y jóvenes*, valorándose en ese contexto la pertinencia de la creación de un sistema de vigilancia epidemiológica que monitorice las actitudes y conductas de esta población.

Se llevarán a cabo *estudios secuenciales que reflejen la realidad de adolescentes y jóvenes*, en particular aquellos de carácter cualitativo que aporten elementos para el diseño de estrategias preventivas.

Cualquier tipo de programa o intervención debe llevar previsto su propio sistema de evaluación que permita saber básicamente el grado de éxito alcanzado.

Desde el Ministerio de Sanidad y Consumo, debe crearse *un grupo de trabajo para el estudio y la adecuación de los*

puntos anteriores de una forma coordinada y homogénea.

15. Priorizar el nivel local de atención.-

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

16. Tener en cuenta los modelos culturales que inciden en el comportamiento de la población juvenil.-

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

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

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

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

Las recomendaciones propuestas se han estructurado en tres Áreas de acción, para facilitar la integración de las distintas partes y la lectura del documento. Estas áreas son recomendaciones: *de Salud Pública, Educativas* (las recomendaciones en medio escolar son tratadas en el apartado común previo, salvo aspectos muy específicos), y de *Atención Sanitaria*.

Dada la especificidad de cada materia no ha resultado posible encontrar una estructura común más detallada, aunque si coinciden los espacios de intervención y ciertas estrategias. Intencionalmente las recomendaciones tienen un grado limitado de concreción con el objeto de posibilitar un amplio margen de decisión a los diferentes ámbitos de decisión, fundamentalmente autonómicos y locales

II.1. Recomendaciones para la salud sexual y reproductiva

SALUD PÚBLICA

Medidas Informativas.

Edición y distribución de materiales,

adecuados a las características socioculturales de los chicos y chicas adolescentes y jóvenes, que contribuyan a mantenerles informados sobre:

- Sexualidad
- Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual.
- Prevención del VIH/SIDA.
- Anticoncepción.
- Agresiones y abuso sexual.
- Dispositivos de atención sanitaria y comunitaria para jóvenes.

En cada Comunidad Autónoma debería valorarse la existencia de:

Un teléfono de información y asesoramiento accesible para jóvenes específico sobre sexualidad y anticoncepción o integrado en otros servicios de atención a los jóvenes

Una página Web institucional

que permita el acceso juvenil a información relevante, contrastada científicamente, sobre la sexualidad entre otros aspectos relacionados con su salud. Asimismo, sería deseable que esta página contuviera, también, información actualizada dirigida a profesionales sanitarios y de la educación.

En este momento la información básica sobre anticonceptivos debe incluir la anticoncepción de emergencia:

en qué consiste, qué efectos ocasiona, cuándo se debe solicitar, quién la debe prescribir y dónde hay que acudir. El objetivo a conseguir es que solo sea utilizada cuando el preservativo ha fallado.

Accesibilidad al preservativo

Es necesario

promocionar la venta de preservativos a bajo precio y en estuches de tres unidades, en oficinas de farmacia, parafarmacias, grandes superficies, y a través de máquinas expendedoras en lugares transitados por jóvenes,

este proceso debería estar bajo el control de cada Comunidad Autónoma (preferentemente Consejerías de Sanidad).

Atención a grupos específicos

Todos los jóvenes económica o socioculturalmente desfavorecidos⁶ pueden considerarse población diana.

Cada Comunidad Autónoma debería establecer un plan de intervención en colectivos de jóvenes económica o socioculturalmente desfavorecidos.

Uno de los objetivos de dicho plan debe ser la prevención de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual. El colectivo que ha sufrido ya una interrupción voluntaria del embarazo debería ser objeto de una atención especial. Dicho plan debe contemplar entre otros aspectos, la subvención de proyectos a ONGs y asociaciones sin ánimo de lucro, cercanas al mundo juvenil o a esos colectivos. Sería asimismo deseable que cada Comunidad Autónoma apoyara (mediante subvenciones, asesorías técnicas, etc.) aquellos proyectos de prevención de ETS y embarazos no deseados en adolescentes y jóvenes desfavorecidos, llevados a cabo por Corporaciones Locales que no tengan suficientes medios y que se consideren de especial interés para la salud pública. El establecimiento de **subvenciones** requiere el control técnico del desarrollo de los proyectos y a veces, asesoramiento y formación, lo que debe ser tenido en cuenta por cada Comunidad Autónoma.

Medios de comunicación

Según los diferentes estudios, una de las principales formas de acceso al aprendizaje de la sexualidad en los jóvenes lo constituyen las imágenes que se ofrecen a través de los medios de comunicación. Películas, publicidad, series televisivas, etc., constituyen una de las principales “fuentes de información” sobre sexualidad, transmitiendo, sin intencionalidad educativa, modelos que la mayoría de las veces ofrecen una imagen deformada de la sexualidad pero que los jóvenes interiorizan de forma inconsciente.

Dado este importante papel formativo de los medios de comunicación, se recomienda:

Desarrollar y promover actividades de sensibilización a periodistas, publicistas, productores, etc., mediante la elaboración de materiales específicos (guías, manuales, folletos, ...) y la organización de foros, seminarios, talleres, etc. con el objetivo de fomentar actitudes positivas y saludables hacia la sexualidad

⁶ Se considera colectivos económica o socioculturalmente desfavorecidos aquellos que no gozan de los mismos derechos u oportunidades que el resto de los ciudadanos en razón con circunstancias sociales, abuso de drogas, orientación sexual, pobreza, estilo de vida o pertenencia a ciertos grupos étnicos o religiosos.

EDUCATIVAS

Cuestiones específicas en la enseñanza obligatoria

Los programas marco de educación para la salud en la escuela deben abordar como mínimo, en el momento adecuado y según las distintas etapas evolutivas:

- I. Discusiones abiertas (sobre sexualidad y afectividad)
- II. Contenidos claros sobre los riesgos de la práctica afectivo-sexual y su prevención, adaptados a la edad y a la experiencia afectivo-sexual previa, para posibilitar una opción saludable y personalizada
- III. La percepción de riesgos y sus condicionantes
- IV. El trabajo entre “pares” o grupos afines
- V. La perspectiva de género
- VI. Las influencias sociales y de los medios de comunicación sobre la conducta afectivo-sexual
- VII. El acceso a programas y servicios preventivos
- VIII. La enseñanza de habilidades en el manejo del preservativo

Enseñanza secundaria post-obligatoria y universitaria

Deben fomentarse actividades relacionadas con la sexualidad, la prevención de enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados. Las Consejerías de Sanidad y Educación con el apoyo de las asociaciones de alumnos, deben

programar actividades a lo largo del curso escolar

Potenciación de la educación entre iguales.

Deberían potenciarse proyectos y programas de educación sexual entre iguales⁷. Para llevar a cabo esta estrategia se requiere **personal** debidamente **formado**. Por lo que

se recomienda un plan de formación, en educación sexual, de mediadores juveniles.

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

establecer convenios de colaboración u otros acuerdos entre la Administración Autonómica y el Consejo de la Juventud correspondiente,

para el desarrollo de la educación entre iguales.

⁷ Educación entre iguales (“peer education”) se refiere a la educación de unas personas por otras que pertenecen al mismo grupo social basado en edad, rango o posición social.

Medio familiar

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

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

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

ATENCIÓN SANITARIA

Garantizar la adecuada atención sanitaria a adolescentes y jóvenes a través de dispositivos específicos, cercanos a sus espacios vitales.

Se recomienda potenciar la creación de la "Consulta Joven" en centros de atención primaria (Servicios Regionales de Salud, Centros Municipales), centros de planificación familiar u otros espacios,

en donde se les proporcione:

- Asesoría sexual.
- Anticoncepción regular.
- Anticoncepción de emergencia.
- Atención a las agresiones y abuso sexual.
- Asesoría y derivación en relación con la IVE.

Preservar en todo momento la confidencialidad

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

Garantizar la accesibilidad

a estos dispositivos asistenciales en lo referente a:

- Horario: que contemple las tardes.
- Personal: profesionales especialmente entrenados para la atención a jóvenes.
- Proximidad geográfica: asegurar una red mínima de dispositivos asistenciales.
- Situaciones de urgencia 24 horas: atención efectiva en tiempo y forma ante situaciones tales como maltrato y abuso sexual, necesidad de anticoncepción de emergencia;

En relación con estas situaciones deberían establecerse protocolos de atención en los servicios de urgencias y puntos de atención continuada.

Debe proporcionarse información y formación a lo profesionales sanitarios sobre los aspectos más importantes de la atención sanitaria a la sexualidad de jóvenes y menores.

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

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

Los equipos de atención primaria de salud, deben disponer de protocolos para la atención a jóvenes que precisen anticoncepción de emergencia o tengan problemas serios de ansiedad o depresión y trastornos del comportamiento alimentario, alcoholismo o consumo de drogas.

II.2. Recomendaciones para disminuir el consumo de alcohol y reducir sus riesgos

Las estrategias a seguir en esta materia deben ir encaminadas a conseguir los objetivos consensuados por todos los Estados Miembros de la Región Europea de la OMS en la Conferencia Europea Ministerial sobre "Alcohol y Jóvenes" del 2001 (Anexo II).

RECOMENDACIONES

SALUD PÚBLICA

Controlar y limitar, la disponibilidad y accesibilidad al alcohol.

Las políticas de precios y las restricciones a la venta de bebidas alcohólicas están claramente asociadas con las tendencias del consumo de alcohol entre los adolescentes. Los jóvenes beben menos en países con limitaciones a la publicidad de bebidas alcohólicas y con estrictas regulaciones en la venta, así como en aquellos países donde el precio es alto (Cross National Study: Health Behaviour in School-Aged Children, 1998).

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

Prohibir la venta de bebidas alcohólicas a los menores de 18 años en todo el territorio nacional y controlar el cumplimiento estricto de la legislación vigente sobre oferta y venta de alcohol a menores de edad y regular otros aspectos relacionados con la venta y suministro de alcohol tales como la venta en determinados centros locales e instalaciones.

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

favoreciendo la comunicación y colaboración de los distintos organismos sancionadores.

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

La industria de bebidas alcohólicas podría implicarse en este tema, potenciando el conocimiento de las responsabilidades éticas y legales de las personas implicadas en su comercialización y servicio.

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

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

Medidas Informativas

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

La utilización del uso combinado de diferentes medios informativos, de forma prolongada y, adecuadamente adaptados a las diferentes situaciones y grupos destinatarios.

Se trata de promover el debate, sensibilizando y diseminando información relevante. Se ha de transmitir a la sociedad en su conjunto un mensaje claro, homogéneo y basado en la evidencia.

Desarrollar aplicaciones multimedia informativas y formativas especialmente diseñadas para los jóvenes.

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

Fomentar el desarrollo de actividades de ocio saludables

Dar alternativas de ocio a los jóvenes, fomentando hábitos saludables durante la tarde-noche del fin de semana es un mercado a explotar, en el sentido de que genera empleo a jóvenes que sin excesiva cualificación profesional tienen una gran experiencia asociativa. Para ello deben implantarse políticas de juventud integrales a nivel municipal que unifiquen los esfuerzos de diferentes áreas municipales: juventud, sanidad, servicios sociales, deportes, cultura, empleo..., que rompan con ideas preconcebidas sobre la juventud y con metodología de trabajo tradicional.

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

Fomentar un ocio participativo (basado en actividades deportivas, culturales) durante la tarde/noche de los fines de semana (momento en el que los jóvenes se van de marcha), a través de iniciativas públicas (consejerías y concejalías de sanidad, juventud, educación) y privadas, e implicando a los jóvenes en su desarrollo. Tres vectores son importantes para articular estas acciones: *Deporte, Cultura y Movida.*

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

Los municipios son excelentes aliados para ello.

- Favorecer el acceso de los jóvenes a dichas actividades eliminando los obstáculos económicos, haciendo a los jóvenes protagonistas del proceso creativo y facilitando el proceso relacional de los jóvenes a través de su participación.

Deben Orientarse las intervenciones a lograr una mejor respuesta a las situaciones de riesgo,

haciendo compatibles conductas saludables y de reducción del riesgo con la diversión.

Medidas en Medio laboral

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

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

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

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

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

promocionando el consumo de bebidas no alcohólicas, fomentando la implantación de establecimientos alternativos donde no se consuman bebidas alcohólicas, fomentando una adecuada gestión del riesgo y estimulando el desarrollo de líneas de transporte colectivo en lugares donde se reúnen los jóvenes, especialmente durante los fines de semana.

EDUCATIVAS

Cuestiones específicas en la enseñanza obligatoria

Los programas educativos deben contemplar:

El refuerzo de las actuaciones en el área de alcohol a lo largo del primer ciclo de Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O.)

por ser ésta la etapa en la que adquiere importancia la experimentación con el alcohol, y su posible cristalización en un consumo cotidiano. Potenciando la enseñanza en habilidades de vida dirigidas a capacitar a los jóvenes para hacer frente a la presión grupal, la toma de decisiones y la comunicación interpersonal

- El desarrollo de mensajes educativos dirigidos no sólo a reforzar la abstinencia y el consumo moderado, sino también a la reducción de riesgos asociados, el conocimiento de los "límites de seguridad" y de la cuantificación del propio consumo y el fomento de actitudes críticas ante mensajes contradictorios.

Control del cumplimiento de la normativa vigente respecto al consumo y disponibilidad de alcohol en los centros educativos

Enseñanza secundaria post-obligatoria y universitaria

Es necesario fomentar el desarrollo de actividades formativas en este campo, tanto en el pregrado como en el postgrado. La Universidad y otros centros educativos deberán disponer de puntos concretos de información.

Medio familiar

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

Potenciar mecanismos que posibiliten el

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

Uno de los objetivos básicos de la formación debe ser la mejora de la comunicación inter-familiar

El trabajo conjunto entre Sanidad y Educación con las AMPAS puede ser una de las vías que ayuden a lograr este objetivo.

Facilitar un

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

ATENCIÓN SANITARIA

Reducción del daño

Se debe facilitar el acceso a servicios de tratamiento y rehabilitación eficaces, que cuenten con personal adecuadamente formado, para las personas con un consumo de alcohol peligroso o dañino y para los miembros de su familia

Deberá propiciarse progresivamente una respuesta de los servicios (centros de drogodependencias y de atención primaria) a grupos de jóvenes que están iniciando un consumo problemático.

Desde los dispositivos de atención de los adultos con problemas de alcoholismo deben desarrollarse programas preventivos dirigidos a jóvenes y adolescentes que viven en estas familias.

Estos jóvenes presentan un mayor riesgo de tener problemas emocionales, cognitivos y psicosociales, así como una mayor probabilidad de acabar dependiendo del alcohol. Así mismo, la mayoría de los hijos de los alcohólicos han experimentado cierta forma de abandono.

La información y consejo a las familias sobre el factor de riesgo "antecedentes familiares de dependencia alcohólica" es fundamental

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

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

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

Proporcionar consejo sobre los riesgos derivados del consumo de alcohol.

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

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

Esta intervención es más importante para aquellos que presentan mayor riesgo de sufrir accidentes de tráfico como adolescentes y adultos jóvenes.

II.3. Recomendaciones para la salud mental

SALUD PÚBLICA

Medidas informativas

Reducir el estigma de la enfermedad mental y mejorar la conciencia pública sobre la existencia de tratamientos efectivos a través de una adecuada estrategia informativa y divulgativa

que implique a los medios de comunicación, a los profesionales, gestores y a la sociedad en general en un debate público sobre estos aspectos. Además conviene:

Distribuir información general desde el ámbito sanitario y otros espacios (asociaciones de vecinos, ayuntamientos...).

Elaboración de materiales o guías más específicas para jóvenes y padres y madres sobre aspectos relacionados con la promoción de la salud mental

Atención a grupos específicos

A pesar de que los problemas de salud mental afectan a familias de todas las clases sociales y antecedentes

se recomienda prestar especial atención a adolescentes y jóvenes que viven en determinadas condiciones y circunstancias que les hacen más vulnerables:

- Convivencia con padre o madre con graves problemas de salud mental (incluidas las consecuencias de las drogas y el abuso del alcohol).
- Situaciones de privación económica importante.
- Situaciones de discriminación o injusticias.
- Situaciones de pérdida importante en su vida (muerte o divorcio),
- Expuestos a violencia, abuso o estrés.
- Inmersos en procesos de desintegración sociocultural (inmigrantes...).
- Madres adolescentes/jóvenes, sin pareja, de escaso nivel socioeconómico y sin apoyo familiar o social.

Estas circunstancias están a menudo asociadas.

Medios de comunicación

Se acepta que una forma de aprender un comportamiento es, no sólo observarlo directamente en modelos de la vida real, sino a través de imágenes y palabras. En la televisión y el cine son frecuentes las películas en las que los personajes recurren a la violencia para conseguir sus fines, además este tipo de imágenes crea insensibilidad ante la violencia real. Por otro lado, los anuncios en prensa y televisión transmiten imágenes en las que muchas adolescentes y jó-

venes buscan el canon de belleza a imitar. Su diseño, su estética y sobre todo la imagen de las modelos puede llegar a ejercer una enorme influencia en jóvenes y adolescentes. A parte de moldear y transformar la vida cotidiana, los anuncios de los medios de comunicación crean un entorno simbólico para su audiencia y, de este modo, refuerzan la cultura del consumismo. Muchos críticos creen que se está promocionando una ética del consumo que puede tener consecuencias sociales y sanitarias importantes. Esta ética presenta la adquisición de bienes como un proceso indispensable para la identidad personal y social. Se recomienda:

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

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

Deben valorarse con especial atención experiencias como la mesa sectorial para tratar los factores extrasanitarios de la anorexia y la bulimia, donde el debate público, el compromiso voluntario y la responsabilidad de las partes ha supuesto una mejora de la situación.

Fomentar el desarrollo de ocio saludable.

Promover y fomentar el asociacionismo juvenil en el contexto comunitario ofreciendo apoyo, asesoramiento y medios materiales (subvenciones, programas específicos, etc.).

Implementar programas alternativos de ocio y tiempo libre desde las administraciones locales, organizaciones vecinales y juveniles.

EDUCATIVAS

Cuestiones específicas en la enseñanza obligatoria

La salud mental es esencial para la salud de las personas y va asociada a la adquisición de habilidades de vida que son la base de la educación para la salud en la escuela.

Aparte de la estrategia curricular explícita, para la salud mental son claves dos aspectos:

- El curriculum oculto⁸.
- El medio ambiente familiar y social. Para facilitar la permeabilidad entre los diferentes medios que influyen en el alumnado es esencial la coordinación de recursos y estrategias escolares y comunitaria.

En concreto es conveniente la creación de:

⁸ Es la "cultura" propia de la escuela que se manifiesta en el ambiente general del centro, sus normas, las creencias, valores, relaciones interpersonales y las actitudes adoptadas por los profesores y otros adultos hacia los alumnos, los valores implícitos en la organización general y las construcciones del pensamiento que la Comunidad Educativa va configurando a lo largo del proceso educativo. El curriculum oculto, afecta a todo el proceso educativo, es especialmente importante para la educación para la salud y significa que los procesos y experiencias de aprendizaje son tan importantes como los contenidos.

- ◆ Espacios de: coordinación entre los profesores o equipos de orientación psicopedagógica y los profesionales de Atención Primaria, Servicios sociales y Salud Mental.
- ◆ Grupos de trabajo mixtos para temas y aspectos concretos, de acuerdo a las necesidades y prioridades de cada zona (violencia, exclusión...).

Enseñanza secundaria post-obligatoria y universitaria

Debe seguir facilitándose información en estas etapas educativas, centrada en el fomento de la salud mental informando sobre los trastornos más frecuentes y orientando precozmente a jóvenes con problemas hacia los servicios asistenciales

Educación entre iguales

Los pares o iguales juegan un papel muy importante en la vida de los jóvenes que no puede ser reemplazado ni por los padres ni por otros adultos.

Las relaciones entre iguales son muy dominantes e influyentes durante la adolescencia y juventud. La gente joven aprende formal o informalmente de sus iguales.

Debe incrementarse la educación por pares en los centros escolares, universitarios, F.P. y en organizaciones y asociaciones juveniles, adaptándola a las características particulares de cada escenario. Es importante formar y supervisar a la gente joven cuando comienzan a trabajar con los iguales en la comunidad.

Medio familiar

El ambiente familiar con el que interacciona un niño durante los primeros años de su vida es decisivo para la organización afectiva e intelectual de todos los miembros de la familia, y para la socialización de los mismos. Posteriormente, en la etapa juvenil las relaciones familiares son especialmente complicadas y es preciso que existan medidas informativas y de asesoramiento específicas:

Promover, desde diferentes ámbitos, de forma coordinada (Atención Primaria, Asociaciones de padres y madres de alumnos, Equipos de Salud Mental, Servicios Sociales de Base, etc.), Programas de Educación Parental,

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

**Se deben tener en cuenta las recomendaciones europeas para la salud mental de los menores de seis años.
(Anexo III)**

ATENCIÓN SANITARIA

Actualmente es prioritario una adecuación de los dispositivos de Atención a la Salud Mental para los jóvenes en un espacio cercano a ellos y con un tiempo que permita un seguimiento de calidad, para ello, son necesarias actuaciones previas en el ámbito de la atención sanitaria:

Incorporación de la salud mental en la consulta joven u otros servicios de atención a jóvenes.

Formación en materia de Salud Mental dirigida a los profesionales de Atención Primaria que permita realizar una detección y derivación adecuada.

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

Potenciar/desarrollar la coordinación entre los profesionales que trabajan en los dispositivos de Salud Mental, y los que trabajan en otras instituciones,

fundamentalmente los Servicios y Educativos Sociales. Esta coordinación es fundamental para evitar la parcelación de los problemas y la dificultad de dar respuestas globales e integrales.

Potenciar la coordinación entre los distintos dispositivos sanitarios (atención primaria y salud mental) y de servicios sociales, con las organizaciones y asociaciones de la comunidad, para la implementación de programas de promoción y atención a la salud mental.

Bibliografía

- Andrés P. *La situación actual del aborto. Salud 2000, 2000. Septiembre; 13 (78): 19-22.*
- Ayuntamiento de Madrid. *Programa de Salud para Adolescentes y Jóvenes.*
- B.Elster, A y J.Kuznets, N (1995): Guía de la AMA para actividades preventivas en el adolescente. Madrid. Díaz de Santos.
- Barrabeig I., Domínguez A. *Epidemiología de las enfermedades de transmisión sexual. En: JANO, 2000. Septiembre; 59 (1.356): 48-56.*
- Biglino I, Coronado A, Gil E, Gil J, Prieto A, Regidor E (1994). *Encuesta Nacional de Salud 1993. Rev San Hig Pública 68:121-178.*
- Buela-Casal, G. Fernández-Ríos L. y Carrasco Giménez T.L. (1997): *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención. Madrid. Pirámide*
- Cerezo, F (2001): *la violencia en las aulas. Madrid. Pirámide.*
- Comisión de las Comunidades Europeas. *Informe sobre la salud de los jóvenes en la Unión Europea (documento de trabajo de los servicios de la Comisión). Bruselas, 2000. SEC (2000) 667.*
- Comisión Europea. *Dirección General de Salud y Protección de los Consumidores. Informe sobre la salud de los jóvenes en la Unión Europea. Luxemburgo, 2000.*
- Consejería de Salud. *Junta de Andalucía. Adolescencia y anticoncepción de urgencia postcoital. Informe Sevilla. Julio, 2000.*
- Consejería de Salud. *Junta de Andalucía. Plan de atención a los problemas de salud de los jóvenes en Andalucía. 2001 (borrador).*
- Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid. *La venta de preservativos a la población adolescente y joven desde las oficinas de farmacia en la Comunidad de Madrid. (Estudio pendiente de publicarse).*
- Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid. *Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA (31 de diciembre de 1999). Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Marzo-abril 2000; 6 (8 suplemento): 3-61.*
- Consejerías de Educación y Ciencia y de Salud. *Institutos Andaluces de la Juventud y la Mujer. Consejo de la Juventud. Proyecto forma joven. Noviembre, 2000.*
- Costa M. Y López E. (1996): *Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida. Madrid. Pirámide*
- Cueto espinar, A. Y Iglesias García C. (2000): *Epidemiología y prevención de las enfermedades mentales en Manual de Medicina preventiva (Capítulo 74)*
- De la Cruz Rodríguez, J.G.- *Atención a adolescentes. Aspectos médicos legales. Diálogos. Federación de Planificación Familiar de España, n° 45 (25). Diciembre 2000, págs: 16-19.*
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. *Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas, 1999. Observatorio español sobre drogas, informe n° 4. Ministerio del Interior, Madrid, 2001.*
- Delgado M, Castro T. *Encuesta de Fecundidad y Familia 1995. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1998.*
- Delgado M. *La evolución reciente de la fecundidad y el embarazo en España: la influencia del aborto. Reis 1999. Julio; 87: 83-116.*
- Delgado M. *Las pautas anticonceptivas de las españolas a finales del siglo XX. CSIC. (Pendiente de publicación).*
- Edwards G, Andersen P, Babor TF, Casswell S, Ferrence R, Giesbretch N, et al (1994). *Alcohol policy and the public good. Oxford University Press, Oxford.*
- EUROCARE, COFACE (1998). *Alcohol Problems in the Family. A report to the European Union. World Health Organization Europe, England.*
- Federal Centre for Health Education Concepts. *Health Education and Health Promotion in Schools. Cologne, Germany, 2001.*
- Federal Centre for Health Education. *Health for Children and adolescents. Cologne, Germany, 1999.*
- Federal Centre for Health Promotion Child Health. *Epidemiological Foundations. Research and Practice of Health Promotion, volume 5, Cologne, Germany, 1999.*
- Federal Centre for Health Promotion. *Protection or Risk?. Family environments reflected in communication between parents and their children. Research and Practice of Health Promotion, volume 10, Cologne, Germany, 2001.*

- Flores D, González J, Robledo T, Rubio J, Espiga I, Saiz I. *Plan Europeo de Actuación sobre Alcohol 2000-2005 – Organización Mundial de la Salud Europa. Dirección General de Salud Pública y Consumo, Subsecretaría de Sanidad y Consumo, Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2000.*
- Fontecha, M (1993): *la salud mental también se aprende. Madrid: Pirámide.*
- Gil E, Gonzalez J, Villar F (1999). *Informe sobre la salud de los Españoles: 1998. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.*
- Gil E, Robledo T, Rubio J, Garcia M, Vargas F (1995). *Plan Europeo de Actuación sobre Alcohol. Rev Esp Salud Pública 69:361-383.*
- Gil E, Vargas F, Robledo T, Espiga I (1994). *Alcohol y Salud Pública. Serie de Informes Técnicos nº 1. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.*
- Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. *Promoción de la Salud en la población juvenil. Santander, mayo 2000.*
- Grupo para el Estudio de Seroprevalencia de VIH anónimo no relacionado en pacientes de consultas de ETS.- *Seroprevalencia de VIH en pacientes de consultas de enfermedades de transmisión sexual, 1998-1999. Estudio anónimo no relacionado. BES, 2000, vol. 8, nº 15/157-168.*
- Health Education Authority (HEA) *Perceptions of alcohol related attendances in A&E departments in England: a national survey, Alcohol and Alcoholism 1998; 33 (4): 354-361.*
- Hernández, P y Santana, L. E (1988): *educación de la personalidad: el papel del profesor. Barcelona.oikos-tau.*
- Hosman C, Jane Llopis, E.- *Salud Mental. En IUH-PE. La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Edición española. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2000; págs: 30-42*
- Instituto de la Juventud. *Juventud Española 2000. Estudio cuatrianual de la juventud española (Avance de resultados). Madrid, 2000.*
- Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta de Fecundidad, 1999. Madrid, 2000.*
- Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta de morbilidad hospitalaria, año 1998. Madrid-*
- Instituto Nacional de Estadística. *Movimiento natural de la población 1998. Madrid,*
- Instituto Nacional de Toxicología (1999). *Muertes producidas en accidentes de tráfico relacionadas con el consumo de drogas. Observatorio español sobre drogas, informe nº 4. Ministerio del Interior. Madrid, 2001.*
- Leifman H, Romelsjö A (1997). *The effect of changes in alcohol consumption on mortality and admissions with alcohol-related diagnoses in Stockholm County- a time series analysis. Addiction 92:1523-1536.*
- Ley Orgánica 1/90 de 3 de octubre de Ordenación General del Sistema Educativo, (BOE 4/10/91).
- Llacer A. *Objetivo 8: Mejorar la salud de las mujeres. En: Informe SESPAS 2000: La Salud Pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Escuela Andaluza de Salud Pública, 2000. Monografías EASP: 30: 133-49.*
- M.V. Martínez de Aragón, A. Llácer.- *Mortalidad en España en 1996. Mortalidad general, principales causas de muerte y de años potenciales de vida perdidos. Mortalidad en jóvenes. BES, 1999, vol. 7, nº 16/169-180.*
- Méndez Carrillo F. Maciá Antón D. Y Olivares Rodríguez J. (1993): *Intervención conductual en contextos comunitarios I. Programas aplicados de prevención. Madrid. Pirámide.*
- Mental Health Europe. *Mental health Promotion of adolescents and young People. Directory of projects in Europe. 2002 European Commission.*
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. INCE. *Sistema estatal de indicadores de la educación 2000. Síntesis. Madrid, 2001.*
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1998). *Encuesta Nacional de Salud de España 1997. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.*
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Encuesta Nacional de Salud, 1997. Madrid, 1999.*
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Interrupción voluntaria del embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 1999. Madrid, 2000.*
- Ministerio de Sanidad y Consumo; Ministerio de Educación y Cultura. *Estudio sobre educación para la salud y adolescencia. Madrid, 1996.*
- OMS. Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente.- *¿Qué ocurre con los muchachos?. Una revisión bibliográfica sobre la salud y el desarrollo de los muchachos adolescentes. WHO/FCH/CAH/00.7.*
- OMS. Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente.- *Los muchachos en la mira. WHO/FCH/CAH/00.8.*

- OMS. *La sante de l'adolescent conditionne l'avenir de la sante des societes. Note pour la presse, n° 3, 7 Mars 2001.*
- OMS. *Ressources pour la sante mentale dans le monde. Aide-Mémoire, n° 260, Avril 2001.*
- Organización Panamericana de la Salud.- *Comprender la salud de los hombres: un enfoque relacional y sensible al género. Harvard Center for Population and Development Studies, 2000.*
- Österberg E, Karlsson T (2001). *Trends in alcohol control policies in the EU Member States and Norway, 1950-2000*". Conferencia de Estocolmo sobre Alcohol y Jóvenes, 2001.
- Padian NS., Shibosk SC., Glass SO., Vittinghoff E. *Heterosexual transmission of Human Immunodeficiency Virus (HIV) in Northern California: Results from a tenyear study. Am J Epidemiol. 1997; 146 (4): 350-7.*
- Plan Nacional sobre Drogas (2000). *Encuesta sobre Drogas en la población escolar. Ministerio del Interior, Madrid.*
- Plan Nacional sobre Drogas. *Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas 1997. www.mir.es/pnd/doc/observat/estudios/oed-2/doc/1.htm*
- Plan Nacional sobre Drogas. *Encuesta sobre drogas a la población escolar 1998. www.mir.es/pnd/doc/observat/estudios/oed-3/doc/2.htm*
- Plan Nacional sobre Drogas. IREFREA. *Estudio salir de marcha y consumo de drogas. www.mir.es/pnd/doc/observat/estudios/irefrea/nota.htm*
- Registro Nacional de SIDA.- *Vigilancia epidemiológica del SIDA en España. Situación a 31 de diciembre de 2000. BES, 2001, vol. 9, n° 04/33-44.*
- Robledo T, Alvarez FJ (1996). *Plan Europeo de actuación sobre el consumo de alcohol: una mirada hacia el futuro. Med Clin 106: 581-582.*
- Real Patronato obre Discapacidad. *Boletín del Real Patronato sobre discapacidad n° 50. Diciembre 2001. Pg:5-30, 86-89.*
- Rodriguez-Artalejo F, De Andrés B, Banegas JR, Guallar-Castillón P, Villar F, Del Rey (1999). *La disminución del consumo moderado de alcohol se ha asociado a un descenso de los bebedores excesivos en España en el periodo 1987-1993. Med Clin 113:371-373.*
- Sanmartin J. (1998): *Violencia, Televisión y Cine. Barcelona. Ariel*
- Secretaría del Plan Nacional sobre SIDA. *Registros Autonómicos de casos de SIDA. Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia Epidemiológica del SIDA en España. Registro Nacional de casos de SIDA. Balance de la epidemia a 31 de diciembre de 2000. Informe semestral, n° 2, año 2000.*
- Smart RG, Mann RE, Suurvali H (1998). *Changes in Liver Cirrhosis Death Rates in Different Countries in Relation to Per Capita Alcohol Consumption and Alcoholics Anonymous Membership. J Stud Alcohol 59:245-249.*
- St. Leger L.- *Promoción de la salud eficaz en los centros de enseñanza. En IUHPE. La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Edición española. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2000; págs: 115-127.*
- Subdirección General de Información Sanitaria y Epidemiología (1989). *Encuesta Nacional de Salud, 1987. Ministerio de Salud y Consumo, Madrid.*
- Toro J. (1999): *Psiquiatría de la adolescencia. Madrid. Biblioteca de Psiquiatría en Atención Primaria.*
- United Nations Division for the Advancement of Women. *Department of Economic and Social Affairs.- Women and Health Mainstreaming the Gender Perspective into the Health Sector. Expert Group Meeting, Tunis, Tunisia, 28 september – 2 october, 1998. Web location: www.un.org/womenwatch/daw*
- U.S. Department of Halth Services. *Mental Health: A Reort of the Surgeon General—Executive Summary. Rockville, Md: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Meal-Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health, 1999.*
- Warren Mitchell.- *Juventud desescolarizada. En IUHPE. La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Edición española. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2000; págs: 43-56.*
- World Health Organization (2001). *Declaration on Young People and Alcohol. WHO. Stockholm, 2001.*
- World Health Organization. *Department of Mental Health Partners in Life Skills Education Conclusion from a United Nations Inter-Agency Meeting. WHO/MNH/MHP/99.2. Geneva, 1999.*
- World Health Organization. *Gender and Health in adolescence. WHO Policy Series "Health policy for children and adolescents". Issue 2. Copenhagen, 1999.*

TABLAS Y FIGURAS

TABLA 1. Nacimientos en España según la edad de los padres y madres y estado civil de la madre. 1998

MADRE \ PADRE		Menos de 20 años	De 20 a 24 años	Otras Edades	TOTAL
Menos de 20 años	C	622	2.516	1.350	4.488
	S	1.691	2.807	2.278	6.776
	T	2.313	5.323	3.628	11.264
20 a 24 años	C	256	8.243	20.508	29.007
	S	395	3.914	7.194	11.503
	T	651	12.157	27.702	40.510
Otras Edades	C	30	2.411	287.140	289.581
	S	53	1.161	30.121	31.335
	T	83	3.572	317.261	320.916
Todas las Edades	C	908	13.173	306.554	320.635
	S	2.139	7.882	38.379	48.400
	T	3.047	21.055	344.933	369.035
Menores de 25 años	C	878	10.759	21.858	33.495
	S	2.086	6.721	9.472	18.279
	T	2.964	17.480	31.330	51.774

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

Fuente: Movimiento natural de la población. 1998. INE.

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

TABLA 2. Tasas de IVE por 1000 mujeres de cada grupo por edad, por Comunidad Autónoma de residencia. 2000

RESIDENCIA	EDAD			
	< 20	20 – 24	25 – 29	Todas las edades
Andalucía	6,93	10,40	6,92	6,19
Aragón	6,23	14,00	9,30	7,83
Asturias	9,06	13,88	9,72	8,38
Baleares	13,50	23,69	17,52	13,56
Canarias	8,55	12,52	9,05	8,04
Cantabria	3,81	5,94	4,70	3,92
Castilla-La Mancha	4,49	7,55	4,92	4,35
Castilla y León	4,76	9,38	6,91	5,63
Cataluña	11,39	16,36	11,51	9,67
C. Valenciana	7,93	11,41	8,23	6,82
Extremadura	4,53	7,13	4,16	4,27
Galicia	4,46	5,39	4,99	3,97
Madrid	7,60	15,26	11,90	8,90
Murcia	7,91	13,08	9,91	7,96
Navarra	3,76	6,09	4,27	3,63
País Vasco	3,07	6,14	4,61	3,55
La Rioja	4,81	10,78	8,55	6,55
Ceuta y Melilla	3,51	5,55	2,93	2,53
ESPAÑA	7,49	11,88	8,66	7,14

Fuente: Registro de Interrupción Voluntaria del Embarazo. 2000

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

TABLA 3. Distribución de mujeres según la edad actual y la utilización de métodos anticonceptivos en algún momento de su vida. Población: Colectivo total de mujeres entre 15 y 49 años

(Cifras relativas)

EDAD ACTUAL	UTILIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS		
	No ha utilizado ningún método	Ha utilizado algún método eficaz ¹	Ha utilizado algún método ineficaz pero ninguna eficaz ²
TOTAL	28,05	70,48	1,47
15 a 19	79,93	20,07	—
20 a 24	41,30	58,27	0,44
25 a 29	21,68	77,48	0,83
30 A 34	11,18	87,57	1,24
35 a 39	12,39	86,39	1,21
40 a 44	12,68	84,35	2,97
45 a 49	20,96	74,85	4,19

Fuente: Encuesta de Fecundidad 1999. INE

¹ Píldora, DIU, diafragma, tapón, esponja vaginal, abstinencia, preservativo, condón femenino, inyección, píldora del día siguiente, ligadura de trompas, vasectomía

² Ritmo y temperatura basal, coitus interruptus, lavado vaginal, cremas anticonceptivas, lactancia prolongada, otros métodos

TABLA 4. Relaciones sexuales y uso de condón en los últimos 12 meses. Porcentajes por grupos

Edad	Relaciones sexuales uso Condón	Sin R. sexuales	R. sexuales con una persona		R. sexuales con varias personas	
			Siempre	Ocasional	Siempre	Ocasional
15- 19		73%	12%	7%	5%	3%
20-29		25%	28%	32%	8%	7%

Fuente: J. Castilla, G. Barrio, L. De la Fuente & M.J. Belza, *Sexual Behaviour and condom use in the general population. AIDS CARE (1998)*, vol. 10, n° 6, pp. 667-676.

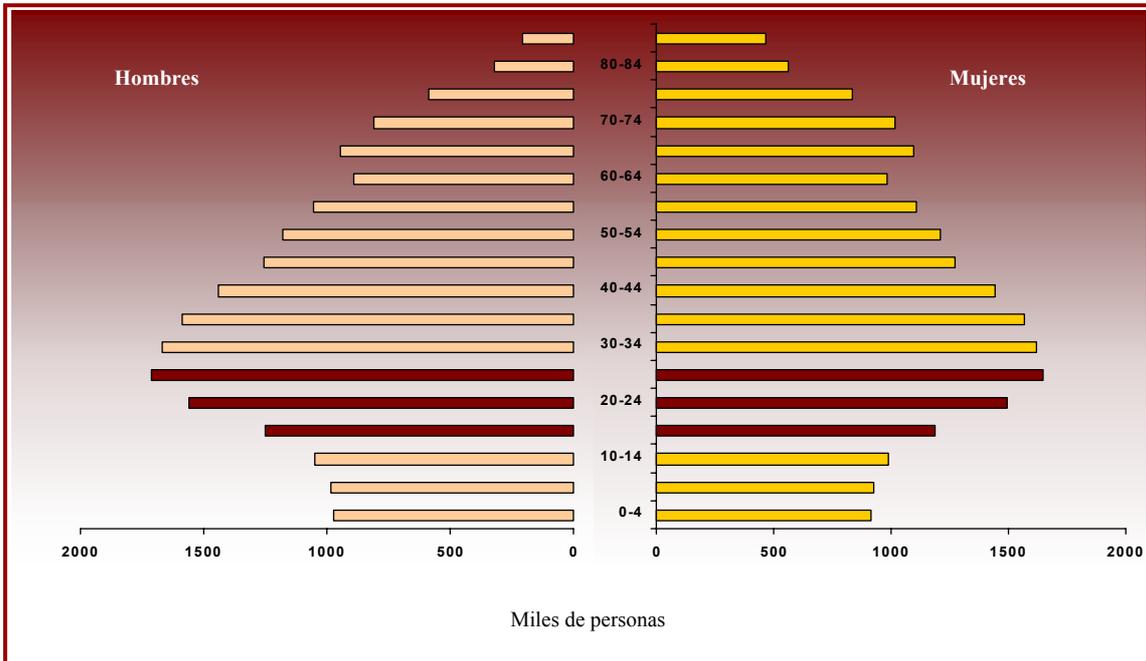
Elaboración: Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología

TABLA 5. Grupo de 16-24 años. Porcentaje de abstemios

	1987	1993	1997
Ambos Sexos	19,7	30	32,2
Varones	26,4	37,9	41,6
Mujeres	13,1	22,4	24,3

Fuente: E.N.S. 1993, 1995 y 1997. MSC.

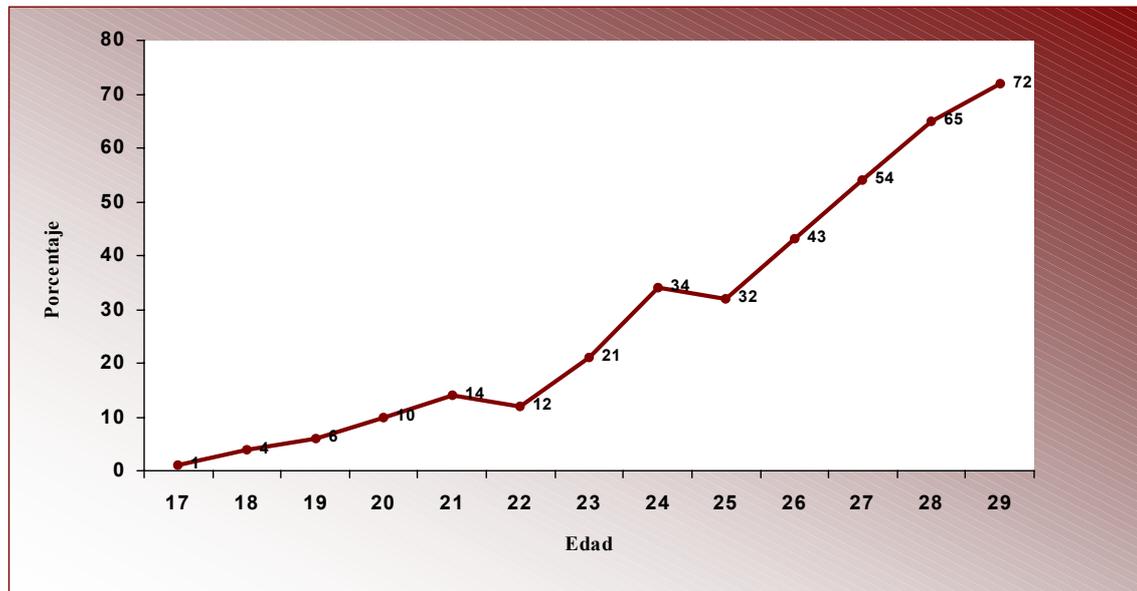
FIGURA 1. Proyección de la población española, por grupos de edad, a 1 de julio de 2001



Fuente: INE

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

FIGURA 2. Porcentaje acumulado de jóvenes españoles emancipados económicamente de sus familias, según edad

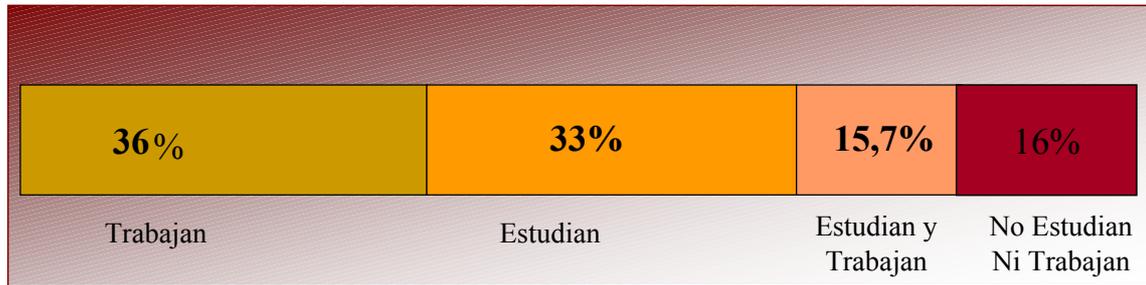


Fuente: INJUVE, Informe Juventud en España, Madrid, 2000

Base: Población joven entre 15 y 29 años. (N: 6492)

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

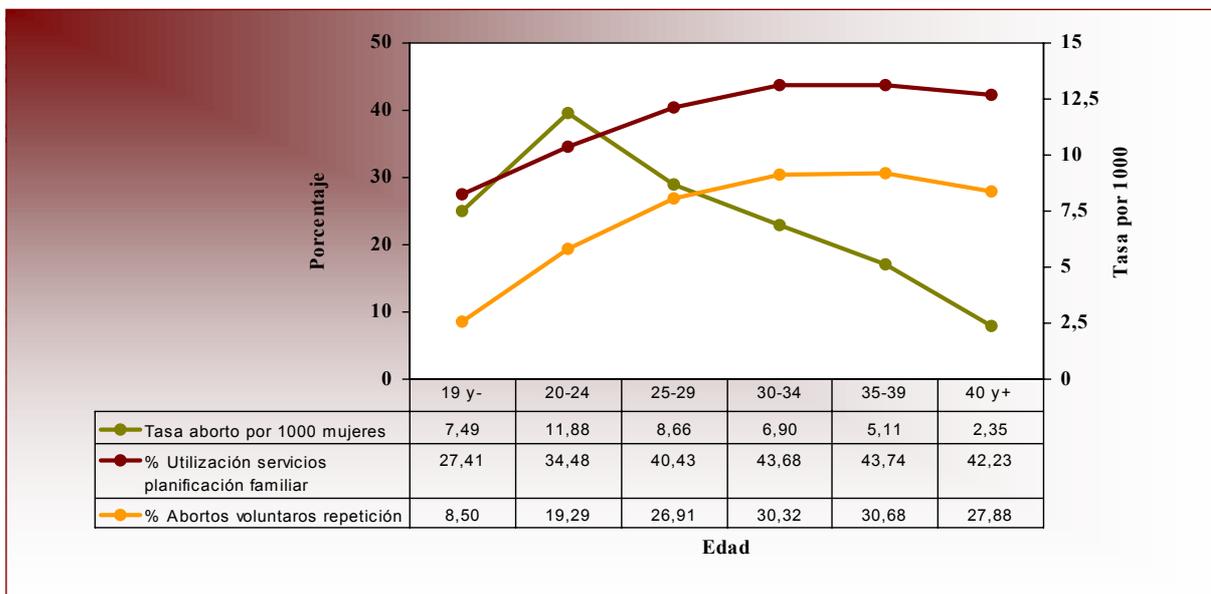
FIGURA 3. Actividad principal de la juventud española



Fuente: Juventud Española, 2000. INJUVE

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

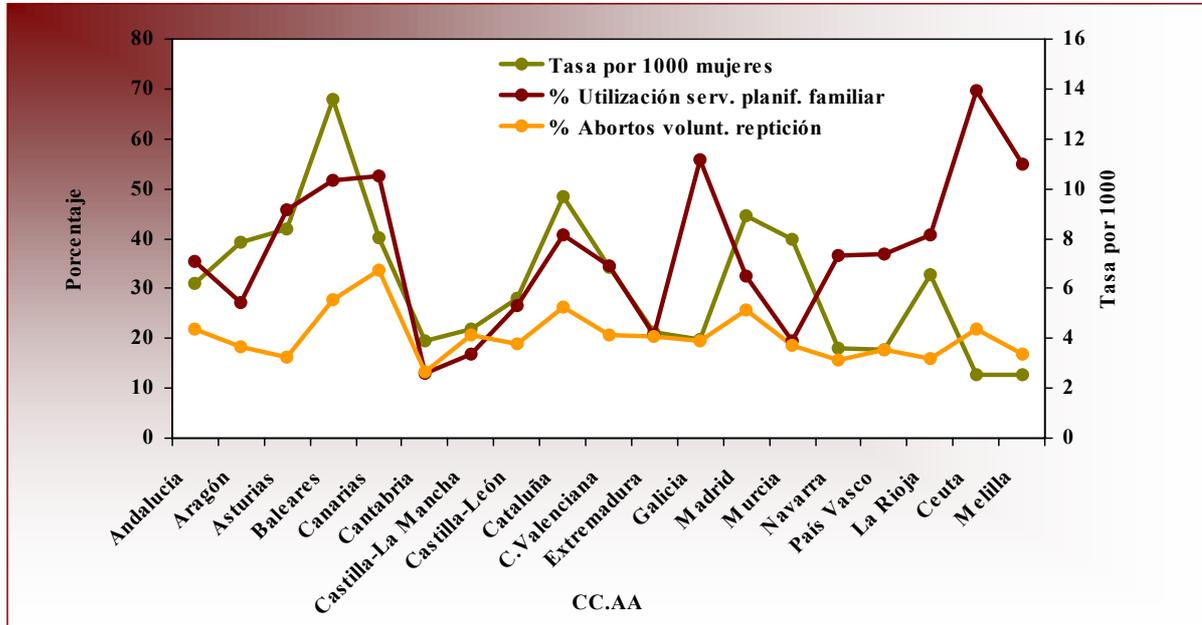
FIGURA 4. Tasas de I.V.E por 1000 mujeres de cada grupo de edad. Porcentajes de utilización de servicio de planificación familiar e I.V.E de repetición, entre la población que practicó algún I.V.E. España, 2000



Fuente: Registro de Interrupción Voluntaria del Embarazo. 2000.

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

FIGURA 5. Tasas de I.V.E por 1000 mujeres de 15-45 años de edad, porcentajes de I.V.E de repetición y utilización de servicios de planificación familiar, entre la población que practicó I.V.E por Comunidad Autónoma de residencia. España, 2000



Fuente: Registro de Interrupción Voluntaria del Embarazo. 2000.
 Elaboración: Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. MSC.

FIGURA 6. Problemas asociados al consumo de alcohol sufridos por los escolares

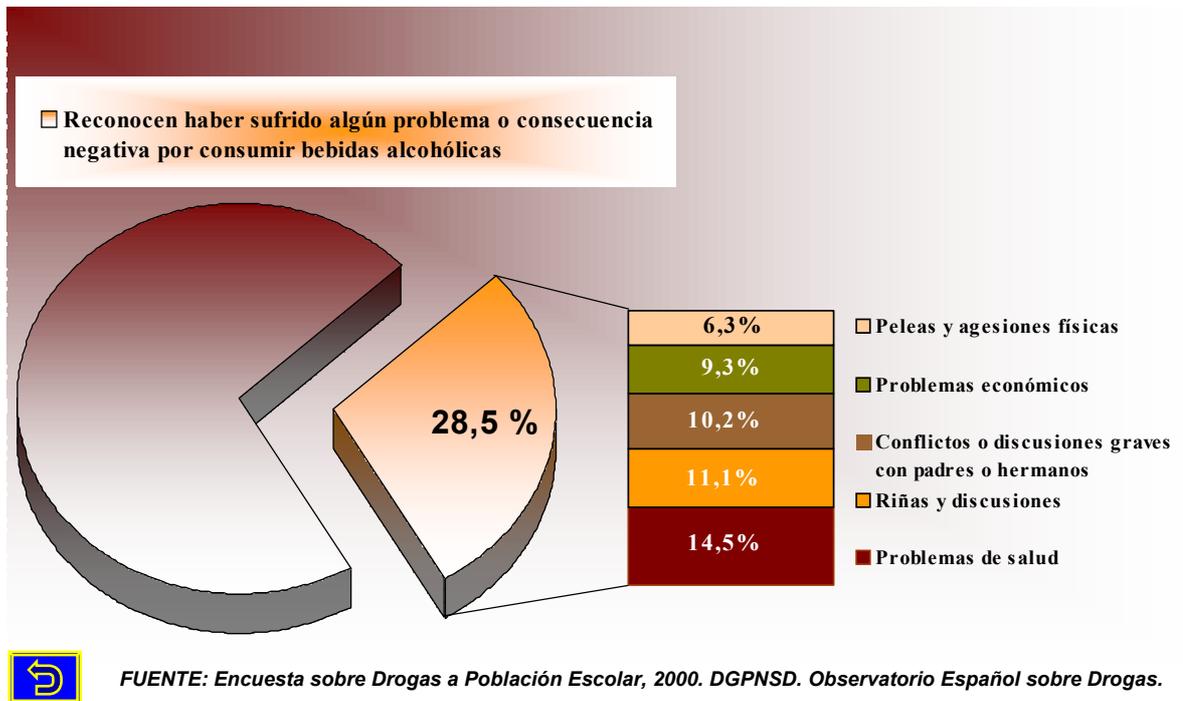
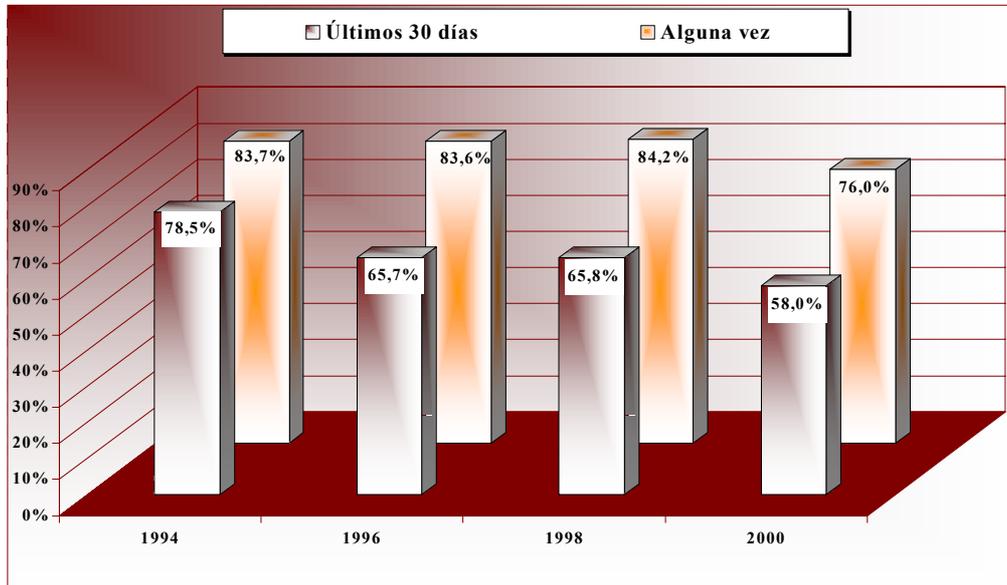
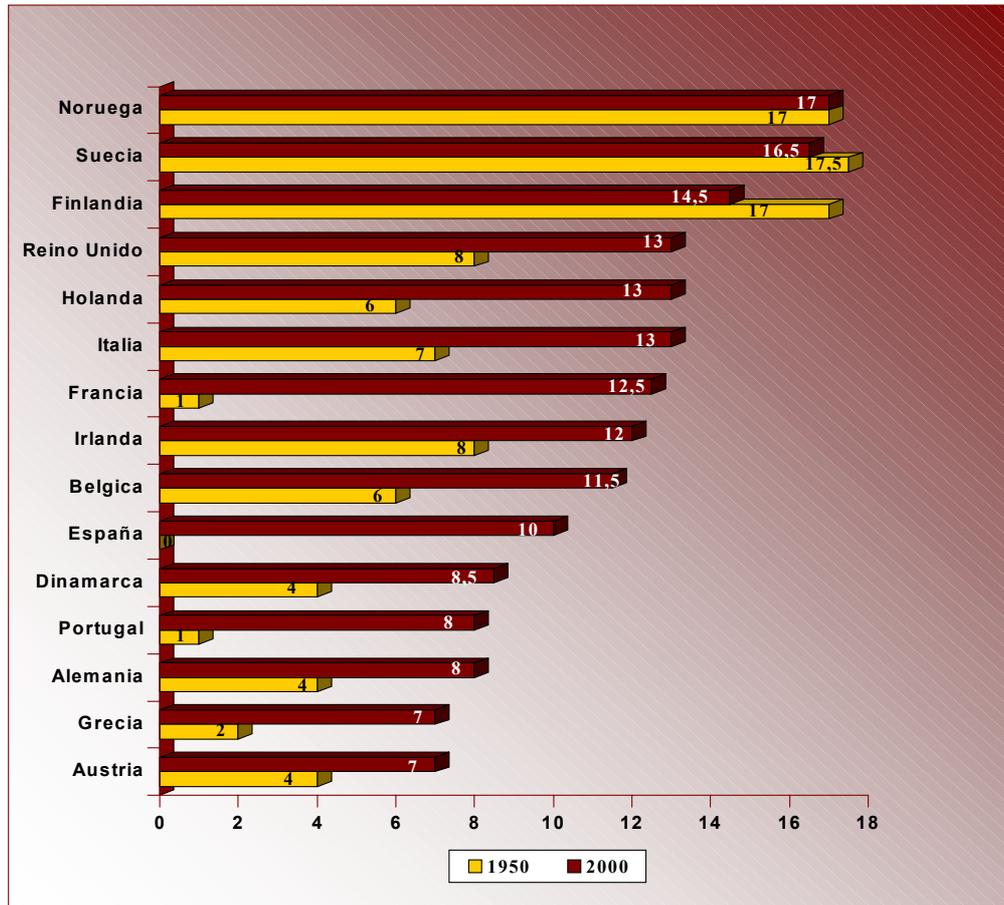


FIGURA 7. Evolución de los consumos de alcohol entre los estudiantes de secundaria. España 1994-2000



FUENTE: Encuesta sobre Drogas a Población Escolar, 2000. DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas.

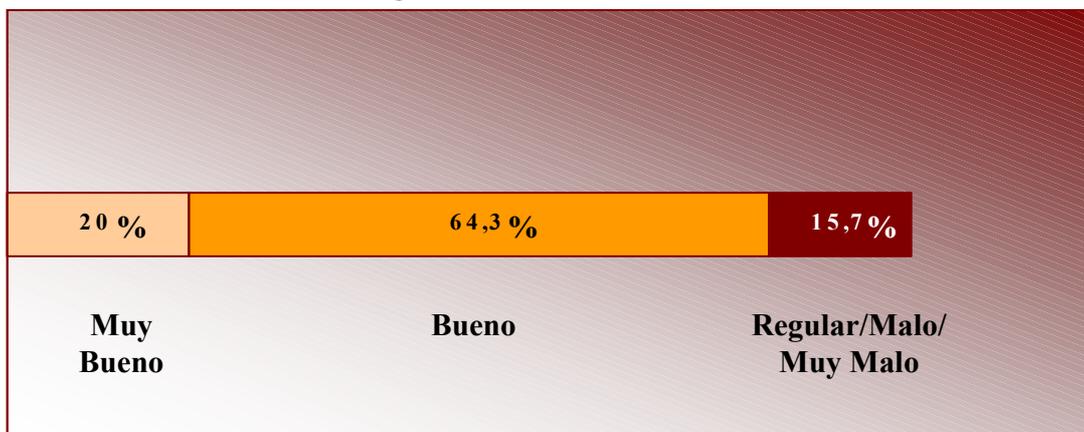
FIGURA 8. Políticas de control sobre alcohol. Europa(*) 1950-2000 (máximo 20 puntos)



(*) Países de la UE, excepto Luxemburgo y añadiendo Noruega.

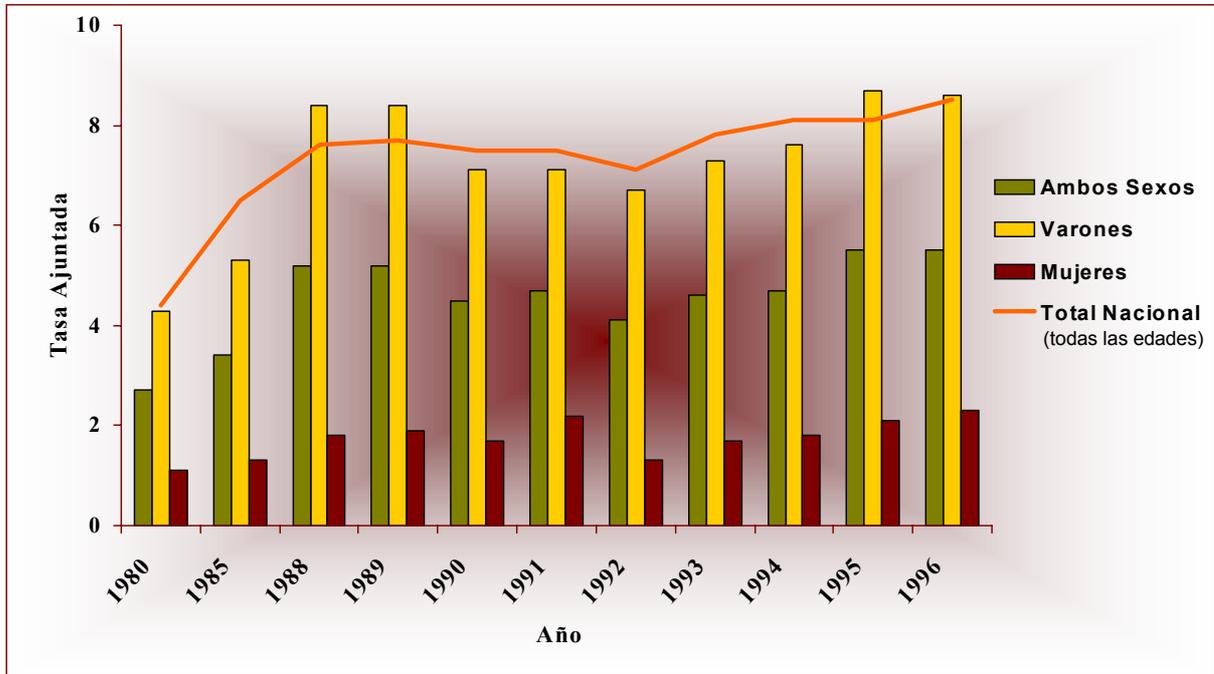
Fuente: Thor Norström. *European Comparative Alcohol Study*. ECAS. 2000

FIGURA 9. Porcentaje de valoración de la salud percibida entre los 16-24 años de edad, según la E.N.S., 1997



Elaboración: Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología

FIGURA 10. Suicidio y lesiones autoinfligidas. Tasa de mortalidad ajustada para el grupo de edad de 15-24 años, según sexo, y Total Nacional. España 1980-1996



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación Sanitaria. Sistema Estatal de Indicadores de Salud

ANEXOS

- I. Seminario Interinstitucional sobre Educación y Promoción de la Salud en la Escuela. (CONCLUSIONES)
- II. Declaración sobre Jóvenes y Alcohol (Estocolmo, Febrero de 2001)
- III. Recomendaciones para la Salud Mental de los menores de seis años de la Red

CONCLUSIONES DEL

SEMINARIO INTERINSTITUCIONAL SOBRE EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA ESCUELA

SAN LORENZO DEL ESCORIAL (Madrid)

3 y 4 de diciembre de 2001



JUSTIFICACIÓN

A lo largo de las últimas décadas los profesionales de la educación y la salud en nuestro país, han venido trabajando en educación y promoción de la salud en la escuela de acuerdo con el mandato constitucional de proteger la salud y fomentar la educación sanitaria. En los últimos veinte años, se ha demostrado que la salud puede mejorarse actuando sobre los determinantes de la salud de las personas, mucho antes de que las enfermedades y sus factores de riesgo aparezcan.

Las intervenciones eficaces reúnen ciertas características y necesitan mantenerse en el tiempo para que puedan producir mejoras en la salud. Las intervenciones para promocionar la salud en los centros educativos son especialmente eficaces y ayudan a reducir las desigualdades en salud de la población. Sin embargo, no puede esperarse que los centros educativos solucionen todos los problemas sanitarios y sociales de forma aislada. Hay que tener en cuenta que una buena educación es uno de los factores más importantes para proteger la salud y que los sectores educativos y sanitarios deben colaborar estrechamente en la promoción de la salud de la población escolar, ya que esta población está sometida a riesgos similares al resto de la sociedad.

La inclusión de temas transversales (fundamentalmente la Educación para la Salud y la Educación Afectivo-Sexual), en todas las etapas de la enseñanza obligatoria, los procesos de reforma y descentralización educativa y sanitaria han creado la suficiente experiencia para que podamos realizar, desde la corresponsabilidad y capacidad de los sectores e instituciones implicadas, propuestas de futuro integradoras y coherentes que ayuden a garantizar el mandato constitucional de proteger la salud y fomentar la educación sanitaria en la población escolar.

En este Seminario Interinstitucional sobre Educación y Promoción de la Salud en la Escuela, cincuenta y dos expertos procedentes de los sectores de Educación, Salud Pública, Plan sobre Drogas y Plan sobre el Sida de todas las Comunidades Autónomas y de la Administración del Estado, han presentado diferentes experiencias desarrolladas durante los últimos años en su ámbito de intervención y han debatido estrategias de cooperación y coordinación interinstitucional para una mayor eficacia de la educación para la salud en la escuela. En el seminario se han analizado los elementos comunes de las intervenciones, para promover la salud y prevenir la enfermedad en la escuela, basándose en una visión global del proceso de la educación y promoción de la salud en la escuela. De este debate surgieron las siguientes conclusiones:

PLANTEAMIENTOS BÁSICOS:

1. Todos los programas que se realizan en el ámbito escolar dentro de Educación/Promoción de la Salud, tienen un marco común pues coinciden en desarrollar acciones encaminadas a la educación en valores y habilidades de vida para favorecer la educación integral de los alumnos como ciudadanos de una sociedad democrática. Es importante continuar analizando y profundizando en estos aspectos comunes.

Además de estos elementos comunes, cada programa tendrá una serie de aspectos específicos, que han de ser trabajados igualmente en los centros educativos, pero con unos contenidos más explícitos.

2. La Administración Educativa ha de potenciar su función de promotora de todos los procesos que hagan viable la extensión y generalización de la Educación y Promoción de la Salud en la Escuela. Para ello, debe contar con las aportaciones de todos los sectores que tengan competencias relativas a Educación y Promoción de la Salud, de tal forma que se trate de manera más eficaz por toda la comunidad escolar.
3. Se confirma que es preciso definir unos criterios mínimos comunes, que garanticen la calidad de los programas y materiales que se utilizan en la escuela.

4. La Administración Educativa debe garantizar una formación básica y permanente del profesorado en contenidos y herramientas, que faciliten su tarea en el aula, en lo relativo a la Educación para la Salud. Todos los sectores que trabajan en la Educación para la Salud en la Escuela deberán definir los elementos comunes necesarios para esta formación.
5. El Proyecto Educativo de Centro debe ser el marco que dé coherencia a las actuaciones y debe ir encaminado a conseguir su adecuación como Escuela Promotora de Salud.

Éstas tienen como objetivos conseguir una escuela saludable que facilite la adopción, por toda la comunidad educativa de modos de vida sanos en un ambiente favorable a la salud, mediante la instauración de un entorno físico y psicosocial saludable y seguro.

En definitiva, estas escuelas se caracterizan por su esfuerzo en favorecer la participación de todos los miembros de la comunidad educativa, en la tarea de promover la salud, aplicando políticas, prácticas y otras medidas que respeten al individuo y les ofrezcan oportunidades de desarrollo individual, animándoles a participar en la mejora de las condiciones comunitarias.

6. Es necesario potenciar la actuación coordinada de todas las Instituciones con competencias en Educación y Promoción de la Salud en la Escuela, para conseguir una oferta coherente, tanto con las prioridades sociales como con las necesidades de los centros educativos.
7. Para una mayor eficacia, es preciso que las actuaciones se mantengan en el tiempo para que puedan producir mejoras en la salud y reducir desigualdades en la salud de la población.
8. Debe existir apoyo legislativo y político para conseguir un desarrollo eficaz de la Educación y Promoción de la Salud en la Escuela.

COORDINACIÓN:

1. La Educación y Promoción de la Salud en la Escuela se ve favorecida cuando existen estructuras de coordinación (comisiones mixtas operativas), apoyadas desde el nivel político.
2. La coordinación precisa de espacios y tiempos que deben estar previstos, contemplados y planificados, de acuerdo a un plan operativo de actuación.
3. Es imprescindible definir las funciones de acuerdo con dicho plan operativo de actuación.
4. Deben contemplarse diferentes niveles/ejes de coordinación: tanto intersectorial (horizontal) como entre los departamentos de las distintas administraciones (vertical).
5. La coordinación debe plasmarse en convenios u otros acuerdos para el diseño y ejecución de planes de actuación y evaluación de las prioridades de la sociedad y de los centros.

ESTRATEGIA Y METODOLOGÍA:

1. Es preciso partir de las múltiples evidencias científicas, que actualmente ya existen, sobre las características que los programas de Educación y Promoción de la Salud deben poseer para que sean eficaces.
2. Los programas para que sean más eficaces, además de la mera información, deben incorporar otros aspectos, como son el desarrollo de capacidades y habilidades, desde una perspectiva de género.

Estos contenidos precisan ser trabajados a través de metodologías didácticas activas y participativas. Los programas deben de tener la duración suficiente para garantizar resultados positivos.

DECLARACIÓN SOBRE JÓVENES Y ALCOHOL

CONFERENCIA MINISTERIAL SOBRE JÓVENES Y ALCOHOL

Estocolmo, Febrero de 2001

EUR/00/5020274/6

La Carta Europea sobre Alcohol, adoptada por los Estados Miembros en 1995, establece los principios éticos y las metas para promover y proteger la salud y el bienestar de la población de la Región Europea. Esta Declaración quiere proteger a los niños y jóvenes de las presiones para que beban y reducir el daño que directa o indirectamente les produce el alcohol. La Declaración reafirma los cinco principios éticos de la Carta Europea sobre Alcohol.

1. Todas las personas tienen derecho a que su familia, comunidad y vida laboral estén protegidas de accidentes, violencia u otras consecuencias negativas asociadas al consumo de alcohol.
2. Todas las personas tienen derecho a recibir una educación e información válida e imparcial desde la infancia acerca de las consecuencias del consumo de alcohol sobre la salud, la familia y la sociedad.
3. Todos los niños y adolescentes tienen derecho a crecer en un medio ambiente protegido de las consecuencias negativas asociadas al consumo de alcohol y, en la medida de lo posible, de la promoción de bebidas alcohólicas.
4. Todas las personas que consuman alcohol de forma peligrosa o dañina y los miembros de sus familias tienen derecho a tratamiento y asistencia.
5. Todas las personas que no quieren beber alcohol o que no pueden hacerlo por motivos de salud o de otro tipo, tienen derecho a ser protegidos frente a las presiones para consumir alcohol y a recibir apoyo en su decisión de no beber alcohol.

Fundamentos

La salud y el bienestar constituyen un derecho fundamental del ser humano. Proteger y promover la salud y el bienestar de niños y jóvenes es algo fundamental para la Asamblea de las Naciones Unidas sobre los derechos del Niño y una parte vital de la Política de SALUD 21 de la Organización Mundial de la Salud, así como de la misión de la UNICEF. En relación con los jóvenes y el alcohol, el Plan Europeo de Actuación sobre Alcohol 2000-2005 identifica la necesidad de proporcionar ambientes de apoyo en el hogar, la escuela, el lugar de trabajo y la comunidad local, para proteger a los jóvenes de las presiones que le inducen a beber, y para reducir la amplitud y profundidad del daño relacionado con el consumo de alcohol. Además, está próxima una gran oportunidad de incluir el tema de jóvenes y alcohol en la agenda política, ya que todos los gobiernos del mundo preparan para la Asamblea General de las Naciones Unidas una Sesión Especial sobre los Niños, que tendrá lugar en Septiembre de 2001, actuando como secretaria la UNICEF.

Ambientes juveniles

La globalización de los medios de comunicación y de los mercados está determinando, cada vez más, las percepciones de la gente, sus elecciones y comportamientos. Hoy en día muchos jóvenes tienen mayores oportunidades y disponen de más ingresos, pero son más vulnerables a las técnicas de marketing y ventas, cada vez más agresivas en los productos de consumo y sustancias potencialmente peligrosas como el alcohol. Al mismo tiempo, el predominio del libre mercado ha erosionado las redes de seguridad de la salud pública existentes en diversos países y debilitado las estructuras sociales para la juventud. El rápido cambio social y económico, el conflicto civil, la pobreza, los sin-hogar, y el aislamiento han aumentado la posibilidad de que el alcohol y las drogas jueguen un papel más importante y destructivo en las vidas de muchos jóvenes.

Tendencias de los patrones de consumo

Las principales tendencias en los patrones de consumo de alcohol entre los jóvenes son la mayor experimentación con el alcohol entre los niños y el aumento en los consumos de alto riesgo como “binge-drinking” (consumos excesivos en cortos períodos de tiempo) y de “borracheras”, especialmente entre adolescentes y adultos jóvenes, y en la mezcla de alcohol con otras sustancias psicoactivas (policonsumo). Entre la gente joven hay claros vínculos entre el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales.

El coste del consumo juvenil de alcohol

La gente joven es más vulnerable de sufrir daños físicos, emocionales y sociales derivados de sus propios hábitos o de los hábitos de beber de otras personas. Hay fuertes vínculos entre consumos de alto riesgo, violencia, comportamientos sexuales de riesgo, accidentes de tráfico y otros accidentes, incapacidades permanentes y la muerte. Los costes sanitarios, sociales y económicos de los problemas relacionados con el alcohol entre la gente joven imponen una carga importante sobre la sociedad.

Salud Pública

La salud y el bienestar de mucha gente joven en la actualidad están siendo seriamente amenazados por el uso del alcohol y de otras sustancias psicoactivas. Desde la perspectiva de la Salud Pública, el mensaje es claro: no hay evidencias científicas para establecer límites de seguridad en el consumo de alcohol, y particularmente en niños y jóvenes adolescentes, los grupos más vulnerables. Muchos niños son víctimas también de las consecuencias de la bebida de otros, especialmente miembro de la familia, lo que se traduce en problemas de ruptura familiar, pobreza económica y emocional, dejadez, abuso, violencia y pérdida de oportunidades. Las políticas de Salud Pública relativas al alcohol necesitan estar formuladas por intereses de salud pública, sin interferencia de los intereses comerciales. Una de las preocupaciones principales es el esfuerzo llevado a cabo por la industria de bebidas alcohólicas para comercializar el deporte y la cultura de la juventud a través de una amplia promoción y patrocinio.

DECLARACIÓN

Mediante esta Declaración, nosotros, participantes en la Conferencia Europea Ministerial de la OMS sobre Jóvenes y Alcohol, hacemos un llamamiento a todos los Estados Miembros, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y otros grupos interesados a que aboguen por la salud e inviertan en ella y en el bienestar de los jóvenes, para asegurar que gocen de una buena calidad de vida y un futuro lleno de vitalidad en cuanto a trabajo, ocio, familia y vida en comunidad.

Las políticas del alcohol dirigidas a la gente joven deberían formar parte de una amplia respuesta social, ya que el consumo de alcohol entre los jóvenes en gran medida refleja las actitudes y prácticas de una gran parte de la sociedad adulta. Los jóvenes son un recurso y pueden contribuir positivamente a resolver los problemas relacionados con el consumo de alcohol.

Para complementar esta amplia respuesta social, ya perfilada en el Plan Europeo de Actuación sobre Alcohol 2000-2005, es ahora necesario desarrollar objetivos específicos, medidas políticas y apoyar actividades para la gente joven. Los Estados Miembros deberán, teniendo en cuenta las diferencias culturales y sociales, y los diferentes entornos legales y económicos:

1. Establecer los objetivos siguientes, para que sean alcanzados para el año 2006:

- a) *Reducir sustancialmente el número de jóvenes que comienzan a consumir alcohol;*
- b) *Retrasar la edad de inicio al consumo en los jóvenes;*
- c) *Reducir sustancialmente el hecho y la frecuencia de consumos de alto riesgo entre los jóvenes, especialmente adolescentes y adultos jóvenes;*
- d) *Desarrollar alternativas significativas al alcohol y al uso de drogas y acrecentar la formación para los que trabajan con los jóvenes;*
- e) *Incrementar la participación de los jóvenes en las políticas relacionadas con su salud, especialmente las relacionadas con el alcohol;*
- f) *Incrementar la educación de los jóvenes sobre alcohol;*
- g) *Reducir las presiones a beber en la gente joven, especialmente en relación con las promociones de alcohol, patrocinio y disponibilidad;*
- h) *Apoyar acciones contra la venta ilegal de alcohol;*
- i) *Incrementar el acceso al consejo sanitario y a los servicios de salud, especialmente para los jóvenes con problemas de alcohol y/o padres o miembros familiares dependientes del alcohol;*
- j) *Reducir sustancialmente los indicadores del daño atribuible al alcohol, especialmente accidentes, asaltos y violencias, y en particular los experimentados por los jóvenes.*

2. Fomentar un conjunto de medidas eficaces de política de alcohol en cuatro amplias áreas:

- **Proveer protección:** Intensificar medidas para proteger a niños y adolescentes de la exposición a la promoción y esponsorización del alcohol. Asegurar que los fabricantes no destinen los productos de alcohol a niños y adolescentes. Controlar la disponibilidad del alcohol con medidas dirigidas a su accesibilidad, edad mínima y medidas económicas, incluyendo precios, que influyeran en el consumo de alcohol por menores. Proporcionar protección y apoyo a chicos y adolescentes cuyos padres y miembros de su familia son dependientes del alcohol o tienen problemas relacionados con el mismo.
- **Promover la educación:** Incrementar la concienciación sobre los efectos del alcohol en particular entre la gente joven. Desarrollar programas de educación sanitaria que incluyan temas sobre el alcohol en marcos tales como la escuela, organizaciones juveniles y comunidades locales. Estos programas deberían permitir que los padres,

profesores, grupos de iguales, y líderes juveniles ayuden a los jóvenes a un entrenamiento en habilidades de vida dirigido a resistir la presión social y la gestión del riesgo. Además, los jóvenes deberían poder tomar responsabilidades como importantes miembros de la sociedad.

- **Apoyar ambientes:** Crear oportunidades fomentando y favoreciendo alternativas a la cultura de beber. Desarrollar y fomentar el papel de la familia en promover la salud y el bienestar de los jóvenes. Asegurar que las escuelas y, donde sea posible, otras instituciones educativas sean ambientes libres de alcohol.
- **Reducir el daño:** Promover una mayor comprensión de las consecuencias negativas de la bebida para las personas, la familia y la sociedad. En el medio en el que se consume alcohol, debe asegurarse formación a los responsables de servir alcohol y promulgar reglamentaciones que prohíban la venta de alcohol a menores y personas intoxicadas. Reforzar los reglamentos y multas por conducir bajo los efectos del alcohol. Proveer adecuados servicios de salud y sociales dirigidos a los jóvenes que experimentan problemas como resultado del consumo de otros o de su propio consumo de alcohol.

3. Fortalecer un amplio proceso para poner en práctica las estrategias y alcanzar los objetivos:

- **Construir un compromiso político** mediante el desarrollo de amplios planes nacionales y estrategias con jóvenes, con objetivos para reducir el consumo y los daños relacionados con el mismo, particularmente en los diferentes segmentos de la población juvenil, y evaluar (con los jóvenes) el progreso realizado.
- **Desarrollar asociados con gentes joven especialmente**, a través de redes adecuadas locales. Mirar a los jóvenes como un recurso y fomentar oportunidades para que lo jóvenes participen en compartir las decisiones que afectan a su vidas. Deberá darse un especial énfasis a reducir las desigualdades, particularmente en la salud.
- **Desarrollar una propuesta comprensiva** dirigida a los problemas sociales y sanitarios experimentados por los jóvenes en relación con el alcohol, tabaco, drogas y otros temas relacionados. Promover una aproximación intersectorial a nivel nacional y local, para asegurar una política más eficaz y sostenible. Cuando se fomente la salud y el bienestar de los jóvenes hay que tener en consideración sus diversos antecedentes sociales y culturales y particularmente aquellos de los grupos con necesidades especiales.
- **Fortalecer la cooperación internacional entre los Estados Miembros.** Muchas de las medidas políticas necesitan ser reforzadas a nivel internacional, para ser plenamente efectivas. La OMS proveerá liderazgo estableciendo asociaciones adecuadas y utilizando su colaboración a través de redes extendidas por toda la Región Europea. A este respecto, la cooperación con la Comisión Europea es de particular relevancia.

La Oficina Regional de la OMS, a través de su Sistema Europeo de Información de Alcohol, monitorizará, evaluará (con la implicación de los jóvenes) e informará de los progresos realizados en la Región Europea hacia un encuentro de los compromisos alcanzados en esta Declaración.

Recomendaciones para la promoción de la salud mental de menores de seis años de la Red Europea de Promoción de la Salud Mental

Se recomienda elevar la conciencia de la importancia de la salud mental de los niños y desarrollar políticas para promover la salud mental de los niños y sus familias, para:

- Apoyar a la paternidad, facilitando la paternidad responsable y sensible y el desarrollo de lazos entre padres e hijos.
 - Prestar particular atención a niños vulnerables, como:
 - * Niños con dificultades psicosociales o problemas de salud (ej.: prematuros, discapacitados, enfermos crónicos, niños con problemas del desarrollo o del comportamiento temprano).
 - * Niños en un ambiente familiar vulnerable (ej.: niños que han sufrido abusos o descuido, niños en hogares monoparentales o con padres adolescentes, niños adoptivos, hijos de enfermos mentales o adictos).
 - * Niños con dificultades socioculturales (refugiados, inmigrantes, y padres desempleados).
 - Facilitar ambientes vecinales amigables, seguros y no violentos.
 - Desarrollar guarderías y cuidados de día focalizados en promoción de la salud mental de los niños.
 - Facilitar escuelas con currículum, programas y ambientes que promuevan la salud mental.
 - Incrementar el reconocimiento de las necesidades de los niños entre los servicios de salud y comunitarios.
 - Animar a los lugares de trabajo a proporcionar un entorno que promueva la salud mental de los padres y el apoyo a la vida familiar.
 - Mejorar el marco de protección legal y monitorizar los cuidados de los niños para facilitar y asegurar la promoción de la salud mental y la protección de la infancia.
 - Proporcionar la financiación suficiente para implantar estas medidas
-