.UBAsociales
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

Repositorio Digital Institucional

DOCUMENTOS DE TRABAJO

Documentos de Trabajo N° 45

Salud y enfermedad desde la perspectiva de los jóvenes. Un estudio en jóvenes escolarizados de la Ciudad de Buenos Aires

Ana Lía Kornblit, Ana María Mendes Diz, Pablo Francisco Di Leo, Ana Clara Camarotti, Dan Adaszko [autoras/es]

Instituto de Investigaciones Gino Germani, Buenos Aires, 2005

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: http://repositorio.sociales.uba.ar/

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)
La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR

Repositorio Digital Institucional

.UBAsociales
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

Documentos de Trabajo

nº 45

SALUD Y ENFERMEDAD DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS JÓVENES. Un estudio en jóvenes escolarizados de la Ciudad de Buenos Aires

Ana Lía Kornblit
Ana María Mendes Diz
Pablo Francisco Di Leo
Ana Clara Camarotti
Dan Adaszko

Noviembre 2005

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES GINO GERMANI
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
ARGENTINA

Los DOCUMENTOS DE TRABAJO son elaboraciones de investigadores del Instituto. Previo a su publicación, estos documentos son evaluados por dos especialistas en el tema y luego discutidos en un Seminario, con la presencia de los autores/as y de investigadores del Instituto.

Asesora Editorial: Mabel Kolesas

ISBN 950-29-0895-3

Fecha: noviembre de 2005

Instituto de Investigaciones Gino Germani
Facultad de Ciencias Sociales. UBA
Uriburu 950, 6º piso
(C1114AAB) Buenos Aires. Argentina
Teléfono: (5411) 4508-3815; Fax: (5411) 4508-3822
e-mail: iigg@mail.fsoc.uba.ar
Centro de Documentación e Información
e-mail: cdi@mail.fsoc.uba.ar
http://www.iigg.fsoc.uba.ar

Resumen

Se presentan los datos recogidos a través de la realización de una encuesta a jóvenes escolarizados de la Ciudad de Buenos Aires, acerca de sus conocimientos, actitudes y conductas en relación con la salud. El trabajo forma parte de un estudio más amplio que se enmarca en el Modelo de Escuelas Promotoras de Salud pro-puesto por la Organización Mundial de la Salud.

Abstract

Data collected through a questionnaire applied to high school students from Buenos Aires City, about their knowledge, attitudes and behaviors related to health are presented. The work done is integrated in a more ample study, framed by the School Health Promotion Model, designed by the World Health Organization.

Ana Lía Kornblit

Socióloga y doctora en Antropología, docente de grado y de posgrado en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Investigadora principal del CONICET con sede en el Instituto Germani.

Ana María Mendes Diz

Doctora en Sociología. Docente de grado y de posgrado en a Universidad del Salva-dor. Investigadora independiente de CONICET con sede en el Instituto Germani.

Pablo Francisco Di Leo

Licenciado en Sociología. Doctorando en Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Docente en la Facultad de Ciencias Sociales. Becario de la Universidad de Buenos Aires.

Ana Clara Camarotti

Licenciada en Sociología. Doctoranda en Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Docente en la Facultad de Ciencias Sociales. Becaria de CONICET.

Dan Adaszko

Licenciado en Sociología. Maestrando en la Universidad de Tres de Febrero. Docente del Ciclo Básico de la Universidad de Buenos Aires. Becario de FONCyT

INDICE

Introducción 5

Aspectos metodológicos 6

La salud y la enfermedad desde la mirada de los jóvenes 7

Aspectos vinculados con el peso corporal y con la alimentación 16

Aspectos vinculados con el consumo de drogas legales e ilegales 19

Educación sexual en el ámbito escolar: la perspectiva de los jóvenes 26

Aspectos vinculados con la salud sexual y reproductiva 30

Aspectos vinculados con el riesgo de accidentes 37

Tiempo dedicado a diferentes actividades 41

Aspectos vinculados con las relaciones afectivas 43

Ideas y conductas suicidas 44

Síntesis general 47

Bibliografía 50

INTRODUCCIÓN

Este trabajo constituye el primer paso de un estudio sobre Escuelas Promotoras de Salud y consiste en el análisis de los datos recogidos a través de una encuesta realizada a jóvenes entre 15 y 18 años, estudiantes en escuelas medias públicas de la Ciudad de Buenos Aires, en la que se indagó sobre sus conocimientos, actitudes y conductas en relación con la salud.

El concepto de *escuelas promotoras de salud* emergió en la década del 90 como una herramienta del modelo más general de promoción de la salud (OPS, 1996; Puertas y Cerqueira, 1996; Leger, 1998; Nutbeam, 1998; Burgher et al., 1999).

La Comisión Europea de la Unión Internacional para la Promoción y la Educación de la Salud (2000) afirma que si bien las escuelas son consideradas costo-efectivas para las intervenciones de promoción de la salud dirigidas a mejorar la salud de los niños y adolescentes, hay que tener en cuenta que no puede esperarse que resuelvan los problemas de salud actuando de forma aislada de otras formas de acciones en salud pública. Son necesarias conexiones fuertes con los servicios de salud, de modo de establecer una continuidad entre las instituciones escolares y sanitarias que permita la interconexión de saberes y la participación de ambas instancias en objetivos comunes. Esta situación genera la necesidad de conocer las variables que facilitan o modifican el acceso de los jóvenes al sistema de salud.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

La muestra del estudio comprendió siete escuelas públicas secundarias de la Ciudad de Buenos Aires, correspondientes a tres distritos educacionales: Villa Devoto, Villa Urquiza y Saavedra. Se eligieron estos distritos teniendo en cuenta la diversidad de estratos socioeconómicos de los alumnos que concurren a la escuela media en ellos, lo que permitió tener una gama más amplia de casos desde este punto de vista. La selección de las escuelas al interior de los tres distritos fue realizada de forma intencional por las autoridades educativas, teniendo en cuenta las características de las escuelas según su tipo de población predominante y buscando la diversidad de la muestra.

En cada una de las escuelas se encuestó a dos divisiones entre 3º y 5º año, realizándose la elección de las divisiones al azar.

La muestra de alumnos quedó constituida por 1125 casos, de los cuales el 56% son mujeres y el 44% varones, lo que concuerda con los porcentajes generales de los sexos en la educación media, excluida la educación técnica.

En cuanto a la edad, el 33% tiene entre 14 y 16 años, el 52% tiene entre 17 y 18 años y el 15% restante llega hasta los 21 años.

Se tomó como un indicador grueso de nivel socioeconómico el nivel educativo alcanzado por el padre. Esta decisión se adoptó frente a la comprobación de que muchos de los encuestados desconocían la ocupación desempeñada por el padre y/o la madre. Se eligió considerar el máximo nivel educativo alcanzado por el padre y no por la madre porque existían más diferencias en él que en el nivel educativo alcanzado por las madres, lo cual impedía que surgieran diferencias entre grupos si se tomaba como indicador la educación de la madre o se promediaba los niveles de ambos progenitores. En relación con el nivel educativo alcanzado por los padres, el 15% tiene sólo estudios primarios (algunos sin finalizar), el 28% alcanzó el nivel secundario pero no lo finalizó, el 20% finalizó el nivel secundario y el 30% accedió al nivel terciario o universitario (habiéndolo finalizado o no). El 7% de los alumnos desconocía el nivel de estudios alcanzado por el padre.

El 37% de los alumnos repitió algún año y de estos un tercio repitió más de uno.

El 25% de los alumnos encuestados trabaja además de estudiar.

Se realizaron además cuatro grupos focales con alumnos de tercero a quinto año de las mismas escuelas para profundizar en el significado de los datos obtenidos mediante la encuesta.

LA SALUD Y LA ENFERMEDAD DESDE LA MIRADA DE LOS JÓVENES

A continuación se analizan diferentes aspectos vinculados con la accesibilidad que tienen los jóvenes al sistema de salud. La accesibilidad cultural está determinada por valores, normas, conocimientos y actitudes propios de la población en relación con la salud, la enfermedad y la atención, que pueden facilitar u obstaculizar el acceso al sistema de atención y, por ende, condicionar los resultados de sus acciones. Las dificultades de acceso comienzan con la dificultad para percibir algún síntoma que alerte a las personas de que algo anda mal con su salud y a que tal vez sea necesario buscar ayuda en el sistema de salud. Los obstáculos pueden continuar también cuando se llega a la institución de salud o cuando se tiene la entrevista con el profesional de la salud.

Percepción del estado de salud

Las posibilidades de percibir las cuestiones relativas a la salud y a la enfermedad son diversas y están socialmente condicionadas. Algunos de sus condicionantes son estructurales (sexo, edad, nivel socioeconómico, etc.) y otros, propios de la biografía personal.

La percepción de las sensaciones relativas a la salud y la enfermedad depende, en buena medida, de la riqueza y de la precisión del vocabulario del individuo y de su capacidad para manipular y memorizar las taxonomías mórbidas que la medicina provee (Boltanski, 1975).

Una de las primeras preguntas que se realizó a los jóvenes se refirió a la percepción que tenían acerca de su estado de salud. Como se observa en el cuadro, casi la totalidad de los jóvenes describen su salud como siendo entre buena y muy buena. Este dato coincide con el obtenido en la Encuesta Argentina de Salud realizada en 1999 (Informe del Senado de la Nación, 1999), donde se muestra que el 86% de los jóvenes entre 15 y 19 años consideran que su salud es buena.

Si bien las diferencias son leves, se perciben algo mejor los varones, los menores de 18 años y los que tienen padres que han completado los estudios secundarios y/o tienen nivel terciario. Las mujeres, los de mayor edad y los jóvenes cuyos padres tienen menor nivel de instrucción no sólo se perciben en peores condiciones de salud, sino que dudan acerca de ella, apareciendo frecuencias algo mayores de jóvenes que dicen desconocer su estado de salud en estas categorías.

Autovaloración del estado de salud según sexo, edad y nivel educativo del padre (en %)

		Sexo		Edad		Nivel educativo del padre	
	Total	**Mujeres**	**Varones**	**Hasta 17 a.**	**18 a.y +**	**Hasta sec. incompleto**	**Sec. compl.y+**
Muy bien	42,2	37,9	47,8	43,7	40,0	36,5	47,9
Bien	45,5	48,4	41,6	44,4	47,0	49,2	41,5
Regular/mal	7,4	7,8	7,0	7,6	7,2	8,2	6,8
Ns/nc	4,9	5,9	3,6	4,3	5,8	6,1	3,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100.0	100,0	100,0

Problemas de salud que preocupan a los jóvenes

Cuando se les solicitó la opinión acerca de las cuestiones de salud que más preocupan a los jóvenes, los dos tercios mencionan el VIH/sida como mayor preocupación. Como se observa en el cuadro, en segundo término aparecen como preocupación las infecciones de transmisión sexual y el consumo de drogas ilegales.

Si se miran estos datos según sean varones o mujeres los que responden, aparecen algunas diferencias interesantes. Las mujeres están más preocupadas por una gama más amplia de problemas: el VIH/sida, el cáncer, el consumo de drogas ilegales y el embarazo no planificado. En cambio, a los varones los preocupan más las cuestiones de salud que los afectan con mayor frecuencia que a las mujeres: el consumo excesivo de tabaco y alcohol y las infecciones de transmisión sexual. Estos datos coinciden con los resultados obtenidos en otras investigaciones (Kornblit, 2000).

En cuanto a la edad, se puede decir que a los jóvenes mayores, al igual que a los varones, les preocupan las cuestiones que los pueden afectar más, es decir que se preocupan más que los más chicos por el embarazo, el alcohol y el tabaco y las ITS. Los jóvenes cuyos padres tienen menor nivel educativo se preocupan por más problemas que los que tienen padres más educados. En esta situación puede influir el menor acceso que tienen estos jóvenes al sistema de salud, por lo que se sienten más desprotegidos.

Problemas de salud que preocupan en general a los jóvenes según sexo, edad y nivel educativo del padre (en %)

		Sexo		Edad		Nivel educativo del padre	
	Total	**Mujeres**	**Varones**	**Hasta 17 a.**	**18 a. y +**	**Hasta sec. incomp.**	**Sec. completo y +**
VIH/sida	66,6	71,0	60,6	68,4	63,8	68,0	64,0
ITS	27,7	29,0	25,8	25,6	30,7	25,2	31,0
Drogas ilegales	25,9	25,5	26,5	26,4	25,2	27,2	25,7
Alcohol/tabaco	17,4	17,2	17,6	15,5	20,2	18,3	16,4
Embar.adoles.	11,2	14,0	7,5	10,1	12,9	11,7	11,4
Cáncer	11,6	11,2	12,2	13,0	9,5	12,6	10,9
Anorexia/bulimia	8,2	11,7	3,4	8,5	7,6	10,5	7,0
Otras	5,6	5,6	5,4	6,1	4,6	4,1	6,9
Ninguna	3,0	1,2	5,4	2,1	4,3	2,3	3,6

También se indagó acerca de las preocupaciones *personales* en torno a la salud, y si bien aparecen las mismas cuestiones que surgen en cuanto a la opinión que los jóvenes tienen en general, los porcentajes son significativamente más bajos: algo menos de un tercio de los jóvenes manifiesta no estar preocupado en lo personal por ningún problema de salud. Este dato coincide con lo observado en otros estudios realizados: personalmente los jóvenes se preocupan menos por todo lo que incumbe a las enfermedades debido a la creencia en su invulnerabilidad (Kornblit, 1997; Mendes Diz, 2001).

Las otras enfermedades que se mencionan son principalmente hepatitis y dolores de cabeza y/o espalda.

Una mirada de los datos según sexo vuelve a arrojar diferencias: los varones están mucho menos preocupados que las mujeres por algún problema de salud; para ellos la salud es un aspecto menos tenido en cuenta de lo que es tenido en cuenta por las mujeres. No se observan diferencias según edad y nivel educativo del padre.

Problemas de salud que preocupan personalmente a los jóvenes según sexo (en %)			
		Sexo	
	Total	Mujeres	Varones
VIH/sida	14,3	16,4	11,6
ITS	5,7	6,7	4,4
Drogas ilegales	5,4	7,2	3,1
Alcohol/tabaco	4,6	4,1	5,3
Emb. adolesc.	2,2	2,9	1,3
Cáncer	5.9	7,2	4,2
Anorexia/bulimia	2,8	4,1	1,1
Otras	12,4	13,4	9,8
Ninguna	60,6	54,1	68,9

Por último, investigamos acerca de los problemas que han padecido en el último año. Como se observa en el cuadro, no son muchos los jóvenes que perciben haber padecido algún problema de salud. Las jóvenes perciben más que los varones haber padecido dolores de espalda y de cabeza, cansancio crónico y, en un porcentaje que dobla a los varones, manifiestan tener problemas para dormir. Puede pensarse a partir de estos datos que las mujeres están más atentas a las sensaciones provenientes del cuerpo o que, en términos psicológicos, expresan sus conflictos en mayor medida a través de síntomas corporales. Asimismo, los menores de 18 años perciben en mayor medida que los de mayor edad haber tenido dolores de cabeza y problemas para dormir, lo que puede interpretarse como que están más estresados que sus pares algo mayores. No se observan diferencias según el nivel educativo del padre.

Percepción de problemas de salud padecidos frecuentemente según sexo, edad y nivel educativo del padre (en %) (Cuadro síntesis)							
		Sexo		Edad		Nivel educativo del padre	
	Total	Mujeres	Varones	Hasta 17 a.	18 a. y +	Hasta sec. incomp.	Sec. comp. y +
Dolor de cabeza	31,0	40,4	19,1	34,4	25,9	31,2	31,4
Dolor de espalda	30,2	35,7	23,3	30,3	30,1	29,5	31,1
Cansancio crónico	30,4	33,8	26,0	30,0	30,8	32,2	29,1
Problemas p/ dormir	19,7	23,5	14,7	20,3	18,7	20,1	20,0

Accesibilidad al sistema de salud

Las diferencias que se registran en toda comunidad en relación con la demanda de atención médica pueden explicarse también por el grado de interés y atención que prestan determinados conjuntos sociales a las sensaciones mórbidas y al cuerpo mismo y por los umbrales de intensidad a partir de los cuales los individuos consideran anormal una sensación. Este conjunto de normas conforma distintas culturas alrededor de lo somático y regula las conductas de las personas respecto del proceso salud-enfermedad-atención.

El percibirse enfermo puede ser la puerta de entrada al sistema de atención de la salud. Pero la accesibilidad está condicionada por factores geográficos, económicos, jurídicos y psico-socio-culturales. Existen trabajos realizados desde hace décadas que han revelado que la mayoría de los síntomas de enfermedad no son tenidos en cuenta o no reciben atención médica. Estos estudios coinciden en que solamente cerca de una tercera parte de quienes presentan algún tipo de síntomas van en busca de atención médica (Fitzpatrick, 1990).

La mayoría de los jóvenes de nuestro estudio, contrariamente a lo que se piensa habitualmente al respecto, ha concurrido al médico o a algún servicio de salud en el último año, como se observa en el cuadro.

Las mujeres concurren a los servicios de salud en un porcentaje significativamente mayor que los varones, lo que evidencia que han incorporado el tema del cuidado de la salud en un grado mayor que lellos.

Si se analiza la especialidad del profesional al que concurren, los dos tercios se atendieron con un médico clínico, pero entre las mujeres un porcentaje importante también menciona al ginecólogo. Los varones consultan con menor frecuencia y sólo mencionan al médico clínico.

Una lectura de los datos de acuerdo a la edad de los jóvenes muestra que los menores de 18 años concurren al ginecólogo, al dermatólogo y al traumatólogo en mayor proporción que los de mayor edad. Estos últimos, en cambio, concurren más a servicios de urgencia que los menores. Tal vez esta situación pueda deberse a que esperan más tiempo para concurrir o prefieren evitar las largas esperas que implica la obtención de un turno.

Un tercio de los jóvenes afirma que han concurrido al dentista en el último año.

Concurrencia a algún servicio de salud en el último año según sexo, edad y nivel educativo del padre (en %)

		Sexo		Edad		Nivel educativo del padre	
	Total	**Mujeres**	**Varones**	**Hasta 17 a.**	**18 a. y +**	**Hasta sec. incompleto**	**Sec. compl. y +**
Concurrió	79,3	83,1	74,4	78,4	80,7	79,3	79,6
No concurrió	17,8	14,3	22,1	17,9	17,5	17,1	18,4
Ns/Nc	2,9	2,5	3,4	3,7	1,8	3,6	2,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100.0	100,0	100,0

Cuando indagamos en los grupos focales acerca de los motivos por los que concurren a los servicios de salud encontramos que lo hacen tanto por episodios agudos como por controles, y en esto no se observan diferencias por sexo. También nos interesó saber si asisten solos o acompañados y en qué situaciones. Comúnmente concurren acompañados cuando se sienten mal o no conocen al profesional. Cuando es una visita de control o ya se han atendido con el mismo médico en otras oportunidades suelen ir solos. En general, la persona que los/las acompaña es la madre y en algunos casos el padre acompaña al hijo varón. Algunas jóvenes comentaron que concurren al ginecólogo acompañadas por su pareja.

Se investigó además acerca de a quién o adónde acudirían si tuvieran problemas relacionados con la sexualidad y con las drogas. Aunque esta pregunta apunta a conocer la percepción que tienen los jóvenes en cuanto a si cuentan o no con una red de apoyo a la que poder recurrir en caso de que lo necesiten, hemos encontrado un porcentaje importante de jóvenes que menciona a algún profesional de la salud.

Si bien el 60% de los jóvenes acudiría a sus amigos y aproximadamente la mitad consultaría a sus padres frente a algún problema relacionado con la sexualidad, casi un 40% menciona a un profesional de la salud (médico clínico y/o ginecólogo). Esta respuesta muestra que para muchos jóvenes el sistema de salud es un lugar de referencia adonde acudir en temas que tienen que ver con la sexualidad. Esto ocurre más con las mujeres que con los varones, y con los jóvenes cuyos padres han completado el secundario y/o tienen estudios terciarios.

En caso de tener problemas con las drogas los jóvenes que mencionan a profesionales de la salud como referentes disminuyen a casi la mitad en relación con los que los habían mencionado como idóneos para solucionar problemas con la sexualidad. Ante problemas con las drogas, los jóvenes, en porcentajes similares, acudirían a un centro de drogodependencia y/o a un centro para jóvenes y/o llamarían a un teléfono de información sobre drogas. Esto podría indicar que registran en menor medida la presencia de especialistas para temas vinculados con las drogas en el sistema de salud.

Se investigó también si sintieron la necesidad de consultar por un problema de salud y no pudieron acceder a algún servicio. Sólo un 14% manifiesta haber pasado por esa situación en el último año. Las mayores dificultades las encontraron las mujeres, los mayores y los jóvenes cuyos padres tienen menor nivel educativo. Coherentemente con esta respuesta, al indagar si tenían dificultades para ir al médico o a algún servicio de salud, la mayoría de los jóvenes afirmaron no tener ninguna dificultad. No se observan diferencias significativas según el sexo, la edad o el nivel de instrucción del padre en este aspecto.

En cuanto a las dificultades que mencionaron algunos jóvenes, "los horarios inadecuados y/o las largas esperas" concitaron el mayor porcentaje de respuestas (19%). En este punto es pertinente señalar los comentarios vertidos en los grupos focales en este sentido, valorando las ventajas de la automedicación *"para no comerse el garrón de esperar un montón de tiempo para que te digan que tenés que tomar ibuprofeno, que ya lo sabía"*.

En los grupos focales también exploramos aspectos de la relación que entablan los jóvenes con los médicos. Algunos prefieren atenderse con médicos que los escuchen porque se animan más a contarles lo que les pasa, como sería el caso de una de las integrantes de un grupo que comentó *"mi ginecóloga es mi psicóloga".* La necesidad de hablar con el médico acerca de sus problemas se da más en las mujeres que en los varones. Uno de los jóvenes aclara: *"yo voy al médico para que me revise, no para hablar".* Estos testimonios señalan que los médicos no logran entablar una buena relación con los jóvenes como para que ellos puedan transmitirles sus problemas. Esto evidentemente está estrechamente vinculado con oportunidades perdidas, ya que muchas veces los jóvenes concurren al médico por un problema puntual pero el profesional debería aprovechar esa oportunidad para establecer un vínculo que los lleve a realizar controles en salud de un modo más habitual.

Nos interesó conocer el susbsistema de salud que los jóvenes utilizaban con mayor frecuencia, es decir si concurrían a servicios de salud públicos o de obra social y/o pre-pago. Como se observa en el cuadro, la distribución entre los jóvenes que se atienden en uno u otro subsistema presenta mucha similitud y coincide con los porcentajes según el tipo de cobertura de salud que tienen los jóvenes entre 15 y 24 años en todo el país (43% utiliza el subsistema público y el 57% el subsistema de obra social o pre-pago) (SIEMPRO/INDEC, 2000).

Se observan diferencias cuando se analizan los datos según sexo, edad y nivel de instrucción del padre.

Las mujeres concurren más al sector público que los varones; éstos a su vez desconocen más que ellas qué subsistema utilizan, lo cual vuelve a mostrar el mayor distanciamiento de los varones con el sistema de salud. Los jóvenes de 18 años y más concurren al sector de obras sociales y/o a pre-pagos en mayor medida que los de menor edad. Los que tienen padres con menor nivel educativo también concurren con mayor frecuencia al subsistema público, situación relacionada tal vez con trabajos en negro o con desocupación en la familia.

Subsistema de salud que utilizan más frecuentemente según sexo, edad y nivel educativo del padre (en %)							
		Sexo		Edad		Nivel educativo del padre	
	Total	Mujeres	Varones	Hasta 17 a.	18 a. y +	Hasta sec. inc.	Sec. comp. y +
Subsistema público	43,5	45,8	40,4	45,1	40,9	49,8	37,6
Obra social o prepago	46,5	46,2	47,1	44,9	49,2	42,2	52,5
Ns/nc	10,0	8,0	12,5	10,0	9,9	8,0	9,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100.0	100,0	100,0

Nos interesó conocer si los jóvenes tenían más dificultades con el subsistema público o con el privado. Como se muestra en el siguiente cuadro, los jóvenes experimentan más dificultades con el sistema público que con el de obras sociales o pre-pagos. La mayor dificultad percibida son los horarios inadecuados y/o las largas esperas, y esta respuesta se duplica en frecuencia entre los que se atienden en el sector público.

Dificultades con los servicios de salud según subsistema (en %)			
	Subsistema público	Subsistema privado	Total
Ninguna dificultad	67,0	80,2	73,9
Horarios inadecuados / esperas	26,1	13,9	19,7
No se atreve a ir	7,4	4,0	5,6
Otra	8,8	8,3	8,5
Total	100,0	100,0	100,0

Valoración de los servicios de salud por parte de los jóvenes

Nos resultó interesante conocer la valoración que hacen los jóvenes de los servicios de salud de acuerdo a la utilidad que tienen para ellos. Como se observa en el siguiente cuadro, la valoración que realizan los jóvenes de los servicios de salud es positiva (debían asignarles puntajes de 1 a 10).

Valoración de los servicios de salud según sexo, edad y nivel educativo del padre (en %)							
		Sexo		Edad		Nivel educativo del padre	
	Total	Mujeres	Varones	Hasta 17 a.	18 a. y +	Hasta sec. incompleto	Sec. comp. y +
1 a 4	5,8	5,2	6,6	7,2	3,7	5,3	6,1
5 a 7	52,3	50,3	54,7	50,7	54,6	52,5	52,2
8 a 10	39,3	41,5	36,4	40,9	36,8	39,9	38,6
Ns / nc	2,7	3,0	2,3	1,2	4,9	2,3	3,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100.0	100,0	100,0

Si se miran los datos según las variables sociodemográficas surgen algunas diferencias según sexo: las mujeres evalúan mejor los servicios de salud que los varones. Las variaciones por edad no presentan una tendencia clara y no se aprecian diferencias según el nivel educativo del padre.

También existen diferencias según se trate del subsistema público o del privado: los jóvenes evalúan más favorablemente el sector privado que el público (el

43% evalúa con un puntaje de 8 a 10 al sector privado, mientras que sólo un 36% asigna ese puntaje al susbsistema público). Asimismo, el puntaje atribuido está directamente relacionado con las dificultades encontradas: a mayores dificultades menor puntaje asignado.

Por último quisimos conocer la valoración que realizaban los jóvenes respecto de los servicios de salud en relación con su utilidad con respecto a diferentes cuestiones de salud y enfermedad.

Como se observa en el siguiente cuadro, los jóvenes diferencian la utilidad que les brindan los servicios de salud según los problemas por los que consultan. Los dos tercios los consideran bastante o muy útiles para resolver problemas relacionados con las ITS, y algo más de la mitad de la muestra los valora positivamente para atender problemas relacionados con la sexualidad, con la anorexia, con problemas psicológicos y con problemas relacionados con las drogas. En cambio, temas como embarazos no deseados (anticoncepción), depresión y dejar de fumar son cuestiones menos visualizadas como que puedan resolverse en el ámbito de los servicios de salud.

Observando los datos según las variables sociodemográficas surgen diferencias interesantes. Las mujeres consideran los servicios de salud más útiles para la mayoría de las cuestiones planteadas. Nuevamente esto se relaciona con su mayor acercamiento al sistema de salud. Los varones, en cambio, sólo los consideran más útiles que las mujeres para resolver problemas psicológicos y para dejar de fumar. En otro apartado de este estudio se muestra que los varones han intentado dejar de fumar en porcentajes más elevados que las mujeres y tal vez lo hayan hecho en algún servicio de salud. Los varones, además, tienen un desconocimiento mayor que las mujeres en cuanto a la utilidad que puedan tener los servicios de salud para resolver cualquier situación.

La edad también influye en cuanto a la percepción que se tiene de la utilidad de los servicios de salud. Los menores de 18 años los consideran más útiles que los mayores. En esta situación puede estar influyendo la frecuencia de uso, dado que a medida que aumenta la edad los jóvenes se distancian más del sistema de salud, mientras que en los menores puede intervenir la familia acompañándolos o sugiriéndoles que concurran al médico. En un porcentaje alto (que en algunos casos alcanza al 35%), los mayores y los jóvenes cuyos padres tienen menor nivel educativo desconocen la utilidad que pueden tener los servicios de salud para resolver determinados problemas.

Utilidad de los servicios de salud para diversas cuestiones según sexo, edad y nivel educativo del padre (en %) (Cuadro síntesis)

		Sexo		Edad		Nivel educativo del padre	
	Total	**Mujeres**	**Varones**	**Hasta 17 a.**	**18 a. y +**	**Hasta sec. incompleto**	**Sec. comp. Y +**
ITS	64,3	66,8	60,9	64,0	64,7	62,0	66,6
Prob. relacionados con la sexualidad	55,5	58,0	52,3	58,1	51,4	57,2	54,6
Anorexia	54,8	60,5	47,7	56,0	53,1	54,1	56,5
Probl. psicológicos	53,5	51,3	55,1	53,2	53,9	52,1	54,8
Probl. con drogas	52,7	54,0	51,1	54,3	50,4	53,1	53,0
Embarazo no deseado	45,9	45,9	45,9	47,7	43,2	48,9	45,2
Depresión	39,6	41,0	37,8	40,4	38,2	39,1	41,5
Dejar de fumar	30,3	28,5	32,6	30,3	30,4	29,3	32,4

Discusión

Hemos analizado la accesibilidad de los jóvenes al sistema de salud desde su propia óptica considerando la posibilidad que tienen de percibir sensaciones mórbidas y las dificultades que perciben a la hora de de buscar ayuda en el sistema de salud.

Un primer resultado interesante que arroja este trabajo es que la mayoría de los jóvenes se considera entre bien y muy bien en cuanto a su estado de salud y casi los dos tercios no están preocupados por ningún problema de salud. Sin embargo, al interior de este hallazgo aparecen diferencias interesantes según las variables sociodemográficas, que permean las actitudes y conductas de los jóvenes respecto de su salud.

Una de las diferencias más significativas es atribuible a la cuestión de *género*. Las jóvenes perciben que su estado de salud no es tan bueno como lo perciben los varones y están más preocupadas que ellos por cuestiones de salud, tanto en términos generales como personalmente. Podría decirse que están más atentas a las sensaciones corporales; la salud es para ellas un valor y se preocupan por mantenerla. Los hombres, en cambio, se resisten a percibir padecimientos corporales y mentales, ya que lo viril se identifica con la fortaleza física y anímica (Prece y Schufer, 1991; Necchi, 1992).

Reafirmando sus relaciones más fluidas que los varones con el sistema de salud, las mujeres lo valoran más positivamente que ellos, lo consideran en mayor medida bastante o muy útil para resolver los problemas de salud y concurren a atenderse con mayor frecuencia que ellos.

Puede pensarse que las características de la oferta influyen en mantener la fluidez entre el sistema de salud y las mujeres, mientras que ocurre lo contrario con los varones. En tanto que las mujeres consultan al ginecólogo, los jóvenes varones carecen de un especialista que reemplace al pediatra y deben atenderse con médicos "para adultos" que no siempre están capacitados para comprender sus necesidades. Empieza así el camino de extrañamiento de los varones con respecto al sistema de salud.

Cabe señalar que en los grupos focales surgió que los jóvenes, tanto varones como mujeres, desconocen la existencia de los servicios especializados para adolescentes en el sistema público de salud. Sería de interés que, dado que prácticamente la mitad de los jóvenes es usuaria de este sector, se promueva el conocimiento de la existencia de estos espacios destinados a ellos.

El análisis de los datos diferenciando los jóvenes según *edad* también arroja resultados sugerentes. Los menores de 18 años están más preocupados por cuestiones de salud y perciben más problemas de salud que los aquejan. Sin embargo, concurren algo menos a los servicios de salud que los mayores, aunque los consideran más útiles de lo que los perciben los de mayor edad y los valoran más positivamente.

Algunas hipótesis podrían sugerirse a partir de estos resultados. Los menores pueden estar más influidos por sus padres en cuanto a percibir problemas de salud que requieren asistencia médica, tal vez sean acompañados en mayor medida que los de mayor edad por alguno de ellos cuando tienen que atenderse, y lo que puede estar influyendo aún en mayor medida, es el hecho de poseer un lugar y un especialista "legítimo" para consultar, dado que siguen atendiéndose en los servicios de pediatría.

A medida que va aumentando la edad, y en especial los varones, se van alejando del sistema de salud, concurriendo de modo menos planificado y más frecuentemente en situaciones de urgencia.

Por último, los jóvenes cuyos padres tienen menor *nivel educativo* se perciben en peor estado de salud y les preocupan más las enfermedades tanto a nivel

general como personalmente en comparación con los jóvenes cuyos padres tienen mayor nivel educativo. Asimismo, se perciben con cansancio crónico en porcentajes más altos que estos últimos.

Por otra parte, si bien en la bibliografía (Prece y Schufer, 1991; Llovet, 1984) se muestra que en los sectores populares la cultura en relación con lo somático es escasa, lo que dificulta el registro de las molestias hasta que éstas se imponen de manera discapacitante, en nuestro estudio no se han encontrado diferencias en la percepción de enfermedad entre los jóvenes cuyos padres han completado los estudios secundarios y/o han accedido al nivel terciario y los de menor nivel educativo.

La mitad de los jóvenes cuyos padres tienen menor nivel de instrucción se atiende en el sector público, que es donde se perciben las mayores dificultades de acceso y sólo consideran que los servicios de salud son útiles para temas relacionados con la salud sexual y reproductiva. Con respecto a las otras cuestiones de salud, como anorexia, depresión, problemas psicológicos, entre otros, estos jóvenes presentaron mayores niveles de desconocimiento en cuanto a la utilidad que pudiesen tener los servicios de salud para solucionar estas cuestiones.

En cuanto a las cuestiones de salud que más preocupan a los jóvenes, tanto en general como en forma particular, es el VIH/sida el que concita mayor preocupación, y en segundo lugar las infecciones de transmisión sexual y el consumo de drogas ilegales.

Como se observó en estudios anteriores (Kornblit, 1997), la preocupación general por cuestiones de salud disminuye significativamente cuando se indaga acerca de la preocupación personal: la mayoría de los jóvenes no está preocupado *personalmente* por ningún problema de salud.

A pesar de percibirse en buen estado de salud y no estar preocupados personalmente por ningún problema de salud, una amplia mayoría de los jóvenes ha concurrido a algún servicio de salud en el último año y no encontró ninguna dificultad de acceso.

Estos resultados muestran que contrariamente a la opinión general al respecto, los jóvenes mantienen un contacto fluido con los servicios de salud, aunque en el transcurso del trabajo se han ido analizando muchos de los obstáculos a la accesibilidad que podrían disminuirse y en algunos casos eliminarse.

ASPECTOS VINCULADOS CON EL PESO CORPORAL Y CON LA ALIMENTACIÓN

Indice de masa corporal y percepción de la imagen corporal

Si bien lo ideal es realizar mediciones sobre peso y talla *in situ*, las preguntas acerca de cuánto miden y cuánto pesan realizadas a los alumnos encuestados ofrecen un panorama general sobre las distribuciones de frecuencias de la muestra según el índice de masa corporal (relación entre peso y talla según sexo y edad), agrupado en cinco categorías: delgadez extrema, delgadez, normalidad, sobrepeso y obesidad.

Las frecuencias encontradas muestran que alrededor de la mitad de la muestra tiene un peso normal para su talla y edad y un tercio es delgado. El 4% es extremadamente delgado y el 10% está excedido de peso (el 6% tiene sobrepeso y el 4% es obeso). Existen variaciones importantes en estos porcentajes según el sexo: en relación con los varones, son más las mujeres extremadamente delgadas y mucho más las delgadas. Ellos, en cambio, son en mayor proporción normales para su peso y talla. Con respecto al exceso de peso, los varones tienen más sobrepeso que las mujeres, pero hay más mujeres obesas que varones.[1]

En relación con el nivel educativo del padre, son más los jóvenes delgados entre aquellos cuyos padres tienen un nivel educativo superior, y recíprocamente, son más los jóvenes obesos entre aquellos cuyos padres tienen menor nivel educativo, lo que puede llevar a pensar que en los niveles sociales más altos el ideal de belleza ligado a la delgadez está más vigente que en los sectores sociales más bajos, o que el tipo de alimentación en las familias pertenecientes a ambos sectores sociales difiere, favoreciendo el sobrepeso entre las de estos últimos.

Categorías del índice de masa corporal según sexo, edad y nivel educativo del padre (en %)

		Sexo		Edad		Nivel ed. del padre	
	Total	**Mujeres**	**Varones**	**Hasta 17 a.**	**18 a. y +**	**Hasta sec. incompleto**	**Secundario comp. y +**
Delgadez extrema	4,3	4,8	3,8	4,7	3,8	4,1	4,1
Delgadez	33,7	40,2	25,3	34,3	32,9	30,3	36,9
Normalidad	51,2	44,1	60,4	50,3	52,5	53,2	49,5
Sobrepeso	6,2	5,5	7,1	5,3	7,4	5,7	6,4
Obesidad	4,5	5,5	3,3	5,3	3,4	6,8	3,1
Total	100,0 (1035)	100,0 (585)	100,0 (450)	100,0 (618)	100,0 (417)	100,0 (442)	100,0 (517)

Percepción de la imagen corporal

La pregunta acerca de cómo se perciben a sí mismos en términos del peso para su talla brindó la distribución de frecuencias de la muestra estudiada en términos de su autovaloración del mismo. El 59% de la muestra se percibe en este sentido *normal*, el 16% *delgado* y el 19% *gordo*. Las categorías extremas: *muy delgado* y *muy gordo* son marcadas por porcentajes pequeños de alumnos.

[1] Según el Dr. N. Russo, especialista en nutrición, las cifras sobre obesidad en adolescentes arrojan cifras más altas en este momento en el país. Las mismas indican alrededor de un 10% de obesidad, que alcanza a un 20% incluyendo sobrepeso (entrevista en diario El Día, 10/05/2005).

Cruzar estas respuestas con las categorías obtenidas según el índice de masa corporal posibilitó, al relacionar ambas variables, verificar las discrepancias entre la percepción y la categoría establecida según peso y talla declarados.

Existen ciertos sesgos importantes en la autovaloración del peso/edad en relación con la categoría objetiva según peso y talla declarados (índice de masa corporal). Estos sesgos se ponen más en evidencia en las mujeres en relación con la delgadez: el 44% de las que se perciben *normales* son delgadas; el 52% de las que se perciben *gordas* son normales y el 76% de las que se perciben *muy gordas* son normales.

Los sesgos en los varones tienen el sentido opuesto: el 42% de los que se perciben *muy delgados* son delgados y el 46% son normales. Del mismo modo, el 54% de los que se perciben *delgados* son normales.

Puede deducirse de esto que las mujeres parten de un estereotipo acerca del peso "normal" para ellas que es más bajo que el que les es asignado según las tablas estandarizadas, mientras que los varones tienen un estereotipo acerca del peso "normal" para ellos que es más alto del que les es asignado según dichas tablas.

En otras palabras, las mujeres se ven a sí mismas más "gordas" de lo que son según las tablas y los varones se ven a sí mismos más "delgados" de lo que son según dichas tablas. Por consiguiente, puede decirse que el ideal de la mujer muy delgada sigue vigente para la presente muestra de mujeres jóvenes, mientras que el ideal de la figura masculina para el varón tiene que ver con la apariencia de mayor fortaleza física que puede dar el peso normal o el ligero sobrepeso.

Prácticas alimentarias

El peso según talla y la autovaloración del mismo están obviamente relacionados con la cantidad y el tipo de alimentos que se ingieren. En cuanto a las comidas que los jóvenes realizan todos los días, la distribución de frecuencias es la siguiente:

Tipo de comidas que los jóvenes realizan todos los días según sexo, edad y nivel educativo del padre (en %)

		Sexo		Edad		Nivel educativo del padre	
	Total	**Mujeres**	**Varones**	**Hasta 17 años**	**18 años y +**	**Hasta sec. incompleto**	**Sec. completo y +**
Desayuno	65,4	67,7	62,0	67,6	61,3	64,1	67,4
Almuerzo	87,6	87,7	86,7	88,1	86,6	88,0	88,8
Merienda	71,7	74,5	67,6	74,7	66,5	70,5	72,5
Cena	90,5	90,1	90,1	91,0	88,8	89,9	92,0
Picotean	55,5	55,9	54,5	52,9	58,9	55,5	55,1

Nota: El porcentaje correspondiente al no es en cada fila la diferencia entre el porcentaje que aparece y el 100%.

Es importante verificar que el 35% de los jóvenes no desayuna habitualmente. La práctica de no desayunar se opone, como se sabe, a las recomendaciones sobre hábitos alimentarios de los especialistas en nutrición.

La cena es la comida que los jóvenes realizan en mayor proporción, lo que condice con los hábitos alimentarios correspondientes a una ciudad como Buenos Aires, en la que los horarios laborales no se interrumpen por lo general al mediodía, por lo que la noche suele ser el momento al que queda limitado en muchos casos la posibilidad de elaboración de la comida y de encuentro familiar alrededor de ella.

Las mujeres realizan en mayor proporción que los varones la práctica del desayuno y la merienda, al igual que los más jóvenes, siendo en consecuencia los varones y los jóvenes de 18 años y más los que menos cumplen con el hábito de distribuir las comidas a lo largo del día.

Realización de dietas

El 13% de los jóvenes contestó que realiza algún tipo de dieta, siendo este porcentaje bastante mayor entre las mujeres y algo mayor entre los más jóvenes y entre aquellos cuyos padres tienen el menor nivel educativo.

El 40% de los que realizan algún tipo de dieta contestaron que *nadie se las recomendó*, si bien otro 40% respondió que les fue indicada por un médico general o un especialista. El restante 20% respondió que siguen dietas indicadas por amigos o familiares.

Tipo de alimentación

Sólo la mitad de la muestra afirma que consumen frutas y verduras a diario. Sólo el 57% consume carnes y pescados diariamente. El consumo cotidiano de leche, en cambio, asciende al 77% de los casos. Casi el 50% come facturas o galletitas todos los días. Casi el 50% consume embutidos y fiambres algunas veces por semana

Estos datos avalan la idea de que la alimentación que realizan los jóvenes es deficitaria con respecto a sus necesidades nutricionales, teniendo en cuenta la pirámide alimentaria recomendada para la ingesta diaria.

ASPECTOS VINCULADOS CON EL CONSUMO DE DROGAS LEGALES E ILEGALES

La Organización Mundial de la Salud define la *droga* como una "sustancia que, introducida en un organismo vivo, modifica una o varias de sus funciones". Esta definición puede ser aplicada tanto a las sustancias "lícitas" como a las "ilícitas", según la clasificación del discurso jurídico.

Las sustancias *lícitas* incluyen las permitidas pero de circulación regulada, que están en el mercado con fines médicos –medicamentos– y las permitidas, cuyo consumo es estimulado desde los medios masivos de comunicación, como el alcohol y el tabaco.

Por otra parte, si bien hablamos de sustancias *ilícitas* o prohibidas aquí y ahora, de acuerdo con la legislación actual (heroína, LSD, cocaína, marihuana, etc.), esta prohibición, que se da en el nivel jurídico-normativo, no tiene necesariamente relación con su nivel de perjuicio o peligrosidad. Si comparásemos los efectos de la marihuana con los efectos del alcohol o el tabaco sobre el organismo, no encontraríamos la razón de por qué la primera está prohibida y los segundos permitidos.

Otra clasificación que debería cuestionarse es la de drogas *"blandas"* –término que minimiza su peligrosidad– entre las que se incluyen el tabaco y el alcohol, y drogas *"duras"*, término con el cual se hace referencia a las drogas ilícitas.

La *frecuencia de uso de drogas* también motiva clasificaciones poco claras. La siguiente clasificación es una de las más consensuadas:

- *consumidor experimental*: consumió 1 a 3 veces en la vida y no ha vuelto a hacerlo desde hace 1 año o más
- *consumidor ocasional*: consume 1 o 2 veces al mes
- *consumidor habitual*: consume cada semana o varias veces en la semana
- *consumidor intensivo*: consume 1 o varias veces por día.

Consumo de tabaco

La nicotina puede engendrar un grado de dependencia evidente y están comprobados sus efectos perjudiciales en el organismo. En relación con otras sustancias, sus efectos son más débiles sobre el sistema nervioso central y muy escasos en la percepción, el pensamiento y/o la conducta del sujeto. Produce dependencia psíquica y física y genera tolerancia.

El consumo asiduo de tabaco en el largo plazo está asociado con enfermedades tales como cáncer de pulmón y de otra índole, enfisema, bronquitis crónica y enfermedades cardiovasculares, y cuanto antes se empiece a fumar, tanto mayor es el riesgo.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (1983), el consumo de 1500 cigarrillos per cápita entre la población de más de 15 años en la Argentina es mayor que en los demás países latinoamericanos, excepto Uruguay (1800) y Cuba (3500), y es alrededor de la mitad del consumo per cápita en los Estados Unidos.

De los estudios con que se cuenta en la Argentina sobre tabaquismo se desprenden conclusiones llamativas, particularmente en lo que hace a sexo y a edad de los consumidores. Se observa un incremento del tabaquismo femenino –de un 20% en 1977 a un 28% en 1991– y una disminución del tabaquismo masculino: de un 54% en 1977 a un 40% en 1991. Si bien la población femenina fumadora se ha incrementado, las mujeres tienden a fumar menor cantidad de cigarrillos que los hom-

bres. El grupo etáreo que presenta mayor prevalencia de fumadores es el de los jóvenes adultos: aproximadamente entre los 25 y los 34 años. También corresponde a este intervalo de edad el mayor consumo de cigarrillos (aproximadamente 20 por día).

Más de la mitad de los alumnos encuestados fuma actualmente y el 41% lo hace diariamente. Como ha surgido en las investigaciones mencionadas, son más las mujeres que los varones los que lo hacen.

Consumo de tabaco según sexo, edad y nivel educativo del padre (en %)							
		Sexo		Edad		Nivel educ. del padre	
	Total	Mujeres	Varones	Hasta 17 a.	18 a. y +	Hasta sec. incompleto	Sec. comp. y +
No fuma actualmente	43,8	39,7	49,5	49,3	36,3	41,5	46,4
Fuma pero no a diario	14,8	17,0	11,7	14,5	15,1	14,1	15,5
Fuma a diario	41,2	43,3	38,2	36,2	47,9	44,4	37,6
Ns/nc	0,3	0,0	0,6	0,0	0,6	0,0	0,5
Total	100,0 (745)	100,0 (436)	100,0 (309)	100,0 (428)	100,0 (317)	100,0 (313)	100,0 (375)

Edad de inicio en el consumo de tabaco

Es importante resaltar que la mitad de los jóvenes que fuman comenzaron a hacerlo a los 12 años o menos. Esta precocidad en el hábito se da más en las mujeres y en los que tienen 17 años o menos. Los que tienen 18 años o más, en cambio, se iniciaron en el hábito en mayor proporción algo más tarde (después de los 13 años), lo que muestra que estamos frente a un cambio en el perfil de los fumadores: hay cada vez más mujeres que lo hacen y la edad de inicio en el hábito se ha adelantado.

Edad de inicio en el consumo de tabaco según sexo, edad y nivel educativo del padre (en %)							
		Sexo		Edad		Nivel educ. del padre	
	Total	Mujeres	Varones	Hasta 17 a.	18 a. y +	Hasta sec. incompleto	Sec. comp. y +
A los 12 a. o menos	49,1	51,1	46,3	52,3	44,8	49,8	50,9
Entre 13 y 14 a.	23,8	22,5	25,6	18,0	31,5	23,0	22,9
A los 15 a. y más	23,0	22,0	24,4	17,2	31,1	22,2	22,2
Ns/nc	27,1	26,4	28,2	29,7	23,7	27,2	26,1
Total	100 (745)	100,0 (436)	100,0 (309)	100,0 (428)	100,0 (317)	100,0 (313)	100,0 (375)

Intentos de dejar de fumar

El 59% de los alumnos que contestaron que fuman han intentado dejar de fumar. De ellos, el 42% lo intentó tres veces y un tercio dos veces.

El 81% de los que intentaron dejar de fumar no tuvieron éxito en el intento.

Entre los que lo lograron, la mitad contesta que esto se basó en la voluntad y el 17% en haber tenido que dejar el hábito a causa de alguna enfermedad relacionada con él. Cerca de la mitad de los jóvenes contesta que no sabe qué podría ayudarlo a dejar de fumar.

Educación para la salud sobre tabaquismo en la escuela

Alrededor de la mitad de los alumnos responden que han recibido educación para la salud sobre tabaquismo en la escuela. Entre los que afirman haberla recibido, el 69% contesta que le ha sido útil. Las mujeres contestan de este modo en un porcentaje superior al de los varones. Lo mismo ocurre con los alumnos cuyos padres tienen el nivel educativo más bajo.

Ya en 1983 el informe de un Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud señalaba que las iniciativas para evitar el tabaquismo se orientan a toda la población, pero son esencialmente una expresión de preocupación por la salud y el bienestar de los niños y jóvenes. El informe sostiene que, a menos que se adopten medidas, muchos de ellos adquirirán el hábito en su juventud, desinformados e incapaces de comprender los riesgos.

El interrogante que se plantea es el siguiente: ¿qué puede hacerse para prevenir el consumo en la población adolescente? La Organización Mundial de la Salud sugiere las siguientes medidas destinadas a niños y adolescentes:

? prohibición de la venta de tabaco,

? restricciones para el expendio de cigarrillos mediante distribuidores automáticos

? prohibición de fumar en público,

? prohibición de hacer publicidad sobre el tabaco en momentos y lugares que pueden ser particularmente significativos para ellos,

? educación para la salud obligatoria sobre el tabaquismo,

? advertencia en los paquetes de cigarrillos de que se trata de un producto perjudicial para la salud.

Cabe señalar la necesidad de incorporar legislación positiva, o sea aquélla que no se refiera sólo a prohibiciones y reglamentaciones sino que promueva la obligatoriedad de la educación para la salud y de actividades contra el tabaquismo.

Consumo de alcohol

El consumo excesivo de alcohol es uno de los problemas de salud de los adolescentes y jóvenes que según datos de la Organización Mundial de la Salud (2002) ha aumentado a partir de la década de 1980. Según la misma fuente, los hombres consumen alcohol en forma más frecuente y en mayores cantidades que las mujeres.

Una preocupación inmediata es la influencia notable de la ingesta de bebidas alcohólicas en la capacidad de juicio de los adolescentes, que lo que puede poner en peligro sus vidas y las de los demás. La incidencia de accidentes automovilísticos mortales, embarazos no deseados, violencia y delincuencia está asociada con la ingesta excesiva de alcohol.

Las medidas legales tendientes a reducir el consumo y el abuso de alcohol entre los adolescentes y jóvenes se centran por lo común en cuatro aspectos:

? el control de la compra,

? el control del consumo ,

? las restricciones a la publicidad y

? la promoción de la educación para la salud.

Según datos de la misma fuente, en el curso de los últimos 30 o 40 años, porcentajes crecientes de niños y adolescentes han comenzado a consumir bebidas alcohólicas. Su consumo ha aumentado en cantidad y frecuencia, mientras que la edad en la que comienzan a tomar ha descendido.

Las estadísticas dan cuenta de que la cerveza es la bebida más consumida por los jóvenes. Promocionada como un producto no alcohólico y defendida como una bebida de moderación por su menor contenido alcohólico (comparada con vinos o destilados), en 1992 ya introducía en el mercado local el doble de alcohol absoluto de lo que vendían todas las bebidas destiladas en conjunto. La minimización cultural en relación con su capacidad adictiva y embriagante facilitó su entrada en el consumo por parte de los más jóvenes, determinando el descenso de la edad de iniciación en la bebida. Vale considerar si la cerveza, que ha incorporado en el hábito del consumo de alcohol a un sector de jóvenes que antes no bebía, no podrá influir en un tiempo más en el aumento del consumo de otras bebidas. Esto, no sólo por un efecto de arrastre como "bebida portera", sino por efectos de la competencia comercial de otras bebidas que realizan esfuerzos publicitarios similares dirigidos a los sectores jóvenes. De hecho, ya se registran consumos importantes por parte de algunos grupos de jóvenes de vino, *fernet* y *vermouth*. El escenario es más complejo aún si consideramos que los jóvenes mezclan las bebidas con otras sustancias (bebidas alcohólicas con psicofármacos), eligen situaciones no viables en otras épocas como ámbitos para el consumo alcohólico (la embriaguez en los estadios o en los colegios) y consumen abusivamente en situaciones de recreación.

Sólo el 3% de los jóvenes encuestados afirma que consumen alcohol todos los días. La mayoría (80%) lo hace sólo en celebraciones o durante los fines de semana. Es mayor el porcentaje de mujeres que afirma que lo consumen sólo en celebraciones y en cambio, son más los varones que contestan que lo hacen durante los fines de semana (casi la mitad de la muestra). Los jóvenes de más edad y aquellos cuyos padres tienen el mayor nivel educativo también consumen alcohol en mayor proporción que los demás durante los fines de semana.

Consumo de alcohol según sexo, edad y nivel educativo del padre (en %)

		Sexo		Edad		Nivel educ. del padre	
	Total	**Mujeres**	**Varones**	**Hasta 17 a.**	**18 a. y +**	**Hasta sec. incompleto**	**Sec. comp. y +**
Nunca	14,3	16,9	11,1	17,6	9,2	15,2	13,5
Esporádicamente (celebraciones)	38,8	41,7	36,0	40,0	37,1	39,2	38,3
Sólo los fines de semana	42,2	39,2	46,1	39,0	47,2	40,1	44,3
Todos o casi todos los días	3,5	2,1	5,2	2,5	4,9	3,8	3,2
Ns/nc	1,2	0,8	1,6	0,9	1,6	1,7	0,7
Total	100,0 (1125)	100,0 (628)	100,0 (497)	100,0 (680)	100,0 (445)	100,0 (474)	100,0 (564)

Consumo excesivo de alcohol

Un tercio de la muestra acepta haber perdido el control por haber consumido alcohol durante el último mes. El porcentaje no varía por sexo, edad o nivel educativo del padre, lo que revela que se trata de una práctica inherente a la cultura juvenil.

Cantidad de veces en que perdieron el control por haber consumido alcohol durante el último mes según sexo, edad y nivel educativo del padre (en %)							
		Sexo		Edad		Nivel educ. del padre	
	Total	Mujeres	Varones	Hasta 17 a.	18 a. y +	Hasta sec. incompleto	Sec. comp. y +
Nunca	63,1	63,7	62,4	63,3	62,8	63,6	63,9
Una vez	16,9	17,4	16,4	17,9	15,6	17,0	16,6
2 o 3	10,2	10,2	10,1	9,1	11,7	11,5	8,8
Más de 3	7,1	5,8	8,6	6,4	7,9	5,0	8,2
Ns/nc	2,7	2,9	2,5	3,2	2,0	3,0	2,5
Total	100,0 (1062)	100,0 (518)	100,0 (444)	100,0 (559)	100,0 (403)	100,0 (401)	100,0 (487)

Educación para la salud sobre consumo de alcohol en la escuela

El 53% de los alumnos contestó que recibió educación para la salud sobre consumo de alcohol en la escuela. De ellos, el 70% encontró útil dicha educación. Las mujeres, los jóvenes de 18 años y más y aquellos cuyos padres tienen un nivel educativo más bajo contestan en porcentajes más altos haber recibido este tipo de educación para la salud y que ella les resultó útil.

Consumo de drogas ilegales

La droga ilícita más usada por los adolescentes en América latina es la marihuana, que frecuentemente se consume junto con alcohol y tabaco. El uso de cocaína, especialmente la pasta base, está aumentando en la Región, los inhalantes son más frecuentemente usados por los adolescentes pobres y marginados y el éxtasis se difunde entre los jóvenes de clase media. La preocupación creciente por el consumo de sustancias ilícitas no es sólo por los nuevos patrones de uso, sino también por las nuevas drogas cada vez más potentes y potencialmente dañinas.

Las drogas sintéticas ocupan desde fines de los años 80 un lugar cada vez más importante en el mercado de sustancias ilícitas en los países occidentales y, poco a poco, en los países en desarrollo. Las drogas sintéticas, denominadas así por oposición a las drogas extraídas de plantas como la marihuana o la coca, tuvieron su auge a mediados de la década de 1980, vinculadas con la aparición de una nueva subcultura en Occidente, el fenómeno *rave* y la música *tecno*. Estas drogas, entre las que se cuentan el LSD (ácido lisérgico), las anfetaminas y el *éxtasis*, son consumidas fundamentalmente por la población joven, a menudo instruida y perteneciente a medios sociales relativamente favorecidos, con propósitos recreativos.

En los últimos años, han aumentado en el país las consultas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas en los centros asistenciales. En la Ciudad de Buenos Aires predomina el consumo de marihuana y cocaína, mientras que en las provincias las sustancias más consumidas son los inhalantes y los tranquilizantes, denotando un estadio previo en la evolución del fenómeno drogadictivo.

Otro indicador que también muestra la mayor gravedad del problema en los porteños es que muchos de los que prueban sustancias psicoactivas usan más de una sustancia.

Entre los jóvenes encuestados en este estudio, el 12% afirma que consume algún tipo de drogas ilegales. Los varones y los jóvenes de 18 años y más consumen estas drogas en porcentajes algo superiores. De ellos, el 7% consume sólo marihuana y el 5% consume marihuana y otras drogas.

Personas que consumen drogas ilegales según sexo, edad y nivel educativo del padre (en %)							
		Sexo		Edad		Nivel educ. del padre	
	Total	Mujeres	Varones	Hasta 17 a.	18 a. y +	Hasta sec. incompleto	Sec. comp. y +
Consumen	11,6	9,9	13,7	9,3	15,1	11,8	10,3
No consumen	87,3	88,5	85,7	89,9	83,4	86,5	89,2
Ns / Nc	1,2	1,6	0,6	0,9	1,6	1,7	0,5
Total	100,0 (1125)	100,0 (628)	100,0 (497)	100,0 (680)	100,0 (445)	100 (474)	100,0 (564)

En relación con las drogas ilegales que querrían probar, al 16% le interesaría probar la marihuana. Este porcentaje es mayor entre los varones, los más grandes y aquellos cuyos padres tienen el nivel educativo más alto.

Educación para la salud sobre consumo de drogas ilegales en la escuela

El 56% de los alumnos contestaron que recibieron educación para la salud sobre consumo de drogas en la escuela. Los alumnos de 18 años y más contestan en un porcentaje más alto haberla recibido. El 75% de los que contestaron de este modo dijeron que les resultó útil.

Personas o instituciones a las que recurrirían si tuvieran problemas de consumo de drogas

Más de la mitad de los jóvenes visualiza a sus padres o a sus amigos como las personas más confiables a los que recurrirían si tuvieran un problema en relación con el consumo de drogas, pero existe un 12% que contesta que no sabría a quién recurrir.

Personas o instituciones a las que recurrirían si tuvieran problemas de consumo de drogas (en %)							
		Sexo		Edad		Nivel educ. del padre	
	Total	Mujeres	Varones	Hasta 17 a.	18 a. y +	Hasta sec. incompleto	Sec. comp. y +
A nadie o a ningún sitio, no sé	11,6	9,9	13,7	9,9	13,7	11,0	11,7
A mis amigos	55,4	58,7	51,2	55,4	55,4	57,4	52,8
A mis padres	53,2	54,2	51,9	53,3	52,9	51,8	56,2
A mis hermanos	26,5	26,1	27,1	25,7	27,8	28,2	24,5
Al médico	24,8	26,3	22,9	23,7	26,5	23,7	26,5
A un centro de drogodependencias	29,5	34,6	22,9	28,4	31,2	26,5	32,2
A un centro de jóvenes	14,5	18,1	9,9	14,6	14,5	15,3	14,5
A un TE de información sobre drogas	10,9	13,5	7,6	10,8	11,1	11,2	10,9
A Internet	9,4	10,1	8,5	9,5	9,3	9,9	9,5

Nota: El porcentaje correspondiente al no es en cada fila la diferencia entre el porcentaje que aparece y el 100%.

Comparación entre educación para la salud recibida en la escuela sobre diferentes aspectos

Como se ve en el cuadro que sigue, los jóvenes encuestados revelan haber recibido en mayor proporción educación sexual que educación sobre consumo de drogas. En relación con el tipo de drogas sobre las que se trató, hablaron algo más de drogas ilegales que de alcohol y tabaco.

En todos los casos perciben que la educación recibida sobre estos aspectos les ha sido útil, aunque la percepción de mayor utilidad se centra en la educación sexual. Estas respuestas evidencian la importancia de encarar en la escuela la educación para la salud en los temas de consumo de drogas (hay que señalar que sólo algo más de la mitad de la muestra responde que ha recibido educación sobre drogas ilícitas).

Comparación entre educación para la salud recibida en la escuela sobre educación sexual, tabaquismo, consumo de alcohol y consumo de drogas ilegales (en %)		
	Recibieron educación	**Les fue útil**
Educación sexual	65,2	80,8
Educación sobre tabaquismo	48,2	68,6
Educación sobre consumo de alcohol	52,8	70,4
Educación sobre consumo de drogas ilegales	55,6	75,2

Nota: Se incluye educación sexual a título comparativo.

EDUCACIÓN SEXUAL EN EL ÁMBITO ESCOLAR: LA PERSPECTIVA DE LOS JÓVENES

Introducción

Los modelos teóricos que guían la educación sexual en la escuela acentúan la importancia de integrarla en un programa de educación en relación con la salud en general y con el desarrollo personal y social. Lo deseable es que la educación sexual no se restrinja a la anatomía y fisiología de los órganos sexuales humanos, conocimientos impartidos ya sea en clases de biología por docentes de las escuelas o por profesionales médicos invitados para impartir charlas al respecto, a un auditorio de alrededor de 30 personas que escuchan en silencio. Apelar a profesionales externos al sistema educativo ha sido el recurso encontrado por muchos docentes que no se sienten capacitados para encarar con los adolescentes los temas relativos a la sexualidad. Sin embargo, este recurso ha sido cuestionado, en la medida en que se trata en general de exposiciones que fomentan la pasividad en la escucha, sin desarrollar un compromiso con el tema por parte ni de los docentes ni de los alumnos.

Existe el convencimiento entre muchos docentes de que la educación sexual debe impartirse en el contexto de las relaciones personales, si bien el estereotipo acerca del "sexo desenfrenado" que muchos jóvenes practican, según los docentes, obstaculiza la mayor parte de las veces el acercamiento al tema. Las diferencias generacionales se hacen más evidentes en este aspecto que en otros, en especial en cuanto a lo que cada una de las dos subculturas (juvenil y de los adultos) imaginan acerca de las prácticas sexuales de la otra, que las convierten en mundos extraños.

En lo que sigue mostraremos los datos recogidos acerca de cómo se imparte la educación sexual y cómo desearían los jóvenes que se impartiese.

Educación sexual recibida en la escuela

El 65% de los alumnos contestó haber recibido algún tipo de educación sexual en la escuela, impartida por los docentes. Si bien es un porcentaje alto, muestra que aún un tercio de los alumnos de la muestra de escuelas de la Ciudad de Buenos Aires no recibieron ningún tipo de formación en estos temas en ese ámbito. Si se toma en cuenta que la Ciudad de Buenos Aires es probablemente uno de los lugares del país en los que es esperable que el tema pueda tratarse más abiertamente, dado su mayor nivel de secularización, se trata de un porcentaje relativamente bajo. A título comparativo, la misma indagación realizada en el Reino Unido en 1985 (Allen, 1987), en una muestra de 200 jóvenes de 14 a 16 años arrojó un porcentaje de 85%.[2]

Al igual que lo que ocurre con la educación sexual recibida de los padres, es algo mayor el porcentaje de mujeres que contestan haber recibido educación sexual en la escuela. La fuente de información sexual para los varones, en cambio, es fundamentalmente los pares, tal como surge de los grupos focales realizados sobre este tema.

El porcentaje de alumnos que contestan haber recibido educación sexual de sus docentes se eleva al 70% en los de 18 años y más, lo que desdice el consenso acerca de que se debe empezar el tratamiento de estos temas en edades tempra-

[2] Una investigación en curso realizada por nuestro equipo de trabajo permitirá comparar estos datos con lo que ocurre en el interior del país, dado que se está aplicando el mismo cuestionario a una muestra de alumnos de escuelas de todas las provincias.

nas. Hay que tener en cuenta, a este respecto, que probablemente esté vigente en los docentes el temor a enfrentar la temática con los más jóvenes, a partir de la controversia explícita en la agenda pública al respecto, evidenciada en la falta de acuerdo en la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires con respecto a la Ley de Educación Sexual, cuyo tratamiento debió ser postergado a fines de 2004, en vista a la dificultad para llegar a acuerdos al respecto.

Percepción de la utilidad de la educación sexual recibida en la escuela

El 81% de los jóvenes que contestaron que recibieron educación sexual en la escuela expresaron que ella les fue útil. El 10% contestó que no y el 9% que no lo sabía. Esto confirma la importancia de impartirla, aun a pesar de las trabas que puedan existir al respecto.

El porcentaje de los que afirman que les resultó útil se eleva al 88% entre los alumnos de 18 años y más, lo que confirma la percepción de la legitimidad del tema en relación con la mayor edad, abriéndose un interrogante en relación con los más jóvenes: ¿no les resulta tan útil porque no les preocupa tanto el tema como a los más grandes o existen trabas para su tratamiento cuanto menor sea la edad de los alumnos, lo que dificulta su compromiso con él?

La percepción de la utilidad de la enseñanza impartida es también mayor entre los alumnos cuyos padres tienen un nivel educativo menor: el 84% de los alumnos cuyos padres tienen nivel educativo hasta secundario incompleto responden que les ha sido útil la educación sexual recibida (contra el 79% de los jóvenes cuyos padres tienen secundario completo o más). Este dato lleva a pensar que los jóvenes que provienen de familias de menor nivel educativo tienden a valorar más lo impartido en la escuela en este sentido, tal vez porque en estas familias el tema de la sexualidad es encarado en menor medida que en las familias de mayor nivel educativo.

Educación sexual recibida de los padres

El 73% de los alumnos contestó que había recibido algún tipo de educación sexual de parte de los padres. Esta respuesta es algo mayor en las mujeres, en los jóvenes de 18 años y más y entre aquéllos cuyos padres tienen un nivel educativo más elevado. Si bien no puede decirse que las diferencias encontradas sean significativas estadísticamente, muestran una tendencia de los datos, confirmada en otras investigaciones. Por ejemplo, Allen (1987) encontró que de 200 jóvenes encuestados en tres ciudades inglesas en 1985, el 94% de los de 16 años, el 85% de los de 15 años y el 65% de los de 14 años dijeron que habían recibido algún tipo de educación sexual de sus padres, especialmente información sobre anticoncepción.

Percepción de la utilidad de la educación sexual recibida de los padres

Casi el 90% de los jóvenes percibe que la educación sexual recibida de sus padres les ha sido útil. Los varones y los que tienen 18 años y más lo perciben aún en mayor medida. Estos datos avalan la idea de que ha habido una modificación en las relaciones entre padres e hijos en el sentido de una mayor comunicación entre ellos, aun en temas que los padres muchas veces consideran difíciles de abordar. El hecho de que exista un porcentaje mayor de varones que de mujeres que consideren útil la información recibida hace pensar que la menor percepción de utilidad por parte de ellas puede referirse a que su nivel de expectativas es más alto que el de los varones, por lo que su inconformismo con lo recibido es mayor.

Comparación de la percepción de la utilidad de la educación sexual recibida de docentes y padres

La percepción de la utilidad de la educación sexual recibida de los padres es algo mayor que la utilidad percibida de la educación sexual recibida en la escuela. Podría incidir en esto además de la frustración en relación con lo recibido en la escuela en este aspecto, la mayor proclividad a ejercer una función crítica por parte de los jóvenes hacia la escuela que hacia sus padres.

Percepción de la utilidad de la educación sexual recibida de docentes y de padres				
	Ed. sexual recibida de docentes		**Ed. sexual recibida de padres**	
	N	**%**	**N**	**%**
Fue útil	592	80,8	737	89,7
No fue útil	73	10,0	34	4,1
Ns/nc	68	9,2	51	6,2
Total	733	100,0	822	100,0

Aspectos de la educación sexual que les interesa aprender a los alumnos

La educación sexual en la escuela se ha impartido tradicionalmente en las clases de biología, abarcando de un modo especial los temas de anatomía y fisiología del cuerpo humano. Por supuesto, esto deja de lado otros aspectos de la sexualidad que los jóvenes necesitan conocer y debatir. Esto se pone de manifiesto en las respuestas a la pregunta acerca de qué aspectos de esta temática les interesaría aprender.

El 23% de los jóvenes responde que le interesaría aprender anatomía y fisiología del cuerpo humano. El resto señala otros temas, en especial *la prevención de los riesgos asociados a las relaciones sexuales*, *qué es normal y qué es anormal en la sexualidad* y *habilidades para hablar abiertamente sobre sexualidad.* Esto comprende una gama amplia de preocupaciones como el cuidado de la salud, las pautas sexuales "aceptables" y la comunicación sobre el tema, que por lo general no han estado cubiertas en la escuela.

Existen algunas diferencias por sexo en estos resultados que, aunque no son estadísticamente significativas, revelan una tendencia: las mujeres están algo más interesadas en la *prevención de los riesgos asociados al ejercicio de la sexualidad*, a la cuestión de *qué es lo que se considera "normal" y "anormal" en sexualidad*, en adquirir *habilidades para hablar abiertamente sobre sexo* y en desarrollar *actitudes no prejuiciosas sobre la sexualidad.* Los varones, en cambio, manifiestan en mayor proporción estar interesados en aprender la *anatomía y fisiología del* cuerpo, mostrando una concepción acerca de la sexualidad más limitada. Se ratifica, así, lo encontrado en otros estudios, en cuanto a que existe una gama más amplia de preocupaciones mantenidas por las mujeres en torno a las cuestiones vinculadas con la salud y con otros temas (Komblit, 1997).

En relación con la edad, salvo en el tema de *las diferencias en la sexualidad según género*, en el que surge una leve mayor preocupación en los estudiantes de 17 años y menos, no existen prácticamente diferencias entre ambos grupos de edad.

En cambio, sí aparecen diferencias significativas entre los sujetos según el nivel educativo del padre: los alumnos cuyos padres alcanzaron el nivel educativo de secundario o más están especialmente más preocupados por *qué es "normal" y "anormal" en sexualidad*, *cuál es la relación entre afectividad y sexualidad*, *cuál es el papel del género en la sexualidad* y algo menos por *las actitudes no prejuiciosas*

ante la sexualidad. Los alumnos cuyos padres tienen un nivel educativo más bajo, en cambio, están algo más preocupados por *adquirir habilidades para hablar abiertamente sobre sexo* y por *anatomía y fisiología*

del cuerpo. Puede pensarse que este último grupo está menos acostumbrado por el tipo de socialización familiar recibido a verbalizar sus preocupaciones acerca de estos temas y que son los que mantienen una visión de la sexualidad más restringida a lo corporal. En cambio, los alumnos cuyos padres tienen un nivel educativo más alto se cuestionan en mayor medida otros aspectos vinculados a la sexualidad, lo que evidencia una visión más amplia y más compleja acerca de la misma.

Aspectos que les interesaría aprender sobre sexualidad según sexo, edad y nivel educativo del padre (en %)							
	Total	**Sexo**		**Edad**		**Nivel educ. del padre**	
		Mujeres	**Varones**	**Hasta 17 a.**	**18 a. y +**	**Hasta sec. incompleto**	**Sec. comp. y +**
Prevención de riesgos asociados	38,8	41,2	35,6	39,0	38,5	39,8	38,4
Lo normal y lo anormal en sexual.	35,4	36,7	33,6	35,5	35,2	30,4	39,2
Habilidades para hablar abiertamente	32,1	33,1	30,8	32,3	31,9	33,5	30,6
Anatomía y fisiología del cuerpo	22,8	21,6	24,5	23,6	21,6	23,2	21,5
Relación entre afectos y sexualidad	16,9	16,7	17,2	17,0	16,9	12,7	20,0
Actitudes no prejuiciosas ante la sex.	13,2	14,9	10,9	13,9	12,2	12,9	14,2
El papel del género en la sexualidad	12,6	12,2	13,1	13,3	11,5	10,3	14,4
Ninguno de esos temas	2,6	2,1	3,3	2,2	3,3	3,9	1,7

Discusión

Tal como lo expresa M. Bozon (2005), las evidencias indican que hay que descartar la idea muy difundida de que estamos en presencia de una "revolución sexual" que ha liberado a las personas de la represión sexual y del silencio en torno a las cuestiones que la sexualidad involucra. Las dificultades enfrentadas ante los intentos de impartir educación sexual de un modo sistemático en las escuelas del país son un ejemplo de la permanencia de los tabúes en torno a la sexualidad vigentes aún para amplios sectores de la sociedad. Estos tabúes involucran de un modo u otro a los jóvenes y les impiden llegar a una vida sexual más plena y con menos conflictos.

La educación sexual en la escuela, cuando se imparte, se centra por lo general en los objetivos de la salud, dejando de lado la posibilidad de lograr que los jóvenes se posicionen con respecto a otras cuestiones fundamentales vinculadas con las relaciones sexuales, que tienen que ver con la socialización afectiva, es decir, con los afectos y el modo de transmitirlos, además de lograr que realicen un corrimiento en relación con los estereotipos de género que restringen sus posibilidades ideativas y sus prácticas.

ASPECTOS VINCULADOS CON LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Situación de pareja actual

Cerca de la mitad de la muestra no tiene pareja en la actualidad. Esta situación es expresada en mayor medida por los varones, por los jóvenes de menor edad y por aquellos cuyos padres tienen un nivel educativo más alto. El hecho de que las mujeres tengan relaciones de pareja más precozmente que los varones es un hallazgo frecuente en otras investigaciones (por ejemplo Kornblit y Mendes Diz, 1994) y pone de manifiesto la vigencia del anhelo de este tipo de vínculos por parte de las adolescentes. El paso de los 17 a los 18 años parece ser un momento clave con respecto a la constitución de parejas, dado que en el grupo de jóvenes de 18 años y más los que no tienen pareja se reducen a un tercio. El hecho de que exista un porcentaje algo superior de los que no tienen pareja entre los que tienen padres con nivel educativo más alto confirma asimismo que en los sectores medios más bajos (al igual que en las clases bajas) la constitución de vínculos de pareja es más precoz, lo que ha sido interpretado como la adhesión a proyectos vitales alternativos posibles en los sectores sociales más altos, que puede actuar como un factor de postergación de los vínculos de pareja.

Un cuarto de la muestra manifiesta que tienen parejas esporádicas. Esto es algo más frecuente entre los varones. Otro cuarto de la muestra sostiene que tiene pareja estable, siendo éstas mantenidas en una proporción mucho mayor por las mujeres (un tercio de la muestra de mujeres manifiestan que tienen en la actualidad una pareja estable), al igual que los jóvenes de 18 años y más. Se re

pite en este aspecto el mayor porcentaje de jóvenes cuyos padres tienen el nivel educativo más bajo que expresan que mantienen parejas estables en la actualidad. Los jóvenes de sectores sociales más altos, en cambio, postergan en mayor medida este tipo de vínculos.

Un porcentaje bajo (el 4%) de los jóvenes afirma que mantiene a la vez parejas esporádicas y estable, siendo este porcentaje bastante mayor entre los varones. Puede decirse, pues, que los jóvenes de la muestra no responden al estereotipo de promiscuidad sexual con el que a menudo se los inviste y que entre ellos predomina la monogamia serial, es decir el mantener vínculos de pareja monogámica, aunque ellas cambien sucesivamente.

Situación de pareja según sexo, edad y nivel educativo del padre (en %)

		Sexo		Edad		Nivel educ. del padre	
	Total	**Mujeres**	**Varones**	**Hasta 17 a.**	**18 a. y +**	**Hasta sec. incomp.**	**Sec. comp. y +**
No tiene pareja	43,5	41,7	45,7	47,6	37,1	41,6	46,1
Tiene parejas esporádicas	25,1	23,4	27,2	25,3	24,7	23,6	25,2
Tiene pareja estable	26,8	32,8	19,1	22,4	33,5	30,0	23,9
Tiene pareja estable y esporádica	3,8	1,8	6,4	3,2	4,7	4,0	3,7
Ns/nc	0,9	0,3	1,6	1,5	0,0	0,8	1,1
Total	100,0 (1125)	100,0 (628)	100,0 (497)	100,0 (680)	100,0 (445)	100,0 (474)	100,0 (564)

Inicio sexual

El 61% de la muestra se ha iniciado sexualmente. Este porcentaje es bastante mayor entre los varones (71%) y entre los que tienen 18 años y más (76%) y sólo levemente mayor entre aquellos cuyos padres tienen el nivel educativo más bajo.

Personas que mantuvieron relaciones sexuales según sexo, edad y nivel educativo del padre (en %)							
		Sexo		Edad		Nivel educ. del padre	
	Total	Mujeres	Varones	Hasta 17 a.	18 a. y +	Hasta sec. incomp.	Sec. comp. y +
Sí	61,2	53,3	71,0	51,2	76,4	61,6	59,2
No	38,8	46,7	29,0	48,8	23,6	38,4	40,8
Total	100,0 (1125)	100,0 (628)	100,0 (497)	100,0 (680)	100,0 (445)	100,0 (474)	100,0 (564)

Con respecto a la edad en la que se iniciaron sexualmente (hay que recordar sin embargo que el 40% de la muestra no lo ha hecho), el 27% se inició a los 14 años o menos, el 60% se inició entre los 15 y los 16 años y sólo el 13% se inició a los 17 años y más. Si bien existen algunas diferencias en cuanto a la edad de inicio de varones y mujeres, como puede verse en el cuadro, a diferencia de lo que surge en otros estudios, la media de la edad de inicio de varones y mujeres es aproximadamente la misma, siendo la media para ambos sexos los 15 años. Esto indica una disminución en la edad de inicio promedio de las mujeres, con respecto a estudios realizados previamente (Kornblit y Mendes Diz, 1994).

Edad de inicio de las relaciones sexuales según sexo, edad y nivel educativo del padre (en %)							
		Sexo		Edad		Nivel educ. del padre	
	Total	Mujeres	Varones	Hasta 17 a.	18 a. y +	Hasta sec. incompleto	Sec. comp. y +
Hasta 14 años	26,8	24,4	29,1	29,4	24,2	27,4	24,9
Entre 15 y 16 a.	59,9	60,8	59,1	66,4	53,2	61,9	60,6
17 años y más	13,3	14,8	11,7	4,2	22,4	10,7	14,5
Total	100,0 (656)	100,0 (323)	100,0 (333)	100,0 (330)	100,0 (326)	100,0 (281)	100,0 (317)

Frecuencia de relaciones sexuales

Un tercio de la muestra expresa que mantiene relaciones sexuales esporádicamente, si bien esta respuesta es dada en un porcentaje mucho más alto por los varones, lo que resulta coherente con el hecho de que las mujeres contestan en porcentajes más altos que tienen parejas estables, con las que la frecuencia de las relaciones es esperablemente más alta. Siguiendo con la tendencia expresada en anteriores cuadros, los jóvenes cuyos padres tienen el nivel educativo más alto tienen relaciones sexuales con menor frecuencia.

Frecuencia de relaciones sexuales según sexo, edad y nivel educativo del padre (en %)							
		Sexo		Edad		Nivel educ. del padre	
	Total	Mujeres	Varones	Hasta 17 a.	18 a. y +	Hasta sec. incompleto	Sec. comp. y +
A diario	15,9	19,8	12,3	12,8	19,1	18,5	13,9
Al menos 1 vez por semana	26,0	32,1	20,2	23,0	29,1	26,0	26,2
Al menos 1 vez por mes	11,4	6,3	16,2	12,5	10,3	12,7	10,5
Esporádicamente	32,3	24,9	39,3	33,7	30,9	26,4	36,4
Ns/nc	14,3	16,8	12,0	18,0	10,6	16,4	13,0
Total	100,0 (684)	100,0 (333)	100,0 (351)	100,0 (344)	100,0 (340)	100,0 (292)	100,0 (332)

Uso de preservativo

El 76% de la muestra expresa que ha usado preservativo en la última relación sexual, siendo este porcentaje mayor entre los varones. Este dato es entendible teniendo en cuenta el patrón establecido entre los jóvenes en cuanto a "pasarse a las pastillas" como método anticonceptivo cuando consideran que la relación es "estable", dado que las mujeres tienen en mayor proporción este tipo de parejas. En el mismo sentido debe entenderse el hecho de que los jóvenes de 17 años y menos lo usen en mayor proporción. Los jóvenes cuyos padres tienen los niveles educativos más altos lo usan en un porcentaje más alto, probablemente debido a que el uso del preservativo es más rechazado en los sectores populares, en los que subsisten los mitos referidos a que "no es algo natural" y a que "provoca pérdida de sensibilidad durante el acto sexual".

Al relacionar el uso de preservativo en la última relación con el tipo de pareja hallamos que, al igual que lo que surge en investigaciones anteriores (Kornblit, 2000), el uso es mayor cuando se trata de parejas esporádicas (82%) y menor con parejas estables (73%). Si bien se trata de porcentajes altos, hay que señalar que aún existe un 18% de los jóvenes que no toman precauciones con respecto al riesgo de infecciones de transmisión sexual. El porcentaje de uso de preservativo en la última relación desciende considerablemente (a algo más de la mitad de los casos) en los que afirman que tienen a la vez pareja estable y parejas esporádicas. Puede pensarse, en consecuencia, que estos jóvenes son los que asumen en mayor medida conductas de riesgo, expresadas en parejas múltiples y en falta de cuidados.

Personas que usaron preservativo en la última relación sexual según sexo, edad y nivel educativo del padre (en %)							
		Sexo		Edad		Nivel educativo del padre	
	Total	Mujeres	Varones	Hasta 17 a.	18 a. y +	Hasta sec. incompleto	Sec. comp. y +
Sí	76,3	71,8	80,6	79,9	72,6	71,9	79,5
No	21,2	27,3	15,4	17,7	24,7	24,7	18,7
Ns/nc	2,5	0,9	4,0	2,3	2,6	3,4	1,8
Total	100,0 (684)	100,0 (333)	100,0 (351)	100,0 (344)	100,0 (340)	100,0 (292)	100,0 (332)

Facilidad de obtener preservativos

El 70% de los jóvenes contesta que les resulta fácil conseguir preservativos al momento de mantener una relación sexual. Este porcentaje es más alto entre las

mujeres y los jóvenes de 18 años y más. Cabría plantearse si se trata de una mayor desenvoltura de estos grupos, que los hace poder acceder con más facilidad los condones, o se trata de una mayor capacidad de su parte para planificar las relaciones, lo que lleva a anticiparlas y así asegurar el contar con preservativos en el momento en que ellas tienen lugar.

Conocimiento de métodos anticonceptivos

El preservativo es el método más mencionado entre los anticonceptivos conocidos. El 98% de los encuestados afirman conocerlo, con variaciones mínimas entre las variables de cruce. Le sigue en esto la píldora anticonceptiva, que es conocida por el 83% de los jóvenes, aunque en este caso el porcentaje de los que dicen conocerla es mayor entre las mujeres. El DIU y el preservativo femenino son conocidos cada uno por el 62% de los casos y porcentajes menores afirman conocer el diafragma, el coitus interruptus y el método Ogino. Las mujeres conocen estos métodos en porcentajes mayores, lo que puede entenderse como una mayor preocupación de su parte en relación con la anticoncepción o como un mayor conocimiento derivado del hecho de ser métodos que son usados por ellas. También los jóvenes más grandes afirman en porcentajes algo más altos conocerlos, debido probablemente a su mayor experiencia sexual.

Personas que conocen los diferentes métodos anticonceptivos según sexo, edad y nivel educativo del padre (en %)

		Sexo		Edad		Nivel educ. del padre	
	Total	**Mujeres**	**Varones**	**Hasta 17 a.**	**18 a. y +**	**Hasta sec. incompleto**	**Sec. comp. y +**
Preservativo masculino	98,3	97,1	98,9	98,2	98,6	97,8	98,5
Píldora anticonceptiva	83,0	88,4	75,9	82,6	83,5	80,8	83,4
DIU	62,3	72,6	48,7	58,8	67,5	63,3	61,9
Preservativo femenino	62,1	67,1	55,6	61,9	62,4	60,7	63,4
Diafragma	45,2	53,3	34,6	43,5	47,8	48,5	43,3
Coitus interruptus	38,0	42,7	31,8	35,2	42,2	38,6	39,2
Ogino	33,0	39,7	24,1	31,2	35,7	33,2	34,3
Otro método	6,3	7,8	4,3	7,2	4,9	8,1	5,3

Nota: El porcentaje correspondiente al no es en cada fila la diferencia entre el porcentaje que aparece y el 100%.

En cuanto al grado de efectividad que los jóvenes piensan que tiene cada uno de los métodos, el preservativo es el método en que todos confían más, pero en mayor medida los varones. El hecho de que los grados de confianza otorgados al resto de los métodos, salvo al coitus interruptus, son mayores por parte de las mujeres, hace pensar en que confían más en los métodos usados por cada uno, dado que los varones confían más que las mujeres tanto en el uso del preservativo como en el coitus interruptus, si bien este último es considerado confiable sólo por el 11% de los casos.

En relación con la edad, el DIU es considerado más confiable por los más grandes, lo que coincide con la indicación de su uso en mujeres de más de 18 años. En relación con el nivel socioeconómico, el preservativo femenino es a la vez más

conocido y considerado más confiable por los jóvenes cuyos padres tienen el nivel educativo más alto. En general todos los métodos anticonceptivos son considerados más efectivos por este grupo de jóvenes, por lo que puede afirmarse que confían más en las prácticas anticonceptivas, si bien su nivel de conocimientos de las mismas no varía mayormente con respecto a los jóvenes de niveles sociales más bajos.

Conocimiento de métodos de prevención del VIH a nivel sexual

El 99% de los jóvenes sabe que el uso del preservativo evita la transmisión del VIH a nivel sexual. El preservativo femenino, en cambio, es conocido por algo más de la mitad de la muestra, siendo este conocimiento algo mayor entre las mujeres, entre los más grandes y entre los jóvenes cuyos padres tienen el nivel educativo más alto.

Porcentajes bajos de jóvenes, que llegan al 8% con respecto a la píldora anticonceptiva, confunden métodos anticonceptivos con métodos para evitar la transmisión del VIH. En el caso de los varones esta confusión es mayor (por ejemplo el 12% afirma que la píldora anticonceptiva es un método para evitar el VIH).

Porcentajes similares surgen cuando se les pregunta acerca de la efectividad que piensan que tienen los diferentes métodos anticonceptivos en relación con la prevención de la transmisión del VIH/sida. Son también en mayor proporción los varones quienes cometen este error.

Uso de la píldora del día después

El 8% de las mujeres de la muestra afirma haber usado la píldora del día después. Este porcentaje es mayor entre las que tienen 18 años y más. El 43% desconoce esta posibilidad, siendo el porcentaje mayor entre las más jóvenes y mucho menor entre las más grandes. Entre las que afirman haberla usado, el 80% lo hizo una vez y el 10% dos veces.

Puede plantearse, pues, que el uso de la píldora del día después está muy poco extendido entre estas jóvenes, especialmente en las más chicas, lo que constituye un dato para futuras intervenciones preventivas en el campo de la anticoncepción.

Mujeres que utilizaron alguna vez la píldora del día después según sexo, edad y nivel educativo del padre (en %)

		Edad		Nivel educ. del padre	
	Total	**Hasta 17 a.**	**18 a. y +**	**Hasta sec. incompleto**	**Sec. comp. y +**
Sí	8,3	6,1	11,9	6,9	8,7
No	48,3	40,4	61,4	48,4	47,6
Ns/nc	43,4	53,3	26,7	44,6	43,8
Total	100,0 (627)	100,0 (391)	100,0 (236)	100,0 (289)	100,0 (288)

Embarazos

El 9% de las jóvenes que mantuvieron relaciones sexuales manifestó haberse embarazado alguna vez. Las jóvenes de 18 años y más responden en un porcentaje mayor (13%) haber tenido un embarazo. También es algo más alto el porcentaje de las jóvenes que se embarazaron alguna vez entre aquellas cuyos padres tienen el menor nivel educativo, lo que confirma la mayor necesidad del trabajo preventivo con respecto al embarazo no planificado entre los sectores sociales más bajos.

Entre las que afirmaron haberse embarazado, el 84% dice haberlo hecho una vez, pero el 14% de las jóvenes de 18 años y más contestan que han estado en esa situación dos veces.

Mujeres que tuvieron algún embarazo según edad y nivel educativo del padre (en %)					
		Edad		Nivel educ. del padre	
	Total	Hasta 17 a.	18 a. y +	Hasta sec. incompleto	Sec. comp. y +
Sí	9,3	5,8	13,0	9,9	6,8
No	89,8	93,0	86,4	89,5	93,2
Ns/nc	0,9	1,2	0,6	0,7	0,0
Total	100,0 (334)	100,0 (172)	100,0 (162)	100,0 (152)	100,0 (148)

Abortos

Entre las jóvenes que estuvieron embarazadas el 55% realizaron un aborto, siendo este porcentaje algo mayor entre las que tienen 18 años y más. El 82% afirma haber realizado un aborto y el 17% dos.

Mujeres que interrumpieron voluntariamente un embarazo según edad y nivel educativo del padre (en %)					
		Edad		Nivel educ. del padre	
	Total	Hasta 17 a.	18 a. y +	Hasta sec. incompleto	Sec. comp. y +
Sí	54,8	50,0	57,1	60,0	60,0
No	45,2	50,0	42,9	40,0	40,0
Total	100,0 (31)	100,0 (10)	100,0 (21)	100,0 (15)	100,0 (10)

Discusión

Los datos relevados confirman que los jóvenes estudiados conforman un grupo sexualmente activo que desarrolla su vida sexual en condiciones no siempre regidas por lo que se consideran criterios óptimos de salud sexual y reproductiva,[3] situación que plantea la urgencia de incrementar la educación sexual recibida en la escuela, considerada por ellos como útil pero insuficiente.

El adelantamiento de la edad de inicio de relaciones sexuales que surge del presente estudio en relación con el realizado diez años antes por parte del actual equipo de investigación (Kornblit y Mendes Diz, 1994)[4], coincide con los datos encontrados en este sentido en España (Ochaita Alderete y Espinosa Bayal, 2003), país en el que, si bien la edad promedio de inicio es más elevada: 17 años, registra un adelantamiento con respecto a estudios previos.

El adelantamiento en la edad de inicio sexual por parte de las mujeres es un dato significativo que se une a otros indicadores acerca de sus conductas (por ejemplo el porcentaje de jóvenes mujeres que fuman es mayor que el de varones;[5] el porcentaje de ellas que consumen alcohol en los fines de semana ha ascendido

[3] A este respecto tomamos en cuenta la caracterización de salud sexual aportada por la Organización Mundial de la Salud (2004), que enfatiza la necesidad de ejercer los derechos sexuales, entre los cuales se mencionan el derecho a buscar, recibir e impartir información relacionada con la sexualidad, a la educación sexual, a mantener una vida sexual satisfactoria, segura y placentera, entre otros.

[4] En dicho estudio el porcentaje de varones que informaban haberse iniciado antes de los 15 años doblaba al de las mujeres, quienes respondían en un 75% haberse iniciado entre los 15 y los 18 años.

[5] Datos aportados por la misma investigación que dio pie a este trabajo.

significativamente)[6] y lleva a pensar que las jóvenes de la Ciudad de Buenos Aires constituyen en el momento actual un grupo al que hay que prestar especial atención en términos de trabajar con ellas en lo que atañe a la promoción de la salud, dado que los cambios conductales mencionados se han producido vertiginosamente y no han dado lugar a la adopción subsecuente a ellos de las medidas de protección de la salud necesarias.

El incremento en cuanto a la exposición a riesgos en relación a la salud provocado por el adelantamiento de la edad de inicio de relaciones sexuales se ve mitigado por la tendencia de los jóvenes a lo que se ha denominado *monogamia serial* (relaciones únicas y fieles consecutivas) encontrada en éste y otros estudios (por ejemplo Martín Serrano y Velarde, 2001), lo que marca diferencias con las conductas de mayor liberalización sexual que se daban en la década de los 70.

El porcentaje de jóvenes que no ha incorporado el uso del preservativo en su doble carácter de profiláctico y de anticonceptivo, si bien es considerablemente bajo (24% de la muestra no lo ha usado en la última relación sexual), es preocupante en cuanto a que se mantiene con cierta estabilidad un grupo de jóvenes reacios a adoptar prácticas de cuidado. Cabe señalar que en España se ha encontrado este mismo "núcleo duro" frente al uso del preservativo: el 25% no lo ha usado en su última relación sexual (INJUVE, 2002), por lo que puede pensarse que la difusión de la necesidad de su adopción ha sido exitosa para la granayoría, pero que deben idearse otros métodos de promoción de su uso que logren alcanzar al grupo que lo rechaza.

El hecho de que los métodos anticonceptivos en general sean considerados más confiables por los jóvenes cuyos padres tienen niveles educativos más altos refuerza la idea de la necesidad de trabajar con mayor énfasis en los sectores sociales más bajos, cuyo mayor alejamiento en relación a cuestiones referidas a la salud dificulta la adopción de su parte de las prácticas preventivas.

El poco uso de la "píldora del día después" (8% de las jóvenes revelan haberla usado alguna vez) muestra que, a diferencia de lo que ocurre por ejemplo en España (Megías Quirós, 2003), ella no forma parte en nuestro país de lo que se puede denominar "riesgo calculado", que permite a los jóvenes abandonarse al placer inmediato, sin tomar en cuenta los riesgos inherentes a esa conducta, teniendo en el horizonte el elemento salvador de dicha medicación, lo que obviamente implica ignorar otros riesgos, más allá del embarazo.

Es particularmente preocupante el casi 10% de las jóvenes de la muestra que se han embarazado alguna vez, lo que curiosamente coincide con el dato recogido en España para los mismos intervalos de edad (INJUVE, 2002), aunque en una muestra domiciliaria. Un estudio realizado con esta técnica en Argentina a nivel de todo el país arrojó un 16% de embarazos en mujeres entre 15 y 19 años (Kornblit et al., 2004).

[6] Datos aportados por el Estudio Nacional sobre Conductas Adictivas en la Escuela, Buenos Aires: SEDRONAR, 2004.

ASPECTOS VINCULADOS CON EL RIESGO DE ACCIDENTES

Como es sabido, la Argentina registra una de las tasas por accidentes viales más altas del mundo. Entre las víctimas de los mismos un alto porcentaje corresponde a jóvenes.

Diversos estudios muestran que a partir de la adolescencia se incrementan de modo sustancial los accidentes de tránsito, ubicando a las denominadas *causas externas* como el principal grupo de causas de defunciones entre adolescentes, tanto en la ciudad de Buenos Aires como en el total del país. En el año 2003, el 64,9 % de las muertes de jóvenes de entre 15 y 24 años de ambos sexos se debió a este grupo de causas, porcentaje que es aún mayor en el caso de los varones. A su vez, del total de muertes por causas externas, el 18,7 % fueron por accidentes de tránsito (Ministerio de Salud y Ambiente, 2003).

Dentro de los accidentes de tránsito, pueden hacerse distinciones por tipo de vehículo que protagoniza el episodio o si el accidentado se encontraba dentro del vehículo o circulaba como peatón.

A su vez, puede señalarse que el tipo de accidentes también varía conforme va avanzando la edad y que hay diferencias según sexo. Mientras que en la infancia predominan, principalmente, accidentes en los que conducen terceras personas, durante la adolescencia se incrementan sustancialmente los episodios en donde son los propios adolescentes quienes conducen los vehículos (bicicletas, ciclomotores y automóviles) (Perdomo, 2001).

Para abordar este tema un primer dato es conocer cuáles son los vehículos usados por los jóvenes. El 59% de ellos anda en bicicleta, siendo este porcentaje bastante más alto entre los varones. El 5% usa ciclomotores, si bien nuevamente el porcentaje de varones que los usa es mayor que el de mujeres.

Vehículo que conducen habitualmente según sexo, edad y nivel educativo del padre (en %)

		Sexo		Edad		Nivel educ. del padre	
	Total	**Mujeres**	**Varones**	**Hasta 17 a.**	**18 a. y +**	**Hasta sec. incompleto**	**Sec. comp. y +**
Bicicleta	58,8	50,6	69,0	60,7	55,7	60,5	58,9
Ciclomotor	5,2	2,7	8,3	6,8	2,7	5,7	4,8
Motocicleta	2,0	1,9	2,0	1,2	3,1	1,1	1,6
Ninguno	33,6	44,4	19,9	30,4	38,4	32,3	34,0
Ns/nc	0,5	0,3	0,8	0,9	0,0	0,4	0,7
Total	100,0 (1125)	100,0 (628)	100,0 (497)	100,0 (680)	100,0 (445)	100,0 (474)	100,0 (564)

Otro aspecto a tomar en cuenta es el hecho de que el tipo de accidente asume características diferentes según el estrato social al que pertenezca el adolescente que lo protagonice. Mientras que en los estratos bajos predominan los accidentes peatonales, a medida que se incrementa el poder adquisitivo y con ello el precio y tamaño del vehículo conducido, en los sectores más adinerados predominan los accidentes en donde el joven es quien conduce el automóvil.

Medidas de seguridad adoptadas en previsión de accidentes viales

En relación con las medidas de seguridad adoptadas cuando viajan en *automóvil*, sólo algo más de un tercio usa siempre cinturón de seguridad y casi un cuarto de la muestra no lo usa nunca. Las mujeres y los jóvenes de 18 años y más lo usan en un porcentaje levemente mayor, al igual que los jóvenes cuyos padres tienen el nivel educativo más alto.

Frecuencia de uso de cinturón de seguridad cuando viaja en automóvil según sexo, edad y nivel educativo del padre (en %)							
		Sexo		Edad		Nivel educ. del padre	
	Total	Mujeres	Varones	Hasta 17 a.	18 a. y +	Hasta sec. incompleto	Sec. comp. y +
Siempre	36,9	39,1	34,2	33,5	42,2	33,9	40,7
A veces	39,3	38,5	40,2	39,8	38,5	40,0	38,6
Nunca	23,8	22,3	25,6	26,7	19,4	26,1	20,7
Total	100,0 (906)	100,0 (488)	100,0 (418)	100,0 (555)	100,0 (351)	100,0 (474)	100,0 (564)

En cuanto al uso de casco al viajar en motocicleta, sólo el 16% lo usa siempre y el 62% no lo usa nunca. Como en el caso anterior, existe un porcentaje de mujeres algo más alto que de varones que lo usan siempre, al igual que los jóvenes cuyos padres tienen el nivel educativo más alto. Sin embargo, el porcentaje de mujeres que afirma que no lo usan nunca es más alto (68%).

Frecuencia de uso de casco cuando conduce una moto según sexo, edad y nivel educativo del padre (en %)							
		Sexo		Edad		Nivel educativo del padre	
	Total	Mujeres	Varones	Hasta 17 años	18 años y +	Hasta sec. incompleto	Sec. completo y +
Siempre	15,8	16,8	14,5	15,3	15,7	15,2	16,7
A veces	22,4	15,6	25,3	20,6	22,1	16,8	24,4
Nunca	61,8	67,7	60,2	64,1	62,1	68,1	58,9
Total	100,0 (388)	100,0 (167)	100,0 (221)	100,0 (248)	100,0 (140)	100,0 (191)	100,0 (168)

El uso de casco al viajar en bicicleta es aun menor: el 97% de los jóvenes afirma que no lo usa nunca.

Comparando los diferentes usos de medidas de protección de accidentes viales, puede decirse que existe un porcentaje bajo de jóvenes en los que está arraigado el convencimiento y la práctica del uso de medidas de seguridad. En esto las mujeres lo hacen en un porcentaje algo mayor, así como los jóvenes mayores y aquellos cuyos padres tienen un nivel educativo mayor (salvo en el caso del uso de casco en bicicleta).

Es obvio, en consecuencia, que no se ha trabajado suficientemente con ellos en relación con la necesidad de la adopción de medidas de protección en este campo.

Personas que utilizan siempre medidas de protección en vehículos según sexo, edad y nivel educativo del padre (en %)							
		Sexo		Edad		Nivel educ. del padre	
	Total	Mujeres	Varones	Hasta 17 a.	18 a. y +	Hasta sec. incompleto	Sec. comp. y +
Cinturón de segur. en auto	36,9	39,1	34,2	33,5	42,2	33,9	40,7
Casco al conducir moto	15,8	16,8	14,5	15,3	15,7	15,2	16,7
Casco al conducir bicicleta	1,8	2,5	1,2	1,4	2,6	2,9	1,2

Automovilismo y consumo de alcohol

Las estadísticas sobre accidentes viales muestran que muchos de ellos tienen como causa la conducción de vehículos tras el consumo de alcohol. El 40% de los jóvenes de la muestra responde que ha viajado entre una y cuatro o más veces en vehículos conducidos por personas que habían consumido alcohol. Los varones, los más jóvenes y los jóvenes cuyos padres tienen el nivel educativo más bajo son quienes más se han arriesgado en este sentido.

Cantidad de veces que viajó en un automóvil conducido por alguien que había bebido alcohol según sexo, edad y nivel educativo del padre (en %)							
		Sexo		Edad		Nivel educ. del padre	
	Total	Mujeres	Varones	Hasta 17 a.	18 a. y +	Hasta sec. incompleto	Sec. comp. y +
Ninguna	59,3	61,6	56,8	62,9	54,3	60,1	57,3
Una vez	17,2	17,1	17,3	15,4	19,6	15,5	19,8
2 o 3 veces	13,7	13,3	14,1	12,7	15,1	12,7	15,2
4 o más veces	8,6	7,0	10,4	8,5	8,7	9,3	7,3
Ns/nc	1,2	1,0	1,4	0,5	2,3	2,5	0,3
Total	100,0 (745)	100,0 (298)	100,0 (347)	100,0 (434)	100,0 (445)	100,0 (232)	100,0 (368)

Discusión

Los accidentes de tránsito y los factores de exposición a situaciones de riesgo por parte de los adolescentes se encuentran estrechamente vinculados a factores de orden psicológico, cultural, familiar, entre otros.

Los jóvenes se ven enfrentados a una serie de procesos de cambio –psíquicos, corporales, roles sociales, etc.–, procesos que transitan de muy diversos modos a partir de los recursos con los que cuenten. Sin embargo, más allá de la heterogeneidad de situaciones el adolescente se encuentra en un permanente estado de incomodidad, búsqueda de modelos identificatorios y ante la necesidad de responder a determinados estereotipos que, a menudo, atentan contra el resguardo de su salud.

La presión social de sus pares –que se da en forma directa o mediatizada por los medios de comunicación, entre otros factores–, los coloca en una posición en la que deben responder a aquello que se espera de un adolescente: rebeldía, omnipotencia, autonomía, etc.

Diversos estudios muestran que la adopción de prácticas riesgosas –y entre ellas aquellas referidas a conductas viales– no sólo son valoradas por los adolescentes como positivas sino que son modalidades para probarle al resto y a sí mismo

que “ellos pueden”. Esto es, el asumir riesgos y el ubicarse en situaciones riesgosas no es necesariamente concebido como algo negativo sino como una posibilidad de mostrar valor ante el resto.

Otros abordajes plantean que los accidentes de tránsito protagonizados por los adolescentes –que los exponen a altos niveles de riesgo–, son formas encubiertas de intentos de suicidio, donde si bien no hay una intención conciente, sí hay una exposición a situaciones extremadamente peligrosas, lo que muchos jóvenes ven como única alternativa para modificar su entorno.

Bajo ambos abordajes, estas omnipotencia y sobreactuación colocan a los adolescentes en una situación de alta vulnerabilidad, hecho que se refleja en las estadísticas sobre accidentes de tránsito determinados por *causas externas*.

TIEMPO DEDICADO A DIFERENTES ACTIVIDADES (estudio, recreación, deportes)

El tiempo que los jóvenes dedican a diferentes actividades durante la semana y en los fines de semana es un buen indicador de la medida en que realizan un uso de su tiempo acorde con las necesidades derivadas de la tapa evolutiva por la que atraviesan, con sus deseos y con las alternativas que el medio les ofrece.

Existe en general un marcado clivaje entre los días de la semana y los del fin de semana en cuanto al tiempo que dedican a las diferentes actividades por las que se preguntaba en la encuesta.

El *ver televisión* es una actividad que divide a la muestra entre quienes le dedican poco tiempo (dos horas por día o menos) y los "consumidores pesados", que le dedican más de tres horas por día. Estos últimos alcanzan a la mitad de la muestra durante los días de semana y a un tercio durante los fines de semana, es decir, se trata de jóvenes que llenan en mayor medida sus horas durante la semana mirando televisión y encuentran otras alternativas a este pasatiempo durante los fines de semana. Recíprocamente, los que miran menos horas televisión lo hacen en mayor medida los fines de semana (67%), por lo que puede pensarse que desarrollan otras actividades durante la semana que los apartan del consumo televisivo.

En relación con el *estudio* es preocupante que sólo el 10% de la muestra le dedique tres o más horas diarias durante los días de semana y 3% durante los fines de semana. Corrobora esta preocupación el hecho de que el 18% conteste que no le dedica ningún tiempo al estudio durante la semana, que el 54% conteste lo mismo en relación con el fin de semana, que el 40% le dedique menos de una hora por día en la semana y que 5% haga lo propio en el fin de semana. Sumando estos datos encontramos que más de la mitad de los encuestados dedican al estudio menos de una hora por día durante la semana y el 78% hace lo mismo en el fin de semana.

En relación con la *práctica de deportes* y contrariamente a lo que podría esperarse, existe una proporción mayor de jóvenes que no lo hacen durante el fin de semana (40%), contra el 26% que no lo hacen durante la semana. Sólo un cuarto de la muestra practica deportes durante la semana, dedicándole menos de una hora por día, y un porcentaje algo menor hace lo mismo en el fin de semana. Estos datos muestran que alrededor de la mitad de la muestra practica deportes de forma regular durante la semana y alrededor del 40% lo hace en el fin de semana. El 17% se entrena en algún tipo de deportes, dado que lo practica más de 3 horas por día, y en este caso lo hacen tanto en la semana como en el fin de semana. Los varones están mucho más inclinados a la práctica de los deportes que las mujeres (el 53% los practica, contra el 26% de las mujeres).

Con respecto a lo que se refiere a las *salidas con amigos*, el 69% emplea en ellas más de cuatro horas por día durante los fines de semana y el 21% emplea entre tres y cuatro horas por día en esta actividad durante los días de semana. Esta es, pues, la actividad que concita la mayor frecuencia de respuestas. Es importante señalar que en los grupos focales se describieron estas salidas como encuentros con los amigos sin que por lo general ellos impliquen una actividad compartida, más allá del "estar juntos", muchas veces consumiendo alcohol. Sólo un porcentaje pequeño de jóvenes afirma que les gustaría realizar otras actividades diferentes a las que hacen, como ir al cine o al teatro. La lectura es mencionada como hábito por muy pocos jóvenes. El escuchar música, en cambio, forma parte de las "mar-

cas" que permiten distinguir diferentes grupos juveniles: la adhesión a diferentes estilos y ejecutantes es importante como modo de diferenciarse entre ellos.

Tiempo dedicado a diferentes actividades en días de semana y fines de semana (en %)								
	Ver televisión		**Estudiar**		**Hacer deportes**		**Salir con amigos**	
	Lunes a jueves	**Fines semana**	**Lunes a jueves**	**Fines semana**	**Lunes a jueves**	**Fines semana**	**Lunes a jueves**	**Fines semana**
Nada	4,1	12,2	18,1	53,9	26,1	39,2	8,4	4,1
Menos de 1 hora al día	14,0	27,6	39,2	24,6	25,7	18,9	8,4	2,9
Entre 1 y 2 horas al día	32,9	27,6	25,2	13,4	26,6	18,6	17,2	5,0
Entre 3 y 4 horas al día	28,6	17,0	7,7	2,3	10,0	10,1	21,1	14,0
Más de 4 horas al día	16,4	11,7	2,9	0,4	7,5	7,6	34,0	69,1
Ns/nc	4,1	3,9	6,5	5,4	4,2	5,6	10,9	5,0
Total	100,0 (1125)	(100,0) (1125)	100,0 (1125)	100,0 (1125)	100,0 (1125)	100,0 (1125)	100,0 (1125)	100,0 (1125)

ASPECTOS VINCULADOS CON LAS RELACIONES AFECTIVAS

Como se sabe, las relaciones de amistad son particularmente significativas entre los jóvenes. Un estudio realizado en España revela que el 82% de los jóvenes tienen un amigo íntimo, mientras que este tipo de vínculos no son muy frecuentes entre las personas de otras, el 35% de las cuales afirman tenerlo (de Miguel, 2002).

El grupo de amigos constituye una instancia decisiva en la construcción identitaria durante la adolescencia y la juventud. Los jóvenes no sólo tienen más amigos, sino que los ven con más frecuencia, dado que los amigos suelen ser compañeros de estudio o vecinos, con los que se construye un "círculo íntimo". Diversos estudios sobre juventud muestran cómo este círculo íntimo contribuye a la formación de un "nosotros" que se opone a un "ellos" caracterizado por diversos atributos: otro lugar de residencia, otros grupos musicales preferidos, otros clubes deportivos preferidos, etc.

Al igual que en España, los datos relevados en el presente estudio muestran que la mayoría de los jóvenes afirma que tienen un/a amigo/a íntimo/a. Esta respuesta es dada en mayor proporción por las mujeres. Un porcentaje aún más alto afirma que tiene un grupo de amigos, y esta respuesta es dada en mayor proporción por los varones. El tipo de sociabilidad pues, difiere en algún sentido entre las mujeres y los varones, privilegiando las primeras en un cierto grado las relaciones de a dos y los segundos las grupales.

En cuanto al tipo de vínculo con los padres, la mayoría de los jóvenes encuestados afirma tener una buena relación con ellos. El porcentaje es levemente mayor entre aquellos cuyos padres tienen el nivel educativo más alto.

Para el 14% de los jóvenes sus relaciones con sus padres son "regulares", siendo este porcentaje levemente más alto entre los que tienen 17 años y menos y entre aquellos cuyos padres tienen el menor nivel educativo.

Por último, existe un 4% de los encuestados que califican las relaciones con sus padres como malas.

Calidad del vínculo con los padres según sexo, edad y nivel educativo del padre (en %)

		Sexo		Edad		Nivel educ. del padre	
	Total	**Mujeres**	**Varones**	**Hasta 17 a.**	**18 a. y +**	**Hasta sec. incompleto**	**Sec. comp. y +**
Buena	81,0	81,4	80,5	81,2	80,7	78,9	81,6
Regular	13,8	13,5	14,3	14,9	12,4	16,7	13,1
Mala	4,2	4,5	3,8	3,4	5,4	3,8	5,0
Ns/nc	1,0	0,6	1,4	0,6	1,6	0,6	0,4
Total	100,0 (1125)	100,0 (628)	100,0 (497)	100,0 (680)	100,0 (445)	100,0 (474)	100,0 (564)

IDEAS Y CONDUCTAS SUICIDAS

El suicidio en general, y en particular entre los jóvenes, constituye un tema preocupante en todos los países, incluida la Argentina. A veces se producen epidemias de suicidios, que tienen un fuerte componente imitativo. La tasa de suicidios entre los jóvenes ha aumentando en los últimos años, especialmente entre los varones.

En 1990 se suicidaron en todo el mundo 1,4 millones de personas, lo que equivale al 1,6% de la mortalidad mundial (Desjarlais et al., 1997). Los intentos de suicidio son diez o veinte veces más. Sin embargo, no es fácil encontrar rasgos comunes a la hora de intentar explicar, en alguna medida, tales comportamientos.

La psicopatología es importante en muchos suicidios. El 90% de ellos están vinculados con abuso de drogas, depresión o psicosis. El riesgo de suicidio en personas que abusan del alcohol es cien veces mayor que en la población general, aunque en este caso habría que investigar si el abuso de alcohol no es también un indicador de un alto grado de depresión.

Por otro lado, es infundada la opinión de que el suicidio es un problema propio de los países desarrollados. Sri Lanka, por ejemplo, tiene las tasas más altas del mundo (62,3 por cien mil jóvenes entre 15 y 24 años y 48,6 por cien mil ancianos entre 65 y 74 años se suicidan anualmente en ese país). China tiene también altas tasas y predomina en ella el suicidio en la mujer, a diferencia de lo que ocurre en la mayoría de los países. Esto se ha intentado explicar por las frustraciones que soportan las mujeres en dicha nación, a raíz de las desigualdades entre los géneros, y la crueldad de que son objeto; el suicidio es una de las pocas formas de protesta al alcance de las mujeres chinas.

Existen distintos tipos de suicidios, como el *egoísta* (resultante del fracaso del sujeto en cuanto a su integración en la sociedad); el *altruista* (resultante de una integración "excesiva" a la sociedad, que deja a la persona incapaz para resistirse a las demandas que ésta le impone) y el *anómico* (derivado de los cambios sociales que han llevado a la pérdida de las normas y a la inestabilidad moral) (Durkheim, 1986 [1897]). Los cometidos por jóvenes pueden encuadrarse en cada uno de ellos.

Ha habido suicidios "altruistas", como los acaecidos tras un episodio que conmueve fuertemente la sensibilidad de algunos jóvenes, particularmente mujeres, identificadas con una figura mediática. Ejemplos de este tipo son los tres casos que sucedieron tras el accidente del cantante Rodrigo en 2000.

También hay suicidios juveniles que pueden clasificarse como "egoístas", en términos de Durkheim. Son los de aquellos jóvenes que se quitan la vida, por ejemplo por haber obtenido bajas calificaciones en la escuela y no poder soportar tal frustración (suicidio típico en los jóvenes japoneses) o el de Mirko Saric, un jugador de fútbol argentino, de 21 años, que se suicidó en abril de 2000, aparentemente por una alta carga de angustia vinculada con alternativas de su desempeño deportivo, que lo llevaron a una fuerte depresión.

Por último, también habría entre los jóvenes suicidios "anómicos", como puede haber sido el caso de los suicidios en cadena ocurridos en Gobernador Gálvez, provincia de Santa Fe, en 1989.

En un estudio realizado en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (Bonaldi, 1998), se concluye lo siguiente:

- las tasas de suicidio juvenil en la Argentina para el período 1980-1995 han sido por lo general bastante altas, con un crecimiento importante en los últimos años; durante ese período ha cambiado sustancialmente la composición por sexo del suicidio juvenil, produciéndose una "masculinización" del mismo, hasta llegar a una proporción de casi 3 suicidios de varones por cada suicidio de mujer;
- también se ha dado un cambio importante en la composición del suicidio juvenil, con un aumento de la cantidad de suicidios adolescentes en relación a los suicidios de jóvenes mayores (20 a 24 años);
- el grupo de varones de 15 a 19 años es responsable de una parte importante del aumento del suicidio entre los jóvenes, no obstante, son los varones de entre 20 y 24 años los que poseen las mayores tasas de suicidios.

Según datos de otro estudio realizado por investigadoras de la Facultad de Psicología de la misma Universidad (Casullo y Liporace, 1998), la tasa de suicidios entre los jóvenes de 15 a 19 años subió entre 1960 y 1990 del 3,6 por cien mil al 11,3 por cien mil. Las investigadoras afirman que no todos los suicidios son motivados por una decisión consciente de morir. Muchas veces se pretende comunicar a través de ellos sentimientos de desesperación, desesperanza o enojo. Por eso, en la actualidad se enfoca el suicidio desde una triple perspectiva: ideaciones suicidas, parasuicidios y suicidios. Las primeras incluyen desde el sentimiento de que la vida no tiene sentido o la elaboración de planes para quitarse la vida, hasta la idea sistemática de autodestruirse. Los parasuicidios son intentos fallidos que provocan daños en quien los comete.

Como se sabe, las ideas suicidas, las tentativas de suicidios y los actos que terminan con la muerte de quienes cometen suicidio ocurren con mayor frecuencia entre los jóvenes y en las personas de la tercera edad que en la población general.

En la encuesta realizada en este estudio, el 14% de los jóvenes revelaron que tuvieron ideas suicidas alguna vez, siendo este porcentaje bastante mayor entre las mujeres y entre aquellos cuyos padres tienen el menor nivel educativo.

El porcentaje de los que afirman haber tenido ideas suicidas de forma recurrente alcanza al 5%, siendo también en mayor medida las mujeres y los jóvenes cuyos padres tienen el menor nivel educativo los que contestan haberlas tenido.

Un porcentaje similar afirma que intentó alguna vez quitarse la vida y nuevamente en este aspecto son los mismos grupos los que contestan en un porcentaje algo más alto. ¿Son estos grupos quienes más frustraciones atraviesan en sus vidas, en el conjunto de los jóvenes estudiados? ¿Son más sensibles, y en consecuencia toleran peor frustraciones comunes? La respuesta a estos interrogantes debería buscarse en estudios en profundidad que permitieran acceder a la identificación de los momentos y situaciones desencadenantes de ideas y conductas suicidas.

Como hemos visto, hay que tener en cuenta, sin embargo, que las estadísticas de suicidios efectivamente cometidos por los jóvenes muestran que son más los varones quienes lo hacen, por lo que aunque las mujeres lo piensan y lo intentan en un porcentaje mayor, los varones lo ejecutan en mayor medida.

El hecho de que un 5% de la muestra (alrededor de 50 jóvenes) haya intentado quitarse la vida es un dato que alerta en relación con el malestar psíquico que muchos de ellos padecen.

Comparación entre grados de ideas y conductas suicidas según sexo, edad y nivel educativo del padre (en %)							
		Sexo		Edad		Nivel educ. del padre	
	Total	Mujeres	Varones	Hasta 17 a.	18 a. y +	Hasta sec. incompleto	Sec. comp. y +
Han tenido alguna vez ideas suicidas	14,5	19,9	7,8	14,6	14,4	16,9	11,9
Han tenido ideas suicidas recurrentes	4,9	6,4	3,0	5,5	3,9	6,2	4,3
Han intentado quitarse la vida	5,3	6,1	4,4	4,6	6,5	7,5	4,1

Discusión

Sin pretender describir el contexto en toda su complejidad, podría pensarse que estos jóvenes responden con ideas y/o conductas suicidas a una sociedad atravesada por una crisis que puede leerse tanto desde sus aspectos más estructurales y globales, como desde las cuestiones directamente vinculadas con el desenvolvimiento de la vida cotidiana y de la subjetividad, que genera sentimientos de desesperanza, incertidumbre y vacío al condicionar las posibilidades para el desarrollo de los proyectos vitales en el nivel personal. Sin trabajo, sin redes de contención, sin las credenciales educativas exigidas por el mercado y sin oportunidades para lograrlas, muchos jóvenes hoy en día sienten que su seguridad personal y social está fuertemente jaqueada, lo que puede llevar, y no en pocos casos, a que no encuentren ni siquiera la razón para vivir.

Ante la ausencia de metas reconocidas como posibles y de medios disponibles para alcanzarlas, algunos jóvenes intentan encontrarlas lanzándose a una búsqueda que dé sentido a sus vidas, optando por asumir riesgos de un modo compulsivo; otros, resignados al sin sentido de sus vidas, se convierten en suicidas.

SÍNTESIS GENERAL

Con respecto a los **problemas específicos de salud** percibidos por los jóvenes, el estudio reitera datos ya recogidos en estudios previos por nuestro equipo de trabajo: el problema de salud que más les preocupa es el sida, seguido por las infecciones de transmisión sexual y por el consumo de drogas, si bien la preocupación en lo personal con respecto a estas cuestiones decae significativamente. Las mujeres están más preocupadas que los varones por estos temas y muestran una relación más fluida con el sistema de salud. El dato más sorprendente que arroja el estudio es el que muestra que los jóvenes en general realizan consultas tanto por problemas concretos que los afectan como visitas por controles médicos. Existen, en consecuencia, oportunidades no siempre aprovechadas por el personal de salud para acciones de promoción de la salud.

En lo que atañe a los **aspectos vinculados con el peso corporal**, el ideal de la mujer muy delgada sigue vigente para la presente muestra de mujeres jóvenes, mientras que la fuerza física sigue siendo el atributo privilegiado de lo masculino.

Los **hábitos alimentarios** de los jóvenes encuestados revelan deficiencias en porcentajes importantes de ellos, en cuanto a la distribución y el tipo de comidas que realizan.

En nuestro estudio n 11% de los jóvenes encuestados manifiestan que **consumen drogas ilegales**, particularmente marihuana (más los varones que las mujeres).

En cuanto a las drogas de uso legal, observamos que aproximadamente la mitad de los jóvenes fuma y la mayoría de ellos lo hace diariamente. Como ha surgido en otras investigaciones, son más las mujeres que los varones que fuman, además de haberse iniciado en el hábito del tabaco más precozmente.

Cabe destacar que la edad de inicio más frecuente en el consumo de tabaco es entre los 13 y los 14 años.

Un tercio de los jóvenes reconoce haber perdido el control al menos una vez durante el último mes por haber consumido alcohol. Algo menos de la mitad consume alcohol esporádicamente (en celebraciones) y/o los fines de semana. A la inversa de lo que ocurre con el tabaco, las mujeres consumen alcohol con menor frecuencia que los varones.

Hay que señalar que casi todas las legislaciones relativas al abuso en el consumo de drogas surgieron en el siglo XX y actualmente rigen en el mundo entero. La mayoría de ellas se basan en el derecho penal y descansan en la premisa de que debe castigarse a quienes abusan de las mismas en lugar de proporcionarles tratamiento y rehabilitación.

En la Argentina, el marco jurídico vigente en esta materia es la ley 23.737, que penaliza la tenencia de estupefacientes aun en el caso del consumo personal. Esta ley prevé la privación de la libertad para aquellos que porten o consuman drogas, así como medidas educativas y curativas. El que es detenido por tenencia de drogas debe optar entre la cárcel o el tratamiento, lo que hace que esta última opción, que es obviamente la elegida por casi todas las personas que se encuentran en esa disyuntiva, sea cumplida coercitivamente, lo cual dificulta en muchos casos su eficacia.

Actualmente, en todo el mundo, se tiende a emplear medidas educativas como parte de la batalla contra el uso indebido de drogas, aun cuando se trata de una innovación relativamente reciente en los países en desarrollo. El concepto imperante en la mayoría de los países ha sido cambiar el castigo por el tratamiento y la

rehabilitación. Pero el desafío actual más importante es el que se refiere a evitar que los jóvenes adquieran el hábito del consumo de drogas, para lo que se requieren esfuerzos preventivos coordinados, tarea que no se ha realizado aún en el país.

En lo que se refiere a la **educación sexual en la escuela**, los jóvenes demandan que ella se realice de modos diferentes a los que se desarrollan en la actualidad. Dichas demandas no se limitan a información de tipo biológico, que es lo que reciben en general, sino a oportunidades para discutir lo que más les preocupa: los sentimientos y las relaciones sexuales. Esto requiere un programa mucho más extenso que comprende el trabajo sobre habilidades comunicacionales, sobre creencias y estereotipos, sobre erotismo y prácticas placenteras y por encima de todo, sobre el valor del debate interactivo y del respeto y el auto-respeto en relación con las posibles diferencias individuales.

Como dice Allen (1987), hay considerable evidencia de que los jóvenes no son "locos sexuales" y que están preocupados acerca de los sentimientos y emociones de los otros y por una gama amplia de aspectos vinculados con la sexualidad.

Los datos recogidos muestran que en educación sexual se debería enfatizar la importancia de relacionar las funciones corporales con el mundo de las emociones y de las relaciones personales y con el contexto familiar y social en el que viven los jóvenes.

La importancia que reviste para los jóvenes la posibilidad de ser escuchados y de poder expresarse se evidenció en este trabajo en sus valoraciones acerca de las entrevistas realizadas. En todos los casos resaltaron lo positivo del poder hablar sobre los temas tratados y los pocos espacios con que cuentan en este sentido.

Sabemos que en la modernidad tardía la exploración de las emociones y la posibilidad de reflexionar sobre ellas se ha convertido en una condición necesaria en el proceso de construcción de la identidad, pero este autodescubrimiento permanece como algo de difícil acceso para muchos jóvenes (West, 1999), en la medida en que no han incorporado las herramientas necesarias para poder realizarlo.

En lo que atañe a la **salud sexual y reproductiva**, los datos más significativos del estudio se refieren al adelantamiento de la edad de inicio de relaciones sexuales, especialmente por parte de las mujeres, con respecto a lo recogido en estudios anteriores, y el alto porcentaje de embarazos declarados por las jóvenes encuestadas.

El solo hecho de que la probabilidad de sobrevida del niño aumenta si nace después de que su madre tenga 18 años (López y Findling, 2003), confiere a estos datos el carácter de situación crítica, amén de las dificultades que la maternidad temprana depara a las jóvenes en términos de su inserción social y de sus proyectos personales, más allá de la maternidad.

El hecho de que más de la mitad de los embarazos declarados en el presente estudio finalizaran en abortos refuerza aún más la necesidad del trabajo preventivo en el espacio escolar, teniendo en cuenta los daños para la salud que puede implicar dicha práctica, especialmente si se realiza en la clandestinidad y con importantes diferencias según niveles socioeconómicos en cuanto las condiciones en que se ejecuta, como sucede en la Argentina.

En relación con los aspectos vinculados con el **riesgo de accidentes** los datos muestran que el uso de medidas de protección no es una práctica adoptada de modo general por los jóvenes y que la exposición al riesgo, por el contrario, es valorada muchas veces como sinónimo de coraje. Al respecto deberían llevarse a cabo intervenciones que se dirijan a la concientización acerca de prácticas riesgosas pero que también tomen en cuenta las necesidades y particularidades de estos jóvenes, y todo aquello que los lleva a exponerse a situaciones riesgosas en el ámbito vial.

En lo que respecta al **tiempo que los jóvenes dedican a diversas actividades** el estudio muestra ciertos datos preocupantes: la cantidad de tiempo que los jóvenes en general dedican al estudio es mínimo; sigue existiendo un porcentaje alto de "consumidores pesados" de televisión (los que le dedican varias horas al día); el porcentaje de jóvenes que realizan deportes de modo sistemático es reducido y más aún el de los que han adquirido el hábito de la lectura.

Si en términos de valorización de lo cultural el perfil dado por los datos anteriores muestra un importante grado de apatía, no ocurre lo mismo en lo que hace a las **relaciones afectivas**. La gran mayoría de los adolescentes encuestados expresa que mantiene un buen vínculo con sus padres y que en lo que respecta a la sociabilidad con los pares, tienen ya sea amigos íntimos o grupos consolidados.

Sin embargo, existe un porcentaje importante de jóvenes que expresan que han tenido **ideas suicidas o han cometido intentos de suicidio**. Podría pensarse que en los casos en que la contención familiar y del grupo de pares no logra afianzarse, los indicadores de la apatía juvenil que se expresan en algunos de los datos reseñados prevalecen y la falta de sentido de la existencia pasa a primer plano.

El diagnóstico de situación que este informe pone de relieve llama la atención sobre un sin número de aspectos sobre los que se debería trabajar para mejorar la calidad de vida de la mayor parte de los jóvenes estudiados.

Bibliografía

Alvarez A. “Abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes varones: estudio en cuatro provincias argentinas”. En Maddaleno M., Munist M., Serrano,C., Silber T., Suárez Ojeda E. y Yunes J.: *La salud del adolescente y del joven*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Pub. Científica N° 552.

Alvarez Herrera (1981) *Prevalencia del hábito de fumar en la República Argentina*. Manuscrito inédito.

Allen I. (1987) *Education in sex and personal relationships.* Londres: Policy Studies Institute.

Ariès Ph., Bejín A., Foucault M. et al. *Sexualidades occidentales.* Buenos Aires: Paidós, 1987.

Boltanski L. (1975) *Los usos sociales del cuerpo*. Buenos Aires: Ed. Periferia

Bonaldi P. (1998) “El suicidio juvenil en la Argentina”. En A. Mendes Diz; L. Findling; M. Petracci y A. Federico (comp.): *Salud y población. Cuestiones sociales pendientes.* Buenos Aires: Ed. Espacio.

Bozon M. (2005) *La nueva normatividad de la sexualidad en la época contemporánea*. Conferencia dictada en la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, sede México, el 26-1-2005.

Burgher M., Banckow Rasmussen J. y Rivett, D. (1999) *The European Network of Health Promoting Schools – the alliance of health and education*. Council of Europe, WHO (Euro), European Commission; Copenhagen.

Cáceres Palacios C. (1998) *Salud sexual en una ciudad joven.* Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia y REDESS Jóvenes.

Casullo M.M. y Fernández Liporace M. (1998) “Adolescencia y proyecto de vida ¿Un salto al vacío? Comentario sobre una investigación”. En *Psicología*, nov. de 1998. Publicación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Del Acebo Ibáñez, E., Roura H. y Bruno M. (1996) *El tabaquismo como fenómeno sociocultural*. Informe técnico Nº 2, Educación para la Salud. Publicación del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación

De Miguel A. (2002) *Las transformaciones de la vida cotidiana en el umbral del siglo XXI.* Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Desjarlais R., Eisenberg L., Good B. y Kleinman A. (1997) *Salud Mental en el Mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos.* Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Durkheim E. *El suicidio*. México, Premia Editora, 1986 (1ª edición francesa: 1897).

Encuesta Argentina de Salud (1999). Honorable Senado de la Nación. Informe Argentino sobre Desarrollo Humano. 1995-1999

Fitzpatrick R. (1990) *La enfermedad como experiencia.* México: FCE.

Hollway W. Theorizing heterosexuality: A response. *Feminism & Psychology*, 3: 412-417, 1993.

INJUVE (2002) *Sondeo periódico de opinión y situación de la gente joven. Primer trimestre 2002.* Madrid: INJUVE.

Joly D. (1977) *Encuesta sobre las características del hábito de fumar en América Latina.* Publicación Científica 337, Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Jones D. *¿De qué hablan los adolescentes cuando hablan de sexualidad*? (Mimeo), 2004.

Kornblit A. y colaboradores (1989) *Estudios sobre drogadicción en Argentina*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Kornblit A.L. y Mendes Diz A.M. (1994) *Modelos sexuales en jóvenes y adultos.* Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

Kornblit, A.L. (1997) *Culturas juveniles.* Buenos Aires: EUDEBA.

Kornblit, A. L. (coord.)(2000) *Sida. Entre el cuidado y el riesgo.* Alianza Editorial.

Kornblit, A.L. (coordinadora) (2004) *Nuevos estudios sobre drogadicción.* Buenos Aires: Ed.Biblos.

Kornblit, A.L., Mendes Diz A.M. y Di Leo P (2004). Información y conductas sexuales de los adolescentes argentinos y el riesgo de transmisión del VIH. (Mimeo).

Kornblit, A.L. (2004) *Actitudes, información y conductas en relación con el VIH/sida en la población general.* Buenos Aires: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo-Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria-Instituto Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

López, E. y Findling, L. (2003) Mujeres jóvenes: salud de la reproducción y prevención. En S. Checa (Comp.) *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia.* Buenos Aires: Paidós.

Leger L. (1998) Australian Teachers' Understandings of the Health Promoting School Concept and the Implications for the Development of School Health. *Health Promotion International*. 13: 3.

Llovet J. (1984) *Servicios de salud y sectores populares.* Buenos Aires: CEDES.

Megías Quirós I. (2003) Jóvenes ante el sexo: valores y expectativas asociadas. *Estudios de Juventud*, 63: 19-26.

Mendes Diz A. (2001) *El riesgo en los jóvenes. Una alternativa de vida*. Buenos Aires: Ed. Corregidor

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (2003) *Estadísticas vitales.* Buenos Aires: Ministerio de Salud y Ambiente.

Necchi S. (1992) Distintos actores frente a su cuerpo. *Medicina y Sociedad*, vol. 15, N° 4.

Nutbeam D. (1998) Evaluating health promotion-progress: Problems and solutions. *Health Promotion International*, 13.

Ochaita Alderete E. y Espinosa Baya, M.A. (2003) Las prácticas sexuales de los adolescentes y jóvenes españoles. *Estudios de Juventud*, 63: 49-62.

Organización Panamericana de la Salud (1996) *Escuelas promotoras de salud: modelo y guía para la acción*. Washington, DC: OPS (HSP/SILOS-36).

Organización Mundial de la Salud (1983) *Estrategias contra el tabaquismo en los países en desarrollo.* Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2002) *Alcohol in developing societies.* Ginebra: WHO

Organización Mundial de la Salud (2004) Sexual health – a new focus for WHO. *Progress in Reproductive Health Research*, Nº 67. Ginebra: WHO

Palomino Villanueva J. (2003) Un nuevo horizonte para el desarrollo de la educación sexual en el ámbito escolar. *Estudios de Juventud*, 63: 75-80.

Paxman J. (1995) Dimensión jurídica de la atención de salud para los adolescentes: el caso del abuso de tabaco, alcohol y drogas. En Maddaleno M., Munist M., Serrano,C., Silber T., Suárez Ojeda E. y Yunes J.: *La salud del adolescente y del joven*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Pub.Científica N° 552.

Perdomo R. (2001) Accidentes de tránsito en la adolescencia. *Revista Querencia*, 2. Uruguay: Universidad de la República.

Petracci, M. (2004) *Salud, derecho y opinión pública*. Buenos Aires: Grupo Editorial Norma.

Prece G. y Schufer M. (1991) "Diferencias de percepción de enfermedad y consulta médica según nivel socioeconómico". En *Medicina y Sociedad;* vol. 14, N° 4

Puertas B.y Cerqueira M.T. (1996) *Análisis situacional de la promoción de salud en el ámbito escolar en varios países*. OPS, División de Promoción y Protección de la Salud, Programa de Educación para la Salud. Washington, DC: OPS.

Rodríguez San Julián E. (2003) "Sexo y riesgo. La dialéctica entre el placer y la razón". En *Estudios de Juventud*, 63: 27-36.

SIEMPRO/INDEC (2000) Encuesta de Desarrollo Social

UNESCO / COMUNIDAD EUROPEA (1998) Peddro Nº 1 y 2. Red de información en el campo de la educación preventiva contra el uso indebido de drogas

West P. (1999). Youth. En D. Gordon, M. Shaw, D. Dorling y D. Smith (Eds.), *Inequalities in Health*, pp. 201-215. Bristol: The Policy Press.