

3. SALUT

Entre la satisfacció vital i els impactes de la precarietat sobre la salut de la joventut de Catalunya

Josep Lluís Espluga i Trenc i Àlex Boso i Gaspar

3.1. Introducció

3.1.1. Sobre el concepte de salut

La salut no és un concepte obvi i des de fa dècades se cerca la manera de definir-lo i d'operativitzar-lo com alguna cosa més que la mera pèrdua de la normalitat biològica. Hi ha un cert consens entre la comunitat d'estudiosos que el model biomèdic basat en símptomes de trastorns físics o mentals esdevé massa reduccionista a l'hora d'informar d'uns processos complexos que inclouen multitud d'elements individuals i grupals, així com enormes influències de les estructures socials, polítiques, econòmiques i culturals. La pròpia definició de l'Organització Mundial de la Salut (WHO, 1948) procura anar més enllà en definir la salut no només com l'absència de trastorns o malalties, sinó com un estat de benestar de la persona, un benestar en el qual podem identificar analíticament diferents dimensions (físiques, psíquiques i socials) que tampoc no són gaire fàcils d'operativitzar, però que històricament han permès assolir certs consensos a l'hora de formular polítiques públiques sobre salut.

Blaxter (2004) identifica quatre dimensions del concepte de salut. Les dues primeres, referides a l'*estatus de salut* de les persones (una característica relativament permanent, almenys durant un període de temps) i les altres dues referides a l'*estat de salut* (una característica estrictament temporal):

- Malaltia (*disease*): procés patològic que implica una desviació de la normalitat biològica.
- Discapacitat (*impairment*): pèrdua de capacitats físiques o psíquiques per poder portar una vida amb normalitat.
- Malestar psicosocial (*psychosocial malaise*): percepció de desequilibri entre les exigències de l'entorn social i les capacitats de la persona per fer-hi front, que es tradueix en situacions de tensió psicosocial, angoixa, ansietat, etc.

- Sensació d'estar malalt (*illness*): experiència subjectiva de tenir símptomes de mala salut (que, tot i que habitualment coincideix amb la presència d'un procés patològic real, també es pot presentar sense que hi hagi cap malaltia objectiva).

El disseny del present estudi, basat en les respostes de les persones enquestades, només permet obtenir una informació parcial sobre aquestes quatre dimensions, però serà suficient per a dibuixar els contorns de la població jove de Catalunya pel que fa a la salut i formular algunes hipòtesis sobre els possibles processos i fenòmens en un context socioeconòmic tan advers com l'actual.

3.1.2. La joventut i la salut, unes relacions poc explícites

Per raons de procés purament biològic, la població jove és el grup d'edat que acostuma a gaudir d'un millor nivell de salut, i això té diverses conseqüències. En primer lloc, ha facilitat que els estudis sobre salut pública, històricament, s'hagin centrat més en els grups que pateixen més problemes, bàsicament gent gran i infants, deixant relativament de banda la salut juvenil (Furlong, 2009). En segon lloc, la millor salut en general de les persones joves fa que rarament expressin demandes o preocupacions relacionades amb aquest tema, motiu pel qual no és fàcil que formi part de les prioritats de les agendes polítiques (Espluga, 2011). Tanmateix, durant les darreres dues dècades s'ha anat publicant una creixent bibliografia sobre salut juvenil, principalment de caire normatiu, ja que l'evolució de la salut de la joventut ha generat una creixent preocupació social des d'un punt de vista moral. La percepció pública de les actituds i dels comportaments transgressors que acompanyen els processos vitals de transició a la vida adulta s'han traduït, amb freqüència, en una mena de pànic col·lectiu que ha propiciat la realització de cada cop més ambiciosos estudis i més polítiques sobre salut juvenil. En aquest sentit, una bona part de la bibliografia sobre salut jove presenta una preocupant tendència a fer judicis morals sobre els comportaments dels joves i de les joves (West, 2009), sovint deixant de banda el seu context social i cultural.

Des d'aquest punt de vista, es podria dir que la salut de les persones joves ha estat un tema parcialment ocult, tant per a l'acadèmia com per a la política, tot i que durant la darrera dècada i mitja s'han realitzat importants esforços per caracteritzar els processos de pèrdua i de manteniment de la salut entre la població jove. Aquests esforços s'han centrat, sobretot, en la descripció de l'evolució d'indicadors de salut relatius a les persones joves en edat escolar (que són les més a l'abast dels investigadors/ores, i que poden ser tractades de manera més o menys homogènia perquè estan agrupades temporalment i espacialment en el recinte escolar). No és freqüent trobar estudis sistemàtics que incloguin la població jove no escolaritzada, cosa que fa importants les dades de l'Enquesta a la joventut de Catalunya 2012 (EJC12).

3.1.3. La salut de la joventut de Catalunya segons estudis previs

Igual com la població de totes les edats, la joventut catalana està exposada a una sèrie de factors i de contextos de risc que afecten poc o molt la seva salut, si bé amb unes peculia-

ritats pròpies de l'etapa de transició que la caracteritza. Per a tenir en compte les principals problemàtiques de l'evolució de la salut de les persones joves catalanes, aquí partirem dels estudis previs realitzats en el marc de l'Observatori Català de la Joventut, principalment dels estudis *Salut i joves* realitzats per Romaní (2006) i Espluga *et al.* (2010).

L'estudi d'Oriol Romaní avançava la hipòtesi que “l'estat de salut de la població jove catalana acostuma a ser força positiu, almenys pel que fa als indicadors de mortalitat, morbiditat i esperança de vida, tot i que hi ha una minoria significativa de joves que es veu afectada per diverses malalties (infeccioses, neurològiques, cròniques, etc.), així com per situacions i comportaments de risc que els generen problemes” (*op. cit.*: 62). L'anàlisi d'Espluga *et al.* (2010) confirmava aquestes idees sense gaires matisos i, a partir d'anàlisis tipològiques de l'Enquesta de Salut de Catalunya, mostrava com una sèrie de variables estructurals -la precarietat laboral, l'accés a l'habitatge, el poder formar part d'una xarxa social intensa, etc.- influeixen en la distribució desigual d'aquells danys, trastorns i comportaments de risc entre la població jove.

Romaní considerava també que “les desigualtats de gènere i de classe social, a mitjà o a llarg termini tenen una incidència fonamental en els problemes de salut. En canvi, la categoria 'ètnia' o 'immigrant' no acostumava a tenir gaire sentit per si sola amb relació a la salut, sinó que més aviat constituïa un factor mediador amb unes causes prèvies situades en les desigualtats socials” (*op. cit.*: 62). L'estudi d'Espluga *et al.* (2010) constata com l'estatus socioeconòmic i el sexe són presents en la majoria de distincions per grups. La majoria de factors de risc afecten més els grups d'estatus baix i les dones. En canvi, les entrevistes amb joves immigrants van mostrar que no hi havia gaires característiques ètniques que influïssin en l'estat de salut, sinó que si alguns dels i de les immigrants tenien pitjor salut era sobretot per les altres variables clau: classe social i sexe.

Així mateix, es partia de la idea que en els àmbits juvenils “hi ha una sèrie de factors que produeixen lesions immediates (accidents) en joves: riscos laborals, accidents de trànsit, violència urbana, violència de gènere, etc.”. És possible que alguns grups socials es vegin afectats per una acumulació d'aquestes “violències”. A més, els problemes de salut acostumen a estar relacionats amb tota una sèrie de consums inadequats: d'alimentació (trastorns de comportament alimentari, obesitat, etc.), d'alcohol (noves pautes de consum compulsiu), de tabac (manteniment de consums elevats, edat d'inici cada cop menor), de drogues il·legals (expansió del cànnabis i, menys, de la cocaïna). Tot plegat té a veure amb una forta pressió expansiva dels models hegemònics de recerca d'una identitat a través del consum, així com una forta pressió del mercat (p. 62). Efectivament, tal com Romaní havia detectat, una de les coses que l'estudi d'Espluga *et al.* (2010) constata és el paper ritual de certes pautes culturals relacionades amb consum i comportament de risc, unes pautes que juguen un paper clau en els processos de socialització i de transició a la vida adulta. En aquest sentit, el risc s'hauria d'interpretar com un element consubstancial dels processos de transició vital de certs grups de joves, que forma part del procés d'aprenentatge vers una vida més autònoma.

Finalment, Romaní ens advertia que “hi ha aspectes de la vida on la dimensió relacional és fonamental, com en el sexe i en la salut mental. La salut sexual es mou en uns nivells

generalment acceptables, mentre que els trastorns mentals difusos es troben en expansió, cosa que pot ser preocupant a mitjà o a llarg termini” (p. 63), coses que confirmaven també l'estudi d'Espluga *et al.* (2010), completades amb la constatació d'una major pressió psicosocial sobre les noies en tots els àmbits (laboral, escolar, familiar i d'oci).

L'anàlisi d'Espluga *et al.* (2010) il·lustrava també totes les característiques esmentades amb una tipologia que permetia classificar la població jove de Catalunya de l'any 2006 en quatre grups:

- a) Joves amb hàbits saludables i un estat de salut bo. Aquestes persones no consumien cap tipus de substància de risc legal ni il·legal i feien una activitat física intensa. Entre aquests joves predominaven els que no treballaven i vivien amb les respectives famílies d'origen (bàsicament estudiants). Representaven el 43% de la població jove.
- b) Joves amb hàbits i estats saludables, però amb una major presència de fumadors/es (de tabac) i de joves que no feien gaire activitat física. La gran majoria estaven treballant i més de la meitat convivia amb la parella i/o fills. Aquest és el grup que presentava uns nivells de suport social més alts (possibilitat de parlar amb algú de les coses que els preocupen, de sortir amb altres persones, de rebre ajut, etc.). Representaven el 29% de la població jove.
- c) Joves amb mal estat de salut i hàbits poc saludables. La gran majoria consumia tabac i drogues il·legals i una bona part presentava consums d'alcohol de risc. Tenien un estat de salut pitjor que la mitjana, i més risc de mala salut mental i de dolors i malestar moderats que la mitjana. Eren més homes que dones i la probabilitat de pertànyer a aquest grup augmentava entre els que vivien sols o amb amics/amigues. Representaven el 13% de la població jove.
- d) Joves amb mal estat de salut. La majoria manifestaven dolors o malestar moderats o alts, el seu risc de mala salut mental era el doble que la mitjana i feien molt poca activitat física. La gran majoria treballaven i tenien una important exposició a riscos laborals. Hi havia més dones que homes, la majoria convivia amb la parella i/o fills, i eren el grup amb menys suport social en el seu entorn. A més, el fet d'haver nascut a l'estranger incrementava la probabilitat de pertànyer a aquest grup. Representaven el 15% de la població jove.

En el present estudi s'intentarà aportar evidències per contrastar o matisar aquestes línies generals sobre la salut de la joventut de Catalunya. L'explotació de la base de dades de l'EJC12 s'ha realitzat mitjançant: (i) una anàlisi univariada, a partir de les taules de freqüències bàsiques d'una sèrie de variables relacionades amb l'estat de salut, les pràctiques de risc i la salut laboral; (ii) una anàlisi bivariada, a partir de taules de contingència, on s'ha utilitzat la prova Chi quadrat de Pearson per analitzar les possibles relacions d'associació entre la percepció de la salut i les variables sociodemogràfiques principals (a l'Annex on-line¹

¹ L'Annex es pot consultar a la pàgina web de l'Observatori Català de la Joventut: www.gencat.cat/joventut/observatori

es pot veure la categorització i les taules de freqüències de les variables independents); i, finalment, (iii) una anàlisi tipològica multivariada, mitjançant el procediment que es detalla en un apartat posterior d'aquest text.

3.2. Estat de salut, benestar i accidents

En aquest apartat ens centrarem en l'anàlisi dels indicadors referits a l'estat de salut de la població jove.

3.2.1. Satisfacció vital

En primer lloc ens centrem en el grau de satisfacció que manifesten els i les joves amb la seva vida actual. Es tracta d'una variable que encaixa amb la definició de salut entesa com una cosa que transcendeix la mera absència de danys o de malaltia (tal com pretenia l'OMS), així com amb la dimensió de percepció més subjectiva de les quatre dimensions de Blaxter (2004) esmentades més amunt. A la pregunta de fins a quin punt el jovent català està satisfet amb la seva vida (taula 3.1), la mitjana de les respostes és de 7,9 (en una escala de 0 a 10), cosa que indica uns nivells de satisfacció relativament alts.

TAULA 3.1. Nivell de satisfacció amb la vida. Joves de 15 a 34 anys. Catalunya, 2012. Percentatge sobre una escala de 0 (nivell més baix) a 10 (nivell més alt)

| Nivell de satisfacció | % | % acumulat |
|-----------------------|------|------------|
| 0 | 0,3 | 0,3 |
| 1 | 0,0 | 0,3 |
| 2 | 0,7 | 1,0 |
| 3 | 1,1 | 2,1 |
| 4 | 1,0 | 3,0 |
| 5 | 3,8 | 6,9 |
| 6 | 7,3 | 14,1 |
| 7 | 19,0 | 33,2 |
| 8 | 33,4 | 66,5 |
| 9 | 17,3 | 83,8 |
| 10 | 16,2 | 100 |
| Total | 100 | - |

Font: Enquesta a la joventut de Catalunya 2012 (Direcció General de Joventut)

Les dades permeten observar que dues terceres parts de la població jove se situa per damunt de la mitjana, mentre que una tercera part ho fa per davall. Només hi ha un 14,1% per sota de 7, que serien els més insatisfets. De fet, entre el 7 i el 8 s'agrupen més de la meitat de les respostes.

Les anàlisis de contingències efectuades (taules A3.1-A3.7 de l'Annex on-line) mostren que els i les joves que es consideren més satisfets que la mitjana són tant homes com dones, tant estudiants com no estudiants i de tots els àmbits territorials (és a dir, no hi ha diferències significatives per a aquestes variables). No obstant això, sí que hi ha diferències en funció de l'edat, ja que els menors de 20 anys mostren una major satisfacció vital, mentre que a mesura que augmenta l'edat la proporció de persones que es consideren satisfetes tendeix a disminuir. El jovent d'origen nadiu es mostra més satisfet que el jovent immigrat. I també hi ha diferències significatives en funció de l'estatus socioeconòmic dels progenitors, de tal manera que aquelles persones amb pare o mare de categories més altes es manifesten més satisfetes (per exemple, entre aquells amb pare o mare que ocupen càrrecs directius o gerencials hi ha un 76,3% de joves amb una satisfacció per damunt de la mitjana; mentre que entre aquells amb progenitors d'ocupacions elementals la proporció baixa al 64%). Per altra banda, s'observa que la satisfacció vital disminueix entre els i les joves que estan a l'atur o en situació d'inactivitat.

En definitiva, les dimensions estructurals lligades al món laboral, a l'estatus social familiar, i també a les seves conseqüències amb el pas del temps (ja que amb l'edat disminueix la satisfacció vital) són les que més influeixen en la valoració de l'autosatisfacció vital.

3.2.2. Salut psicosocial

El 81,6% dels i les joves no s'ha sentit gaire angoixat ni ha patit ansietat, o potser només alguna vegada, durant els dotze mesos previs a l'enquesta (taula 3.2). En canvi, hi ha un 15,3% que se n'ha sentit sovint i un 3,1% sempre o gairebé sempre, cosa que ens indica que un 18,4% manifesta patir aquests símptomes de malestar psicosocial sovint.

TAULA 3.2. Haver-se sentit deprimít/ida, angoixat/ada o haver patit ansietat en els darrers dotze mesos. Joves de 15 a 34 anys. Catalunya, 2012. Percentatge

| Haver-se sentit deprimít/ida, angoixat/ada o haver patit ansietat | % |
|---|------|
| Mai o gairebé mai | 38,8 |
| Alguna vegada | 42,8 |
| Sovint | 15,3 |
| Sempre o gairebé sempre | 3,1 |
| Total | 100 |

Font: Enquesta a la joventut de Catalunya 2012 (Direcció General de Joventut)

Les persones que s'han sentit més deprimides, angoixades o han patit situacions d'ansietat (taules A3.2-A3.7) són més dones (21,3%) que homes (15,5%), i a mesura que augmenta l'edat s'incrementa la proporció de joves que manifesten aquests símptomes, tot i que a partir dels 30 anys s'estabilitza i fins i tot torna a disminuir una mica. Es tracta d'uns símptomes que també són més freqüents entre els i les joves que estan a l'atur (29,2%) o en situacions d'inactivitat (27,8%), mentre que són molt menors entre estudiants (17,0%)

i ocupats (15,9%). De fet, els i les joves que estan estudiant en manifesten bastant menys que aquells que no estudien, entre els quals és un fenomen que predomina entre aturats i inactius. L'estudi i l'ocupació, per tant, serien situacions que contribuirien a disminuir aquests símptomes de mala salut psicosocial.

No hi ha diferències significatives per àmbit territorial de residència. Però sí que n'hi ha en funció de si s'és nadiu (16,4%) o d'origen immigrant (27,4%), ja que com es pot observar aquests darrers en manifesten en força major proporció.

D'entre les persones que s'han sentit deprimides, angoixades o amb ansietat, el 23,5% ho vincula a *la manca de feina* (taula 3.3), mentre que una proporció molt similar a *situacions que es donen a la feina* (23,3%), cosa que situa la dimensió laboral com un eix clau per entendre aquest tipus de malestars psicosocials. Això encara es reafirma més si tenim en compte que un 21,3% ho atribueix a *una mica de tot* i un 19,9% a la *manca d'ingressos*, categories que també poden estar relacionades amb la feina. Al voltant del 17,2% ho atribueixen a preocupacions per la *salut pròpia o d'algun familiar*, un 12,3% a les *relacions de parella*, mentre que un 12,2% ho atribueix a *altres coses*, entre les que destaquen les preocupacions relacionades amb els estudis.

TAULA 3.3. Motiu per a sentir-se deprimid/ida, angoixat/ada o haver patit ansietat. Joves de 15 a 34 anys. Catalunya, 2012. Percentatge (resposta múltiple)

| Motiu | % |
|--|------|
| La manca de feina | 23,5 |
| La manca d'ingressos | 19,9 |
| Situacions que es donen a la feina | 23,3 |
| La salut pròpia o d'algun familiar | 17,2 |
| La relació de parella | 12,3 |
| La relació amb la família (exclosa la parella) | 9,6 |
| Una mica de tot | 21,3 |
| Altres | 12,2 |

Font: Enquesta a la joventut de Catalunya 2012 (Direcció General de Joventut)

3.2.3. Accidents

Les formes de perdre la salut es poden classificar en dues tipologies bàsiques: les ràpides i les lentes. O, dit d'una altra manera, els accidents i les malalties. Els accidents constitueixen l'aparició de danys a la salut de manera immediata, cosa que els fa molt visibles i fàcilment identificables. Les malalties, en canvi, són una forma de perdre la salut a mitjà o a llarg termini, després d'un període de latència sense símptomes aparents, fins que finalment aquests es fan presents i la malaltia es fa visible. Entre la població jove, els accidents són la forma més visible de pèrdua de salut, ja que les malalties es van fent més prevalents a mesura que passa el temps i, per tant, augmenta l'edat.

Les principals preocupacions pel que fa als accidents del jovent giren al voltant del trànsit, que de fet constitueix la principal causa de mortalitat entre aquest grup d'edat. La bibliografia mostra com la població jove, ja sigui per tenir una menor aversió al risc o bé per un tema de pressió de grup, està relacionada amb certs comportaments que augmenten la probabilitat de patir lesions per accidents, com ara la conducció a una major velocitat, no posar-se el casc o el cinturó, etc. (Treno *et al.*, 2003). També podem trobar aspectes relacionats amb el disseny de les carreteres que, per exemple, no afavoreix els ciclistes o motoristes, que solen ser d'edats més joves.

Les dades de l'EJC12 mostren que un 9,2% dels joves i de les joves ha patit un accident de trànsit durant l'últim any (taula 3.4).

TAULA 3.4. Accidents de trànsit durant els darrers dotze mesos segons sexe. Joves de 15 a 34 anys. Catalunya, 2012. Percentatge

| Ha patit un accident | Sexe | | Total |
|----------------------|-------|-------|-------|
| | Dones | Homes | |
| Sí | 7,6 | 10,7 | 9,2 |
| No | 92,4 | 89,3 | 90,8 |
| Total | 100 | 100 | 100 |

Font: Enquesta a la joventut de Catalunya 2012 (Direcció General de Joventut)

D'aquests, el 36,4% el van patir treballant, un 14,7% durant una sortida d'oci nocturna i la resta en altres circumstàncies (taula 3.5).

TAULA 3.5. Circumstàncies en les que es va produir l'accident. Joves de 15 a 34 anys que han patit un accident de trànsit en els darrers dotze mesos. Catalunya, 2012. Percentatge

| Circumstància de l'accident | % |
|---|------|
| Treballant | 36,4 |
| De nit, en una sortida per motius d'oci | 14,7 |
| En altres circumstàncies | 48,8 |
| Total | 100 |

Font: Enquesta a la joventut de Catalunya 2012 (Direcció General de Joventut)

Les persones joves que han patit un accident de trànsit (taules A3.1-A3.7) són més homes (10,7%) que dones (7,6%). Els menors de 20 anys són els que menys n'han patit, mentre que el grup que més prevalença d'accidents presenta és el de 20 a 24 anys; a mesura que augmenta l'edat, però, aquests percentatges tornen a disminuir. Els accidents de trànsit els tenen sobretot les persones ocupades (11,5%, respecte al 6,9% d'estudiants o al 4,5% d'inactius), i són més freqüents entre els nadius (10%) que entre els joves d'origen immigrant (6%). No hi ha diferències significatives per àmbit territorial de residència ni per

mida del municipi. Per altra banda, cal assenyalar que un 8,3% dels joves i de les joves van patir accidents relacionats amb el treball (exclosos els de trànsit), però aquestes dades s'analitzaran en un apartat posterior dedicat a les relacions entre treball i salut.

3.3. Malalties

El disseny del qüestionari no va permetre incloure-hi el llistat de malalties agudes i cròniques habituals en les enquestes de salut, que hagués proporcionat informació més acurada sobre la dimensió “*disease*” de Blaxter (2004). Tanmateix, sí que disposem d'alguns indicis relatius a la presència de malalties entre la mostra estudiada, de manera directa en l'àmbit laboral i indirecta en altres àmbits vitals dels joves i de les joves.

Així, per exemple, el 23% de les persones enquestades que han estat treballant durant el darrer any reporten malalties relacionades amb la feina (com mals d'esquena, al·lèrgies o altres malalties). Més endavant analitzarem amb més detall aquestes dades en l'apartat de salut i treball.

Un altre indicador que ens pot donar informació sobre la prevalença de malalties és el consum de medicaments. En aquest sentit, s'observa que un 29,4% de les persones ha pres algun fàrmac durant els dos dies anteriors a l'enquesta, la meitat amb prescripció mèdica (taula 3.6).

TAULA 3.6. Haver consumit medicaments durant els darrers dos dies. Joves de 15 a 34 anys. Catalunya, 2012. Percentatge

| Consum de medicaments | % |
|------------------------------|------|
| Sí, amb prescripció mèdica | 15,4 |
| Sí, sense prescripció mèdica | 13,3 |
| Sí, totes dues coses | 0,7 |
| No | 70,6 |
| Total | 100 |

Font: Enquesta a la joventut de Catalunya 2012 (Direcció General de Joventut)

El consum de medicaments (taules A3.1-A3.7) és bastant més alt entre les dones (34,6%) que entre els homes (24,3%). Però, curiosament, no hi ha diferències significatives per grup d'edat (en prenen tant els de 15 a 19 anys com els de 30 a 34). Sí que n'hi ha per tipus d'activitat principal, de tal manera que els estudiants i aturats en tenen majors consums (30,8% i 30,7% respectivament). Les persones natives també en consumeixen més (30,2%) que els d'origen immigrant (25,9%). El jove amb progenitors amb categoria socioeconòmica baixa (ocupacions elementals) són els que més en consumeixen amb prescripció mèdica i els que menys sense prescripció mèdica (l'automedicació sembla més estesa entre les famílies d'estatus elevat). Per altra banda, no hi ha diferències significatives per àmbit territorial de residència ni per mida del municipi.

3.4. Pràctiques de risc

Una de les qüestions que no poden faltar en els estudis sobre salut i joventut és la referida a les pràctiques o comportaments de risc. De fet, si durant les darreres dues dècades han proliferat aquest tipus d'estudis és precisament per la preocupació social i política que ha generat el suposat increment de conductes de risc per part de joves. En aquest sentit, les temàtiques d'estudi habituals giren al voltant dels 'consums' en espais d'oci de substàncies legals (tabac, alcohol) o il·legals (drogues diverses), així com els hàbits més o menys saludables en termes d'alimentació i activitat física. Els comportaments sexuals també s'acostumen a tenir en compte, ja que poden comportar diversos tipus de conseqüències (embaràs, malalties infeccioses, etc.).

Un element comú a totes aquestes pràctiques és que, en les nostres societats, formen part dels processos de transició de la infantesa a l'edat adulta mitjançant diversos rituals juvenils on el marge de decisió de l'individu sovint es veu restringit per la pressió grupal. Uns rituals que, alhora, són utilitzats, modificats i potenciat per una poderosa indústria de l'oci i l'entreteniment que té en la joventut el principal *target* de consumidors.

En el qüestionari es demana amb quina freqüència es realitzen certes pràctiques considerades de risc. La síntesi d'aquestes dades en la taula 3.7 mostra la proporció de joves que hi són exposats i exposades almenys un cop al mes o amb major freqüència.

TAULA 3.7. Realització de pràctiques de risc (un cop al mes o amb major freqüència). Joves de 15 a 34 anys. Catalunya, 2012. Percentatge

| Pràctica de risc | % |
|------------------------|------|
| Emborratxar-se | 32,9 |
| Fumar tabac | 32,6 |
| Fumar haixix | 10,0 |
| Prendre altres drogues | 4,0 |
| Conduir i anar begut | 6,1 |

Font: Enquesta a la joventut de Catalunya 2012 (Direcció General de Joventut)

Cal assenyalar que totes aquestes pràctiques es correlacionen positivament entre si. És a dir, per exemple, les persones que fumen tabac manifesten més consum d'haixix i d'altres drogues, i més probabilitat d'emborratxar-se i de conduir begut, que els que no en fumen. La mateixa combinació es repeteix entre les altres pràctiques de risc (taules A3.16-A3.25).

A continuació fem una anàlisi més detallada de cadascuna d'aquestes pràctiques o comportaments. A més, també dedicarem un subapartat a la qüestió de les pràctiques sexuals i a l'ús de serveis d'assessorament i orientació sobre diverses pràctiques de risc.

3.4.1. Tabac

Una de les pràctiques de risc més freqüent entre la joventut catalana és el consum de tabac. L'acte de fumar cigarretes és un dels indicadors més utilitzat en la recerca en salut com a predictor dels estats de salut de les persones, a causa dels nombrosos riscos que pot comportar (trastorns coronaris, broncopulmonars, tumors i càncers, etc.). Se sap que les persones que comencen a fumar quan són joves tenen una major probabilitat de convertir-se en fumadors que consumeixen una gran quantitat de cigarretes al dia, i tenen una menor esperança de vida o una vida amb pitjors nivells de salut (Pust, Mohnen i Schneider, 2008).

D'acord amb les dades de l'EJC12 (taula 3.8), el 32,6% de les persones joves fumen tabac, dels quals la majoria (27,2%) en fa un consum diari, mentre que els fumadors esporàdics són molt minoritaris (al voltant de l'1-2%).

TAULA 3.8. Freqüència de consum de tabac. Joves de 15 a 34 anys. Catalunya, 2012. Percentatge

| Freqüència | % |
|------------------------|------|
| Cada dia | 27,2 |
| >1 cop/setmana | 2,3 |
| 1 cop/setmana | 1,2 |
| > 1 cop/mes | 0,9 |
| 1 cop/mes, més o menys | 0,9 |
| Mai o gairebé mai | 67,4 |
| Total | 100 |

Font: Enquesta a la joventut de Catalunya 2012 (Direcció General de Joventut)

L'edat mitjana d'inici al consum de tabac és de 16 anys (amb una desviació típica de 2,7 i un rang d'edats de 8 a 32 anys). S'observa (taules A3.8-A3.15) que hi ha més fumadors entre els homes (35,5%) que entre les dones (29,7%), i que la proporció de fumadors augmenta amb l'edat, de tal manera que mentre en el grup de 15 a 19 anys els fumadors són un 22,1%, la proporció es va incrementant fins arribar al 38,3% del grup de 25 a 29 anys, tot i que a partir dels 30 anys la proporció disminueix (33,7%). No hi ha diferències per nivell d'estudis acabats, però sí per activitat principal, de tal manera que la proporció de persones fumadores és menor entre els estudiants (24,6%) que entre les ocupades (35,9%) i encara més que entre les aturades (46,7%). Hi ha més fumadors entre els nadius (35,3%) que entre els d'origen immigrant (20,3%). La proporció de fumadors és menor entre aquells amb progenitors d'estatus socioeconòmic baix (ocupacions elementals). En canvi, no hi ha diferències significatives per àmbit territorial de residència ni per mida del municipi.

3.4.2. Haixix

Un 10% de les persones joves consumeixen haixix, si bé només un 2% ho fa amb una regularitat diària, mentre que la gran majoria de consumidors en fan un ús més aviat esporàdic (taula 3.9), probablement vinculat a rituals d'oci. Les dades semblen ser similars a les de 2007 (si bé no són estrictament comparables perquè les categories de resposta no coincideixen exactament). En qualsevol cas, cal tenir present que aquestes dades són difícils de recollir de manera fiable mitjançant un qüestionari, per la qual cosa s'han d'interpretar com a indicis fragmentaris d'una realitat complexa.

TAULA 3.9. Freqüència de consum d'haixix. Joves de 15 a 34 anys. Catalunya, 2012. Percentatge

| Freqüència | % |
|------------------------|------|
| Cada dia | 2,0 |
| >1 cop/setmana | 1,6 |
| 1 cop/setmana | 0,9 |
| > 1 cop/mes | 1,6 |
| 1 cop/mes, més o menys | 4,0 |
| Mai o gairebé mai | 90,0 |
| Total | 100 |

Font: Enquesta a la joventut de Catalunya 2012 (Direcció General de Joventut)

El consum d'haixix (taules A3.8-3.15) és gairebé el doble entre els homes (13,3%) que entre les dones (6,5%), particularment del grup de 20 a 24 anys (14,6%), seguit de lluny pels altres grups d'edat. A penes hi ha diferències entre els estudiants i els no estudiants, però sí entre persones aturades i ocupades (les aturades són més: 13,5% respecte al 9,8% de les ocupades, i al 9,3% d'estudiants). El jovent nadiu presenta una proporció de consumidors molt més alta que el jovent d'origen immigrant (11,2% versus 4,5%). Pel que fa als àmbits territorials, al Camp de Tarragona i al Penedès hi ha major proporció de consumidors, però les diferències respecte als altres àmbits no són excessives, tot i ser significatives. Les Comarques Gironines i les Centrals són els àmbits territorials amb menor consum d'haixix. Per altra banda, no hi ha diferències significatives pel que fa a la mida del municipi de residència.

3.4.3. Altres drogues

Pel que fa al consum d'altres drogues (en principi il·legals), el consum és molt més minoritari (4%), i la majoria es produeix de manera esporàdica (un cop al mes), mentre que el consum freqüent és gairebé residual (taula 3.10). Les dades semblen bastant similars a les de 2007 (si bé no són estrictament comparables perquè les categories de resposta són lleugerament diferents).

TAULA 3.10. Freqüència de consum d'altres drogues. Joves de 15 a 34 anys. Catalunya, 2012. Percentatge

| Freqüència | % |
|------------------------|------|
| Cada dia | 0,6 |
| >1 cop/setmana | 0,3 |
| 1 cop/setmana | 0,1 |
| > 1 cop/mes | 0,5 |
| 1 cop/mes, més o menys | 2,5 |
| Mai o gairebé mai | 96,0 |
| Total | 100 |

Font: Enquesta a la joventut de Catalunya 2012 (Direcció General de Joventut)

Entre els consumidors d'aquestes 'altres drogues' (taules A3.8-A3.15), els homes representen tres vegades més que les dones (5,8% versus 2,3%). La proporció de consumidors és bastant més elevada entre les edats de 20 a 24 anys i de 25 a 29 anys, mentre que és molt menor (la meitat o més) entre les persones més joves i més grans d'aquestes edats (menors de 20 anys i majors de 30). També s'observa que els i les joves en situació d'atur en consumeixen gairebé el doble (7,9%) que les ocupades (4,7%), i aquestes, alhora, doble que les que estan estudiant (2,2%) o en situació d'inactivitat (2,3%). Per altra banda, entre els nadius hi ha el doble de consumidors que entre els d'origen immigrant (4,4% versus 2,6%). I el jove amb progenitors d'estatus socioeconòmic alt (directors/ores i gerents) gairebé dupliquen la proporció de consumidors d'aquestes altres drogues respecte a la resta de joves.

Tot i que no hi ha diferències estadísticament significatives de manera global, sembla que l'àmbit del Camp de Tarragona és el que presenta major consum d'aquestes drogues. D'altra banda, sí que hi ha diferències significatives per mida del municipi, de tal manera que se'n consumeixen més en els municipis grans (els de més de 50.000 habitants).

3.4.4. Consum d'alcohol

L'alcohol és una de les substàncies tòxiques més presents en la nostra societat, i és un producte molt arrelat en les tradicions culturals i en les pautes d'interrelació social de les societats occidentals. Els estudiosos suggereixen que l'alt consum d'alcohol entre la població jove és un dels problemes creixents de salut pública del país occidental (McCreanor *et al.*, 2005 i Kneale i French, 2008). El consum d'alcohol afecta a segments de la població jove amb un status socioeconòmic elevat i, per exemple, s'estima que és molt freqüent entre joves universitaris (Karam *et al.*, 2007).

Les dades de l'EJC12 permeten veure que, de les pràctiques de risc analitzades, la més freqüent és el consum excessiu d'alcohol (al qüestionari s'utilitza el terme "emborratxar-se"). Gairebé la tercera part de la mostra (32,9%) afirma emborratxar-se, en general de manera esporàdica (la majoria un cop al mes aproximadament), tot i que al voltant d'un

10% s'emborratxa amb més freqüència (taula 3.11). En qualsevol cas, no hi ha ningú que s'emborratxi diàriament, i els que ho fan un cop per setmana no arriben a l'1% del total de la mostra. Tot i que no són estrictament comparables a les del 2007, aquestes dades presenten una lleu tendència a incrementar-se amb relació a les respostes de l'EJC12.

TAULA 3.11. Freqüència de consum d'alcohol ("emborratjar-se"). Joves de 15 a 34 anys. Catalunya, 2012. Percentatge

| Freqüència | % |
|------------------------|----------|
| Cada dia | 0,0 |
| >1 cop/setmana | 0,8 |
| 1 cop/setmana | 3,8 |
| > 1 cop/mes | 8,8 |
| 1 cop/mes, més o menys | 19,5 |
| Mai o gairebé mai | 67,1 |
| Total | 100 |

Font: Enquesta a la joventut de Catalunya 2012 (Direcció General de Joventut)

La pràctica d'emborratjar-se (taules A3.8-A3.15) predomina més entre els homes (39,3%) que entre les dones (26,3%). Es dona més en els grups d'edat més joves (15 a 19 anys: 40,4%; 20 a 24 anys: 44,9%), mentre que disminueix força a partir dels 25 anys (25 a 29 anys: 30%; 30 a 34 anys: 20,6%). En consonància amb la bibliografia internacional anteriorment citada, els i les joves que estan estudiant s'emborratxen més (42,7%) que els ocupats (29,6%), inactius (24,4%) i aturats (22,2%). També s'observa que és una pràctica molt més freqüent (de fet més del doble) entre els nadius (36,6%) que entre les persones d'origen immigrant (16,1%). I també és més freqüent entre persones joves que tenen progenitors de categoria socioeconòmica alta (directius/ives i gerents) que entre la resta.

Pel que fa a emborratjar-se, sí que hi ha diferències per àmbits territorials, de tal manera que el Camp de Tarragona és el que presenta freqüències més altes (42,1%), mentre que les Comarques Gironines presenten les més baixes (16,9%). També hi ha diferències significatives per mida del municipi de residència, ja que on més s'emborratxen és en les grans ciutats (més de 50.000 habitants: 37%), seguides dels pobles petits (menys de 2.000 habitants: 32,5%), mentre que la proporció és menor en les ciutats intermèdies (27,4%).

3.4.5. Alcohol i conducció de vehicles

El consum d'alcohol entre la població jove no només té conseqüències directes a curt o a llarg termini sobre la salut sinó que, a més a més, està associat a tota una altra sèrie de comportaments "poc saludables" com són la conducció temerària de vehicles (risc d'accidents), la violència, la pràctica del sexe sense protecció ni planificació, etc. (Harford *et al.*, 2002). Alguns estudis mostren que aquells adults que van començar a beure alcohol en edats joves (menys de 14 anys) tenen una probabilitat major de patir accidents per conduir

sota els efectes de l'alcohol en edats adultes (Hingson *et al.*, 2004). Altres estudis apunten que certs factors estructurals, com per exemple la variació en el grau d'accessibilitat a les begudes alcohòliques que tenen els joves en diferents regions o territoris, pot contribuir a explicar la variació d'accidents de trànsit i de lesions produïdes per aquest fet (Treno *et al.*, 2003).

Les dades de l'EJC12 mostren que aproximadament un 6,2% de les persones joves ha conduït un vehicle havent begut alcohol o ha anat en un cotxe conduït per una persona que n'ha begut (taula 3.12). S'observa que les persones que ho fan amb freqüència (més d'un cop al mes) són molt poques, i són més o menys la mateixa proporció que el 2007, però les que no ho fan gaire (menys d'un cop al mes) sembla que s'han reduït força amb relació al 2007 (tot i que les dades no són estrictament comparables per canvis en la formulació de les respostes).

TAULA 3.12. Freqüència d'haver conduït begut o d'anar amb cotxe si el conductor ha begut. Joves de 15 a 34 anys. Catalunya, 2012. Percentatge

| Freqüència | % |
|------------------------|----------|
| Cada dia | 0,1 |
| >1 cop/setmana | 0,1 |
| 1 cop/setmana | 0,3 |
| > 1 cop/mes | 0,9 |
| 1 cop/mes, més o menys | 4,8 |
| Mai o gairebé mai | 93,8 |
| Total | 100 |

Font: Enquesta a la joventut de Catalunya 2012 (Direcció General de Joventut)

Aquestes persones (taules A3.8-A3.15) que han anat en un cotxe conduït per una persona que havia begut alcohol (que podia ser ella mateixa), són més freqüents (el doble) entre els homes (8,7%) que entre les dones (3,6%). És una pràctica que, tot i ser minoritària, apareix sobretot entre els grups d'edat de 20 a 24 anys i de 25 a 29 anys (amb un 9,6% i 9,1% respectivament), mentre que el percentatge és molt petit abans dels 20 anys (2,9%) i torna a decaure dràsticament a partir dels 30 anys (3,6%). Es tracta, per tant, d'una pràctica més o menys típica d'un petit percentatge de nois que estan entre els 20 i els 30 anys.

S'observen diferències per l'activitat principal de la persona enquestada, de manera que és una pràctica que fan més els ocupats (7%) i els aturats (7,3%) que els estudiants (4,8%) o els inactius (4,6%). També és una cosa que fan més (més del triple) els joves autòctons (7,2%) que els d'origen immigrant (1,7%). En canvi, no hi ha diferències per àmbit territorial de residència però sí per mida del municipi: passa amb més freqüència als pobles petits (de fins a 10.000 habitants), cosa que pot estar relacionada amb el fet que a les ciutats grans hi ha més oferta de transport públic.

3.4.6. Salut sexual

Les societats occidentals han experimentat una sèrie de transformacions socials i culturals que han afectat de manera diversa la sexualitat dels seus habitants. Entre els canvis produïts durant les darreres dècades destaca l'avançament en les primeres relacions sexuals a edats cada cop més joves. Segons Kontula (2004), en la majoria de casos aquest fet no ha comportat un augment de problemes de salut reproductiva, ja que l'educació i l'assumpció de responsabilitats en les pràctiques sexuals també s'ha avançat. Ara bé, quan l'avançament en l'inici de les relacions sexuals interacciona amb altres factors, com ara la manca de formació, certs tipus de creences, actituds o pobresa, es poden arribar a produir situacions problemàtiques.

Les dades de l'EJC12 mostren que el 74,1% de joves han mantingut relacions sexuals completes (amb penetració) durant els tres mesos anteriors al moment de l'enquesta, el 21,9% no n'han tingut durant aquest període de temps i només un 4% diuen no haver-ne tingut mai (taula 3.13).

TAULA 3.13. Haver tingut relacions sexuals amb penetració. Joves de 15 a 34 anys. Catalunya, 2012. Percentatge

| Ha tingut relacions sexuals | % |
|---------------------------------------|------|
| Sí, en els darrers tres mesos | 74,1 |
| Sí, però no en els darrers tres mesos | 21,9 |
| Mai n'ha tingut | 4,0 |
| Total | 100 |

Font: Enquesta a la joventut de Catalunya 2012 (Direcció General de Joventut)

En tots tres casos (taules A3.25-A3.35) la proporció d'homes i dones és molt similar (no hi ha diferències significatives per sexe). En canvi, sí que hi ha diferències significatives per grups d'edat, de tal manera que els que presenten menors freqüències són el grup de 15 a 19 anys (40,5%), proporció que es duplica en els grups següents, amb tendència creixent a mesura que augmenta l'edat (79,6% de relació completa en el grup de 20 a 24 anys, 82,1% en el grup de 25 a 29 anys i 87,9% en el grup de 30 a 34 anys).

Hi ha notables diferències per activitat principal de les persones enquestades. Els estudiants són els que presenten menors freqüències (53,5%), a molta distància de la resta de situacions, amb els ocupats amb la freqüència més alta (86,6%) seguits de les persones en atur i inactives (amb un 78,1% i 79,8% respectivament). La proporció és també més elevada entre el jovent autòcton (76,8%) que entre les persones d'origen immigrant (61%).

Pel que fa a àmbits territorials de residència, no hi ha gaires diferències, si bé destaca l'àmbit de Ponent i Alt Pirineu i Aran com el que agrupa major proporció de joves que han tingut relacions sexuals completes (84,9%, respecte als aproximadament 70-75% de la

resta d'àmbits territorials). També s'observen diferències significatives en funció de la mida del municipi, de tal manera que les freqüències més altes són en els municipis més petits (fins a 10.000 habitants).

Pel que fa a les *pràctiques protectores* dels joves i de les joves que han mantingut relacions sexuals (amb penetració) durant els tres mesos anteriors a l'enquesta, un 20,5% diu que no va utilitzar cap mètode anticonceptiu, i un 79,5% afirma que sí.

Aquestes persones (taules A3.26-A3.35) són més homes que dones. Es protegeixen més els de menor edat, és a dir, l'ús de mètodes anticonceptius tendeix a disminuir a mesura que augmenta l'edat. S'observa que aquest comportament està relacionat amb la situació de convivència de la persona, de tal manera que, per exemple, els i les joves que conviuen amb parella i fills en fan un menor ús (64%) que els que viuen a la llar d'origen (91%). En certa manera es podria dir que l'estabilització de les relacions de parella es relaciona amb un menor ús de mètodes anticonceptius.

L'ús d'anticonceptius és bastant més elevat entre el jovent autòcton que entre el d'origen immigrant. També és més freqüent entre els i les joves amb progenitors d'estatus socioeconòmic elevat. Pel que fa al nivell d'estudis, s'observa que a mesura que augmenta hi ha un major ús d'anticonceptius: així, les persones que tenen finalitzats els estudis secundaris postobligatoris són les que més l'utilitzen, mentre que les que només tenen estudis obligatoris són les que menys. Per àmbits territorials, on menys s'utilitzen és a les Comarques Centrals, a les Terres de l'Ebre i al Camp de Tarragona.

El tipus de mètode anticonceptiu més utilitzat és el preservatiu masculí, utilitzat en 2 de cada 3 casos (63,9%), seguit per la píndola anticonceptiva (26,5%) i, a molta distància, per altres mètodes hormonals (anell vaginal, "pegats" anticonceptius, etc.) (10%). La resta de possibles mètodes representen percentatges molt petits (inferiors al 3%) (taula 3.14).

TAULA 3.14. Tipus de mètodes anticonceptius utilitzats. Joves de 15 a 34 anys. Catalunya, 2012. Percentatge (resposta múltiple)

| Mètode anticonceptiu | % |
|---|----------|
| Preservatiu masculí | 63,9 |
| Preservatiu femení | 0,7 |
| Píndola anticonceptiva | 26,5 |
| Altres mètodes hormonals (anell vaginal, "pegats" anticonceptius) | 10,0 |
| Diafragma | 0,0 |
| DIU | 2,5 |
| Anticoncepció d'emergència o pastilla del dia després | 0,1 |
| Coit interromput o "marxa enrera" | 0,5 |

Font: Enquesta a la joventut de Catalunya 2012 (Direcció General de Joventut)

3.5. Ús de programes d'assessorament i orientació en temes de salut

A les persones enquestades se'ls ha fet algunes preguntes sobre la utilització de programes o serveis d'assessorament i orientació amb relació a temes que tenen a veure directament o indirecta amb la salut. En concret, s'analitza l'assessorament en temes de drogues, sexualitat i alimentació.

TAULA 3.15. Utilització de serveis d'assessorament o orientació personalitzada sobre temes relacionats amb la salut. Joves de 15 a 34 anys. Catalunya, 2012. Percentatge (resposta múltiple)

| Servei d'assessorament | % |
|------------------------|------|
| Alimentació | 16,4 |
| Drogues | 25,4 |
| Sexualitat/afectivitat | 29,2 |

Font: Enquesta a la joventut de Catalunya 2012 (Direcció General de Joventut)

3.5.1. Programes d'assessorament i orientació en temes de drogues

L'EJC12 mostra que un 25,4% dels joves i de les joves ha rebut algun tipus d'assessorament o orientació personalitzada sobre temes de drogues (en general) al llarg de la seva vida, quasi la quarta part durant el darrer any (taula 3.15). Aquestes persones valoren aquest servei d'assessorament/orientació amb un 7,1 (en una escala de 0 a 10 punts) (amb una desviació típica d'1,9). Les persones que n'han fet ús (taules A3.37-A3.43) són tant homes com dones (una mica més dones, però les diferències no són estadísticament significatives), principalment dels grups d'edat més joves (45,7% dels de 15 a 29 anys; proporció que va disminuint progressivament fins el 14,2% dels de 30 a 34 anys). Els usuaris han estat més el jovent autòcton (28,2%) que el d'origen immigrant (13,2%). També s'observen diferències significatives amb relació a l'estatus socioeconòmic del pare i la mare, de tal manera que aquells amb estatus ocupacionals alts com directius/ives i gerents (27,2%) i tècnics/tècniques i professionals (29,3%) han utilitzat més aquell tipus de servei, mentre que els que tenen progenitors amb ocupacions elementals els han freqüentat menys (19,4%). Les diferències també són considerables entre els i les joves que estan estudiant (38,2%) i aquells que ja no estudien (18,5%); entre els que tenen nivells educatius baixos (26,6%) i mitjans (28,9%) i els que els tenen superiors (21,5%). Pel que fa als àmbits territorials de residència, als àmbits de Ponent i Alt Pirineu i Aran (44,8%), Penedès (32,6%) i Metropolità (30,1%) hi ha més proporció de joves que han rebut aquell tipus de serveis d'assessorament, a molta distància d'altres com les Comarques Gironines (5,3%), el Camp de Tarragona (4,2%) i les Terres de l'Ebre (1,3%). En canvi, no hi ha diferències significatives per mida del municipi.

3.5.2. Programes d'assessorament i orientació en temes de sexualitat i salut reproductiva

L'EJC12 permet observar que el 29,2% de joves ha fet ús d'algun servei d'assessorament o orientació personalitzat en temes de salut sexual/afectivitat al llarg de la seva vida (taula 3.15); aproximadament la cinquena part l'ha rebut durant l'últim any. La valoració que en fan és de 7,2 en una escala de 0 a 10 punts (amb una desviació típica d'1,6). Les persones que han fet ús d'aquest tipus de serveis (taules A3.37-A3.43) són més dones que homes (33,1% versus 25,4%), principalment del grup d'edat de 15 a 19 anys (45%), mentre que a mesura que augmenta l'edat la freqüència disminueix força (fins el 17,4% del grup de 30 a 34 anys). La freqüentació d'aquest servei és més elevada entre la població jove que està estudiant que entre la que no. I també més entre la que està ocupada que entre la que està en atur. Els autòctons en fan un major ús que el jovent d'origen immigrant (32,6% versus 14,1%).

S'observa també que hi ha una clara diferència en l'ús segons l'estatus dels progenitors: els que tenen pare o mare d'estatus socioeconòmic alts (directius/ives i gerents i tècnics/tècniques i professionals hi ha anat molt més que els d'estatus més baix (33-34% versus 20%). Per àmbit territorial, destaquen amb major proporció els de Ponent i Alt Pirineu i Aran (48,6%) i l'àmbit Metropolità (34,4%), a molta distància dels que menys, que són les Comarques Gironines (6,3%), el Camp de Tarragona (4,7%) i les Terres de l'Ebre (2,6%). En canvi, no hi ha diferències per mida del municipi.

3.5.3. Programes d'assessorament i orientació en temes d'alimentació

Tot i que al qüestionari no hi havia cap pregunta sobre aspectes d'alimentació i salut, sí que hi havia una qüestió sobre haver utilitzat algun servei d'assessorament o orientació personalitzada sobre temes d'alimentació amb relació a la salut. Les respostes expressades mostren que un 16,4% dels joves i de les joves han rebut algun d'aquests serveis (taula 3.15).

Entre aquests joves (taules A3.37-A3.43) hi ha més dones que homes (18,1% versus 14,8%) principalment del grup d'edat més jove (32,3% els de 15 a 19 anys; proporció que disminueix dràsticament fins el 18,9% dels de 20 a 24 anys; el 10,3% dels de 25 a 29 anys; i el 7,9% dels de 30 a 34 anys). És un comportament més freqüent entre els nascuts a l'Estat espanyol (18,3%) que entre els nascuts a fora (8,2%). I també entre els i les joves amb progenitors de categories socioeconòmiques més altes (19,2% els directius/ives i gerents i 19,3% els professionals i tècnics/tècniques; versus el 15,3% de les ocupacions mitjanes i el 13,1% de les ocupacions elementals).

Han fet ús d'aquest tipus de servei el 27% dels que estan estudiant i el 10,5% dels que ja no estudien. Amb relació al nivell d'estudis acabats, aquells amb un nivell d'estudis més baix hi han anat més que els d'estudis superiors (el doble: 19,8% els d'estudis obligatoris o inferiors; 10,6% els d'estudis superiors).

Per àmbit territorial de residència, l'ús d'aquest tipus de serveis d'orientació/assessorament en termes d'alimentació i salut és molt més freqüent en els àmbits de Ponent, Alt Pirineu i Aran (34,3%), Metropolità (19,4%) i Penedès (15,0%); a molta distància de les Comarques Gironines (3,3%), el Camp de Tarragona (5,1%) i les Terres de l'Ebre (2,6%). Probablement aquestes dades estaran relacionades amb l'oferta existent en cada àmbit territorial. Les Comarques Centrals queden en una posició intermèdia (9,5%). No hi ha diferències significatives per mida del municipi.

3.6. Salut i treball

Hem dedicat un apartat específic a les interrelacions entre la salut i l'esfera de l'activitat laboral, ja que constitueix un dels àmbits estructurals que condiciona l'estat de salut del jovent de manera considerable, tant per la seva presència com absència (situacions d'atur o d'inactivitat).

De fet, l'àmbit laboral constitueix un dels llocs on les persones estan exposades a més factors de risc i on poden haver nombrosos comportaments que ocasionin danys a la salut, tant físics com psíquics i socials. Les dades de seguretat i salut en el treball relatives als grups d'edat joves a Europa mostren que els treballadors/ores joves estan per damunt de la mitjana pel que fa al risc en el treball, principalment a causa de l'acumulació de factors de precarització que apleguen, entre els que cal ressaltar unes condicions de treball poc adequades, una major vulnerabilitat vers l'explotació i un menor nivell d'organització per a l'acció col·lectiva (Vogel, 2006).

L'EJC12 preguntava als joves i a les joves que han estat ocupats durant els darrers dotze mesos si havien patit algun accident o adquirit alguna malaltia relacionada amb la feina. Els resultats mostren que el 8,3% han patit accidents relacionats amb el treball (sense comptar els de trànsit, que sumarien un 3% addicional), mentre que el 23% reporten malalties relacionades amb la feina durant aquest període.

3.6.1. Accidents relacionats amb el treball

Pel que fa als accidents relacionats amb el treball, s'observa (taules A3.45-A3.62) que els homes en tenen el doble (11%) que les dones (5,3%). Entre el grup d'edat 15 a 19 anys no hi ha hagut cap accident relacionat amb el treball, en canvi la resta de grups d'edat presenten percentatges similars d'accidents (al voltant del 8-10%), si bé amb tendència a disminuir a partir dels 30 anys. Evidentment, aquest tipus d'accidents els han tingut les persones ocupades, però s'observa que entre els estudiants també n'hi ha alguns (entre aquells que estudien i treballen alhora). Pel que fa al nivell d'estudis acabats (de les persones ocupades), els que tenen estudis obligatoris o inferiors tenen més accidents (11,1%) que els que tenen estudis superiors (7,1%).

No hi ha diferències significatives entre autòctons i immigrants, ni per àmbit territorial ni per mida del municipi. Tampoc per categoria socioeconòmica dels progenitors (tot i que

la proporció de joves accidentats a la feina és una mica menor entre aquells amb pare o mare de categoria socioeconòmica alta, però les diferències globals no són estadísticament significatives).

Sí que hi ha diferències significatives, en canvi, per situació professional (categoria ocupacional) dels i de les joves, de tal manera que els accidents predominen entre els assalariats del sector privat (9%), seguits pels autònoms (7,8%), pels assalariats del sector públic (6,8%) i, finalment (amb les freqüències més baixes) pels professionals i/o empresaris amb assalariats (5,8%).

Curiosament, pel que fa al tipus de contracte, no s'observen diferències estadísticament significatives entre les persones amb contractes temporals i amb contractes indefinits, si bé aquestes darreres mostren una freqüència superior (9,9% versus 6%). Això és veu reforçat pel fet que la proporció de persones que ha patit un accident a la feina és més elevada entre aquells joves que han tingut una major estabilitat en el seu itinerari laboral (per exemple, han patit algun accident el 9,9% dels que han tingut només entre l'1% i el 25% d'inestabilitat en la seva història laboral, i el 5,9% d'aquells amb una inestabilitat superior al 75% del temps treballat). Es tracta d'una dada sorprenent, ja que no es correspon amb la bibliografia sobre el tema (p.e. Vogel, 2006 o Espluga *et al.*, 2010), però que, com s'ha dit, en el present cas es veu recolzada per la correlació observada amb el tipus de contracte. Probablement aquesta discordança es podria atribuir a la situació de crisi econòmica actual, en què bona part de la població jove amb contracte temporal ha perdut la feina i, per tant, la proporció d'ocupats amb contracte indefinit ha augmentat. De fet, les dades de l'EJC12 mostren que entre els aturats hi ha un percentatge de gent relativament elevat (9,2%) que diu haver patit un accident a la feina durant el darrer any.

Hi ha altres variables relacionades amb les condicions d'ocupació que es correlacionen positivament amb el fet d'haver patit accidents laborals, com per exemple la percepció de la jornada laboral que tenen les persones enquestades, o de la remuneració que reben per la feina. Així, s'observa que els accidents són més freqüents (17,5%) entre les persones que consideren que tenen una jornada laboral que no els va 'gens' bé (versus el 8,4% dels que diuen que els va 'molt' bé). També passa una cosa similar entre els que fan més hores extres (i encara més els que treballen per projectes). En el mateix sentit, els accidents predominen entre les persones que consideren que la seva feina no està 'gens' ben pagada (13,3%) (versus un 0,9% entre els que la consideren 'molt' ben pagada, o el 9,2% dels que la consideren 'força' ben pagada). Una altra variable que es correlaciona positivament amb el fet d'haver patit un accident és el nivell d'ingressos derivats del treball (els que tenen menys ingressos tenen més accidents).

Finalment, hi ha factors vinculats a les condicions de treball que també estan relacionats amb els accidents, com la percepció de risc o l'organització de la feina. En aquest sentit, hi ha més accidents entre aquelles persones que consideren que la seva feina és 'molt' perillosa (29,3%, versus 5-6% entre els que la consideren 'poc' o 'gens' perillosa); i també en aquells casos on la gent té poca (o 'gens') autonomia per a fer la feina (14,3%, versus el 9,6% dels que tenen 'molta' autonomia, o el 6,3% dels que en tenen 'força').

En definitiva, queda clar que hi ha una sèrie de variables contextuals (jornades que no s'adeqüen a les necessitats de la vida quotidiana, realització d'hores extres, remuneració inadequada respecte les expectatives, manca de control sobre el propi treball, etc.) que es tradueixen en una major probabilitat de patir accidents. Aquests factors són més presents en el cas dels nois que treballen com a assalariats en el sector privat.

3.6.2. Malalties relacionades amb el treball

Pel que fa a les malalties relacionades amb el treball, el 23% del total dels joves i de les joves enquestades diu que en pateix o n'ha patit durant els darrers 12 mesos. Es tracta d'una dada que s'ha d'interpretar com una percepció subjectiva que ens indica que gairebé la quarta part del jovent considera que l'origen de certes molèsties o trastorns de salut que pateix (principalment mal d'esquena o al·lèrgies, que són els que la pregunta posava com a exemple) rau en la seva activitat laboral. És una informació relativament congruent amb dades d'altres estudis com l'Enquesta Europea de Condicions de Treball, que mostra que la tercera part de la població treballadora europea pateix mal d'esquena (Eurofound, 2012), o el que es deia a l'estudi d'Espluga *et al.* (2010), on el 17% de joves catalans tenia alguna al·lèrgia, el 16% mal d'esquena lumbar i el 14% mal d'esquena cervical, entre altres trastorns crònics. En qualsevol cas, en absència d'una pregunta més fiable, ho prendrem simplement com a indicis d'una realitat sobre la que caldria aprofundir.

Pel que fa a la variable sexe, s'observa (taules A3.45-A3.62) que passa al contrari que amb els accidents: les dones manifesten tenir força més malalties (28,8%) que els homes (17,3%). Però no hi ha altres diferències estadísticament significatives per a la resta de variables independents habituals (nivell d'edat, nivell d'estudis, ocupació, immigració, categoria socioeconòmica dels progenitors, àmbits territorials de residència, etc.).

En canvi, sí que es troben diferències significatives en funció de la categoria ocupacional de la persona jove, en el sentit que hi ha una major prevalença de malalties entre assalariats del sector públic (30,5%), seguit a certa distància dels autònoms sense assalariats (23,6%), dels assalariats del sector privat (22,1%) i d'empresaris amb assalariats (20,4%) (és la mateixa seqüència que la prevalença d'accidents de l'apartat anterior). S'observa també una major freqüència de malalties entre les persones que han tingut una mobilitat laboral ascendent (29,2% respecte la resta de tendències que se situen al voltant d'un 20%). La prevalença de malalties relacionades amb la feina és major entre les persones que en la seva vida diària combinen les situacions d'ocupació o d'atur amb l'estudi.

Per tipus de contracte les diferències no són significatives, però s'observa que la proporció d'aquestes malalties és més elevada entre les persones joves que han estat més d'un 25% del seu itinerari laboral en ocupacions inestables (i aquestes diferències sí que són estadísticament significatives).

Altres variables relacionades amb les *condicions d'ocupació*, com la jornada laboral o el salari també es correlacionen positivament amb la prevalença de malalties (per exemple, les malalties són més freqüents entre els que fan hores extres 'sempre o gairebé sempre',

32,8%, versus 20-22% dels que no en fan, en fan de tant en tant o sovint). En aquest sentit, s'observa que les malalties tenen una major prevalença entre la població que expressa que la seva jornada laboral no li va 'gens' bé (37%, versus el 15,9% dels que els va 'molt bé'), així com entre la que considera que la seva feina no està gaire ben pagada (30,1%, versus el 12,1% dels que la consideren molt ben pagada). De fet, també s'observa que a menors ingressos per treball, augmenta la proporció de gent amb malalties relacionades amb el treball.

Per altra banda, també la presència de malalties relacionades amb el treball presenta correlacions amb una sèrie de variables de *condicions de treball*, com la percepció de perill a la feina (hi ha un 44% de gent amb malalties entre els que diuen que la seva feina és 'molt' perillosa i un 19,1% entre els que diuen que no ho és 'gens'); la percepció de pressió psicossocial (hi ha un 33,7% de malalties entre aquells que diuen que la seva feina és 'molt' estressant, mentre que només un 11,6% entre els que diuen que no ho és 'gens'); així mateix, també ho són entre aquells que tenen poca autonomia a la feina (44,4% dels que no tenen 'gens autonomia' versus 17,7% dels que en tenen 'molta').

En definitiva, hi ha una sèrie de factors contextuals que incrementen la probabilitat de patir malalties relacionades amb el treball. Les dades mostren que es tracta particularment de dones, assalariades del sector privat, que sovint combinen la feina amb els estudis, amb una trajectòria ascendent però alhora precària (inestabilitat laboral), amb jornades laborals inadequades (que dificulten la conciliació) i una remuneració allunyada de les expectatives, amb feines percebudes com a perilloses i estressants, on la gent no té prou control sobre la pròpia feina.

3.7. Una mirada global a la salut de les persones joves

En aquest apartat s'ofereixen els resultats d'una anàlisi conjunta de bona part dels indicadors de salut de l'EJC12, a través de l'elaboració d'una tipologia que agrupi les persones joves segons els seus diferents estat i hàbits de salut.

3.7.1. Objectiu i metodologia de la tipologia

Les dades de l'EJC12 ens han permès definir una tipologia de joves en funció de les interrelacions entre les variables de salut i els factors de risc que els afecten. La classificació de la població jove catalana en funció del seu estat de salut percebuda i les seves conductes de risc declarades s'ha dut a terme a través d'una anàlisi de correspondències múltiples. Amb aquesta finalitat s'ha realitzat una selecció de variables rellevants tot tenint en compte els criteris següents:

- Que siguin indicatives dels factors/aspectes rellevants plantejats per la teoria.
- Que estiguin incloses al qüestionari de l'EJC12.

- Que s'hagin mostrat rellevants a l'hora d'identificar diferents estils de vida relatius a la salut de la gent jove, tant a les anàlisis prèvies com a les proves d'anàlisi factorial successives.

Les etapes que s'han seguit per a la construcció de la tipologia són les següents:

- a) Selecció de les variables de salut²: 1) satisfacció vital; 2) sentir-se deprimat, angoixat o amb ansietat; 3) fumar tabac; 4) fumar haixix; 5) prendre altres drogues; 6) tenir relacions sexuals; 7) emborratxar-se; 8) prendre medicaments; 9) tenir malalties derivades de l'activitat principal; i 10) haver tingut un accident de trànsit.
- b) Anàlisi de correspondències múltiples, on les 10 variables corresponents a hàbits i estats de salut s'han reduït a dues noves variables (dimensions 1 i 2), que es corresponen a comportaments de risc, d'una banda, i salut mental i altres hàbits d'una altra.
- c) Anàlisi de clústers per tal d'establir el nombre de grups de la tipologia final de salut.
- d) Creació de taules de contingència per tal d'interpretar les diferents tipologies i escollir aquella que sigui més rellevant tant a nivell teòric com empíric.

Val a dir que la construcció d'aquesta tipologia de joves i salut té un caràcter exploratori i descriptiu. Com que en aquest estudi s'han empleat tècniques d'interdependència, no podem deduir cap relació causal entre les variables utilitzades. El propòsit de la tipologia és mostrar com les diferents pràctiques socials, conductes i estats de salut no es distribueixen aleatòriament entre la població sinó que segueixen certs patrons.

3.7.2. Caracterització dels grups

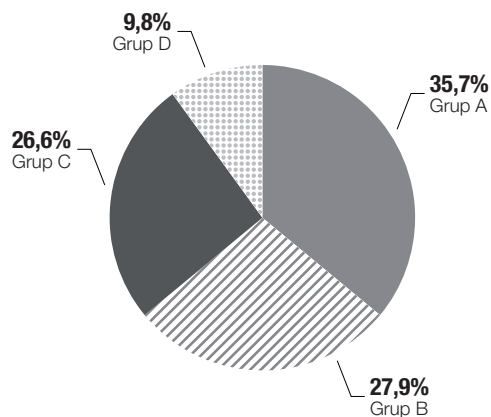
El resultat final de tot aquest procés ha estat una tipologia formada per quatre grups de joves³, tal com es mostra al gràfic 3.1.

Els grups A i B destaquen per presentar, en major mesura que la resta de persones enquestades, millors hàbits i estats de salut. En el B hi ha un major nombre de participants que fumen o es declaren consumidors d'alcohol. Ambdós grups formen el 64% de la mostra. El grup C es diferencia dels altres perquè presenta un pitjor estat de salut mental/psicosocial i, en major mesura, manifesten haver patit accidents i malalties laborals o relacionades amb la seva activitat principal. El grup D es caracteritza, en termes relatius, per un pitjor estat de salut mental/psicosocial, una presència més elevada de consums de risc i d'accidents, tant de trànsit com laborals. A la taula A3.64 es detallen els creuaments estadístics d'aquesta tipologia amb un conjunt de variables independents.

² S'han descartat algunes variables per motius metodològics (per exemple, aquelles que tenien percentatges elevats de resposta en alguna categoria). Igualment, les variables s'han recodificat per facilitar l'anàlisi.

³ Distribució probable dels grups segons les relacions del seu estat de salut i els seus determinants.

GRÀFIC 3.1. Tipologia d'hàbits i estat de salut. Joves de 15 a 34 anys. Catalunya, 2012.
Percentatge



Font: Enquesta a la joventut de Catalunya 2012 (Direcció General de Joventut)

Grup A (35,7%). Els i les joves que el componen es caracteritzen per tenir uns hàbits saludables i uns estats de salut positius. Només el 2,4% declara que fuma i el 5,7% manifesta emborratxar-se alguna vegada (esporàdica). Cap d'ells diu haver fumats haixix o haver pres altres drogues. Les persones que integren aquest grup tenen un bon estat de salut mental/psicosocial, tal com queda palès en el fet que el 82,1% dels membres se senten molt satisfets amb la seva vida o en el fet que ningú s'hagi sentit angoixat, deprimat o estressat en els darrers 12 mesos. L'edat mitjana del grup és de 24,7 anys (és el grup més jove). De fet, en aquest grup és on hi ha un percentatge més elevat de joves d'entre 15 a 19 anys, i és el grup amb més persones que continuen estudiant (36,7%). També val la pena destacar que en aquest grup hi són sobrerrepresentats els joves i les joves que són fills/filles de tècnics/tècniques i professionals (31,3%). Per altra banda, els que treballen tenen la proporció més alta de contractes indefinits (78,5%). En aquest grup hi ha pràcticament la mateixa proporció de dones que d'homes. I és el més freqüent a les Comarques Gironines.

Grup B (27,9%). Com el grup A, els i les joves que en formen part es caracteritzen per tenir un bon estat de salut mental/psicosocial. No presenten problemes de salut relacionats amb la seva activitat laboral o principal. En general, els membres d'aquest grup tenen uns hàbits saludables, però s'observen algunes diferències significatives respecte al grup A. Tot i que tan sols el 5,9% ha fumats haixix i un 1,7% manifesta haver pres altres drogues, en el grup B s'observa una considerable major presència de participants fumadors (59,1%) i de joves que alguna vegada s'emborratxen (64,6%). La proporció de persones d'aquest grup que alguna vegada ha conduït begut o ha pujat al cotxe amb algú que ha begut s'eleva a un 9,4%.

La mitjana d'edat d'aquest grup és de 25,6 anys, una mica més elevada que el grup A. És el grup amb major nivell d'estudis (el 39,8% tenen estudis superiors acabats) i on hi ha més persones que ja no estudien (67%). Més de la meitat de les persones que conformen aquest grup realitzen una activitat laboral (un 56,3% estan ocupades), amb ingressos re-

lativament baixos i una elevada proporció de temporalitat a la feina. Tot i que és el grup que té major percentatge de joves amb el català com a llengua inicial (40,7%), també és el que té més joves amb pare o mare nascuts a la resta de l'Estat (27,6%). El percentatge d'homes en aquest grup (55,9%) és una mica superior al de les dones (44,1%).

Grup C (26,6%). Es caracteritzen per tenir uns hàbits saludables, alhora que els seus membres manifesten tenir una pitjor salut mental/psicosocial que en els grups A i B. De fet, només el 37,1% de les persones que formen part d'aquest grup se senten molt satisfetes amb la seva vida. De cada 10 persones d'aquest grup, 6 manifesten que han patit problemes de depressió, angoixa o ansietat en els darrers 12 mesos. Prop de la meitat del jovent d'aquest grup manifesta que ha patit en els darrers mesos alguna malaltia relacionada amb la seva feina o activitat principal, i el percentatge de persones que diuen haver patit accidents laborals és també relativament elevat (12,3%) si el comparem amb les puntuacions dels grups A i B. A més, un 20% dels joves d'aquest grup estan a l'atur o en altres situacions d'inactivitat, el percentatge més alt junt amb el grup D. Entre els que treballen predominen els contractes temporals o similars, amb uns ingressos baixos (primer i segon quartil). Per tant, podem suposar que alguns dels problemes de salut mental/psicosocial als quals es fa referència poden estar associats a situacions de precarietat laboral, d'atur o d'inactivitat forçada. En aquest grup, la presència femenina és molt més elevada que la masculina (61,7% i 38,3%). L'edat mitjana de les persones del grup ronda els 25,7 anys, i és el grup que aplega més joves d'entre 30 a 34 anys. També és el grup amb major proporció de joves amb llengües inicials distintes del català o castellà (15,3%), nascuts a fora de l'Estat espanyol (25,9%) i amb pare o mare també nascuts a l'estranger (25,4%) i amb estudis inferiors a obligatoris (3,9%).

Grup D (9,8). El que distingeix aquest grup de la resta és, d'una banda, un relatiu mal estat de salut mental/psicosocial en comparació als grups A i B, i, d'altra banda, el fet que entre els joves d'aquest grup predominen les conductes de risc en un grau molt més elevat que entre els altres tres grups. Gairebé el 89% dels components del grup afirma que fuma tabac amb regularitat, i el 80,3% que fuma haixix. El 35% de joves d'aquest grup manifesta prendre altres drogues i el 79,7% que s'emborratxa amb una certa freqüència (com a mínim un cop al mes). El 18,6% explica que almenys alguna vegada ha conduït havent begut o ha pujat al cotxe conduït per algú que ho havia fet. El percentatge de persones que han patit accidents de trànsit en aquest grup s'eleva a 22,5%, el més alt d'entre tots els grups. A més a més, el 13,9% diuen haver patit algun accident laboral, una xifra molt per damunt de la mitjana (8,3%). El grup D és predominantment masculí, ja que només 3 de cada 10 persones que el conformen són dones. Tot i que és el més nombrós entre el grup d'edat de 20 a 24 anys, l'edat mitjana del grup és de 24,9 anys. És el grup amb menor proporció de joves nascuts a l'estranger (només el 5,9% han nascut a fora), amb pare o mare nascuts en bona mesura a Catalunya (40,3%, equiparable al grup A). El 21% de joves d'aquest grup estan a l'atur (el percentatge més alt dels quatre grups) o en altres situacions d'inactivitat (5,5%). Els que treballen tenen una elevada proporció de temporalitat contractual, tot i que els seus ingressos per treball són superiors als dels grups B i C. Aquest grup està lleument sobrerrepresentat al Camp de Tarragona.

TAULA 3.16. Tipologia d'hàbits i estat de salut segons les variables que formen la tipologia. Joves de 15 a 34 anys. Catalunya, 2012. Percentatge

| Dimensió | Variable | Grup | | | | |
|--|--|------|------|------|------|-------|
| | | A | B | C | D | Total |
| Salut mental | Satisfacció amb la vida (molt satisfets: per sobre de 7 en una escala de 0 a 10) | 82,1 | 83,7 | 37,1 | 59,3 | 68,3 |
| | Haver-se sentit deprimat, angoixat o amb ansietat (en els darrers dotze mesos) | 0,0 | 1,2 | 59,3 | 23,8 | 18,4 |
| Conductes de risc (almenys un cop al mes) | Fumar tabac | 2,4 | 59,1 | 24,8 | 89,0 | 32,6 |
| | Fumar haixix | 0,0 | 5,9 | 1,7 | 80,3 | 9,9 |
| | Prendre altres drogues | 0,0 | 1,7 | 0,4 | 35,5 | 4,0 |
| | Emborratxar-se | 5,7 | 64,6 | 18,9 | 79,7 | 32,9 |
| | Conduir begut o anar amb cotxe amb algú que ha begut | 1,1 | 9,4 | 5,0 | 18,6 | 6,2 |
| Sinistralitat laboral (en els darrers dotze mesos) | Accident laboral (exclosos els accidents de trànsit) | 4,2 | 7,3 | 12,3 | 13,9 | 8,3 |
| | Malaltia derivada de la feina o activitat principal | 11,6 | 14,0 | 46,2 | 27,3 | 23,0 |
| Altres aspectes | Accident de trànsit (en els darrers dotze mesos) | 5,5 | 10,3 | 8,1 | 22,5 | 9,2 |
| | Prendre un medicament (els darrers dos dies) | 15,1 | 21,2 | 52,8 | 41,9 | 29,4 |

Font: Enquesta a la joventut de Catalunya 2012 (Direcció General de Joventut)

3.8. Conclusions

Com a conclusió, es pot dir que les persones joves catalanes, en general, estan relativament satisfetes amb la seva vida (la valoren amb gairebé un 8 sobre 10), però hi ha una sèrie d'indicadors relacionats amb la pèrdua de la salut que afecten una part minoritària però rellevant de les persones joves, de la manera següent:

- 1 de cada 10 joves ha patit un accident de trànsit durant l'últim any (la tercera part per motius laborals). Es tracta bàsicament de nois ocupats de 20 a 24 anys.
- 1 de cada 10 joves (que ha estat treballant durant l'últim any) ha patit un accident relacionat amb la feina.
- 2 de cada 10 joves manifesten tenir símptomes de mala salut mental/psicosocial (se senten deprimits, angoixats o pateixen ansietat). Aquesta situació la pateixen principalment les dones i s'incrementa amb l'edat, per preocupacions vinculades a situacions adverses a la feina (precarietat, jornades inadequades, etc.) o a la manca de feina (atur o inactivitat).

- Quasi la quarta part dels joves i de les joves que han estat treballant durant el darrer any diuen haver patit malalties relacionades amb la feina (com mal d'esquena, al·lèrgies o altres malalties).
- Quasi la tercera part dels joves i de les joves ha pres algun fàrmac durant els dos dies anteriors a l'enquesta, una pràctica que és més freqüent entre les dones però que, curiosament, és igual per a tots els grups d'edat.

A més a més, també es detecten diverses pràctiques de risc (comportaments) que poden afectar la salut de les persones joves. De manera sintètica, s'observa que:

- La tercera part de la població jove de Catalunya fuma tabac (la gran majoria diàriament). Fumen més els homes que les dones, amb una edat mitjana d'inici del consum situada als 16 anys, amb uns consums que tendeixen a augmentar fins els 29 anys per a disminuir després.
- La tercera part del jovent s'ha emborratxat alguna vegada, 2 de cada 10 almenys un cop al mes, i 1 de cada 10 amb una freqüència més elevada. És una pràctica que predomina entre els homes i que a partir dels 25 anys tendeix a disminuir.
- Al voltant d'un 6% ha conduït un vehicle havent begut alcohol o ha anat en un cotxe conduït per una persona que n'ha begut. Es tracta principalment d'homes d'entre 20 a 30 anys; a partir dels 30 anys aquesta xifra cau dràsticament.
- 1 de cada 10 persones joves ha fumat haixix esporàdicament, però només el 2% ho ha fet amb regularitat diària. Els fumadors d'haixix són principalment homes de 20 a 24 anys. El consum d'altres drogues il·legals és molt més minoritari.
- Tres quartes parts dels joves i de les joves diuen que han mantingut relacions sexuals completes (amb penetració) durant els tres mesos anteriors al moment de l'enquesta. Una cinquena part d'aquestes persones no va prendre cap tipus de precaució (amb el consegüent risc d'embaràs o d'adquirir o transmetre una malaltia infecciosa). Entre els que sí que en van prendre, 2 de cada 3 van optar pel preservatiu masculí, i una quarta part per la píndola anticonceptiva. Tot sembla indicar que a mesura que s'estabilitzen les relacions de parella disminueix l'ús d'anticonceptius.
- Més d'1 de cada 10 joves (principalment dones dels grups d'edat més joves) s'han adreçat a algun servei d'assessorament o orientació personalitzada sobre temes d'alimentació per preguntar qüestions relacionades amb la salut.

Aquestes situacions no es distribueixen de manera homogènia entre la població jove de Catalunya, sinó que hi ha diverses variables, com per exemple el sexe, l'edat, la classe o l'estatus social, el fet d'estudiar o treballar, d'estar a l'atur o de ser immigrant, entre altres, que incideix en aquesta distribució.

Així, per exemple, hi ha una variació important per sexe, de tal manera que les noies tendeixen a posar en pràctica menys comportaments de risc i pateixen menys accidents però, en canvi, són les que més manifesten patir trastorns de tipus psicosocial (ansietat, etc.).

Per altra banda, s'observa un increment de situacions de risc amb *l'edat*, que es reflecteix en majors problemes de salut, especialment a partir dels 20 anys. No obstant això, a partir dels 25 anys certs comportaments de risc (principalment relacionats amb el consum de substàncies) tendeixen a disminuir força (i encara de manera més acusada a partir dels 30 anys). No passa el mateix amb els accidents i les malalties relacionades amb el treball.

Els i les joves amb progenitors de *categories socioeconòmiques* altes manifesten una major satisfacció vital que la resta de joves però també uns comportaments de risc més elevats. Per exemple, entre ells hi ha més consumidors d'alcohol (emborratxar-se), de tabac i d'altres drogues. Tanmateix, aquests joves també són els que fan un major ús de mecanismes preventius, per exemple, són els que fan un ús més freqüent d'anticonceptius en les relacions sexuals, així com un major ús de serveis d'assessorament o d'orientació personalitzada sobre temes de drogues o en temes de salut sexual/afectivitat. És a dir, tot i que corren major risc, saben fer ús de diversos tipus de recursos que els permeten prendre mesures protectores o preventives.

Pel que fa a *l'activitat principal* a què es dediquen, s'observa que *les persones joves que estan estudiant* són les que presenten menors percentatges de problemes psicosocials i menors taxes d'accidents, i són també les que presenten menor consum de tabac, d'haixix i d'altres drogues, així com menor freqüència de relacions sexuals completes. En canvi, són els que presenten una major proporció de joves amb consum d'alcohol excessiu (emborratxar-se). Per altra banda, els i les estudiants són la població que utilitza amb més freqüència mètodes anticonceptius i la que ha fet un major ús dels serveis d'assessorament i orientació sobre drogues, sexualitat/afectivitat i alimentació. Per un altre costat, *les persones joves que estan treballant (ocupats/ades)* són les que pateixen més accidents de trànsit i, òbviament, més accidents de treball, però menys problemes de salut mental/psicosocial que la resta. El seu consum de tabac és més alt que el dels estudiants, encara que inferior als aturats/ades. En canvi, els seus nivells de consum d'alcohol i d'haixix són els més baixos. Per altra banda, són els que tenen relacions sexuals completes amb més freqüència, i freqüenten els serveis d'orientació sexual/afectiva en major grau que els aturats (però menys que els estudiants). En general, s'observa un increment de situacions de risc amb *l'edat*, cosa que es reflecteix en l'estat de salut amb més accidents i malalties en els grups d'edat a partir dels 20 anys.

La situació *dels i les joves en atur* es pot resumir així: són els que expressen menor satisfacció vital i majors símptomes de mala salut psicosocial, i presenten els nivells més elevats de consum de tabac, d'haixix i d'altres drogues, llevat de l'alcohol. Per altra banda, tot i que són els que han tingut amb menor freqüència relacions sexuals completes, també són els que proporcionalment fan un menor ús de mètodes anticonceptius i també els que han fet un menor ús de serveis d'orientació sexual/afectiva.

La població jove d'*origen immigrant*, en general, presenta una menor freqüència d'accidents de trànsit, de consum de medicaments, de consum de tabac, d'haixix, d'alcohol, de conduir havent begut (o anar amb algú que condueix begut) i de relacions sexuals completes (però també un menor ús d'anticonceptius). Tot i tenir tots aquests indicadors més positius que la resta de la població jove, el seu estat de salut (principalment psicosocial) és pitjor, ja que manifesten una menor satisfacció vital i una major freqüència de símptomes de mala salut psicosocial. Probablement, aquesta circumstància s'explica per les circumstàncies estructurals en què viuen (amb famílies de menor estatus socioeconòmic, feines més precàries, situacions d'atur o d'inactivitat forçosa, etc.). Es tracta d'una situació que encaixa amb el que es descriu al grup C de la tipologia presentada.

Finalment, cal dir que la gran majoria de variables relacionades amb la salut i els seus factors estructurals no presenten gaires correlacions per *àmbit territorial*. L'únic que es pot comentar, més enllà d'aspectes de detalls concrets que ja apareixen ressenyats al text, són algunes diferències pel que fa a consums de risc i a l'ús de serveis d'assessorament o d'orientació sobre temes de salut. Així, per exemple, s'observa que el Camp de Tarragona és l'àmbit territorial que aplega més proporció de joves que realitzen consums de diverses substàncies (alcohol, haixix i altres drogues), i on l'ús d'anticonceptius sembla ser més baix. En canvi, les Comarques Gironines i, en part, les Comarques Centrals, són les que presenten menor proporció de joves que fan consums de risc. Pel que fa a l'ús de serveis d'assessorament i d'orientació en temes de drogues, de sexualitat/afectivitat i d'alimentació, els usos més freqüents es fan els àmbits Metropolità, Ponent i Alt Pirineu/Aran i, en part, al Penedès; però això pot ser degut a l'existència o no d'aquests serveis en cada territori.

L'anàlisi tipològica efectuada ha permès distingir quatre grups pel que fa al seu estat i hàbits de salut:

- a) El grup A té un bon estat de salut i no posa en pràctica gairebé cap comportament de risc. Són els més joves, predominen els estudiants, amb progenitors de categories socioeconòmiques altes, i els que treballen tenen contractes indefinits i amb ingressos elevats (és a dir, compten amb condicions d'ocupació relativament bones). Suposen una mica més de la tercera part de la població.
- b) El grup B té un bon estat de salut, però aquests joves realitzen alguns consums de risc de tabac i alcohol. Es tracta sobretot de joves que estan treballant i que tenen nivells d'estudis elevats, però amb ingressos relativament baixos i una elevada proporció de temporalitat. Suposa una quarta part de la població.
- c) El grup C pateix problemes de salut física i, sobretot, psicosocial/mental, però els seus comportaments són bastant saludables. El seu deteriorament ve causat pel seu context de precarietat laboral i vital. És una població on predominen les dones, així com la població d'origen immigrant. Suposa una quarta part de la població.
- d) El grup D té considerables problemes de salut física i psicosocial/mental, format per joves que han patit més accidents i malalties que els dels altres grups, i que posen en

pràctica uns comportaments de risc importants. Aquí predominen els homes, hi ha alts percentatges de persones en atur, però els que treballen tenen uns ingressos relativament elevats. Suposa un 10% de la població.

En general, aquests resultats són força congruents amb la classificació resultant de l'estudi d'Espluga *et al.* (2010). En definitiva, l'anàlisi efectuada mostra que hi ha una sèrie de dinàmiques que influeixen força en l'estat de salut de la població jove de Catalunya. Primerament, s'observa que el grup que més pràctiques "individuals" de risc assumeix (pel que fa a consum de substàncies legals i/o il·legals, conduir vehicles, etc.) és el dels nois d'entre 20 i 24 anys, principalment els que ja no estudien. Tant abans com després d'aquest interval d'edats les pràctiques de risc són molt menors, per la qual cosa es pot formular la hipòtesi que hi ha alguns factors socials que operen amb més força en aquest col·lectiu que en la resta, com podria ser la pressió grupal en un moment de transició juvenil cap a una vida més autònoma. Segurament és un procés que s'inicia abans, però no és fins aquest interval d'edat que comença a ser observable amb prou claredat. És a dir, els nois de 20 a 24 anys viuen en un context social que afavoreix l'assumpció d'aquests riscos per a la salut, uns riscos que probablement tenen a veure amb els rituals i reptes plantejats (o imposats) per certes subcultures juvenils (en termes de Martínez, 2003 i 2007). En aquest sentit, es podria dir que hi ha un sector de joves, predominantment masculí, en el qual l'assumpció de certs riscos forma part del seu model de transició juvenil cap a l'adulthood. Això pot tenir implicacions importants a l'hora de pensar en polítiques de promoció de la salut entre aquest col·lectiu.

En segon lloc, s'observa que un dels eixos clau per a interpretar la distribució de la salut entre les persones joves de Catalunya és l'eix estudi/treball, o, millor, inactivitat/activitat. El que determina amb més claredat el tipus de salut de què gaudeixen els diferents grups juvenils és el fet de ser part de la població activa (treballant o en atur) o de la població inactiva (estudiant o en altres situacions d'inactivitat). En general, els estudiants són els que presenten millors indicis en tots els indicadors (excepte en consum d'alcohol), mentre que les persones que estan treballant i/o en atur són les que pateixen pitjors indicadors de salut. A més, entre les persones que treballen, el fet de tenir itineraris inestables, amb elevats nivells de precarietat i/o amb feines pesades, mecàniques o amb poca autonomia personal, contribueix a multiplicar els indicis negatius pel que fa a la salut. Es tracta d'un factor contextual (o estructural) que mostra la seva força en la determinació de la salut jove.

En tercer lloc, i relacionat amb el que s'acaba de dir, hi ha una sèrie de persones que són predominantment immigrants i dones que, tot i no posar en pràctica gaires comportaments de risc, presenten indicadors de salut força negatius presumiblement a causa d'unes adverses condicions de vida i de treball.

Ja fa més de quatre dècades que l'Organització Mundial de la Salut va proposar que els governs havien de prioritzar polítiques més proactives que reactives, com les polítiques de promoció de la salut adreçades a incidir en els comportaments de la població (mitjançant campanyes informatives, educatives i de sensibilització) i en els entorns on aquesta viu (mitjançant polítiques dirigides a crear entorns saludables). A la vista dels resultats de l'anàlisi aquí efectuada, es pot preveure que les polítiques de salut basades merament en

campanyes de sensibilització i/o educació per a la salut, tot i ser absolutament necessàries, no poden tenir gaire eficàcia a l'hora de resoldre la situació de les persones que més ho necessiten (les dels grups C i D, que ja estan patint trastorns de salut), ja que hi ha una sèrie de factors estructurals que condicionen força les seves possibilitats d'acció. Per tant, des d'aquest punt de vista, les polítiques d'habitatge, d'immigració, laborals, etc., haurien de ser considerades també polítiques de salut, ja que són les que millor poden donar resposta a aquests reptes. Això no vol dir que s'hagi de renunciar a fer campanyes informatives, educatives o de sensibilització, simplement cal ser conscients que són útils només per a una part de la joventut (sobretot per al grup A de la tipologia, i parcialment per al B), una part de les persones joves que és molt nombrosa però que generalment gaudeix de bona salut. Aquest tipus de polítiques poden contribuir sens dubte al seu manteniment, però probablement no seran suficients per a una altra part de la població jove que viu sotmesa a un conjunt de pressions socials i institucionals i que requeririen canvis estructurals que modifiquin substancialment les seves condicions de vida.

Bibliografia

BLAXTER, M. (2004). *Health*. Cambridge: PolityPress.

ESPLUGA, J. (2011). "Joves i salut: una paradoxa informativa, un repte institucional" [en línia]. A: *Butlletí E-Joventut*, núm. 4 - 9 de març de 2011. <http://www20.gencat.cat/docs/Joventut/E-Joventut/Sobre%20E-Joventut/Butlleti/Arxiu/Documents/2011_StFile/espluga_joves_salut.pdf>

ESPLUGA, J. (coord.) (2010). *Salut i Joves. Percepcions, pràctiques i polítiques sobre els processos de pèrdua de salut de la joventut a Catalunya*. Barcelona: Secretaria de Joventut, Generalitat de Catalunya.

EUROFOUND (2012). *Fifth European Working Conditions Survey*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

FURLONG, A. (ed.) (2009). *Handbook of Youth and Young Adulthood. New perspectives and agendas*. London: Routledge.

HARFORD, T. C.; WECHSLER, H. i SEIBRING, M. (2002). "Attendance and alcohol use at parties and bars in college: a national survey of current drinkers". A: *Journal of Studies on Alcohol*, núm. 63, p. 726-733.

HINGSON, R. *et al.* (2004). "Magnitude of alcohol-related mortality and morbidity among U.S. college students ages 18-24: Changes from 1998 to 2001". A: *Annual Review of Public Health*, núm. 26, p. 259-279.

JERNIGAN, D. H.; OSTROFF, J. i ROSS, C. (2005). "Alcohol Advertising and Youth: A Measured Approach". A: *Journal of Public Health Policy*, núm. 26, p. 312-325.

KARAM, E.; KYPRI, K. i SALAMOUN, M. (2007). "Alcohol use among college students: an international perspective". A: *Current Opinion Psychiatry*, núm. 20, p. 213-221.

KEANLE, J. i FRENCH, S. (2008). "Mapping alcohol: Health, policy and the geographies of problem drinking in Britain". A: *Drugs: education, prevention and policy*, núm. 15 (3), p. 233-249.

KONTULA, O. (2004). "Trends in Teenage Sexual Behavior and Births in Europe". A: *Yearbook of Population Research in Finland*, núm. 40, p. 133-151.

MARTÍNEZ, R. (2003). *Cultura juvenil i gènere*. Barcelona: Secretaria General de Joventut, Generalitat de Catalunya.

MARTÍNEZ, R. (2007). *Taste in music as a cultural production. Young people, musical geographies and the imbrication of social hierarchies in Birmingham and Barcelona*. Tesi doctoral. Bellaterra: Departament de Sociologia de la Universitat Autònoma de Barcelona .

MCCREANOR, T. *et al.* (2005). "Youth identity formation and contemporary alcohol marketing". A: *Critical Public Health*, núm. 15 (3), p. 251-262.

PUST, S.; MOHNEN, S. M. i SCHNEIDER, S. (2008). "Individual and social environment influences on smoking in children and adolescents". A: *Public Health*, núm. 122, p. 1324-1330.

ROMANÍ, O. (dir.) (2006). *La salut dels joves a Catalunya. Un estudi exploratori*. Barcelona: Secretaria General de Joventut, Generalitat de Catalunya.

TRENO, A. J.; GRUBE, J. W. i MARTIN, S. E. (2003). "Alcohol availability as a predictor of youth drinking and driving: a hierarchical analysis of survey and archival data". A: *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, núm. 27 (5), p. 835-840.

VOGEL, L. (2006). "Health at work in the 'contingent' generation". A: *Young workers: Health at Risk! Special Report. HESA Newsletter*, núm. 30-31, p. 14-24.

WEST, P. (2009). "Health in Youth: changing times and changing influences". A: Furlong, A. *Handbook of Youth and Young Adulthood. New perspectives and agendas*. London: Routledge, p. 331-343.

WHO (World Health Organization) (1948). *Constitution of the World Health Organization*. New York: World Health Organization.