



TRABAJO FIN DE GRADO

**ESTILO DE VIDA DE LOS ADOLESCENTES Y  
JÓVENES Y EL IMPACTO DE LA  
ENFERMERÍA**

**LIFESTYLE OF ADOLESCENTS AND YOUTH  
AND THE NURSING IMPACT**

**CURSO 2015/2016**

PARA ACCEDER AL TÍTULO DE GRADO EN ENFERMERÍA

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA

“CASA DE SALUD VALDECILLA”

UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

**Autora:** Ángela Bedia Herrero

**Director:** Francisco Amo Setién

## Índice

<b>Resumen</b> .....	3
<b>1. Introducción</b> .....	4
1.1 Contextualización .....	4
1.2 Objetivos .....	6
1.3 Metodología de búsqueda .....	7
1.4 Estructura del trabajo.....	8
<b>2. Hábitos alimentarios</b> .....	8
<b>3. Ejercicio y actividad física</b> .....	11
<b>4. Hábitos tóxicos</b> .....	13
4.1 Alcohol.....	13
4.2 Tabaco .....	14
4.2 Cannabis .....	15
4.4 Otras drogas .....	16
<b>5. Hábitos sexuales</b> .....	16
<b>6. Otros hábitos</b> .....	18
6.1 Accidentes de tráfico.....	18
6.2 Nuevas tecnologías.....	19
<b>7. Papel de la Enfermería en los estilos de vida</b> .....	21
<b>8. Reflexiones</b> .....	24
<b>9. Referencias bibliográficas</b> .....	25

## **Lista de abreviaturas y siglas**

**AP:** Atención Primaria

**DeCS:** Descriptores de Ciencias de la Salud

**EAP:** Equipo de Atención Primaria

**EDADES:** Encuesta sobre alcohol y drogas en España

**EESE:** Encuesta Europea de Salud en España

**EpS:** Educación para la Salud

**ESTUDES:** Encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de secundaria

**ETS:** Enfermedades de Transmisión sexual

**IMC:** Índice de Masa Corporal

**INE:** Instituto Nacional de Estadística

**INJUVE:** Instituto de la Juventud

**ITS:** infecciones de transmisión sexual

**MeSH:** Medical Subject Headings

**NAOS:** Nutrición, Actividad física, Prevención de la Obesidad y Salud.

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**TCA:** Trastornos de la Conducta Alimentaria

**TICs:** Tecnologías de Información y Comunicación

**VIH/SIDA:** Virus de la Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida

**VPH:** Virus del Papiloma Humano

## **Resumen**

La población joven es uno de los colectivos más vulnerables a cambios de comportamiento y hábitos. Los estilos de vida adquiridos en esta etapa se prolongan habitualmente hasta la madurez, en la que es más complicada su modificación. El problema surge cuando dichos hábitos son inadecuados o perjudiciales para la salud. Algunos de los ámbitos sobre los que se debe incidir para evitar la aparición de conductas insanas son: la alimentación, la actividad y el ejercicio físico, los hábitos sexuales y el consumo de tóxicos. La Promoción de la Salud permite a la población mejorar su estilo de vida y se considera la herramienta más apropiada para fomentar las conductas saludables o la modificación de las conductas de riesgo de los jóvenes. Una de las intervenciones más relevantes en este proceso es la Educación para la Salud (EpS). Dentro de la EpS, las intervenciones comunitarias más habituales tienen como objetivo la población juvenil, y son los profesionales de enfermería quienes con más frecuencia las realizan. El objetivo de este trabajo es describir los hábitos de vida de los adolescentes y los jóvenes, principalmente en edad universitaria, y el papel de los profesionales de la salud en la modificación de dichos hábitos.

**Palabras clave (DeCS):** Estilo de Vida; Adolescente; Adulto Joven; Educación en salud; El Rol de la Enfermera.

## **Abstract**

The young population is the most susceptible group to changes of behavior and habits. The acquired lifestyle during this period is usually maintained until adulthood, when the modification of them is more complicated. The problem arises when those habits are inadequate or unhealthy. Some of the areas on which it is important to focus to avoid the emergence of harmful habits are: diet and nutrition, physical activity and exercise, sexual habits and toxic habits. Health promotion helps population to improve their lifestyle and it is considered the most appropriate way to encourage the development of healthy habits and the modification of risk behaviors in young people. One of the most relevant interventions is Health Education. The most frequent community interventions has young people as target, and nursing professionals are those who more often perform them. The objective of this work is to describe the lifestyle of adolescents and youth, mainly of those in their university period, and the role of health professionals in the modification of these habits.

**Keywords (MeSH):** Life Style; Adolescent; Young Adult; Health Education; Nurse's Role.

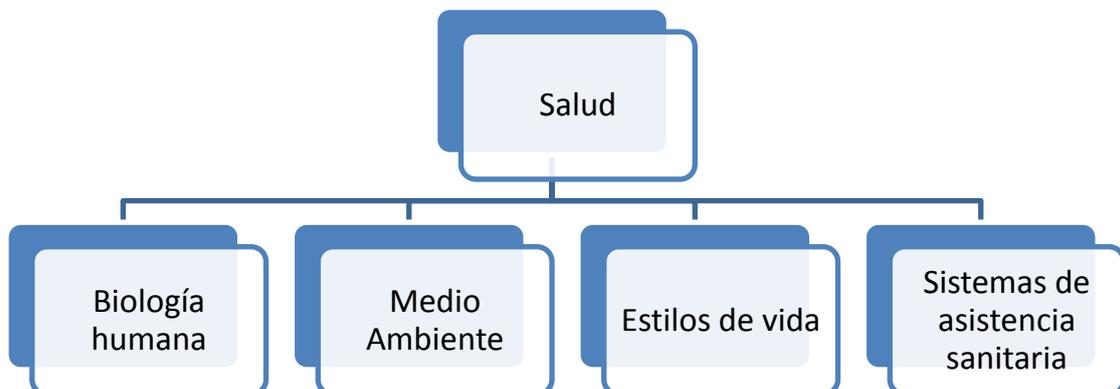
## 1. Introducción

### 1.1 Contextualización

La Organización Mundial de la Salud (OMS) fue creada con el fin de asesorar y ofrecer ayuda a todos los ciudadanos en el ámbito de la Salud Pública, así como de intentar dar solución a los problemas más urgentes de la comunidad. Según la OMS, la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.<sup>1</sup>

En 1986 tuvo lugar en Canadá la primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud donde se elaboró la Carta de Ottawa con el objetivo “Salud para Todos el año 2000” integrando en ella la importancia de las personas y las organizaciones en elecciones de vida saludables. En la carta se ve reflejada la gran relación existente entre condiciones económicas, sociales, entorno, estilos de vida y salud.<sup>2</sup>

Los determinantes de la salud son “un conjunto de factores personales, sociales, culturales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones”.<sup>2</sup> Existen muchos modelos que pretenden explicar los factores que determinan la salud. Uno de los más relevantes es el modelo holístico de Laframboise de 1973, y desarrollado en 1974 por Marc Lalonde, ministro de sanidad canadiense, que pretende explicar los determinantes de la salud reconociendo entre ellos los cuatro siguientes: el medio ambiente, la biología humana, la organización de los servicios de salud y el que se considera más influyente, el estilo de vida. Salvo la biología humana, el resto de determinantes son modificables y se pueden ver influidos por los demás.<sup>2</sup>



*Ilustración 1. Modelo de Determinantes de la Salud según Lalonde.*

A lo largo del tiempo, se han dirigido la mayoría de los recursos a la atención sanitaria porque se cree que de esa manera se solventan los problemas de salud de la sociedad. Con este modelo, se observó que no era el principal determinante sobre el que se debían destinar los recursos sino que los más influyentes son el estilo de vida y el medio ambiente. Se demostró que las enfermedades causadas por los estilos de vida inadecuados, ocasionaban un gran coste económico por lo que se opinó que se deberían de priorizar los recursos hacia la promoción y prevención sanitaria, modificando los estilos de vida no saludables, en lugar de

emplearlos en el tratamiento de enfermedades. Aunque aún a día de hoy se siguen destinando la mayoría de los recursos a la asistencia sanitaria.

Las personas más pobres y vulnerables en el mundo son quienes menos recursos y atención sanitaria tienen, y más enfermedades padecen. Éste es un círculo que se retroalimenta puesto que padecer una enfermedad conlleva costes económicos directos e indirectos. Por este motivo, la OMS establece una Comisión sobre los determinantes sociales de la salud, para analizar las causas sociales de los problemas de salud y promover nuevas políticas para hacerles frente. Los determinantes sociales de la salud son “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Estas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local”.<sup>3</sup>

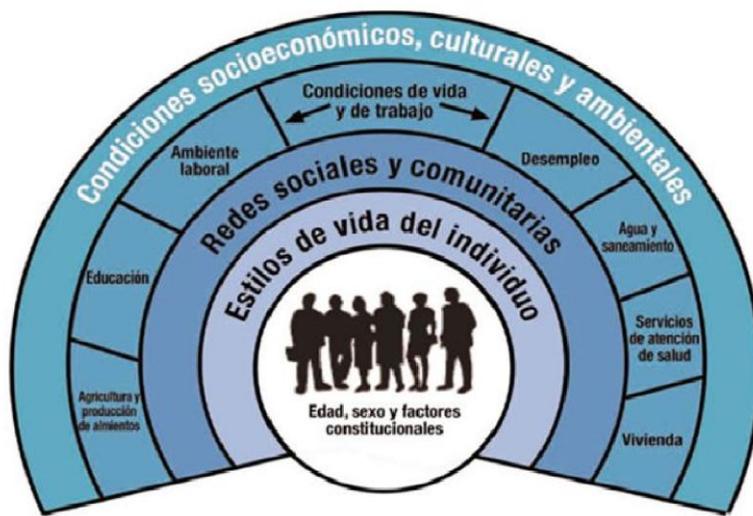


Ilustración 2. Modelo de capas de Dahlgren y Whitehead.<sup>4</sup>

Este modelo creado por Dahlgren y Whitehead (1991) pretende explicar las desigualdades de la salud mediante capas de influencia. La capa más externa del modelo recoge las condiciones generales, socioeconómicas, culturales y medioambientales de la sociedad. Estos factores recogen al resto de niveles posteriores y por lo tanto las capas más profundas se ven afectadas por los cambios producidos en sus anteriores. La segunda abarca las condiciones de vida y trabajo, la educación, la vivienda o el acceso a alimentos, agua y servicios de atención a la salud. En tercer lugar, se encuentran las redes sociales y la comunidad, ya que las influencias de la sociedad afectan positiva o negativamente en las actitudes personales. Por debajo de ella, se encuentran los estilos de vida y comportamientos individuales, predispuestos en muchos casos por todo lo anterior ya que, por ejemplo, la condición económica afecta en el hábito de alimentación y si es baja, el modo de alimentación será inadecuado. Finalmente, la esfera situada en el centro recoge al propio individuo y a los factores que afectan a su salud pero que no son modificables (nuestra propia biología y genética).<sup>5</sup>

Como se ha señalado, uno de los determinantes de la salud más influyentes es el estilo de vida. En este sentido, la OMS presenta en la 66ª Asamblea Mundial de la Salud un proyecto para la prevención de enfermedades no transmisibles abarcando los años 2013-2020 debido al importante impacto que tienen a nivel mundial y el problema de salud pública que suponen.<sup>6</sup>

El proyecto consiste en poner en marcha las 9 metas de salud de manera voluntaria con el fin de conseguir una reducción del 25% de la mortalidad causada por enfermedades crónicas (cardiovasculares, respiratorias, cáncer o diabetes).<sup>6</sup>

Algunas de las metas que tienen relación con el tema a tratar en este trabajo son:

- Reducción relativa del uso nocivo del alcohol en al menos un 10%, según proceda, en el contexto nacional.<sup>6</sup>
- Reducción relativa de la prevalencia de actividad física insuficiente en un 10%.<sup>6</sup>
- Reducción relativa de la prevalencia del consumo actual de tabaco en un 30%.<sup>6</sup>
- Detención del aumento de la diabetes y la obesidad.<sup>6</sup>

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), un 8,2% de la población mundial tiene entre 15 y 24 años. A nivel nacional, este grupo de edad en el que se encuentran los adolescentes y jóvenes, representa un 9,7% de la población total según datos del año 2014.<sup>7</sup> De ellos, en España un 31,91% ya padece alguna enfermedad o problema de salud crónico.<sup>8</sup> Es conocido el hecho de que de la adolescencia y la juventud son una etapa de la vida en la que se adoptan nuevos comportamientos y se producen cambios en un corto periodo de tiempo, como es: un aumento de la toma de decisiones junto con una disminución de la supervisión y cuidado de la familia, la influencia de la sociedad, la sensación de mayor independencia o el afrontamiento de nuevos problemas. Estos cambios influyen profundamente en el estado de salud y si dichos comportamientos se asientan en la juventud, es muy probable que se prolonguen hasta la edad adulta, donde ya es difícil su modificación o eliminación. Se sabe que la mayor parte de los problemas de salud de esta población se deben a sus estilos de vida. Por este motivo, son considerados un grupo muy vulnerable a la hora de llevar a cabo conductas de riesgo y es necesario que los profesionales de salud trabajen para que esas conductas se modifiquen, eliminen o eviten que se produzcan. Una de las herramientas para conseguirlo es la Promoción de la Salud, teniendo dentro de ella un papel fundamental la Educación para la Salud cuya finalidad es, no solo transmitir información a la ciudadanía, sino también motivarlos en el fomento de los hábitos de vida saludables para intentar mejorar su estado de salud.

Este trabajo es una revisión narrativa cuya finalidad principal es recoger los hábitos de vida presentes en los estudiantes en etapa adolescente y universitaria, que más influyen en su estado de salud-enfermedad: alimentación, actividad física y ejercicio, hábitos tóxicos y sexualidad. Además, se mencionarán otras conductas que también son relevantes en esta población.<sup>3</sup>

## 1.2 Objetivos

### Objetivo principal:

Describir los hábitos de vida de los adolescentes y los jóvenes, principalmente los de aquellos en edad universitaria, y el papel de la enfermería en dichos hábitos.

### Objetivos específicos:

1. Referir los patrones de alimentación de los jóvenes y las conductas inadecuadas asociadas.

2. Identificar los hábitos de actividad y ejercicio físico que presenta la población juvenil.
3. Señalar los tipos de drogas más consumidas por los jóvenes y los efectos que pueden producir en su situación de salud.
4. Describir las conductas sexuales más frecuentemente observadas en el grupo de edad estudiado.
5. Detallar otros hábitos de vida muy presentes en el colectivo joven y que son igualmente influyentes en su estado de salud.
6. Mostrar el rol de la enfermería como agente de salud en el fomento de un estilo de vida saludable entre los jóvenes.

### 1.3 Metodología de búsqueda

Para realizar la búsqueda bibliográfica del trabajo se han seguido los siguientes pasos. En primer lugar se han seleccionado las palabras clave relacionadas con el tema del trabajo mediante los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS): "Hábitos de vida", "Hábitos", "Conductas saludables", "Estudiantes", "Adulto joven", "Adolescente", "Conducta del Adolescente", "Conducta alimentaria", "Dieta Mediterránea", "Conducta sexual", "Ejercicio", "Actividad Motora", "Estilo de Vida Sedentario", "Tabaco", "Consumidores de Drogas", "Efectos de drogas", "Consumo de Bebidas Alcohólicas", "Red social", "Teléfonos celulares", "Aplicaciones Móviles", "Accidentes de tránsito", "Promoción de la Salud", "Educación en Salud", "Atención Primaria de Salud", "Enfermería en Salud Comunitaria", "El Rol de la Enfermera", "Servicios de Enfermería Escolar".

También se emplearon los siguientes Medical Subject Headings (MeSH): "Lifestyle", "Habits", "Health Behavior", "Students", "Young Adult", "Adolescent", "Adolescent Behavior", "Feeding behavior", "Diet, Mediterranean", "Sexual behavior", "Exercise", "Motor Activity", "Sedentary Lifestyle", "Tobacco", "Drug users", "Drug Effects", "Alcohol Drinking", "Social Networking", "Cell Phones", "Mobile Applications", "Traffic Accidents", "Health Promotion", "Health Education", "Primary Health Care", "Community Health Nursing", "Nurse's Role", "School Nursing".

Una vez obtenidos los descriptores necesarios, se emplearon los operadores booleanos "OR (O)", "AND (Y)", "NOT (NO)" para asociar los términos escogidos y que la búsqueda de artículos fuese más concreta. Algunos ejemplos son:

- "Habits" AND "Feeding behavior" AND "Universities"
- "Diet Mediterranean" AND "Exercise" AND "Adolescent Behavior" NOT "Child"
- "Motor Activity" AND "Exercise" AND "Adolescent" NOT "Child"
- "Drug Effects" AND "Alcohol" AND "Young Adult" NOT ("Adult" OR "Child")
- "Sexual behavior" AND "Alcohol Drinking" AND "Young Adult" AND "Adolescent"
- "Traffic Accidents" AND ("Young Adult" OR "Adolescent")
- "Social Networking" OR "Mobile Applications" AND ("Young Adult" OR "Students")
- "Health Education" AND "Primary Health Care" AND ("Students" OR "Adolescent")
- "Nurse's Role" AND "Health Nursing" NOT "Primary Health Care"

Más tarde, se accedió a distintas bases de datos electrónicas especializadas en las ciencias de la salud, así como a bases de datos genéricas, para la obtención de información. Las empleadas han sido las siguientes: PubMed, Dialnet plus, CUIDEN plus, Cochrane Library, Scopus y Google Académico. Además, también se ha accedido a páginas web oficiales como es el caso del Instituto Nacional de Estadística (INE), el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad o el Ministerio de Interior, con el fin de recoger cifras relativas de distintos aspectos del trabajo.

De un total de aproximadamente 100 documentos iniciales analizados, fueron descartados una parte de ellos por estar publicados antes del año 2000 y tener contenido poco relevante para el trabajo. Finalmente, se ha trabajado con 74 documentos, incluyendo las páginas web empleadas, artículos de revistas y boletines e informes oficiales.

Los criterios de inclusión de las diferentes fuentes de información han sido artículos redactados en español o inglés así como datos e informes de páginas web oficiales mencionadas, indexadas en las bases de datos seleccionadas. En general se han seleccionado artículos actuales, de los últimos 5 años, sobre los diferentes temas tratados. Sin embargo hay excepciones de artículos de más antigüedad que se consideran importantes para el desarrollo del trabajo por su relevancia en el tema que se desarrolla.

#### **1.4 Estructura del trabajo**

Este trabajo está dividido en una introducción, seis capítulos y las conclusiones. Los cinco primeros capítulos tratan sobre los distintos hábitos de vida que presenta la población joven así como datos epidemiológicos sobre los mismos y las los inconvenientes derivados de sus conductas.

El primer capítulo abarca los hábitos alimentarios; el segundo es sobre la actividad física y ejercicio así como el sedentarismo; el tercero trata los hábitos tóxicos incluyendo el consumo de alcohol, tabaco, cannabis y cocaína; el cuarto explica las conductas sexuales de esta población; el quinto capítulo recoge otras conductas relevantes en los jóvenes, como son el uso de las redes sociales o las conductas de riesgo en la conducción de vehículos. Por otra parte, se ha dedicado el último capítulo al impacto de los profesionales de enfermería en la adquisición o modificación del estilo de vida de los jóvenes y por lo tanto, el papel que tienen sobre su salud.

## **2. Hábitos alimentarios**

El modo de alimentación es muy influyente en el estado de salud de la comunidad ya que tiene un papel muy importante en el crecimiento y desarrollo físico y es fundamental en la prevención de gran cantidad de enfermedades crónicas. Además, una nutrición saludable determina la reproducción y la capacidad intelectual de las personas.<sup>8</sup> Por este motivo es necesario estudiar los hábitos alimentarios en los jóvenes para, de esta manera, ser capaces de desarrollar intervenciones que configuren unos comportamientos saludables o los modifiquen si fuese necesario.<sup>9</sup>

En la etapa estudiantil se producen muchos cambios que afectan al modo de alimentación de los jóvenes. Los cambios en el patrón alimentario tienden a mantenerse a través del tiempo, por lo que si es inadecuado puede suponer un problema de salud a medio y largo plazo.<sup>10</sup> Algunos de estos cambios son: las preferencias alimentarias, el aumento de

comidas fuera de casa y la disponibilidad de alimentos menos saludables, vivir de manera independiente, la elección, preparación y modo de cocinar la comida, además de los horarios de las mismas. Por otra parte, estas costumbres o preferencias alimentarias es posible que se hayan establecido durante la infancia por lo que tienen una importante influencia los hábitos familiares de alimentación que se hayan adquirido en las primeras etapas de la vida.<sup>11</sup> Todos estos cambios, muchas veces, conllevan a una dieta inadecuada, poco saludable y muy alejada de dietas recomendables para la salud como es la dieta mediterránea, que es la que tradicionalmente se ha mantenido en España. Las dietas recomendadas son las que aconsejan consumir de una forma variada y equilibrada de manera que se consigan todos los nutrientes necesarios.<sup>12</sup>

El patrón de consumo de alimentación comienza a establecerse durante la infancia y adolescencia.<sup>13</sup> En este sentido, la población en edad adolescente y universitaria es un grupo muy vulnerable en el desarrollo de los hábitos alimentarios.<sup>14</sup> El consumo de una dieta mediterránea mejora la salud y disminuye el riesgo de enfermedades o lo que es lo mismo, la poca adherencia a esta dieta se asocia a un empeoramiento de la salud.

La dieta mediterránea es reconocida como una forma de alimentación saludable y entre los beneficios se encuentran la prevención del desarrollo de enfermedades crónicas (especialmente enfermedades cardiovasculares) y el aumento de la esperanza de vida en las personas con una alta adherencia a la misma. Está caracterizada por un elevado consumo de vegetales crudos o cocidos, fruta fresca, legumbres, cereales, pescado, aceite de oliva crudo y para las frituras, un consumo moderado de leche, derivados lácteos, vino, y un bajo consumo de carnes, principalmente de las rojas.<sup>15,16</sup> Las modificaciones de la dieta mediterránea se ven asociadas a una alta incidencia de problemas como sobrepeso u obesidad.<sup>17</sup>

El exceso de peso es un problema de salud pública importante en el mundo desarrollado y en España. Se crea en 2005 la Estrategia NAOS (Nutrición, Actividad física, Prevención de la Obesidad y Salud) como medida en contra de la obesidad. Su objetivo principal es concienciar a la sociedad de los problemas que la obesidad provoca en la salud mediante recomendaciones sobre los hábitos saludables de prevención de una vida sedentaria y promoción de una dieta saludable.<sup>18</sup> Está, sobre todo, enfocado a niños y jóvenes ya que en esa época aún se están asentando los hábitos y son más fácilmente modificables. Estas recomendaciones se recogen en la “Pirámide NAOS sobre estilos de vida saludables” (Figura 3). La pirámide consta de tres niveles dependiendo de la frecuencia con la que se deben realizar los hábitos, desde diariamente, varias veces a la semana, hasta ocasionalmente.<sup>19</sup>

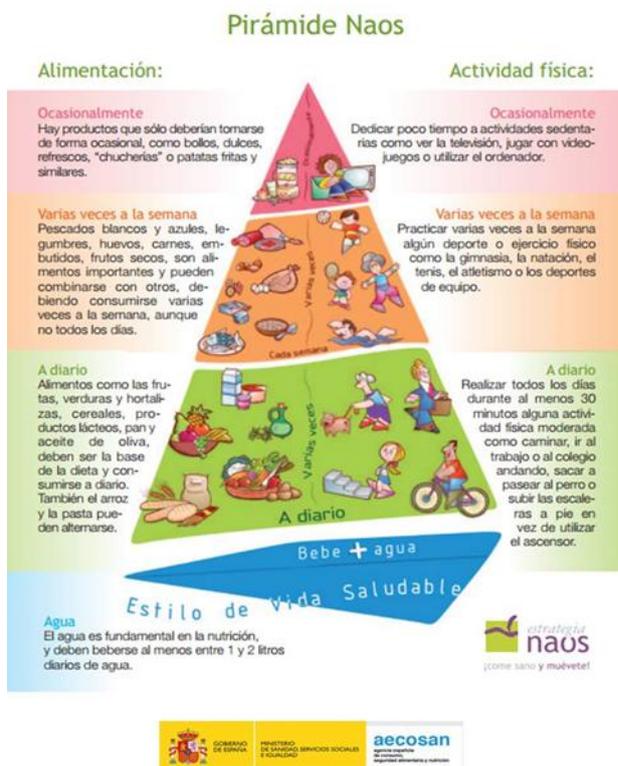


Ilustración 3. Pirámide NAOS (Nutrición, Actividad física y Prevención de la Obesidad).<sup>19</sup>

En este sentido, es importante destacar la relevancia de la obesidad, que es uno de los problemas de salud que supone mayor gasto

sanitario a nivel mundial. Asimismo, tanto en la población infantil como en la adulta, pueden acarrear enfermedades crónicas como diabetes mellitus tipo 2, hipercolesterolemia, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, algunos tipos de cáncer y otras enfermedades crónicas. Además, en jóvenes puede afectar a la salud psicosocial o a enfermedades de carácter respiratorio como es el asma.<sup>8, 19, 20</sup>

Existen muchas maneras de medir la adiposidad. Según la OMS, “El Índice de Masa Corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Un IMC igual o superior a 25  $\text{kg}/\text{m}^2$  determina sobrepeso y un IMC mayor o igual a 30  $\text{kg}/\text{m}^2$  determina obesidad.” Es la medida más útil para detectar sobrepeso u obesidad en la población ya que es igual para ambos sexos y todas las personas mayores de 18 años.<sup>21</sup>

En España según cifras relativas de la Encuesta Europea de salud en España (EESE) en 2014, un 4,46% de la población entre 18 y 24 años en España presenta obesidad y un 19,85% sobrepeso, es decir, aproximadamente 1 de cada 4 jóvenes en nuestro país presenta exceso de peso, encontrándose diferencias entre mujeres y hombres en cuanto al sobrepeso (hombres: 20,31% y mujeres: 12,17%), no así en el caso de la obesidad en el que los datos son prácticamente iguales, aproximadamente 5,5% en ambos sexos. Por otra parte, más de la mitad de este grupo de edad presenta normopeso: 69,99% y un 8,23% muestra un peso insuficiente, encontrándose grandes diferencias entre géneros, mujeres: 12,38% y hombres: 4,10%, es decir, 3 mujeres por cada hombre.<sup>7</sup>

Existen otros modelos de conductas alimentarias que pueden perjudicar gravemente la salud de las personas y que por ello ocupan un importante lugar dentro de los problemas de Salud Pública. Es el caso de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) como la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y otros tipos de trastornos alimentarios. Estos problemas de salud son especialmente frecuentes en la población joven y su desarrollo produce consecuencias en el ámbito psicológico, físico y social. De los efectos a nivel físico se destacan las complicaciones metabólicas, respiratorias y gastrointestinales y tienen un alto porcentaje de mortalidad. A nivel psicológico pueden producir trastornos psiquiátricos y ánimo inestable, baja autoestima, depresión, ansiedad e ideas de suicidio. También son causantes de conflictos familiares, aislamiento social y menor rendimiento escolar.<sup>22</sup> Algunos de los factores predisponentes de sufrir TCA son: la depresión, el estrés y el abuso de alcohol.<sup>23</sup>

Respecto al patrón de consumo de alimentación, y según datos del INE, tan solo un 41,72% de los jóvenes entre 15 y 24 años consumen a diario fruta. En cuanto a la ingesta de verduras, ensaladas y hortalizas un 32,66% de este colectivo lo consumen diariamente. Es un consumo muy reducido de fruta y verdura si tenemos en cuenta que la recomendación es de 5 raciones de fruta y verdura al día. Un 84,12% consume productos lácteos a diario. El 58,31% de esta población toma legumbres una o dos veces por semana, y casi un 20% lo consume menos de una vez a la semana, lo que supone una ingesta inferior a la recomendada. En cuanto al consumo de carne, un 73,7% de los jóvenes lo toma tres o más veces por semana, lo cual supone un consumo muy elevado. Mientras tanto, el dato más elevado del consumo de pescado es un 52,32% que lo consumen una o dos veces a la semana. Otro dato relevante es el porcentaje de población que toma dulces cada día, un 38,49% de ésta. Por último, un 3,24% admite consumir comida rápida todos los días y un 38,16% lo hace una o dos veces por semana.<sup>7</sup>

En cuanto a la adherencia a la dieta mediterránea, la evidencia señala que solo uno de cada cuatro estudiantes realiza esta dieta.<sup>23</sup> De hecho, en países como España, con un arraigo tradicional a la misma, se están adoptando otras formas de alimentación que no son tan

saludables, comenzando por una disminución del consumo de hidratos de carbono, legumbres, frutas y verduras y un aumento del consumo de proteínas y lípidos en alimentos como carnes y derivados lácteos. Otro exceso importante, y cuya modificación es necesaria, es el relacionado con el aumento de consumo de comida rápida y de alcohol.<sup>9</sup> La comida rápida y precocinada y los alimentos procesados que contienen altos niveles de grasas saturadas, hidratos de carbono sencillos y sal, son habituales en la dieta de los jóvenes. Por lo tanto, no se cubren todas las necesidades para llevar a cabo una dieta equilibrada y saludable.

Por otro lado, no se realizan el número suficiente de comidas al día. Si lo recomendado son cinco comidas diarias, los jóvenes suelen realizar tres (desayuno, comida y cena) y a veces cuatro si realizan un segundo desayuno a media mañana. Sin embargo, la comida de media tarde o merienda no suele realizarse y cuando se hace, se consumen alimentos con un elevado contenido calórico. Por otra parte, existe también un problema con la distribución diaria de la cantidad de comida ya que un porcentaje elevado de la comida consumida se realiza durante la cena y una ingesta inadecuada en el desayuno.<sup>9</sup>

El principal problema que se nos plantea a la hora de intervenir en la modificación de la dieta y la educación alimentaria es que la mayoría de la población no es consciente de que debe modificar sus hábitos alimentarios.<sup>14</sup>

Una de las metas propuestas por la OMS durante la Asamblea Mundial de la Salud del año 2010 está relacionada con la alimentación ya que tiene como objetivo detener el aumento de la diabetes y la obesidad en la población, directamente asociadas a los hábitos alimentarios.<sup>6</sup>

### **3. Ejercicio y actividad física**

La actividad y el ejercicio físicos son una de las maneras de mejorar la salud o mantenerse sano ya que tiene beneficios tanto físicos como psicológicos y personales y disminuye la probabilidad de desarrollar enfermedades cardiovasculares, metabólicas o mentales como pueden ser casos de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, osteoporosis, obesidad, ansiedad y depresión.<sup>8</sup> Por otro lado, en casos de sedentarismo o baja actividad física existe más riesgo de padecer este tipo de enfermedades disminuyendo la calidad de vida. Algunas de las ventajas del ejercicio son: que permite reducir el estrés, relacionarse con otras personas e integrarse en la sociedad, mejorar la confianza en uno mismo y también influye en la evitación de conductas peligrosas como el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.<sup>24</sup>

Según las recomendaciones de la OMS, los jóvenes deberían de realizar 60 minutos diarios de actividad física moderada o intensa para tener buena salud.<sup>25</sup> Sin embargo, casi 1 de cada 10 jóvenes no realiza ningún tipo de ejercicio (8%), un 42% realiza actividad intensa, el doble en los chicos comparando ambos sexos (58% en chicos 26% en chicas), un 27% realiza actividad moderada (20% chicos, 35% chicas) y un 23% realiza actividad ligera (16% y 30% respectivamente). Como se puede observar, la práctica es más frecuente en chicos que en chicas, siendo en chicas la práctica más moderada y ligera, aunque en ambos casos existe una disminución del tiempo de ejercicio con la edad.<sup>26</sup>

De acuerdo a los datos del INE, el número medio de días por semana de actividad física que realizan los jóvenes españoles de entre 15 y 24 años es de 3,61 días de actividad intensa; 3,65 de actividad moderada y 5,88 de actividad ligera, aunque existen diferencias entre los

hombres que las realizan 3,80, 3,79 y 5,98 días, y las mujeres que las realizan 3,07, 3,53 y 5,83 días respectivamente.<sup>7</sup>

Respecto a la posición corporal, el decúbito es la actividad de menor consumo energético tras dormir, la sedestación tiene un consumo ligeramente superior y la bipedestación presenta en mayor consumo de las tres, aunque en todos estos casos es gasto energético es bajo.<sup>27</sup> A lo largo de un día normal, un 61,80% de los jóvenes pasa la mayor parte del día sentado (siendo un 57,67 % en hombres y un 65,75% en mujeres), el 27,55% está de pie pero sin realizar grandes esfuerzos (28,98% en hombres y 26,17% en mujeres), un 8,73% camina llevando algún peso y realiza desplazamientos frecuentes (un 9,90% en hombres y 7,62% en mujeres) y por último el 1,93% realiza tareas que requieren mucho esfuerzo físico en su día a día (el 3,45% en hombres y 0,46% en las mujeres), según datos del INE.<sup>7</sup>

La población joven en España dedica parte de su tiempo diario a ver la televisión, unas 2 horas por día, aproximadamente 1 hora a jugar al ordenador o la consola y otra hora diaria emplean el ordenador para hacer la tarea o navegar por Internet.<sup>26,28</sup> La cifra de sedentarismo referente a esta población es de un 35,16% frente a un 64,84% de la población que refiere no mantener una vida sedentaria, encontrando grandes diferencias en función del sexo: mientras un 49,54% de las mujeres reporta una vida sedentaria, tan solo lo hace el 21,35% de los hombres, alrededor de 28 puntos porcentuales menos.<sup>7</sup> Es conveniente recordar que hablamos siempre de cifras referidas y no de una medida observada, por lo que se deberían de realizar estudios de concordancia y validación entre las cifras referidas y las reales.

Existe una diferencia entre la cantidad de ejercicio que realizan los jóvenes en función del sexo al que pertenecen. Las mujeres realizan menos ejercicio y prefieren actividades cooperativas pero individuales (natación, fitness) mientras que los hombres prefieren actividades más competitivas pero en grupo (fútbol, baloncesto). También existe una diferencia en cuanto a la motivación que les lleva a cada sexo a realizar ejercicio, los hombres pretenden mejorar su técnica en un tipo de deporte y aumentar su liderazgo, y las mujeres buscan con el deporte mejorar su salud y su estado físico, y reducir su estrés.<sup>29</sup>

En ambos casos, la actividad física es inferior a la recomendada por lo que es necesario promover en los jóvenes el desarrollo del ejercicio físico y el deporte con el fin de mantener la salud, mejorar sus habilidades físicas y mentales y de esa manera mejorar su calidad de vida. Al igual que ocurre con la alimentación, la inactividad física es uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de sobrepeso y obesidad ya que el sedentarismo favorece la producción de un desequilibrio entre ingesta y gasto energético al ingresar más calorías de las que se consumen.<sup>20</sup>

Otro factor relacionado con este hábito de la salud es la dependencia o adicción al ejercicio físico. En este caso los jóvenes realizan un ejercicio excesivo que puede provocar síntomas parecidos a los de la abstinencia de drogas, como son: ansiedad, irritabilidad o insomnio. Esto ocurre por la liberación de endorfinas que tiene lugar durante el ejercicio físico. Además, unas dosis altas de ejercicio diario (más de 100 minutos por día) no producen una reducción del riesgo de morbilidad, por lo que para que el ejercicio sea saludable debe ser moderado.<sup>30</sup>

Como símbolo de la importancia de la actividad física, la Asamblea Mundial de Salud también dedica una de sus metas a los hábitos relacionados con el ejercicio físico en el que pretende conseguir una reducción de la prevalencia de actividad física insuficiente en un 10% para los años 2013-2020.<sup>6</sup>

## 4. Hábitos tóxicos

Las drogas son definidas por la OMS como “toda sustancia terapéutica o no que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración (inhalación, ingestión, fricción, administración parenteral, endovenosa), produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas, de acuerdo con el tipo de sustancia, la frecuencia del consumo y la permanencia en el tiempo”.<sup>31</sup>

La mayor prevalencia de consumo de drogas es en personas de entre 15 y 34 años, aunque existe una diferencia entre hombres y mujeres siendo mayor el consumo en el caso de los primeros. La edad de inicio de consumo suele ser entre 13 y 16 años y las drogas que se consumen antes son el alcohol y el tabaco, a continuación el cannabis y por último los hipnosedantes. Como es común, las drogas que más se consumen son las legales, alcohol y tabaco, y la droga ilegal se consume más frecuentemente es el cannabis. En referencia a la edad y tipo de consumo, las drogas ilegales tienen mayor relevancia en jóvenes y las drogas legales en población más adulta. Hay diferencia entre sexos, ya que, mientras que las drogas legales son más usadas en las mujeres, las ilegales lo son en los hombres.<sup>32</sup> Además es importante señalar que los jóvenes que consumen cualquier tipo de droga tienen menos percepción de los riesgos que quienes no lo hacen.<sup>33</sup>

Los jóvenes consumen drogas principalmente como expectativa para disfrutar de su tiempo de ocio, es decir, como uso recreativo. Sobre todo esta práctica se asocia fundamentalmente a salidas nocturnas o reuniones con otras personas de la misma edad. Los beneficios que observan los jóvenes en el consumo son referentes a los efectos en la sociedad: mejorar las relaciones amistosas y sexuales, mantenerse activo durante las salidas nocturnas el tiempo suficiente y formar parte del colectivo juvenil de referencia, es decir, aumentar el sentimiento de pertenencia grupal.<sup>26</sup>

### 4.1 Alcohol

El alcohol es una droga legal en casi todo el mundo que produce efectos nocivos tanto directos como indirectos. Algunos de los efectos directos de esta sustancia son los traumatismos (accidentes de tráfico o actos de violencia), además puede llegar a causar más de 200 enfermedades incluyendo enfermedades mentales y peor rendimiento cognitivo, alcoholismo, obesidad, cáncer, cirrosis hepática, enfermedades cardiovasculares y enfermedades infecciosas como tuberculosis y VIH/sida.<sup>34</sup> En cuanto a los efectos indirectos, su frecuente ingesta puede afectar indirectamente en las relaciones familiares, de amistad o escolares con disminución del rendimiento escolar, sin olvidarnos del aumento de probabilidades de realizar otras conductas de riesgo como tener relaciones sexuales sin protección o conducir bajo los efectos del alcohol y en ciertos casos puede dar lugar a problemas legales.<sup>33</sup>

Según se registra en la Encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de secundaria (ESTUDES) en el año 2012, el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida por lo jóvenes y la edad de inicio de consumo se sitúa entre los 13-14 años.<sup>35</sup>

Entre los adolescentes del rango de 14 a 18 años, un 60,7% admite haberse emborrachado alguna vez, un 52% en los últimos 12 meses y un 30,8% en los últimos 30 días.<sup>35</sup> Los datos registrados de las personas entre 15 y 34 años que admiten haberse emborrachado en los últimos 12 meses, son de un 40% en los hombres y de 25,5% en las mujeres. Las mujeres

han aumentado su porcentaje de consumo excesivo, ya que desde hace una década, ha pasado de ser 1 de cada 5, a 1 de cada 4. En los hombres se ha mantenido el porcentaje. La prevalencia de consumo es diferente entre hombres y mujeres y cambia con la edad: de los 13 a los 17 años ellas consumen más que ellos mientras que de los 18 años en adelante, cambian los papeles.<sup>35</sup>

En cuanto a los días que más se consume alcohol entre los jóvenes es el fin de semana el que concentra la mayoría del consumo, incluyéndose los jueves en caso de estudiantes universitarios. Solamente un 0,9% de los jóvenes entre 15 y 24 años consumen diariamente alcohol (1,3% en hombres y 0,5% en mujeres).

El tipo de bebida alcohólica más consumida entre semana es la cerveza mientras que los fines de semana aumentan la prevalencia de consumo de los combinados (bebida espirituosa y refresco).<sup>35</sup>

El “consumo en atracón” (*binge drinking*) es un consumo de 5 o más vasos de bebidas alcohólicas seguidas o en un breve período de tiempo. Se trata de una forma de consumo de riesgo muy popular en la actualidad junto con el consumo diario excesivo, que tienen ciertas consecuencias como las intoxicaciones etílicas.<sup>36</sup> Esta práctica es muy prevalente en los jóvenes menores de 25 años durante los fines de semana y 9 de cada 10 han consumido combinados durante el *binge drinking*. Son los hombres en este caso quienes más realizan este modo de consumo.<sup>35</sup> Este modo de beber alcohol suele estar asociado al consumo de otros tipos de drogas (policonsumo) y esto permite que se potencien los efectos de las drogas consumidas y aumente la adicción a estas.<sup>37</sup> Es muy llamativo que el alcohol es una de las drogas que está presente en el 95% de los casos de policonsumo, unido la mayoría de ocasiones al tabaco y en tercer lugar al cannabis.<sup>33, 37</sup>

En comparación con la percepción de los no consumidores o consumidores esporádicos, los consumidores habituales no ven riesgo en padecer problemas de salud o interpersonales derivados de la ingesta de alcohol, sólo ven un posible riesgo de sufrir accidentes de tráfico, que por otra parte, es la primera causa de muerte entre los jóvenes, además de ser una causa evitable.<sup>26,38</sup>

El consumo de alcohol es un problema de salud a nivel mundial, hasta tal punto que la reducción de su consumo nocivo es una de las 9 metas incluidas en la estrategia de la Asamblea Mundial de la Salud en para los años 2013-2020.<sup>6</sup>

## 4.2 Tabaco

El tabaco es la primera causa mundial de muerte evitable, y el principal problema es su efecto adictivo. Es causante de gran variedad de enfermedades como varios tipos de cáncer (produce un 90% de los cánceres de pulmón), neumonía, bronquitis, enfisema, enfermedades cardiovasculares o problemas durante el embarazo. Además, estas enfermedades no sólo afectan a los fumadores, sino a las personas cercanas consideradas fumadores pasivos ya que están expuestas al humo y que, de la misma manera, pueden padecer los efectos nocivos del tabaco.<sup>39</sup>

La edad de inicio de consumo en España es a los 16 años, siendo la edad de inicio de consumo diario los 18 años. Según el INE, de la población entre 15 y 24 años, un 21,73% es fumador diario y un 4,67% fumador ocasional.<sup>7</sup> Conforme a los datos obtenidos en 2013 de la Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), aunque en estas edades no existe diferencia entre hombres y mujeres, a partir de los 25 años aumenta la cantidad de hombres que fuman sobre mujeres. El tabaco es la segunda droga más consumida en España después

del alcohol. Casi tres cuartas partes de la población, un 73,1% declara haber consumido tabaco alguna vez en su vida. Por otra parte, la cantidad de jóvenes que fuman tabaco ha disminuido notablemente frente a los años noventa.<sup>37</sup>

La percepción de problemas de salud unidos al tabaco es igual en consumidores y no consumidores y el consumo no decrece a pesar de ello. Los problemas asociados directamente con la salud son el único riesgo que perciben ambos grupos. Sin embargo, no perciben los riesgos que pueden sufrir en las relaciones interpersonales, ni en problemas legales o accidentes de tráfico.<sup>38</sup>

Como se ha mencionado al inicio del trabajo, una de las metas a conseguir por la estrategia de la Asamblea Mundial de Salud es en relación al tabaco, ya su objetivo es reducir la prevalencia actual del consumo de tabaco en un 30% en el período 2013-2020.<sup>6</sup>

## 4.2 Cannabis

El cannabis es la droga ilegal más empleada por los jóvenes y es en su etapa adolescente cuando comienzan a experimentar con su consumo. Se consume de modo terapéutico en algunos países pero los jóvenes habitualmente lo usan de modo recreacional por los efectos que les produce en el organismo como: sensación de relajación y reducción de la ansiedad, más facilidad para mantener relaciones interpersonales, alteraciones del estado de conciencia y de la percepción (alucinaciones).

La forma de consumo más utilizada es por vía inhalatoria, además, contiene compuestos similares a los del tabaco por lo que al igual que éste, puede producir efectos adversos en el sistema respiratorio como bronquitis crónica, neumonía o EPOC.<sup>40</sup> Por otra parte, también produce efectos sobre el sistema cardiovascular o el cerebrovascular como aumentos de la presión arterial y la frecuencia cardíaca de forma inmediata a su consumo o riesgo de padecer infarto de miocardio, angina de pecho e ictus a largo plazo.<sup>37, 41</sup> Sin embargo, hay contradicciones en diferentes estudios sobre los efectos de la marihuana sobre el cáncer. En algunos estudios se expone que contiene efectos anti-cancerosos mientras que otros informan de que puede producir cáncer, sobre todo asociado al consumo de tabaco.<sup>41</sup> Es decir, los efectos cancerígenos estarían causados por el tabaco que acompaña habitualmente el consumo de cannabis. Así mismo, su consumo, unido a factores genéticos, tiene mucha relación con el desarrollo de enfermedades mentales como la esquizofrenia y de síntomas y delirios psicóticos.<sup>37, 42</sup>

Es la droga ilegal que se consume con más prevalencia en España.<sup>37</sup> La edad media de inicio de consumo en 2013 es a los 19 años y se considera la droga ilegal con un consumo más temprano.<sup>33</sup> El grupo de edad en que se registra el máximo consumo de cannabis es entre los 15 y los 24 años, dos de cada diez jóvenes entre esas edades consumieron esta droga en el año 2013, siendo este dato mayor en hombres (27,2%) que en mujeres (14,5%), también es llamativo el dato de que 2 de cada 10 hombres entre esas edades consumieron esta sustancia en los últimos 30 días, casi el doble que el porcentaje presentado por las mujeres.<sup>37</sup> Además, se registró ese mismo año una cantidad de personas que comenzaron a consumir cannabis mayor que las que comenzaron a consumir tabaco, pero la mayoría consumen esta droga ilegal como una práctica más experimental o puntual. La percepción de los riesgos que tienen los consumidores de esta sustancia es mínima, no ven peligro en su consumo y se mantiene el pensamiento de que el tabaco es más peligroso que el cannabis. Así mismo, dentro de las drogas ilegales es considerada la que mejor accesibilidad tiene.<sup>33</sup>

#### 4.4 Otras drogas

Las drogas como la cocaína, éxtasis, anfetaminas o alucinógenos se comienzan a consumir más tarde que las demás, y su consumo es poco frecuente. Existen diferencias entre sexos, siendo mayor el consumo en el caso de los hombres.<sup>35</sup>

La cocaína es la segunda droga ilegal más consumida en España después del cannabis. En 2013, 1 de cada 10 personas había probado esta droga alguna vez en su vida. La edad de inicio de consumo es a los 21 años. Los jóvenes de las últimas generaciones muestran poco interés en el consumo de cocaína y heroína en comparación con generaciones anteriores (0,9% consumen cocaína y 0,3% consumen heroína de manera regular).<sup>37</sup>

Otra sustancia preocupante en la población son los hipnosedantes, tranquilizantes o somníferos, con o sin recetas, pero en este caso la edad de inicio se sitúa en los mayores de 35 años y es la única droga más prevalente entre las mujeres que entre los hombres.<sup>37</sup>

Los consumidores de estas sustancias no ven ningún riesgo en su consumo, ni en relación a los problemas legales, ni a problemas de salud e interpersonales.<sup>38</sup>

## 5. Hábitos sexuales

La definición de la OMS de la salud sexual es la siguiente: “es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia”.<sup>43</sup>

Los dos principales problemas de salud relacionados con los hábitos sexuales son las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y los embarazos no deseados. Las únicas medidas conocidas para la prevención de las ITS son la abstinencia y los métodos de barrera como el preservativo. El uso de estos métodos es necesario también para la prevención y protección frente a embarazos no deseados. Según el Instituto de la Juventud (INJUVE) en el año 2012, se registraron un 7,2% de embarazos no deseados entre la población juvenil en España.<sup>26</sup>

Desde hace unas décadas hasta la actualidad, las relaciones sexuales se inician cada vez a una edad más temprana.<sup>26, 45</sup> Según la última Encuesta de Salud y Hábitos sexuales del INE del año 2003, un 87,85% de la población entre 18 y 29 años ha tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida, dato similar en hombres 89,42% y mujeres 86,21%.<sup>26</sup> Los hombres inician las relaciones sexuales antes que las mujeres. La edad media de inicio es de 18,1 años en hombres y 19,1 en mujeres.<sup>32</sup> Un 2,02% comenzó a tener relaciones sexuales con menos de 14 años, el 13,06% lo hizo con edades entre 14 y 15 años, el 34,24% comenzaron a los 16 y 17 años, un 29,88% con 18 y 19 años y, por último, un 20,80% lo realizó con 20 años o más.<sup>7, 44</sup>

En 2012, de entre todos los jóvenes españoles de entre 15 y 29 años que alguna vez han mantenido relaciones sexuales, un 81,7% ha empleado métodos anticonceptivos en su última relación, y el 17,3% no ha utilizado ningún método. De todos los métodos anticonceptivos existentes, el preservativo es el más empleado por este colectivo (casi un 70%), seguido de los anticonceptivos orales (19%) y por último el DIU (6,7%). Otros métodos anticonceptivos de más riesgo y de menor efectividad, como son los métodos naturales o el coito interrumpido, aún se llevan a cabo pero solo un grupo muy minoritario de jóvenes admite su práctica (1,2%).<sup>26</sup>

Los jóvenes tienen más probabilidad que el resto de los grupos de edad de no utilizar preservativo durante las relaciones sexuales debido a que muchos tan solo emplean métodos para evitar el embarazo, sobre todo cuando nos referimos a parejas estables, y no a encuentros esporádicos.<sup>45</sup> Además, otro factor que predispone la práctica sexual sin métodos de barrera es un bajo nivel educativo y socioeconómico, y los jóvenes que se incluyen en este grupo son los que presentan un mayor porcentaje de embarazos no deseados.<sup>26</sup> Entre los motivos más frecuentes que dan los jóvenes de entre 15 y 29 años para no utilizar el preservativo son: que “utilizan otro método anticonceptivo” (34,9%), que “conocen suficientemente a esa persona” (14,9%) y, por último, otro porcentaje relevante de la población afirma que “no disponían de preservativos en ese momento” (8,2%). Las relaciones sexuales de riesgo y su inicio temprano están altamente relacionadas con el consumo de alcohol y drogas. El consumo precoz, el de alcohol en atracón o *binge drinking*, el consumo regular o la dependencia alcohólica, se asocian a una menor utilización de preservativos durante las relaciones con el consiguiente riesgo de contraer ITS o embarazos no deseados.<sup>46,</sup>

<sup>47</sup>

Una de las prácticas que más se ha ido extendiendo durante la última década entre los jóvenes y adolescentes es el uso de la píldora postcoital, también conocida como píldora del día después, como medida para evitar el embarazo, aunque realmente debería ser tan solo un método utilizado en situaciones de emergencia, es decir, en caso de ruptura del preservativo o en relaciones sexuales forzadas. Suele estar asociado el uso de esta píldora con un consumo elevado de alcohol y/o cannabis, y está inversamente asociado a una elevada frecuencia de relaciones sexuales, tanto en hombres como en mujeres, es decir, cuanto más frecuentes son las relaciones sexuales más probabilidades existen de desarrollar prácticas de riesgo. Afortunadamente, se trata de un grupo minoritario de mujeres las que emplean esta alternativa.<sup>26, 47</sup>

En cuanto a las ITS, que tienen una elevada morbilidad y mortalidad, son uno de los problemas de salud pública más importantes en relación a las conductas sexuales de riesgo junto con los embarazos no deseados, y el VIH/sida es una de las consecuencias más peligrosas.<sup>48</sup> Las ITS se propagan por contacto sexual principalmente, vaginal, anal u oral, aunque también pueden transmitirse a través de transfusiones y otros productos sanguíneos, y algunas mediante transmisión vertical, de madre a hijo durante el parto.<sup>49</sup> Las ITS tienen importantes efectos sobre la salud sexual y reproductiva y pueden tener consecuencias graves: esterilidad, pérdidas fetales, cáncer de cérvix y aumentan el riesgo de padecer el Virus del Papiloma Humano (VPH) y VIH/SIDA ya producen inflamación y aumentan las posibilidades de rotura del tejido de los genitales.

En la población española entre 18 y 29 años, un 0,61% está diagnosticado de infección por clamidia, un 0,87% de herpes genital, el 0,72% de ladillas o pediculosis genital y un 0,33% con diagnóstico de infección por tricomonas.<sup>7</sup> Dentro de los nuevos casos diagnosticados de VIH, en el año 2014 en España se registran, un 1,8% que tenían edades entre 15 y 19 años y un 10,5% tenían entre 20 y 24 años, estos datos parecen demasiados bajo para estos rangos de edad pero se debe tener en cuenta que los nuevos casos suelen diagnosticarse varios años después de contraer el virus ya que en muchos casos pasan desapercibidos.<sup>50</sup> El método de diagnosticar el VIH es mediante una prueba serológica mediante una muestra sanguínea para la detección de la infección y se suele realizar siempre que se crea haber realizado alguna práctica sexual de riesgo. Es importante realizar esta prueba lo antes posible ya que una detección precoz es muy beneficiosa para evitar un rápido desarrollo de la enfermedad, para mejorar la calidad de vida de las personas infectadas y para evitar a infectar a otras personas.<sup>50</sup> Un 68,62% de las personas entre 18 y 29 años se ha realizado alguna vez la prueba de VIH/sida, siendo el dato mayor en el caso de las mujeres 69,85%, frente a los hombres 67,44%.<sup>7</sup>

## 6. Otros hábitos

Los jóvenes debido a que son un colectivo sometido a grandes cambios en su vida diaria, presentan muchos hábitos capaces de influir de manera directa o indirecta en su salud. Aunque en capítulos anteriores se han comentado los hábitos que son considerados más influyentes para su desarrollo, existen otras conductas muy practicadas por esta población y que pueden igualmente afectar en sus estilos de vida.

### 6.1 Accidentes de tráfico

Uno de los hábitos que revisten más importancia son las conductas de riesgo de los jóvenes durante la conducción de vehículos, principalmente motorizados, como automóviles o motocicletas. La mayoría de la morbimortalidad derivada de los accidentes de tráfico está causada por presencia de conductas de riesgo al volante así como ausencia de las medidas de seguridad conocidas como el casco o el cinturón de seguridad.

Los accidentes de tráfico se consideran un importante problema de salud pública ya que ocasionan graves problemas como lesiones leves, graves o incluso el fallecimiento de la persona. Como se ha mencionado anteriormente, es la primera causa de muerte en jóvenes y, por lo tanto, suponen una gran cantidad de años potenciales de vida perdidos y de gasto público. De todas las causas de fallecimiento en los jóvenes, los accidentes suponen un 21% de las muertes. Se aprecia una gran diferencia según el género ya que aproximadamente fallecen el doble de hombres que de mujeres en estos accidentes.<sup>51, 26</sup> El dato referente a los fallecimientos en estas edades es de un 10% del total de fallecidos en España, 35 muertes por cada millón de habitantes. La mayor parte de los fallecidos eran conductores de algún vehículo, un 61%, mientras que en el 39% restante se encuentran el resto de pasajeros de los vehículos así como peatones.

En cuanto a los datos sobre lesiones causadas por accidentes de tráfico, en España en el 2013 la tasa más elevada de heridos graves es en los jóvenes de entre 15 y 24 años, en los que 303 por cada millón sufren esta situación, encontrando un 14% del total de los heridos graves y un 17% de los heridos leves concentrados en este tramo de edad. Además, se encuentra una gran diferencia entre sexos en cuanto al sufrimiento de heridas graves y fallecimientos en las que un 73% de ellos son varones frente a un 23% de mujeres. En cuanto a las heridas leves, el 60% de los que las padecen son hombres y el 40% restante son mujeres.<sup>52</sup>

Respecto al lugar donde ocurren la mayoría de los accidentes, más de la mitad (59%), suceden en vías urbanas. En estas carreteras sobreviven la mitad de los heridos graves, y la otra mitad de éstas se dan en las vías interurbanas. En cuanto a las heridas leves, el 58% de las mismas tienen lugar en el ámbito de las vías urbanas y el 42% restante en las interurbanas. Sin embargo, el porcentaje de fallecimientos en jóvenes es muy superior en zonas interurbanas, en las que ocurren el 76% de las muertes de este grupo.<sup>52,53</sup>

El momento en que más se producen los accidentes de tráfico entre los jóvenes son los fines de semana y en el horario nocturno, sobre todo en comparación con otros grupos de edad. Un 50% de los fallecimientos en jóvenes de hasta 25 años ocurrieron durante la noche frente al 30% de media registrado en los demás grupos. Ocurre lo mismo durante los fines de semana en los que suceden el 40% de los accidentes mortales en jóvenes y el 30% en el resto de edades.<sup>52</sup> Estos datos sugieren que gran parte de los accidentes de tráfico están causados por el consumo desmedido de alcohol y otras drogas que tienen lugar en las noches de los fines de semana entre los jóvenes.

Algunos de los motivos por los que suceden estos accidentes automovilísticos son: el consumo de alcohol, las distracciones al volante, sobre todo relacionadas con el uso del teléfono móvil mientras se conduce, además de la poca experiencia al volante y las infracciones en la conducción como superar los límites de velocidad permitidos, adelantamientos en zonas prohibidas o la no utilización de los cinturones de seguridad o casco en caso de ir en moto.<sup>52</sup>

En relación al consumo de alcohol, se ha registrado que un 30-50% de los accidentes mortales están relacionados con una tasa elevada de alcohol. Esta droga provoca una serie de efectos en el organismo indeseables para la conducción, como por ejemplo cambios en el comportamiento (falsa seguridad, menor prudencia), problemas psicomotores con aumento del tiempo de reacción y peor coordinación, alteraciones sobre los sentidos y las percepciones sensoriales (menor visión).<sup>54</sup>

El consumo de alcohol previo a la conducción tiene lugar especialmente en la población joven. Esta práctica se lleva a cabo a menudo como consecuencia de las influencias sociales, es decir, un joven tendrá siempre más probabilidades de desarrollar un hábito cuando también lo realicen sus círculos cercanos.<sup>55</sup>

También son factores de riesgo de la conducción el consumo de otras drogas entre las que destaca el cannabis. De entre los jóvenes que consumen drogas antes de conducir, en un 37,7% de los casos se trata de cannabis, y la mayoría de veces está acompañado, además, del consumo de alcohol.<sup>53</sup> La población juvenil no percibe el riesgo real de sufrir un accidente de tráfico y del gran problema para la salud que puede suponer, y por este motivo, no ponen medios para evitarlos.<sup>51</sup>

En relación a los accidentes de tráfico, es necesario realizar intervenciones a la comunidad con el fin concienciar a la población joven de los efectos de las conductas de riesgo, y de esta manera disminuir la incidencia de víctimas de accidentes y fallecimientos lo máximo posible en este grupo de edad.<sup>51</sup>

## **6.2 Nuevas tecnologías**

Otra conducta que tiene un importante impacto en la vida y por lo tanto en la salud de los jóvenes es el cada vez más extendido uso de las nuevas Tecnologías de Información y Comunicación (TICs). Las TICs han transformado el actual modo de relacionarse de las personas, en especial, de la población joven. No obstante, esta conducta tiene beneficios pero, del mismo modo, puede presentar efectos indeseados en las personas.<sup>56</sup>

La adopción de estas conductas tiene efectos positivos ya que es una herramienta muy útil como medio de comunicación y obtención de información. Los jóvenes utilizan las TIC como herramienta de formación y aprendizaje, de interacción con otras personas o para actividades de ocio. Además, durante los últimos años, está adquiriendo importancia su función en la docencia, en colegios y universidades, empleándose como forma de intervención en la enseñanza-aprendizaje.<sup>57, 58</sup>

En relación a Internet, su uso está creciendo y cada vez es más relevante en la sociedad y un 85% de los jóvenes afirma utilizarlo varias veces al día. Asimismo, un 87% de los jóvenes entre 18 y 24 años considera muy necesario utilizar Internet en su vida cotidiana y casi la totalidad de ellos, un 98%, cree que ha supuesto un importante cambio en la sociedad. Este último dato es llamativo ya que son el grupo de edad que más reconoce el cambio que suponen las tecnologías y por otro lado, son quienes de manera más temprana han conocido

este medio y por lo tanto podrían no percibir tanto el cambio como otros grupos de mayor edad.<sup>26</sup>

Los motivos más prevalentes para el uso de las nuevas tecnologías son: el correo electrónico (80%), redes sociales (*Facebook*, *Twitter*, etc) (77%) y la búsqueda de información y descargas de música, vídeos, películas (74% y 63%). Existen otros motivos pero son menos relevantes como es el caso de las compras por Internet (38%) o de creación de blogs o páginas web personales (15%). En cuanto al uso de las redes sociales, ha sido notablemente creciente en los últimos años y actualmente 9 de cada 10 jóvenes afirman utilizarlas diariamente y más de la mitad de ellos acceden varias veces al día. Su objetivo principal, aparte de comunicarse con amistades y familiares a los que no ve frecuentemente, es el poder conocer a nuevas amistades. Es muy habitual pertenecer a más de una red social, la más empleada por la juventud es *Facebook* (55%).<sup>26</sup>

Hasta hace pocos años la forma más frecuente de conectarse a Internet eran los ordenadores. Sin embargo, se está produciendo un importante aumento del empleo del teléfono móvil o *smartphone* como dispositivo fundamental de conexión a Internet. El principal motivo es que permiten estar conectados a la Internet y comunicarse en prácticamente cualquier lugar.<sup>59</sup>

El teléfono móvil es el dispositivo que más emplean los jóvenes cuando se habla de TICs. Casi el total (un 99%) de la población joven declara utilizar el teléfono móvil, y aquellos entre 18 y 24 años son quienes consideran más necesario el uso de este dispositivo en su vida diaria.<sup>26</sup> Una de las principales características es que permiten, mediante conexión a la red móvil, utilizar las aplicaciones de mensajería instantánea gratuitas (es el caso del popular *WhatsApp* en la actualidad) como medio de comunicación. Esta clase de aplicaciones son muy populares entre la población joven.<sup>59</sup>

Los jóvenes afirman que los principales motivos por los que utilizan estas aplicaciones son: por comodidad e inmediatez en la comunicación, por falta de tiempo o por tener timidez a la hora de comunicarse. Por otra parte, consideran que se comunican más frecuentemente mediante este sistema, es decir, de manera virtual, que en persona. Aunque opinen que es una forma de relacionarse más distante, impersonal y en muchas ocasiones susceptible a que ocurran equivocaciones en la comunicación, ya que no tiene la capacidad de mostrar las emociones. Lo que parece preocupante es que el creciente uso de estas formas de relacionarse virtualmente pueda suplantar a las relaciones reales o personales y que los jóvenes estén permanentemente pendientes de esta aplicación.<sup>60</sup> Son las mujeres jóvenes en comparación con los hombres quienes más tiempo dedican a esta práctica, tanto en el caso de la mensajería instantánea como de las redes sociales.<sup>59</sup> Esta conducta puede crear una dependencia de estas aplicaciones y por consiguiente, provocar en los jóvenes una sensación de estrés al querer contestar de forma inmediata a los mensajes que reciben o al no recibir respuesta rápida al enviar ellos mismos un mensaje.<sup>60</sup>

Es ya muy habitual encontrar a personas que dedican una atención tan exclusiva y una dependencia tan elevada del teléfono móvil que en ocasiones se observan hechos como que se cruce la calle mientras que se escribe un mensaje y sin mirar a los dos lados, utilizar el móvil para leer y enviar mensajes mientras se está conduciendo, aislarse en medio de conversaciones reales con otras personas o su uso durante las clases. En todos estos casos, produce una distracción que en ocasiones puede ser peligrosa para la salud ya que puede causar accidentes, aislamiento social o peor rendimiento académico.<sup>61</sup>

En cuanto a la percepción de los efectos que produce el uso de nuevas tecnologías, se observa una paradoja y cierta contradicción ya que al menos un 74% de las personas entre 15 y 29 años consideran que es una pérdida de tiempo, que vuelven a las personas más perezosas

y que tienden a aislarse más. Sin embargo, ese mismo porcentaje de jóvenes cree que es una buena herramienta para aumentar el número de nuevas amistades. Existe una diferencia de opiniones en cuanto al sexo en el que las mujeres tienen opiniones más negativas sobre su uso (pérdida de tiempo, aislamiento en las relaciones y mayor pereza) mientras que los hombres opinan más que ellas que es una herramienta eficiente. En lo que no hay diferentes opiniones es que en que es una forma de conocer gente y relacionarse con otras personas.<sup>26</sup>

Las TICs pueden en algunos casos afectar negativamente en el desarrollo psicosocial de los jóvenes. El colectivo joven es el que presenta mayor sensibilidad y por lo tanto tienen más riesgo de realizar conductas inadecuadas en este medio.<sup>56</sup> El fácil alcance a estos dispositivos, sus funciones (entre ellas el acceso a Internet), la necesidad de comunicarse con sus amigos o el tiempo que pasan fuera de casa, hacen que los jóvenes cada vez lo empleen con más frecuencia.<sup>62</sup> El problema viene cuando el empleo de estas nuevas tecnologías se hace de manera inadecuada o se abusa de ellas y pueden causar “adicción” y por lo tanto dependencia de ellas, así como dejar de realizar otras actividades.<sup>58</sup> Otro gran problema es la suspensión de actividades por el uso continuado y adicción a las nuevas tecnologías, lo que promueve el aislamiento social y la introversión, que conlleva a problemas interpersonales, familiares o académicos, incluyendo la dejación de responsabilidades. Asimismo un 27% de los jóvenes ha utiliza exclusivamente las TICs para documentarse y un 25% declara haber dejado de leer libros u otros textos escritos. Igualmente entre un 17 y 19% comentan haber reducido las horas de sueño, las de estudio, las de quedar con sus amigos o parejas y las empleadas en realizar actividades de ocio como ir al cine o realizar actividad física.<sup>26</sup>

Algunos de los problemas que más se registran en relación al abuso de Internet son las compras de manera compulsiva, los juegos on-line o juegos de apuestas.<sup>62</sup> En el colectivo joven es muy frecuente el uso de juegos violentos y en Internet no tienen ninguna restricción. Además, a los adolescentes menores de edad se les permite comprar productos que no están permitidos para su edad como el alcohol, tabaco, y otros productos.<sup>56</sup>

## **7. Papel de la Enfermería en los estilos de vida**

La Promoción de la Salud es una actividad de salud pública fundamental para fomentar un estilo de vida saludable ya que su principal misión es mejorar o garantizar la salud de la comunidad. Las estrategias de mejora de la salud van, desde la Educación para la Salud (EpS), hasta la detección y prevención de riesgos. Los profesionales de la salud, enfermeras, médicos, fisioterapeutas, podólogos o nutricionistas, son los encargados de asumir estas tareas, cada uno en el ámbito y área del conocimiento que le corresponde.<sup>63,64</sup>

El Sistema Nacional de Salud español (SNS) creó una Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención para el abordaje de las enfermedades crónicas. Su objetivo principal es mejorar la salud de la población y prevenir el desarrollo de las mismas. Algunas de sus características son que actúa sobre los hábitos de vida, que realiza un abordaje integral tanto a nivel individual como comunitario, y por otra parte, valora el entorno en que viven y se relacionan las personas. Los aspectos de la salud sobre los que se debe incidir son: la alimentación, la actividad física, el consumo de tabaco y alcohol, la seguridad en el entorno y el bienestar emocional.<sup>65</sup>

De todas las instituciones del Sistema de Salud, estas intervenciones se encuentran integradas en las funciones del equipo de Atención Primaria y por lo tanto, es una de las competencias propias de las enfermeras de los Centros de Salud.<sup>65</sup> Asimismo, dentro del

equipo de trabajo de Atención Primaria, las enfermeras son el colectivo que más se compromete con la realización de intervenciones de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad y es posible que por este motivo se consideren los profesionales con mayor cercanía a la comunidad.<sup>66</sup> El motivo por el que estas intervenciones de salud escolar son función de los Centros de Salud es que tienen la capacidad de llegar con su trabajo a un gran porcentaje de la comunidad y no sólo a la población con problemas de salud, es decir, desde estas instituciones se trabaja tanto con población enferma como sana. Además, otras ventajas que presenta la Atención Primaria es que se considera el primer contacto de la comunidad con el sistema sanitario y permite un seguimiento y una continuidad en el cuidado de las personas. Debido al seguimiento cercano que se produce con los pacientes en los Centros de Salud, y la proximidad y accesibilidad de los centros y sus profesionales, aumenta la confianza en los mismos, hecho que es fundamental para que las intervenciones realizadas sean lo suficientemente motivadoras y efectivas.<sup>65,67</sup>

Una manera de promocionar la salud es mediante intervenciones grupales a la comunidad y preferiblemente que los integrantes del grupo tengan aspectos en común como la edad (por ejemplo charlas educativas en colegios e institutos) o experiencias vividas (grupos de deshabituación tabáquica o recomendaciones sobre alimentación a personas que padecen Diabetes Mellitus). Sin embargo, las intervenciones comunitarias no siempre se llevan a cabo y, desafortunadamente, son muy escasas, entre los motivos que aportan las enfermeras para no realizar estas prácticas se encuentran: la falta de tiempo o de recursos; la ausencia de formación suficiente para realizarlas; la creencia de que las intervenciones no tienen impacto real en la salud de la población; o no considerarlas lo suficientemente importantes como el resto de sus funciones en el trabajo.<sup>68</sup>

Se ha observado la importancia de realizar EpS en fases previas a la edad universitaria y durante esta, de forma que se forjen las creencias, actitudes y conductas de manera sólida. Así, a la hora de alcanzar la independencia, disminuye el riesgo de realizar conductas insanas.<sup>69</sup> La EpS se emplea no solamente como fuente de información, sino también como apoyo y comunicación para que los jóvenes adquieran un desarrollo personal adecuado y consigan tomar sus propias decisiones sin tener en cuenta la presión social y de esta manera, adquirir o mantener una mejor calidad de vida.<sup>69</sup> Los temas que se tratan más frecuentemente durante las intervenciones comunitarias con jóvenes son los que responden a las necesidades que más les preocupan y sobre los que demandan más información como pueden ser la sexualidad y las drogas.<sup>70</sup> Sin embargo, también son necesarias charlas informativas sobre otros problemas que pueden suceder en esta población, aunque para ellos no sean tan relevantes, como es el caso de los accidentes de tráfico o los patrones de alimentación saludable. Por otro lado, los profesionales de salud no son el único colectivo que debe intervenir en la promoción de conductas saludables y prevención de conductas de riesgo, también es necesaria la participación de los colegios, las familias, los grupos de amigos e incluso los medios de comunicación tienen un papel imprescindible en la correcta educación de los jóvenes ya que son un modelo a seguir por éstos.<sup>65</sup>

Entre las intervenciones a la comunidad joven y adolescente se encuentran: los folletos informativos, los talleres y concursos temáticos y las campañas de promoción creadas por los medios de comunicación.<sup>68</sup> Otra de las vías de promoción son las intervenciones comunitarias específicas en colegios e institutos por parte de enfermeras escolares ya que son la figura creada para ese fin, y en caso de no existir, esta tarea pasa a ser dirigida por los equipos de Atención Primaria.

Las enfermeras escolares realizan su trabajo en el ámbito escolar durante todo el horario de clases y tienen varias funciones, entre ellas, detectar problemas de salud existentes o atender a los alumnos que padezcan algún problema de salud y que deban recibir cuidados,

tanto en enfermedades crónicas como en accidentes puntuales y coordinarse con el resto del sistema sanitario.<sup>71</sup> Otra función a destacar es la de fomentar el desarrollo de conductas y estilos de vida saludables, descubrir las necesidades de los jóvenes, ofrecer conocimientos en materia de salud y prestar cuidados. Esta última labor que realizan, no va dirigida exclusivamente a los alumnos, sino que también puede ir destinada a la formación y asesoramiento en salud del profesorado y de padres, madres o tutores.<sup>72</sup> En este contexto, la enfermera representaría la figura clave para llevar a cabo la EpS en el ámbito escolar.<sup>66,73</sup>

No obstante, esta figura de enfermera escolar no se trata de una figura novedosa aunque actualmente no está implantada en todo el sistema de salud español.<sup>71</sup> Puede estar presente en algunos colegios privados nacionales y extranjeros, en colegios públicos de educación especial, en otros países, e incluso en ciertas comunidades autónomas españolas (Madrid, Castilla La Mancha o Castilla y León). Las intervenciones de salud realizadas en colegios e institutos que no cuentan con enfermera escolar, como se he mencionado anteriormente, pasan a ser un deber de las enfermeras de Atención Primaria. Por ese motivo, estas actividades se llevan a cabo de manera más irregular y eventual, es decir, no están planteadas como necesidades fundamentales de la población escolar.<sup>74</sup>

Cabe destacar la importancia de la instauración de la enfermera escolar por varios motivos. En primer lugar, se disminuiría la carga asistencial de los profesionales de AP, ya que muchos alumnos tienen problemas de salud o enfermedades crónicas (asma, Diabetes Mellitus, alergias, etc.) que les obligan a requerir frecuentemente atención en su Centro de Salud y de esta manera, pasaría a ser función de la enfermera escolar. También mejoraría la situación en casos de urgencia o accidentes, ya que una actuación temprana puede mejorar su evolución. Finalmente, podría mejorar el estilo de vida de los escolares y consecuentemente, la instauración de hábitos saludables en edades adultas.<sup>71,75</sup>

## 8. Reflexiones

Los jóvenes se encuentran en una etapa de cambios que favorecen conductas en su vida diaria que pueden llegar a perjudicar a corto o largo plazo su salud.

En relación al modo de alimentación, se observa que sus hábitos diarios son mejorables ya que el modelo de consumo de alimentos es poco variado e inadecuado, con bajo consumo de frutas, verduras y pescado, y por ello alejado de la dieta mediterránea. Se considera una conducta a tratar ya que los jóvenes no perciben los malos hábitos adquiridos y en esta etapa se inician problemas de salud como la obesidad o los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

La baja calidad de la dieta sumada al patrón de actividad física que gran parte de este colectivo realiza habitualmente tiene como consecuencia un desequilibrio en el balance energético ya que el ingreso de calorías es superior al consumo. Esta situación es la principal causa del exceso de peso.

En cuanto a la tasa de sedentarismo, más de la mitad de los jóvenes admite pasar la mayor parte del día sentado, y un tercio refiere mantener una vida sedentaria. Los hombres refieren una tasa de sedentarismo mucho más baja que las mujeres.

Los jóvenes son el colectivo que registra un mayor consumo de drogas, incluyendo tanto drogas legales como ilegales. La droga más consumida es el alcohol, seguido del tabaco y el cannabis. Su uso afecta en mayor o menor medida a quienes lo consumen y puede provocar desde enfermedades agudas o crónicas, hasta la muerte. También se asocia a la adopción de otras conductas peligrosas, como es el caso de las relaciones sexuales de riesgo o accidentes de tráfico.

Aunque la edad media de inicio en las relaciones sexuales no ha variado significativamente en la última década, la prevalencia de jóvenes que han mantenido relaciones sexuales ha aumentado notablemente. Los hábitos sexuales de riesgo como la no utilización de métodos de barrera y/o contraceptivos tienen una prevalencia moderadamente elevada en los jóvenes de nuestro país. Los motivos que dan con más frecuencia para no utilizar son: que conocen los suficientemente a la persona o que no disponían de preservativo en ese momento.

Los accidentes de tráfico son la causa de muerte más frecuente en los jóvenes, sobre todo en el sexo masculino. Algunas de las conductas de riesgo más prevalentes son el empleo del teléfono móvil durante la conducción o el consumo de drogas antes de conducir.

Las nuevas tecnologías ocupan un importante tiempo en la vida diaria de los jóvenes. Cada vez con más frecuencia causan signos de dependencia y pueden afectar a las relaciones sociales, familiares o escolares.

La enfermería juega un papel importante en la modificación de los hábitos de vida de los adolescentes y jóvenes. En muchos casos es la enfermera de Atención Primaria quien se ocupa de esta tarea a través de intervenciones comunitarias. Por otro lado, durante la última década se está expandiendo en nuestro país la figura de la enfermera escolar, que tiene entre sus funciones la instauración y modificación temprana de hábitos saludables en niños y adolescentes.

## 9. Referencias bibliográficas

- (1) Organización Mundial de la Salud. Constitución de la OMS: principios. [Internet]. [Actualizada en 2016; acceso el 8 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/about/mission/es/>
- (2) Bannasar Veny M. Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: la universidad como entorno promotor de la salud. [Tesis doctoral]. Islas Baleares: Programa de Doctorado en Ciencias Biosociosanitarias, Universitat de les Illes Balears; 2011.
- (3) Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. [Internet]. [Actualizada en 2016; acceso el 10 de marzo de 2016]. Disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)
- (4) Moiso A. Determinantes de la salud. En: Barragán HL, editor. Fundamentos de la Salud Pública. Argentina, La Plata: Universidad Nacional de La Plata, Editorial EDULP; 2007.
- (5) Añez E, Dávila F, Gómez W, Hernández T, Reyes I, Talavera J. Manual para la Elaboración de un Análisis de Situación de Salud. Universidad Experimental Francisco de Miranda. 2010.
- (6) 66ª Asamblea Mundial de la Salud. Proyecto de marco mundial de vigilancia integral y metas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. OMS; 2013.
- (7) Encuesta Nacional de Salud de España 2011/2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid: INE; 2012.
- (8) Encuesta Europea de Salud en España 2014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid: INE; 2015.
- (9) Oliveras López MJ, Nieto Guindo P, Agudo Aponte E, Martínez Martínez F, López García de la Serrana H, López Martínez MC. Evaluación nutricional de una población universitaria. Nutr Hosp. 2006; 21(2): 179-83.
- (10) Rufino-Rivas P, Redondo Figuero C, Viadero Ubierna MT, Amigo Lanza T, González-Lamuño D, García Fuentes M. Aversiones y preferencias alimentarias de los adolescentes de 14 a 18 años de edad, escolarizados en la ciudad de Santander. Nutr Hosp. 2007; 22(6): 695-701.
- (11) Santiago-Torres M, Adams AK, Carrel AL, Larowe TL, Schoeller DA. Home Food Availability, Parental Dietary Intake, and Familial Eating Habits Influence the Diet Quality of Urban Hispanic Children. Childhood Obesity. 2014; 10(5): 408-15.
- (12) Zazpe I, Marqués M, Sánchez Tainta A, Rodríguez-Mourille A, Beunza JJ et al. Hábitos alimentarios y actitudes hacia el cambio en alumnos y trabajadores universitarios españoles. Nutr Hosp. 2013; 28(5): 1673-80.
- (13) Sánchez Socarrás V, Agilar Martínez A. Hábitos alimentarios y conductas relacionadas con la salud en una población universitaria. Nutr Hosp. 2015; 31(1): 449-57.
- (14) Iglesias MT, Mata G, Hernández S, García Chico R, Papadaki C. Estudio nutricional en un grupo de estudiantes universitarios. Nutr Clín Diet Hosp. 2013; 33(1): 23-30.
- (15) Durá Travé T, Castrovieho Gandarias A. Adherencia a la dieta mediterránea en la población universitaria. Nutr Hosp. 2011; 26(3): 602-8.
- (16) Carbajal A, Ortega R. La dieta mediterránea como modelo de dieta prudente y saludable. Rev Chilena de Nutrición. 2001; 28(2):224-36.
- (17) Baldini M, Pasqui F, Bordoni A, Maranesi M. Is the Mediterranean lifestyle still a reality? Evaluation of food consumption and energy expenditure in Italian and Spanish university students. Public Health Nutr. 2008; 12(2): 148-55.
- (18) Neira M, de Onis M. The Spanish strategy for nutrition, physical activity and the prevention of obesity. Br J Nutr. 2006; 96(1): 8-11.

- (19) Ballesteros Arribas JM, Dal-Re Saavedra M, Pérez-Farinós N, Villar Villalba C. La estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (Estrategia NAOS). *Rev Esp Salud Pública*. 2007; 81: 443-9.
- (20) Alvarado González A, Guerrero Sifuentes E, Llamas Félix I. La activación física para combatir la obesidad y el sobrepeso en universitarios. *RICS*. 2014; 3(5).
- (21) Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. [Internet]. [Actualizada en 2016; acceso el 15 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- (22) Benjet C, Méndez E, Borges G, Medina-Mora ME. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud Mental*. 2012; 35: 483-90.
- (23) Pierre Tivolacci M, Grigioni S, Richard L, Meyrignac G, Déchelotte P, Ladner J. Eating disorders and associated health risk among university students. *J Nutr Educ Behav*. 2015; 47(5): 412-20.
- (24) Barrios-Vicedo R, Navarrete-Muñoz EM, García de la Hera M, González Palacios S, Valera-Gran D, Checa-Sevilla JF, Giménez-Monzo D et al. Una menor adherencia a la dieta mediterránea se asocia a una peor salud auto-percibida en población universitaria. *Nutr Hosp*. 2015; 31(2): 785-92.
- (25) Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Suiza: Organización Mundial de la Salud, OMS; 2010.
- (26) Moreno, A; Rodríguez, E. Informe Juventud en España 2012. Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. INJUVE. Madrid; 2012. ISBN: 978-84-15368-06-9
- (27) Ainsworth BE, Haskell WL, Whitt MC, Irwin ML, Swartz AM, Strath SJ et al. Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. *Med Sci Sports Exerc*. 2000; 32(9): 498-504.
- (28) Ramos Valverde P. Estilos de vida y salud en la adolescencia. Premios INJUVE para tesis Doctorales. Instituto de la Juventud, 2010.
- (29) Pavón Lores A, Moreno Murcia JA. Actitud de los universitarios ante la práctica físico-deportiva: diferencias por géneros. *Rev Psicol Deporte*. 2008; 17(1):7-23.
- (30) Eijsvogels MH, Thompson PD. Exercise is Medicine at any Dose? *Jama*. 2015; 314(18): 1916-45.
- (31) Organización Mundial de la Salud. Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia. 16º Informe. Ginebra, 1969.
- (32) Boletín informativo del Instituto Nacional de Estadística. Salud y hábitos sexuales. Las conductas sexuales desde la perspectiva del sida. Madrid: INE; 2004.
- (33) Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Informe 2015. Observatorio español de las drogas y las toxicomanías. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2015.
- (34) Organización Mundial de la Salud. Alcohol. [Internet]. [Actualizado en 2016; acceso el 20 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
- (35) Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de secundaria (ESTUDES), 1994-2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid: 2012.
- (36) Encuesta sobre alcohol y drogas en Cantabria 2013. Análisis e Investigación. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria. Cantabria: 2013.
- (37) Consumo, percepciones y opiniones ante las drogas. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2013. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid: 2013.
- (38) Ruiz-Olivares R, Lucena V, Pino MJ, Herruzo J. Análisis del consumo de drogas legales como el alcohol, el tabaco y los psicofármacos, y la percepción del riesgo en jóvenes universitarios. *Psychology, Society, & Education*. 2010; 2(1): 21-31.

- (39) Organización Mundial de la salud. Tabaco: mortífero en todas sus formas. Ministerio de Sanidad y Consumo. OMS; 2006.
- (40) Hom L, Gannon R. Non-psychological Consequences of Chronic Marijuana Inhalation. *Conn Med.* 2015; 79(7): 423-9.
- (41) Rella JG. Recreational cannabis use: Pleasures and pitfalls. *Cleve Clin J Med.* 2015; 82(11): 765-72.
- (42) Parolaro D. Consumo de cannabis de los adolescentes y esquizofrenia: evidencias epidemiológicas y experimentales. *Adicciones.* 2010; 22(3): 185-190.
- (43) World Health Organization. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health. WHO. Geneva; 2002.
- (44) Suárez Cardona M. Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales 2003. Informe general. Instituto Nacional de Estadística (INE). España; 2003.
- (45) Faílde Garrido JM, Lameiras Fernández M, Bimbela Pedrola JL. Prácticas sexuales de chicos y chicas españoles de 14-24 años de edad. *Gac Sanit.* 2008; 22(6): 511-9.
- (46) Isorna Folgar M, Fariña Rivera F, Sierra JC, Vallejo-Medina P. Binge drinking: conductas sexuales de riesgo y drogas facilitadoras del asalto sexual en jóvenes españoles. *Suma Psicol.* 2015; 22(1): 1-8.
- (47) Pascual Mato M. Hábitos sexuales y consumo de alcohol en una población universitaria española. Universidad de Cantabria. Santander; 2015.
- (48) Organización Mundial de la Salud. Enfermedades de transmisión sexual: políticas y principios de prevención y asistencia. ONUSIDA/ OMS; 1995.
- (49) Organización Mundial de la Salud. Infecciones de Transmisión sexual. [Internet]. [Actualizado en 2016; acceso el 20 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>
- (50) Vigilancia epidemiológica del VIH y SIDA en España. Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH y Registro nacional de casos de SIDA. Dirección general de Salud Pública, Calidad e Innovación. Madrid: ISCIII; 2015.
- (51) Martín Moreno MS, Esturillo Pelayo RM, Caballero Estévez ME. Estudio cualitativo sobre el comportamiento vial de los jóvenes. *Rev. Paraninfo Digital* [Internet]. 2014. [Acceso el 25 de marzo 2016]; 8(20). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/059.php>
- (52) Las principales cifras de la Siniestralidad Vial en España 2013. Ministerio de Interior. Dirección General de Tráfico. Madrid; 2013.
- (53) Sánchez Pérez P. El alcohol y la conducción. Dirección General de Tráfico. Ministerio de Interior. Madrid; 2014.
- (54) Guancho Garcell H, Martínez Quesada CE, Gutiérrez García F. Efecto del alcohol en la capacidad de conducción de vehículos automotores. *Rev. Cub. Salud Pública.* 2007; 33(1).
- (55) Vega Fuente A, Cano Pérez L. Los accidentes de tráfico en relación con las drogas. Reflexiones para la acción educativa en las escuelas. *Rev Esp Drogodep.* 2011; 36(3): 331-40.
- (56) Reolid-Martínez RE, Flores-Copete M, López-García M, Alcantud-Lozano P, Ayuso-Raya MC, Escobar-Rabadán F. Frequency and characteristics of Internet use by Spanish teenagers. A cross-sectional study. *Arch Argent Pediatr.* 2016; 114(1): 6-13.
- (57) Sánchez Rodríguez J, Ruiz-Palmero J, Sánchez-Rivas E. Uso problemático de las redes sociales en estudiantes universitarios. *RCDE.* 2015; 26: 159-74.
- (58) García del Castillo JA, Terol MC, Nieto M, Lledó A, Sánchez S, Martín-Aragón M et al. Uso y abuso de Internet en jóvenes universitarios. *Adicciones.* 2007; 20(2): 131-42.
- (59) Montag C, Blaszkiewicz K, Sariyska R, Lachmann B, Andone I, Trendafilov B et al. Smartphone usage in the 21st century: who is active on WhatsApp? *BMC Res Notes.* 2015; 8 (331).

- (60) Rubio-Romero J, Perlado Lamo de Espinosa M. El fenómeno WhatsApp en el contexto de la comunicación personal: una aproximación a través de los jóvenes universitarios. *Icono* 14. 2015; 13: 73-94.
- (61) Fondevila Gascón JF, Carreras Alcalde M, Mir Bernal P, Del Olmo Arriaga JL, Pesqueira Zamora MJ. El impacto de la mensajería instantánea en los estudiantes en forma de estrés y ansiedad para el aprendizaje: análisis empírico. *Revista DIM*. [Internet]. 2014. [Acceso el 25 de abril de 2016]: 10(30). Disponible en: <http://www.pangea.org/dim/revista.htm>
- (62) Ruiz-Olivares R, Lucena V, Pino MJ, Herruzo J. Análisis del comportamientos relacionados con el uso/abuso de Internet, teléfono móvil, compras y juego en estudiantes universitarios. *Adicciones*. 2010; 22(4): 301-10.
- (63) Giraldo Osorio A, Toro Rosero MY, Macías Ladino AM, Valencia Garcés CA, Palacio Rodríguez S. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia la promoción de la salud*. 2010; 15 (1): 128-43.
- (64) Mijangos Fuentes KI, Canga Armayor N, Pardavila Belio MI. La consulta de enfermería en las universidades: Promocionando estilos de vida saludable. *Rev. Paraninfo Digital* [Internet]. 2014. [Acceso el 30 de marzo 2016]; 8(20). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/227.php>
- (65) Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. En el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid; 2014.
- (66) Guallart Samaniego P, Alemán Alcázar A, López Bonilla C, Zamora Sánchez P, González Gómez J, Frutos Caravaca A. Salud, Jóvenes y Enfermería Escolar. Una revisión bibliográfica. *Rev. Paraninfo Digital* [Internet]. 2014. [Acceso el 30 de marzo 2016]; 8(20). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/316.php>
- (67) Thomas K, Krevers B, Bendtsen P. Long-term impact of a real-world coordinated lifestyle promotion initiative in primary care: a quasi-experimental cross-sectional study. *BMC Family Practice*. 2014; 15(201).
- (68) Portero López P, Cirne Lima R, Mathieu G. La intervención con adolescentes y jóvenes en la prevención y promoción de la salud. *Rev Esp Salud Pública*. 2002; 76: 577-84.
- (69) Sánchez Moñino T. Educación para la salud en la educación no universitaria. La figura del profesional sanitario en los centros de enseñanza. *Enferm Global* [Internet]. 2002; 1. [Acceso el 15 de abril de 2016]. Disponible en: [www.um.es/eglobal.es](http://www.um.es/eglobal.es)
- (70) Goicolea I, Aguiló E, Madrid J. ¿Es posible una atención primaria “amigable para las/los jóvenes” en España? *Gac Sanit*. 2015; 29(4):241-3.
- (71) Herrera Librero C, de Diego Cordero R. Importancia de la enfermería escolar en España. *Rev. Paraninfo Digital* [Internet] 2015. [Acceso el 10 de abril de 2016]; 9(22). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/158.php>
- (72) Madrid López MC. La enfermera propulsora de salud: Jóvenes y Educación para la Salud en colegios. *Rev. Paraninfo Digital* [Internet] 2014. [Acceso el 10 de abril 2016]; 8(20). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/050.php>
- (73) Whitehead D. The health-promoting school: what role for nursing? *J. Clin. Nurs*. 2006; 15: 264-71.
- (74) Fernando Fernández C, Rebolledo Malpica DM, Velandia Mora AL. Salud escolar, ¿Por qué el profesional de enfermería en las escuelas españolas? *Promoción Salud*. 2006; 11: 21-8.
- (75) Duro Martínez JC. El discurso de los profesionales de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid sobre el trabajo con grupos: sentido, finalidad y ámbitos de intervención. *Rev Esp Salud Pública*. 2002; 76 (5): 545-59.