



Trabajo Fin de Máster

La adolescencia y el autocuidado ¿Se interesan los adolescentes por adquirir hábitos saludables?

Autora:

Laura Lafarga Molina

Tutores:

Luis Máximo Bernués Vázquez

Concepción Germán Bes

Facultad Ciencias de la Salud

Junio 2014

Contenido

AGRADECIMIENTOS	3
1. INTRODUCCIÓN.	4
1.2. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA.	4
1.3. ESTADO DEL TEMA	6
Hábitos tóxicos.	6
Hábitos saludables.	8
La enfermería escolar en la promoción del autocuidado.	11
2. OBJETIVOS	12
2.1. OBJETIVO PRINCIPAL.	12
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	12
3. HIPÓTESIS.	12
4. MÉTODO.	13
4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO.	13
4.2. CONTEXTO GEOGRÁFICO Y TEMPORAL.	13
4.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO.	14
4.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.	14
4.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.	14
4.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y CONSENTIMIENTOS PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO.	14
4.5. PROCEDIMIENTO.	15
4.5.1. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA	15
4.5.2. MARCO CONCEPTUAL.	16
4.5.3. ELABORACIÓN ENTREVISTAS GRUPO FOCAL.	16
4.6. ACCESO Y RECOGIDA DE DATOS.	16
4.7. VARIABLES Y DIMENSIONES DEL ESTUDIO.	17
4.7.1 VARIABLE DEPENDIENTE.	17
4.7.2. DIMENSIONES DEL ESTUDIO	17
4.8. ANÁLISIS DE CONTENIDO.	18

5. RESULTADOS.....	19
5.1. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN LOS ADOLESCENTES	19
5.1.1. HÁBITOS TÓXICOS.	20
5.1.2. HÁBITOS SALUDABLES.....	24
5.2. LA FAMILIA, SU PAPEL EN EL AUTOCUIDADO.	30
5.3. LOS MEDIA Y LA INFLUENCIA EN LA SALUD DE LOS ADOLESCENTES.....	32
5.4. LA SOCIABILIDAD EN GRUPO Y LA SALUD.....	33
5.5. EL INSTITUTO COMO FUENTE DE INFORMACIÓN DE AUTOCUIDADOS. ..	36
5.6. LA ENFERMERÍA ESCOLAR.....	37
6. DISCUSIÓN FINAL.....	39
7. CONCLUSIÓN.....	44
8. BIBLIOGRAFÍA.....	45
ANEXO I.	50
ANEXO II.	51
ANEXO III.....	52
ANEXO IV.....	53
ANEXO V.....	54

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Luis y Concha, como tutores y consejeros en este trabajo, por su dedicación en este proyecto y el apoyo que he recibido tutoría tras tutoría, dándome el aliento necesario para continuar esforzándome y evolucionar en mi carrera investigadora.

Gracias a mis compañeros de máster, que día tras día hemos crecido juntos en nuestra profesión.

Gracias al Grupo de Investigación Aurora Mas y a la Fundación Index por darme la oportunidad de participar en la II Reunión del grupo y VII Reunión Forandalus y tener el privilegio de compartir experiencias con grandes profesionales.

Gracias a todas las personas que he conocido en mi corta experiencia profesional, y durante mis prácticas clínicas, ya que gracias a todos ellos, he conseguido convertirme en la enfermera que siempre he querido llegar a ser.

A los responsables de los Institutos de Educación Secundaria y a los alumnos participantes, ya que por su disposición y su dedicación, se ha podido realizar el presente trabajo.

A mis padres, familiares y Alberto porque siempre han creído en mí, por apoyarme en los peores momentos y por estar conmigo en la celebración de mis victorias.

1. INTRODUCCIÓN.

1.2. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA.

La adolescencia es el periodo vital de transición de niños a adultos, en el cual los jóvenes adquieren nuevas capacidades y experimentan situaciones que nunca antes han vivido. Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años y consta de dos fases o etapas: pubertad o adolescencia inicial, que comienza a los 10 años en las niñas y a los 11 en niños y llega hasta los 14 ó 15 y adolescencia media o tardía que se extiende, hasta los 19 años ¹. En general, la adolescencia un periodo de cambio, tanto físico como de maduración mental y emocional, en el cual la persona se aleja de su infancia y emprende un camino para convertirse en un adulto responsable e independiente ^{2,3}.

La plasticidad cerebral de los adolescentes junto con el aumento de neurotransmisores en su desarrollo, puede verse influenciado por toxinas medioambientales, así como drogas, u otros tipos de hábitos tóxicos, lo que puede desencadenar problemas en el desarrollo cognitivo cerebral en dicha población ^{2,3}. Estos cambios en las sinapsis neuronales propias de los adolescentes, justifican la vulnerabilidad ante las conductas de riesgo que pueden suponer un problema para la salud y un reto para los profesionales de salud, ya que somos los responsables de educar a la población en la promoción de su autocuidado.

El autocuidado es una acción adquirida, aprendida por una persona en su contexto sociocultural ⁴. Según la OMS, el autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud. Estas prácticas son de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad ⁵. Por otro lado, Dorotea Orem, madre de la teoría del autocuidado, lo definía como la práctica de las actividades que las personas maduras, o en proceso de maduración inician y llevan a cabo en determinados periodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo⁶. Ya sea en un contexto familiar o grupal, como promulga la OMS, o individual, como defiende Orem, la función de la enfermera en la práctica del autocuidado es actuar, saber y ayudar a las personas, en el marco de una relación interpersonal, a cubrir sus

necesidades de autocuidado y a regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de su autocuidado, por lo que en el caso de los adolescentes, se deben explorar sus necesidades, para poder educarlos en hábitos de vida saludables.

Según la OMS, casi dos tercios de las muertes prematuras y un tercio de la carga de morbilidad total de los adultos están relacionados con condiciones o comportamientos que se inician en la juventud ⁷. Por lo tanto, pese a que la mortalidad en el periodo vital de la adolescencia en nuestro país desciende de forma continuada desde el año 1990, siendo 505 el número de fallecidos entre 15 y 19 años en el año 2010, cifra mucho menor comparada con los 1.198 del año 2000⁸ según los datos del Informe de Juventud en España, el estilo de vida que adquieran en esta época será determinante para su esperanza de vida en el futuro⁸. Los principales comportamientos adquiridos de la adolescencia que influyen en la futura salud de la población, según la OMS, son el consumo de tabaco, la falta de actividad física, las relaciones sexuales sin protección o la exposición a la violencia ⁷.

En el presente trabajo, se diferenciará entre los hábitos tóxicos que pueden influir negativamente en la salud y en el desarrollo de los adolescentes, como son el tabaquismo, el consumo de drogas o el consumo de alcohol; y los hábitos saludables, como la actividad física que realizan los adolescentes, la alimentación saludable y las relaciones afectivo- sexuales. Dicha clasificación se ha basado en los determinantes de salud del canadiense Lalonde⁹, dentro de los cuales tenían gran importancia las condiciones ambientales y los estilos de vida. Éstos últimos incluyen hábitos tóxicos como el consumo de drogas, alcohol y tabaco; sedentarismo y falta de ejercicio físico, consumo excesivo de alimentos ricos en grasas e hidratos de carbono, bajo consumo de frutas y vegetales y conductas agresivas y temerarias. Además, también se ha basado en la bibliografía encontrada sobre adicciones y estilos de vida de los adolescentes, especialmente estudios a nivel internacional como el Health Behaviour in School Aged Children (HBSC) ¹⁰ y en los diferentes cuestionarios validados sobre adicciones en la adolescencia encontrados¹¹.

1.3. ESTADO DEL TEMA

Hábitos tóxicos.

El consumo de tabaco, alcohol o drogas tiene serias consecuencias para la salud de los individuos, especialmente en los adolescentes, debido a que en esta etapa de la vida los individuos desarrollan sus hábitos de vida y consumo¹². Según el Informe de la juventud en España de 2012, los adolescentes y los jóvenes tienen una percepción del riesgo de salud por el consumo de tabaco alcohol y drogas muy alto⁸, es decir, que son conscientes de los daños que pueden provocarles en la salud a largo plazo¹³.

El consumo de tabaco es la principal causa de muerte prevenible. La asociación del tabaquismo al desarrollo personal y social del individuo genera problemas en la adolescencia y enfermedad en la vida adulta. Los jóvenes tienen la expectativa de que dejarán de fumar pronto pero la naturaleza adictiva de la nicotina lleva a muchos a continuar fumando durante décadas⁸.

Según el estudio Health Behaviour in School Aged Children (en adelante HBSC)¹⁰, el porcentaje de adolescentes que no fuman ha aumentado en el año 2010, suponiendo un 83% del total entre 13 y 18 años. La tendencia al consumo del tabaco, es por lo tanto descendente, siendo la edad de inicio en el hábito a los 14 años en el año 2010 y siendo las chicas en general las que más consumen¹⁰. Dicha tendencia también queda reflejada en el estudio del Observatorio de Juventud de Aragón del año 2013, en el cual los adolescentes aragoneses declaran que se inician en el tabaquismo a los 14 años y que las chicas consumen más que los chicos, pese a que la tendencia al consumo en la población adolescente general es descendente¹⁴. Estos datos optimistas en cuanto al descenso del consumo se pueden deber a que en los últimos años se han producido avances en las políticas de control y programas de prevención en escolares¹⁵ del tabaquismo en España, pero debido a sus oscilaciones, debemos mantener la vigilancia y seguir fomentando el autocuidado¹⁶.

En el caso del consumo de alcohol, es un problema que afecta a la sociedad y de forma relevante a los adolescentes. La intoxicación etílica aguda es un motivo de consulta frecuente de este grupo de población en los servicios de urgencias pediátricos, siendo el 3,6% de las visitas mayor de 14 años, especialmente los fines de semana¹⁷. En España el consumo de alcohol se ha asociado tradicionalmente a la población adulta y se ha caracterizado por la regularidad de su uso, y su vinculación a la dieta y a los

acontecimientos sociales, pero en los últimos años se han experimentado cambios muy importantes tanto en las cantidades ingeridas, como en los patrones y en el significado del consumo, lo que se denomina consumo intensivo de alcohol adolescente o “binge drinking”¹⁸. Como definición de “binge drinking” en la población española, atendiendo a la cantidad ingerida y a la frecuencia de la ingesta, podría ser “consumo de 6 ó más bebidas alcohólicas para hombres (60 g) -5 ó más para mujeres (50 g)- en una única ocasión (en un período de dos horas) al menos una vez en los últimos 30 días”¹⁹ y se caracteriza por picos de incidencia entre los jóvenes, igualación del consumo entre sexos, rejuvenecimiento del perfil de los bebedores abusivos y escasa percepción de riesgo¹⁹. Según Amezcua²⁰, los significados del riesgo que atribuyen los jóvenes al consumo de alcohol pueden ser explicados por la función social de la bebida y el sentido de permisividad y goce colectivo que se construye en el contexto cultural donde se desenvuelven, por lo que se puede confirmar, que el consumo de alcohol está asociado a la relación entre grupo de iguales en los adolescentes.

Según el estudio HBSC, el consumo de alcohol entre la población adolescente se ha mantenido desde el año 2002 hasta la actualidad. El consumo de alcohol diario es más frecuente en los chicos que en las chicas, y aumenta a medida que aumenta la edad. La edad de inicio del consumo de alcohol se produce entre los 13 y 14 años y las chicas comienzan más tarde que los chicos. En 2010 el 66,3% de los adolescentes nunca han experimentado un episodio de embriaguez, cifra que se mantiene a lo largo del tiempo, ya que en 2002 supuso un 68,8% de la población adolescente y el 2006 un 69,9% y la edad de la primera experiencia de embriaguez oscila entre los 14 y 15 años, tanto para chicos como para chicas, pese a que la tendencia en relación a las otras ediciones del estudio es de adelantar la edad¹⁰.

Estos datos son compatibles con el Informe de Juventud en España de 2012, en el cual el alcohol conforma la mayor sustancia psicoactiva consumida por la población escolarizada de 14 a 18 años, ya que el 75,1% de ellos ha tomado alguna vez en la vida alcohol, y el 63% de los mismos, lo ha consumido en los últimos 30 días⁸. Por último, en la Comunidad Autónoma de Aragón el consumo de alcohol entre estudiantes entre 14 y 18 años es superior que a nivel nacional, y aunque la ingesta de alcohol parece haberse estabilizado desde el año 2009 al 2011, continua preocupando la alta prevalencia de su consumo, ya que un 80,3% de adolescentes aragoneses de 15 años y un 82,1% de 16, han consumido alguna vez alcohol según los últimos datos obtenidos

del año 2010¹⁴. Según las cifras, podemos concluir que la ingesta masiva de alcohol en la población es un problema de salud en el cual el personal de enfermería debe incidir en la educación para la salud entre los adolescentes.

En cuanto al consumo de drogas ilegalmente comercializadas, las más consumidas en España, según el Informe de la Juventud, son el cannabis o hachís, ya que un 33% ha consumido alguna vez este tipo de droga frente a un 3,9% de adolescentes que han consumido alguna vez cocaína y un 3,5% que ha consumido éxtasis. Debido a su alta prevalencia, en este estudio solo hablaremos de cannabis al referirnos a drogas ilegales consumidas por los adolescentes⁸. Según el HBSC, los adolescentes que nunca han consumido cannabis aumentan desde el año 2002, con una prevalencia del 62,4%, hasta el 2010, donde el 71% de los adolescentes no ha consumido nunca cannabis. Tanto en el caso de las chicas como el de los chicos se observa un descenso progresivo en su consumo¹⁰. Pese a estos datos positivos a nivel nacional, en la Comunidad Autónoma de Aragón los niveles de consumo de cannabis son superiores a la media nacional. En 2010 la prevalencia de consumo de cannabis en adolescentes que alguna vez habían consumido cannabis entre 14 y 18 años en España era de 33%, y en Aragón la prevalencia era del 41,5% de la población, lo que hace que los profesionales sanitarios enfoquen la educación para la salud en la prevención del consumo de drogas ilegales como el cannabis¹⁴.

Hábitos saludables.

Frente a las diversas adicciones y factores de riesgo para la salud de los adolescentes surgen unos hábitos saludables que promueven un estilo de vida basado en una alimentación equilibrada, especialmente en nuestro país basada en la dieta mediterránea; la realización de ejercicio físico y deporte por parte de los adolescentes y una vivencia de las relaciones afectivo- sexuales en igualdad de género y con los conocimientos suficientes para evitar relaciones de riesgo.

La alimentación saludable supone la base para la adquisición de nutrientes y energía para las personas, especialmente en los adolescentes ya que para afrontar los cambios corporales, hormonales, y obtener los aportes calóricos necesarios para una dura jornada de estudio, exigida por los centros escolares, necesitan mantener una dieta saludable y equilibrada. La dieta mediterránea está considerada como un prototipo de dieta saludable, ya que garantiza un aporte calórico y de nutrientes en cantidades y

proporciones adecuadas contribuyendo además a la prevención de enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes, cáncer, etc. y, en general, a una mayor esperanza de vida²¹, por lo que es ideal para los adolescentes en esta época de crecimiento y de mayor aporte energético. Pero hoy en día, según investigaciones como el “Informe de las concepciones de salud de los jóvenes” promovido por el Instituto de Salud Pública de Madrid, podemos ver como la dieta mediterránea está siendo desbancada por la llamada “comida rápida” ó “comida basura” (en inglés “junk food”), la cual se ha generalizado como un emblema de una forma de comer que desplaza a las verduras, las frutas y las legumbres típicas de una dieta saludable²².

En numerosas centros públicos de educación secundaria podemos encontrar máquinas dispensadoras de comida basura, bebidas azucaradas o bollería industrial, especialmente en los Estados Unidos, donde los alumnos realizan siempre su comida en el instituto²³. Esta práctica importada es un factor que influye principalmente en los almuerzos de los escolares. Según el estudio HBSC²⁴, desde la edición del año 2002 hasta el 2010 ha incrementado el porcentaje de los jóvenes que comen dulces una o varias veces a la semana, y disminuye el porcentaje de aquellos que no consumen nunca dulces, pasando de ser el 5% de los adolescentes en 2002 al 3,4% en 2010. En cuanto a las bebidas azucaradas, en 2002 el 19,2% de los adolescentes consumían todos los días más de una vez este tipo de bebidas, pero en 2010 se puede percibir una clara disminución del consumo diario, suponiendo el 13,2% de los adolescentes, lo que conforma un dato optimista para la salud de los adolescentes. Por otro lado, se analizó en el estudio también el consumo de frutas, verduras y pescado. En cuanto al consumo de frutas es satisfactorio conocer que el porcentaje relacionado con consumo nulo de fruta disminuye desde 2002 siendo un 5,9% hasta el 4,2% de 2010, y según el estudio los adolescentes comen fruta alrededor de 2-4 días a la semana, pero lo óptimo sería que consumieran todos los días a la semana. Lo mismo ocurre con las verduras, el número de adolescentes que consumen verduras y vegetales al menos varias veces a la semana ha aumentado, y disminuye el porcentaje de los que solo consumen una vez a la semana o menos, especialmente de los que no comen verduras o vegetales nunca, cuyo porcentaje desciende del 13% al 2,8%.

En general se puede concluir que pese al crecimiento de la comida rápida y su inclusión en nuestro país, la dieta mediterránea está suficientemente arraigada en los adolescentes y en sus familias, por lo que el consumo de alimentos saludables sigue siendo frecuente.

No obstante el reto de los enfermeros en este ámbito consiste en educar a los adolescentes en mantener una dieta mediterránea y equilibrada, por el beneficio de su salud y la prevención de futuras enfermedades.

La alimentación saludable junto con la actividad física son los pilares fundamentales para prevenir la obesidad en la población adolescente, un problema de gran magnitud para la salud pública²⁵. Según el estudio HBSC, mientras que en 2002 la mayoría de adolescentes decían sentirse físicamente activos dos o tres días a la semana, en 2010 el mayor porcentaje se encuentra en los adolescentes que se sienten físicamente activos los siete días de la semana, suponiendo el 21% del total de los adolescentes en ese año. Satisfactoriamente, se ha detectado un aumento de adolescentes que dicen seguir físicamente activos durante cuatro o más días a la semana²⁴. A su vez, uno de los factores que disminuyen la actividad física en los adolescentes es el sedentarismo. Las actividades sedentarias más importantes en los adolescentes son ver la televisión, pasar el tiempo en el ordenador y realizar las obligaciones escolares, como estudiar, o hacer deberes, aunque en el estudio de Grao-Cruces, ésta última no presenta asociación con el sedentarismo²⁶. Según el estudio HBSC, en relación a la conducta sedentaria de ver la televisión, se observa que el promedio de horas diarias que dedican los jóvenes españoles a ver la televisión ha disminuido desde 2002 a 2010, variando 1,5 horas entre las tres ediciones^{26,27}. Según el “Informe de las concepciones de salud de los jóvenes”, los adolescentes españoles aceptan el modelo corporal del cuerpo construido, el cual supone un cuerpo cultural, que para mantener es necesario incluir hábitos saludables alimentarios y de ejercicio físico y en ello es en lo que tienen que incidir las estrategias de promoción de salud²².

En último lugar abordaremos las relaciones afectivo- sexuales de los adolescentes, ya que suponen una fuente de preocupaciones en la vida de los adolescentes. Los jóvenes adolescentes según el HBSC, se inician en las relaciones sexuales completas entre los 15 y 16 años, pero con el paso del tiempo, desde el año 2002 están aumentando los porcentajes de los adolescentes que se inician a edades más tempranas²⁴. Tanto en Aragón como en España la edad media de inicio es a los 17,3 años, dato que se mantiene estable hasta 2012^{8,14}, según el Instituto Nacional de Juventud (INJUVE).

Por esto, pese a que el número de embarazos no deseados en jóvenes adolescentes de 17 años o menos ha descendido del 28% al 25%⁸, es necesario educar a los adolescentes

en unas relaciones afectivo- sexuales con valores universales de tolerancia, respeto, ausencia de imposiciones y de discriminaciones, así como disposición empática hacia los demás, puesto que carecen de los conocimientos y de la experiencia necesarios para afrontar situaciones no deseables y además hacerles conocer los diferentes riesgos que pueden tener lugar en las relaciones sexuales²⁸.

La enfermería escolar en la promoción del autocuidado.

La realidad social y escolar de los adolescentes plantea la necesidad de introducir personal sanitario dentro del ámbito educativo: la enfermera escolar²⁹. En numerosas ocasiones son los profesores de educación secundaria los que se enfrentan a los problemas de salud, crónicos o agudos, de los adolescentes, pero éstos también tienen que enfrentarse a las demandas de los alumnos en la educación para la salud, las cuales pueden ser solventadas por el personal de enfermería, según la teoría del autocuidado de Dorotea Orem. Pese a que esta figura en España no está muy desarrollada, ya hay Comunidades Autónomas, como la Comunidad Valenciana o Madrid que están incluyendo a la enfermera escolar en sus servicios educativos, incluso los padres en conocimiento de su labor, demandan dicha especialidad en los centros educativos de sus hijos³⁰. E incluso algunos colegios privados en Aragón, sin embargo no tenemos datos precisos al respecto ya que no es una figura implantada de forma obligatoria.

En el presente trabajo analizaremos las necesidades de los adolescentes en varios institutos públicos de la ciudad de Zaragoza con el objetivo de conocer sus perspectivas de salud y autocuidado y valorar las estrategias de educación para la salud que demandan y que actualmente están recibiendo tanto en su entorno, como en el ámbito escolar.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO PRINCIPAL.

Evaluar la información de los adolescentes sobre su autocuidado, entre 15 y 17 años, alumnos de 3º y 4º de Educación Secundaria Obligatoria en tres Institutos de Educación Secundaria Públicos de la ciudad de Zaragoza.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Conocer la información sobre las conductas de riesgo y hábitos tóxicos que tienen los adolescentes, entre 15 y 17 años, en tres Institutos de Educación Secundaria de Zaragoza.

Conocer la información sobre hábitos saludables que tienen los adolescentes, entre 15 y 17 años, en tres Institutos de Educación Secundaria de Zaragoza.

3. HIPÓTESIS.

La evolución sobre las actitudes de los adolescentes en relación a su autocuidado nos hace plantearnos la presente hipótesis sobre:

1. Los adolescentes de nuestro estudio siguen pautas similares a los adolescentes de los estudios consultados en España y Aragón, en: Las concepciones de salud, los conocimientos y la práctica de hábitos tóxicos y hábitos saludables en dicha población.
2. Los adolescentes de nuestro estudio de la ciudad de Zaragoza se interesan por mejorar su autocuidado.

La confirmación de estas hipótesis nos permite abordar las necesidades de salud de los adolescentes y plantear diversas recomendaciones para implementar la educación para la salud en los jóvenes, no solo desde establecimientos sanitarios, sino también en el entorno educativo.

4. MÉTODO.

4.1.DISEÑO DEL ESTUDIO.

El estudio que se realizó fue cualitativo, a través de grupos focales. Esta técnica nos permite conocer no sólo la información que tienen los adolescentes sobre su autocuidado, sino también, sus demandas de educación para la salud. La presente investigación se caracteriza por su naturaleza social, a la vez que se abordan temas sanitarios, por lo que resulta apropiado el uso de técnicas cualitativas siguiendo los principios de actuación del paradigma cualitativo, al igual que se realiza en el estudio “Ellas también cuentan”³¹, sobre las científicas en los comités de revistas bioéticas. Partiendo desde la realidad de los actores implicados, como son los adolescentes, se utilizó la escucha activa, respetando la confidencialidad de los informantes en los diversos grupos y asegurando la generación de conocimientos sin introducir ideas preconcebidas y contrastando otro tipo de estudios, cuantitativos y cualitativos, para el análisis de los conocimientos y la práctica del autocuidado de los adolescentes.

4.2. CONTEXTO GEOGRÁFICO Y TEMPORAL.

El estudio tuvo lugar en tres Institutos de Educación Secundaria (IES) públicos de la ciudad de Zaragoza, IES Tiempos Modernos, IES Pablo Serrano e IES Félix de Azara, ubicados en tres barrios periféricos de Zaragoza, elegidos por su multiculturalidad y su variedad de nivel socioeconómico, de manera que, podían ser representativos de la población general. El IES Tiempos Modernos, situado en la margen izquierda del río Ebro, en el barrio denominado Actur, se caracteriza por un elevado crecimiento demográfico al ser elegido como lugar de residencia por numerosas familias compuestas, mayoritariamente, por parejas jóvenes con hijos e hijas en edad de escolarización en las diferentes etapas educativas, de nivel socioeconómico medio³²; el IES Pablo Serrano, ubicado en el barrio obrero de Las Fuentes en Zaragoza, en el cual predominan los trabajadores de la industria y los servicios y sin cualificación, y en el cual, el nivel educativo de las gentes del barrio es más bajo que la media de la ciudad, ya que tiene más número de analfabetos y sin estudios y menos graduados universitarios que incluso en algunos barrios similares y en el que la población mayor de dieciséis años estudia en menor porcentaje que en el resto de la ciudad³³; y el IES Félix de Azara, en el barrio de Delicias, el distrito con más habitantes de la ciudad de Zaragoza, cuya población supone el 17% de la población del núcleo urbano³⁴. Además, en este barrio se ubica la junta municipal que más inmigrantes acoge. El nivel socioeconómico es medio,

y un dato relevante es que fue el primer centro de Aragón vinculado a la Red europea de escuelas promotoras de salud³⁴.

El estudio tuvo lugar en el curso 2013- 2014, durante los meses de Enero a Marzo.

4.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

4.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

La población a estudio fueron adolescentes, estudiantes de los Institutos de Educación Secundaria Tiempos Modernos, Pablo Serrano y Félix de Azara de la ciudad de Zaragoza. Los alumnos que participaron fueron de 2º ciclo de Educación Secundaria Obligatoria de los cursos 3º y 4º, entre 15 y 17 años, de forma voluntaria, con el pertinente consentimiento de sus padres.

Previamente a la intervención grupal, se habló con los tutores responsables de los grupos a entrevistar para que nos pudieran proporcionar una muestra homogénea con adolescentes entre el rango de edad de 15 y 17 años y con un número similar de chicos y chicas, de cómo máximo 10 individuos por cada grupo.

4.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

No aportar el consentimiento de sus padres.

4.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y CONSENTIMIENTOS PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO.

Se envió una carta a la dirección de los institutos de educación secundaria seleccionados, solicitando su permiso para la realización del estudio en el establecimiento escolar.

(Ver anexo I).

Debido a que los alumnos participantes son menores de edad, una vez autorizado el estudio por la dirección, se pidió permiso a los padres solicitando el consentimiento para que sus hijos participaran en el estudio voluntariamente, y de esta forma mantenerlos informados. (Ver anexo II).

4.5. PROCEDIMIENTO.

4.5.1. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

En primer lugar se realizó una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos como son CUIDEN plus, Scielo, PubMed, Dialnet y Google Scholar para conocer el estado de los hábitos saludables y tóxicos en la población adolescente. Tuvieron especial importancia los artículos que seguían una metodología cualitativa, ya que fue la utilizada para la elaboración del estudio. Se utilizaron las palabras clave en español: adolescentes, autocuidado, "hábitos saludables", "hábitos tóxicos", "consumo tabaco", "consumo alcohol", "consumo drogas", "actividad física", sedentarismo, "alimentación saludable", "relaciones sexuales" y "enfermera escolar". Además también se realizó una búsqueda en inglés en la base de datos Pubmed con las palabras clave: "adolescents AND tobacco", "adolescents AND cannabis", "adolescents AND alcohol consumption", "adolescents AND illegal drugs consumption" "adolescents AND feeding", "adolescents AND junk food", "adolescents AND sedentarism" y "adolescents AND sexual behavior".

Se realizó también una consulta en el Instituto Aragonés de la Juventud donde se recopiló información del "Informe de la Juventud en España" del año 2012, que recoge los datos de salud entre otras variables, en los jóvenes y adolescentes de España, y del "Observatorio de Población Joven en Aragón" del año 2013, publicación editada por el Instituto Aragonés de Juventud, donde se recogen datos estadísticos sobre la juventud aragonesa.

Por último, se consultó en la base de datos de la biblioteca de la Universidad de Zaragoza, donde nos proporcionaron bibliografía para la contextualización del estudio. Especial importancia tiene el libro "Las concepciones de salud de los jóvenes. Informe 2004. (vol I y II)", publicado por el Instituto de Salud Pública y la Dirección General de Salud Pública y alimentación de la Comunidad de Madrid, ya que es un estudio cualitativo que recoge la percepción de los adolescentes sobre los discursos de salud y enfermedad y sobre las prácticas y comportamientos relativos a los hábitos saludables.

(Ver Anexo III. Tabla estudios consultados para el análisis)

4.5.2. MARCO CONCEPTUAL.

Tras seleccionar aquellos artículos y publicaciones que nos sirven para conocer la situación de los adolescentes en relación a los hábitos tóxicos y saludables, se elaboró un esquema- marco conceptual que sirve de apoyo para conocer las influencias y relaciones, según la bibliografía, que existen entre la opinión que tienen los adolescentes sobre su autocuidado y el entorno en el que viven. Este esquema ayudó en la elaboración de las preguntas y sirvió de apoyo en la conversación con los alumnos, además de ayudar en la comprensión y el análisis de los resultados. (Ver anexo IV)

4.5.3. ELABORACIÓN ENTREVISTAS GRUPO FOCAL.

Siguiendo el marco conceptual obtenido tras la búsqueda bibliográfica, se elaboraron las preguntas para las entrevistas en grupos. (Anexo V)

También se utilizaron esquemas y folletos informativos sobre los temas de hábitos saludables y tóxicos que sirvieron de apoyo en las entrevistas en grupo, incentivando la conversación y el debate entre los adolescentes.

Una vez elaborado el material de apoyo en las entrevistas, se concretaron citas en los tres institutos para la realización de las mismas en horario lectivo. Los profesores responsables de los grupos de 3º y 4º de la ESO, acordaron una muestra representativa por edad y sexo, intentando mantener la igualdad de individuos hombres y mujeres; y les solicitaron permiso a los alumnos, que participaron voluntariamente, y a sus padres, por ser menores de edad con el pertinente consentimiento.

4.6. ACCESO Y RECOGIDA DE DATOS.

Se acordaron tres horas en los diferentes Institutos participantes para la realización de las entrevistas con los grupos seleccionados, en diferentes días entre los meses de Enero y Marzo.

Las entrevistas fueron grupo focal, creando debate y discusión entre los adolescentes participantes sobre los temas de salud planteados. Los grupos establecidos fueron de 6 participantes en el IES Tiempos Modernos (categorizado como GF1), 9 participantes en el IES Félix de Azara (GF2) y 10 en el IES Pablo Serrano (GF3). Cada alumno se codificó como un número, para preservar su intimidad y con la letra A u O, dependiendo de si el informante era chica o chico.

Durante 50 minutos que duró cada entrevista en grupo, los alumnos participaron respondiendo a las preguntas planteadas por el entrevistador y abriendo nuevos temas de conversación sobre salud.

4.7. VARIABLES Y DIMENSIONES DEL ESTUDIO.

La investigación cualitativa, según diversos autores, entre ellos Germán, es una técnica o un conjunto de ellas para comprender un fenómeno de la naturaleza humana, una experiencia o vivencia tal como es vivida, experimentada por la persona³⁵ o por un grupo de personas, como en el presente caso, al utilizar la técnica del grupo focal. Es por esto que en este estudio se exploran las diversas concepciones de salud o las experiencias e información sobre salud que tienen los adolescentes, consideradas en variables dependientes y divididas en hábitos tóxicos y hábitos saludables desde las diversas dimensiones que surgen del mapa conceptual elaborado resultante de la bibliografía consultada.

4.7.1 VARIABLE DEPENDIENTE.

Se considera la variable dependiente o eje central del estudio a las concepciones de “Autocuidado en los adolescentes” divididos según los determinantes de salud de Lalonde y la bibliografía consultada en dos conceptos, hábitos tóxicos y hábitos saludables. Dentro de estos conceptos encontramos varias dimensiones que tienen relación directa con los hábitos de salud y de ocio de los adolescentes, según la bibliografía. Así, consideramos como hábitos tóxicos de los adolescentes, el tabaquismo, el alcoholismo y el consumo de drogas; y en el lado opuesto, como hábitos saludables se contemplan en el estudio la actividad física, la alimentación saludable y las relaciones afectivo- sexuales entre adolescentes.

4.7.2. DIMENSIONES DEL ESTUDIO

Las dimensiones del estudio son exploratorias y deben ser reafirmadas en los datos, pudiendo aparecer nuevas categorías en el análisis, tras la realización de las entrevistas grupales. Son aquellas macrovariables que influyen en la variable dependiente, desde la esfera social y cultural. Según Geertz, “el hombre es un compuesto en varios niveles, cada uno de los cuales se superpone a los que están debajo y sustenta a los que están arriba. Cuando analiza uno al hombre quita capa tras capa y cada capa como tal es completa e irreductible en sí misma; al quitarla revela otra capa de diferente clase que está por debajo. Si se quitan las abigarradas formas de la cultura encuentra uno las

regularidades funcionales y estructurales de la organización social. Si se quitan éstas, halla uno de los factores psicológicos subyacentes, las necesidades básicas”³⁶, y en los adolescentes la esfera social y cultural tienen gran importancia en su bienestar emocional y biológico, ya que son seres relacionales para los que sus amigos y su entorno social tienen gran importancia en la construcción de su persona¹². Es por esto que exploraremos el autocuidado en los adolescentes, a través de los conocimientos que poseen sobre los mismos y la forma de ponerlos en práctica, y cómo influyen en ellos factores como su familia, donde incluimos la economía o la paga semanal que reciben; los amigos, donde tienen importancia las relaciones amorosas, el concepto que tienen sobre relaciones igualitarias y violencia de género, y la realización de actividades extraescolares grupales; los media, entre los cuales podemos mencionar la televisión, el internet, y los dispositivos de telefonía móvil; y por último el instituto, el lugar donde los adolescentes deberían adquirir hábitos saludables y conocimientos suficientes de autocuidado, por parte de charlas informativas, de tutorías del profesorado o tutores encargados del grupo o de un profesional de salud.

La variable final o de resultados, corresponde con la variable de exploración inicial en relación con el contexto y las dimensiones recogidas en el marco conceptual, por lo que los resultados del estudio serán analizados según estas dimensiones y aquellas nuevas que vayan surgiendo en la conversación con los grupos de adolescentes. Así también se tendrán en cuenta aquellas dimensiones que fueron difíciles de abordar por las condiciones del grupo o por la variabilidad del tiempo dedicado a cada tema en los diversos grupos.

4.8. ANÁLISIS DE CONTENIDO.

El análisis de los datos en la metodología cualitativa y especialmente en el grupo focal, debe realizarse teniendo en cuenta el contexto social, ya que los datos son potencialmente subjetivos³⁷.

Tras la recolección de datos empíricos, se procedió a la codificación o análisis de los datos. Es necesario preparar los datos cualitativos, segmentarlos, codificarlos y agruparlos en códigos de familia³⁷. Se analizan los datos iniciales y después, se codifican los datos obtenidos en las entrevistas grupo focal para facilitar el análisis comparativo, mediante el software específico de análisis de datos cualitativos Atlas.Ti versión 7.0.

Las experiencias de los adolescentes en el autocuidado, las expresiones sobre sus hábitos saludables y sus percepciones de los hábitos tóxicos se analizan y se comparan concepto a concepto, entre los diferentes códigos obtenidos como son las percepciones de salud en relación a las drogas, al tabaco, al alcohol, la dieta, el ejercicio físico, información sobre educación afectivo- sexual, relaciones amorosas, educación para la salud, la familia, los amigos, el instituto y el concepto de enfermera escolar, según lo entienden los adolescentes.

En total, tras la agrupación de conceptos y el análisis según el marco conceptual, surgen seis temas en los que podemos dividir las percepciones de salud de los adolescentes y sus factores influyentes, según los datos obtenidos en la búsqueda bibliográfica entre los que encontramos “Conocimientos y práctica de autocuidados en los adolescentes”; “La familia, su papel en el autocuidado”; “Los media y la influencia en la salud de los adolescentes”; “La sociabilidad en grupo y la salud”; “El instituto como fuente de información de autocuidados” y “La enfermería escolar”.

Con el resultado de las opiniones y expresiones de los adolescentes sobre estos temas, podremos realizar un análisis sobre la situación del autocuidado en los adolescentes, sus inquietudes en la educación para la salud y la necesidad de la enfermera escolar en el instituto.

5. RESULTADOS.

Los resultados expuestos a continuación han sido un producto de las entrevistas de los tres grupos focales en comparación con los estudios encontrados sobre los hábitos y los autocuidados de los adolescentes y sobre los factores que influyen en los mismos. Dichos resultados, se agruparon en los distintos temas que surgieron tras la codificación de las entrevistas obtenidas tras la exploración de campo.

5.1. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN LOS ADOLESCENTES

En el autocuidado de los adolescentes se incluyen hábitos que tienen gran importancia en la vida adulta de las personas y en la futura aparición de enfermedades crónicas, es por esto que en el presente estudio se pretendió incluir tanto los conocimientos que poseen sobre la salud y los hábitos saludables y tóxicos, fruto de una educación sanitaria tanto en este periodo vital como en la infancia, como la práctica del autocuidado y su

postura sobre estos hábitos determinantes en la salud. Dentro de los hábitos tóxicos, incluiremos las visiones y percepciones de los adolescentes sobre el tabaquismo, el alcohol y las drogas; frente a los hábitos saludables incluidos como la alimentación saludable, el ejercicio físico y las relaciones afectivo- sexuales.

5.1.1. HÁBITOS TÓXICOS.

En relación al consumo de tabaco, según el estudio del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid “Las concepciones de salud de los jóvenes”, el tabaco aparece en los discursos juveniles como el ejemplo más claro de una sustancia, de un tipo de consumo que daña claramente la salud desde un doble punto de vista, por los órganos que afecta y por la dependencia que genera²². Dicho estudio, afirma que la omnipresencia del discurso sancionador del tabaco ha calado en la sociedad, dando credibilidad a su mensaje central, por sus repercusiones de salud negativas. Hoy en día, el consumo del tabaco según “Las concepciones de salud de los jóvenes” en la Comunidad de Madrid, parece más penalizado entre los jóvenes que el consumo de alcohol. Esta percepción negativa del tabaco se confirma con el estudio internacional entre adolescentes, HBSC¹⁰, promovido por el Ministerio de Salud ya que presenta que el porcentaje de adolescentes no fumadores ha aumentado en el 2010, datos del estudio HBSC más reciente, suponiendo un 83% del total entre 13 y 18 años. A nivel autonómico, el Observatorio de Juventud de Aragón del año 2013¹⁴, confirma también que la tendencia de los adolescentes en cuanto al consumo de tabaco es descendente, y se inician en el tabaquismo a los 14 años, siendo las chicas las que consumen más tabaco que los chicos.

En nuestro estudio, se confirman estos datos, que indican una disminución del consumo de tabaco y la consciencia de la nocividad y los peligros de la salud que puede acarrear el tabaquismo, ya que la mayoría de percepciones sobre el tabaco fueron negativas.

“No soporto el olor a tabaco” (GF2A5).

“Para los deportistas está mal” (GF2O2).

Son conscientes de que el tabaco contiene sustancias nocivas, pero al adjuntarles un documento que mostraban las sustancias nocivas del tabaco, se sorprendieron.

“¡Pero cuantas sustancias cancerígenas lleva el cigarro!” (GF2O7)

[Sorprendidos]

“No tenía ni idea” (GF207).

“Lleva de todo” (GF2A5).

“Cadmio, ¿pero eso no lo llevan los móviles?” (GF207).

“Vinilo, ¿cómo los discos?” (GF208).

“Jo, pues si te fumas una cajetilla...” (GF2A3).

En el estudio “Las concepciones de salud de los jóvenes”²², muestra que a pesar del descenso de consumo, el tabaco todavía cuenta con una importante presencia en los más diversos ámbitos de la vida juvenil. Carles- Ariza et al.¹³, en su estudio, mencionan que el consumo asociado de alcohol y cannabis, tener amigos fumadores y bajo rendimiento escolar son los principales factores asociados a fumar en los adolescentes, por lo que los factores sociales y culturales tienen gran importancia en el tabaquismo de los adolescentes, y los informantes de nuestro estudio confirman que en los inicios están influenciados por el grupo de amigos y que se comienza para favorecer las relaciones con los amigos, y se crea dependencia.

“Yo tuve una temporada que si fumaba, pero ahora ya no. Te dicen, Pruébalo, te niegas un par de veces, pero luego ya caes” (GF1A2)

“Yo empecé por hacerme la chula [ríe] empecé para hacerme la guay, como todo el mundo, pero no me tragaba el humo, lo peor es que ahora sí fumo” (GF3A6).

En general, todos los grupos refieren que no han tenido mucha información sobre el tabaco en charlas de educación para la salud.

Al hablar del consumo de alcohol, el estudio de Parada et al.¹⁸, describe el patrón del término anglosajón “binge drinking” como un patrón de consumo intermitente, en forma de atracones, concentrado en sesiones de pocas horas, asociado principalmente a las noches de fin de semana y que se realiza con grupos de iguales, en su mayoría jóvenes de ambos sexos, los cuales tienen escasa percepción del riesgo que puede causar este tipo de consumo. Este patrón de consumo, coincide con las conclusiones del estudio de “Las concepciones de salud de los jóvenes”²², que afirma que el alcohol en ocasiones llega a conceptualizarse como sinónimo de ocio juvenil en más de un discurso adulto, por lo tanto se puede apreciar una relación entre el círculo de amistades y el

consumo de alcohol. En nuestro estudio, aquellos informantes referían beber alcohol en fiestas especiales, días festivos de reunión con los amigos, pero el consumo generalizado cada fin de semana no está establecido en ninguno de los tres grupos.

“Yo bebo depende del fin de semana, o si es periodo de fiestas o no” (GF2O2).

“Yo es que no bebo nunca, no lo necesito para pasarlo bien” (GF2A5).

“En pilares, las fiestas del barrio o del pueblo” (GF2O9)

“En cumpleaños sobre todo, cuando lo celebramos los fines de semana”(GF3A5)

Reconocen que alguna de las ocasiones de consumo de alcohol, lo han realizado agrupados en el conocido “botellón”, como según recoge el estudio “Las concepciones de salud de los jóvenes”, el “botellón” se concibe entre los adolescentes como un “espacio de sociabilidad”²², más que de consumo de alcohol, más allá de que se consuma. Es relevante que dicho estudio refleja el mayor autocontrol sobre los excesos que típicamente se habrían producido en un pasado reciente, al igual que las percepciones del botellón en nuestro estudio.

“Cuando nos reunimos no bebemos en la calle, sino en casas” (GF3A5)

“En fiestas, pilares... sí que hacemos botellón” (GF2O2)

Se puede concluir que en nuestro estudio, los jóvenes reconocen haber consumido alcohol en ocasiones, pero la forma de consumo es moderada o incluso en algún grupo, hay informantes en contra del alcohol. Tienen valores muy establecidos sobre el consumo del alcohol y afirman que el grupo de amigos no suele influir en su decisión de consumo. El estudio de Álvarez Aguirre³⁸, defiende que los adolescentes con alta autoestima tienen un riesgo más bajo de consumo de alcohol, quizás sea esta la causa por la que los informantes de nuestro estudio tienen opiniones tan arraigadas sobre el consumo de alcohol.

“Hombre, de mis amigos de fuera del instituto no beben, pero los del instituto sí” (GF2A4).

“Sí que conocemos gente que yo antes iba bastante con ellos pero como se cambiaron de bando y bebían, no salgo ya con ellos” (GF2O9).

La concepción de la borrachera, según el estudio “Las concepciones de salud de los jóvenes”²², es el último paso a dar en la ingesta de alcohol que significa llevar a su

máxima consecuencia los efectos negativos de su consumo y eliminar cualquiera de sus repercusiones positivas tanto en la vida grupal, como en la propia situación del joven afectado. En nuestro estudio, los informantes tienen una idea clara sobre este concepto, rechazan totalmente la ingesta de alcohol masiva hasta embriagarse y reconocen que han experimentado de forma cercana este problema de salud.

“Una chica que conozco se caía todo el rato, empezó a temblar y se le pusieron los ojos en blanco. Pasamos mucho miedo.” (GF1A1).

“Tienes que salir con la idea de tomarte una copa menos de las que debieras” (GF1A2).

“O si te ves mal, parar” (GF1A5).

“Cuando veas que no controlas el hablar” (GF1A2).

En nuestro estudio, se puede apreciar que los adolescentes entrevistados tienen la percepción de moderación en la ingesta de alcohol y reconocen que es un problema para la salud en el futuro, debido a la adicción que puede causar.

Por último, dentro de los hábitos tóxicos también incluimos el consumo de drogas por parte de los adolescentes, especialmente el consumo de marihuana o hachís, ya que según el Informe de la Juventud⁸, un tercio de los adolescentes ha consumido alguna vez este tipo de droga.

Según el informe de “Las concepciones de salud de los jóvenes”²² la presencia del cannabis, de los “porros” entre las pautas de consumo de drogas entre jóvenes. Es una de las mayores pruebas de la centralidad que tiene en la actual vida juvenil la consolidación de nuevas relaciones sociales y el establecimiento de unas relaciones personales con sus grupos de amigos y de pares presididos por el “buen rollo” al margen de conflictos. Al preguntarles a los informantes de nuestro estudio sobre que drogas conocían o habían consumido alguna vez, ellos contestaron que marihuana, porque es barata y accesible.

“Yo creo que más marihuana, porque es más barata” (GF2O9).

“Conozco a gente que consumen cocaína, marihuana, vas por muchos sitios del barrio y huele a marihuana” (GF3A9).

Según el estudio HBSC¹⁰, en el año 2010, el 71% de los adolescentes no ha consumido nunca cannabis, y coincide con nuestro estudio ya que pocos estudiantes referían haber consumido, ocasionalmente marihuana.

“Hombre yo sí he comprado marihuana y he consumido... alguna vez” (GF2O9)

La actitud predominante sobre las drogas es negativa en la mayoría de los grupos, y refieren que pese a que han consumido alguna vez alcohol, o consumen en alguna celebración, las drogas no conforman un estándar habitual de consumo en su vida, lo que contrasta con el informe de “Las concepciones de salud de los jóvenes”²², realizado en el 2004, ya que a diferencia del consumo de tabaco y alcohol, el consumo de “porros” tiene una cierta imagen de espíritu joven, de bohemio o marginalidad, y lo hacía atractivo para el consumo de los jóvenes que necesitan una cierta transgresión. Hoy en día, los informantes se refieren a las drogas como una “sustancia adictiva” que no proporciona ninguna diversión, y pese a que reconocen que es accesible adquirir marihuana, por la cercanía de consumo en barrios y en los alrededores del instituto, su consumo lo ven como algo lejano.

“Aunque hemos bebido alguna vez y tal, drogas personalmente yo no he tomado” (GF3A5).

“Conozco a gente que consume, pero haga lo que quiera... yo como no consumo...” (GF1A6)

Todos reconocen que han recibido charlas de educación para la salud sobre el peligro del consumo de drogas, y que quizás sea esto lo que les haya advertido de los problemas que puede acarrear para su salud.

5.1.2. HÁBITOS SALUDABLES.

Al hablar sobre la alimentación saludable, según el informe de “Las concepciones de salud de los jóvenes”²², es uno de los mandatos básicos de la educación para la salud para mantener un buen estado de salud. Muchos factores influyen en dicho hábito saludable, pero especialmente, en los primeros pasos de la independencia juvenil, las primeras salidas autónomas de los jóvenes con los amigos y fuera del control paterno. En nuestro estudio, se observa que el consumo de comida basura o “junk food”, está estrechamente ligado con las salidas de los adolescentes a centros comerciales o con los

amigos durante su tiempo libre y los fines de semana, ya que refieren que una de sus preferencias en sus días libres es salir a cenar con los amigos.

“Casi todos los fines de semana que salimos cenamos fuera y si no es una ocasión especial, algún cumpleaños o algo... normalmente comida basura” (GF1A1)

Los informantes afirmaron que el fin de semana cuando salen suelen ir a pizzerías o hamburgueserías, donde pueden cenar rápidamente y a precio económico, aunque hay algunos que prefieren una alternativa más saludable, ya que conocen que mucha de la comida rápida que consumen no es de calidad, ni recomendable para su salud.

“Hombre depende, yo un día fui a una crepería” (GF2O7).

“Yo prefiero una crepería que el Burger, es más sano” (GF2O9).

También tienen preferencia por las bebidas carbonatadas y azucaradas aunque los informantes refieren no consumirlas habitualmente.

“Yo todos los días” (GF3A9)

“A mí me entra el típico gusanillo cada mes, una vez al mes” (GF2O1).

Otro lugar donde consumen comida basura es en el instituto, el entorno donde deberían aprender a evolucionar y a comer de forma saludable, son dispensadores de bollería industrial y refrescos mediante máquinas dispensadoras o una cafetería con personal contratado. Según el estudio de Taber²³, en los Estados Unidos, desde que se han establecido medidas de control por parte del gobierno en las cafeterías del instituto, se ha reducido el consumo de refrescos por parte de los alumnos, y según los informantes aquí se están tomando también medidas.

“- Las máquinas del instituto las quitaron porque ensuciábamos el recreo (GF3A10)

- ¿Creéis que sólo por eso?

- Hombre, también por el consumo excesivo (GF3A8)”.

“En la cafetería nos venden refrescos, palmeras, de todo” (GF1A1).

Aunque en todos los grupos predominan los bocadillos caseros para almorzar en el recreo, ya que los productos que venden en la cafetería o en las máquinas refieren que son caras y están fuera de su alcance. Esta costumbre de almorzar a media mañana, en

algún tiempo de recreo, permite que los alumnos conserven los patrones de una dieta mediterránea de realizar cinco comidas al día.

- “Yo no traigo (GF2A5)
- ¿Por qué no traes bocadillo? (GF2O2)
- Porque si no, no como en casa (GF2A5)
- ¿Y cómo aguantas? (GF2O2)
- Por eso tengo hambre a última hora (GF2A5).
- Yo si no almuerzo luego llego a casa con dolor de tripa, en casa desayuno cereales con leche y me como dos bocadillos aquí para aguantar (GF2O2)
- Pues yo no desayuno, no tengo tiempo para eso, desayuno aquí dos bocadillos y me como otro en el recreo (GF2O9)”.

En cuanto a la pirámide de los alimentos, la mayoría de los informantes reconoce que sí que la conocen y la intentan poner en práctica.

“Hay un póster en el centro de salud” (GF2O6)

“Yo la tengo pegada en la nevera” (GF2O2).

Todos reconocieron intentaban cumplir la pirámide de los alimentos y que comían habitualmente frutas y verduras, pero discrepaban al comer pescado.

“Si, yo menos pescado, frutas y verduras todos los días como” (GF2O7)

“A mí el pescado tampoco me gusta mucho, pero frutas, todos los días como” (GF2A5).

“Yo como tres o cuatro veces verdura a la semana y fruta todos los días” (GF1O3).

“Bueno, yo igual me paso un poco con lo del jamón y chorizo” (GF2O2)

“yo como bastantes proteínas” (GF2O8)

“yo me paso con el ketchup, pero la fruta y la verdura sí que la cumplo. Soy muy de picotear” (GF1A2).

Las impresiones cualitativas de los entrevistados parecen confirmadas por los propios datos cuantitativos según evidencia el estudio HBSC 2010²⁴, ya que afirma que por el consumo de frutas y verduras se aprecia que la dieta mediterránea está arraigada en la población, con excepción del consumo del pescado. En general, los adolescentes concluyen que no han recibido información suficiente en el instituto, por lo que los

conocimientos sobre alimentación se han proporcionado en sus familias o por otros medios, como el ámbito sanitario.

La información cualitativa proporcionada por los informantes de nuestros grupos coincide con las cuantitativas que permiten observar una correlación entre la dieta mediterránea y los adolescentes, pese al gran crecimiento de la comida basura en nuestro país, los adolescentes, por su cultura, tienen la dieta mediterránea suficientemente arraigada²⁶, pese a que, según el estudio de Ayechu²¹, con el paso del tiempo, desde el primer curso hasta el último de la educación secundaria, existe un deterioro progresivo de la adherencia a la dieta mediterránea.

En cuanto al ejercicio físico, los adolescentes según investigaciones cuantitativas, como el estudio internacional HBSC en 2010, el 21% de la población joven realiza ejercicio físico los siete días de la semana. Desde el año 2002 se ha producido un aumento en el número de jóvenes que realiza ejercicio durante cuatro o más días a la semana²⁴, lo que supone un dato satisfactorio para la salud de los adolescentes. Según el informe “Las concepciones de salud de los jóvenes”²², existen dos líneas de tensiones para la práctica de ejercicio de los adolescentes, por un lado la procedente del mandato normativo externo, por el estatus corpóreo y el cuerpo escultural, y de la propia autonomía personal; y el tipo de ejercicio más regular o más ocasional. Desde la perspectiva del mandato externo, y la autonomía personal, se puede interpretar la dimensión del ejercicio físico, como una práctica que debe surgir de la propia voluntad, de las ganas del sujeto, y para ello es necesario que conozcan los beneficios del deporte. Al preguntarles a los informantes de nuestro estudio, la mayoría conocía los beneficios a nivel orgánico y psíquico del deporte, y lo concebían como una manifestación de felicidad y de bienestar personal.

- “Libera toxinas o algo así (GF2A5)
- Endorfinas” (GF2O2)
- Te hace estar más feliz, cuanto más deporte haces (GF2A4)
- Previene enfermedades cardiovasculares (GF2A3)

Pero, por otro lado, también focalizan su concepción del ejercicio físico como el medio para conseguir un modelo corporal ideal.

“Yo creo que es bueno hacer deporte porque así no estás gordo” (GF3A10).

En cuanto a la tensión entre una práctica regular y una más ocasional, existe según describe el informe de “La concepciones de salud de los jóvenes”²², una práctica habitual inscrita como un “habitus corporeizado”^{20,22}, referenciando a Bourdieu, en el organismo de los adolescentes, y una más ocasional consecuencia de las ganas y las motivaciones del adolescente. Esta segunda línea de tensiones nos hace analizar en nuestro estudio la frecuencia con la que practican deporte los informantes de nuestro estudio. Esta frecuencia es variable, ya que algunos sólo realizan deporte en educación física en las horas lectivas del instituto, otros forman parte de un equipo, a otros les gusta realizar ejercicio con los amigos o por su cuenta y por último algunos refieren que no tienen tiempo.

Se puede apreciar, según las expresiones de los informantes, que la afiliación a un deporte en equipo está ligado con la mayor práctica de ejercicio físico en la adolescencia.

“Entre los partidos y entrenamientos hago deporte 5 o 6 días a la semana” (GF1O3).

Sobre los deportes que realizan, los adolescentes de nuestro estudio, enumeraron fitness, ciclismo, atletismo, balonmano, fútbol, baloncesto y vóley entre otros, y aquellos que no realizaban actividades deportivas en equipo, preferían realizar deporte al aire libre, como patinaje o caminatas.

La sedentarización de las formas de vida y de trabajo de las sociedades urbanas es un obstáculo que nos encontramos para desarrollar el ejercicio físico en la población adolescente, por eso es importante fomentar el deporte en este público.

Los informantes de nuestro estudio refieren que sí han recibido información en el instituto sobre ejercicio físico.

“En segundo y en tercero nos dieron charlas y en clase de biología” (GF2O2).

“En educación física nos han hablado de los beneficios de hacer deporte” (GF1O4).

No obstante, el fenómeno del “tumbing” o el “sillón ball”²², va tomando posición en nuestra población sedentaria, por lo que es necesario una mayor formación y participación ciudadana en relación al ejercicio físico.

Las relaciones afectivo - sexuales configuran uno de los grandes espacios de la vida juvenil que viene siendo objeto de tradicional atención por parte de las políticas de promoción y educación para la salud, según el informe de “Las concepciones de salud en los jóvenes.”²² Este mismo informe, reconoce que una investigación basada en grupos de discusión no es la metodología adecuada para analizar o investigar este complejo e íntimo mundo de las relaciones entre adolescentes, pero al igual que dicho estudio, nuestro objetivo va más allá de abordar el tema desde testimonios personales, sino que focalizaremos el análisis desde el punto de vista discursivo de la educación que han recibido y la información sobre unas relaciones sexuales seguras y sobre los riesgos para la salud que pueden conllevar en el futuro. El estudio de Rodríguez Carrión³⁹ cuyo objetivo es conocer las conductas sexuales en adolescentes de Andalucía, demuestra, con datos cuantitativos, que la educación sexual es un claro elemento de protección en cuanto a la enfermedades de transmisión sexual, ya que en aquellos adolescentes que no habían recibido educación sexual, el porcentaje que no usó anticonceptivos fue el doble de los que habían recibido charlas educativas.

En el caso de nuestro estudio, todos los alumnos refieren haber recibido charlas de educación sexual, por parte de voluntarios de asociaciones, psicólogos o en horario lectivo en clase de biología a lo largo de la educación secundaria.

“Hemos tenido charlas de educación sexual en primero y este año, por una asociación” (GF1O3).

“Sí, justo hoy a primera hora hemos tenido una sesión” (GF2O2).

“En biología hicimos un trabajo sobre las ETS” (GF2A3).

“- En segundo nos dieron una charla (GF3A9)

- Si pero ya fue hace dos años...” (GF3O2)”.

En cuanto a problemas para la salud producto de relaciones sexuales sin protección, se habló sobre las enfermedades de transmisión sexual. El estudio de Rodríguez Carrión³⁹, afirma que salvo en el caso del VIH-sida, más de la mitad de los adolescentes no consideran otras infecciones de transmisión sexual (ITS) como la gonorrea, el herpes y la sífilis, y en el caso del papiloma, la clamidiasis y la tricomoniasis, apenas uno de cada diez las considera como tales. Estos datos coinciden con el discurso de los adolescentes de nuestro estudio, ya que desconocían algunas ITS mencionadas durante la entrevista.

“Menos la clamidia todas nos suenan” (GF3O1).

“Esa no la hemos estudiado” (GF2O6).

“La clamidia son como piojos ¿no?” (GF1A2).

Al hablar de métodos anticonceptivos, el que más conocían era el preservativo, y la mayoría de información que habían recibido sobre ellos era en las charlas concertadas por el instituto durante la educación secundaria.

“Hoy nos han hablado de anticonceptivos y la semana que viene de ETS” (GF2A4).

En general, demandan más información sobre educación afectivo- sexual, ya que en el GF3, por ejemplo, sólo han recibido una sesión informativa y hace dos años, por lo que les surgen nuevas necesidades o problemas sobre los que no pueden ser asesorados. Sobre métodos anticonceptivos tienen la concepción de que tienen información suficiente, pero necesitan más información sobre enfermedades de transmisión sexual.

5.2. LA FAMILIA, SU PAPEL EN EL AUTOCUIDADO.

Uno de los factores que influye en la práctica y el conocimiento del autocuidado en los adolescentes es el ámbito familiar, la manera de educar en la familia a la persona y cómo se han establecido esos hábitos tóxicos y saludables, mediante la imitación o la realización de actividades en familia.

Según el informe de “Las percepciones de salud de los jóvenes”⁴⁰, en el marco de unas y otras instituciones de socialización y educación hacia los adolescentes y jóvenes, las familias, la educación familiar aparece como una instancia asociada a la transmisión de toda una serie de valores, de normas, de comportamientos que, asumidos e integrados por los adolescentes, significan uno de los recursos más importantes en sus manos para abordar y enfrentarse con las turbulencias de los cambios de la adolescencia y juventud. Por las condiciones de los grupos de discusión, no se pudo abordar percepciones íntimas sobre la estructura familiar o adentrarnos en la cultura o nivel de estudios de la familia, pero sí que se abordaron alguna práctica de autocuidado, como de alimentación saludable en la familia, o las condiciones económicas, debido a la actual crisis económica, que condicionan la vida de los adolescentes, como por ejemplo su influencia en el ocio y tiempo libre. En nuestro estudio, los adolescentes expresaron que debido a las condiciones familiares no tienen la paga semanal a lo largo del mes, por lo que

refieren que influye en sus salidas con los amigos los fines de semana, para acudir por ejemplo a discotecas o al cine.

“A discotecas, o al cine solo vamos cuando tenemos dinero” (GF1A6).

En relación a las salidas de ocio y con los amigos, el factor económico también influye en la elección de lugares para cenar en centros comerciales u otros lugares que frecuentan.

“Cuando salimos por ahí, buscamos para cenar algo barato, como por ejemplo el burger que por tres euros cenas” (GF1A2)

En contraste con la influencia de la economía familiar en la relación con la comida rápida que ingieren los adolescentes, encontramos que la práctica de una alimentación saludable o dieta mediterránea en el núcleo familiar favorece la adherencia de los adolescentes a este hábito saludable.

El estudio de González Jiménez⁴¹, se confirma que el papel de los padres es fundamental para el cumplimiento de la dieta saludable. González Jiménez afirma que existe una asociación significativa entre el nivel de estudios de los padres y el estado nutricional de sus hijos. En dicho estudio, se observa que, a medida que el menú familiar es elaborado por personas diferentes a la madre, el estado nutricional de los hijos empeora considerablemente, por lo que se puede concluir una asociación entre el género y los cuidados maternos como factores protectores en la nutrición de los adolescentes. Estos datos son contrastados en nuestro estudio por el discurso de los adolescentes que confirman que la influencia de los padres, especialmente por la madre, es determinante en el consumo de productos saludables como frutas o verduras y que se decantan favorablemente por la comida casera.

“Yo como verdura porque me obliga mi madre” (GF3A4).

“La comida de la abuela siempre supera todo...” (GF2O2).

“Hombre las patatas fritas de la abuela no son comparables con las del Burger...” (GF2O6).

Por las condiciones de los grupos focales, no se pudo profundizar en el aspecto familiar en otros hábitos tóxicos y saludables. No obstante, la alimentación fue el más

relacionado con la familia, ya que los informantes son menores de edad no emancipados, y los padres son participantes de dicha dimensión.

5.3. LOS MEDIA Y LA INFLUENCIA EN LA SALUD DE LOS ADOLESCENTES.

Hoy en día, en la sociedad globalizada donde vivimos, los adolescentes manejan la tecnología tanto para sus relaciones sociales como para adquirir información, tanto para sus actividades escolares como para aumentar sus conocimientos en salud. Pero por otro lado, también lo utilizan en su tiempo libre, para ver la televisión o jugar a videojuegos, lo que supone que el tiempo que gastan sentados frente a un televisor o al ordenador, lo restan de realizar ejercicio físico fuera del hogar. Desde hace tiempo se está investigando la relación entre la obesidad y este nuevo patrón de sedentarismo en la adolescencia. Un ejemplo es el estudio del grupo de investigación GENUD²⁵ sobre la obesidad y el sedentarismo en los adolescentes, afirma que la prevalencia de los comportamientos sedentarios en relación con el tiempo frente a la pantalla (ordenador, televisión...) es alta.

Teniendo en cuenta esta tendencia, resultante de estudios cuantitativos, las opiniones y el discurso de los adolescentes de los grupos de discusión de nuestro estudio, confirman que, efectivamente los adolescentes están obligados a pasar mucho tiempo frente al ordenador o material multimedia debido a las labores escolares, pero también, por decisión autónoma, no impuesta exteriormente, ya que reconocen que en el tiempo libre, dedican todos los días unas horas para ver la televisión.

“Unas tres horas al día, contando el tiempo que estas estudiando” (GF2A4).

“Tres horas es poco” (GF2O7),

“Tres horas estudiando y luego unas dos para ver la tele o en el ordenador” (GF2A3).

“Igual seis, si no voy a entrenar por estudiar” (GF2O8).

Una novedad que aporta el discurso de los adolescentes de nuestro estudio a los datos cuantitativos es un cambio de tendencia debido a la inclusión de los smartphones y tablets, que permiten a los adolescentes utilizar aplicaciones para el aprendizaje o para

la comunicación de los amigos a la vez que se desplazan o realizan alguna actividad aeróbica, de bajo esfuerzo físico.

“Ahora paso más tiempo con el móvil, con la Tablet, que te puedes mover” (GF104).

“Al ordenador ya no tanto, porque con eso del móvil, podemos contestar a los amigos mientras vamos andando” (GF201).

“Delante del ordenador no pasamos mucho tiempo, más delante del móvil” (GF301).

Este cambio en la utilización de los media, puede suponer un cambio en los comportamientos sedentarios de los adolescentes, pero es necesario que se utilicen con responsabilidad y previniendo a los adolescentes de informaciones erróneas sobre salud que pueden encontrar tanto en internet como en redes sociales.

5.4. LA SOCIABILIDAD EN GRUPO Y LA SALUD.

El informe de “Las concepciones de salud de los jóvenes”⁴⁰ recoge que el conjunto de cambios sociales, demográficos, tecnológicos, urbanos, así como la reducción del número de hermanos y la caracterización de la juventud como “etapa” de la vida definida por sí misma y no como preparación de la vida adulta, conforman unos adolescentes autónomos en la que la importancia social de las relaciones con los amigos o amigas crece en gran medida.

Por estos cambios, los jóvenes necesitan relacionarse con sus iguales, y pertenecer a un grupo de amistad, de apoyo, donde sentirse cómodos y disfrutar del tiempo libre, especialmente los fines de semana, donde los jóvenes viven su “yo”, su identidad de una forma expresiva y vivencialmente más activa en la medida en que aparentemente son ellos los que deciden por sí mismos, más allá de cualquier normativa educativa, social o familiar a este respecto⁴⁰.

En nuestro estudio, los informantes dieron sus opiniones sobre la pertenencia a grupos de amistad, o las salidas de fin de semana, donde se puede concluir que dependiendo de las circunstancias y del ambiente en que se relacionan pueden adquirir hábitos tóxicos perjudiciales para la salud, como el “coqueteo” con alcohol o fomentar los hábitos saludables, como la realización de ejercicio físico.

“Depende del grupo de amigos, haces cosas diferentes, yo tengo un grupo de amigos para salir en bici y otro para salir por ahí, otro para hacer trabajos de clase” (GF2O2).

“No, es que mis amigos no son de ir a discotecas” (GF2A4).

“Si consideras ir a discotecas como ir a fiestas de amigos... yo sí que he ido a algún local de estos a celebrar cuando mis amigos han cumplido 18 años o 15, sí, pero no ir a discotecas los fines de semana” (GF2A3).

“Tenemos amigos que alquilan locales y vamos a algún cumpleaños” (GF1A5).

En general, en cuanto al ocio, los informantes se suelen reunir con su grupo de amigos en el tiempo libre, pero conciben otras formas de diversión que no sea el acudir a locales o discotecas.

Llama la atención que en cuanto a la adquisición de hábitos tóxicos, como hemos podido ver en el apartado de conocimientos y prácticas de autocuidado sobre el alcohol, el tabaco y las drogas, los adolescentes se muestran indiferentes a la presión del grupo, es decir, que su autoestima y su concepción de adicción les empuja a demostrar intolerancia a estos hábitos, al igual que defiende Álvarez Aguirre³⁴.

“El que tome drogas, que haga lo que quiera... yo como no consumo...”
(GF1A6).

Un aspecto importante a tratar en la dimensión de la amistad y la sociabilidad en grupo de los adolescentes son las relaciones amorosas, ya que en esta edad tienen lugar las primeras relaciones afectivo- sexuales. Como se ha mencionado anteriormente, dadas las características de la metodología de grupos de discusión, no se ha podido profundizar en los sentimientos más íntimos de los informantes, pero sí que se ha podido explorar la dimensión del género y el papel que juegan en estas relaciones sociales y amorosas entre los adolescentes.

“Hombre depende de las personas, pero el hombre se quiere imponer”. (GF2A3)

“Pero es que hay pavas, muy tontas que dejan que el chico se imponga”.
(GF2A5)

“Pero tonta ella, por hacerle caso”. (GF1A2)

A raíz de estas confesiones, especialmente marcadas en el sector femenino de los informantes, se demuestra que en las relaciones amorosas las mujeres adolescentes tienen la sensación de que los hombres rechazan la igualdad, pero debido a su resistencia se intenta mantener el equilibrio de género en la pareja, por lo que la discusión se dirigió hacia las normas implícitas en estas relaciones adolescentes y a compaginarlas con las relaciones de las amistades.

“Así, prohibir tan directo, salir con los amigos, no conozco” (GF2O2).

“Pero bueno, amigos nuestros que no han salido con nosotros porque la novia no quería salir en nuestro grupo, sí que se ha dado” (GF2O7)

“Es como si no tuvieras elección, o ellas o los otros” (GF2O9).

“O alguna amiga que le ha mentado a su madre que le dice que va a entrenar y va con el novio”. (GF1A6)

Los adolescentes dirigieron la conversación hacia la violencia de género y las concepciones que tenían sobre el maltrato. Todos reconocieron que habían recibido charlas sobre igualdad y violencia de género y demostraron tolerancia cero ante ésta.

“Que es una barbaridad... no tienes que estar dentro de tus cabales para hacer eso”. (GF2O9)

“Que no puedes decir que la quieres... y luego hacerle esos moratones... es que no es normal”. (GF2O2)

“Dicen que la quieren solo para él”. (GF2A4)

“Hemos hablado del tema en ética”. (GF3O7)

“Nos dieron charlas una organización”. (GF1O4)

“Hemos leído un libro en lengua”. (GF2A4)

Es un tema social que les preocupa y tienen claro que no se puede consentir en una relación este tipo de dominancia. Finalmente, pese a que actualmente según sus conversaciones los adolescentes están actualizados en cuanto a violencia de género, es necesario insistir en una educación para la salud en igualdad.

5.5. EL INSTITUTO COMO FUENTE DE INFORMACIÓN DE AUTOCAIDADOS.

Después de abordar los principales temas sobre hábitos saludables y tóxicos en la adolescencia, es necesario que evaluemos, según el discurso de los adolescentes, la información que reciben en el lugar donde reciben formación genérica y específica, el instituto. Al igual que el informe de “Las concepciones de salud de los jóvenes”^{22,40}, uno de los objetivos centrales de la investigación es analizar cómo se desarrolla la educación para la salud en los centros escolares, y recoger el discurso y las opiniones de los estudiantes de secundaria sobre si creen que es suficiente o si deberían incidir en algunos temas específicos.

En los tres centros de educación secundaria públicos se han abordado todos los temas en relación a los hábitos tóxicos y a los hábitos saludables, según reconocen los adolescentes, con la diferencia de los profesores o formadores que les han proporcionado la información, ya que hay contenidos de salud que se incluyen en la programación curricular de ciertas asignaturas de educación secundaria, como ciencias naturales o biología, o en el plan de acción tutorial diseñado por el departamento de orientación, por lo que son profesores del propio centro los que dan clases y charlas sobre educación para la salud, o en ocasiones, el instituto recurre a instituciones públicas o privadas externas para proporcionarles información específica sobre diversos aspectos de salud, como ONG’s u organizaciones y agrupaciones de profesiones relacionadas con la salud.

Debido a la expresión de los adolescentes, sobre que en algunas asignaturas habían abordado temas de salud, se les preguntó si creían que sus profesores estaban suficientemente formados para resolver sus preguntas y atender a sus demandas, a lo que la mayoría de los informantes respondió negativamente.

“Muchos profesores no están preparados para estas charlas, de hecho te dicen que no fumes y luego los ves fumando.” (GF2A4)

Otra diferencia que demuestran los adolescentes en la programación de educación para la salud es el año o el curso donde reciben esas charlas.

“Este año nos han dado charlas de todo lo demás, menos de alimentación” (GF1A5)

“Pero ahora ya en 4º de la ESO, que igual es ya tarde” (GF2A3).

“Necesitamos información antes porque ya sabemos bastante por amigos u otras fuentes, pero no es nada fiable” (GF2A5).

La sensación general es que es una información que debería renovarse y actualizarse cada año, ya que en cada curso por la evolución física y emocional de los alumnos, tienen diferentes necesidades y necesitan abordar los temas de salud desde diferentes perspectivas.

Sobre los temas que más demandan información es sobre hábitos saludables, ya que refieren que se les ha informado suficiente sobre enfermedades y aspectos negativos de la salud, pero no sobre autocuidados para vivir en un ambiente saludable y de bienestar.

“Personalmente, de hábitos saludables habría que informarse más” (GF2A3).

“Muchas veces nos han hablado de lo malo y no de hábitos saludables” (GF2O8).

Según “Las concepciones de salud de los jóvenes”^{22,40}, el marco de la educación para la salud de los adolescentes es una educación proteccionista de los jóvenes, de una sociedad que tiende a infantilizarlos y a mantenerlos al margen de una serie de importantes decisiones sobre sus vidas, y tras la discusión, tanto en el estudio de la Comunidad de Madrid, como en el presente estudio, las demandas de los adolescentes sobre las diversas dimensiones de salud exploradas, nos hacen cuestionarnos una figura emergente de un profesional de salud, como la enfermera, que pueda atender las necesidades de los adolescentes.

5.6. LA ENFERMERÍA ESCOLAR.

Según Araujo²⁹, el rol del enfermero/a escolar es de ayudar en el manejo de los problemas de salud de los alumnos, o ejercer como educador/a sanitario de los niños, adolescentes, padres y profesores.

Los resultados del estudio de Araujo²⁹, se basan en el colegio de educación primaria, y recogen que entre un 87% y un 97% de los directores de dichos centros consideran que necesitarían una enfermera escolar que pudiera abordar problemas de alumnos con enfermedades crónicas, para mejorar su autocuidado y para realizar educación para la salud en el colegio. Pese a que las necesidades de los alumnos de educación primaria es

diferente a la de los adolescentes, se puede extrapolar este interés, en los centros de educación secundaria ya que los adolescentes necesitan también información sobre autocuidados y especialmente esos niños que fueron atendidos por enfermedades crónicas por el enfermero escolar en el colegio, seguirán demandando atenciones e información sobre su proceso patológico.

En nuestro estudio, al hablar sobre la educación para la salud recibida en el instituto, se discutió sobre si los profesores eran las personas que tenían los conocimientos necesarios para proporcionarles esta información. Recibieron positivamente la posibilidad de que existiera la figura de la enfermera escolar en su centro, ya que puede ejercer funciones asistenciales a los adolescentes que padecen procesos crónicos o función docente para los profesores y para la enseñanza de autocuidado en los adolescentes.

“Yo creo que sí que es necesaria porque si ocurre algún accidente, aquí no pueden atenderte, te tienen que llevar a otro sitio”. (GF2A4).

“En el instituto hay alumnos que son epilépticos por ejemplo y no sabríamos que hacer si les pasara algo”. (GF3A10)

“Sí, que dieran cursillos a los profesores, igual que dan cursos de pizarra digital, que dieran uno de salud. Como de primeros auxilios”. (GF1A6)

Los adolescentes sí que tenían constancia de que alguna vez en la vida, especialmente en educación primaria, las enfermeras del centro de salud realizaron intervenciones de educativas en el aprendizaje de autocuidados, pero demandan más información por parte de ellas.

“En el colegio las enfermeras venían a darnos charlas cada año, ahora ya no” (GF3A9)

“Las enfermeras del centro de salud están aquí al lado y no han venido nunca al instituto, son unas vagas” (GF2O8).

De la discusión final de los adolescentes, se puede concluir que los adolescentes ven necesario el papel de la enfermera escolar en su centro educativo para obtener una información de salud de calidad.

6. DISCUSIÓN FINAL.

El presente estudio cualitativo sobre el autocuidado en los adolescentes muestra una transformación en los hábitos de los adolescentes, a través de los conocimientos y las prácticas de autocuidado expresado en los grupos focales. El marco conceptual sobre el autocuidado, se completa con la percepción de los adolescentes sobre los factores que influyen en sus hábitos, tóxicos y saludables, hasta conformar una visión sobre las percepciones de salud y la educación para la salud que reciben los adolescentes en su entorno, como en los institutos de educación secundaria.

En el estudio “Las concepciones de salud de los adolescentes”²², publicado por el Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid en 2004, se concluye que los adolescentes y jóvenes entrevistados, mediante la técnica grupo focal, están sumergidos en un proceso de transformación en relación a la juventud de los años 90, ya que son conscientes de la mala imagen social existente en su entorno social y de la política predominante que hoy en día que mantiene a los jóvenes aparcados durante un largo periodo de tiempo en actividades de ocio, de tiempo libre, sin participación real y sin proyectos claros de futuro tanto en los estudios, como en el trabajo ni en la vivienda. Este cambio de pensamiento, y de ideales también tiene su repercusión en las conductas y comportamientos de salud, ya que los jóvenes, según el estudio, tratan de ponerse a prueba, de mostrar su mayor madurez y asunción de responsabilidades, al mismo tiempo que se van conociendo a sí mismos y aprendiendo a conocer unos límites, por ejemplo en los hábitos tóxicos de salud.

Estas concepciones coinciden en su mayoría en el marco general de nuestro estudio, ya que se ha observado tras la realización de las entrevistas en los grupos de discusión, que al igual que en estudios e informes estadísticos públicos, como el estudio internacional “HBSC sobre Los estilos de vida y salud de los adolescentes españoles”¹⁰ promovido por el Ministerio de salud de España, en 2010, el “Informe de la Juventud en España”⁸ de 2012, o el “Observatorio Aragonés de la juventud”¹⁴ de 2013, existe una tendencia descendente en el consumo y el abuso de sustancias tóxicas y una estabilidad en cuanto a los hábitos saludables.

En relación a los conocimientos y la práctica sobre hábitos tóxicos, como el consumo de tabaco, el alcohol, o las drogas, los adolescentes entrevistados en los grupos focales,

tienen una percepción negativa en general, ya que conocen las consecuencias que puede acarrear para la salud en un futuro y las diferentes adicciones que se pueden establecer.

Las percepciones de los adolescentes sobre el tabaco en los grupos de discusión coincide con los estudios como el HBSC¹⁰, que afirma que el número de no fumadores entre el público adolescente ha aumentado desde el año 2002, y el Observatorio de Juventud de Aragón del año 2013¹⁴, el cual confirma que la tendencia de los adolescentes en cuanto al consumo de tabaco es descendente. En general todos los adolescentes entrevistados confirmaban que el tabaco es una sustancia adictiva con consecuencias negativas para la salud, y referían que pese a que existe la presión de grupo por parte de los amigos, como afirma el estudio de Carles- Ariza et al¹³, es importante conocer las consecuencias de salud y mantener la autoestima alta para no sucumbir a las tentaciones del grupo.

Sobre la ingesta masiva de alcohol o “binge drinking” entre los adolescentes, en general, los informantes de nuestro estudio referían beber alcohol en fiestas especiales, días festivos de reunión con los amigos, pero el consumo generalizado cada fin de semana no está establecido en ninguno de los tres grupos. Esta relación entre la sociabilidad con el grupo y el consumo de alcohol, se recoge en estudios como “Las concepciones de salud de los jóvenes”²², donde se concibe el “botellón” como un “espacio de sociabilidad”, más que de consumo de alcohol. Una novedad que aporta nuestro estudio, es que según los adolescentes de los tres grupos de discusión, el botellón no lo suelen realizar en espacios abiertos, sino en casas de propiedad personal, para ocasiones especiales, como fiestas de cumpleaños. Tanto el HBSC¹⁰, el informe de la juventud en España⁸, y el Observatorio de la juventud de Aragón¹⁴, confirman que el consumo de alcohol se ha mantenido en la población joven a nivel nacional y autonómico, pero según el estudio cualitativo del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid²², actualmente existe un mayor autocontrol sobre los excesos que típicamente se habrían producido en un pasado reciente, y así se refleja en nuestro estudio, ya que los adolescentes tienen un concepto muy marcado sobre los efectos negativos del alcohol y la “borrachera” y sobre la adicción que puede causar esta sustancia en un futuro.

En relación a las drogas, los informantes de nuestro estudio refieren no ser consumidores asiduos de drogas, como marihuana o hachís, ya que sólo uno de ellos

refirió haber consumido alguna vez ocasional e incluso haber comprado este tipo de sustancias. Estas percepciones coinciden con el estudio HBSC¹⁰, que afirma que el 71% de los adolescentes no ha consumido nunca cannabis, y demuestra la transformación que existe en la población adolescente, ya que antes se asociaba el consumo de marihuana con una imagen de espíritu joven, de bohemio o marginalidad, y lo hacía atractivo para el consumo de los jóvenes que necesitan una cierta transgresión, pero actualmente, según los informantes, es una sustancia adictiva que no aporta diversión.

En relación a los hábitos saludables, se puede concluir tras la comparación con los otros estudios, que los adolescentes tienen una dieta mediterránea arraigada, que hace frente al crecimiento de la comida rápida; que los adolescentes mantienen un nivel de ejercicio físico moderado, y están físicamente más activos en la actualidad en comparación con años anteriores; y por último, los adolescentes entienden las relaciones afectivo sexuales como una responsabilidad personal e interesándose por adquirir información en cuanto a su salud sexual.

En cuanto al mantenimiento de una alimentación saludable en la comunidad adolescente, los informantes relacionan el consumo de comida rápida a las salidas con sus amistades en el fin de semana. No obstante, entre semana, refieren cumplir la pirámide alimentaria, como así confirma el estudio HBSC 2010²³, en relación al consumo de frutas y verduras, especialmente aquellos que realizan deporte de forma continua.

El deporte es otro aspecto de los hábitos saludables que se ha abordado en el presente estudio. La variabilidad de la frecuencia con la que los adolescentes realizan deporte, nos hacen concluir que según las expresiones de los informantes, la afiliación a un deporte en equipo está ligado con la mayor práctica de ejercicio físico en la adolescencia. Esta es una nueva aportación que realizamos en nuestro estudio en relación a informes como el HBSC¹⁰, el cual afirma que el 21% de la población joven realiza ejercicio físico los siete días de la semana, siendo estos en su mayoría, según nuestro estudio, los adolescentes que pertenecen a un equipo deportivo. Es importante, conocer que según nuestro estudio, los adolescentes tienen interés en conocer los beneficios del deporte.

En cuanto a las relaciones afectivo sexuales, debido a la metodología cualitativa basada en grupos focales, por la configuración del grupo, no se pudieron abordar situaciones o

sentimientos íntimos, pero sí que podemos concluir que todos los informantes tienen información sobre educación sexual y que están interesados en recibir más charlas informativas sobre este tema, ya que expresan que en algunos grupos se recibió información hace mucho tiempo y en este periodo transcurrido tienen unas nuevas demandas de salud. Los informantes expusieron sus conocimientos sobre enfermedades de transmisión sexual, aunque al igual que el estudio de Rodríguez Carrión³⁶, los adolescentes desconocen algunas infecciones de transmisión sexual como la clamidiasis. Por otro lado, en el estudio de los factores que influyen en los hábitos de salud de los adolescentes, y en el interés de los jóvenes para obtener una vida saludable, nuestro estudio aporta una visión personal de los adolescentes sobre si están preparados para afrontar estas nuevas responsabilidades que demandan para obtener una autonomía en su cuidado, en comparación con lo que defiende el Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid²² en su estudio de 2004, que afirma que los adolescentes están siendo educados en un marco proteccionista, en una sociedad que tiende a infantilizarlos y a mantenerlos al margen de una serie de importantes decisiones de las que deberían participar y ser autónomos para la elección de su vida en un entorno saludable.

Según el estudio de Escario García¹², los adolescentes y los jóvenes, cuando toman decisiones están fuertemente influidos por su entorno más cercano, como la familia, el grupo de amigos, el colegio o los medios de comunicación, siendo clave esta influencia en el desarrollo de comportamientos de riesgo. Frente a esta afirmación, encontramos que los informantes de nuestro estudio están experimentando una transformación hacia la autonomía, ya que priorizan sus opiniones personales y sus conocimientos adquiridos a los factores influyentes de su entorno.

En relación a la influencia familia, en nuestro estudio, pese a que por las condiciones de los grupos de discusión no se pudieron abordar percepciones íntimas o adentrarnos en el nivel cultural de la familia, sí que se abordaron la práctica de la alimentación saludable en la familia, expresado por algunos de los informantes como una influencia esencial en el consumo de frutas y verduras. También se pudo apreciar la influencia de la economía familiar y la crisis económica en los adolescentes pertenecientes a los grupos de discusión, ya que su paga semanal depende de los ingresos familiares, y por lo tanto, en las actividades de ocio que pueden realizar con los amigos.

Otro factor influyente es los medios de comunicación y los dispositivos audiovisuales como la televisión, el teléfono móvil o smartphones y el ordenador. Frente a estudios cuantitativos, como el del grupo de investigación GENUD²⁵ sobre la obesidad y el sedentarismo en los adolescentes, afirma que la prevalencia de los comportamientos sedentarios en relación con el tiempo frente a la pantalla (ordenador, televisión...) es alta, apreciamos en los informantes una transformación en los hábitos sedentarios, ya que refieren que actualmente con el uso de las tablets y los smartphones pueden caminar o realizar alguna actividad aeróbica a la vez que se comunican con sus amigos o disfrutan de su ocio. Con esta afirmación, nuestro estudio aporta una nueva perspectiva sobre el estudio del sedentarismo en los jóvenes y los dispositivos móviles, abriendo nuevas líneas de investigación sobre los hábitos de los adolescentes.

La importancia social de las relaciones con los amigos o amigas crece en gran medida en la adolescencia⁴⁰, y por la necesidad de pertenecer a un grupo o sentirse aceptado por sus iguales, los adolescentes pueden iniciarse en el consumo de sustancias tóxicas como el tabaco, las drogas o el alcohol¹². Los adolescentes de secundaria que han participado en el estudio refieren tener una gran autoestima y una percepción negativa muy marcada sobre el consumo de sustancias adictivas, confirmando así el estudio de Álvarez Aguirre³⁴, que defiende que los adolescentes con alta autoestima tienen un riesgo más bajo de consumo de alcohol. En cuanto a las relaciones amorosas de los adolescentes, conciben unas relaciones en igualdad, y en relación al problema social y de salud de la violencia de género, han recibido formación en diversas áreas y asignaturas del instituto y se muestran intolerantes ante cualquier actitud predominante de sexos.

No obstante, para promover los hábitos saludables e informar a los estudiantes sobre los hábitos tóxicos, es importante establecer una educación para la salud en los centros de educación secundaria en igualdad para todos los alumnos²¹. Los alumnos de los grupos de discusión, en general, demandan una educación para la salud de continua renovación, en todos los cursos de educación secundaria y de formación por especialistas, ya que creen que sus profesores no están suficientemente preparados para formarles en temas de salud.

7. CONCLUSIÓN.

Como conclusión al presente estudio, se puede afirmar que en su transformación hacia la autonomía, los adolescentes tienen interés en adquirir conocimientos y prácticas de autocuidado en relación a los hábitos tóxicos y saludables. Para ello es necesario que los adolescentes reciban educación para la salud en los centros de educación secundaria, para atender a sus demandas de salud y sus necesidades psicológicas y fisiológicas propias de su periodo vital.

Esta educación para la salud debe realizarse por parte de formadores profesionales en salud, como el personal de enfermería, por lo que debemos promover esta figura en diversos centros educativos, con el objetivo de atender las demandas de salud de los adolescentes y promover el autocuidado de los adolescentes para favorecer una disminución de enfermedades crónicas desde edades tempranas para evitar la futura aparición de enfermedades crónicas.

Según la Guía de la American Medical Association para actividades preventivas en el adolescente⁴², el asesoramiento sanitario en dicha población es más efectivo cuando es interactivo, es decir, cuando tenemos la oportunidad de ejercer la escucha activa en los grupos de adolescentes. Esta misma asociación aporta las siguientes técnicas para mejorar la efectividad del asesoramiento sanitario como: definir con el adolescente, o el grupo, la naturaleza y extensión de los comportamientos de riesgo para la salud que sean problemáticos; determinar la actitud del adolescente hacia el comportamiento, su nivel de conocimientos respecto a las posibles consecuencias del comportamiento, las razones para el comportamiento y la motivación para el cambio y por último, reforzar los comportamientos saludables y los mensajes de promoción de la salud procedentes de la escuela, la familia o la comunidad. Es por esto que se debería contemplar la posibilidad en la cartera de servicios del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma de Aragón, de incluir la figura de la enfermera escolar, como el referente de la promoción de la salud en el público adolescente, desde un entorno familiar como es el instituto, y desde el cual se pueden establecer tutorías dentro del horario escolar para esta asesoría en salud, e incluso reuniones con profesores y padres para aportar continuidad al autocuidado fuera del ámbito escolar, en sus hogares, en sus relaciones más cercanas y para que en el futuro, en la vida adulta, se mantengan los hábitos saludables aprendidos en la adolescencia, y se eviten conductas tóxicas que favorecen el desencadenamiento de enfermedades crónicas.

8. BIBLIOGRAFÍA.

1. Salud de la madre, el recién nacido y del niño y del adolescente. Salud del adolescente. Organización Mundial de la Salud. [homepage on the Internet]. OMS. 2014 [cited 5 Febrero 2014].
En:http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/
2. Arain M, Haque M, Johal L, Mathur P, Nel W, Rais A, et al. Maturation of the adolescent brain. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2013;9:449.
3. Konrad K, Firk C, Uhlhaas PJ. Brain development during adolescence: neuroscientific insights into this developmental period. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2013; 110(25):425.
4. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. 4ª ed. ed. Barcelona, España: Elsevier Masson; 2007.
5. Alavéz-Orato BC, Peña-Carrillo HI, Sierra-Castañeda E. Conocimiento y acciones de los adolescentes sobre el autocuidado de su salud. *Rev CONAMED*. 2011; 16(1):29.
6. Marriner Tomey A, Raile Alligood M, Dorothea E. Orem. Teoría del déficit de autocuidado. In: *Modelos y teorías en enfermería*. 7ªed. ed. Barcelona, España.: Elsevier Mosby; 2011. p. 265- 285.
7. Adolescent health epidemiology. world health organization [homepage on the Internet]. OMS/WHO. 2014 [cited 5 Febrero 2014]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/adolescence/en/
8. Ministerio de Sanidad. Informe Juventud en España 2012. Madrid: INJUVE. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013.
9. Commers MJ, Gottlieb N, Kok G. How to change environmental conditions for health. *Health Promot Int*. 2007; 22(1):80-7.
10. Ministerio de Sanidad. Las conductas relacionadas con la salud y el desarrollo de los adolescentes españoles: Resultados del estudio HBSC-2010 con chicos y chicas españoles de 11 a 18 años. Madrid: 2012.

11. Pérez Gálvez B, García Fernandez L, de Vicente Manzanaro M. Instrumentos de evaluación de las adicciones en adolescentes. Diputación de Alicante; 2009.
12. Escario Gracia J, Duarte Pac R, Molina Chueca J. Los amigos en las conductas de riesgo de los adolescentes aragoneses. Fundación economía aragonesa. FUNDEAR; 2007.
13. Ariza C, García-Continente X, Villalbí JR, Sánchez-Martínez F, Pérez A, Nebot M. Consumo de tabaco de los adolescentes en Barcelona y tendencias a lo largo de 20 años. Gaceta Sanitaria. 2014; 28(1):25-33.
14. Instituto Aragonés de la Juventud. Población Joven en Aragón. Observatorio 2013. Zaragoza: Instituto Aragonés de la Juventud; 2013.
15. Hormigo Amaro J, García-Altés A, López MJ, Bartoll X, Nebot M, Ariza C. Análisis de coste-beneficio de un programa de prevención del tabaquismo en escolares. Gaceta Sanitaria. 2009; 23(4):311-4.
16. Villalbí JR, Suelves JM, García-Continente X, Saltó E, Ariza C, Cabezas C. Cambios en la prevalencia del tabaquismo en los adolescentes en España. Atención Primaria. 2012; 44(1):36-42.
17. Sanz Marcos N, Arias Constantí V, Trenchs Sainz de la Maza V, Curcoy Barcenilla AI, Matalí Costa J, Luaces Cubells C. Consultas por intoxicación etílica aguda en un servicio de urgencias pediátricas. An Pediatr (Barc). 2009; 70:132-6.
18. Parada M, Corral M, Caamaño-Isorna F, Mota N, Crego A, Holguín SR, et al. Definición del concepto de consumo intensivo de alcohol adolescente (binge drinking). Adicciones. 2011; 23(1).
19. Adan A. Impulsividad funcional y disfuncional en jóvenes con consumo intensivo de alcohol (binge drinking). Adicciones. 2012; 24(1).
20. Amezcua Martínez, Manuel; Flores Antigüedad, M^a Luz, Rodríguez Camero, M^a Luisa; Cano-Caballero Gálvez, M^a Dolores; Rodríguez Rodríguez, M^a Angeles, Quesada García, M^a Encarnación. Conciencia de riesgo en el consumo colectivo

- de alcohol entre los jóvenes: percepciones, valoraciones y estrategias desde el entorno educativo. *Rev Paraninfo Digital*, 2011; 11. Disponible en: <http://www.index-f.com.roble.unizar.es:9090/para/n11-12/216d.php>. Consultado 10 Junio 2014.
21. Diaz AA, Travé TD. Calidad de los hábitos alimentarios (adherencia a la dieta mediterránea) en los alumnos de educación secundaria obligatoria. *An Sist Sanit Navar*. 2010; 33(1):35-42.
 22. Seoane L, Instituto de Salud Pública (Madrid). Las concepciones de salud de los jóvenes: informe 2004. V.2. Madrid: Comunidad de Madrid, Servicio de Documentación y Publicaciones; 2005.
 23. Taber DR, Stevens J, Evenson KR, Ward DS, Poole C, Maciejewski ML, et al. State policies targeting junk food in schools: racial/ethnic differences in the effect of policy change on soda consumption. *Am J Public Health*. 2011 Sep; 101(9):1769-75.
 24. Ministerio de Sanidad. Los estilos de vida y la salud de los adolescentes españoles a lo largo de la primera década del milenio. El estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2002-2006-2010. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013.
 25. Santaliestra-Pasías AM, Rey-López JP, Moreno Aznar L. Obesity and sedentarism in children and adolescents: What should be done? *Nutr Hosp*. 2013;28.
 26. Grao-Cruces A, Nuviola A, Fernández-Martínez A, Porcel-Gálvez A, Moral-García J, Martínez-López EJ. Adherencia a la dieta mediterránea en adolescentes rurales y urbanos del sur de España, satisfacción con la vida, antropometría y actividades físicas y sedentarias. *Nutr Hosp*. 2013; 28(4):1129-1135.
 27. Ghavamzadeh S, Khalkhali HR, Alizadeh M. TV Viewing, Independent of Physical Activity and Obesogenic Foods, Increases Overweight and Obesity in Adolescents. *J Health Popul Nutr*. 2013; 31(3):334.

28. García MA, González-Jiménez E, Fernández Castillo R, García-García I. Educar en conductas sexuales saludables: una innovación docente en promoción de la salud. *Rev Med Chile*. 2011; 139(10):1269-75.
29. Araujo PJ. Importancia del rol de la enfermera escolar en los centros educativos de las Islas Canarias. *Rev ROL Enferm*. 2013; 36(7):36-42.
30. Díez Fernández T. ¿En qué medida es la enfermería escolar una necesidad sentida por los padres de los niños escolarizados en enseñanza primaria? *Enferm Clínica*. 2001; 11(02):34.
31. Miqueo Consuelo; Germán Bes Concepción; Fernández- Turrado Teresa; Barral Morán M^a José. *Ellas También Cuentan: Científicas en Los Comités de Revistas Biomédicas*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza; 2011.
32. IES Tiempos Modernos [homepage on the Internet]. Zaragoza: 2014 [cited 8 Junio 2014]. Disponible en: <http://www.iestiemposmodernos.com/>.
33. IES Felix de Azara [homepage on the Internet]. Zaragoza: 2014 Mayo 2014 [cited 8 Junio 2014]. Disponible en: <http://e-ducativa.catedu.es/50009211/sitio/>.
34. IES Pablo Serrano [homepage on the Internet]. Zaragoza: 2014 [cited 8 Junio 2014]. Available from: <http://www.iespabloserrano.es/joomla/>.
35. Concepción Germán Bes. *Historia de la Institución de la Enfermería Universitaria: Análisis con perspectiva de género*. Universidad de Zaragoza, Zaragoza, 2006. Disponible en: <http://zagan.unizar.es/> buscar en tesis.
36. Geertz C. *La interpretación de las culturas*. Gedisa; 1988.
37. Buss Thofehrn, Maira; López Montesinos, Maria José; Porto, Adrize Rutz; Amestoy, Simone Coelho; Arrieira, Isabel Cristina de Oliveira; Mikla, Marzena. Grupo focal: Una técnica de recogida de datos en investigaciones cualitativas. *Index Enferm (edición digital)* 2013; 22(1-2). Disponible en: <http://www.index-f.com.roble.unizar.es:9090/index-enfermeria/v22n1-2/7891.php>. Consultado el 30 abril 2014.

38. Álvarez Aguirre A, Alonso Castillo M, Guidororizzi Zanetti A. Consumo de alcohol y autoestima en adolescentes. *Rev Lat Am.* 2010; 18:634-40.
39. Rodríguez Carrión J, Traverso Blanco CI. Conductas sexuales en adolescentes de 12 a 17 años de Andalucía. *Gac Sanit.* 2012; 26(6):519-24.
40. Seoane L, Instituto de Salud Pública (Madrid). Las concepciones de salud de los jóvenes: informe 2004. v.1. Madrid: Comunidad de Madrid, Servicio de Documentación y Publicaciones; 2005.
41. González Jiménez E, Aguilar Cordero MJ, García García CJ, García López P, Álvarez Ferre J, López C, et al. Influencia del entorno familiar en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad en una población de escolares de Granada (España). *Nutr Hosp.* 2012; 27(1):177- 184.
42. Elster AB, Kuznets NJ. Guía de la AMA para actividades preventivas en el adolescente (GAPA). Madrid: Editorial Díaz de Santos, S.A; 1995.

ANEXO I. Consentimiento Institutos Públicos de Educación Secundaria.

Zaragoza, 30 de enero de 2014.

Estimado/a Sr/a. Director/a,

Como representante del centro de educación secundaria, le pido su colaboración en el estudio de investigación con finalidad académica para la realización del Trabajo Fin de Máster en el Máster Universitario de CC. de la Enfermería de la Universidad de Zaragoza titulado “La adolescencia y el autocuidado. ¿Se interesan los jóvenes por sus hábitos tóxicos y saludables?”

El trabajo consiste en una investigación cualitativa, con el método entrevista de grupo focal, para el cual serán necesarios entre 6- 10 adolescentes de 3º de la ESO, entre 14 y 17 años. Dichas entrevistas se pueden realizar en los horarios de tutoría de los alumnos o en una franja horaria determinada por los profesores responsables del grupo a entrevistar. El registro de las opiniones de los adolescentes se realizará en una grabación de voz, en la cual se respetará el derecho a la intimidad del adolescente en su posterior transcripción, según el Artículo 8 de Derecho a la libertad de expresión incluido en la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor, de modificación del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Ruego se comunique a los tutores su colaboración para la involucración voluntaria de los adolescentes en la entrevista.

Atentamente,

Laura Lafarga Molina.

Graduada en Enfermería. Máster de CC. de la Enfermería.

TLF:

ANEXO II. Consentimiento a los padres de los informantes.

Zaragoza, _____ de _____ de 2014.

_____ (Nombre y apellidos de
padre/madre/ tutor, con DNI/NIE _____,
actuando en su condición de _____ (padre/madre/tutor..) del menor _____

(nombre del menor), de _____ años de edad, le
AUTORIZA por medio del presente documento, a participar voluntariamente,
preservando su derecho a la intimidad según el Artículo 8 de Derecho a la libertad de
expresión incluido en la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del
menor, de modificación del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil; en el
Trabajo Fin de Máster “La adolescencia y el autocuidado. ¿Se interesan los jóvenes por
sus hábitos tóxicos y saludables?” de Máster Universitario de CC. de la Enfermería en
la Universidad de Zaragoza.

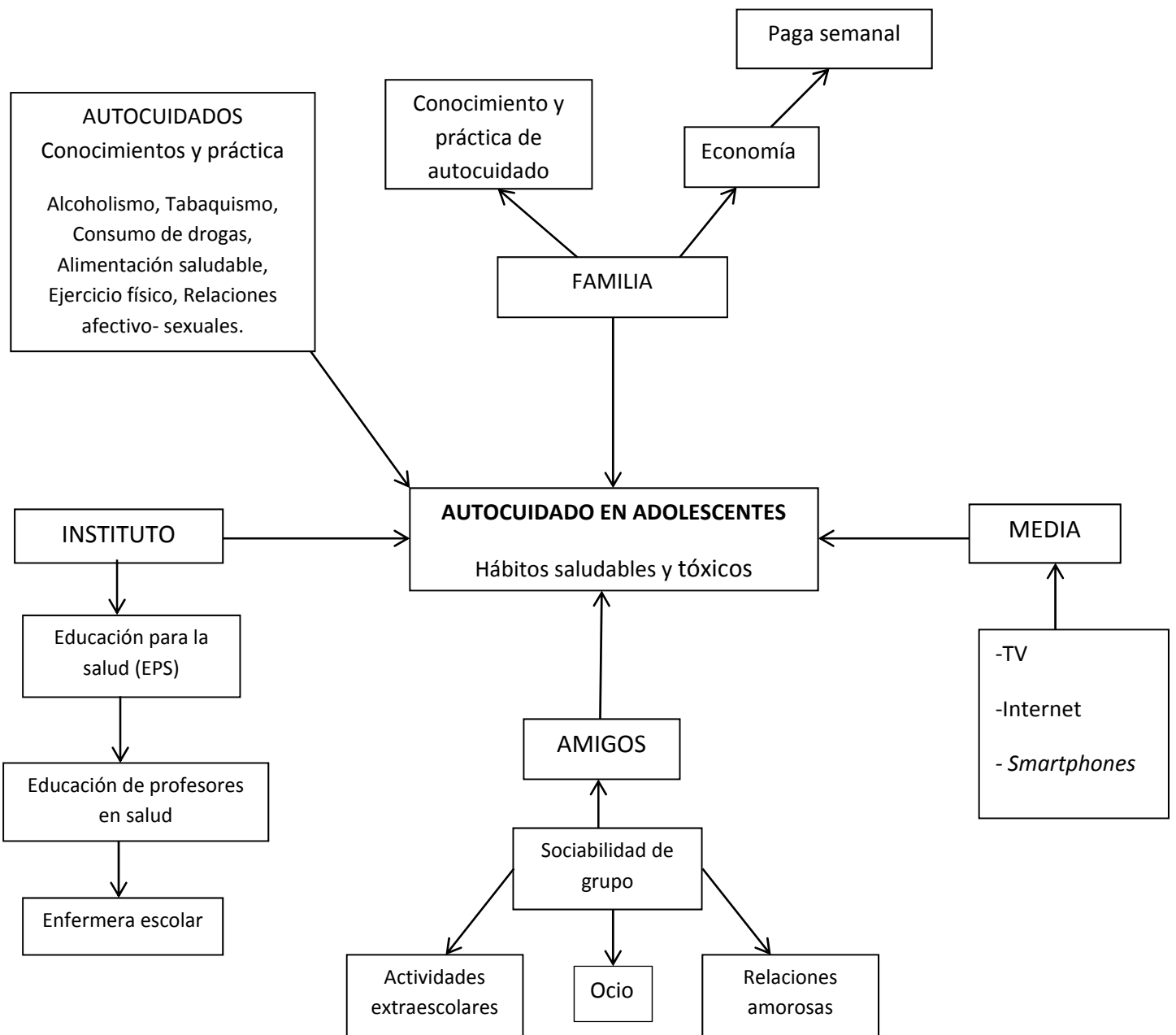
Y, para dar efectividad a esta autorización, firma a continuación en el lugar indicado.

Firmado:

ANEXO III. Tabla de estudios utilizados para el análisis de datos recogidos.

AUTORES	AÑO	TÍTULO	TIPO DE ESTUDIO	POBLACIÓN	RESULTADOS
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad	2012 (publicado) Datos: 2010	Las conductas relacionadas con la salud y el desarrollo de los adolescentes españoles (Health Behaviour in School-aged Children, HBSC)	Investigación internacional. 43 países. Metodología cuantitativa; cuestionario.	N= 11230 adolescentes Edades : 11 y los 18 años	Visión global de los estilos de vida de los adolescentes y disponer así de herramientas que permitan el diseño de estrategias de intervención orientadas a la promoción de la salud en esta población.
Instituto de la Juventud (INJUVE)	2012	Informe Juventud en España 2012	Encuesta. Plan Estadístico Nacional. Metodología cuantitativa.	Muestra de 5.000 jóvenes, entre 15 y 29 años, distribuida por CCAA, Ceuta y Melilla.	La percepción positiva del estado de salud subjetivo es muy alta entre los y las jóvenes, y ha crecido al menos hasta 2009. Las personas jóvenes en España se encuentran a un cuarto de distancia del estado óptimo de bienestar psicológico.
Instituto Aragonés de la Juventud	2013	Observatorio 2013: Población Joven en Aragón.	Estudio de gabinete. Basado en fuentes secundarias que han sido recopiladas y analizadas por expertos investigadores. Metodología cuantitativa.	Población Joven Aragón.	Pone en disposición del público datos estadísticos demográficos y de aspectos de salud que proceden de bases de datos oficiales estatales.
Instituto de Salud Pública de la Comunidad Autónoma de Madrid.	2004	Las concepciones de salud de los jóvenes. Informe 2004. Volumen I: Discursos sobre la salud y la enfermedad. Volumen II: Prácticas y comportamientos relativos a los hábitos saludables.	Investigación cualitativa. Grupos focales.	Población C.A. Madrid. Jóvenes entre 13 y 21 años.	Análisis del conjunto de comportamientos y hábitos saludables y no saludables de los adolescentes y jóvenes madrileños.

ANEXO IV. Marco conceptual.



ANEXO V. Preguntas entrevistas adolescentes.

¿Qué hacéis en vuestro tiempo libre? ¿Tenéis un grupo de amigos con el que salgáis por la ciudad, o en vuestro pueblo o en algún lugar donde paséis las vacaciones?

¿Cuándo quedáis con los amigos, qué lugares frecuentáis? Discotecas, cines, parques, polideportivos...

¿Salís a cenar fuera con los amigos, al burger o a alguna pizzería? ¿Consumís habitualmente verduras, frutas y pescado? ¿Cuántas veces a la semana? ¿Bebéis bebidas azucaradas como cola o refrescos de sabores frecuentemente? ¿Tenéis en vuestro instituto máquinas dispensadoras de bebidas o de chucherías, o chocolatinas?

¿Os han hablado alguna vez de la pirámide alimenticia o la rueda de los alimentos?

¿Veis mucho la televisión en casa? ¿Cuánto tiempo pasáis sentados, frente al ordenador o la tv?

¿Cuántas veces realizáis ejercicio a la semana? ¿Formáis parte de algún equipo de fútbol/ baloncesto/ balonmano o de cualquier otro deporte? ¿Os gusta realizar ejercicio al aire libre o preferís ir al gimnasio? ¿Alguien os ha explicado los beneficios que tiene el ejercicio físico?

¿Habéis recibido charlas de educación sexual? ¿Conocéis los principales métodos anticonceptivos? ¿Sabéis los problemas de salud que suponen las ETS? ¿Creéis que tenéis información suficiente? ¿En las relaciones que conocéis entre adolescentes, qué creéis que predomina, el respeto, la igualdad, la actitud dominante...? ¿Creéis que tenéis información suficiente sobre el problema que supone la violencia de género en la sociedad?

EN VUESTRO TIEMPO LIBRE...

Cuando salís los fines de semana, ¿Bebéis alcohol? ¿Habéis recibido algún tipo de información sobre los problemas que causa el consumo de alcohol? ¿Conocéis a alguien de vuestro entorno o grupo de amigos que consuma alcohol?

Y sobre las drogas, como la marihuana o la cocaína ¿Alguna vez os han hablado de los problemas que pueden acarrear a la salud? ¿Conocéis a alguien que consuma drogas?

¿Conocéis alguien en vuestro entorno que fume? ¿Os han comentado los problemas de salud que puede causar el tabaco?

POR ÚLTIMO...

¿Cuál de los temas anteriores os parece que necesitéis más información: alimentación sana, ejercicio físico, educación afectivo sexual, consumo de alcohol, de drogas o de tabaco?

¿Creéis que los profesores de vuestro instituto deberían incidir en estos temas? ¿Preferís que sea un profesional de la salud el que os diera estas charlas? ¿Os gustaría tener un enfermero en vuestro instituto que os explicara los hábitos de vida saludables y que os diera unas pautas para mejorar vuestra salud?