

Estudio cualitativo de las conductas de salud en la primera adolescencia

Qualitative study of health behaviours in the first adolescence

Recibido: 9 de Marzo de 2009
Aceptado: 20 de Abril de 2010

Diana Pons
Ana Queralt
Lidón Mars
Marisa García-Merita
Isabel Balaguer

(Universitat de València, España)

Reconocimiento: Este trabajo ha sido parcialmente apoyado por el Ministerio de Ciencia y Tecnología. D.G.I.C.Y.T. (BSO2001-3000).

Correspondencia: Para contactar a los autores de este artículo diríjase a Isabel Balaguer, Email: Isabel.Balaguer@uv.es, o a la Facultad de Psicología. Avda. Blasco Ibáñez, 21 46010 Valencia España

Resumen

El objetivo del presente estudio de casos, de corte cualitativo, es múltiple: (1) conocer qué piensan los jóvenes al principio de la adolescencia respecto a las conductas asociadas a la salud; (2) explorar si realizan estas conductas; (3) averiguar cuáles son los motivos para llevarlas a cabo, y (4) detectar sus predicciones de futuro respecto a las mismas. Para tratar estos temas, ocho chicos y ocho chicas de entre 11 y 12 años de edad participaron en dos grupos de discusión, uno de chicos y otro de chicas, durante sesiones de una hora. Una vez analizadas las transcripciones por parte de tres investigadores, y codificadas utilizando el programa informático *Nudist Vivo*, versión 2.0.163, los resultados informaron que los principales temas identificados fueron las conductas de salud “clásicas”, los contextos en los que realizaban las conductas, y el patrón conductual relacionado con la salud. Las interrelaciones entre estos tres temas indicaron diferencias por género, tanto en las opiniones sobre lo que significa estar sano, como en sus conductas presentes y sus predicciones conductuales para el futuro.

Palabras claves: estudio cualitativo, conductas de salud, adolescencia, grupos de discusión.

Abstract

The goal of the current qualitative case study is multiple: (1) to know what young people thought at the beginning of adolescence with regard to health related behaviours; (2) to explore if they followed these behaviours; (3) to find out what their motives were for following them; and (4) to detect their future predictions with regard to those behaviours. Eight boys and eight girls between the ages of 11 and 12 years-old participated in two discussion groups (one for boys and one for girls). Each session lasted one hour. The transcriptions of these discussions were analyzed by three researchers and were codified using the computer programme, *Nudist Vivo*, version 2.0.163. The main topics identified were the “classical” health behaviours, the contexts where the behaviours took place, and the health-related behavioural patterns. The relationships among these three topics indicated that there were differences between girls and boys, specifically on what it meant to be healthy, their current behaviours, and their predicted future behaviours.

Keywords: qualitative study, health behaviours, adolescence, discussion groups.

Introducción

Los estudios sobre los estilos de vida en la adolescencia ofrecen información en la que se hace cada vez más evidente que, buena parte de los problemas de salud que se inician durante este periodo, están conductualmente mediados y que cada vez es mayor el número de adolescentes que incurre en conductas de riesgo para su salud (Rodham, Brewer, Mistral & Stallard, 2006). Dado el gran problema que ello supone para la salud de los adolescentes, tanto a corto como a largo plazo, los especialistas han realizado llamamientos para que se atienda a esta problemática desde distintos sectores de la sociedad, estableciéndose como objetivo prioritario la promoción de estilos de vida saludables (Currie, Gabhainn, Godeau, Roberts, Smith, Currie, et al., 2008).

La mayor parte de las investigaciones existentes sobre las conductas de salud en la adolescencia se han enfocado desde una perspectiva cuantitativa, utilizando principalmente cuestionarios (Martínez-Mantilla, Amaya-Naranjo, Campillo, Rueda-Jaimes, Campo-Arias & Díaz-Martínez, 2007; Pastor, Balaguer & García-Merita, 1998). Sin embargo, desde hace relativamente poco tiempo, algunos investigadores (p.e. Hesketh, Waters, Green, Salmon & Williams, 2005; Kloep, Hendry, Ingebrigtsen, Glendinning & Espnes, 2001; Kubik, Lytle & Fulkerson, 2005; Parvizi, Nikbahkt, Pournaghash Tehrani & Shahrokhi, 2005; Rodham et al., 2006; Shucksmith & Hendry, 1998) han estudiado las conductas de salud de los jóvenes interesándose por lo que ellos piensan directamente sobre sus conductas de salud y las cuestiones relacionadas con ellas. En lugar de utilizar cuestionarios en los que los investigadores trataban de probar sus hipótesis, se quiso explorar este tema tan importante desde un enfoque cualitativo, siendo los jóvenes los protagonistas. Mientras que en los cuestionarios –tanto los tópicos tratados como el vocabulario y la sintaxis no son los utilizados por los adolescentes–, en las técnicas cualitativas, por ejemplo, los grupos de discusión, los jóvenes se expresan espontáneamente con su lenguaje y su sintaxis. Ellos son los que introducen los temas que les interesan y las posibles consecuencias sobre la salud. Desde las aproximaciones cualitativas, se invita a los adolescentes a participar dándoles la palabra y ofreciéndoles un espacio en el que puedan sentirse relativamente libres para hablar de lo que les preocupa acerca de su salud, con sus palabras, e intentando imponer pocas restricciones.

Shucksmith y Hendry (1998) realizaron un estudio cualitativo con una muestra de adolescentes escoceses de 15 años en el que observaron que las preocupaciones de estos chicos y chicas eran a corto plazo. Estaban centradas en la apariencia personal, en la dieta, en el mantenimiento de la delgadez o en la toma de decisiones respecto a fumar y beber en ese momento temporal. Los autores insistieron en destacar que el peso era una de las preocupaciones recurrentes en los adolescentes. Algunas chicas consideraban que el peso era algo “fundamental” en su vida e intentaban controlarlo a través de dietas. Por su parte, parecía que los chicos querían “estar en forma” y lo perseguían a través del ejercicio. Respecto a las conductas de fumar, tanto los chicos como las chicas se mostraron poco entusiastas al respecto. Los que estaban en contra citaban aspectos estéticos (mal aliento, piel amarilla). Muchos experimentaban ocasionalmente con el tabaco (por ejemplo cuando bebían), pero no se consideraban fumadores y no pensaban que esta experimentación casual fuera peligrosa. Cuando abordaron el tema de las drogas, los grupos de discusión mostraron un gran desconocimiento sobre sus principios activos y sobre sus repercusiones. La única que diferenciaban era el cannabis y muchos la consideraban “otra cosa”, menos peligrosa que el alcohol o el tabaco. Un tema recurrente en las entrevistas fue el deseo de los adolescentes de 15 años de ser populares, ser “cool”, lo cual muchas veces era sinónimo de pertenecer a un grupo juvenil que estaba enganchado a comportamientos desviados como beber, fumar o consumir drogas.

Cuando Shucksmith y Hendry (1998) exploraron los determinantes de las conductas de salud de los jóvenes, encontraron que los adolescentes percibían que los amigos eran importantes, pero que la familia seguía influyendo en las creencias sobre la salud y que era en este contexto en el que se desarrollaban muchas conductas de salud. Además, apuntaron que lo que influía en la adquisición de sus conductas no era tanto las creencias paternales sino sus conductas. Por ejemplo, eran conscientes que si los padres o hermanos fumaban favorecía que ellos también lo hiciesen.

En un estudio cualitativo realizado por Hesketh y colaboradores (2005) sobre la alimentación saludable y la actividad física en niños australianos de 8 y 11 años, se encontró que los niños, en general, estaban bien informados sobre la alimentación y podían identificar la comida saludable y la no saludable, aunque tenían ciertas confusiones y

dudas. Estos adolescentes, identificaban las actividades físicas como saludables y relacionaban la cantidad de ejercicio con los beneficios para la salud. Pero también se apreciaba como, a pesar de estar bien informados, muchos niños comentaban que consumían comida no saludable y hacían poco ejercicio.

Kubik y colaboradores (2005) realizaron un estudio con una muestra de jóvenes estadounidenses de 18 años sobre los determinantes percibidos en su alimentación y en la actividad física que practicaban. Estos chicos consideraban que el apoyo social (amigos, familia y profesores) y los modelos de conducta de los adultos influían en sus conductas. Otros determinantes, que tanto los chicos como las chicas señalaron como obstáculos para comer sano y realizar actividad física, fueron el coste económico, la falta de accesibilidad y de tiempo (Kubik et al., 2005).

En otro estudio sobre los factores determinantes del consumo de alcohol en la adolescencia, Kloep y colaboradores (2001) preguntaron a jóvenes escoceses, suecos y noruegos de 11 a 16 años por qué bebían alcohol y sus razones fueron la búsqueda de diversión, huir de los problemas diarios, aumentar la sociabilidad, la relajación, la presión del grupo, la reacción frente a unos padres demasiado estrictos o negligentes y el deseo de parecer mayores.

En otros estudios cualitativos los investigadores también han estado interesados en conocer las razones por las que los jóvenes incurrieran en conductas de riesgo. Parvizy y colaboradores (2005) estudiaron las conductas de adicción en los adolescentes iraníes de 11 a 19 años (la mayoría mayores de 17). Los jóvenes informaron que veían la adicción como un refugio frente a los problemas sociales que ellos sufrían y que les hacían sentirse desesperanzados (dificultades en la entrada en la universidad o pocas oportunidades de encontrar trabajo). También mencionaron otros motivos como búsqueda de placer y huir de la tensión, así como la curiosidad o la presión de los pares. Por otra parte Rodham y colaboradores (2006), en su estudio sobre la percepción de riesgo realizado con adolescentes ingleses de 16 años, encontraron que estos jóvenes parecía que tenían suficiente información sobre las conductas que eran o no saludables. Sin embargo, señalaban la dificultad en la toma de decisiones sobre la realización de conductas de riesgo (e. g. tomar o no la píldora). En ambos estudios se enfatiza la presión de los pares como uno de los determinantes

del inicio y/o mantenimiento de las conductas de riesgo. Especialmente señala el miedo a sentirse rechazados.

Una de las conclusiones a las que se ha llegado en los estudios cualitativos con adolescentes mayores de 16 años, es que es de fundamental importancia dar información suficiente y adecuada sobre cómo comportarse ante la toma de decisiones de iniciar o mantener conductas de riesgo y enseñar a los jóvenes a utilizarla. También se ha insistido en la necesidad de enseñar habilidades que capaciten a los adolescentes para comunicarse asertivamente y articular claramente sus razonamientos para no comprometerse en un comportamiento de riesgo particular.

Dentro de este contexto, el principal objetivo de nuestro trabajo fue realizar un estudio sobre las opiniones de los jóvenes al inicio de la adolescencia respecto a sus conductas actuales de salud, y a las conductas que ellos creen que tendrán al llegar a la adolescencia media. Asimismo indagamos acerca de sus opiniones sobre los determinantes de dichas conductas de manera que nos permitiesen entender por qué las iniciaban o por qué creían que las iniciarían en un futuro.

Método

Participantes

Este estudio forma parte de una investigación más amplia sobre los estilos de vida de los adolescentes (Balaguer, 2001, 2002) en la que se utiliza metodología cualitativa y cuantitativa. Para conocer las opiniones de los adolescentes sobre sus experiencias respecto a las conductas de salud, así como las razones de la realización de las mismas, se planteó un estudio de casos (Baxter & Jack, 2008) de corte cualitativo. Los participantes fueron 16 adolescentes de edades comprendidas entre los 11 y los 12 años de edad. Un grupo estuvo compuesto por 8 chicos y el otro por 8 chicas. Todos pertenecían a un colegio público de 6^{to} de Primaria de la ciudad de Valencia, España.

Procedimiento

Para confeccionar los grupos de discusión se siguió el método propuesto por Shucksmith y Hendry (1998). Se solicitó a los tutores de las clases de 6^o de primaria que eligieran a una chica y a un chico que fueran lo más representativos de la mayoría de los adolescentes de su

clase, en términos de rendimiento académico, popularidad, estatus socioeconómico y conducta en general. A los adolescentes seleccionados se les propuso participar en una reunión para hablar sobre “sus cosas” y se les dijo que si aceptaban tenían que proponer 7 personas de su mismo género para que participaran en dicha reunión. Tanto el chico como la chica propuestos por los profesores aceptaron y en seguida eligieron al resto de miembros del grupo. Con ello, quedaron organizados dos grupos de 8 adolescentes del mismo género. Se consideró importante que todos los participantes fuesen del mismo género, pues los grupos mixtos tardan más en implicarse en la discusión (Morgan, 1998). En este mismo sentido, se decidió que el entrevistador y los dos observadores fuesen del mismo género que los adolescentes que formaban el grupo.

Tras pedir el consentimiento de los padres, se les citó en el colegio para una sesión de alrededor de una hora, en la que todos aceptaron participar. Al inicio de las sesiones, y una vez realizadas las presentaciones respectivas, el entrevistador o entrevistadora solicitó permiso a los jóvenes para grabar las conversaciones. Se les aseguró la confidencialidad del equipo investigador sobre la información que se obtuviera, y se les pidió la máxima discreción, a todos los componentes del grupo, respecto a lo que se dijera en él.

El formato de la entrevista-discusión fue semiestructurado. Con el objetivo de que los jóvenes se sintieran más libres a la hora de hablar sobre sus conductas de salud, en lugar de preguntarles directamente por sus costumbres, preocupaciones o motivaciones se utilizó un juego para facilitar la participación. Este juego consistió en proponer que se imaginasen que íbamos a rodar una película en la que se iba a hablar sobre la vida de los adolescentes. Por ejemplo, en el grupo de discusión de las chicas, al inicio de la sesión la entrevistadora propuso lo siguiente: “Imaginemos que soy una directora de cine que viene de otra ciudad y quiero rodar una película sobre cómo viven los chicos y chicas de Valencia. ¿De qué creéis vosotros que debería tratar una película sobre la vida de estos chicos y chicas? Suponed que la protagonista (o protagonistas) es una chica de vuestra edad. ¿Cómo es esa chica? ¿Qué es lo que hace a lo largo del día, tanto los días de clase como los fines de semana? ¿Con quién está? ¿Cuáles son sus problemas? ¿De qué debería tratar la película?” Para el grupo de discusión de los chicos el contenido fue el

mismo cambiando sólo el protagonista o protagonistas, en este caso los chicos.

No se pretendía que respondieran a cada una de las preguntas en concreto sino que hablaran de sus preocupaciones en general. Una vez planteado el tema sobre el que iba a tratar el grupo de discusión, se dejó que los adolescentes opinaran libremente procurando que participaran todos los miembros del grupo. Además, a lo largo de cada una de las sesiones se formularon preguntas abiertas con el objetivo de conocer sus conductas actuales y futuras de salud, así como su opinión sobre las mismas. Se preguntó sobre si el/la protagonista estaba sano/a, qué creían ellos que era estar sano, si fumaba, bebía o consumía alguna droga, qué comía, si realizaba actividad física, si tenían pareja y qué hacían juntos, qué hacía en su tiempo libre, si estaban tristes o alegres y qué les hacía sentir así. Se intentaba que los adolescentes comentaran por qué los protagonistas hacían las cosas y por quién o quiénes se sentían influidos para realizarlas. Si los integrantes del grupo dejaban de hablar sobre los protagonistas y comenzaban a hablar sobre sus propias cosas la discusión se centraba en ellos mismos, en sus conductas actuales, pero cuando había que introducir un nuevo tema, sobre todo si era un tema delicado para ellos y podía resultar difícil hablar sobre él, se volvía a preguntar sobre los protagonistas de la película.

Análisis de los datos

Una vez finalizados los grupos de discusión, uno de los observadores del grupo realizó la transcripción. A continuación tres investigadores, de forma separada, leyeron la transcripción para identificar las principales categorías correspondientes a las diferentes conductas de salud de las que hablaron los adolescentes en cada uno de los grupos de discusión. Después de este proceso individual, el acuerdo entre los jueces (100% de acuerdo) llevó al establecimiento de las siguientes seis categorías de primer nivel: “Alimentación”, “Tabaco”, “Alcohol”, “Otras drogas”, “Actividad física” y “Otras actividades”. Estas seis categorías conformaron el *tema o nudo* Conductas de Salud, que se constituyó como el *tema* principal del análisis de contenido.

Con el objetivo de situar las conductas en los contextos en los que se daban, se procedió a una segunda lectura

por parte de los tres investigadores que dio lugar al *tema* Contextos, constituido por las siguientes tres categorías de primer nivel: “Contexto Familiar”, “Contexto Escolar” y “Contexto Extraescolar”. En este caso, el acuerdo entre jueces fue también del 100%.

Una tercera lectura de las verbalizaciones de los jóvenes sobre las conductas que caracterizan a un adolescente sano, dio lugar al tercer *tema* denominado Patrón Conductual, relacionado con la Salud, que alberga las siguientes dos categorías de primer nivel: “Conductas Saludables” y “Conductas no Saludables”. El acuerdo entre jueces también fue del 100 %.

Una vez constituidos los tres *temas* o *nudos* del estudio, con sus correspondientes categorías de primer nivel, el siguiente paso consistió en realizar una nueva lectura de las transcripciones para detectar las propiedades o dimensiones de dichas categorías que daría lugar a las categorías de segundo y tercer nivel.

De esta forma, en el *tema* principal Conductas de Salud, la categoría de primer nivel “Alimentación”, estuvo compuesta por las siguientes categorías de segundo nivel: “Desayuno”, “Almuerzo”, “Comida”, “Merienda” y “Cena”; mientras que para las categorías de primer nivel “Tabaco”, “Alcohol” y

“Otras drogas” se crearon las categorías de segundo nivel denominadas “Presente” y “Futuro” (Figura 1).

En cuanto al *tema* Contextos, la categoría de primer nivel, “Contexto Familiar”, se dividió en dos categorías de segundo nivel: “Temas de Discusión” y “Personas”. Esta última se dividió a su vez en las siguientes categorías de tercer nivel: “Padre”, “Madre”, “Hermanos/as” y “Abuelo/a”. La categoría de primer nivel “Contexto Extraescolar” se dividió en dos categorías de segundo nivel: “Durante la Semana” y “Fin de Semana”. Esta última se dividió en tres categorías de tercer nivel: “Viernes tarde”, “Sábado” y “Domingo” (Figura 1).

Una vez creados los *temas* o *nudos* con sus correspondientes niveles (Figura 1) se procedió a la codificación de las transcripciones. Para facilitar tanto la codificación como el posterior análisis, se utilizó el programa informático *Nudist Vivo*, versión 2.0.163. Para el proceso de codificación se mantuvieron desplegadas 2 ventanas: una con el texto de la transcripción y otra con el árbol de categorías. El proceso de codificación consistió en incluir cada fragmento del texto en el *tema* o *temas* a los que pertenecía, así como en los niveles correspondientes. Se tuvo la precaución de no descontextualizar el fragmento codificado, por lo que en numerosas ocasiones fueron incluidas las frases previas.

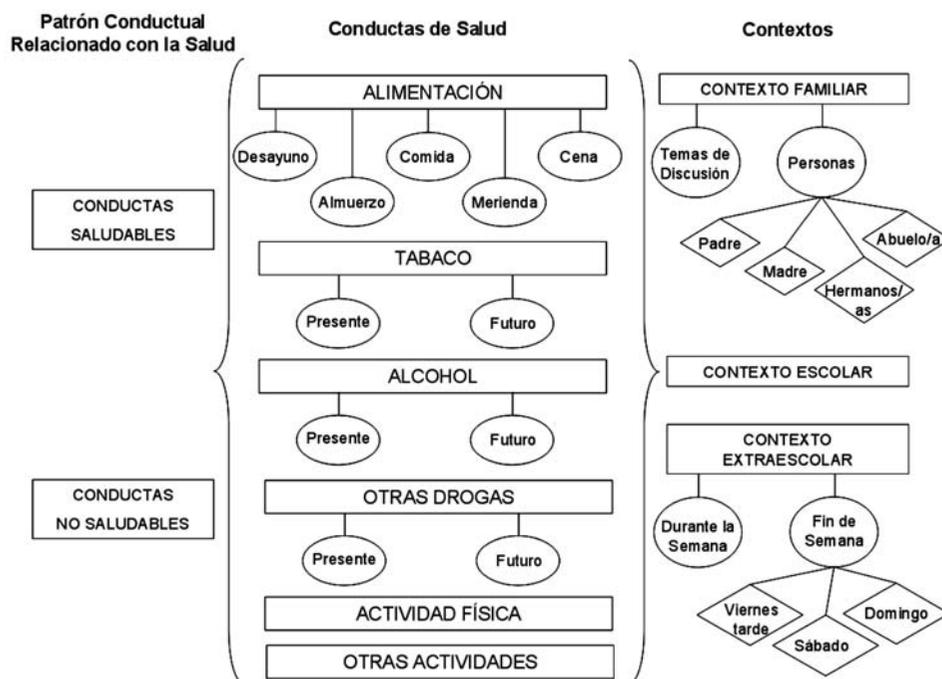


Figura 1. Temas o nudos del estudio con sus correspondientes categorías de primer nivel, de segundo nivel y de tercer nivel.

Este programa de análisis cualitativo de datos permite incluir un mismo fragmento en diferentes categorías, decodificar y observar la codificación realizada.

En cuanto al *tema* Conductas de Salud, en la categoría de primer nivel, “Alimentación”, se codificaron todas las referencias relacionadas con los hábitos alimentarios: tipo de comida, frecuencia, lugar, compañía, etc. Cuando los fragmentos hacían especial mención a la comida que se trataba (desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena) fueron codificados en la categoría de segundo nivel correspondiente. De no ser así, se incluyeron en la categoría general “Alimentación”. En las categorías de primer nivel “Tabaco”, “Alcohol” y “Otras drogas” se codificaron todos aquellos fragmentos referidos al consumo de cada una de estas sustancias. En la categoría de segundo nivel, “Presente”, se codificaron las verbalizaciones que hacían referencia al consumo actual, tanto de ellos mismos como de los adolescentes de su edad. En la categoría de segundo nivel, “Futuro”, se codificaron las referencias al consumo futuro, es decir, si se veían fumando, bebiendo alcohol o tomando drogas en un futuro próximo. En la categoría de primer nivel, “Actividad Física”, se codificaron todos aquellos fragmentos que hacían referencia a la realización de cualquier actividad física (ya fuera deporte, ejercicio físico o actividad física), tanto estructurada como no estructurada, así como los motivos de práctica. En la categoría de primer nivel, “Otras Actividades”, se codificaron aquellas verbalizaciones que hacían referencia a la realización de cualquier otra actividad diferente a la actividad física, ya fuera estructurada o no estructurada.

Respecto al *tema* Contextos, aquellos fragmentos que hacían referencia a situaciones familiares fueron codificados en la categoría de primer nivel “Contexto Familiar”. Mientras que en la categoría de segundo nivel, “Temas de Discusión”, se codificaron los fragmentos que hacían referencia a las diferentes razones por las que los adolescentes discutían con los miembros de su familia. Por otro lado, en la categoría de segundo nivel, “Personas”, fueron codificándose las verbalizaciones que los adolescentes realizaron sobre sus familiares. Además, cuando se especificaba el parentesco, los fragmentos se codificaron en las respectivas categorías de tercer nivel. Por otra parte, en la categoría de primer nivel, “Contexto Escolar”, se incluyeron las verbalizaciones relacionadas únicamente con las actividades y las situaciones propias de la escuela. Los fragmentos que hacían referencia a situaciones

fuera del contexto familiar o escolar fueron codificados en la categoría de primer nivel “Contexto Extraescolar”. En este caso, además, en la categoría de segundo nivel “Fin de Semana”, se codificaron los fragmentos que hacían referencia a cualquier actividad realizada en el fin de semana y, cuando hacían referencia al día concreto (viernes, sábado o domingo), se codificaba en la categoría de tercer nivel correspondiente. En la categoría de segundo nivel, “Durante la Semana” se incluyeron las referencias relacionadas con las actividades que realizan en su tiempo libre durante la semana independientemente del día en que las realizasen.

En cuanto al *tema* Patrón Conductual Relacionado con la Salud, en la categoría de primer nivel, “Conductas Saludables”, se incluyeron los fragmentos en los que los adolescentes comentaban, de forma general, aquellas conductas que consideraban que caracterizan a las personas sanas, mientras que los fragmentos sobre conductas no saludables se codificaron en la categoría de primer nivel, “Conductas no Saludables”.

Una vez finalizado el proceso de codificación se utilizó la función *make coding report*, que permitió obtener de forma conjunta todos los fragmentos del texto codificados en una misma categoría. Así, por ejemplo, al utilizar esta función con la categoría de primer nivel “Alimentación”, se obtuvieron todos los fragmentos codificados en dicha categoría, incluyendo los que estaban codificados en las categorías de segundo nivel o los situados también en otros *temas* como el de Contextos. Esto nos permitió conocer de forma exhaustiva las diferentes relaciones que existían entre los diferentes *temas*. Así, por ejemplo, podíamos saber la importancia de una determinada conducta de salud, en qué contexto o situación se realizaba y cuál era la percepción que de ella tenía el adolescente.

Resultados

Análisis descriptivo de cada una de las conductas de salud

i) Alimentación

Cuando los adolescentes hablaron de sus hábitos alimentarios, se comprobó que todos ellos, sin diferencias de género, realizaban las cinco comidas fundamentales. En general la comida de mediodía la realizaban en el colegio, expresando

desagrado por la misma, como se refleja en el comentario de una de las adolescentes:

“La comida que nos dan está asquerosa”.

La cena solía ser en familia, con padres, madres y hermanos/as, aunque en algunos casos la madre no cenaba con ellos, como se refleja en el siguiente comentario de una de las participantes:

“Mi madre, cuando tiene tiempo y si ha acabado de hacer la cena, se pone con nosotros a cenar, pero si no va haciendo lo que tiene que hacer.”

En ocasiones, el padre era un comensal muy breve o poco participativo:

“Mi padre se va enseguida a ver las noticias.”

Las madres eran las que cocinaban, aunque los fines de semana, a veces, lo hicieran las abuelas. También eran las madres las que daban consejos de alimentación, reflejado en el siguiente comentario:

“Mi madre dice que si tomas por la mañana una cucharada de miel antes de irte, que no te constipas, o jalea real esa... está mala, pero...”

En conclusión, los ámbitos de influencia de las conductas alimentarias de los jóvenes de estas edades son los contextos familiar y escolar. Pero hay que destacar el mayor peso del contexto familiar y la continuidad del estereotipo de la madre encargada de preparar la comida, de dar consejos, de organizar y de decidir la alimentación de la familia.

Ahondando en el análisis de la alimentación y explorando en el tema “Patrón Conductual Relacionado con la Salud”, observamos que los adolescentes consideraban la alimentación como un tema central para distinguir entre las conductas que llevaría a cabo una persona sana y otra insana, siendo más acusado el caso de las chicas. Además, es interesante la forma en que las chicas de nuestro estudio, se referían a las conductas alimentarias que realizaban las personas sanas, ya que no hablaban de los alimentos que éstas consumían sino de los que no consumían (p. e., no toman chucherías, chocolate, sal, azúcar, bebidas con gas, etc.). La única excepción fue el agua sobre la que sí que

tienen claro la conveniencia de su consumo. Los siguientes comentarios de las adolescentes son un reflejo de ello:

“Una persona sana es aquella que se cuida mucho y no come chucherías”

“Para estar sano hay que beber agua”

“Además, en vez de tomar Coca-cola o cosas con gas debería tomar agua para estar sana”

“Para estar sano no hay que tomar chocolate”

“Si uno quiere estar sano no debe tomar papas que engordan”

“Tampoco debe tomar bollos si quiere estar sana”

Al referirse al patrón de conductas de las personas que no están sanas, destacan, además de las conductas relacionadas con la alimentación, otros aspectos como estar gorda, no hacer deporte o fumar. Alguna adolescente incluyó cuestiones como la falta de atención paterna “sus padres le dejan hacer todo lo que quiera y no le cuidan nada”, y consideran un patrón no saludable el “no hacer los deberes”.

Al analizar la relación entre la alimentación y la percepción del patrón de conducta relacionado con la salud por género, es interesante destacar que los chicos, cuando hacían referencia a lo que consideraban saludable en la alimentación, lo hacían de forma diferente a las chicas. Se referían a ello en positivo y comentaban lo que había que comer y no lo que había que evitar. Además, destacaron, cosa que las chicas no hicieron, que la dieta debe ser variada y equilibrada:

“Para estar sano se debe comer bien”

“Comer bien es..., pues comer un poco de todo”

“Para comer bien hay que tomar verdura”

“La dieta mediterránea que dicen... eso es comer bien”

“Comer bien es comer equilibradamente”

“Hay que comer buena comida y no comida basura para estar sano”

Otros aspectos apuntados por los chicos cuando describían a una persona sana, incluían variables tales como el deporte y los hábitos higiénicos adecuados. De forma similar, a las chicas señalaban que no era conveniente que la persona estuviera gorda, añadiendo que tampoco era conveniente que estuviera flaca “Que la persona no esté ni gorda ni flaca”. Incluían, también, aspectos como “que no tenga lesiones” y que la persona esté contenta. Por otro

lado, cuando describieron el patrón de una persona insana hablaron de alguien que estuviera enfermo, débil, obeso, que fumara, bebiera o se drogara, o que estuviera triste.

“Que esté contento porque si está triste pues ‘pasa’ de hacer algunas cosas que son buenas porque está triste y entonces no quiere hacer nada”.

Tanto los chicos como las chicas veían al protagonista generalmente contento y alegre, y cuando se les preguntó qué cosas podían ponerlo triste, tanto unos como otros mencionaron pelearse con los amigos. Los chicos añadieron a este motivo la enfermedad o la muerte de algún ser querido.

ii) Tabaco

Al hablar de tabaco, tanto los chicos como las chicas comentaron que un adolescente de su edad no fumaría y que ellos tampoco lo hacían. Por ejemplo, las chicas tenían claro que era perjudicial para la salud, contraproducente para la estética y que creaba dependencia y lo expresaron a través de comentarios como:

“Te mueres antes”

“No, porque mi padre fuma y tiene los dientes fatal. Y está tosiendo toda la noche y vomitando...”

“Yo no quiero fumar porque mi tío se murió de la noche a la mañana por fumar, tenía los pulmones muy llenos de humo y se murió”

“Yo no quiero porque es malo para la salud y luego si quieres dejarlo no puedes, es un vicio”

En cambio, cuando se les preguntó por su percepción de lo que ocurriría en un futuro, se apreciaron diferencias de género. Los chicos tenían bastante claro que no iban a fumar, como reflejan las siguientes frases:

“No. No. Yo no me voy a enganchar”

“Yo creo que yo no”

“No, nosotros no”

En cambio, aunque alguna chica mostraba resistencia al consumo, la mayoría de ellas hacían referencias a la posibilidad de “engancharse” en un futuro. Entre las razones que las podían llevar a ello comentaron la curiosidad, no sentirse diferente a los demás y recibir presiones de sus iguales:

“Bueno, es que seguro que habrá alguna vez que veo a la gente fumar, me entrará la gana de fumar para probar y luego me engancharé. Es que puede que sea eso”

“Pero es que de mayor querré probar cómo es fumar y eso, y claro, a lo mejor me engancho. No soy adivina”

Aunque también hubo quien comentó cómo pensaba resistir las presiones de los demás:

“Bueno, si te dicen ‘a que no te atreves’ yo les diría ‘pues vale, para qué quieres... es peor para la salud’ y ya está”

Cuando se les preguntó qué podrían hacer para no “engancharse”, citaron “trucos” aunque sin demasiada convicción y buscando siempre ayuda externa:

“Tomar chicles, te lo advierto... mi padre lo ha intentado y le va muy bien”

“Si ves que te vas a enganchar te coges parches de esos que venden en la farmacia”

“Yo llamaría a eso de no fumar.com. Lo he oído en la radio”

“No sé, mirar mi cuerpo y dices ‘como fume’...”

Analizando qué contexto relacionan los adolescentes al consumo de tabaco, parece que lo más importante es la relación con los pares, tanto en el contexto escolar como en el extraescolar.

“Sí, yo creo que fumar depende de los amigos o de la gente que veas”

“Sí, porque te dicen ‘a que no te atreves, a que no te atreves’ y los ves a todos fumando y dices ‘jopé, yo soy diferente”

A pesar de ello, también hicieron referencias al contexto familiar. Muchos de los adolescentes señalaron que al menos uno de sus padres fumaba. Esto les molestaba bastante y, tanto los adolescentes de nuestro estudio como sus hermanos/as, eran muy críticos ante esta conducta. Contaron que incluso les escondían el tabaco. Por otra parte, se apreció cómo buscaron justificaciones a la conducta de fumar de sus padres, como por ejemplo, los nervios. Los siguientes comentarios son ejemplo de ello:

“Mi padre, como fuma mucho, mi hermano... como a nadie de nuestros hermanos le gusta que fume, mi hermano va, coge y guarda los paquetes en un sitio y cuando no tenga pues que se aguante. Y cada vez los va guardando.”

“Yo de pequeña, cuando tenía 5 años o así, mi padre fumaba y me acuerdo que cogía el paquete de cigarrillos y los escondía detrás del bidé, o así, y no los encontraba, y me decía “donde están” y yo “no lo sé”.”

“Mi madre fuma porque está nerviosa”

iii) Alcohol

De forma similar ocurría con el alcohol ya que cuando, a lo largo de la dinámica de grupo, se les preguntó a las chicas por el consumo de bebidas alcohólicas informaron que ya habían probado alguna (cerveza, vino, champagne), aunque de forma muy ocasional (celebraciones) y no la consumían de forma habitual. La mayoría cree que en el futuro sí beberá de forma ocasional, y alguna cree que se emborrachará, como reflejaban los siguientes comentarios:

“Yo seguro que me beberé alguna cervecita”

“Yo un cubata”

“Algún día borracha... yo qué sé”

En cambio, los chicos adolescentes no se veían bebiendo en ese momento ni en el futuro. A las preguntas relacionadas con el consumo de alcohol, contestaron de manera negativa:

“No, no lo sacaríamos bebiendo alcohol”

iv) Otras drogas no institucionalizadas

Sobre otras drogas no institucionalizadas, tanto los chicos como las chicas dijeron que no las consumían actualmente ni se veían haciéndolo en el futuro. Mencionaron que en el colegio les habían hablado del tema y comentaron el rumor sobre *“un abuelo que les daba chicles a través de la valla del colegio”*. Algunas chicas habían hablado sobre este tema en casa o lo habían visto en algún programa de televisión. Incluso sabían que su hermano consumía. Los chicos mencionaron que tal vez en el futuro los chicos en general (no ellos en concreto) tendrían mala salud a causa de la droga.

“A lo mejor un poco peor, porque en el instituto, como hay más gente y más mayor...”

“Que te enganchen a las drogas, por ejemplo, y ya...”

(Entrevistador: ¿Pero tú crees que te vas a enganchar dentro de tres años a las drogas?)

“No. No”.

“Yo creo que yo no”

v) Actividad física

La práctica de actividad física es otra de las conductas de salud incluidas en el árbol de categorías. Cuando en el grupo de los chicos se habló sobre la práctica de actividad física, se observó que todos veían al protagonista de la película jugando al fútbol en sus ratos libres. Además, coincidieron en que el protagonista practicaría algún deporte de forma reglada, si no era fútbol realizaría deportes como el baloncesto o el karate, normalmente participando en competiciones. Algunos comentarios fueron:

“Lo que harían sería sobre todo fútbol”

“Fútbol, es lo más normal”

“Saldría jugando a fútbol, natación, baloncesto”

Otro aspecto a destacar eran las motivaciones que ellos percibían los llevarían a practicar deporte. Ante preguntas como *“¿Por qué realizaría esa actividad?”*, comentaron que por gusto o por elección propia, como reflejan los comentarios:

“El protagonista haría esos deportes porque le gustan, por afición”

“Yo creo que haces lo que tú quieres”

En otros fragmentos mencionaron la intervención paterna o materna a la hora de comenzar o mantener la práctica, sintiendo, en algún caso, la práctica del deporte como una actividad obligatoria:

“A mí, mi madre me obliga a hacer deporte, pero yo hago baloncesto porque me gusta”

“A mí me ayudan, los padres. Por ejemplo, si yo un día no quiero ir a taekwondo, mis padres me dicen que llevo mucho tiempo haciéndolo y que no lo voy a dejar ahora que soy muy alto...”

“Te influyen para que no lo dejes, pero para empezar eliges tú”

Cuando en el grupo de las chicas se habló de la práctica de actividad física, éstas también veían a alguna de las protagonistas *“muy deportista”*, aunque en este caso se trataba fundamentalmente de ejercicio y de actividad física como bailar o realizar gimnasia artística:

“Sí, algunas de las protagonistas son deportistas”

“Yo creo que bailarina más bien”

“O practicaría gimnasia artística”

En la misma línea, cuando las chicas realizaron comentarios sobre ellas mismas, se observó que la práctica de deporte reglado era minoritaria, aunque casi todas mencionaron alguna actividad física semanal:

“Yo por las tardes los viernes me voy a casa de una amiga y nos vamos por ahí, vamos con los patines”

“Por ahí por la pista de patinaje, porque tenemos una pista de patinaje cerca, entonces pues es como un círculo y podemos patinar por dentro”

“No sé, nos vamos por ahí, los fines de semana nos vamos con las bicis... por los campos”

Escuchando sus comentarios, se apreciaba cierto desasosiego. Parecía que les gustaría realizar ciertas actividades que no podían realizar por distintos motivos, como por falta de infraestructura o por problemas de salud. A la pregunta qué les gustaría hacer, contestaron:

“Yo que sé..., salir en patinete, que siempre salgo”

“Tr a una academia de baile”

“Mi padre me iba a apuntar, pero luego me dijo que no”

“Porque no hay profesor (de gimnasia rítmica) aquí en el cole”

“Yo no puedo hacer gimnasia artística porque no comía y adelgacé mucho, porque me caía, y me rompí casi la nariz, y porque me doblé un pie”

Tanto en los chicos como en las chicas por sus verbalizaciones se desprendía que el contexto familiar era el que tenía mayor influencia para realizar una u otra actividad. En esta edad (primera adolescencia), los padres eran los que llevaban la iniciativa en las actividades que realizaban, ya sea porque necesitaban de su permiso, o por las necesidades de transporte y la dependencia económica. Contando en mayor o menor medida con la opinión de los hijos/as, los padres deciden no sólo qué actividades deportivas practican los adolescentes, sino qué otras actividades extraescolares realizan (inglés, música, teatro,...), coincidiendo las mismas actividades en chicos y chicas a excepción del baile, que sólo practican las chicas.

vi) Otras actividades

Respecto a otras actividades extraescolares no estructuradas, a la pregunta sobre qué hacían en su tiempo libre contestaron, entre otras cosas: ver televisión, jugar al ordenador o a la video-consola, hacer los deberes, leer, salir y quedar con amigos. Se han observado diferencias por género

en algunas de las actividades. Es curioso que comenten como actividades realizadas en el tiempo libre “pegarse entre hermanos” y “aburrirse”. Destacamos algunos de los numerosos comentarios que realizan las chicas adolescentes respecto al tiempo libre:

“Después de las clases de árabe lo que hago es aburrirme”

“Como siempre, casi, ninguna prima mía viene. Me tengo que estar sentada en el balancín aburriéndome con mi hermana. Me siento así, nos balanceamos mi hermana y yo, aburriéndonos...”

“Yo por las tardes meriendo, hago los deberes si tengo, y me aburro”

En general, los comentarios relacionados con las actividades extraescolares no estructuradas eran más numerosos en las chicas adolescentes que en los chicos, lo que es acorde con la menor realización de actividad física reglada de las mismas. Teniendo en cuenta el número de comentarios realizados en cada género, parece que las chicas ven más la televisión y leen más que los chicos de su edad.

Otra diferencia que se aprecia es que, en el grupo de chicos, cuando hablaban sobre qué haría el protagonista de la película en su tiempo libre, mencionaron, en varias ocasiones, que éste iría a la discoteca incluso días de entre semana. Aunque cuando se les preguntó más sobre este aspecto, contestaron que si tuvieran su edad no irían, pero si fuera un poco más mayor sí.

“O se va a una discoteca por la tarde”

“Si es un poco más mayor ir a la discoteca”

En cambio, las chicas no mencionaron las discotecas.

Aunque los chicos y las chicas de nuestro estudio pasaban gran parte de su tiempo libre en familia, sobre todo los fines de semana, también empezaban a salir y a quedar con los amigos. Esto se convertía en uno de los principales temas de discusión en la familia, sobre todo entre madres e hijas, como reflejan los siguientes comentarios:

“A mí lo que me gustaría es ir de compras todas juntas. Pero no puede ser, no me deja mi madre”

“Yo lo que hago el domingo es discutir con mi madre”

“Yo le digo a mi madre ‘mamá, me voy a Pandora o me voy a algún sitio’, y me dice ‘no, te esperas a de aquí a media hora que me voy contigo’ y yo ‘pero que no, que no soy una niña”

pequeña, que me dejes ir' porque está al lado de mi casa... y me dice 'no, te esperas', y yo 'pero mamá, que no soy una niña pequeña'. Es que creen que soy pequeña"

Este no era el único tema de discusión entre las adolescentes y sus madres, también mostraban su desacuerdo en aspectos como el orden y la limpieza en la casa (concretamente de la habitación), los deberes, y la televisión. En cambio, los chicos no mencionaron discusiones familiares.

Discusión

El objetivo del presente trabajo era conocer lo que pensaban los jóvenes, al principio de la adolescencia, respecto a conductas asociadas a la salud, como: la alimentación, la ingesta de alcohol, fumar, el uso de drogas y la realización de deporte y/o ejercicio físico. También queríamos conocer si realizaban o no estas conductas, cuáles eran los motivos para llevarlas a cabo, y si consideraban que en el futuro las realizarían. Así mismo, queríamos indagar sobre cualquier otro aspecto relacionado con la salud que surgiera espontáneamente. Todo ello lo realizamos desde un enfoque cualitativo. Intentamos dejar hablar a los adolescentes con la mayor libertad posible, desde su perspectiva y con sus propias palabras, para que ellos fuesen los protagonistas. Para llevar a cabo el estudio formamos dos grupos de adolescentes, uno de chicos y uno de chicas siguiendo la metodología propuesta por Shucksmith y Hendry (1998).

Tras el análisis de contenido de las opiniones recogidas en los grupos de discusión de chicos y de chicas, hallamos los siguientes aspectos a destacar.

En cuanto a la alimentación encontramos que, *al inicio de la adolescencia*, tanto los chicos como las chicas comentaban como algo habitual realizar 5 comidas diarias. En general, los días de entre semana comían en el colegio y cenaban en casa. Respecto al tipo de alimentación que consumían y las posibles influencias que ello podría tener en la formación de sus hábitos alimentarios, los adolescentes informaron que los alimentos que tomaban a mediodía dependían del menú del colegio (que se supone equilibrado), mientras que los de la cena eran decididos por las madres.

Por sus comentarios, parecía que a estas edades ya tenían conocimientos sobre las características de la alimentación

saludable, como sucedía en otros estudios con grupos de niños de 8 y 11 años (Hesketh et al., 2005). Además, tanto el grupo de chicas como el de chicos expresaron que la alimentación era un tema fundamental a la hora de distinguir entre las personas saludables y no saludables. No obstante, un dato curioso es que la forma de tratarlo fue diferente para unos y otras. Las chicas enfatizaron lo que *no había que comer o beber* (p. e., bebidas con gas, chocolate, bollos, papas, chucherías, etc.) para estar sanas, y mencionaron que abstenerse de tomar estas sustancias costaba esfuerzo. En cambio, en el grupo de los chicos, hablaban de *lo que había que consumir* para estar sanos. En concreto, consideraban que estar sano suponía comer equilibradamente, mencionando expresamente la "dieta mediterránea".

Parecía que, tanto a unos como a otras, les había llegado el mensaje sobre la importancia que tiene la alimentación para la salud. Sin embargo, en este tema, al igual que se informa en otros estudios, se apreció cierta desconexión entre los conocimientos de los adolescentes y su conducta (Hesketh et al., 2005; Kubik et al., 2005).

En cuanto a las posibles relaciones entre la presión social hacia la estética corporal y el control alimentario, constatamos que ni los chicos ni las chicas de nuestro estudio parecían estar especialmente preocupados por su apariencia personal, por la dieta ni por el peso, a diferencia de lo hallado por Shucksmith y Hendry (1998) en adolescentes de 15 años. Tampoco hicieron mención sobre este tipo de problemáticas de cara al futuro.

Respecto al consumo de tabaco, tanto chicos como chicas, dijeron que no fumaban. Además, en este momento, no parecía que esto les supusiera un esfuerzo. Las razones que apuntaban para no fumar eran la salud, la estética y la dependencia que ellos creían que provocaba esta conducta. Aún así, algunas chicas comentaron que era posible que en el futuro se "engancharan". Los determinantes que creían se darían para que eso ocurriera, tanto en el contexto escolar como en el extraescolar, eran: la curiosidad, el no querer sentirse diferente a los demás o el ceder a las presiones del grupo, los cuales coinciden con algunos de los determinantes encontrados en otras investigaciones realizadas con jóvenes de más edad (Parvizy et al., 2005; Shucksmith & Hendry, 1998). Sin embargo, los chicos consideraban que aunque en el instituto se "fuma siempre" ellos no lo iban a hacer.

La importancia que tiene el contexto familiar como determinante de las conductas de fumar en los jóvenes

o insana no queda reducido a las conductas de salud comentadas (p. e., tabaco, alcohol, alimentación, actividad física), sino que para ellos existen otros aspectos de su vida diaria referentes a sus actividades escolares, a su higiene, a la ausencia de enfermedad y a los aspectos emocionales que habría que tener en cuenta para un concepto más completo. Además, cabe señalar que chicos y chicas añaden distintas características a la conceptualización clásica de las conductas de salud. Por ejemplo, para las chicas no hacer los deberes sería indicativo de que las adolescentes no tienen una buena salud; mientras que para los chicos el énfasis se pondría más en aspectos de higiene, presencia de enfermedad y aspectos emocionales negativos.

Aplicaciones futuras de los resultados del presente estudio

Queremos destacar que los datos obtenidos de los grupos de discusión sobre las conductas de riesgo para la salud, ofrecen algunas pistas sobre cómo se podría intervenir a estas edades para evitar que los adolescentes se iniciasen en las conductas de riesgo. Los adolescentes de estos grupos señalan como posibles determinantes futuros los contextos escolar y extraescolar. También indican que la presión de los miembros del grupo sería uno de los determinantes que les llevaría al consumo. Estos resultados, junto con los estudios revisados en este trabajo (p.e., Rodham et al., 2006) nos invitan a reflexionar sobre la importancia de que a los jóvenes de 11 y 12 años se les forme en el proceso de toma de decisiones, enseñándoles habilidades para comunicarse asertivamente y para no comprometerse en comportamientos por miedo a ser rechazados. Ello les ayudaría a continuar siendo fieles a sus ideas sobre los riesgos o inconvenientes de conductas como el tabaco y el alcohol, y a saber presentar sus ideas frente a sus amigos o compañeros de clase.

Por otra parte, en lo que a las conductas de protección de la salud se refiere, los padres desempeñan un importante papel tanto en la alimentación como en la participación en actividades físico-deportivas. Especialmente las madres y las abuelas son fundamentales en lo que se refiere a la alimentación de los adolescentes y en lo que ellos interpretan como alimentación sana o insana. Respecto al inicio y/o mantenimiento de las actividades físico-deportivas, los padres tienen gran influencia en que sus hijos estén activos físicamente, especialmente las hijas, ya que a lo largo de la sesión nombraron repetidamente la dependencia de

sus padres al respecto. De ahí que consideremos que la familia es uno de los grupos a través de los que se podría intervenir, tanto para ofrecer las guías de una alimentación adecuada para la salud, como para concientizarlos de su papel en la iniciación o mantenimiento de esta conducta de salud de sus hijos, especialmente de las chicas.

Referencias

- Balaguer, I. (2001) *Interrelaciones entre autopercepciones, motivación, valores, satisfacción con la vida y variables de estilos de vida en la adolescencia media*. Ministerio de Ciencia y Tecnología. D.G.I.C.Y.T. Código BSO2001-3000.
- Balaguer, I. (2002). *Estilos de vida en la adolescencia*. Valencia: Promolibro.
- Baxter, P. & Jack, S. (2008). Qualitative case study methodology: study design and implementation for novice researchers. *The Qualitative Report*, 13 (4), 544-559.
- Currie, C., Gabhainn, S. N., Godeau, E., Roberts, C., Smith, R. & Currie, D. et al. (Eds.) (2008). *Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/2006 Survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008.
- Hesketh, K., Waters, E., Green, J., Salmon, L. & Williams, J. (2005). Healthy eating, activity and obesity prevention: a qualitative study of parent and child perceptions in Australia. *Health Promotion International*, 20 (1), 19-26.
- Kloep, M., Hendry, L. B., Ingebrigtsen, J. E., Glendinning, A. & Espnes, G. A. (2001). Young people in 'drinking' societies? Norwegian, Scottish and Swedish adolescents' perceptions of alcohol use. *Health Education Research*, 16 (3), 279-291.
- Kubik, M. Y., Lytle, L. & Fulkerson, J. A. (2005). Fruits, vegetables, and football: Findings from focus groups with alternative high school students regarding eating and physical activity. *Journal of Adolescent Health*, 36 (6), 494-500.
- Martínez-Mantilla, J. A., Amaya-Naranjo, W., Campillo, H. A., Rueda-Jaimes, G. E., Campo-Arias, A. & Díaz-Martínez, L. A. (2007). Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes, Bucaramanga, Colombia, 1996-2004. *Revista de Salud Pública*, 9 (2), 215-229.

- Morgan, D. L. (1998). *The focus group guidebook*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Parvizy, S., Nikbahkt, A., Pournaghash Tehrani, S. y Shahrokhi, S. (2005). Adolescents' perspectives on addiction: qualitative study. *Nursing & Health Science*, 7 (3), 192-198.
- Pastor, Y., Balaguer, I. & García-Merita, M. L. (1998). Una revisión sobre las variables de estilos de vida saludables. *Revista de Psicología de la Salud*, 10 (1), 10-52.
- Rodham, K., Brewer, H., Mistral, W. & Stallard, P. (2006). Adolescents' perception of risk and challenge: A qualitative study. *Journal of Adolescence*, 29 (2), 261-272.
- Shucksmith, J. & Hendry, L. B. (1998). *Health issues and adolescents. Growing up, speaking out*. London: Routledge.