

# Promoción de la salud, Health Literacy y autocuidado en adolescentes.

## Aproximación mixta, diseño y evaluación de una intervención educativa.

María de los Ángeles Cerezuela Torre

**ADVERTIMENT.** La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX ([www.tesisenxarxa.net](http://www.tesisenxarxa.net)) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

**ADVERTENCIA.** La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR ([www.tesisenred.net](http://www.tesisenred.net)) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

**WARNING.** On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX ([www.tesisenxarxa.net](http://www.tesisenxarxa.net)) service has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized neither its spreading and availability from a site foreign to the TDX service. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service is not authorized (framing). This rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.



---

**Promoción de la salud,  
*Health Literacy* y  
autocuidado en  
adolescentes.  
Aproximación mixta,  
diseño y evaluación de una  
intervención educativa.**

---

Tesis presentada por  
**MARIA DE LOS ÁNGELES CEREZUELA TORRE**

**Dirigida por:**  
Dra. M<sup>a</sup> Dolores Navarro Rubio

Programa de Doctorado en Investigación en Salud.  
Departamento de Enfermería.  
**Facultat de Medicina i Ciències de la Salut  
Universitat Internacional de Catalunya**

---

**Junio, 2017**

---



## **DIRECTORA DE TESIS**

Dra M<sup>a</sup> Dolores Navarro Rubio, Directora del Instituto Albert J.Jovell de Salud Pública y Pacientes de la Universitat Internacional de Catalunya, informa que:

El presente trabajo de tesis titulado "*Promoción de la salud, Health Literacy y autocuidado en adolescentes. Aproximación mixta, diseño y evaluación de una intervención educativa*", presentado por Maria de los Ángeles Cerezuela Torre para acceder al grado de Doctor, ha sido realizado bajo mi dirección y supervisión, reúne los requisitos científicos y académicos necesarios, y por ello autorizo a su lectura y defensa.

Y para que así conste firma el presente informe:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Dolores Navarro Rubio', with a horizontal line underneath.

Firmado, Dra. Navarro Rubio

Sant Cugat del Vallès, a 16 de junio de 2017



A ti, Eloi, mi amor y mi razón de ser.

A mis padres, Anabel y Agustín, por su amor.



## AGRADECIMIENTOS

---

Casi no puedo creer que este escribiendo este punto, los agradecimientos. Señal de que esto ya se acaba. Estoy agotada, pero me siento emocionada y, sobre todo, aliviada. Qué camino tan largo y en ocasiones tan difícil, que duro ha sido llegar hasta aquí. Todavía es demasiado pronto para que todo esto cobre sentido en mí, demasiados esfuerzos.

Es difícil entender la importancia de los agradecimientos de una tesis doctoral hasta que no se ha terminado, momento en el que te das cuenta de cuánto tienes que agradecer a todas las personas que han estado presentes durante esta etapa, haciendo posible que hoy deje de ser un sueño para pasar a ser una realidad.

A través de estas líneas quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas esas personas que han estado a mi lado de una manera u otra, sin embargo, primero quiero ser agradecida con la propia tesis. Aunque he llegado a odiarla, hoy me siento muy agradecida a ella, tanto que no puedo pasar sin dedicarle mi más sincero agradecimiento a ella, "mi tesis".

A *mi tesis*, por todo lo que me has enseñado, de mí, de la enfermería, de la vida y de tantas cosas. Gracias por mostrarme lo capaz que soy, por poner a prueba mis capacidades y por mostrarme en mis momentos más débiles mi fortaleza para seguir adelante. Gracias por enseñarme a seguir creciendo. Gracias también por los momentos más complicados, los de rabia y los de llanto, pero gracias, sobre todo, por enseñarme el valor del sacrificio y que nunca hay que rendirse. Gracias por enseñarme quien está a mi lado siempre, y gracias, sobre todo, por enseñarme el valor que tienen las cosas y las personas, las que tú me has arrebatado en los últimos meses y años, pero de corazón te digo que gracias por mostrarme lo que realmente importa en la vida. Gracias también, por enseñarme tanto de investigación.

También quiero ser agradecida a mi profesión, ¡cómo no!, a ti te lo debo todo. La *enfermería*, mi vocación, mi pasión, mi profesión, a la que le dedico la mayor parte de mi tiempo, incluso haciendo tesis. Gracias por dejarme aprender de ti cada día, por hacerme mejor persona, por enseñarme el valor y el significado que tiene ser enfermera. Por recargarme las pilas, por enseñarme que hay que comprometerse y seguir aprendiendo. Gracias a todos mis profesores de la carrera, pero en especial a Albert, Lola, y Esther, que me enseñaron a amar el cuidado desde el minuto uno, no lo olvido. Y, ahora, doy gracias a mis pacientes y familias, que me exigen cada noche la mejor versión de mí misma, pero, sobre todo, me muestran por qué vale la pena hacer lo que hago. Qué orgullosa me siento hoy de poder aportar con mi granito de arena a la profesión, en especial este año, en el que se cumple mi primera década como enfermera. Qué orgullo dedicarme a lo que me dedico.



Todo el que ha hecho una tesis sabe lo difícil que es llegar hasta aquí, por eso, quisiera ser agradecida con todas las personas que me han ayudado de manera directa o indirecta en la realización de esta tesis. No quisiera olvidarme a nadie, porque sin duda, sin vosotros, todo esto no hubiera sido posible. GRACIAS por acompañarme en esta aventura.

En primer lugar, quiero agradecer a mi directora, la Dra. M<sup>a</sup> Dolores Navarro todo su apoyo durante estos años de reto constante. Gracias por mostrarte cercana y por tus palabras de cariño. Gracias por ayudarme a llevar a término este proyecto. Junto a ti he podido afrontar este desafío tan importante, siempre agradecida. Siento que hemos compartido mucho más que una "simple tesis", gracias por estar, incluso en los momentos más difíciles para ti.

Quisiera agradecer también a la Dra. Monforte, sus consejos y ayuda, ella me incito en esta aventura de la investigación con la convicción de que podía hacerlo. Gracias por tu confianza Cristina.

Gracias también al Dr. Gallart, por muchas cosas, pero, sobre todo, por estar siempre disponible y por tu incondicional apoyo. Gracias Albert, todo un orgullo poder seguir aprendiendo de ti.

A la Dra. De Juan, mi guía, mi apoyo y compañera. Gracias Marian por tanto y por todo. Siempre creyendo en mí. Gracias por tu generosidad en el sentido más amplio de la palabra, siempre abierta a escuchar al otro y a aprender conjuntamente. ¡Cuánto me has enseñado! Gracias por transmitirme la pasión por la cualitativa.

A mis amigas y confidentes, Vanesa y Pilar. Siempre cerca, gracias por vuestro cariño, por vuestras horas de escucha y por las risas, mi mejor medicina. Vuestra presencia siempre se ha notado.

A mis amigos más que compañeros de trabajo de la universidad. A M<sup>a</sup> Dolores, ahora un poco más lejos pero siempre muy atenta. A Encarna, por todos los momentos vividos a lo largo de todos estos años. A Mariona, gracias por tu empatía y cariño siempre, pero sobre todo en la recta final, ite debo más de una! A Laura, por su constante interés, gracias. A Marisa, gracias por los ánimos y por esas risas juntas, lo han sido todo. A Mireia, gracias por los ánimos y por tu asesoramiento.

A Laia, ¡qué gran descubrimiento! Gracias por estar, y por todos los momentos cómplices, pero sobre todo por tus palabras alentadoras en los momentos de dificultad y agotamiento en todos los sentidos.

Gracias también a mis amigas "lejanas", con las que tanto hemos compartido y reído, Carme, Carol y Sara, gracias de corazón. Y, a Silvia, que fue breve pero muy intenso. Una suerte conocerte. A mi compañera y amiga de doctorado Eli, que nos vemos poco pero siempre conectamos. A las *spanish EANS*, Sonia y Helena, gracias por vuestros ánimos.

Gracias, por supuesto, a Laura, por tu infinita paciencia con la estadística, no sé qué habría hecho sin ti. Sin duda, una parte de este trabajo es también tuyo. Gracias por ponérmelo fácil.

A mis compañeras del hospital, a TODOS, pero, sobre todo, a mi tocaya Marian por entenderme siempre tan bien y hacerme reír. Qué fácil es trabajar contigo. Y también a ti, especialmente a ti, por ser mi confidente y mi gran apoyo en el hospital, por escucharme, por aconsejarme, por ser mi amigo, por demostrarme tanto, por toda tu ayuda, gracias siempre Cristian. También a Anna, por tu cariño y reconocimiento, trabajar en tu equipo es un lujo. Gracias por tu comprensión.

No puedo olvidarme de ti, mi mejor amiga, mi hermana. Gracias Sandra, por estar pendiente de mí, por cuidarme tanto en esta última etapa. A mi rubiales de ojos azules, eres un 'trastete' adorable. Me alegro de teneros en mi vida. Prometo recuperar el tiempo perdido. Os quiero mucho.

Quiero dar un especial reconocimiento a todas aquellas personas que me han ayudado en el desarrollo y ejecución de esta tesis, sois muchos los que habéis compartido conmigo cada avance, muchas gracias. GRACIAS a todos los que no puedo nombrar y siempre os habéis interesado en saber cómo iba la tesis. Gracias por cada mensaje.

Gracias a Sergi, Nuria, Isis y Alex, gracias de verdad por vuestra colaboración desinteresada y por ayudarme tanto con los talleres, sois unos enfermeros de diez.

Gracias, por supuesto, a "mis adolescentes", por dejarme entrar en vuestras vidas y por implicaros en mi proyecto. Gracias por vuestra colaboración y por ayudarme a entenderos mejor. También por supuesto, a vuestras familias, gracias por confiar en mí. Sin vosotros esta tesis no habría sido posible de ninguna manera.

A todos los institutos, muchísimas gracias por dejarme entrar en vuestra casa, por la acogida tan calurosa, por hacerme sentir una más. ¡Habéis hecho que me guste todavía más la enfermería escolar!

A mi familia, como no, mis hermanas Marta y Ana, gracias por vuestro cariño y ánimos siempre. A mis padres, Agustín y Anabel, mis pilares, mis referentes, gracias por todos vuestros esfuerzos y sacrificios. Habéis sido un verdadero ejemplo de vida para mí por vuestra sencillez, superación y fortaleza. Gracias por enseñarme a luchar por lo que uno quiere en la vida. Gracias infinitas por todas las oportunidades que me habéis dado. Os quiero.

También a mi familia política, Mònica la vida nos hizo cuñadas, pero el tiempo nos ha hecho hermanas. Gracias siempre por tus palabras llenas de amor. A mi suegra por su cariño siempre.

A todos mis sobrinos (Anna, Guillem, Lluna, Adrià, Blanca y Bru) me dais luz y energía.

A todos, siempre GRACIAS.

Pero mi gran agradecimiento se lo debo a mi compañero de vida, mi alma gemela, mi luz, mi marido Eloi. Nada hubiera sido posible sin ti, si tu amor, sin tu ayuda, sin tu paciencia, sin tu presencia. Gracias por tu comprensión siempre, pero sobre todo en esta última etapa. Gracias por comprender toda la inversión de tiempo que ha supuesto esta tesis, siento que no me ha permitido dedicarte el espacio que merecías. Gracias por apoyarme incondicionalmente siempre en todo, por hacerme creer que era posible, por estar siempre dispuesto, por no cansarte de escucharme, por estar ahí, por cada detalle, por aguantar mis nervios. Gracias por acompañarme en este duro camino, por estar en mi vida. Gracias por hacerme feliz. Lo eres todo, *t'estimo molt*.

¡Muchísimas gracias a TODOS!

# ÍNDICE GENERAL

---

Agradecimientos .....	IV
Abreviaturas y acrónimos .....	XI
Resumen .....	XII
Lista de tablas .....	XV
Lista de figuras .....	XIX
Lista de anexos .....	XX
<b>CAPITULO 1: INTRODUCCION .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1</b> Presentación de la tesis .....	3
<b>1.2</b> Justificación .....	5
<b>1.3</b> Relevancia del estudio e identificación del tema .....	8
<b>1.4</b> Propósito del estudio .....	11
<b>1.5</b> Preguntas de investigación e hipótesis .....	13
<b>1.6</b> Objetivos de la tesis .....	15
<b>1.7</b> Descripción del enfoque y proceso metodológico .....	19
<b>CAPITULO 2: REVISION LITERATURA Y MARCO TEORICO .....</b>	<b>23</b>
<b>2.1 La adolescencia .....</b>	<b>25</b>
2.1.1 Repaso histórico .....	25
2.1.2 Concepto y perspectiva teórica .....	27
2.1.3 Características de la adolescencia .....	29
2.1.4 El adolescente y la familia: estilo educativo y apego .....	35
<b>2.2 Salud y adolescencia .....</b>	<b>39</b>
2.2.1 Necesidades en la adolescencia .....	39
2.2.2 Modelo de atención al adolescente .....	42
2.2.3 Concepto de salud y sus determinantes .....	47
2.2.4 Las conductas relacionadas con la salud .....	52
<b>2.3 La educación para la salud .....</b>	<b>59</b>
2.3.1 Concepto y metodología de la EpS .....	59
2.3.2 Promoción de la salud y estilos de vida .....	67
2.3.3 Modelos y teorías del cambio en conductas de salud .....	73
2.3.4 Entornos saludables .....	81
<b>2.4 El modelo de Health Literacy .....</b>	<b>85</b>
2.4.1 Definición y marco conceptual .....	85
2.4.2 Instrumentos de medición .....	89
2.4.3 Impacto de la alfabetización en salud (AES) .....	92
<b>2.5 El autocuidado desde la perspectiva enfermera .....</b>	<b>98</b>
2.5.1 Modelo de Dorothea Orem .....	98
2.5.2 Evaluación e instrumentos de medición .....	102
<b>CAPITULO 3: METODOLOGÍA .....</b>	<b>107</b>
<b>3.1 Método del estudio cualitativo .....</b>	<b>109</b>
3.1.1 Diseño del estudio .....	109
3.1.1.1 Técnicas de recogida de información .....	109
3.1.2 Muestreo y criterios de selección de los participantes .....	111
3.1.2.1 Criterios de inclusión y exclusión .....	111

3.1.3	Contexto del estudio y acceso al trabajo de campo .....	113
3.1.3.1	Plan de trabajo .....	114
3.1.3.2	Cronograma .....	118
3.1.4	Descripción del método de análisis de los datos cualitativos .....	119
3.1.4.1	Fases del análisis .....	120
3.1.5	Criterios de validez y rigor .....	124
3.1.5.1	La triangulación .....	125
3.1.5.2	Evaluación de la calidad .....	126
<b>3.2</b>	<b>Método del estudio experimental .....</b>	<b>129</b>
3.2.1	Ámbito del estudio .....	129
3.2.2	Diseño del estudio .....	129
3.2.2.1	Población de estudio .....	129
3.2.2.2	Criterios de inclusión y exclusión .....	132
3.2.2.3	Cálculo tamaño de la muestra .....	132
3.2.2.4	Distribución de la muestra de estudio .....	134
3.2.3	Recogida de datos .....	135
3.2.4	Variables de estudio .....	138
3.2.5	Plan de trabajo .....	139
3.2.5.1	Elaboración del cuestionario .....	139
3.2.5.2	Elaboración de la intervención educativa .....	146
3.2.5.3	Cronograma .....	154
3.2.6	Análisis de los datos .....	155
<b>CAPITULO 4:</b>	<b>Resultados del estudio cualitativo (Fase I) .....</b>	<b>157</b>
<b>4.1</b>	<b>Descripción de la muestra .....</b>	<b>159</b>
<b>4.2</b>	<b>Análisis inicial .....</b>	<b>167</b>
4.2.1	Entrevista 1 .....	167
4.2.2	Entrevista 2 .....	168
4.2.3	Entrevista 3 .....	169
4.2.4	Entrevista 4 .....	170
4.2.5	Entrevista 5 .....	171
4.2.6	Entrevista 6 .....	171
4.2.7	Entrevista 7 .....	172
4.2.8	Entrevista 8 .....	173
4.2.9	Entrevista 9 .....	174
4.2.10	Entrevista 10 .....	175
4.2.11	Entrevista 11 .....	176
4.2.12	Entrevista 12 .....	177
4.2.13	Entrevista 13 .....	177
4.2.14	Entrevista 14 .....	178
4.2.15	Grupo Focal adolescentes 1 .....	179
4.2.16	Grupo focal adolescentes 2 .....	181
4.2.17	Grupo focal mixto 1 .....	182
4.2.18	Grupo focal mixto 2 .....	184
<b>4.3</b>	<b>Análisis estructural .....</b>	<b>187</b>
4.3.1	Unidades de significado y categorías primarias .....	187
4.3.2	Categorías esenciales .....	197
4.3.3	Temas .....	201
<b>4.4</b>	<b>Análisis temático .....</b>	<b>205</b>
4.4.1	Temas para el área de autocuidado .....	205

4.4.2	Temas para el área de toma de decisiones .....	241
4.4.3	Temas para el área de educación para la salud .....	250
<b>CAPITULO 5: Resultados del estudio experimental (Fase II) .....</b>		<b>287</b>
<b>5.1 Cuestionario desarrollado (MAPAS) .....</b>		<b>289</b>
5.1.1	Prueba piloto .....	289
5.1.2	Fiabilidad estadística .....	294
<b>5.2 Intervención educativa "Programa SAS" .....</b>		<b>300</b>
5.2.1	Presentación del programa SAS .....	300
5.2.2	Objetivos del programa SAS .....	300
5.2.3	Enfoque programa SAS .....	301
5.2.4	Contenido del programa SAS .....	302
5.2.4.1	Sesiones para adolescentes .....	304
	- Guías didácticas primera sesión .....	304
	- Guías didácticas segunda sesión .....	312
	- Guías didácticas tercera sesión .....	319
5.2.4.2	Sesión para padres .....	320
<b>5.3 Análisis estadístico de la prueba experimental .....</b>		<b>321</b>
5.3.1	Descripción de la muestra (cuestionario sociodemográfico) .....	321
5.3.1.1	Descripción y análisis de las preguntas exploratorias PRE y POST 1mes intervención .....	330
5.3.2	Evaluación de la eficacia de la intervención diseñada según puntuación cuestionario MAPAS. .	336
5.3.3	Análisis PRE y POST 1 mes intervención por institutos .....	340
5.3.4	Análisis PRE y POST 1 mes intervención del cuestionario MAPAS .....	344
5.3.4.1	Conocimientos en salud .....	344
5.3.4.2	Percepción de la salud .....	347
5.3.4.3	Hábitos y estilos de vida .....	350
5.3.5	Satisfacción de la intervención educativa .....	352
<b>CAPITULO 6: Discusión .....</b>		<b>357</b>
6.1	Aspectos metodológicos (fase I) .....	359
6.2	Estudio cualitativo .....	363
6.3	Aspectos metodológicos y estudio experimental (fase II) .....	368
6.4	Contenido intervención educativa (temas Programa SAS) .....	374
6.5	Limitaciones de la investigación .....	395
6.2	Consideraciones éticas de la tesis .....	398
<b>CAPITULO 7: Conclusiones .....</b>		<b>403</b>
<b>CAPITULO 8: Consideraciones finales .....</b>		<b>409</b>
8.1	Implicaciones y recomendaciones para la práctica .....	411
8.2	Sugerencias para futuras investigaciones .....	414
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....</b>		<b>417</b>
<b>ANEXOS .....</b>		<b>437</b>



## **ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS**

---

AES: Alfabetización en Salud

CDC: Centers for disease control and prevention

ENHPS: European Network of Health Promoting Schools

EPEHLC: European Patient Education and Health Literacy Conference

EPS: Educación para la salud

ESO: Enseñanza Secundaria Obligatoria

HBSC: Health Behaviour in School-aged Children

HLS-EU: European Health Literacy Survey

IOM: Institute of Medicine

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

REEPS: Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud

SAS: Sumate a la Salud

USPSTF: U.S. Preventive Services Task Force

VACS: Valoración de Competencias en Salud





## RESUMEN

---

**Introducción:** La pubertad significa un período de gran trascendencia en la vida de todo ser humano. Es un período de rápido desarrollo en el que los jóvenes adquieren nuevas capacidades y oportunidades para progresar, pero también pueden presentar riesgos para la salud, el bienestar y calidad de vida. En este sentido, durante la adolescencia se establecen hábitos que formarán la personalidad y se mantendrán durante la vida adulta. Pero es también durante esta etapa de desarrollo cuando los comportamientos más saludables no se ven lo suficientemente atractivos como para poder ser seguidos con cierta regularidad. Cuidar de las personas en este proceso vital puede ser fundamental a la hora de que tomen decisiones adecuadas y de que adquieran hábitos de vida saludable.

Fomentar la promoción de la salud, implica pasar primero por un cambio de actitud y una mejora en los conocimientos, por ello puede ser muy conveniente basarse en la *health literacy* o alfabetización en salud que engloba las motivaciones, conocimientos y competencias de las personas para acceder, entender, evaluar y aplicar la información sobre la salud en la toma de decisiones y autocuidado para prevenir, promover y mantener la salud.

**Objetivos:** En esta tesis se proponen dos fases consecutivas.

A) Los objetivos de la *primera fase* (estudio cualitativo): comprender la experiencia del comportamiento y conductas seguidas respecto al autocuidado de los adolescentes; conocer las necesidades y barreras que identifican los adolescentes en materia de salud para la adquisición de estilos de vida saludables y la toma de decisiones correcta. Describir la experiencia que tienen los adolescentes en materia de educación sanitaria recibida y conocer sus preferencias en este ámbito.

B) Los objetivos de la *segunda fase* (estudio experimental): diseñar e implementar una intervención educativa liderada por enfermería que mejore la alfabetización en salud, proporcionando los conocimientos y aptitudes necesarias al adolescente para promocionar estilos de vida saludables y generar un mayor grado de implicación y autocuidado en su salud. Elaborar un instrumento que permita cuantificar el nivel de autocuidado en adolescentes para evaluar la eficacia de la intervención educativa diseñada y, evaluar la satisfacción de los adolescentes en relación a dicha intervención educativa.

**Metodología:** Estudio mixto. *Primera fase:* estudio cualitativo descriptivo. Mediante 14 entrevistas semiestructuradas y 2 grupos focales con adolescentes (entre 12 y 15 años) y, 2 grupos focales con adultos para el entorno más próximo a los adolescentes (padres, profesores de instituto y personal sanitario). En el estudio cualitativo se ha seguido un análisis de contenido, mediante un análisis temático de la información obtenida. *Segunda fase:* estudio experimental multicéntrico de tipo ensayo

comunitario controlado no aleatorizado. La muestra del estudio fueron 6 institutos de Barcelona (3 de Sant Joan Despí y 3 de Sant Andreu de la Barca) con un total de 576 sujetos. Como instrumento de medida para evaluar la eficacia de la intervención implementada se utilizó el cuestionario MAPAS (desarrollado en esta esta tesis). Para la elaboración del cuestionario MAPAS se revisó la literatura sobre el tema y se siguieron los pasos descritos para ello, se validó el contenido por un grupo de expertos y, se realizó una prueba piloto con 60 adolescentes. Para evaluar su fiabilidad, se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach.

La intervención educativa (Programa SAS) implementada en este estudio, se diseñó dando respuesta a los objetivos propuestos de fomentar la promoción de la salud y hábitos de vida más saludables, mejorando conocimientos y percepción de salud en los adolescentes e implicando al adolescente en su autocuidado y en la toma de decisiones en salud, todo ello en términos de Health Literacy y Health Coaching. Dicha intervención ha sido diseñada a través de la revisión de la literatura y de los resultados obtenidos en la primera fase de la tesis. Es una intervención educativa de 3 sesiones para adolescentes, con 15 talleres más un juego final, y una sesión para padres. Para evaluar la eficacia de dicha intervención se recogieron datos (cuestionario MAPAS) pre y post 1mes, 6 meses y 12 meses. Para recoger la opinión de los sujetos del grupo experimental en relación a la metodología, diseño y percepción de aprendizaje se diseñó un cuestionario de satisfacción de elaboración propia. En el análisis de esta segunda fase, se realizó un análisis estadístico de todos los datos con el programa SPSS versión 21.

**Resultados:** Los adolescentes del estudio comprenden y entienden el valor del autocuidado, como un recurso para una mejor salud y calidad de vida. Sin embargo, presentan dificultades como falta de interés y motivación, así como voluntad propia para llevar a cabo un estilo de vida adecuado. Se destaca la falta de información y educación sanitaria en la adolescencia como una barrera para la participación en la toma de decisiones. Y, asimismo se evidencia la necesidad de un nuevo enfoque en educación sanitaria para este grupo poblacional donde el adolescente tenga mayor participación y se sienta más atraído. Por otro lado, los resultados también muestran que el cuestionario MAPAS desarrollado resulta un instrumento fiable y válido para medir autocuidado en adolescentes ( $\alpha$ : 0,854); que la intervención educativa (programa SAS) resulta ser un método de educación sanitaria novedoso para fomentar la salud y hábitos de vida saludable en términos de Health Literacy mejorando estadísticamente el autocuidado global, los conocimientos en salud y la percepción y creencias sobre la salud.

La relevancia de esta tesis radica en una mayor comprensión del posicionamiento de los adolescentes frente a la salud y el autocuidado, la aportación de un instrumento de medida en autocuidado para

población sana y, sobre todo, en la incorporación de una nueva estrategia de promoción de la salud, incorporando la visión de los propios adolescentes.

**Conclusiones:** Según los resultados obtenidos se concluye que la alfabetización sanitaria y el autocuidado en los adolescentes puede aumentar y mejorar, así como la implicación de la familia y profesorado mediante la potenciación de la promoción de la salud con programas educativos en la etapa escolar.

**Palabras clave:** health literacy, educación para la salud, promoción de la salud, adolescentes, autocuidado, health coaching, toma de decisiones, instrumento



## ÍNDICE DE TABLAS

---

Tabla 1. Actividades de la Salud Pública .....	52
Tabla 2. Clasificación de las técnicas educativas .....	63
Tabla 3. Enfoque principal de las teorías del cambio en conductas de salud .....	74
Tabla 4. Modelo de las 5 Aes para las intervenciones de asesoramiento .....	80
Tabla 5. Objetivos de la REEPS para el proyecto Escuelas promotoras de salud .....	84
Tabla 6. Dimensiones del modelo conceptual sobre AES .....	89
Tabla 7. Principales instrumentos que miden AES .....	91
Tabla 8. Características de las facultades de la agencia de autocuidado .....	101
Tabla 9. Escalas de Autocuidado basadas en la Teoría de Orem .....	102
Tabla 10. Áreas y bloques de interés a explorar durante las entrevistas y grupos focales .....	115
Tabla 11. Cronograma estudio cualitativo, fase I .....	118
Tabla 12. Distribución I grupo intervención y control .....	135
Tabla 13. Distribución II grupo intervención y control en el pre y post intervención 1 mes .....	136
Tabla 14. Variables del estudio (fase II) .....	138
Tabla 15. Contenido de las reuniones del grupo de expertos (desarrollo cuestionario) .....	140
Tabla 16. Temas de los talleres de la primera y segunda sesión (intervención educativa) .....	151
Tabla 17. Cronograma estudio experimental (fase II) .....	154
Tabla 18. Datos sociodemográficos I de los participantes en el estudio .....	161
Tabla 19. Datos sociodemográficos II de los participantes en el estudio .....	162
Tabla 20. Datos sociodemográficos III de los participantes en el estudio .....	164
Tabla 21. Datos sociodemográficos IV de los participantes en el estudio .....	165
Tabla 22. Datos sociodemográficos V de los participantes en el estudio .....	166
Tabla 23. Categorías primarias de las entrevistas por área explorada .....	188
Tabla 24. Categorías primarias de los grupos focales de adolescentes por área explorada .....	189
Tabla 25. Categorías primarias de los grupos mixtos por área explorada .....	190
Tabla 26. Ejemplos de verbatims por categorías primarias y áreas exploradas (entrevistas) .....	191

Tabla 27. Ejemplos de verbatim por categorías primarias y áreas exploradas (grupos focales de adolescentes)	193
Tabla 28. Ejemplos de verbatim por categorías primarias y áreas exploradas (grupos adultos-mixtos)	195
Tabla 29. Categorías esenciales por área explorada de las entrevistas de los adolescentes	198
Tabla 30. Categorías esenciales por área explorada de los grupos de adolescentes	198
Tabla 31. Categorías esenciales por área explorada de los grupos mixtos	199
Tabla 32. Categorías esenciales por área explorada de los adolescentes (entrevistas y grupos focales conjuntamente)	200
Tabla 33. Análisis factorial exploratorio de las subescalas cuestionario MAPAS	296
Tabla 34. Análisis de discriminación del ítem cuestionario MAPAS	298
Tabla 35. Contenido programa SAS (intervención educativa)	303
Tabla 36. Adolescentes según centro (estudio experimental)	321
Tabla 37. Adolescentes según sexo	321
Tabla 38. Adolescentes según edad (año de nacimiento)	322
Tabla 39. Adolescentes según su lugar de nacimiento	322
Tabla 40. Adolescentes según el lugar de nacimiento de la madre	322
Tabla 41. Adolescentes según el lugar de nacimiento del padre	323
Tabla 42. Adolescentes según el lugar de nacimiento de los padres	323
Tabla 43. Adolescentes según el estado laboral de los padres	324
Tabla 44. Adolescentes según con quien vives	324
Tabla 45. Adolescentes según si tienen hermanos	325
Tabla 46. Adolescentes según si realizan actividades extraescolares	325
Tabla 47. Adolescentes según qué actividad extraescolar realizan (sólo los alumnos que realizan alguna actividad extraescolar)	326
Tabla 48. Adolescentes según el número de actividades extraescolares que realizan	326
Tabla 49. Adolescentes según si reciben paga semanal	326
Tabla 50. Adolescentes según si reciben paga mensual	327
Tabla 51. Adolescentes según la cantidad de paga que reciben	327

Tabla 52. Adolescentes según en que se gastan la paga semanal o el dinero que piden .....	328
Tabla 53. Adolescentes según el estado laboral de los padres y si realizan actividades extraescolares ..	329
Tabla 54. Adolescentes según el estado laboral de los padres y si reciben paga semanal .....	329
Tabla 55. Análisis P1: ¿Qué nivel de conocimientos crees que tienes sobre la salud? .....	330
Tabla 56. Análisis P2: ¿Crees que podrías cuidarte mejor? .....	330
Tabla 57. Análisis P3: ¿Qué cosas son las que te gusta menos hacer? .....	332
Tabla 58. Análisis P4: Si quisieras buscar información sobre salud ¿dónde irías a buscarla? .....	333
Tabla 59. Análisis P5: ¿A quién acudirías primero para preguntarle dudas relacionadas con temas que te puedan interesar sobre salud? Posición enfermera .....	334
Tabla 60. Análisis P5: ¿A quién acudirías primero para preguntarle dudas relacionadas con temas que te puedan interesar sobre salud? Posición médico-pediatra .....	334
Tabla 61. Análisis P5: ¿A quién acudirías primero para preguntarle dudas relacionadas con temas que te puedan interesar sobre salud? Posición madre .....	335
Tabla 62. Análisis P5: ¿A quién acudirías primero para preguntarle dudas relacionadas con temas que te puedan interesar sobre salud? Posición padre .....	335
Tabla 63. Frecuencia y porcentaje de alumnos dentro de cada subescala y del cuestionario al completo agrupados en dos categorías (puntuaciones bajas y altas) .....	339
Tabla 64. Cuestionario al completo y subescalas del cuestionario MAPAS .....	341
Tabla 65. Subescalas del cuestionario MAPAS (solo centros concertados) .....	342
Tabla 66. Subescalas del cuestionario MAPAS (solo centros públicos) .....	343
Tabla 67. ¿Conoces los riesgos que te puede comportar para tu salud, por ejemplo, no comer bien, o no ducharte cada día, o no lavarte los dientes, o fumar un cigarrillo? (P24) .....	344
Tabla 68. ¿Cada cuánto crees que es necesario cambiar el cepillo de dientes? (P25) .....	345
Tabla 69. ¿Crees que ducharte te mantiene libre de infecciones? (P34) .....	345
Tabla 70. ¿Crees que dormir cada día 8-9 horas te ayuda a rendir mejor en el instituto? (P35) .....	346
Tabla 71. ¿Te preocupa ponerte enfermo por no seguir unos buenos hábitos, por ejemplo: tener problemas de corazón, tener dolor de espalda...? (P9) .....	347
Tabla 72. ¿Crees que si te cuidas bien puedes tener una vida más saludable cuando seas mayor? (P10) .....	347
Tabla 73. Indica el grado de interés que tiene tu salud para ti (P7) .....	348



Tabla 74. ¿Qué riesgo tiene para ti o para tu salud, ...? (P48, P49, P50, P51, P52) .....	349
Tabla 75. ¿Crees que la higiene personal (lavarte los dientes, peinarte, vestir con ropa limpia...) te ayuda a ser más aceptado socialmente? (P27) .....	350
Tabla 76. ¿Qué grado de importancia tiene para ti, ...? (P42, P43, P44, P45) .....	351
Tabla 77. ¿En qué grado te interesa saber más sobre ...? (P59, P60, P61 y P62) .....	352
Tabla 78. Satisfacción global y por centro de la intervención educativa .....	353
Tabla 79. Satisfacción global y por centro del diseño de la intervención educativa .....	353
Tabla 80. Satisfacción global y por centro de la metodología de la intervención educativa .....	354
Tabla 81. Satisfacción global y por centro de la percepción de aprendizaje .....	354
Tabla 82. Adolescentes según si harían o no algún cambio en la intervención educativa recibida .....	355

## ÍNDICE DE FIGURAS

---

Figura 1. Etapas del diseño de la tesis .....	19
Figura 2. Algoritmo de la transición del cuidado al modelo adulto .....	46
Figura 3. Proceso salud-enfermedad .....	48
Figura 4. Proceso de enseñanza-aprendizaje .....	61
Figura 5. Curva estándar del olvido de información sanitaria .....	65
Figura 6. Fases concretas para el desarrollo de materiales sanitarios-educativos .....	66
Figura 7. Modelo de AES, propuesto por Sorensen et al. ....	88
Figura 8. Porcentajes de los distintos niveles de alfabetización general en salud en los ocho países y en la totalidad de la muestra del Proyecto HLS-EU .....	95
Figura 9. Proceso del método de análisis seguido .....	120
Figura 10. Pasos del análisis estructural .....	122
Figura 11. Pasos del proceso de desarrollo del cuestionario .....	139
Figura 12. Temas emergidos del área de autocuidado .....	202
Figura 13. Temas emergidos del área de toma de decisiones .....	203
Figura 14. Temas emergidos del área de educación para la salud .....	204
Figura 15. Grafico P3. ¿Qué cosas son las que te gusta menos hacer? .....	331
Figura 16. Gráfico P4. Grafico P4: Si quisieras buscar información sobre salud ¿dónde irías a buscarla? .....	332



## ÍNDICE DE ANEXOS

---

Anexo 1. Cuestionarios sociodemográficos (estudio cualitativo) .....	439
Anexo 2. Guión entrevistas semiestructuradas (estudio cualitativo) .....	445
Anexo 3. Guión grupos focales .....	451
Anexo 4. Hoja de información participantes del estudio cualitativo .....	461
Anexo 5. Consentimiento informado participantes del estudio cualitativo .....	473
Anexo 6. Permiso colaboración Instituto El Calamot para hacer los grupos focales. ....	489
Anexo 7. Carta al director solicitando permiso para realizar estudio experimental .....	493
Anexo 8. Permiso colaboración con los 6 centros para el estudio fase II. ....	497
Anexo 9. Características de los institutos participantes. ....	503
Anexo 10. Tabla de recogida de datos: pre, post 1mes y 6 meses. ....	507
Anexo 11. Hoja de información y consentimiento fase II. ....	511
Anexo 12. Carta para las familias, estudio experimental .....	523
Anexo 13. Cuestionario sociodemográfico estudio experimental .....	527
Anexo 14. Cuestionario exploratorio.....	531
Anexo 15. Cuestionario MAPAS .....	535
Anexo 16. Puntuación por pregunta del cuestionario MAPAS.....	543
Anexo 17. Cuestionario de satisfacción .....	551
Anexo 18. Carta para las familias (convocatoria sesión para padres, grupo experimental) .....	555
Anexo 19. Esquema completa de categorías y subcategorías primarias de las entrevistas .....	559
Anexo 20. Esquema completo de categorías y subcategorías primarias de los grupos focales. ....	567
Anexo 21. Esquema completo de categorías y subcategorías esenciales de las entrevistas, grupos focales adolescentes y grupos mixtos. ....	579
Anexo 22. Esquema completo de categorías emergido por el colectivo de adolescentes.....	591
Anexo 23. Ejemplo imágenes material Programa SAS: Taller 1 (1ºsesión) .....	597
Anexo 24. Ejemplo imágenes material Programa SAS: Taller 2 (1ºsesión) .....	601
Anexo 25. Ejemplo imágenes material Programa SAS: Taller 3 (1ºsesión) .....	605

Anexo 26. Ejemplo imágenes material Programa SAS: Taller 4 (1ºsesión) .....	609
Anexo 27. Ejemplo imágenes material Programa SAS: Taller 5 (1ºsesión) .....	613
Anexo 28. Ejemplo imágenes material Programa SAS: Taller 6 (1ºsesión) .....	617
Anexo 29. Ejemplo imágenes material Programa SAS: Taller 7 (1ºsesión) .....	621
Anexo 30. Ejemplo imágenes material Programa SAS: Taller 8 (1ºsesión) .....	625
Anexo 31. Ejemplo imágenes material Programa SAS: Taller 9 (2ºsesión) .....	629
Anexo 32. Ejemplo imágenes material Programa SAS: Taller 10 (2ºsesión) .....	633
Anexo 33. Ejemplo imágenes material Programa SAS: Taller 11 (2º sesión) .....	637
Anexo 34. Ejemplo imágenes material Programa SAS: Taller 12 (2ºsesión) .....	641
Anexo 35. Ejemplo imágenes material Programa SAS: Taller 13 (2ºsesión) .....	645
Anexo 36. Ejemplo imágenes material Programa SAS: Taller 14 (2ºsesión) .....	649
Anexo 37. Ejemplo imágenes material Programa SAS: Taller 15 (2ºsesión) .....	653
Anexo 38. Ejemplo imágenes material Programa SAS: Taller juego (3ºsesión) .....	657
Anexo 39. Imágenes folleto "Manual para padres Programa SAS" .....	661
Anexo 40. Análisis P5 cuestionario exploratorio. Ranking pregunta.....	669
Anexo 41. Análisis preguntas cuestionario MAPAS (Conocimientos en salud) .....	677
Anexo 42. Análisis preguntas cuestionario MAPAS (Percepción de la salud) .....	685
Anexo 43. Análisis preguntas cuestionario MAPAS (Hábitos y estilos de vida) .....	697
Anexo 44. Análisis preguntas cuestionario satisfacción (sobre el diseño) .....	709
Anexos 45. Análisis preguntas cuestionario satisfacción (metodología).....	713
Anexos 46. Aprobación Comisión academica de doctorado de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universitat Internacional de Catalunya .....	717
Anexos 47. Aprobación Comité de ética de la Investigación de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universitat Internacional de Catalunya.....	721

# **Capítulo 1**

## **INTRODUCCIÓN**



La presente tesis se estructura a través de 8 capítulos, en los cuales se irán describiendo los elementos desarrollados durante la planificación, elaboración y ejecución de la misma.

En este primer capítulo se recogen los temas iniciales de la investigación. Se describe la motivación y se justifica la relevancia del tema a estudiar, así como el propósito del estudio. A continuación, se formulan las preguntas de investigación e hipótesis y los objetivos de la tesis a conseguir. Finalmente, se describe el enfoque y proceso metodológico en el que se basa la investigación de la tesis. Se pretende con ello, justificar las decisiones metodológicas adoptadas y argumentar con rigor su coherencia para abordar el problema de investigación planteado en esta tesis.

### **1.1 PRESENTACIÓN DE LA TESIS**

Esta tesis doctoral presenta el proceso de investigación llevado a cabo a través de una aproximación cualitativa y cuantitativa en el ámbito de la salud de los adolescentes. Mi punto de partida como investigadora ha sido, como enfermera pediátrica, por un lado, la preocupación por comprender el fenómeno del autocuidado en los adolescentes y su experiencia en relación a este constructo, así como conocer la experiencia en relación a la educación sanitaria que reciben, y, su opinión de cómo debería de ser en términos ideales; y, por otro lado, la motivación por aportar una nueva estrategia de educación sanitaria para ayudarles a obtener un mejor autocuidado y estilo de vida más adecuado, con la incorporación de hábitos saludables y un mejor conocimiento sobre los beneficios y/o efectos sobre la salud. Y con ello, hacerles más activos y partícipes sobre su propia salud, mejorando así su proceso de toma de decisiones.

El reto fundamental de trabajar con un adolescente es que nos encontramos ante un ser humano que se enfrenta a retos y vivencias similares a los de la edad adulta y, sin embargo, no cuenta todavía con el desarrollo psicosocial suficiente como para enfrentarse a esas vivencias. Al ser la adolescencia una etapa puente entre la infancia y la edad adulta, el trabajo como enfermeros en este momento, resulta esencial. Cuidar de las personas en este proceso vital puede ser fundamental a la hora de que tomen decisiones que les afectarán el resto de su vida y de que adquieran hábitos de vida saludable y terminen así de desarrollar aspectos de su personalidad determinantes. Es por ello, que este trabajo de tesis quiere acabar implementando una intervención educativa que se basa en términos de *Health Literacy* o Alfabetización en Salud, tratando temas importantes relacionados con el autocuidado en esta etapa de la vida. Y que, además, ésta pueda garantizar una mayor comprensión por parte de los adolescentes sobre los beneficios y riesgos que pueden conllevar para la salud ciertas conductas y/o hábitos, mediante técnicas de *Health Coaching*.

La relevancia de esta tesis radica en una mayor comprensión del posicionamiento de los adolescentes frente a la salud y el autocuidado y, sobre todo, en la incorporación de una nueva estrategia de



promoción de la salud, incorporando la visión de los propios adolescentes. Se genera así una sensibilidad y concienciación en la población adolescente sobre los beneficios de introducir estrategias de autocuidado tempranas y formación en *Health Literacy*, entendida como la adquisición de competencias en salud en población sana. Fomentar la promoción de la salud, implica pasar primero por un cambio de actitud y una mejora en los conocimientos (Rudd et al, 1999), lo cual se impregna como parte de un proceso educativo que se debería iniciar desde la infancia y continuarse en la adolescencia y en la vida adulta.

## **1.2 JUSTIFICACIÓN**

Ya desde hace décadas, pero sobre todo en los últimos tiempos, la sociedad actual está cambiando, se está asistiendo a unos cambios sociológicos derivados de las condiciones económicas, culturales y tecnológicas de los últimos años que han producido una transformación de la ideología social y de la manera de pensar actual. El cambio social puede aplicarse a numerosos aspectos de una sociedad, como los cambios en las formas de gobierno, la variación de los sistemas de costumbres, las modificaciones en los modos de representar culturalmente la realidad, la alteración de los valores de comportamiento y los cambios identitarios intrínsecos de una sociedad, son claros patrones de cambio social (Subirats, 2010). Otros patrones del cambio social actual pueden afectar también a la salud de la población, como son los nuevos estilos de vida social, la nueva manera de conceptualizar la salud, la introducción de nuevos estilos alimentarios con la inclusión de la "comida rápida" e influencias culturales y, las nuevas tecnologías aplicadas a la comunicación y al ocio como, por ejemplo, las videoconsolas, los teléfonos móviles, las redes sociales, etc. El marketing y la publicidad son elementos que también han impactado sobre la sociedad, ejerciendo gran influencia y siendo capaces de cambiar muchos de los hábitos personales. Estos cambios que han ido emergiendo en la sociedad han determinado un estilo de vida diferente y nuevas pautas de comportamiento social en la población que, obviamente, se reflejan también en la conducta del adolescente actual.

Se puede decir que la idea de cambio social posee en la mayoría de los casos una connotación positiva ya que implica la evolución y adaptación de una sociedad a las necesidades particulares de cada momento histórico, pero, por otro lado, dichos cambios sociales pueden no ser tan positivos en términos de salud. Es por ello, que resulta imprescindible la aplicación de medidas nuevas e innovadoras en términos de salud pública y políticas sanitarias para poder dar respuesta a las nuevas necesidades que emergen de la población actual y, por tanto, innovar en relación a las formas de promocionar la salud en la población, así como en los métodos de educación sanitaria.

La educación para la salud durante la adolescencia se torna una medida importantísima encaminada a la creación de ambientes más favorecedores de autocuidado, única forma de conseguir que los adolescentes adquieran los conocimientos necesarios para poder discernir qué es lo que más les conviene a la hora de elegir sus propios estilos de vida. La adolescencia es una etapa concreta susceptible de riesgos, y existe una cierta variabilidad en este terreno sobre la efectividad de las estrategias y políticas concretas en estas edades.

La mejor comprensión de las características de esta edad y de las condiciones cambiantes de la sociedad, hacen que se originen nuevos riesgos para la salud. Esta situación ha generado para la salud pública un nuevo reto que requiere desarrollar habilidades en la comunicación que permitan mejorar el proceso de toma de decisiones y facilitar que los jóvenes procuren soluciones a sus propios

problemas, busquen ayuda o digan "no" ante la presión social (Hernán et al, 2001). Para que esto sea posible y la promoción de la salud pueda lograr sus objetivos debe partirse de visualizar a los adolescentes desde un nuevo paradigma, con un rol más activo y más implicado, entendiendo la adolescencia como un proceso de oportunidades para el aprendizaje.

En este marco de actuación, se hace necesario profundizar en la promoción de la salud para desarrollar nuevas intervenciones educativas que respondan a las necesidades actuales de los jóvenes y sean para ellos clave en su toma de decisiones en cuestiones de salud (Manganello, 2007). De la misma forma, es necesario que estas intervenciones den respuesta a la demanda sanitaria en términos de promoción, prevención de la enfermedad, y automanejo de la propia salud del paciente/persona. Es por todo esto, que se detecta la necesidad de crear nuevas acciones y que la integración de dichas acciones esté enfocada en áreas centrales del adolescente, teniendo en cuenta el entorno más inmediato en el que éste se mueve (Sanders et al, 2009).

En general, hoy en día en nuestra sociedad, las personas todavía no ocupan el centro del sistema sanitario, por diversos aspectos, aunque puede haber casos en los que el paciente sí que puede estar incorporado en la toma de decisiones con sus profesionales sanitarios, como podría ser en el caso de personas con ciertas patologías crónicas, pero, en términos generales, aún sigue siendo una tarea pendiente, sobre todo cuando se refiere a personas sanas. La aportación de la propia persona en grupos de trabajo claves acercando su opinión desde el inicio de los procesos (campañas sanitarias, diseño de materiales educativos, de atención específica, creación de programas...) podría garantizar el éxito de las intervenciones sanitarias (educativas, preventivas, de promoción...) y el propio manejo de la salud en términos de eficacia y efectividad por parte de los individuos, pero para ello se hace imprescindible que todas las iniciativas, proyectos o ideas encaminadas a la formación del paciente/persona en el automanejo y autocuidado de su propia salud incluyan a la persona como elemento central (Navarro et al, 2008; Jovell et al, 2006; Jovell y Navarro, 2008).

Para ello, es fundamental la activación en la toma de decisiones en sanidad. Actualmente, las personas gozan de mayor formación; hoy en día, cualquier persona de nuestro país tiene un nivel más elevado de estudios de lo que había hace unas décadas y se accede a información de una manera más fácil y rápida a través de las nuevas tecnologías y medios de comunicación y, por lo tanto, se accede a información sobre salud también de forma más rápida y fácil que hace años (Navarro et al, 2008).

En este contexto, debido a la gran complejidad del mundo interior del adolescente, la realidad social diversa y cambiante, las nuevas demandas en salud, la no visión de la salud como algo prioritario o importante para este grupo poblacional, y las creencias y/o mitos sobre estilos de vida erróneos por los adolescentes, se hace necesario plantear una tesis de aproximación mixta. Así, la combinación de

metodologías, puede ayudar a lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio y obtener una visión más completa del fenómeno desde diversas perspectivas (Sánchez, 2015). Todo esto, añadido al cambio de significado de lo que representa la salud actualmente, la necesidad de opinar sobre la propia salud como un bien individual y que pertenece a la persona, el cambio de paradigma en el modelo de paciente, ahora mucho más activo e implicado y demandante de información, junto con los cambios sociales mencionados anteriormente, hace necesario profundizar en este estudio y generar nuevas intervenciones sanitarias, por lo que se realiza esta tesis doctoral.

### **1.3 RELEVANCIA DEL ESTUDIO E IDENTIFICACIÓN DEL TEMA**

Actualmente, debido al cambio social anteriormente explicado, la relación entre profesionales y pacientes ha ido cambiando hacia un modelo de toma de decisiones compartidas, las relaciones entre enfermeras o médicos y pacientes se hacen cada vez más complejas (Katz & Hawley, 2007). Este cambio favorece la aparición de la figura del paciente informado. El paciente informado es una persona que, a partir de la información que obtiene a través de los diferentes canales (profesionales sanitarios, asociaciones de pacientes, medios de comunicación, internet, entre iguales, etc.), se responsabiliza y se implica para cuidar de su salud (Jovell et al., 2006). Se trata de un paciente consciente de su enfermedad o situación, comprometido en mejorar su condición clínica y su calidad de vida y que suele cumplir mejor con el tratamiento indicado. Colabora más con los profesionales que lo tratan y puede ayudar a otros pacientes a formarse y a contribuir en la mejora de los servicios sanitarios (Navarro MD., et al, 2008).

En paralelo a este cambio en el modelo de paciente, la salud de los adolescentes es uno de los temas que suscita cada vez más interés en materia de prevención y promoción de la salud. Y el interés de los profesionales de la salud que trabajan con este grupo poblacional busca este mismo enfoque de modelo de persona informada, comprometida con el mantenimiento y mejora de su condición de salud. En 2015 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), junto con las diferentes comunidades autónomas elaboró una estrategia orientada a la promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud con el objetivo de mejorar la esperanza de vida de los españoles. Dicha estrategia pretende reorientar a los ciudadanos en los sistemas de información y navegación hacia la promoción de la salud, además de promover actividades que tengan en cuenta la salud de las personas y mejorar los entornos sociales para impulsar estilos de vida más saludables. En cuanto a la puesta en marcha de dicha estrategia, se establecen como prioridad las acciones llevadas a cabo entre la población infantil, menores de 15 años (Pla de Salut, 2015), entre otras acciones destacadas.

El cuidado de la infancia debe favorecer el óptimo desarrollo de los niños y adolescentes en todos sus aspectos (físicos, psíquicos y sociales), esto adquiere una importancia extraordinaria, no solo a nivel individual sino también colectivo, pues representan el futuro de nuestra sociedad. La adquisición de un estilo de vida saludable se puede aprender en un proceso de continua construcción desde la infancia, e incluir al adolescente de forma activa en los procesos de toma de decisiones no sólo puede incrementar su calidad de vida, sino que también puede beneficiar la salud de todo el grupo adolescente (Manganello, 2007). La pubertad significa un período de mucha trascendencia en la vida de todo ser humano, es un período de rápido desarrollo en el que los jóvenes adquieren nuevas capacidades y oportunidades para progresar, pero también pueden presentar riesgos para la salud,

el bienestar y calidad de vida. En este sentido, durante la adolescencia se establecen hábitos que formarán la personalidad y se mantendrán durante la vida adulta. Asimismo, el entorno más inmediato del adolescente, padres y educadores, constituye un espejo donde encontrarse e imitar, es por ello que diversos estudios que incluyen a los padres (Bauer et al, 2011; Pearson et al, 2011) refuerzan la necesidad de ayudarles a mantener un alto nivel de estímulo para sus hijos en los comportamientos de salud durante la adolescencia y concluyen que son los padres los que deben orientar a sus hijos durante estos años de desarrollo crítico.

En este sentido, el papel de padres y educadores en el establecimiento de unos hábitos de vida saludables, va a ser muy importante para el adolescente, si bien aún lo serán más los hábitos de los propios compañeros o grupo de amigos (Navarro et al, 1995; Macdonald-Wallis, 2011).

Por este motivo, las estrategias para promocionar estilos de vida saludables y de prevención de la enfermedad en este grupo de la población están cada vez más relacionadas con acciones multidisciplinarias que engloben diferentes áreas del desarrollo y evolución de los jóvenes (Verloigne, M., et al., 2011; CDC., 2011). Pero es también durante esta etapa de desarrollo cuando los comportamientos más saludables no se ven lo suficientemente atractivos como para poder ser seguidos con cierta regularidad, y se pone en evidencia que la educación sanitaria actual dista mucho de constituirse en un valor en sí misma para este grupo de la población. Dicha situación dificulta que se puedan llevar a cabo acciones que promuevan la adopción de conductas que producen efectos saludables a largo plazo (Portero, et al, 2002).

La adolescencia es un periodo que posibilita el aprendizaje básico para la vida, la afectividad y otros aspectos imprescindibles en el desarrollo humano. Y aunque el devenir humano tanto en lo individual como en lo social es un constante cambio, es en esta etapa donde se constituye la pérdida de equilibrio de su identidad anterior para establecerse una identidad definitiva adulta (OMS, 2011), lo cual hace de la adolescencia uno de los momentos más oportunos para realizar intervenciones educativas eficaces.

Es en este sentido, donde los profesionales de la salud tienen la difícil tarea de crear estrategias útiles y eficaces que habiliten en estilos de vida saludables. El abordaje más apropiado para desarrollar programas de promoción de la salud que favorezcan la adquisición de hábitos y conductas saludables dirigidos a jóvenes, es aquel que orienta las actividades hacia el potencial en salud de los adolescentes (Hernán, et al, 2001). Es decir, aquel que capacita a la población en el autocuidado, en dotar a las personas de herramientas para que puedan gestionar su propia salud y calidad de vida, lo que también se describe como *Health Literacy* o en español *Alfabetización en salud* (Institute of Medicine,

2004), optando así por una visión de individuo competente en este ámbito. Esta educación, no sólo debe centrarse en la transmisión de información en materia de salud, sino que también debe referirse a los factores y comportamientos de riesgo determinantes de la salud (Sanders, et al, 2009).

## 1.4 PROPÓSITO DEL ESTUDIO

La realización de esta tesis nace con el propósito principal de mejorar la alfabetización en salud de los adolescentes y, con ello, activar e implicar a los adolescentes en su propio autocuidado y, por tanto, incorporarlos en la toma de decisiones en salud. Para ello es fundamental comprender cómo los adolescentes en la actualidad entienden la salud y el autocuidado, cómo son sus comportamientos y estilos de vida, así como, conocer su experiencia y opinión sobre la educación sanitaria que reciben; de esta manera poder identificar y ayudar en la elaboración de planes de salud y programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud más efectivos y atractivos para los jóvenes en esta edad, incorporando así su propia visión.

Esta tesis se enmarca dentro del ámbito de la salud pública, en la promoción de la salud y el desarrollo de estrategias educativas para implicar a los adolescentes en su autocuidado y, por este motivo, se ha diseñado un estudio de metodología mixta: cualitativa y cuantitativa. Se decidió por la combinación de ambas metodologías con la finalidad de conocer y entender mejor la propia realidad del adolescente, con una aproximación a su percepción subjetiva y aportando sus propias opiniones en cuanto al tema del estudio mediante su propia participación, así como, evaluar la eficacia de una intervención educativa en los términos anteriormente descritos.

Por un lado, la aproximación cualitativa tiene el propósito de comprender la experiencia de autocuidado en salud que presentan los adolescentes en sus estilos de vida, y explorar la adquisición de habilidades necesarias para decidir las conductas más saludables. De esta forma, se conocen, desde la perspectiva de los propios adolescentes y del entorno más inmediato al mismo, las necesidades y barreras en materia de salud que se identifican, así como su opinión en relación a la educación para la salud que reciben.

Por otro lado, el estudio cuantitativo tiene el propósito de diseñar e implementar una intervención educativa liderada e implementada por enfermería dirigida a los adolescentes que estudian la Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) en Barcelona para fomentar el autocuidado. Se trata de una intervención novedosa, que pretende ser una herramienta que ayude a los adolescentes actuales a tomar decisiones más idóneas para cuidar de su propia salud, en términos de autocuidado, automanejo y autoeficacia. De esta manera, conseguir proporcionar conocimientos, concienciar sobre la percepción de la salud, y así mismo mejorar las aptitudes y competencias del adolescente para adoptar hábitos y estilos de vida saludables, y, conseguir un mayor grado de implicación y autocuidado en el adolescente. Para poder medir la eficacia de dicha intervención y su impacto en el tiempo, se ha elaborado un cuestionario que permita medir el autocuidado en este grupo poblacional. Aportando así de esta manera, un nuevo instrumento de medición a la comunidad científica.



Así pues, el propósito global de la tesis frente a este posicionamiento no es otro que incidir en el automanejo y autogestión del adolescente sobre su propia salud, al hilo del nuevo modelo de paciente informado y los cambios sociales generados; mejorando, por un lado, la comprensión actual de este fenómeno por este grupo poblacional y elaborando una nueva herramienta de medición sobre este constructo, y, por otro lado, constituyendo un nuevo programa educativo para personas adolescentes en edad de escolarización obligatoria, con edades comprendidas entre los 12 y 15 años, que les daría la formación necesaria sobre aspectos de la salud para elegir las conductas más saludables, así como la capacidad para coordinar todos los elementos necesarios para manejar adecuadamente su salud, así como también para ayudarles a mantenerse activos e implicados en su salud (Holman & Lorig, 2004).

## 1.5 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN E HIPÓTESIS.

Al tratarse de un estudio de aproximación mixta, se ha planteado la tesis en dos fases consecutivas. A continuación, se plantea la pregunta de investigación que guía la primera fase y las hipótesis planteadas para la segunda fase experimental.

### 1) Primera fase (estudio cualitativo):

Tras un proceso reflexivo, a partir de la propia experiencia, motivación y lecturas exploratorias sobre el objeto de estudio, se concluyó el interés por un tipo de investigación cualitativa de corte fenomenológico descriptivo para una primera fase. Dicha aproximación, se realiza con la pretensión de facilitar la comprensión de las experiencias humanas y describir el significado de las experiencias vividas por una persona o grupo acerca de un concepto o fenómeno (Burns & Grove, 2004).

La **pregunta de investigación** se plantea con el propósito de explicar, comprender o transformar la realidad social. De esta manera, la formulación final de las preguntas PICO<sup>1</sup> que guía el estudio cualitativo es:

- En los adolescentes estudiantes de la Enseñanza Secundaria Obligatoria, ¿cómo es su experiencia de autocuidado, sus estilos de vida, y la toma de decisiones que realizan en salud? ¿Qué tipo de necesidades y barreras identifican para su autocuidado? Y, ¿cómo creen que debería de ser la educación sanitaria para su edad?

### 2) Segunda Fase (estudio experimental):

Para el estudio de esta fase, se plantea el desarrollo de un cuestionario que permita cuantificar el nivel de autocuidado en adolescentes, y, diseñar en base a los resultados encontrados en la primera fase de la tesis y la revisión de la literatura una intervención educativa liderada por enfermería dirigida a los adolescentes que fundamentalmente sirva para fomentar y capacitar en el autocuidado, entre otros aspectos que se han indicado en apartados anteriores.

Asimismo, para esta parte de la tesis se plantean las siguientes **hipótesis**:

1. El cuestionario diseñado servirá para cuantificar la eficacia de la intervención que se desea implementar en el estudio experimental en términos de autocuidado siendo un instrumento fiable para ello.

---

<sup>1</sup> Las siglas PICO es un acrónimo para la formulación de la pregunta de investigación en cualitativa. Significan Paciente y/o Problema de interés (P), Intervención principal (bien sea un tratamiento, un factor pronóstico, una prueba diagnóstica, etc.) (I), Comparación (C) se refiere a la alternativa a la intervención a estudio (tales como un tratamiento habitual o placebo, ausencia de un factor de riesgo, etc.) y la última letra viene del término en inglés Outcome (O) (resultado) referente a las variables de resultado.

2. La intervención educativa diseñada para el estudio experimental será un buen recurso para promocionar la salud y la *Health Literacy* entre los adolescentes.
3. La intervención educativa favorecerá la adquisición de conocimientos en salud de los adolescentes que la han recibido.
4. La intervención educativa concienciará al adolescente para una mayor implicación, siendo más competente en su autocuidado apreciándose cambio en los hábitos y estilos de vida.
5. La intervención educativa mejorará la percepción y creencias sobre la salud de los adolescentes.
6. Los adolescentes que reciban la intervención educativa (grupo intervención) valorarán satisfactoriamente el diseño y metodología utilizada, y su percepción de aprendizaje.

## 1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Con la finalidad de dar respuesta a la pregunta de investigación e hipótesis de estudio de la tesis anteriormente vistas, se formulan los siguientes objetivos:

### **Primera fase:**

#### Objetivos generales:

- 1) Comprender la experiencia del comportamiento y conductas seguidas respecto al autocuidado que tienen los adolescentes.
- 2) Conocer las necesidades y barreras que identifican los adolescentes en materia de salud para la adquisición de estilos de vida saludables y la toma de decisiones correcta.
- 3) Describir la experiencia que tienen los adolescentes en materia de educación sanitaria recibida y conocer sus preferencias en este ámbito.

#### Objetivos específicos:

- Describir el significado de autocuidado desde los propios adolescentes.
- Explorar las influencias que contribuyen en el seguimiento de ciertas conductas y comportamientos tanto saludables como de riesgo.
- Identificar las necesidades y barreras en el autocuidado de los adolescentes.
- Conocer las preferencias del adolescente en materia de salud y educación sanitaria.
- Identificar estrategias de mejora en este término desde el entorno más inmediato del adolescente: padres, educadores y sanitarios.
- Explorar desde el entorno más inmediato del adolescente (padres, educadores y sanitarios), la percepción de autocuidado y necesidades en salud a esta edad.

Se pretende identificar a partir de los propios sujetos participantes el significado y percepción que tiene para ellos el autocuidado, de qué manera se cuidan y qué les puede influir a cuidarse mejor o peor. Desde una vertiente fenomenológica descriptiva se desea analizar la percepción que tienen los adolescentes sobre conocimientos en salud, y asimismo profundizar en la comprensión de comportamientos llevados a cabo en relación con las conductas de salud y riesgo seguidas en estas edades. Además, comprender las barreras que identifican los adolescentes para llevar a cabo un buen cuidado, toma de decisiones y manejo de su salud. Así como, identificar nuevas vías de mejora en términos de educación sanitaria.

**Segunda fase:****Objetivo general 1:**

1) Elaborar un cuestionario que permita cuantificar el nivel de autocuidado en adolescentes para evaluar la eficacia de la intervención educativa diseñada.

**Objetivos específicos:**

- Revisar las escalas publicadas de autocuidado en la literatura.
- Estudiar las principales dimensiones del autocuidado.
- Revisar los protocolos publicados para la elaboración de cuestionarios.
- Analizar la adecuación lingüística y de contenido del cuestionario diseñado a utilizar.
- Comprobar mediante una prueba piloto del cuestionario diseñado la aceptación y comprensión por parte de los adolescentes (validez de contenido)
- Comprobar estadísticamente la consistencia interna del cuestionario (coeficiente de alfa de Cronbach).
- Comprobar la estructura interna del cuestionario a través de un análisis factorial.

Se pretende elaborar una herramienta que servirá para cuantificar en la recogida pre y post intervención en el estudio experimental la eficacia de dicha intervención, en términos de autocuidado. Y, así valorar el impacto que ha tenido la intervención educativa y su efecto en el tiempo (al mes, a los 6 meses y al año). Resulta fundamental tener este cuestionario para medir la efectividad de la intervención y comprobar si una intervención específica en términos de *Health Literacy* (o lo que es lo mismo Alfabetización en Salud) y promoción de autocuidado, ayudaría en la mejora de conocimientos y percepción sobre la salud, y consecución de mejores hábitos y estilos de vida; y con ello, mejores conductas entre los adolescentes.

**Objetivo general 2:**

2) Diseñar e implementar una intervención educativa liderada e implementada por enfermería que mejore la alfabetización en salud, proporcionando los conocimientos y aptitudes necesarias al adolescente para promocionar estilos de vida saludables y generar un mayor grado de implicación y autocuidado en su salud.

**Objetivos específicos:**

- Identificar a través del estudio cualitativo y la literatura publicada los temas a incluir en la intervención educativa a diseñar.
- Revisar en la literatura la estructura de los programas existentes sobre promoción de la salud y el modelo de *Health Literacy*.

- Elaborar los materiales educativos de los temas a tratar en la intervención a la luz de los resultados obtenidos del estudio cualitativo (primera fase).
- Diseñar la metodología y dinámica de la intervención educativa a implementar a la luz de los resultados obtenidos en el estudio cualitativo (primera fase).
- Evaluar la eficacia de la intervención educativa diseñada a través de:
  - o Observar si ha habido mejora en los conocimientos en cuanto a autocuidado en el grupo intervención, y, por tanto, su alfabetización en salud.
  - o Observar si ha habido mejora en la percepción y creencias sobre la salud entre los adolescentes que han recibido la intervención y con ello implicarlos más en su autocuidado.
  - o Observar si ha habido mejora en los hábitos y estilos de vida entre los adolescentes que han recibido la intervención.
  - o Observar si ha habido diferencias del efecto de la intervención según la tipología de centro escolar (público o concertado).

Con estos objetivos se pretende aplicar de manera práctica los temas emergentes en la primera fase de la tesis. Con apoyo de la literatura, se diseñará un programa educativo novedoso para fomentar autocuidado y promoción de estilos de vida saludable y formación en salud y, a su vez, activación del adolescente, ayudándole en la toma de decisiones. Pretende, por tanto, ser un programa que apoye a los adolescentes a tomar las decisiones más idóneas para cuidar de su propia salud, en términos de autocuidado, automanejo y autoeficacia.

#### Objetivo general 3:

3) Evaluar la satisfacción de los adolescentes en relación a la intervención educativa diseñada e implementada en el estudio experimental en el grupo intervención.

#### Objetivos específicos:

- Elaborar una encuesta de satisfacción para pasar al final de la intervención.
- Estudiar el nivel de satisfacción de los alumnos que reciban la intervención en relación al diseño, metodología y percepción de aprendizaje.
- Conocer la satisfacción global tras recibir el programa educativo diseñado en esta tesis.

Debido al enfoque experimental de la intervención educativa, se desea evaluar la aceptabilidad de la misma en términos de satisfacción por parte de los adolescentes que la recibieron. Asimismo, conocer su percepción de aprendizaje. Se pretende con ello, conocer la opinión en cuanto a aspectos relacionados con el diseño, metodología, contenidos, adecuación y formato, entre otros aspectos

importantes de la propia intervención de una manera anónima y confidencial de los propios participantes de estudio.

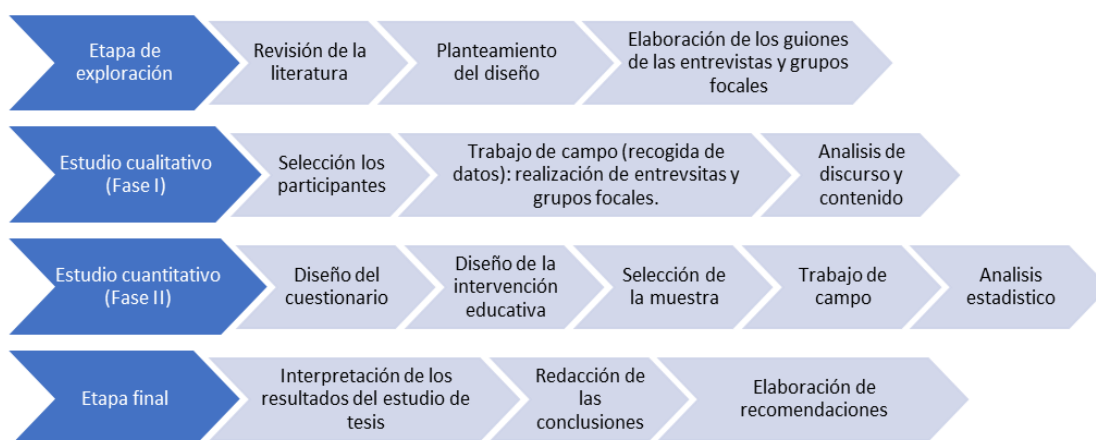
## 1.7 DESCRIPCIÓN DEL ENFOQUE Y PROCESO METODOLÓGICO

El proceso de investigación de esta tesis se ha desarrollado en dos fases sucesivas que tienen en cuenta el propósito central de estudio, el marco teórico construido a partir de la revisión de la literatura y los objetivos planteados, dando respuesta a la pregunta de investigación inicial, así como, contrastando las hipótesis planteadas.

A partir de todo lo anterior, se ha considerado apropiado realizar un estudio de doble diseño: cualitativo y cuantitativo. La elección de combinación de metodologías es idónea para asumir los objetivos generales planteados, y propósito del estudio al completo. Para una primera fase, un estudio de aproximación cualitativa porque se quiere comprender la realidad de los propios participantes, para posteriormente analizar y describir mejor el fenómeno de estudio desde una vertiente fenomenológica de tipo descriptiva. Y para una segunda fase, un estudio cuantitativo porque se quiere evaluar la efectividad de una intervención educativa nueva para adolescentes en autocuidado y promoción de la salud, desde un enfoque experimental, con grupo control e intervención. La decisión de un doble diseño responde a la complejidad del propio tema de estudio y de la realidad de los propios sujetos y participantes del mismo, como ya se ha explicado anteriormente.

El diseño global del trabajo de tesis se plantea en cuatro etapas (ver figura 1), una primera de exploración al fenómeno de estudio y de preparación para el desarrollo de la investigación, las etapas dos y tres que corresponden a la investigación cualitativa (fase I) y cuantitativa (fase II), es decir al trabajo de campo, y una última etapa final de interpretación, conclusiones y recomendaciones que cierran el trabajo de investigación de la tesis.

**Figura 1.** *Etapas del diseño de la tesis.*



Fuente: elaboración propia



Para concluir, destacar que la tesis se inició el segundo semestre del 2012, desde entonces y hasta el primer semestre del 2013 se trabajó para conseguir la aprobación de la comisión académica de la Escuela de Doctorado de la Universitat Internacional de Catalunya (ver anexo 48), así como la aprobación por el Comité de Ética de la misma universidad (ver anexo 49). A partir de entonces, se inició un proceso de revisión de la literatura y de elaboración y preparación de la primera fase de estudio. También se establecieron los primeros contactos pertinentes para contar con el asesoramiento de expertos en el ámbito para la elaboración de los guiones y personas clave para la puesta en marcha de la primera fase. El trabajo de campo del estudio cualitativo (Fase I) se inició el primer semestre de 2015, finalizando durante el primer semestre del 2016. Se inició entonces el trabajo de campo de la segunda fase, estudio experimental, dando lugar a la propia intervención en el segundo semestre del 2016. Desde este momento y hasta el final del estudio se trabajó en el análisis global de los resultados obtenidos finalizando la tesis en el primer semestre del 2017.

### **Base ontológica del enfoque metodológico**

Cualquier investigación se presenta como un proceso a través del cual se ponen de manifiesto una serie de incógnitas a resolver. Para ello, es necesario establecer un proceso que de manera rigurosa guíe toda la investigación. Existen diferentes caminos para indagar la realidad social; la indagación científica se puede abordar desde dos paradigmas o alternativas metodológicas: la cuantitativa y la cualitativa. Cada metodología tiene su propia fundamentación epistemológica, diseños metodológicos, técnicas e instrumentos acordes con la naturaleza de los objetos de estudio. A pesar de que cada opción metodológica se sustenta en supuestos diferentes y presenta reglas y formas básicas de acción, establecidas y compartidas por la propia comunidad científica, no son métodos excluyentes y se pueden complementar entre sí. Analizando ambos paradigmas se observa que presentan peculiaridades y diferencias en relación con los presupuestos metodológicos en los cuales se apoyan, la manera de aproximarse a la realidad y al objeto de estudio, su relación con los sujetos participantes y, por supuesto, el proceso metodológico que les guía. Pero, aun así, aunque la combinación de metodologías es mucho más compleja y precisa de una mayor rigurosidad por parte del investigador, ambas se complementan y dicha combinación metodológica puede aportar mayor conocimiento del objeto de estudio al contemplar las dos aproximaciones (Monje, 2011).

Por un lado, para la primera fase de estudio se decidió por una aproximación cualitativa, ya que la investigación cualitativa se nutre epistemológicamente de la hermenéutica, la fenomenología y el interaccionismo simbólico. El pensamiento hermenéutico parte del supuesto de que los actores sociales no son meros objetos de estudio como si fueran "objetos", sino que también son significativos, se expresan y son reflexivos. Este pensamiento interpretativo se mueve en significados y no en datos, está abierto de forma permanente y se interesa por la necesidad de comprender el

significado de los fenómenos y no solamente en explicarlos. Es un procedimiento que tiene en cuenta las interacciones, las motivaciones, las expectativas, las razones y las creencias de los propios individuos. La fenomenología afirma que no existe una realidad exterior al sujeto. Es decir, los procesos sociales dependen de la manera en que los propios actores sociales los perciben, el objeto de estudio no es independiente del interés y gustos de quienes los aprehenden. La fenomenología trata de comprender los fenómenos a partir del sentido que adquieren las cosas para los individuos en su propio "marco de vida", donde se originan (Monje, 2011).

El interaccionismo simbólico postula que la conducta humana sólo puede comprenderse y explicarse en relación con los significados que las personas dan a las cosas y a sus acciones. La realidad de los individuos se estudia desde el interior, a partir de lo que ellos perciben a través de sus experiencias vividas, y sólo se puede comprender la acción de las personas por la búsqueda de la significación que la acción tiene para ellas. El interaccionismo simbólico pone así gran énfasis en la importancia del significado e interpretación como procesos humanos esenciales; Blumer (1969) señala que la cualitativa es la única forma real de entender cómo la gente percibe y entiende e interpreta el mundo. La gente crea significados compartidos a través de su interacción y, estos significados devienen su realidad (Mead, 1934; Blumer, 1969; Monje 2011).

En conclusión, la investigación cualitativa se interesa por captar la realidad social a través de los ojos de los sujetos que están siendo estudiados, es decir, a partir de la percepción que tiene la persona de su propio contexto. El investigador induce las propiedades del problema estudiado a partir de la forma como orientan e interpretan su mundo los individuos que se desenvuelven en la realidad que se examina, no parte de supuestos derivados teóricamente, sino que busca conceptualizar sobre la realidad con base en el comportamiento, los conocimientos, las actitudes y los valores que guían el comportamiento de las personas estudiadas. Explora de manera sistemática los conocimientos y valores que comparten los individuos en un determinado contexto espacial y temporal (Bonilla y Rodríguez, 1997). El conocimiento que se busca como punto de referencia es el de los individuos estudiados y no exclusivamente el avalado por las comunidades científicas.

Por todo ello, esta metodología responde al objeto de estudio de la primera fase de la tesis, dando respuesta a los objetivos planteados para esta fase.

Por otro lado, se decidió la investigación cuantitativa para la segunda fase ya que esta metodología responde mejor a la consecución del resto de objetivos planteados en esta tesis. Basándose en que el conocimiento debe fundamentarse en el análisis de los hechos reales, de los cuales debe realizarse una descripción lo más neutra, lo más objetiva y lo más completa posible. El positivismo rechaza toda proposición cuyo contenido no esté directa o indirectamente en correspondencia con los hechos comprobados, refutando todo juicio de valor. El conocimiento es válido si está basado en la

observación sistemática de los hechos sensibles. Desde este posicionamiento, se prescinde de enunciados pre-científicos, tales como creencias, percepción subjetiva, prejuicios y valoraciones que desnaturalizan el conocimiento científico (Monje, 2011).

El investigador debe abstraerse completamente de su subjetividad bajo la exigencia de la neutralidad valorativa propia de este enfoque. Lo que importa en el paradigma positivista es la cuantificación, la medición. A través de cuantificar y medir una serie de variables, se llega a formular las tendencias, a plantear nuevas hipótesis y a construir teorías. Se utiliza la estadística, para poder cuantificar, sin tener que contar cada uno de los elementos que componen el todo; es la metodología más idónea y coherente de este paradigma positivista (Orozco, 1997).

Por todo ello, esta metodología responde al objeto de estudio de la segunda fase, dando respuesta asimismo a los objetivos e hipótesis planteados.

## **Capítulo 2**

# **REVISIÓN DE LA LITERATURA Y MARCO TEÓRICO**



En este capítulo se recogen varios temas de interés relacionados con el objeto de estudio en base a la literatura consultada. Constituye, de esta forma una revisión de la literatura que ayuda a adquirir una perspectiva teórica del tema que concierne a la investigación, dando lugar asimismo al marco teórico de la presente tesis.

## **2.1 LA ADOLESCENCIA**

### **2.1.1 Repaso histórico**

La adolescencia es un periodo evolutivo que ha sufrido diferentes formas de entenderse a lo largo de la historia. Y aunque es evidente que ha existido siempre, cabe decir que, tal y como hoy se entiende, es un concepto que no está presente en la sociedad occidental hasta ya entrado el siglo XX.

Haciendo un breve repaso por la historia, en la época del Imperio Romano, la pubertad se relacionaba con el reconocimiento para la capacidad civil. En este periodo no existía la mayoría de edad legal y no se hablaba de menores de edad, sino simplemente de impúberes que dejaban de serlo cuando su padre o tutor advertían que estaban ya en edad de usar el atuendo adulto y de afeitarse. Se recoge que, a los 12 años, el niño romano abandonaba la enseñanza elemental y a los 14 su indumentaria infantil; a partir de los 16, los hombres podían optar por la carrera política o entrar en el ejército, o en el caso de ser noble, ser sacerdote (Ariès y Duby, 2000).

Ya en la Edad Media, el crecimiento físico de un niño era considerado como el crecimiento gradual de una criatura de Dios, y niños y adultos eran cualitativamente similares y sólo se diferenciaban desde el punto de vista cuantitativo, es decir, el joven era un adulto en miniatura. Sin embargo, en el Renacimiento ya se describen nuevas formas de entender el desarrollo humano y se plantea la necesidad de establecer programas escolares en relación con la evolución de las facultades cognitivas de la persona (Ariès y Duby, 2000).

En el siglo XIX, la llegada de la industrialización tampoco supuso una mejoría del estatus del niño y del adolescente, ya que en esta época era habitual que de bien joven se saliera pronto del seno familiar para trabajar, es por ello que en este periodo muchos obreros y sirvientes eran niños. Pero, con la entrada del siglo XX, se van dando cada vez más cambios, entre ellos que el joven permanecía cada vez más tiempo con sus padres. Y es en este periodo donde aparece el concepto de la familia moderna actual constituida por el padre, la madre y los hijos (Ariès y Duby, 2000), todo ello debido a la extensión de la propia escolaridad y al fortalecimiento de la vida familiar en el hogar.

Desde esta vertiente histórica y antropológica, el periodo que se establece entre la pubertad y la salida del hogar daría lugar al concepto de adolescencia, tal y como hoy se conoce. Atendiendo a

este punto de vista concreto, actualmente, la sociedad occidental caracterizada por una creciente especialización y complejidad y, por lo tanto, por una prolongación de la formación y mejor preparación, tiende a dilatar de manera progresiva y continua la etapa de la adolescencia (Ariès y Duby, 2000). Desde este punto de vista antropológico se dice que el concepto de adolescencia se ha ido construyendo socialmente a lo largo de la historia.

Obviamente, la pubertad aparece en el mismo momento evolutivo en todas las sociedades, ya que no deja de ser el periodo de transición entre la infancia y la adultez. Sin embargo, dicha transición social de la infancia a la edad adulta puede variar considerablemente de unas culturas a otras, y por tanto la experiencia de la adolescencia y su duración están de este modo determinadas por el modo en que esa cultura entiende el esquema universal del desarrollo humano. Un claro ejemplo de esto, son los estudios aportados por la antropóloga americana Margaret Mead (1949), cuyos trabajos observacionales en Nueva Guinea permitieron mostrar que los procesos observados en las culturas occidentales no existían en todas las sociedades humanas, y así concluir en sus aportaciones sobre la adolescencia, que la cultura de una determinada sociedad influye en el desarrollo de este periodo de la vida, por lo tanto, no se puede afirmar que todos los adolescentes sean iguales (Ramos, 2008).

La perspectiva antropológica de Mead, sin negar la base biológica fundamental en la maduración de la persona, presenta la adolescencia como un hecho fundamentalmente social más que biológico y apoya esta hipótesis en la observación de sociedades primitivas donde los problemas del adolescente occidental no se plantean o, al menos, no del mismo modo ni en el mismo momento. Es por ello, y siguiendo la luz de perspectivas antropológicas, algunos autores como Funes (1990) acuñan que, en nuestra sociedad, la prolongación de los procesos educativos y el retraso del momento de adquisición de la autonomía personal al estatus adulto han dado lugar a una condición social, de "*ser adolescentes*". Esta condición tiene que ver con algunos de los problemas y necesidades que se presentan en los adolescentes actuales, y que estos son derivados de la división de status, roles y responsabilidades y del momento en el que se dan lugar (Ramos, 2008).

En resumen, desde esta vertiente antropológica, se entiende que la adolescencia no es algo autónomo y que se da sin más, sino una realidad que forma parte de un sistema social determinado y que por ello tiene formas y modos diferentes, y es desde este entramado social y cultural que es necesario analizar las dificultades y problemas de los adolescentes actuales (Antona, et al, 2003), pues las mejoras a este grupo social no son de tipo biológico sino de adaptación al entorno.

### **2.1.2 Concepto y perspectiva teórica**

Durante muchos años, desde las primeras teorías psicológicas, se señalaba el concepto de adolescencia como una etapa de la vida y periodo vital en el que se dan cambios en el desarrollo humano producidos entre la niñez y la edad adulta, y se consideraba fundamentalmente como un periodo tormentoso y estresante, de confusión normativa y de contradicciones (Koops, 1996). Sin embargo, aunque hoy tiene todavía bastante presencia esta conceptualización, a lo largo de las décadas esta visión de etapa de crisis se ha visto reemplazada y modificada por otra, donde se conceptúa la adolescencia como un periodo de desarrollo positivo, en el que la persona se enfrenta a un amplio abanico de demandas y conflictos, pero también de oportunidades de desarrollo (Compas et al, 1995).

En relación a esta última conceptualización, son muchos los autores que reestructuran la visión anterior de periodo tormentoso caracterizado por las turbulencias y problemáticas asociadas a la etapa, para abordarlo en la actualidad como un periodo de desarrollo positivo en el que se produce una nueva transformación de la persona que debe de hacer frente a una serie de tareas críticas (Lerner, et al, 2011). López (2015) apunta que en la actualidad no más del 10% o 15% de los adolescentes son problemáticos, concluyendo así que no puede considerarse por tanto la adolescencia como un periodo tormentoso y conflictivo ya que la gran mayoría de adolescentes se ajustan adecuadamente, y acaba concluyendo que por este motivo no tiene sentido aceptar una visión social negativa de esta etapa.

Este cambio de paradigma positivista supone la reevaluación de los mitos existentes acerca de esta etapa evolutiva, que se solía entender como un periodo de elevados niveles de estrés debido al distanciamiento generacional entre padres e hijos y a los cambios biológicos que se dan; estos últimos, se entienden como los cambios hormonales que implican ciertas dificultades para el adolescente y su adaptación al cambio. Algunos autores, como Frydenberg (1997), constatan que la presencia de estrés frente a sucesos vitales de cambios y transiciones es similar a la encontrada en otras etapas de la vida, y que no por ello los adolescentes tienen mayor riesgo de sufrir psicopatologías que en otros momentos vitales. Apunta que todas las personas, cualquiera que sea la etapa, utiliza estrategias de afrontamiento para hacer frente a cambios vitales o situaciones vividas, y que la relación entre los estilos y estrategias usadas son los que pueden incidir en el desarrollo psicológico, y esto es lo que puede afectar en el nivel de bienestar y ajuste (González, et al, 2002).

Aunque en la literatura se pueden encontrar defensores de ambas posturas, se podría decir que la psicología contemporánea se ha desmarcado de la visión de la adolescencia como etapa de crisis y estrés, y ha optado por la visión positiva de que el adolescente tiene y cuenta con recursos necesarios



para adaptarse a los cambios característicos de su edad tanto internos como externos, y poder integrarlos en su nueva identidad y esquema de vida, sin que ello suponga una situación tormentosa (López, 2015). González et al (2002) destacan en su estudio que los adolescentes utilizan distintas estrategias de afrontamiento según el nivel de bienestar en el que se encuentren. Estos autores en su estudio relacionan un alto bienestar con los estilos dirigidos a la resolución del problema y de relación con los demás, y además afirman que la relación de afrontamiento al estrés con bienestar y la edad es escasa, y por tanto concluyen que la etapa de la adolescencia no tiene que ser de peor ajuste que otros momentos vitales. Dicho estudio, aporta que en general, las preocupaciones que mayor estrés causan a esta edad son los relacionados con los problemas educativos, afectivos, personales y familiares.

Cabe decir, que, a diferencia de esta visión psicológica, si hay consenso en describir la adolescencia como un periodo del desarrollo humano entre la infancia y la edad adulta, con un funcionamiento cognitivo y personal diferencial, lo que hace que se hable de una etapa biológicamente distinta (López, 2015; Lerner et al, 2011; González-Garza, 2005).

Desde el punto de vista científico, aunque no es tarea fácil aportar una definición única y precisa de la adolescencia, y cada una de ellas puede suscitar controversias y no resultar satisfactoria, sí que se podría afirmar que todas las definiciones podrían estar de acuerdo en señalar como punto de partida común que se trata de una etapa de transición de la vida entre la infancia y la edad adulta. Una de las definiciones más aceptadas hasta el momento, basada en un criterio cronológico, corresponde a la elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1999, la cual describe la adolescencia como la etapa vital que comprende las edades entre los 10 y los 19 años, es decir la segunda década de la vida (González-Garza, 2005). Pero, sin embargo, son otros autores los que definen la adolescencia no sólo desde una variable edad, si no incorporando los cambios típicos que se dan en esta etapa, y por tanto la definen como el periodo de transición entre la infancia y la edad adulta, añadiendo que se caracteriza por la sucesión de importantes cambios en el ser humano, tales como fisiológicos, psicológicos y sociales (González-Garza, 2005).

Por otra parte Papalia et al (2001), completan la hasta ahora conocida definición de la adolescencia puntualizando que está se concluye con la llegada a la vida adulta desde un punto de vista social, su definición sería: "*como la etapa de la vida comprendida entre la niñez y la edad adulta, periodo de transición que fluctúa entre los 12 y 19 años; y se inicia con los cambios fisiológicos de la pubertad y termina cuando se llega al pleno status sociológico del adulto*", esta sería por tanto, la definición más completa y holística de la adolescencia encontrada hasta el momento.

Debido a que los cambios a nivel físico, emocional, social y cognitivo típicos de esta etapa son sustancialmente diferentes a lo largo de la etapa al completo y además se dan también en momentos

diferentes; hace necesario definir la etapa de la adolescencia en tres periodos continuos. Según varios autores habría una adolescencia primera o temprana, otra media y una última tardía. La primera etapa temprana se iniciaría alrededor de los 10-11 años y finalizaría sobre los 13 años, en ambos sexos. La media daría inicio al fin de la anterior, sobre los 13 años y tendría fin a los 17 años, edad de inicio de la tardía hasta los 19-20 años, aproximadamente (Salmera-Aro, 2011). Todo y que, si hay consenso en la literatura sobre dividir la adolescencia en tres periodos, no lo hay sobre el inicio y fin de cada una de los tres periodos. Por ello, se proponen para cada uno de los casos una división más acotada o amplia temporalmente o incluso haciendo pequeñas diferencias entre sexos.

Con independencia de la edad de inicio o fin de cada uno de los periodos de la etapa de la adolescencia, se fundamenta la primera adolescencia o adolescencia temprana como el periodo en el que se producen la mayor parte de los cambios físicos y biológicos que se mantendrán y se ampliarán durante toda la adolescencia; la adolescencia media sería el periodo en que los cambios de estado de ánimo son bruscos y frecuentes y se incrementa la implicación en conductas de riesgos, y por último la adolescencia tardía como el periodo donde el joven ya ha dejado atrás la dependencia propia de la infancia y la adolescencia pero, está todavía lejos de asumir las responsabilidades completas adultas y, continua implicado en las conductas de exploración y riesgo características de la adolescencia (Arnett, 2000).

### **2.1.3 Características de la adolescencia**

La literatura coincide que durante la adolescencia se dan una serie de cambios que están interrelacionados, a nivel biológico, cognitivo, psicológico y social (González-Garza, 2005; Papalia et al, 2001).

A nivel biológico, se da lugar la maduración de los órganos sexuales, posibilitando la capacidad reproductora tanto en el hombre como en la mujer, se conoce como la pubertad (Susman y Rogol, 2004). Este periodo es la entrada a una fase distinta a la infancia, y va ligado a la madurez sexual y el consiguiente tránsito de la infancia a la adolescencia. A este nivel se dan cambios en la estructura y anatomía corporal como en la fisiología general del individuo, produciendo un aumento del tamaño corporal y por consiguiente una nueva proporción entre la masa muscular, ósea y la grasa corporal. Se caracteriza también este periodo, por las sucesivas transformaciones fisiológicas que dan lugar, estas se dan a través de señales bioquímicas emitidas desde el hipotálamo estimulando la hipófisis permitiendo la liberación de diferentes hormonas como, por ejemplo, la hormona del crecimiento o la estimulante del tiroides, entre otras. Todo ello, generando una estimulación en las glándulas suprarrenales y las gónadas tanto en los hombres como en las mujeres que incrementan su producción de andrógenos y estrógenos respectivamente (Susman y Rogol, 2004).

Por todo ello, se produce la adquisición de la madurez sexual en ambos sexos, y aunque se muestra gran variabilidad en cuanto al momento de aparición, se presenta en torno a los 11-13 años de edad (Marco et al, 2008). Esta madurez viene señalada por diferentes aspectos, como son los cambios físicos en los caracteres sexuales externos e internos, entre los chicos se destaca el crecimiento testicular, la aparición del vello púbico, y posteriormente del vello facial, entre otros, y por última instancia la aparición de la espermarquía, conocida como primera eyaculación. En el caso de las chicas, se producen fundamentalmente cambios en el útero y el desarrollo mamario, entre otros, y aparece la menarquía, conocida como primera menstruación (Marco et al, 2008).

A esta edad los cambios estructurales se traducen en la adquisición de un cuerpo de proporciones adultas, es el conocido "estirón" del adolescente. El balance entre la masa muscular y el porcentaje de grasa corporal son similares en ambos sexos hasta los diez años, sin embargo, a partir de esta edad y con la entrada en la pubertad, la proporción de grasa corporal aumenta en mayor medida en las chicas, llegando a ser prácticamente el doble que en los chicos al final de la adolescencia, mientras que la ganancia de la masa muscular es mayor en los chicos (Rogol et al, 2002; Marco et al, 2008).

A nivel cognitivo, en la época infantil hay un número excesivo de sinaptogénesis neuronal, muy superior al de las existentes en el cerebro adulto. Este incremento de la densidad sináptica a partir de los 11-12 años comienza una desaceleración fisiológica. Pero, aunque el proceso de conexiones sinápticas se disminuye durante la pubertad, este se complementa con el fortalecimiento (mielinización) de las sinapsis que se mantienen y se utilizan; con ello se incrementa la velocidad y la eficacia en el proceso de transmisión de los impulsos eléctricos de una neurona a otra y por tanto en la calidad del funcionamiento neuronal (Blakemore y Choudhury, 2006). Gracias a muchos de estos cambios estructurales, el adolescente adquiere una serie de competencias cognitivas que posibilitan una mejor y mayor capacidad intelectual con formas de pensamiento y reflexión más abstractos tales como el autoconcepto, la autoestima o el desarrollo de la identidad propia (Anderson et al, 2001).

En relación al desarrollo cognitivo, la teoría formulada por Jean Piaget en 1972, sigue siendo en la actualidad una de las explicaciones más influyentes en el análisis de este aspecto en la adolescencia. Según este autor, dentro de las fases que componen su teoría, la adolescencia es la última etapa en la construcción de las operaciones formales. Esto implica que el niño una vez entra en la pubertad es capaz de razonar mediante el pensamiento hipotético-deductivo, mientras que en la infancia únicamente es capaz de manipular lo real para producir los efectos deseados con un estilo de pensamiento simbólico e intuitivo. A partir de la pubertad, el adolescente es capaz de reflexionar y hacer la relación de las hipótesis posibles más allá de los hechos inmediatamente representables, ya no se encuentra limitado como en la etapa anterior por el manejo real y directamente accesible, ya

cuenta con un estilo de pensamiento más evolucionado. Este tipo de operaciones formales que se construyen durante esta etapa, permiten la posibilidad de desarrollar dos tipos de pensamiento en los adolescentes. Por un lado, la capacidad para pensar sobre los propios pensamientos (metacognición) que ello implica la reflexión sobre ciertas reglas para elaborar otras de nuevas, y con ello tener conciencia sobre el propio pensamiento. Y, por otro lado, la capacidad para pensar en los pensamientos de los demás (cognición social), permitiendo al adolescente comprender el punto de vista de los otros, sus sentimientos y actitudes. Mientras que en la infancia los niños no son capaces de prever sus sentimientos y pensamientos en diferentes contextos, ya en la adolescencia si son capaces de reflexionar sobre cómo son sus relaciones interpersonales y acerca de los pensamientos de los demás (Ramos, 2008).

Es la adolescencia una etapa de desarrollo relevante, no sólo por las transformaciones físicas asociadas a la pubertad anteriormente descritas, sino también por los diferentes avances cognitivos que se van dando, y por los cambios en las expectativas sociales que repercuten de forma importante en el autoconcepto y la autoestima de la persona. Esto se consigue especialmente durante la adolescencia media y sobre todo en la tardía, donde se elabora un autoconcepto menos contradictorio, en el cual la persona es más capaz de integrar los diferentes aspectos de su personalidad. A lo largo de la adolescencia la persona es más capaz de cuestionarse diferentes aspectos sobre sí mismo, y de ser, por tanto, más crítico consigo (Harter, 2011).

Un aspecto importante, que se da básicamente durante el periodo tardío de la adolescencia, es el desarrollo de la identidad propia, esto comporta afrontar la creación de la identidad individual y de género dentro de un constructo que abarca otros relevantes aspectos como las creencias religiosas, metas ocupacionales o creencias de pertenencia a una raza (Salmera-Aro, 2011). Durante la etapa de la adolescencia, los jóvenes suelen afrontar diferentes tareas para las cuales pueden no estar preparados y dependen en mayor medida del juicio y valoración de padres, profesores y especialmente de los compañeros. En definitiva, el adolescente tiene que tratar de construir su identidad como persona adulta y elaborar un proyecto de vida que le permitirá entregarse en la sociedad como miembro adulto (Harter, 2011).

Durante la etapa infantil, la identidad propia y la toma de decisiones estarán relacionadas con las personas adultas de referencia. Sin embargo, en la adolescencia debe dar comienzo el proceso de dar sentido al mundo social que le rodea y ubicarse en él. Es, por tanto, uno de los cometidos de mayor importancia durante la adolescencia, y se convierte en un logro la obtención de esa identidad propia (Coleman y Hendry, 2003).

Consecuentemente, esto repercute a nivel psicológico, ya que el adolescente tiene que adquirir la capacidad de reflexionar sobre su propia existencia y realidad de una forma más elaborada,

estableciendo así planes de futuro y un sistema de nuevas y más complejas relaciones sociales (Coleman y Hendry, 2003; Oliva et al, 2008).

A esta edad, se da lugar el planteamiento de diferentes cuestiones en torno a la identidad propia, a las experiencias pasadas, a las decisiones en torno a las personas con las cuales quiere compartir sus vivencias, iniciando, por tanto, un proceso de distanciamiento del grupo familiar a través del grupo de iguales y parejas sentimentales. En este sentido, uno de los aspectos básicos del pensamiento adolescente es la capacidad de replantearse aspectos ideológicos de la vida social. En relación a este posicionamiento de adquisición de diferentes competencias, todo ello repercute en el propio funcionamiento personal y social, que convive y es modulado por otras características propias del pensamiento adolescente (Coleman y Hendry, 2003; Martí, 2005).

A nivel psicológico, algunas de estas otras características de este pensamiento adolescente son definidas en la literatura como: audiencia imaginaria, fábula imaginaria y fábula de invencibilidad (Elkind, 1984); además de un característico *falso yo* y un tipo de egocentrismo con el que el adolescente intenta agradar al entorno, y hace que se considere importante e interesante únicamente en aquello que le incumbe personalmente (Harter, 1999).

La *audiencia imaginaria* se describe como la excesiva autoconciencia que conduce al adolescente a pensar que todo el mundo que le rodea se interesa o muestra preocupación y atiende a sus actuaciones y comportamientos. La *fábula personal* hace referencia a la tendencia del adolescente a sentirse especial y a pensar que las experiencias propias son únicas y no se rigen por las reglas de los demás, lo cual a menudo les conduce a pensar que el resto de personas no pueden comprender sus sentimientos y emociones. Y, por último, la *fábula de invencibilidad*, la cual hace creer al adolescente inmune a cualquier tipo de situación amenazante o peligro al que se enfrenta (Elkind, 1984). Debido a estas características, puede darse lugar diferentes dificultades de índole emocional propias de esta etapa.

A nivel social, durante la infancia, las personas de mayor influencia en los niños son los padres, hermanos, cuidadores y/o resto de familiares cercanos, sin embargo, con la entrada en la adolescencia, el grupo de iguales adquiere una especial relevancia. Es en esta etapa, donde tienen lugar los procesos de adquisición de una nueva autonomía y desarrollo de una identidad diferente que irá en relación y sintonía a lo aportado por el grupo de iguales (Piehler, 2011).

Los cambios sociales que se van a ir dando durante esta etapa, se interrelacionan igualmente con los cambios individuales que afectan a la propia persona, tales como los cambios biológicos y psicológicos antes descritos. Estos cambios sociales acontecen igualmente a una serie de transformaciones que afectan a las relaciones del adolescente con el entorno que le rodea. Principalmente a esta edad,

estos cambios son referidos a: la adquisición de una autonomía funcional desligada del grupo familiar, el establecimiento de nuevas y significativas relaciones con los diferentes grupos de iguales, la adquisición y consolidación de la propia identidad y por último la toma de decisiones en cuanto al futuro académico y profesional (Veenstra, et al, 2013).

La adaptación de estos nuevos cambios y el afrontamiento de estas tareas determinadas puede suponer una fuente de estrés importante para el adolescente, existiendo la posibilidad de factores de ajuste y desajuste que inciden en la adaptación a los mismos. El impacto de estas adaptaciones al proceso de cambio puede dar lugar a la existencia de una serie de síntomas y dificultades, que se pueden presentar de manera diferente en función del género o la edad, e inciden de forma directa en el bienestar, en la conducta interpersonal y, en definitiva, en la adaptación del adolescente a diferentes contextos, incluyendo el escolar (Achenbach, 2009).

En relación al estilo de afrontamiento de estas tareas sociales de adquisición y consolidación de la propia identidad, al establecimiento de nuevas relaciones y la toma de decisiones, y al avance de la forma de pensamiento del adolescente que está obteniendo una mayor capacidad de reflexión y cuestionamiento de su propia existencia, hace que cuente con una mayor sensibilidad al juicio y aprobación social. Todo ello revierte en que se encuentra más expuesto a la presentación de ciertos síntomas relacionados con la timidez, la inhibición, la infelicidad, la preocupación, los miedos, los sentimientos de inferioridad y de culpa, así como a quejas somáticas (Paxton, et al, 2007). Estas dificultades propias de carácter interno de la persona generan tensión, insatisfacción y sufrimiento, pudiendo dar problemas como: ansiedad, aislamiento social o depresión entre otros (Achenbach, 2009).

La interrelación con los cambios hormonales en todos estos procesos y la escasa competencia en autorregulación del adolescente, y en ocasiones el cuestionamiento de las figuras de autoridad a estas edades, puede explicar, entre otros factores, la posibilidad de que el adolescente presente problemas de comportamiento y desobediencia a las normas establecidas socialmente, teniendo conductas impulsivas y agresivas. Estos síntomas de un mal afrontamiento a las tareas sociales de carácter externo, se caracterizan por generar malestar y conflicto con el entorno social (Achenbach, 2009).

Cabe destacar, que las situaciones estresantes hasta ahora descritas (adquisición de una autonomía funcional, situaciones sociales nuevas, retos académicos, decisiones, etc.), desde el punto de vista del desarrollo, son aspectos que aumentan la vulnerabilidad de la persona y, por lo tanto, la posibilidad de que se puedan presentar ciertas dificultades en la adolescencia que, potencialmente, pueden perdurar a largo plazo y mantenerse en la etapa adulta (Oliva, 2004).

En el tránsito a la vida adulta, la literatura describe una serie de factores que actúan como mediadores y que inciden en esa vulnerabilidad asociada a esta etapa. Todos estos mediadores guardan relación, precisamente, con el mantenimiento, reorganización y establecimiento de unos adecuados y positivos vínculos afectivos con padres e iguales, con la confianza o desconfianza en las relaciones y con el medio que rodea al adolescente. Estos mediadores se reducen en tres factores: seguridad en el apego, sensibilidad al rechazo y cambios contextuales (Allen et al, 2002).

El *apego seguro* alude a la capacidad de mantener vínculos afectivos seguros y estables con personas significativas, como padres y adultos referentes durante la infancia, así como el establecimiento de nuevos vínculos de apego con el grupo de iguales durante la adolescencia, todo ello relacionado con la necesidad de conseguir una autonomía funcional desligada del grupo familiar y la consecución de una identidad propia (Allen et al, 2002).

La *sensibilidad al rechazo*, se refiere a la disposición cognitiva y emocional a percibir rechazo en situaciones ambiguas, esto se convierte en un mediador relevante que puede desencadenar diferentes consecuencias psicosociales. Y, está interrelacionada con el apego, de tal forma que la existencia de vínculos seguros y positivos en la edad infantil, especialmente con los adultos referentes, no solo representa un factor protector frente a este aspecto vulnerable, sino que incluso puede posibilitar la reorientación de esta percepción en casos concretos durante la adolescencia (Allen et al, 2002).

Cabe decir, que esta sensibilidad puede percibirse tanto con rechazo por parte del grupo de iguales como con la ausencia de soporte por parte de los padres en la adolescencia inicial o temprana. No obstante, con independencia del origen de esta sensibilidad, esta puede ser un factor que puede alterar la forma de relacionarse y establecer vínculos con los demás, distorsionando el comportamiento social y conductual, dando lugar a una respuesta inadecuada (Allen et al, 2002).

Los *cambios contextuales* relevantes comportan retos y desafíos al adolescente, además de condicionar y poner a prueba su capacidad de relación y establecimiento de vínculos sociales de apoyo. Estos cambios, sin duda interactúan con la sensibilidad al rechazo y de forma indirecta con el apego, dado que serán vivenciados de una determinada manera en la medida que el adolescente haya sido capaz de establecer relaciones interpersonales seguras y positivas que sirvan de soporte, ejemplo y orientación en la resolución de estos cambios (Allen et al, 2002).

La relación de estos tres factores que median durante el paso a la vida adulta, ha sido estudiado en diferentes investigaciones, las cuales aportan que los adolescentes que alcanzan un mayor grado de apego y unas relaciones de comunicación más estrechas con sus padres son capaces de establecer relaciones sociales positivas con los grupos de amigos y; de forma inversa, apuntan que aquellos

cuyos padres infravaloran y no dan soporte a la relación de apego con sus hijos, estos muestran mayores dificultades para relacionarse de forma adecuada con los compañeros e iguales (Marsh, et al, 2003; Scott, et al, 2011). Otros estudios revelan que los padres con hijos adolescentes inseguros se muestran menos sensitivos a las necesidades de estos, además de tener menor conocimiento de las autopercepciones de sus hijos y menor conciencia de síntomas comportamentales, concluyendo que el vínculo de apego con los padres guarda una estrecha relación con aspectos relacionados con la comunicación paterno-filiar (Scott, et al, 2011).

#### **2.1.4 El adolescente y la familia: estilo educativo y apego**

La familia se perfila como una institución social básica que mantiene un gran compromiso en el desarrollo de sus miembros y de preparación para la vida, asimismo constituye el primer elemento sociabilizador y ofrece patrones de conducta que permitirán o no la adquisición correcta del desarrollo y crecimiento humano (Espinosa, 2004). Se considera, por tanto, el contexto más educativo, sociabilizador y de transmisión de valores más importante para el adolescente, por ello reviste especial importancia la persistencia del vínculo con esta. En ocasiones, durante esta etapa y debido a la conquista de la autonomía del adolescente frente a las figuras de apego, puede conllevar a una crisis, pudiendo ser conflictiva o pacífica, pero que siempre implica un cambio profundo en el sistema de relaciones entre padres e hijos. Los conflictos son escasos si los padres ayudan a sus hijos a conseguir la independencia, mientras que se incrementan cuando aquéllos intentan mantener un control absoluto sobre éstos (Montañés, et al, 2008)

Al ser la adolescencia un gran momento de cambios se necesita también variar el desempeño de roles y asumir nuevos modos de funcionamiento respecto a etapas precedentes como la infantil. Si el núcleo familiar no está preparado para asumir dichos cambios puede darse lugar a una ruptura generacional, en caso contrario, los conflictos serán resueltos y se afianzará el fortalecimiento de ambas partes. Sin embargo, supone un reto para la unidad familiar afrontar y solucionar los cambios que abarcan el plano biológico, social, de pareja y familiar (Montañés, et al, 2008).

Es durante la adolescencia cuando surge la necesidad de independencia, la impulsividad, la labilidad emocional, las alteraciones del ánimo y la búsqueda de comprensión entre iguales, lo que se mezcla con necesidad de apoyo de los padres, por lo que se generan ciertas ambivalencias (Espinosa, 2004), ya que a esta edad, los adolescentes confrontan la necesidad de apoyo parental en un momento que deben asumir además muchas tareas evolutivas a las cuales deben poner resolución ellos mismos, teniendo que adquirir un equilibrio entre ambas cosas (Oliva, 2011).

La zona de conflicto, entendida no como motivo de alarma sino como algo fundamental en la socialización familiar, se genera porque ambas partes están llevando a cabo funciones de evolución



paralelas, por un lado, los padres tratan de promover normas de conducta que mejoren la adaptación familiar del adolescente y de su comportamiento a esta nueva etapa vital, y éste, reclama autonomía y un trato mayormente igualitario. Las reacciones negativas de los padres ante tal proceso de autonomía, tiene diversas explicaciones, entre ellas se encuentra la percepción de los propios padres sobre la utilidad que tienen todavía para sus hijos, por ello este deseo de autonomía les desilusiona, creen conocerlo bien y temen dejarle indefenso para afrontar la vida, hechos que les impiden darse cuenta de que su hijo a cambiado y que hay que tratarlo de otro modo, abandonando los estilos autoritarios en favor de otros más democráticos (Montañés, et al, 2008).

Dentro de la unidad familiar, existen distintos modos de regulación, de instauración de normas y valores, y por tanto de estilos educativos. Cada familia puede adoptar un estilo educativo concreto, o una combinación de ellos dependiendo de la situación. Tal hecho, tiene una influencia directa en la actitud del adolescente que responderá con actitudes y comportamientos al estilo educativo y clima familiar establecido. Asimismo, los padres están influidos por cómo sus hijos rentabilizan sus oportunidades, ya que cuanto mayor competencia demuestran en la gestión de sus asuntos, mayor autonomía se les acaba ofreciendo. Pero, no obstante, los adolescentes están convencidos que pueden tomar decisiones a edades más tempranas de lo que lo consideran sus padres, tal discrepancia puede ser fuente también de aparición de conflictos, entendido como intereses diferentes. Las relaciones familiares y la aparición de conflictos, están muy relacionadas con el estilo educativo llevado a cabo, de hecho, algunos estudios apuntan que los adolescentes que disponen de un mejor clima afectivo muestran mejor ajuste psicosocial, autoestima y mayores competencias conductuales y académicas (Montañés, et al, 2008).

Utilizando como base el modelo de Baumrind (1991) este propone que existen tres estilos diferentes entre los padres en el ámbito familiar: el autoritario, el democrático y el permisivo. Se dice que el estilo *autoritario* no utiliza el afecto y el apoyo, sino que más bien se rige por una imposición rígida de normas y el uso de castigos. Ello inhibe valores de estimulación y autodirección, lo que deriva en que los adolescentes adquieran menores habilidades sociales y comunicativas, poca iniciativa y actitudes de obediencia y conformidad, lo que ello implica mayor necesidad de refuerzos para conseguir objetivos (Montañés, et al, 2008). En cambio, el estilo *democrático* tiene como principios el respeto, la exigencia adecuada, el castigo razonable, la firmeza en el control, la negociación, la explicación de normas y el refuerzo positivo, más que el castigo. Se valora que de este modo los adolescentes reciben más influencia positiva de la familia, desarrollando así mejores habilidades sociales, autonomía y responsabilidad, adquiriendo un mayor nivel de autoestima. Los padres democráticos trabajan por objetivos, y pese a que los adolescentes también están sometidos a reglas y límites, estos disfrutan de mejores sistemas de apoyo, teniendo menos predisposición a comportamientos de riesgo (Montañés, et al, 2008).

Y, por último, el estilo *permisivo* que se caracteriza por la carencia de control, límites, tolerancia y se renuncia a influir sobre los hijos. Éste estilo puede ser indulgente o negligente; el primer tipo (indulgente) marca un comportamiento pasivo sin valorizar la importancia de las normas, y refleja buenas habilidades sociales entre iguales y autoestima, pero no desarrollan capacidad de planificación y son más propensos a llevar a cabo conductas de riesgo; y el segundo tipo (negligente) se desentiende de la responsabilidad educativa y el adolescente no desarrolla habilidades sociales y sufre problemas de autoestima y estrés psicológico (Montañés, et al, 2008).

La literatura apunta que suele ser muy normal por las familias la combinación de varios estilos en función de las circunstancias y el momento, pero, se incide que durante la adolescencia los padres deben abandonar un estilo educativo autoritario por otro más democrático, asumiendo los cambios de conducta del adolescente y propios de la edad. Señalan que los adolescentes educados bajo estilos democráticos son los que más reciben influencia positiva de la familia, con los beneficios que esto pueden conllevar, e inciden que los hijos de padres que promueven la autonomía y relativizan el control firme, experimentan mejor ajuste y competencia social (Moreno-Murcia, et al, 2015).

Asimismo, a parte del estilo educativo, un elemento fundamental es el apego. Este se define como una vinculación afectiva intensa y necesaria en la relación paterno-filial que se puede dar de distintos modos en el contexto familiar y fuera de él; además este se desarrolla y consolida entre dos personas cuya motivación es la búsqueda y mantenimiento de proximidad. El apego proporciona seguridad, consuelo y protección, pero se debe ir distinguiendo del apego de otras etapas anteriores, ya que las necesidades varían de unas etapas a otras, lo que implica un profundo cambio de las relaciones entre padres e hijos (Montañés et al, 2008; Oliva, 2011).

La aparición del pensamiento más abstracto y formal en el adolescente le permite reflexionar con mayor complejidad sobre sus figuras de apego, evaluándolas y comparándolas con las de sus iguales de un modo más crítico y realista. Esta reorganización surgida desde la reflexión de experiencias previas, mostrará estabilidad y predecirá el comportamiento del adolescente en distintos contextos, e incluso dentro y fuera de la familia. Es una evidencia que, durante la adolescencia, los hijos disminuyen la cercanía emocional, las expresiones de afecto, el tiempo que pasan junto a sus padres y aumentan su necesidad de privacidad (Espinosa, 2004). Además de que se reducen las posibilidades de comunicación, e incluso esta se torna más complicada. Es durante la adolescencia donde más se observan problemas de apego en las familias, ya que a estas edades los chicos sienten menos afecto positivo y además sentimientos de rechazo al comunicarse con sus padres, quienes sienten que no les comprenden (Oliva, 2011).

Cabe decir, que el apego es un vínculo que puede establecerse de distintos modos (apego seguro, de tipo ansioso-evitativo, ambivalente o desorganizado), y que en la manera en que se den, se puede

llegar a distinguir modelos o estados mentales diferentes en relación a este tipo de apego: sujetos seguros, sujetos evitativos, sujetos ambivalentes y sujetos inseguros. En el primer caso (sujetos seguros), hace referencia a una persona con menos niveles de ansiedad y hostilidad, y con una mayor autoestima; estos sujetos presentan mejores estrategias de afrontamiento de problemas y manejan mejor las situaciones de estrés propias del adolescente. En el segundo caso (sujetos evitativos), presentan problemas en la percepción y la comunicación de los problemas siendo incapaces de buscar apoyo emocional; tienden a tener experiencias de falta de cariño, atención y estabilidad dificultando el desempeño de relaciones sociales. En tercer lugar (sujetos ambivalentes), tienden a presentar problemas de conducta como consumo de sustancias, actividad delictiva, contextos de riesgo, pero, sin embargo, sí están expuestos a situaciones positivas muestran resultados similares a los sujetos seguros. Y, por último, un sujeto inseguro presenta una mala regulación y suelen desbordarse con sus emociones, en este caso suelen presentar ansiedad, depresión, estrés, reflejando también menos niveles de autoestima (Oliva, 2011)

La utilización de la teoría del apego para entender algunos de los cambios que se producen durante la adolescencia es cada vez más frecuente, y dichos modos de apego van a predecir en gran medida cómo se desarrollan los procesos relacionales a esta edad. Así, la evidencia indica que los jóvenes con modelos seguros van a resolver mejor la tarea de conseguir de autonomía emocional de los padres, y por tanto también desempeñarán mejor las relaciones amistosas y románticas típicas de este colectivo. Por el contrario, estilos de apego más ambivalentes y evitativos no sólo muestran más dificultades relacionales, sino también un mayor desajuste emocional y comportamental. Muchos de los problemas que se presentan en sujetos inseguros están relacionados con sus limitaciones en la capacidad de regulación emocional que se ve muy influida por la seguridad en el vínculo de apego establecido en la infancia (Oliva, 2011).

## **2.2 SALUD Y ADOLESCENCIA**

### **2.2.1 Necesidades en la adolescencia**

Pasar por esta etapa de la vida, construir una identidad propia y tener en cuenta cada uno de los aspectos mencionados hasta el momento suponen una serie de necesidades para el adolescente que se deben tener en cuenta durante esta etapa con el fin de obtener un adecuado y óptimo desarrollo, de lo contrario pudiera desencadenarse una serie de problemas y dificultades en el adolescente que no asegurarían su tránsito a la vida adulta de manera saludable.

Desde el punto de vista físico, dejando de lado las muy probables necesidades o afecciones típicas agudas de cualquier persona en alguna época del año y bien conocidas por los pediatras, se destacarían aquellas necesidades que afectan al funcionamiento saludable de la fisiología y tienen su origen en algunas de las conductas familiares o personales que se adoptan y se aprenden casi de manera inconsciente. Ante estas conductas se describen algunos factores, que actúan asimismo de protección y/o de riesgo en función del caso, algunos de estos factores que podrían actuar de protección para prevenir ciertos problemas a este nivel serían cuidar el sueño, hacer ejercicio físico y cuidar la alimentación; mientras el sedentarismo, el dormir poco tiempo o mal y la comida rápida o inadecuada son los mayores factores de riesgo reconocidos. Dichos factores (tanto los protectores como los de riesgo) afectan al humor, a las emociones y a los sentimientos de las personas, pues en gran medida el mundo emocional y el estado de ánimo depende en gran parte del estado del cuerpo y su condición física (López, 2015).

Asimismo, estos mismos factores pueden afectar a otros aspectos de la vida como el rendimiento escolar, a la estabilidad o inestabilidad emocional e incluso a la instauración de ciertos estilos de vida, ya que, por ejemplo, dormir mal se asocia a desayunar mal y a un mal rendimiento escolar, u otro ejemplo claro es la relación entre vida sedentaria y tener ansiedad, o la asociación positiva encontrada de hacer ejercicio físico y cuidar la alimentación. Cabe añadir, que la asociación cultural de este grupo de edad que tiene sobre los estilos de ocio-diversión y su relación con el consumo de alcohol y/o drogas es también uno de los problemas de salud más importantes, ya que puede conllevar a riesgos de un tipo u otro, como es el caso de los riesgos de actividad sexual sin protección o accidentes (López, 2015).

Desde el punto de vista psicológico y social, se destaca la cuestión de la figura corporal y el valor de la imagen en la sociedad, la influencia de nuestra cultura propone modelos de belleza muy exigentes, que generan incomodidad a la mayoría de personas, y con ello problemas significativos a una parte importante de la población, como podría ser al grupo vulnerable de los adolescentes, quienes de manera concreta ejercen una mayor presión con la finalidad de provocar en ellos el deseo de querer

cambiar y perseguir la supuesta belleza, llevándoles al consumo de productos de cosmética o haciéndoles querer cambiar características corporales. Todo ello, con el riesgo de sufrir ciertos problemas de tipo comportamental, como, por ejemplo, la anorexia, la bulimia, u otros trastornos de tipo conductual social ligados a la sociedad de consumo y presión publicitaria y cultural en el seguimiento de un modelo de conducta y apariencia. Pero, de igual manera, a la inversa esto puede causar un efecto positivo, ya que el hecho de proponer unos valores de referencia adecuados, como el mantenimiento de un cuerpo saludable y una imagen adecuada, en relación a la higiene, por ejemplo, representarían un factor protector frente a estilos de vida inadecuados, en los que los jóvenes se sienten tan atraídos (López, 2015).

Desde el punto de vista mental, puede haber un gran abanico de posibles necesidades, entre ellas se encontrarían las relacionadas con sintomatología psiquiátrica y los problemas psicosociales y/o los problemas de aprendizaje derivados de la etapa escolar, pero se destacarían especialmente dos grandes problemas y necesidades frecuentes en esta edad como lo son el fracaso escolar y la falta de una interpretación positiva del sentido y las posibilidades de la vida (López, 2006; Salmerón y Rivero, 2013).

Por un lado, el fracaso escolar está asociado con una peor relación con los compañeros, profesores y padres, además de con niveles bajos de autoestima, con conflictos con profesores y padres, con el absentismo escolar, con el mayor riesgo de acabar teniendo amistades peligrosas y con la posibilidad de iniciar un camino de marginación. Es por ello, que en la adolescencia resulta fundamental prevenir el fracaso escolar, enfatizando en el propio análisis de las capacidades y dificultades de aprendizaje que se puedan estar presentando, sea cual sea el rendimiento escolar, haciendo hincapié en la aceptación positiva de los hijos y alumnos, no generalizando los efectos y buscando alternativas profesionales, si fuera necesario. Todo ello resulta esencial en la prevención de ciertos problemas, optando así por un desarrollo adecuado y saludable (López, 2015).

Por otro lado, la falta de sentido de la vida, junto a otros aspectos como por ejemplo el maltrato familiar o escolar, los sentimientos de soledad, la inestabilidad emocional, la desconfianza hacia los demás, entre otros; puede provocar sufrimientos emocionales y sociales que pueden favorecer el aislamiento, la depresión o incluso el suicidio (López, 2006). Otro de los riesgos asociados a este último posible problema de falta de sentido de la vida, son las fuentes de prejuicios, odios y violencia a esta edad, por esta razón la literatura incide en la importancia de fomentar durante la adolescencia la tolerancia y la aceptación positiva de las diversidades en un mundo diverso. Y de este modo, favorecer una construcción mental positiva de las relaciones de apego y amistad, una visión positiva del mundo, de las personas y sus relaciones, incidiendo en un sentido positivo de la vida y entusiasmo por vivir (López, 2015).

Desde el punto de vista emocional y afectivo, cabe destacar los riesgos asociados a la actividad sexual, como ahora embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, abusos sexuales, acoso (bullying), el sexismo, frustración y desengaños amorosos, entre otros. Se asocia el mal estado de ánimo o mal humor a las dificultades para expresar, comprender, compartir y usar socialmente bien las emociones como una de las deficiencias de inteligencia emocional más frecuentes que pueden perdurar hasta la edad adulta. De tal forma que esta falta de inteligencia emocional es generadora de problemas de comunicación e imposibilita la empatía, la regulación de las emociones, incluso se asocia con problemas en las relaciones sociales y futuras laborales, y con ello también un mayor riesgo de tener conductas violentas y/o conductas sexuales inadecuadas (López, 2006). A nivel afectivo, este se relaciona con el estilo de apego recibido, lo cual el presentar durante la adolescencia el sufrimiento de soledad, frustración, inseguridad personal son situaciones frecuentes en relaciones de estilo de apego inadecuado. Se reconoce que, para construir una correcta y adecuada autoestima y sentimiento de valía personal en esta etapa de la vida donde se está formando una identidad adulta, y se puedan establecer las primeras relaciones íntimas y amorosas ya en la adolescencia y continuar en la vida adulta de un amanaera sana y segura en necesario cuidar el estilo de apego, como factor protector para evitar ciertos problemas a este nivel (López, 2015).

Uno de los aspectos más importantes que se deber dar lugar en la educación familiar y escolar durante esta etapa es la necesidad de aprender a resolver conflictos entre padres e hijos, pero también entre profesores y alumnos. Y de la misma manera aprender a cuidar, por ello, que se recomienda exigir al adolescente colaboraciones y responsabilidades adaptadas a su edad para que aprendan a cuidar, evitando posibles casos de hábitos egoístas y de abuso en la actitud y comportamiento hacia sí mismo y hacia los demás. Además de fomentar una educación hacia la solidaridad, el compromiso con la familia, la escuela y la comunidad. Todo ello, conducirá a convertir al adolescente en un ciudadano responsable y solidario que, además, por cierto, será más feliz desde el punto de vista emocional y afectivo. Cabe puntualizar que, para aprender a resolver conflictos en la vida, el sistema de disciplina familiar/escolar es necesario, pero este hay que entenderlo como la formación para la autonomía como un fin, y no por ello renunciar a la asimetría educativa en estas edades, lo que implica no perder la autoridad de los padres ni educadores (López, 2006; López, 2015).

A nivel social, uno de los problemas más relevantes en nuestra sociedad actual, es la falta de participación de los adolescentes en las decisiones que les conciernen dentro de la familia, la escuela y la sociedad. Esto responde al estilo paterno-materno actual de protección frente a los hijos, de tratar a los adolescentes sin ninguna capacidad de gestión, de creer que no pueden decidir nada sobre su vida, etc. La literatura argumenta que la sociedad actual divide la vida de los adolescentes en dos tiempos, un tiempo de comodidad donde en la familia todo se da y un tiempo de sufrimiento

de deberes y evaluaciones escolares, y en última instancia se habla de un tiempo de ocio, que éste sí, es conquistado por ellos mismo y que a menudo se convierte en tiempo de locura, desahogo y conductas de riesgo, donde él es el único que decide y opina. Por suerte, la mayoría de adolescentes no son problemáticos ni tienen problemas serios ni sufrimientos graves, pero de igual manera se hace necesario un cambio en la sociedad (López, 2015), donde se reconozca al adolescente con mayor capacidad para la toma de decisiones y donde este se incluya de manera más precoz y gradual en la toma cotidiana de decisiones en temas que le conciernen.

Sin duda, la adolescencia, es un periodo de la vida del que se puede esperar lo mejor, entre otros motivos porque el sentido de justicia alcanza su punto más álgido, y se suma la mayor capacidad para razonar y exigir llenos de ilusión un mundo mejor, más justo, más igualitario y más fraternal (López, 2006; López, 2015). Debe ser responsabilidad y un deber de los padres, profesores, profesionales de la salud, y en general de todos los adultos, escuchar este clamor entre los adolescentes y aprovechar su energía típica de esta edad para su inclusión en proyectos sociales.

### **2.2.2 Modelo de atención al adolescente**

En España, la atención a este grupo de edad por los equipos de atención primaria se establece hasta los 14 años, pudiendo llegar hasta los 16 en según qué comunidades autónomas, esto representa un pilar fundamental para establecer una confianza con los jóvenes quienes son visitados periódicamente desde días o semanas posteriores al nacimiento.

En general, los adolescentes son sanos y, además no tienen percepción de que sus conductas de riesgo lo son, por lo que no acuden a los servicios sanitarios salvo que lo necesiten verdaderamente; por ello, cualquier consulta debe ser aprovechada al máximo y, aunque inicialmente se atienda su demanda, debe ser aprovechada como consulta preventiva incluyendo según recomendaciones de la OMS la promoción y prevención de la salud propia del adolescente (Salmerón y Rivero, 2013).

La literatura recoge ciertas barreras que dificultan el acceso de los adolescentes a los servicios sanitarios, entre ellas se destaca la burocratización del sistema para acudir y citarse, y lo que ello implica en identificarse y explicar a varias personas el problema antes de llegar a la consulta, provocando de este modo vergüenza. También, se reconoce la falta de una adecuada atención por parte del profesional en relación al tiempo de dedicación, a la capacidad de escucha y de atención percibida e interés mostrado, entre otros. De la misma manera que la falta de conocimiento por parte del adolescente que no sabe a dónde acudir, lo que supone que no conocen al pediatra o enfermera que les lleva, y por tanto a una falta de confianza con el personal sanitario de referencia que a menudo lo asocian como confidentes de sus padres. Otra de las barreras descritas, es la tendencia a la infravaloración del adolescente de sus propios problemas y necesidades, generalmente debido a

su posicionamiento de omnipotencia e inmortalidad en el que a menudo piensa que a él estas cosas no le van a pasar, retrasando de este modo la consulta de sus potenciales problemas (Hidalgo, 2004).

En relación a todas las necesidades explicadas y características típicas de este grupo de edad puede provocarse ciertas complicaciones, algunas de ellas graves, que pueden determinar una peor calidad de vida al llegar a la adultez o incluso provocar una muerte prematura. Es evidente que ciertas conductas, comportamientos y estilos educativos y de relación durante la infancia y la adolescencia tienen una repercusión en la salud del paciente, sin olvidar el gran coste económico y social del tratamiento de estas complicaciones que son potencialmente evitables. No cabe duda, que el adolescente necesita una atención multi e interdisciplinar, donde participen diferentes profesionales para atender de manera correcta la complejidad de su mundo interior, y trabajar para conseguir establecer lazos de confianza donde el adolescente pueda depositar su confianza en un profesional, y este pueda encargarse de coordinar su atención, si es necesario (Salmerón y Rivero, 2013; Hidalgo, 2004)

Entre los principales riesgos para la salud que se registran para este grupo de edad a largo plazo se destacan el tabaquismo, el consumo de drogas y alcohol, la actividad sexual precoz y las alteraciones psicopatológicas, destacando como principal factor de riesgo la obesidad y el sedentarismo, seguido de los accidentes. Las patologías agudas del adolescente varían según el nivel de atención, siendo diferentes para atención primaria que para atención hospitalaria, y aunque los datos registrados sobre los motivos de consulta son escasos estos se relacionan con infecciones, problemas en la piel, alergias, gastroenteritis, lesiones, etc.; siendo la consulta por temas de sexualidad, drogas o problemas personales muy poco prevalente. No hay que olvidar que algunos adolescentes tienen patologías crónicas, tales como fibrosis quística, diabetes, asma o cardiopatías congénitas, entre otras, lo cual hace que además tengan otras necesidades de atención específicas (Turkel y Pao, 2007); pero gracias al avance de los nuevos tratamientos consiguen llegar a la edad adulta en muy buenas condiciones de salud, aumentando no solo la calidad de vida sino incluso la esperanza de esta. Pero, para este grupo concreto de adolescentes la atención debe ir más allá del control del tratamiento o sus complicaciones, debe centrarse en acompañar al adolescente durante todo su tránsito a la vida adulta para que la llegada a la siguiente etapa sea de la mejor manera posible minimizando el sufrimiento que esto puede derivar (Hidalgo, 2004). Algunos estudios apuntan que estos jóvenes tienen mayor riesgo que otros a tener exclusión social, acoso escolar, fracaso escolar, mayor depresión, problemas de tipo adaptativo, etc. (Salmerón y Rivero, 2013).

Un adolescente no es un niño grande o un adulto más pequeño, sino una persona con características y necesidades propias que requiere una atención diferente para atender su salud de manera integral, ello implica un enfoque de atención diferente (Hidalgo, 2004; Salmerón y Rivero, 2013; Turkel y Pao,



2007). Existen diferencias entre la asistencia pediátrica y la asistencia al adulto, mientras que la primera se orienta a la familia y se considera aspectos clave del desarrollo, con un cariz más paternalista que requiere de más supervisión y ayuda individualiza con el tratamiento, la otra se enfoca de manera exclusiva en el propio individuo, centrándose específicamente en su enfermedad, con una menor supervisión y con un estilo nada paternalista, dejando participar al propio paciente en la toma de decisiones y aceptando el rechazo posible por parte del paciente a ser tratado (Turkel y Pao, 2007). Debido a estas grandes diferencias entre los modelos de atención que se dan actualmente, resulta necesario realizar una transición de un modelo a otro, que repercutiría de manera clave en la atención del adolescente, quien en ocasiones sufre el cambio de modelo de manera repentina.

Por el momento, y desde el año 2013 como punto clave del Plan de Infancia y Adolescencia 2013-2016 aprobado por el gobierno español se está dando atención al adolescente en las unidades pediátricas de los hospitales de manera específica hasta los 18 años de edad. A parte de este gran cambio, fueron incluidas otras grandes medidas en este plan como, por ejemplo, reforzar la protección del menor ante casos de violencia, elevar la edad de consentimiento sexual a los 16 años, homogeneizar la edad de acceso de alcohol a los 18 años, entre otras actuaciones y acciones orientadas para alcanzar el máximo desarrollo de los derechos a la salud pública y de la adolescencia (MSSSI, 2013).

El aumento de la edad pediátrica en la atención, responde al objetivo de asegurar una transición adecuada garantizando un cuidado médico de alta calidad sin interrupción, dicha medida obedece a una demanda creciente no solo por personal sanitario del área pediátrica sino sobre todo por parte de familias de niños con enfermedades crónicas, quienes se sienten desamparadas ante tal cambio. Cabe puntualizar, que la transición a la vida adulta no es un evento puntual, sino es un proceso gradual y dinámico, lo cual implica tener que adaptarse a las necesidades que esto conlleva, por tanto, traspasar a un adolescente de 14 años al modelo adulto, en pleno momento de cambio y crisis de desarrollo sin haber concluido su crecimiento y todos los cambios inherentes a su etapa evolutiva puede conllevar que se pierda el seguimiento, la adherencia al tratamiento y también que aumente el número de ingresos del paciente por una mala gestión de la misma (Hidalgo, 2004).

Aunque a priori se puede pensar que un modelo de atención a la transición podría beneficiar únicamente a niños con necesidades especiales, es de suponer que todo y que hay menos estudios para adolescentes sanos, estos también podrían beneficiarse del cuidado propio a estas edades. Son diversos países como EEUU, Reino Unido, Chile o Argentina quienes llevan años realizando programas de transición. Los principios que rigen estos programas se basan en que estos deben ser un proceso planificado y organizado en el tiempo para la detección de posibles factores de riesgo en relación a

recursos educacionales o médicos que puedan derivarse del cambio (Salmerón y Rivero, 2013; Turkel y Pao, 2007):

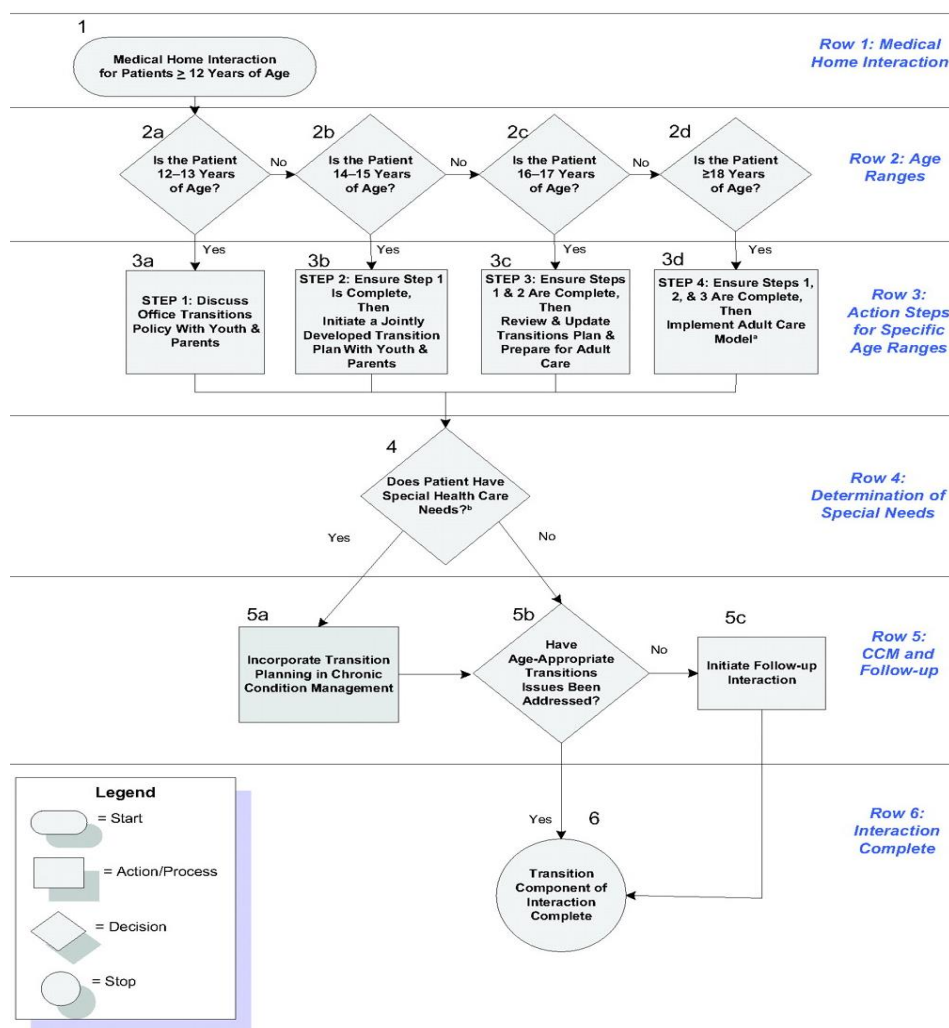
- Planificación del momento de la transición con el fin de reafirmar las capacidades del niño/adolescente implicándolo en la toma de decisiones con responsabilidades, lo cual implica un proceso de preparación que se debe de planear;
- Adaptación de manera flexible a los tiempos requeridos por el paciente para ir logrando el desarrollo de su capacidad de autonomía, reconociendo por parte de los profesionales cuándo el paciente ya es capaz de autocuidarse para “dejarlo ir”;
- Y, una coordinación con el equipo de adultos para garantizar el éxito del tránsito de una manera independiente como adulto en la sociedad.

Como ya se ha dicho, la transición es un proceso, y en él se distinguen tres etapas diferenciadas, una primera etapa inicial que marca el momento en que se toma la decisión a empezar la preparación para la transición, una etapa intermedia que el paciente, familia y personal implicado ya están preparados para iniciar todo el proceso y sus pasos implicados, y una tercera y última etapa que se da cuando el adolescente o adulto joven, no solamente es transferido a un servicio de adultos sino cuando participa activamente de su cuidado y de la toma de decisiones (Salmerón y Rivero, 2013; Turkel y Pao, 2007, AAP et al, 2011).

La Academia Estadounidense de Pediatría (*American Academy of Pediatrics-AAP*), en su modelo de transición de la atención de la salud (*Health care transition*) diseñó un algoritmo conformado por varias etapas para lograr materializar una transición adecuada, como puede verse en la figura 2. En su modelo este algoritmo proporciona una rama de directrices genéricas para la transición de los jóvenes con necesidades especiales de atención de la salud que requieren una gestión diferente de los jóvenes sanos a partir de los 12 años; pero no obstante dicho modelo podría ser adaptado para población sana, en la cual dicho proceso se daría de forma más fácil, pero asegurando el tránsito a la atención adulta de manera correcta. Este tipo de recursos, sirven de guía para todos los agentes implicados en la transición del menor. En primera instancia el algoritmo propone una identificación de las necesidades especiales de atención para preparar dicha transición con la familia y el paciente, viene a ser una primera toma de contacto (*Row 1: Medical Home Interaction*). En segundo lugar, ayuda a los profesionales de la salud encargados de llevar a cabo dicha atención a desarrollar una práctica específica en relación al rango de edad en el que se encuentra el paciente para iniciar el plan específico de tránsito en la próxima visita (*Row 2: Age Rangers*). En tercer lugar, propone los cuatro pasos de acción principales durante el proceso, estos deben darse de manera lineal, uno detrás de otro. Los tres primeros pasos sientan las bases para el último, ya que el cuarto paso prepara al joven para la transferencia a un modelo de atención de adultos. Con independencia de la edad que se

inicie el tránsito el modelo aconseja que siempre se den estos cuatro pasos (*Row 3: Action Steps for Specific Age Ranges*). En cuarto lugar, plantea si hay necesidades especiales a tener en cuenta, pues el proceso de transición puede ser más sencillo o complicado en función de las necesidades que el paciente tenga. Es fundamental que el profesional encargado se asegure y aborde cualquier necesidad para una transición lo más suave posible (*Row 4: Determination of Special Needs*). En quinto lugar, se incorpora la transición y se asegura el seguimiento del manejo de las condiciones crónicas (o agudas según el caso) que le conciernen al paciente. En este paso se asegura si tiene la edad apropiada, si tiene las competencias adquiridas, entre otros aspectos relacionados con tener todos los recursos bien coordinados. Y además se establece el tipo de seguimiento a hacer (*Row 5: Chronic Condition Management (CCM) and Follow-up*). Y en sexto y último lugar, indica que el proceso de transición se ha completado que ello no implica que el personal encargado no continúe prestando atención en coordinación con el equipo de adultos (*Row 6: Interaction Complete*) (AAP, 2011).

**Figura 2.** Algoritmo de la transición del cuidado al modelo adulto



Fuente: Health care transition-planning algorithm. American Academy of Pediatrics et al, 2011.

### 2.2.3 Concepto de salud y sus determinantes

A lo largo de la historia se han ido definiendo distintos conceptos de salud, y aunque el concepto clásico de salud conocido durante mucho tiempo se basaba en términos negativos, haciendo referencia a la salud como la ausencia de enfermedades e invalideces, actualmente dicha definición esta descatalogada ya que no corresponde a la realidad y no es operativa, y, asimismo por tres razones más fundamentales: una porque era necesario trazar el límite entre lo normal y lo patológico, lo cual no siempre es posible, dos porque los conceptos de normalidad varían con el tiempo y por tanto lo que se considera normal en un momento dado puede que en otra época posterior no lo sea, y tercero porque las definiciones negativas no son útiles en las ciencias sociales (Piedrola, 2015; (Gavidia y Talavera, 2012).

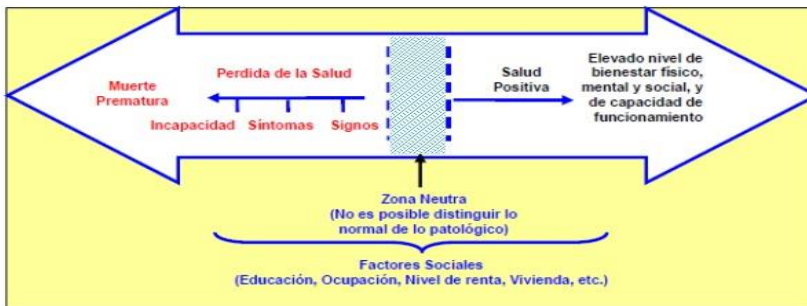
En 1946 la OMS en su carta magna definió la salud como "*el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*". Por primera vez la salud se definía en términos positivos, y por tanto la salud ya no era la ausencia de enfermedades sino un completo bienestar. Y además no solo se refería al área física del ser humano, sino que se incluían las áreas mental y social. No obstante, esta definición también fue criticada por equiparar el bienestar a la salud, lo cual no siempre es verdad; también por considerarse una definición estática, y no considerar que existen distintos grados de salud y por tanto conceptualizar la salud como algo dinámico, y en última instancia por ser una definición subjetiva, y no hablar del aspecto objetivo de la capacidad de funcionar (Piedrola, 2015).

La idea de salud como expresión de equilibrio siempre ha estado presente completando el concepto de oposición a la enfermedad. Con ello se pretendía buscar el equilibrio del propio organismo con todos los agentes que intervienen en la vida. De esta reflexión hace que Dubos (1967) indique que la salud es "*el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en dicho medio*". Con esta nueva definición este autor incorpora una gran importancia al medio ambiente y entiende la salud como el equilibrio que existe entre el individuo y su entorno, de forma que cuando éste se altera o se rompe dicho equilibrio se produce la enfermedad. Dubos, en su teoría ecológica de la enfermedad, sostiene que el hombre nunca se verá libre de ella, porque debe adaptarse continuamente a la situación crítica de un entorno cambiante. De esta forma, en toda situación de enfermedad hay una parte de salud y viceversa, en la salud siempre existe un punto de enfermedad (Gavidia y Talavera, 2012).

Años más tarde, Milton Terris (1975) enfatizó en esta tercera dimensión social de la definición de salud y creyó que debía eliminarse la palabra "completo" de la definición de la OMS; y para él la salud tenía dos aspectos, uno subjetivo y otro objetivo. Por ello, este define la salud como "*un estado de*

*bienestar físico, mental y social, con capacidad para funcionar y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad*" (Gavidia y Talavera, 2012). Cabe decir que no se tardó en criticar y mejorar esta definición, y apuntar hacia un concepto de salud dinámico, entendido como "el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos los individuos" (Salleras, 1986). Salleras Sanmartí, aportó luz en relación a las dimensiones de la salud, incorporando la salud espiritual y emocional a la mental, físico y social entendida hasta el momento; por otro lado, definió el proceso salud-enfermedad (ver figura 3), cuyos extremos son el óptimo de salud por un lado y la muerte por el otro, existiendo una zona neutra no bien definida considerando lo normal y lo patológico, difícil de precisar. Ello aporta que tanto la salud como la enfermedad no son estáticas, sino dinámicas, y por tanto existen distintos niveles de salud y distintos niveles de enfermedad. Y, apunta que el hecho de que se alcance un elevado nivel de salud o la muerte prematura está muy relacionado con las condiciones sociales del individuo, como lo son la educación, la vivienda, la ocupación, el nivel de renta, etc. (Piedrola, 2015).

**Figura 3.** Proceso salud-enfermedad.



Fuente: Medicina Preventiva y Salud Pública. Piédrola 2015 (Adaptado del modelo Salleras, 1986)

Con el desarrollo de la conceptualización de la salud, se planteó el estudio de los determinantes de la salud como un conjunto de factores personales, sociales, culturales económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones. Y aunque existen diferentes modelos posibles para intentar explicar los determinantes de la salud, entre ellos se destaca el desarrollado por el ministro de sanidad de Cánada, Mark Lalonde, en 1974. Este analizó los determinantes de la salud y construyó un modelo teórico holístico que ha pasado a ser clásico en salud pública, el esquema de Laframboise. Según este modelo el nivel de salud de un individuo está determinado e influido por factores endógenos y exógenos (Piedrola, 2015), y todos ellos actúan sobre él. Son los siguientes cuatro grupos de determinantes:

- *Biología humana*: estos factores están ligados a la biológica en tanto que influye en la aparición de enfermedades. Estos factores son: el sexo, la raza, la edad, la carga genética,

la constitución, el desarrollo y envejecimiento. Este grupo son los considerados con menor capacidad de modificación. Sé sabe que hay enfermedades que son más frecuentes en hombres que en mujeres, o en negros que blancos, o en la edad pediátrica en lugar de la ancianidad, así como muchas enfermedades que vienen determinadas por nuestro código genético (Laframboise, 1973; Piedrola, 2015).

- *Medio ambiente:* el agua, el aire, el suelo y el medio ambiente pueden provocar enfermedades si están contaminadas. Esta contaminación puede ser provocada por factores de naturaleza física (como el ruido, las vibraciones, los ultrasonidos, las radiaciones...), química (producidos por fuentes naturales como volcanes e incendios, o procedentes de fuentes antropogénicas como la industria y la contaminación urbana y doméstica), biológica (como las enfermedades transmisibles producidas por microorganismos que se hallan en medio ambiente, como bacterias, hongos, virus o protozoos. Y puede ser a través de aire, agua, alimentos, etc) y/o social (producida por influencias psicológicas y socioculturales que ejerce el medio sobre la salud, como la competitividad, la masificación de gente en las ciudades, etc) Por tanto, la teoría de Lalonde explica que el control de sus efectos reduce la proporción de enfermedad y mortalidad. (Laframboise, 1973; Piedrola, 2015).
  
- *Estilos de vida:* Esto es referido al comportamiento y manera de vivir, por ejemplo, al consumo de drogas legales tales como el tabaco, el alcohol, y algunos fármacos que son causantes de enfermedades y se les atribuyen gran parte de accidentes de tráfico y laborales, y también causa de mortalidad. La falta de ejercicio, que lleva a una situación de sedentarismo, y con ello la aparición de enfermedades y agravamiento de ciertas otras. Situaciones de estrés (ya que este modifica ciertas funciones fisiológicas del organismo, y porque este deprime el sistema inmunológico humano, favorece el desarrollo de procesos infecciosos, entre otros), promiscuidad sexual (aumentado el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, y con ello el diseminarlas), conducción imprudente (este es motivo de algunos accidentes por conducir sin cinturón, a una velocidad inadecuada, bajo los efectos del alcohol, etc.), mala utilización de los servicios de asistencia sanitaria (en relación al no sacar provecho a una asistencia de calidad, y por tanto no consultar por algún sufrimiento o consultar tarde, o no acudir a las revisiones, o no cumplir con las prescripciones terapéuticas, entre otros) y la nutrición (bien por consumo excesivo o bien por déficit de algunos grupos alimentarios) (Laframboise, 1973; Piedrola, 2015).
  
- *Sistema de asistencia sanitaria:* en relación a la calidad, gratuidad, cobertura y acceso a ella. Por ejemplo, el disponer de personal cualificado, tener instalaciones y equipamientos

adecuados; o el tener que pagarla o no, y con ello acceder más rápido y fácilmente. El acceso en zonas rurales o zonas alejadas, contar con las posibilidades de atención a tiempo (Laframboise, 1973; Piedrola, 2015).

En el momento actual se considera que casi todos los factores que integran los determinantes de salud, a excepción de la biología humana, son modificables. Los estilos de vida se tratan de comportamientos que actúan negativamente sobre la salud, a los que el hombre se expone voluntariamente y sobre los que podría ejercer un mecanismo de control. Es el grupo que más influencia tiene en la salud según el propio modelo de Lalonde (Laframboise, 1973). Numerosos estudios efectuados en Estados Unidos y Europa después de la aparición del informe Lalonde han confirmado la importancia de los estilos de vida como determinantes de la salud en los países desarrollados y la existencia de una distribución sesgada de los recursos hacia la asistencia sanitaria. Dichos estudios proponen dedicar un mayor porcentaje de los recursos a la prevención y la promoción de la salud, con el fin de corregir el importante sesgo observado entre las prioridades marcadas por la epidemiología y la distribución de los recursos monetarios de la salud mencionados en el informe Lalonde (Piedrola, 2015).

- La salud pública

Dicho concepto ha variado también a lo largo de la historia, y en función de la complejidad de la época vivida. Por todo ello hace que haya diferentes y múltiples maneras de definirla y actuar sobre ella. La primera que se registra data de los años 20, Winslow propuso una definición como "*la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud mediante el esfuerzo organizado de la comunidad*" (Hernández-Aguado, 2011). Esta definición incluye la mayor parte de los elementos de la salud pública que hoy en día conocemos, y a pesar de haber sido dada hace casi 100 años, su énfasis está dirigido hacia la enfermedad incorporando la dimensión social de la salud y la naturaleza colectiva de la actuación de la salud pública.

A lo largo de los años se han ido proponiendo diferentes definiciones intentando mejorar las últimas y a su vez simplificar su significado; en 1991 Piédrola Gil amplió el campo de actuación de la salud pública incorporando de manera específica el área de la restauración de la salud, definiendo la salud pública como "*la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a proteger, promover y restaurar la salud de los habitantes de una comunidad*". Un año más tarde, Milton Terris en 1992, determinó cuatro áreas básicas para la práctica de la "nueva" salud pública, entre ellas se encontraba la prevención de la enfermedad no infecciosa, la prevención de la enfermedad infecciosa, la promoción de la salud y la mejora de la atención médica y rehabilitación. Terris actualizó la definición dada hasta el momento como "*el arte y la ciencia de prevenir la enfermedad y la*

*incapacidad, prolongar la vida y promover la salud física y mental mediante esfuerzos organizados de la comunidad”* (Hernández-Aguado, 2011; Piedrola, 2015).

Cabe decir que en los últimos años, y a través de diferentes organizaciones de la salud a nivel mundial, se ha mejorado el sentido y labor de la salud pública, tal y como hoy la conocemos se define como *“la práctica social integrada que tiene como sujeto y objeto de estudio, la salud de las poblaciones humanas y se le considera como la ciencia encargada de prevenir la enfermedad, la discapacidad, prolongar la vida, fomentar la salud física y mental, mediante los esfuerzos organizados de la comunidad, para el saneamiento del ambiente y desarrollo de la maquinaria social, para afrontar los problemas de salud y mantener un nivel de vida adecuado”* (Hernández-Aguado, 2011).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2000 en coordinación con la OMS definió once funciones esenciales de la salud pública, describiendo así las competencias y acciones que debían los sistemas de salud alcanzar para el desempeño central de la salud pública y su cometido de mejorar la salud de las poblaciones. Este instrumento permite a los países realizar una autoevaluación de sus capacidades para ejercer la salud pública. Entre las 11 funciones esenciales se encuentran las de promoción de la salud, las de desarrollo de políticas, planes y capacidad de gestión, la de regulación y fiscalización en salud pública, las de vigilancia y monitoreo y análisis de la situación de la población, entre otras. De manera que todos los países puedan dar una cobertura equitativa, el instrumento diseñado sigue una estructura determinada en la que se recoge no solo la definición de esa función en concreto sino indicadores específicos de medición, así como unas guías de procesos estándar de actuación (OMS y OPS, 2001).

De manera más concreta sobre algunas de las actividades de la salud pública que se reconocen hoy en día (ver tabla 1), estas tienen que ver con las áreas aportadas por Terris en 1992; con el paso de los años y gracias al avance en diferentes estudios relacionados con la materia, se han identificado de manera clave cuatro estrategias fundamentales para la salud pública: la protección de la salud, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la restauración de la salud.



**Tabla 1.** *Actividades de la Salud Pública*

Área de actuación	Actividades
Protección de la salud	Acciones que inciden en el: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Saneamiento ambiental (vigilancia y control de agentes físicos, químicos y biológicos), calidad del agua, contaminación atmosférica, etc.</li> <li>- Control de la calidad de los alimentos.</li> <li>- Inspecciones, recogidas de muestras, etc.</li> <li>- Control de calidad de medicamentos.</li> <li>- Seguridad en el trabajo y el transporte.</li> </ul>
Promoción de la salud	Acciones que intentan: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomentar la salud de los individuos y colectividades.</li> <li>- Promover la adopción de estilos de vida saludable.</li> <li>- Llevar a cabo intervenciones de educación sanitaria a través de medios de comunicación de masas, en escuelas y en atención primaria.</li> <li>- Atender a toda la comunidad que no tiene recursos necesarios.</li> <li>- Permitir el ejercicio efectivo de los estilos de vida saludables y la participación en la toma de decisiones que afecten a la salud de los ciudadanos.</li> </ul>
Prevención de la enfermedad.	Medidas encaminadas a: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Limitar el progreso de la enfermedad, en cualquier estadio de su desarrollo.</li> <li>- Reducir probabilidades de aparición de enfermedades.</li> <li>- Interrumpir o enlentecer la progresión de una enfermedad.</li> <li>- Aplicar intervenciones de prevención primaria, secundaria y terciaria.</li> </ul>
Restauración de la salud	Consiste en: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar actividades para recuperar la salud en caso de pérdida.</li> <li>- Responsabilizar a los servicios sanitarios de sus funciones en esta área.</li> <li>- Desplegar la atención necesaria en primaria y hospitalaria.</li> </ul>

Fuente: Adaptado de Hernández-Aguado, 2011

#### 2.2.4 Las conductas relacionadas con la salud

El *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) o Estudio sobre las conductas saludables de los jóvenes escolarizados es un proyecto promovido y subvencionado por la OMS en el que participan más de 40 países occidentales, entre los cuales se encuentra España. En el marco de este proyecto, cada cuatro años se realiza una recogida de datos con el objetivo principal de obtener una visión global de los estilos de vida de los adolescentes y, con ello disponer así de herramientas útiles para el debate sobre la promoción de la salud en esta población. La recogida de datos es relativa a diferentes ámbitos: relaciones familiares, relaciones con los iguales, contexto escolar, ajuste psicológico, alimentación y dieta, consumo de sustancias y actividades sedentarias.

A continuación, se presentan algunos de los datos del último proyecto llevado a cabo en 2014, que fueron publicados en el 2016 (MSSSI, 2016). Destacar que participaron las 17 comunidades autónomas, y al menos 1500 chicos y chicas de la edad diana que aborda el estudio internacional (11, 13 y 15 años), asimismo también participaron sujetos con las edades de 12, 14 y 16 años y también el grupo de edad de 17-18 años que, aunque no están contempladas en el protocolo

internacional, han sido incorporadas como opción nacional, para el caso de España. Finalmente apuntar que, el número de participantes global fue de 31.058 adolescentes con edades comprendidas entre los 11 y los 18 años; y, el número total de colegios participantes del estudio fue de 402 (entre públicos, concertados y privados).

La muestra del estudio en España, estaba compuesta en igual de proporciones para ambos sexos (un 49'9% de chicos y un 50'1% de chicas), un 60'8% de la muestra española residía en zona urbana, y un 66% de estos pertenecían a alumnos de centros públicos. Y aunque hay una representación de todas las comunidades más o menos por igual, las comunidades con más representación fueron Cataluña y Extremadura con una aportación del 8'6% de la muestra cada una, situando a Canarias, Madrid, La Rioja, Ceuta y Melilla como las comunidades con menos representación de la muestra en el estudio (MSSI, 2016).

Otro dato a tener en cuenta, son los cursos con mayor representación, estos fueron los cuatro cursos de la ESO juntamente con el 5º y 6º curso de primaria. Destacar que prácticamente el 90% de la muestra total había nacido en España, y del 10% restante la nacionalidad más representada era la Latinoamericana con un 45% de los casos.

#### Algunos datos relevantes del informe de salud por ámbitos (MSSSI, 2016):

##### *Alimentación:*

- La cantidad de días entre semana que desayunan los adolescentes actuales si sitúa en cinco días de la semana para el 73%, aunque cabe destacar que un casi 14% nunca desayuna entre semana. En relación a los fines de semana, el 85% habitualmente desayuna los dos días.
- Por lo que hace al consumo de frutas, solo un 30% reconoce consumir frutas entre 2 y 4 días a la semana, y solo un 16% dice hacerlo todos los días, más de una vez.
- En relación al consumo de patatas fritas y aperitivos de tipo salado, el 33% lo consume de 5 a 6 días a la semana, de igual modo que las veces que comen verduras o vegetales. Al preguntar por la cantidad de caramelos y chocolate que consumen a la semana, prácticamente un 23% lo consume menos de una vez a la semana o una única vez a la semana.
- Casi un 13% de los adolescentes dicen beber todos los días algún refresco con azúcar.
- El consumo de carne se sitúa para un 44% entre 2 y 4 días a la semana y casi un 30% de los adolescentes dicen consumirla entre 5 y 6 días, mientras que el pescado se sitúa para un 30% de los jóvenes como consumo una vez a la semana y para un 39% entre 2 y 4 días a la semana.

- Solo un 35% dicen consumir lácteos y leche cada día, y un 25% consumen cereales de tipo pan, arroz o pasta todos los días, más de una vez.
- Cabe destacar que el 28% de los adolescentes desayunan todos los días con alguno de sus padres, un 26% reconoce hacerlo uno o dos días a la semana, aunque hay un 21% que indica que nunca desayunan con ellos. En relación a la cena, el 64% dice hacerlo todos los días con los padres. Y con respecto a quedarse a comer en el instituto casi el 84% dicen que nunca comen en el comedor.
- En el momento de pasar la encuesta, los jóvenes en un 54% de los casos no seguían ninguna dieta, y consideraban que su peso era correcto, al preguntar si deberían ganar algo de peso se observan diferencias entre sexos, un 12% de los chicos consideraba que no frente al escaso 6% en las chicas.

#### *Higiene buco-dental:*

- En relación a la frecuencia con la que se cepillan los dientes, un 65% reconoce hacerlo más de una vez al día; un 27% dice hacerlo por lo menos una vez al día, y aunque es minoría resulta impactante comprobar que todavía a día de hoy un 5% dice hacerlo al menos una vez a la semana, pero no diariamente.

#### *Horas de sueño:*

- Entre semana, el grupo de edad que más duerme es el de 11-12 años con 9'1 horas de media, el grupo de 13-14 años duerme una media de 8'3 horas, y los grupos de 15-16 años y 17-18 duermen 7'8 y 7'5 horas de media respectivamente. Para los fines de semana, todos los grupos aumentan las horas de sueño, pudiendo alcanzar las 10 horas para el grupo de edad más joven (de 11 a 12 años).

#### *Actividad física y conductas sedentarias:*

- Un 24% de la muestra del estudio reconoce sentirse activo durante al menos una hora al día durante los siete días de la semana, aunque un 15% dice hacerlo solo en tres, en cuatro y en cinco días a la semana respectivamente.
- Un 33% realiza un deporte 2 o 3 veces a la semana en su tiempo libre.
- Los que más tiempo dedican al día a ver la televisión u otros entretenimientos en una pantalla (Tablet, móvil...) son el grupo de edad de los 13 a los 18 años, en una media de más de 2'6 horas al día. De la misma manera que ocurre para los juegos de ordenador y videoconsolas, que se sitúa en una media de 2 horas al día para la edad de 15-16 años. Cuando les preguntan por las redes sociales, la media de horas es de prácticamente 4 horas al día para

los grupos de 15 a 18 años. Para los más jóvenes, de 11 y 12 años es de 1'5 horas y para los de 13 y 14 años es de 2'4 horas al día.

*Consumo de sustancias:* En relación a la edad de inicio, la edad media para ambos sexos es de 13'8 para el alcohol, aunque la edad media de emborracharse son los 14'7. Para fumar por primera vez tabaco son los 14 años, y en el caso del cannabis se sitúa en 14'9 años. Sin grandes diferencias significativas entre sexos.

- En relación al tabaco, un 97'7% de los jóvenes entre los 11 y 12 años dice no haber fumado nunca, frente al 53% del grupo de edad a los 17-18 años. De manera global, sin clasificar por edad, solo un 77% de la muestra dice no haber fumado nunca. De manera más concreta un 4% dice haberlo hecho durante todos los días durante el último mes. El 88% dice no fumar en la actualidad, y solo un 5'4% de la muestra reconoce hacerlo todos los días.
- En relación al alcohol, el 53% de manera global dice no haber bebido nunca. Por edades, el grupo de 11-12 años dice no haber bebido nunca en el 90% de los casos, mientras que para el grupo de 17-18 años solo un 17% dice no haberlo probado nunca. En referencia al último mes, de manera global un 16% dice haberlo probado un par de días frente al 72% que dice que nunca, con mayor representación entre los 11-12 años. Al preguntar por el tipo de bebida, un 75% dice no haber probado la cerveza y un 83% dice no haber probado el vino nunca; un 15% dice haberlo probado alguna vez, tanto para cerveza como vino. Mientras que, al preguntar por el consumo de licores, hay un 11% que dice hacerlo cada mes de manera habitual, un 22% alguna vez ocasional y un 63% no beber nunca.
- Un 73% dice no haberse emborrado nunca en su vida, frente a un 9% que dice haberlo hecho una vez, un 7% dice haberlo hecho de 2 a 3 veces en su vida, y en un 5% haberlo hecho más de 10 veces en su vida. Del grupo de edad de 17-18 años solo un 39% dice no haberse emborracho nunca.
- En relación al cannabis, el 68% dice no haberlo tomado ningún día, aunque hay un 11% que dice haberlo probado uno o dos días. Aunque no se registran datos para los grupos de 11 a 14 años, cabe puntualizar que casi un 6% de los jóvenes entre 15 y 16 años ha tomado cannabis en más de 30 ocasiones en su vida, y un 12% en el grupo de 17-18 años. Al preguntar por otro tipo de drogas, como éxtasis, pastillas, u otras, un 96% dice no haberlas tomado nunca en su vida incluso para el grupo mayor de 17-18 años.

*Conductas de riesgo:* a la hora de preguntas sobre ciertas conductas, como irse sin pagar, o realizar pequeños hurtos, o coger dinero sin pedir permiso de alguien de la familia, o haber pintarrajeado en

algún edificio, o haber destrozado o roto a propósito cosas, etc. prácticamente el 90% (en algunos casos un poco más) no lo ha hecho nunca en todas las franjas de edad.

*Conducta sexual:*

- Un 64% de la muestra dice que no ha mantenido relaciones sexuales completas frente a un 36% que si lo afirma. Cabe puntualizar que no hay diferencias entre sexos, y que por grupo de edad el 78% de entre 15 y 16 años dice que no ha mantenido ninguna relación frente al 50% que dice que si de entre los 17 y 18 años (para los 11 a los 14 años no hay datos registrados).
- La media de personas con las que han mantenido relaciones es de 2'2 para el grupo de 15-16 años y 17 -18 años. Siendo la media más alta para chicos (situada en 2'6 personas) que para las chicas (de 1'8 personas).
- De los que han mantenido relaciones, un 70% dice utilizar preservativo, el 30% restante se sitúa sin grandes diferencias entre píldora anticonceptiva, marcha atrás y no utilizar ningún método.
- El 92% dice no haber estado o no dejar embarazada nunca a alguien.
- De manera global, un 22% de las chicas dice haber tomado en alguna ocasión la píldora del día después frente a un 66% que dice no haberla tomado nunca.
- Para la edad de inicio en las relaciones sexuales se sitúa en un 30% para los 15 y 16 años, seguido de un 20% para los 14 años. Cabe destacar que el 0'6% de la muestra llega virgen a los 18 años. Y en un 3'4% de los casos dice haber empezado a los 11-12 años o menos.

*Violencia:*

- Un 84% dice no haber sido maltratado en el colegio o instituto en los últimos dos meses.
- Un 82% dice no haber participado en un episodio de maltrato, mientras que un 12% dice que haber sucedido en un par de ocasiones.
- El 20% reconoce que en una o dos veces le han hecho daño insultándole o riéndose en los últimos dos meses frente a un 70% que dice que eso no ha ocurrido nunca.

*Familia:*

- Al preguntar a los jóvenes sobre cómo les resulta hablar sobre temas que les preocupan con los padres un 43'5% dicen que fácil y un 21% difícil. Por diferencias entre edades al grupo de 15-16 años es en un 7'4% el grupo que más difícil le resulta, frente al 37% de 11-12 años que les resulta muy fácil.
- Un 84'4% dice que sus padres saben mucho acerca de sus amigos, y solo un 1% dice que no saben nada.

- Un 90% opina que sus padres saben mucho acerca de dónde están después del colegio o instituto.
- En relación a dónde van por la noche un 78% dice que, si lo saben sus padres, frente a un 17% que dice que saben poco por dónde van.
- Un 50% de la muestra dice hablar muy a menudo con ellos acerca de cómo le va en las diferentes asignaturas, aunque el grupo que más habla con 60% es de 11-12 años.
- En relación a tener secretos para los padres, un 35% dice que no tiene y un 26% dice que alguna vez.
- El 48% dice no esconderle nada a los padres sobre lo que hacen por la noche y los fines de semana, frente al 10% que dice que lo hace muy a menudo.
- Al preguntar sobre la percepción de ayuda recibida por parte de la madre el 82% de los adolescentes dice que es casi siempre tanto como lo necesitan, el mismo porcentaje que opina que su madre es cariñosa. Los porcentajes cambian un poco al referirse a los padres.
- Un 33% opina que algunas veces si comprenden sus problemas y preocupaciones, y un 70% dice que casi siempre las madres consiguen hacerles sentir mejor cuando están tristes.
- Un 67% opina que la familia intenta ayudarlos de verdad, y un 62% opina que la familia está dispuesta a ayudarlos en la toma de decisiones.
- Con un 8'5 de media los jóvenes del estudio están satisfechos con las relaciones en la familia.

*Amigos:*

- Un 43% opina que puede contar con los amigos cuando las cosas van mal, un 50% dice que con los amigos comparte las penas y alegrías.
- Un 55% de los jóvenes dicen que pertenecen a un grupo de amigos que no fuman frente a un 17% que dice hacerlo a menudo.
- Un 40% de los amigos que tiene dicen que beben a veces alcohol, y un 52% dice no haberse emborrachado nunca.
- El 53% de la muestra su grupo de amigos realiza deporte de forma a menudo.
- Y en un porcentaje alto, un 71% el grupo de amigos al que pertenecen los jóvenes no se drogan.
- En un 20% casi nunca quedan con sus amigos fuera del colegio, un 21% lo hace un par de tardes a la semana, y en un 15% lo hacen una tarde o tres tardes.
- A la hora de salir, el 17% suele recogerse sobre las 20h, un 14% lo hace sobre las 21h, y solo un 10% lo hace a las 24h o pasadas; solo un 2'6% de los jóvenes lo hace de madrugada. Por grupo de edad los de 15-16 y 17-18 años son los grupos que más tarde se recogen.

*Tiempo libre:*

- Un 50% dice no realizar ninguna actividad deportiva organizada.
- Un 76% dice no realizar tampoco actividades de música y teatrales.
- Casi en un 88% de la muestra dice no participar en organizaciones políticas.
- Un 78% tampoco realizan actividades de tipo voluntariado.

*Escuela:*

- El 43% opina que su rendimiento es más bueno que el resto de sus compañeros y un 30% piensa que es el promedio, ósea del montón.
- Un 40% dice que le gusta un poco la escuela.
- Solo un 40% dice sentirse aceptado por los otros compañeros tal y como es, y con el mismo porcentaje dice ser aceptado por los profesores.
- Un 25% dice no saber si sus profesores se preocupan por ellos como personas. En relación a la confianza con los profesores un 32% dice no estar de acuerdo.
- En un 33% sienten que les agobia el trabajo escolar.

*Percepción de la salud:*

- Un 52% de los jóvenes opina que la salud que tiene es buena, y un 40% opina que es excelente.
- Un 30% dice estar satisfecho con su vida. Y, solo un 24% dice que de poder vivir de nuevo su vida no cambiaría nada.
- En un 28% dicen los jóvenes sentirse bien y en forma mucho y bastante durante la última semana.
- Un 43% dice haberse sentido triste durante la última semana en algunas veces.

## **2.3 LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

### **2.3.1 Concepto y metodología de la Educación para la Salud**

Conceptualmente hablando la educación para la salud (EpS) está fuertemente vinculada al concepto de promoción de la salud, del tal forma que se considera la educación como un medio para conseguir promocionar la salud. Cuyo propósito no es otro que modificar conocimientos y comportamientos en relación a la salud del individuo hacia un estilo de vida más saludable.

La EpS tiene en su poder la capacidad de mejorar la alfabetización sanitaria a través de oportunidades de aprendizaje creadas específicamente para ello, de tal forma que supone un método de comunicación destinada a mejorar el conocimiento de la población en relación a la salud y el desarrollo de habilidades personales que sin duda repercutirán en la salud individual y colectiva. Entre sus funciones no está solo la trasmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima tan necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud (OMS, 1998). Esto es así ya que los factores relacionados con los comportamientos de salud de mayor influencia se encuentran los factores personales como ahora los correspondientes al área emocional de la persona, como las creencias, actitudes, valores y sentimientos que sin duda inciden en la manera y estilos de vida de las personas.

La información que se trasmite mediante la educación es relativa no solo a las condiciones sociales, económicas y ambientales que influyen en la salud o al uso de los recursos sanitarios de manera adecuada, sino también a la que se refiere a los factores y comportamientos de riesgo en las conductas de los individuos. La EpS supone no solo comunicarse con el individuo o comunidad, sino implica una comunicación y desarrollo de las posibilidades organizativas de diversas formas de actuar dirigidas a lograr cambios a nivel social, económico y ambiental que favorezcan a su vez la salud de la población de manera general (OMS, 1998).

En contexto con la promoción de la salud, la salud es entendida como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económica productiva, pero no es el objetivo de la vida, sino que ésta puede ayudar en el desarrollo óptimo de la persona en el transcurso de su vida. Se trata de un concepto que pone énfasis en los recursos sociales y personales, así como en las aptitudes físicas. En este sentido, la EpS se trata de un proceso educativo dirigido fundamentalmente a potenciar, promover y educar aquellos factores que inciden directamente sobre la población en general y el ciudadano en particular. Pero, garantizando la inclusión de otros elementos, como ahora el entorno, que afectan también al individuo, de manera que se evite la acción exclusiva hacia la persona. Esto se debe a que, aunque se modifiquen favorablemente las actitudes y conductas de las personas, todo ello no se podrá mantener si estos factores externos no son favorables a esos cambios



(Tobón-Correa y García-Ospina, 2004). Algunos estudios en este campo, han demostrado que una actuación limitada al individuo no logra mantener conductas si los factores sociales no son favorables para ello, aún con una actitud positiva en este sentido. Tal proceso ayuda a los individuos y a los grupos a tomar conciencia de los problemas que pueden constituir una amenaza a su calidad de vida y los incita a crear y a reivindicar condiciones favorables a su salud.

A finales de los 80, Sommers planteó la definición más completa conocida en la que define la EpS como *"un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar, mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugna cambios ambientales necesarios para facilitar la consecución de estos objetivos y dirige la formación de los profesionales y la investigación hacia ellos"* (Sanchez-Gomez et al, 2008).

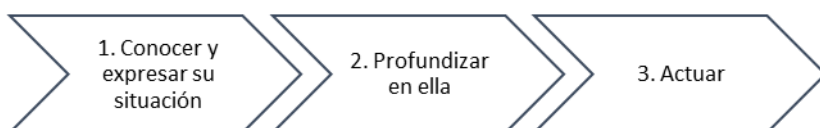
Como cualquier proceso, la EpS debe ser planificado y seguido de manera metódica, con tal de facilitar la fácil adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables, y con ello hacer difíciles las prácticas de riesgo (Costa, 2000). También integra una serie de aspectos que se deben tener en cuenta para establecer los objetivos a perseguir con ella: cambiar comportamientos y creencias, cambiar actitudes y valores, aumentar la habilidad para la toma de decisiones, cambiar comportamientos, establecer ambientes saludables, conseguir cambios sociales hacia la salud y favorecer la capacidad y el poder de individuos, grupos y comunidades (Sanchez-Gomez et al, 2008).

En este sentido la EpS es una estrategia fundamental para la promoción de la salud y promover comportamientos y estilos de vida saludables en la población (Costa, 2000). Cabe puntualizar que educar es más que informar, ello implica no sólo proporcionar informaciones referentes a un tema, lo que evidentemente es útil a la educación si no facilitar que las personas desarrollen capacidades que les permitan tomar decisiones conscientes y autónomas. Por ello educar tampoco es persuadir, ya que no se trata de que se lleven a cabo comportamientos definidos y prescritos por un experto sino dejar que las personas a través de sus recursos personales y habilidades puedan desarrollar las capacidades y comportamientos propuestos para una vida más saludable (Riquelme, 2012).

A partir de este concepto, queda claro que la metodología a optar es a través de una combinación de diferentes métodos educativos que permitan alcanzar en conjunto los objetivos presentes en los proyectos para la salud identificando así la necesidad de prestar atención al aprendizaje desde la perspectiva de la complejidad, por ello, cuantas más metodologías se usen bajo un mismo fin, mayores garantías de aprendizaje se obtienen. Asimismo, durante el proceso es necesario abordar los comportamientos como resultado de experiencias de aprendizaje, de este modo se hace posible la integración en la EpS de los aspectos cognitivos (conocimientos), los afectivos (actitudes y valores), los psicomotores (habilidades personales) y los sociales (capacidades de relación), del comportamiento que se pretende poner en práctica (Sánchez-Gómez et al, 2008).

No hay que olvidar, que uno de los aspectos de mayor relevancia, es el rol del educador, quien debe actuar de facilitador de los cambios voluntarios de comportamiento que se deben de dar, esto quiere decir que el estilo a optar en la educación debe ser como una relación de ayuda y apoyo, no impositiva, en la que el elemento fundamental de la relación educativa sea siempre el que aprende. Aprender es más que enseñar, es evidente que para obtener un resultado satisfactorio hay que enseñar desde enfoques pedagógicos centrados en el aprendizaje con tal de ayudar a aprender, pero para que ello se dé no es simplemente el método usado si no el desarrollo de procesos de enseñanza-aprendizaje eficaces (Ver figura 4), que posibiliten a los educandos expresar e investigar, si es preciso, sobre su propia realidad, profundizar en el tema que se está trabajando y afrontar de este modo la situación para poder actuar. En resumen, se trata de facilitar que las personas conozcan la situación en la que se encuentran y hablen de ella. Y para eso, hay que ayudar a pensar, más que decirles lo que tienen que hacer (Riquelme, 2012).

**Figura 4.** *Proceso de enseñanza- aprendizaje*



Fuente: Riquelme, 2012.

Es importante, comprender que el modo de vida propio que tiene cada individuo viene condicionado por su herencia, su desarrollo, su cultura, su entorno, y por tanto se debe tener en cuenta que los cambios de comportamiento que pretende lograr la EpS han de ser voluntarios, sin ejercer presión ni manipulación conductual sobre ellos, no sin ello olvidar que la educación debe ser entendida como un proceso facilitador de cambios en los estilos de vida, pero es importante que las personas encuentren sus propias soluciones, no se trata de prescribir comportamientos sino de promoverlos (Riquelme, 2012). En síntesis, la EpS persigue mejorar el estado de salud y con ello aludir a más comportamientos saludables, pero el éxito de los proyectos educativos para la salud no solo vendrá determinado por las acciones educativas llevadas a cabo sino también por la influencia que el entorno, las condiciones de vida, etc. ejerzan sobre la salud (Tobón-Correa y García-Ospina, 2004; Sanchez-Gomez et al, 2008).

De forma específica, para poder aplicar una EpS exitosa esta debe optar por métodos y técnicas pedagógicas activas, de tal manera que estos puedan influir a nivel individual y social. Para conseguir tal cosa es necesario que vaya dirigido hacia los medios de comunicación de masas, reforzando así los valores individuales y las normas grupales que rigen en una sociedad. Existen

numerosas clasificaciones de métodos y técnicas educativas dirigidas al aprendizaje (ver tabla 2), que usan distintos tipos de técnicas en función del objetivo marcado para dicha EpS. Si se enfoca la educación sanitaria desde un modelo participativo, y adaptado a las necesidades, la población adquirirá una responsabilidad en su aprendizaje y éste no estará centrado únicamente en el saber, sino también en el saber hacer (OMS, 1998).

Con independencia de la estrategia, tanto si es de carácter individual o grupal, para lograr un aprendizaje significativo en estas sesiones educativas no basta con dar un consejo o información en la consulta y/o una charla grupal si no que se requiere de varias sesiones individuales o grupales, según el método escogido (Riquelme, 2012).

En este sentido, a parte del abordaje individual o colectivo, una estrategia especialmente efectiva es el trabajo en grupo de iguales. Diversos estudios con pacientes crónicos e incluso entre población adolescente sana avalan que estos conceden mucho mayor valor a la información obtenida en el grupo que a la suministrada desde el educador. De este modelo se destaca como principales ventajas la mayor adecuación de los contenidos y estrategias y mayor motivación y crédito de la información. Optar por metodologías participativas de este tipo implica que el alumno debe llegar a hacer suya la actividad de aprendizaje, dejando al educador en un plano de "simple" facilitador. Estilos de este tipo potencian la adquisición de competencias en comunicación y resolución de conflictos incidiendo en la responsabilidad, en la toma de decisiones y en la facilitación de la práctica aprendida (Choque, 2005).

**Tabla 2.** *Clasificación de las técnicas educativas*

Tipos de técnicas	Descripción	Técnicas utilizadas
Técnicas de encuentro	Constituyen el inicio de la relación y el proceso educativo. Facilitan un adecuado encuentro entre profesional y participantes, favorecen la motivación y la implicación de los participantes.	Acogida, presentación y contrato educativo.
Técnicas de investigación en aula	Facilitan a las personas conocer su situación y cómo la viven. Son útiles para expresar, reflexionar y organizar sentimientos, conocimientos, experiencias.	Tormenta de ideas. Rejilla. Fotopalabra. Phillips 66. Frases incompletas.
Técnicas expositivas	Ayudan al grupo a aumentar conocimientos que le posibiliten profundizar en la situación, y con ello, verla de otra manera. Útiles para la transmisión, reorganización de conocimientos, entre otros.	Exposición teórica con discusión. Lección participada. Repetición. Lectura con discusión. Video con discusión.
Técnicas de análisis	Ayudan al grupo a pensar y facilitan que cada cual encuentre sus propias soluciones: analizar situación y causas, actitudes, sentimientos...	Análisis de textos. Análisis de problemas y alternativas de solución. Discusiones.
Técnicas de desarrollo de habilidades	Esencialmente útiles para entrenarse en habilidades concretas (psicomotoras, personales y sociales) y desarrollar la capacidad para actuar, comportarse en situaciones reales e introducir los cambios que haya decidido.	Escenificaciones. Simulaciones. Role-playing. Análisis de casos y situaciones. Juegos.
Otras técnicas en el aula y fuera del aula	Estás son útiles para seguir trabajando algunos aspectos, y que busquen otros objetivos que no sea ninguno de los anteriores, o como refuerzo a las sesiones	Investigaciones sobre un tema. Trabajos en grupo. Ejercicios. Tareas para casa.

Fuente: Adaptado Riquelme, 2012

- Recursos para EpS

No cabe duda, que para poder llevar a cabo la EpS, en cualquiera que sea el contexto y pretexto se deben poner en marcha ciertos métodos y técnicas educativas que garanticen avanzar en aprendizajes significativos, si no de lo contrario no se cumpliría con el objetivo principal de la educación sanitaria que no es otro que la persona aprenda. En relación a las técnicas educativas, como se ha visto en líneas anteriores, en EpS se utilizan múltiples tipos de técnicas educativas, algunas son de tipo activas con participación de quien se educa y otras son de tipo inductivas que parten de su propia experiencia, en función de cuál es el momento y el objetivo a conseguir se

utilizarán unas u otras. Pero con independencia de las técnicas usadas para ello, hay un aspecto a tener en cuenta muy importante, que son los recursos para la enseñanza-aprendizaje con los que se puede contar.

Los recursos utilizados para poder ejecutar dicha educación son variados y múltiples, normalmente estos se utilizan como refuerzo para el aprendizaje de los contenidos y se clasifican (Piedrola et al, 2015):

- De tipo bidireccional como serían el uso del diálogo, del grupo, las discusiones, etc.
- De tipo unidireccionales como los folletos, cartas, trípticos, videos etc.
- De método directo como el diálogo y consejo educativo, clase o aula, charla, discusión en grupo, etc.
- De método indirecto como los visuales (carteles, vallas, folletos, prensa...), los sonoros (radio) o los mixtos (cine, video, televisión...).

Para el desarrollo de las técnicas educativas bien sean de tipo activas o/e inductivas, se utilizan diferentes recursos didácticos de apoyo. Se consideran recursos didácticos de apoyo al conjunto de medios materiales que intervienen y facilitan en el proceso enseñanza-aprendizaje. Existen diferentes tipos (Pérez et al, 2006):

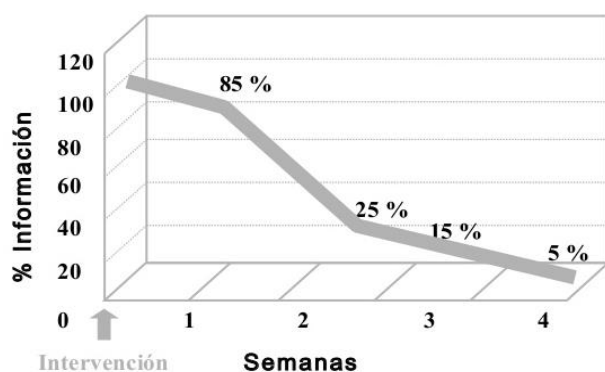
- Material impreso: emplea en mayor proporción la comunicación escrita, por ejemplo: folletos, trípticos/dípticos, revistas, artículos...
- Material visual: expresa mensajes a través de imágenes, incluido los que se combinan con la palabra escrita y con objetos reales, como, por ejemplo: posters, dibujos, esquemas...
- Material sonoro: apela en forma predominante al sentido del oído de las y los destinatarios, transmitiendo un mensaje o contenido educativo, por ejemplo: grabaciones, radio...
- Material audiovisual: combina la proyección de imágenes con estímulos auditivos, como, por ejemplo: videos, anuncios....
- Otros materiales, como, por ejemplo: objetos reales, materiales con soporte informático, material deportivo, etc.

El tipo de material más frecuentemente utilizado es el escrito, así pues, es un recurso muy recurrido por ejemplo ante una recomendación o consejo de salud y/o sesión-charla educativa, que normalmente se da en un periodo de tiempo breve; es por ello, que se suele hacer entrega de un folleto, tríptico u otro material escrito educativo, que facilite el tiempo de contacto entre la información y la persona, al permitir retomarla fuera de la consulta o clase, en tiempo propios, por si hay dudas, necesidad de verificaciones a medio o largo plazo. Dicho material de apoyo puede simplemente entregarse, pero resulta más eficaz explicarlo y manipularlo con la persona e incluso señalar la información más importante para su situación o añadir información adicional escrita en ese

momento. Se aconseja que, para obtener mayor eficacia en el objetivo, haya coherencia y homogeneidad entre la información dada a nivel oral y la escrita (Pérez et al, 2006).

La entrega de material no obvia la necesidad de explicación por parte del profesional, pero si permite, entre sus ventajas, reducir la pérdida de información que por distintas razones se pierde durante la emisión y recepción del mensaje ya sea bien por el tiempo disponible para ello, o las propias dificultades del profesional, la situación de la persona para atender, entre otras (Pérez et al, 2006). Por otra parte, la entrega de algún tipo de material puede favorecer, como ya se ha comentado el tiempo de contacto de la información con la persona, y así elevar la curva estándar del olvido de información (ver figura 5), muy habitual en intervenciones como por ejemplo consejo y recomendaciones sanitarias individuales o grupales.

**Figura 5.** *Curva estándar del olvido de información sanitaria*



Fuente: Pérez et al, 2006.

Otro aspecto que resulta interesante es la creación de materiales educativos, en este sentido, hay que prestar especial atención a diferentes matices como por ejemplo el uso de tecnicismos, el formato del texto, etc. No hay que olvidar el fin que se pretende con el uso de materiales, y con ello desarrollarlos de la mejor manera posible adaptándolo siempre a las características de la población que será receptora de este, por este motivo un mismo material no puede ser utilizado para distintos grupos de poblacional si no hay similitudes entre estas. Además, atendiendo al objetivo fundamental por el cual se crea, que es que este sirva de apoyo a una recomendación o consejo sanitario y, por tanto, se aun refuerzo de consulta para la persona, resulta imprescindible que este sea de fácil comprensión, referente al vocabulario a usar para la población destinada, sin importar de que trate el contenido. Algunos estudios apuntan a que estos, sobre todo los usados en el ámbito de la salud, resultan muy complicados de entender por el alto nivel de habilidades de lectura que implica por parte de la persona receptora, e indican que estos provocan inseguridad y confusión al preguntar sobre el contenido, concluyendo así la alta demanda de alfabetización de los pacientes y visitantes en materia de salud (Groene y Rudd, 2011).

En este sentido, el *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), en 2010 redactó la guía *Simply Put, A guide for creating easy-to-understand materials*, la cual incide en una serie de aspectos a tener en cuenta en cualquier proceso de creación de materiales educativos en el ámbito sanitario basados en la evidencia científica, con el objetivo de que estos sean fáciles de comprender. La guía propone como primer paso a la elaboración de un plan, cuatro pasos básicos (CDC, 2010):

1) Identificar al público objeto y definición de los principales problemas o temas de interés a incluir.

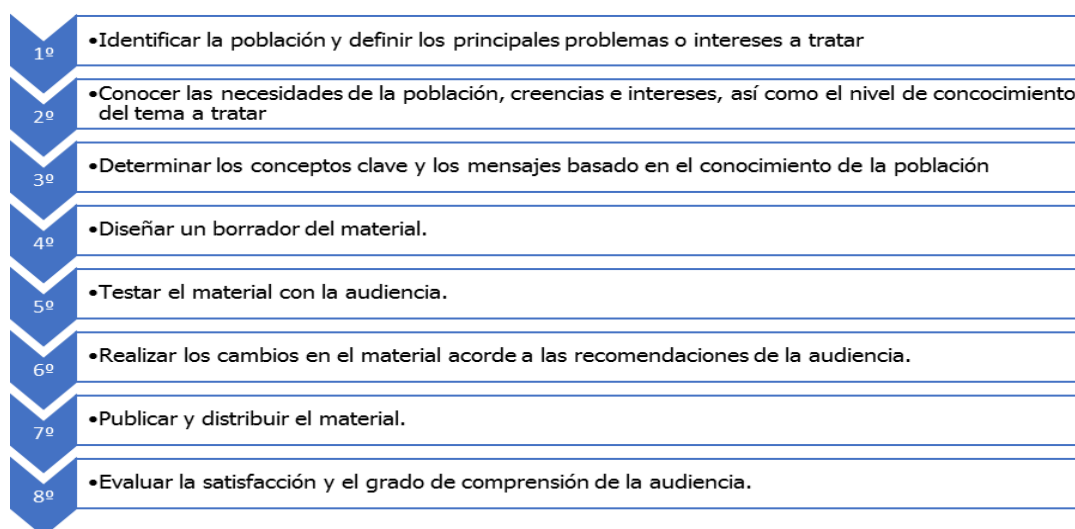
2) Familiarizarse con las características de la población (género, etnia, creencias, cultura, conocimiento sobre el tema, nivel de alfabetización...).

3) Determinar los mensajes clave a incorporar y el formato que este tenga, aconsejando hacer una prueba previa al público objeto y comprobar el nivel de recibimiento de este.

4) Decidir cómo distribuir los materiales a la audiencia (por correo, folletos, página web...).

Las recomendaciones que esta guía detalla están relacionadas con el formato que se debe de dar a cualquier tipo de folleto, poniendo énfasis en que este proporcione una información útil y sea fácil de usar; para ello a lo largo de la guía se van dando diversos consejos sobre qué decir y cómo decirlo para que la población a la que se dirige lo entienda, lo recuerde y, por tanto, actúe el mensaje que se quiere transmitir. De este modo, propone ocho pasos concretos secuenciales (ver figura 6) para el desarrollo de materiales de comunicación, que puedan ser eficaces para la salud basados en la evidencia (CDC, 2010).

**Figura 6.** *Fases concretas para el desarrollo de materiales sanitarios-educativos.*



Fuente: Guía *Simply Put, A guide for creating easy-to-understand materials* CDC, 2010.

### 2.3.2 Promoción de la salud y estilos de vida

Mientras que, durante los años 50 y 60, la promoción tenía sentido como consecuencia de la percepción del mayor número de enfermedades crónicas en los países desarrollados. En la década de los 80, con la formulación del marco teórico de la promoción de la salud en la carta de Ottawa, empieza a cobrar fuerza una nueva idea de cómo abordar la salud. Las intervenciones dejan de orientarse sólo hacia la prevención de la enfermedad para tratar de incidir también en la mejora de todos los aspectos que pueden determinar la salud (Davó et al, 2008).

- La Carta de Ottawa (1986) (OMS, 1986).

El 21 de noviembre de 1986 dio lugar en Ottawa la primera Conferencia Internacional sobre la promoción de la salud, y en ella se emitió la "Carta de Ottawa" dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2000". Tras una creciente demanda sobre la necesidad de una nueva concepción de la salud pública en el mundo durante años previos, definitivamente se dio lugar dicha conferencia con la expectativa de dar respuesta a estas demandas; por ello, las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados, además de tener en cuenta también las necesidades que atañen a las demás regiones.

En esta conferencia, y como punto de partida se repasaron los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma Ata de 1978 sobre la atención primaria de la OMS.

De esta conferencia, se puede abstraer los prerrequisitos para la salud, entendido como las condiciones y requisitos para la salud como la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Haciendo hincapié que cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerrequisitos. Y, apunta que la salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana: en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo.

Otro aspecto importante de la carta, se centra en alcanzar la equidad sanitaria, y por ello propone que su acción se dirija a reducir las diferencias en el estado actual de la salud, asegurando la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial. También incide que tanto factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud, por ello incita a que uno de los objetivos debe ser hacer esas condiciones favorables para poder promocionar la salud.

De manera específica, propone al sector sanitario actuar como mediadores entre los intereses de todos los agentes implicados y los verdaderos intereses a favor de la salud individual, familiar y comunitaria.



En ésta definen cinco líneas esenciales de actuación:

- *Construcción de políticas saludables:* La salud ha de formar parte del orden del día de los responsables de la elaboración de programas políticos, en todos los sectores y a todos los niveles, con objeto de hacerles tomar conciencia de las consecuencias que sus decisiones pueden tener para la salud y llevarles así a asumir la responsabilidad que tienen en este respecto. E insiste que para ello requiere identificar y eliminar los obstáculos que impidan la adopción de medidas políticas que favorezcan la salud, y que está política pública sana debe combinar enfoques diversos, entre los que figuren la legislación, las medidas fiscales, el sistema tributario y los cambios organizativos.
  
- *Creación de entornos saludables:* Se basa en un principio de reciprocidad, que dice que ha de guiar al mundo, las naciones, las regiones y las comunidades para fomentar el apoyo y la protección los unos a los otros. Y pone de relieve que la conservación de los recursos naturales en todo el mundo es una responsabilidad mundial. Por otro lado, incide que el cambio en las formas de vida, de trabajo y de ocio afecta de forma muy significativa a la salud; y que por ello se debe contemplar el trabajo y el ocio como fuentes de salud; apuntando que la promoción de la salud debe generar condiciones de trabajo y de vida gratificantes, agradables, seguras y estimulantes.
  
- *Reforzar la acción comunitaria:* Enfocando dicha promoción en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. Por ello, señala el desarrollo de recursos humanos y materiales para que la comunidad estimule su independencia y el apoyo social; asimismo apunta que ello requiere un total y constante acceso a la información y a la instrucción sanitaria, así como a la ayuda financiera.
  
- *Desarrollar las aptitudes personales:* Es esencial proporcionar a través de la promoción los medios para que, a lo largo de su vida, la población se prepare para las diferentes etapas de la misma y afronte las enfermedades y lesiones crónicas. Y, apunta que esto ha de hacerse posible a través de las escuelas, los hogares, los lugares de trabajo y el ámbito comunitario, en el sentido que exista una participación activa por parte de las organizaciones profesionales, comerciales y benéficas, orientada tanto hacia el exterior como hacia el interior de las instituciones mismas.
  
- *Reorientación de los servicios sanitarios:* Este sector juega un papel importante, y se incide en que estos deben tomar una nueva orientación que sea sensible a las necesidades

culturales de los individuos y las respete. Asimismo, deberá favorecer la necesidad por parte de las comunidades de una vida más sana y crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos. Exige igualmente que se preste mayor atención a la investigación sanitaria, así como a los cambios en la educación y la formación profesional, que sin duda producirá un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios.

La promoción de la salud se entiende como un posicionamiento filosófico sobre la salud y la calidad de las personas más que una disciplina en sí misma, esto es debido a que la promoción pretende plantear formas de intervención, mientras que la EpS pretende cambiar comportamientos en una población específica; para algunos autores una parte de la otra, ya que sin el posicionamiento de la promoción frente a la salud no habría intencionalidad de cambio de conducta y por tanto educación sobre esta (Ramos et al, 2010).

La función principal de la promoción no es otra que la de crear las condiciones posibles para promover la salud, ocasionando si es preciso los cambios en la política local, nacional e internacional para alcanzarlos (MacDonald, 1998). Son muchos los agentes que deben implicarse para la promoción, desde los principales individuos y comunidades, como todos aquellos que pertenecen al sistema de salud, como lo son los profesionales de la salud, así como los políticos y organizaciones estatales que deben velar por ello.

Así pues, no hay un área específica de actuación para la promoción, sino un movimiento que se orienta hacia un estado positivo de salud y bienestar, enfocado desde la perspectiva y beneficio de las propias personas. Se considera que la salud es un constructo que implica capacidad de participación; como individuos participantes estos necesitan tener cierto control para alcanzar la salud y el estado de bienestar. Es por ello, que la promoción se orienta hacia el *empowerment* de la persona (MacDonald, 1998), entendido como un proceso estratégico que busca aumentar la autoconfianza para así obtener más responsabilidad y compromiso para el cuidado de la salud.

Aunque la promoción de la salud puede llevarse a cabo en todos los grupos de edad, desde la infancia hasta la vejez, esta posee mucha más relevancia en la infancia y en la adolescencia, donde sin duda los consejos y recomendaciones para adquirir un estilo de vida más saludable resultan más eficaces, y porque además los hábitos adquiridos durante la niñez y adolescencia serán más difíciles de modificar en la vida adulta (Ramos et al, 2010, Hernán et al, 2001). Aquellos jóvenes que han contado con la seguridad, el apoyo y las oportunidades para desarrollar su potencial es más probable que

posean la autoestima, los conocimientos y las competencias requeridas para estar sanos, y que eviten los riesgos que amenazan su salud (Hernán et al, 2001).

- Estilos de vida saludables

Los estudios sobre los estilos de vida y sus primeras aportaciones fueron realizados por filósofos como Karl Marx y Max Weber, que ofrecieron una visión sociológica del estilo de vida, enfatizando en los determinantes sociales para su adopción y mantenimiento. Desde esta vertiente sociológica, la mayoría de definiciones convergen al considerar al estilo de vida como un patrón de actividades o conductas que los individuos eligen adoptar entre aquellas que están disponibles en función de su contexto social. Desde otras vertientes de tipo psicológica, opinan que el estilo de vida responde a un patrón único de conductas y hábitos con los cuales el individuo lucha para sentirse mejor. Dicha posición tuvo una gran relevancia sobre el concepto, y con ello una visión nueva sobre las técnicas psicoterapéuticas a adoptar para su modificación. Durante la segunda mitad del siglo XX, la antropología incorpora a la definición los determinantes socioeconómicos, enfatizando sobre la importancia de la cultura en estos patrones de conducta. No obstante, el ámbito de aplicación que ha tenido más impacto ha sido en el área de la salud, en el contexto de buscar explicaciones a los problemas de salud que los años 50 afectaban a las sociedades industrializadas (Ramos et al, 2010).

Y, precisamente debido a la diversidad de disciplinas que utilizaron el término de estilo de vida, existen innumerables definiciones al respecto. La definición por la OMS (1986) tiene el reconocimiento de los expertos por introducir los principales factores que influyen en los estilos de vida y se define de la siguiente manera: *"Forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales"*

A lo largo de diferentes estudios en el tiempo sobre este tema, cada vez queda más claro que los estilos de vida tienen que ver con la salud de las personas, y que actúan como modelo colectivo de conducta basados en la elección de opciones disponibles para la gente y de acuerdo a las posibilidades en la vida. Durante dichos estudios se crea el debate sobre si estos se consideran como una elección personal o si de lo contrario estos varían en función de las posibilidades de cada individuo sobre su vida refiriéndose a aspectos más de tipo estructurales como sexo, edad, raza, recursos socioeconómicos o incluso límites percibidos por la socialización y de la experiencia en un ambiente social particular (Ramos et al, 2010). No cabe duda, que en lo que atañe a la adopción o no de estilos de vida saludable, no solo se debe tener en cuenta los factores internos de la persona, sino también aquellos factores más externos o independientes de la elección del individuo, como son las variables sociodemográficas o las características ambientales y económicas, que de un modo u otro influyen

en el individuo a la hora de llevar a cabo ciertas conductas, ya sea para proteger su salud o bien ponerla en riesgo.

Y a pesar de que los primeros estudios en materia de este tema estaban dirigidos a la prevención de las enfermedades cardiovasculares, y con ello al estudio de los principales factores de riesgo sobre estas, gracias al aumento progresivo en la preocupación sobre la educación para la salud de la OMS y sus esfuerzos junto a los demás organismos públicos dedicados a la mejora del bienestar de la población infanto-juvenil, provocó asimismo un aumento en el número de estudios dirigidos en este grupo de edad, centrándose en los estilos de vida y el número de variables que forman parte de los estilos de vida en este grupo en concreto. Es por ello, que las variables que más se han estudiado en este ámbito han sido el consumo de alcohol, el consumo de tabaco, los hábitos alimenticios, la actividad física, el consumo de medicamentos, los hábitos de descanso, los accidentes y conductas de prevención de los mismos, la higiene dental, las actividades de tiempo libre, el consumo de drogas no legalizadas y la conducta sexual. Ante esto, en la década de los 80, la OMS planteó la necesidad de abordar el estudio sobre ello de manera específica para lo cual creó el estudio *Health Behavior in School-aged Children* (HBSC), que España se incorporó en el año 2000, y alguno de sus datos más actuales se han descrito en apartados anteriores (Ramos et al, 2010).

Dentro de este ámbito, y en la etapa adolescente es posible analizar la dimensionalidad de las conductas que conforman los estilos de vida saludables para este grupo poblacional, demostrando que muchas conductas relacionadas con la salud están interrelacionadas y tienden a modificarse sistemáticamente durante la adolescencia, ello puede ser explicado por cinco razones diferentes (Millstein et al, 1994):

- 1) Las conductas tienen una causa común, como pueden ser rasgos de personalidad, desorden clínico, orientación social o proceso de desarrollo.
- 2) Las conductas están vinculadas con la experiencia social y se aprenden en grupo, unas unidas a otras.
- 3) Las conductas constituyen medios alternativos para alcanzar algunas metas personales.
- 4) Las conductas se hallan vinculadas con las expectativas normativas de grupos particulares o culturas.
- 5) Las conductas están vinculadas causalmente unas con otras.

Los posicionamientos frente al estudio de la dimensionalidad de las conductas en los estilos de vida de los adolescentes han defendido tradicionalmente tres enfoques distintos, concretamente hacia la unidimensionalidad, bidimensionalidad y multidimensionalidad (Millstein et al, 1994) como responsables de las conductas adoptadas por los jóvenes:

1) De manera unidimensional, se entienden las conductas de riesgo para la salud, junto a otros comportamientos problemáticos de la edad adolescente como por ejemplo delincuencia o absentismo escolar como manifestaciones de una propensión general hacia la desviación, una predisposición hacia la no-convencionalidad. Diferentes investigaciones han mostrado que la mayor fuerza de relación entre las conductas que ponen en riesgo la salud recae en las conductas adictivas, concretamente en el consumo de tabaco, consumo de alcohol y consumo de drogas ilegales. Algunos estudios han encontrado que el consumo de drogas, alcohol y la conducta desviada (como el vandalismo, el absentismo escolar o las peleas) se relacionan positivamente con el consumo de marihuana (Ramos et al, 2010).

2) La perspectiva de bidimensionalidad postula que las distintas conductas relacionadas con la salud se agrupan en dos dimensiones; una de ellas a aquellas conductas que comprometen o ponen en riesgo la salud, mientras que la otra dimensión incluiría las conductas que realzan la salud. Sin embargo, se ha visto que la relación entre las conductas positivas es más débil que la relación encontrada entre las que ponen en riesgo la salud (Ramos et al, 2010).

3) Y, por último, la posición de multidimensionalidad, surge de diferentes estudios que intentan relacionar las diversas conductas tanto con estilos positivos como con estilos que comprometen la salud, dichos estudios observan que, al agrupar los estilos de vida, estos rondan entre 4 y 10 dimensiones. Algunos autores señalan que aproximadamente sobre los 14-15 años es el momento evolutivo donde las conductas aparecen más relacionadas, dando lugar así a un menor número de factores, y concluyen que a partir de esta edad es cuando se incrementa la prevalencia de múltiples conductas de riesgo para la salud. Ello deja ver que las conductas en salud no son estáticas ni independientes (Ramos et al, 2010).

Teniendo en cuenta dichos posicionamientos, ha hecho que con el paso del tiempo se desarrollen diferentes modelos de atención, centrándose en aspectos diferentes, algunos de estos han podido quedar obsoletos gracias al avance de estudios del comportamiento más profundos y complejos. Así pues, siguiendo el enfoque multidimensional sobre los estilos de vida, este considera que un riesgo para la salud no es una tendencia aislada de comportamiento, sino que tiene fuertes relaciones con otros factores, por ejemplo, algunos estudios demuestran que la falta de actividad física se ajusta bien con la probabilidad de fumar o consumir alcohol entre los jóvenes mientras que en mujeres mayores no se relacionan dichos factores, lo cual pone de manifiesto la complejidad de los patrones de conducta según las características concretas de la población (Ramos et al, 2010).

Las estrategias para abordar los estilos de vida relacionados con la salud se encuentran entre las intervenciones más eficaces y disponibles para reducir la incidencia y gravedad de las principales causas de enfermedad y discapacidad, sobre todo para el caso de los cuatro comportamientos

clásicos: alcohol, tabaco, actividad física y alimentación (Whitlock et al, 2002), sin duda promocionar la salud en cualquiera de estas áreas representa una mejora en las condiciones y calidad de vida, lo que se traduce en la salud de la población.

De hecho, en los últimos años, en consonancia con este enfoque multivariable, algunas investigaciones han aportado mayor conocimiento de las diferentes variables de estilos de vida que se correlacionan en la población adolescente (Ramos et al, 2010). Así, por ejemplo, Sánchez (2007) ha encontrado que cerca del 80% de los adolescentes americanos de 11 a 15 años tienen múltiples factores de riesgo relacionados con la dieta y la actividad física. Kremers, de Bruijn, Schaalma y Brug (2004) han mostrado la existencia de una asociación negativa entre las conductas sedentarias, por un lado, y la frecuencia de actividad física y el consumo de fruta y verdura, por otro lado, en una amplia muestra de adolescentes alemanes. Giannakopoulos, Panagiotakos, Mihos y Tountasa (2008) encuentran, en una muestra de más de 2000 adolescentes griegos de 12 a 17 años, que el consumo de tabaco se correlaciona positivamente con la edad, el tiempo dedicado al juego y el consumo de refrescos, mientras que el consumo de zumo de fruta, productos lácteos para el desayuno y la frecuencia de los desayunos se asocian inversamente con el consumo de tabaco.

Por todo ello, queda evidente la necesidad de acción integral en este campo tan complejo sobre las conductas y estilos de vida de las personas, y optar por una perspectiva de intervención holística, con integración de guías y modelos para el cambio de conducta relacionadas con la salud que ayuden en la difícil tarea del cambio de comportamientos.

### **2.3.3 Modelos y teorías del cambio en conductas de salud.**

Existen distintos enfoques y modelos teóricos que sirven de guía para abordar algunos de los elementos básicos relacionados con la promoción de la salud como los son los estilos de vida, y por tanto en que basar la educación.

Estos ayudan a comprender como se dan los mecanismos subyacentes a los estilos de vida y sus comportamientos, aportando luz con distintas estrategias a seguir para intervenir sobre ellos, son por tanto diferentes enfoques de actuación en que basar la atención al individuo. Cada uno de los cinco enfoques encontrados en la literatura (Ramos et al, 2010; León y Medina, 2002) tiene aportaciones diferentes en su posicionamiento (ver tabla 3) y permite analizar desde que mirada diseñar soluciones específicas, algunas teorías se concentran en las causas de la conducta, mientras algunas otras se basan en el cambio individual de conducta o en la psicología social de la salud

**Tabla 3.** *Enfoque principal de las teorías del cambio en conductas de salud.*

Enfoque	Descripción	Principales teorías
Modelos explicativos del proceso de socialización de los estilos de vida saludables	Estás afirman que para entender cómo se adquiere el estilo de vida saludable es necesario tener en cuenta los diferentes factores psicosociales que determinan el comportamiento. Estas teorías consideran la socialización del estilo de vida como el proceso por el que las personas adquieren los patrones de conductas y de hábitos que constituyen su estilo de vida, así como las actitudes, los valores y las normas relacionadas.	Teoría ecológica del desarrollo (Bronfenbrenner, 1987). Teoría del aprendizaje social (Rotter, 1966; Bandura, 1977)
Teorías de la expectativa-valor	Estas teorías asumen que la opción de que una persona elija un curso de acción diferente se basa en dos tipos de cogniciones: probabilidad subjetiva de que un determinado comportamiento conducirá a un conjunto de resultados esperados y valoración de los resultados de la acción. Quiere decir, que los sujetos escogerán de entre varios tipos de acción alternativos, aquel que tenga más probabilidades de resultar en consecuencias positivas o de evitar las negativas.	Modelo de creencias sobre salud (Becker & Maiman, 1975). Modelo de la motivación protectora (Rogers, 1983) Teoría de la acción razonada (Ajzen & Fishbein, 1980) Teoría de la conducta planificada (Ajzen, 1991)
Modelos basados en la autorregulación del comportamiento.	Desde esta perspectiva, el principal determinante de los comportamientos relacionados con la salud es una motivación intrínseca o la necesidad subyacente en el individuo de autodeterminación. Ello nace de las satisfacciones derivadas de cumplir criterios internos y de una percepción de la eficacia personal obtenida a través del propio rendimiento de la interacción con el medio.	Teoría de la autoeficacia (Bandura, 1986) Modelo del proceso de adopción de precauciones (Weinstein, 1988) Proceso de acción a favor de la salud (Schwarzer, 1992)
Modelos basados en la teoría del balance en la toma de decisiones	Según estos modelos, la persona, después de juzgar los pros y los contras respecto a un curso de acción, opta por aquel que presenta los resultados más beneficiosos o que disminuye los efectos más negativos. En estos modelos, una decisión es la selección de una alternativa de entre otras posibles, cada alternativa está caracterizada por dos parámetros: la valencia de los resultados y la probabilidad de obtener este resultado.	Modelo transteórico o etapas de cambio (Prochaska & Diclemente, 1983) Modelo de conflicto de toma de decisiones (Janis & Mann, 1977)
Modelos integradores	Estos modelos son los más actuales, y que han surgido de la integración de teorías anteriores y que tienen en cuenta una visión más amplia y positiva de la salud.	Modelo de promoción de la salud (Pender, 1996) Teoría de la conducta problema (Jessor & Jessor, 1977; Jessor, 1992). Modelo de las 7 esferas (Costa & López, 1996). Modelo PRECEDE (Green y Kreuter, 1999)

Fuente: León, J.L. y Medina, S. (2002). Psicología social de la salud: fundamentos teóricos y metodológicos

Los dos modelos explicativos del proceso de socialización (teoría ecológica y teoría del aprendizaje social) de los estilos de vida saludables resultan fundamentales ya que explican las claves básicas en relación con la adquisición y el mantenimiento del estilo de vida saludable en los adolescentes. En cuanto a los tres enfoques restantes (las teorías de la expectativa-valor, los modelos basados en la autorregulación del comportamiento y los modelos basados en la teoría del balance en la toma de decisiones) tienen en común que surgieron bajo la concepción de estilo de vida saludable predominante en los años 80, cuando este dejó de entenderse únicamente como una variable comportamental para aceptar componentes más subjetivos, como las actitudes y la autopercepción. Estos modelos y teorías tienen su uso en la prevención terciaria, y ponen énfasis en las intervenciones dirigidas a cambiar conductas de riesgo para la salud que ya son instauradas, lo que de alguna manera no se consideran una prioridad en la atención y las políticas de salud dirigidas a la etapa adolescente, ya que para este grupo de edad las acciones prioritarias se centran en la prevención primaria y secundaria. Fruto del avance en la noción de estilo de vida y promoción de la salud surgieron los modelos integradores (Ramos et al, 2010).

- Modelos aplicados en educación para la salud

A continuación, se describen de forma breve dos modelos muy utilizados en educación para la salud: el modelo de Prochaska y DiClemente y el modelo PRECEDE. Por otro lado, también se describe el modelo de Nola Pender por su gran aportación del Modelo de Promoción de la Salud que incorporó a la profesión enfermera. De la misma manera, también se describe el Modelo de las siete esferas por tratarse de un modelo conceptual que permite comprender y explicar la génesis, aprendizaje y desarrollo de los comportamientos y estilos de vida de niños y adolescentes. Y, por último, el modelo de las 5 Aes, para intervenciones de asesoramiento en salud utilizado ampliamente en actividades preventivas.

- a) *Modelo de las etapas del cambio o modelo transteórico* (Prochaska y DiClemente, 1983; Ramos et al, 2010; Córdoba et al, 2014)

En 1983, surge este modelo intentando aportar luz sobre los mecanismos del cambio de conducta. Inicialmente este fue utilizado para predecir el abandono del tabaquismo en fumadores, sin embargo, con los años el modelo ha ido adquiriendo consistencia y ha sido aplicado en un amplio abanico de cambios de conducta. Según este modelo, cambiar una conducta es un proceso por el cual las personas generalmente se mueven a través de una serie de etapas o estadios. De todos los modelos y teorías de salud, este ha sido el que ha recibido más apoyo en el estudio e intervención sobre múltiples conductas de riesgo para la salud desde un enfoque preventivo, al tener en cuenta varios grados de preparación para el cambio en la conducta de riesgo. Sus autores se posicionan sobre el



cambio como un proceso y no como un acto, y entienden que las personas se encuentran en diversos niveles de disposición para el cambio de conducta.

Etapas para el cambio y sus características:

- Precontemplación: es una etapa de pre-conciencia. No se ha planteado seriamente la idea del cambio, por lo tanto, el sujeto no tiene intención de cambiar. Son diversos los motivos que justifican que una persona se encuentre en este periodo: desinformación, desmotivada, falta de percepción de peligro...
- Contemplación: Es una etapa de conciencia, aquí hay un planteamiento serio de cambio en los próximos meses. El sujeto tiene la intencionalidad de cambiar en un futuro cercano, y empieza a sopesar los pro y contras, aunque todavía no se ve con ánimo de intentar un cambio, no hay compromiso adquirido.
- Preparación: Es una etapa de intención. Es capaz de fijar una fecha y pensar un plan para cambiar. Generalmente, el plazo medio para ello suele ser el próximo mes. Además, en esta etapa el sujeto ya ha realizado alguna acción significativa como consultar a alguien, comprar un libro de autoayuda, etc.
- Acción: se inicia el cambio y se mantiene la conducta por un tiempo. La persona ya ha realizado modificaciones en su conducta y estilo de vida.
- Mantenimiento: la persona mantiene la nueva conducta durante más de 6 meses, y se esfuerza para prevenir las recaídas. Se estima que este estado dura desde seis meses a cinco años.
- Recaída: la persona recaer de forma permanente en la conducta anterior. Se vuelve a la conducta anterior, y con ello a estadios anteriores.

b) *Modelo PRECEDE* (Green y Kreuter, 1999)

El estilo de vida es uno de los principales determinantes de nuestra salud. Sin embargo, resulta muy difícil modificar hábitos y comportamientos previamente adquiridos. Es muy fácil decirle a alguien que actúe de manera saludable, pero llevarlo a la práctica exige de la confluencia de muchos factores, ya que nuestro comportamiento está mediatizado por numerosos aspectos y circunstancias. Este modelo es uno de los principales utilizados en prevención en salud pública, que operativiza este conjunto de factores que dificultan el cambio de conducta.

PRECEDE, es un acrónimo del inglés *predisposing, reinforcing and enabling causes in educational diagnosis and evaluation*, lo que sería en español como *predisponiendo, reforzando y posibilitando las causas en el diagnóstico educacional y la evaluación*. Este modelo fue desarrollado en 1999 por L. Green y M. Kreuter, y parte de diversas disciplinas para analizar los factores del comportamiento. Analiza dichos factores que facilitan y predisponen la aparición de una conducta no saludable, sin

duda para este modelo el análisis de estos factores son el centro en una intervención educativa, la cual estará dirigida siempre a la adopción voluntaria de una conducta saludable.

Este modelo consta de nueve fases agrupadas en cuatro más básicas: diagnóstico de la situación, programación de la intervención educativa e implementación o ejecución de la acción educativa y por último evaluación.

En este modelo se identifican tres categorías de factores que afectan a la conducta, y que cada uno de ellos ejerce una influencia diferente en la conducta:

- Factores predisponentes: referido a aspectos internos de la persona que inciden en su motivación para realizar la conducta que se busca promover. Antecedentes a la conducta y proveen aspectos racionales o motivacionales para realizarla. Estos factores aparecen en las fases de precontemplación, contemplación y preparación del modelo de Prochaska y Diclemente. Suelen estar relacionados con el conocimiento que se tiene, las creencias propias, las actitudes y valores.
- Factores facilitadores: son las facilidades que se identifican para que la persona realice la conducta una vez está motivada para realizarla. Se pone foco en las habilidades que tienen para efectuar la conducta y para influir en su entorno, a modo de disminuir dificultades o amenazas para poder llevarlas a cabo. Están relacionadas con las destrezas personales, la disponibilidad de recursos, el ambiente que rodea a la persona, entre otros.
- Factores reforzantes: son posteriores a la realización de la conducta que constituyen premios o sanciones para la persona, provenientes de otras personas significativas y/o logro de beneficios físicos o recompensas tangibles. Estarían relacionados con la familia y los amigos, que pueden servir de refuerzo.

El modelo sostiene que en primera instancia es importante actuar sobre los factores predisponentes para lograr que la persona quiera efectuar el cambio, después sobre los facilitadores de la manera que se sienta capaz de efectuar el cambio previsto y por último sobre los reforzantes para que la persona se sienta recompensada por haber efectuado el cambio.

c) *Modelo de Nola Pender* (Marriner y Raile, 2011)

Nola Pender, enfermera, autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma en cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud. El MPS expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones

hacia el cambio que promoverá la salud. Está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather. Es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería.

En este modelo se expone cómo las características y experiencias individuales, así como los conocimientos y afectos específicos relativos a la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud, toda esta perspectiva Pender la integra en un diagrama que representa su modelo, donde confluyen la conducta previa junto con los factores biológicos, psicológicos y socioculturales; y como a través de diferentes pensamientos sobre la percepción (de beneficios, de barreras, de autoeficacia y de la actividad) y las influencias (personales y situacionales) derivadas proporcionan un compromiso para un plan de acción que ello conlleva a un resultado conductual nuevo. Según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. Lo cual aporta mayor entendimiento sobre las creencias cognitivas específicas y las influencias que ejerce cada creencia en un determinado comportamiento.

La concepción de la salud en la perspectiva de Pender, parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como un ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida.

Este modelo ha sido utilizado por los profesionales de enfermería en la última década, con frecuencia en diferentes situaciones que van desde la práctica segura del uso de guantes hasta la percepción de la salud de los pacientes, pero particularmente dirigido a la promoción de conductas saludables en las personas, al mejoramiento de la salud y la generación de conductas que previenen la enfermedad lo que indudablemente es una parte esencial del cuidado enfermero.

d) *Modelo de las 7 esferas* (Costa y López, 1996; Ramos et al, 2010)

Este modelo ahonda en las raíces de los procesos de comunicación, de potenciación y de enseñanza-aprendizaje de la EpS. Este permite comprender y explicar el porqué del funcionamiento de niños y adolescentes en su comportamiento tanto saludable como de riesgo y con ello predecir sus acciones, con el fin de diseñar estrategias y oportunidades para el cambio.

El nombre de este modelo viene dado por su arquitectura concreta, este explica el ciclo de cada comportamiento en 7 esferas, y aporta que cada una de las cuales condensa a su vez una de las dimensiones que intervienen en la génesis de cada comportamiento. El modelo explica que estas esferas giran sobre sí mismas, acumulando historia personal, y a su vez giran también en función de todas las demás, definiendo así que hay zonas de contacto y de acción recíproca como si de un sistema planetario se tratase en continuo movimiento, para estos autores, se trata de una galaxia compleja del comportamiento.

Dos de las esferas, representan polos activos del entorno, uno serían los indicadores y el otro los resultados. Estos dos polos concentran el mayor potencial generador de comportamientos, y es también donde se materializa la reciprocidad de la interacción que los niños y adolescentes establecen con el entorno. Dentro de la zona de indicadores se delimitan multitud de acontecimientos, mensajes de salud, modelos de conducta, instrucciones, etc. que actúan como señales que activan o desactivan, con más o menos fuerza, el comportamiento. Por otro lado, también se concentra dentro de la zona de resultados el impacto y la huella que imprimen en el entorno los comportamientos, los logros obtenidos, las recompensas, los fracasos etc.

Las otras cinco esferas del modelo representan las cinco dimensiones personales del comportamiento: atender-percibir, actuar, pensar-conocer (cognitiva), sentir emociones y la esfera biológica. Cada una de ellas, según el modelo interacciona con más o menor influencia dentro del entorno, creando así diferentes zonas de influencia en la génesis de los comportamientos.

Para este modelo, las siete esferas están inmersas en el universo envolvente del entorno físico y psicosocial que constituye el campo de acción en el que acontecen los contactos e interacciones que dan lugar a los comportamientos y estilos de vida. De esta manera, las siete esferas se mueven dentro del pequeño universo de cada uno de los escenarios del entorno (familia, escuela, lugares de ocio, espacios abiertos, etc.); estos escenarios contienen recursos, obstáculos, en definitiva, factores de riesgo y factores de protección que se conjugan y condicionan los flujos de relaciones recíprocas entre las siete esferas, y, por tanto, en la propia naturaleza evolutiva de los comportamientos.

e) *Modelos de las 5 Aes* (Córdoba et al, 2014)

Este modelo es propuesto por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (*U.S. Preventive Services Task Force; USPSTF*) que desarrolla recomendaciones basadas en la evidencia sobre la atención preventiva fundamentadas en revisiones sistemáticas exhaustivas de la mejor evidencia disponible. Este grupo fue creado en 1984 como un grupo independiente de expertos en prevención y medicina basada en la evidencia. La mayoría de las recomendaciones internacionales proponen que las intervenciones de consejo y asesoramiento se basen en el modelo de las 5 Aes de

la USPSTF (ver tabla 4). Dicho modelo se ha usado ampliamente para el asesoramiento del consejo de deshabituación tabáquica y como modelo de cambio de conducta en programas de mejora de automanejo del cuidado de enfermedades crónicas, principalmente dirigidas a la intervención personalizada.

**Tabla 4.** *Modelo de las 5 Aes para las intervenciones de asesoramiento*

Averiguar ( <i>Assess</i> )	Preguntar sobre los factores y las conductas de riesgo, así como acerca de los aspectos que afectan a la elección o el cambio de la conducta.
Aconsejar ( <i>Advise</i> )	Dar consejos claros, específicos y personalizados, e incluir información sobre los riesgos/beneficios personales.
Acordar ( <i>Agree</i> )	Pactar colaborativamente los objetivos y los métodos más apropiados, basados en los intereses y en la capacidad para el cambio de la persona.
Ayudar ( <i>Assist</i> )	Usar técnicas de modificación de la conducta (autoayuda o asesoramiento) para ayudar a la persona a conseguir los objetivos pactados adquiriendo las habilidades, la confianza y el apoyo social/ambiental que favorece el cambio, junto con los tratamientos farmacológicos cuando sean adecuados.
Asegurar ( <i>Arrange</i> )	Asegurar visitas de seguimiento (en el centro o telefónicas) para ayudar/apoyar y para ajustar el plan terapéutico como se necesite, incluida la derivación a unidades especializadas cuando sea necesario.

Fuente: Córdoba et al, 2014.

En definitiva, todos estos intentos teóricos se centran en la modificación individual de las conductas de riesgo para la salud, desde un enfoque preventivo. Es decir, enmarcan un tipo de actuación en situaciones donde una conducta de riesgo ya está adquirida y se busca un cambio de comportamiento. No obstante, hace pensar, que posicionamientos de este tipo podrían resultar también de gran ayuda para la población que todavía no tiene establecidas conductas de riesgo, como podría ser el caso del grupo poblacional infanto-juvenil. En esta etapa evolutiva el enfoque prioritario es de prevención primaria y secundaria, queda evidente que durante estos años de la vida es especialmente importante la prevención, no solo para prevenir la instauración de ciertas conductas clasificadas como riesgo sino sobre todo como etapa para implantar intervenciones de promoción y mantenimiento de patrones que protegen la salud.

#### 2.3.4 Entornos saludables.

La promoción de la salud se basa en cierta parte, tal y como se recoge en la Carta de Ottawa, en la creación de escenarios y entornos saludables. Ello nace del término *settings for health* (traducido al español como entorno, contexto, ambiente o escenario para la salud) que se define como "el lugar o contexto social en que las personas desarrollan las actividades diarias y en el cual interactúan factores ambientales, organizativos y personales que afectan la salud y el bienestar" (OMS, 1998). En este sentido, las acciones para promover la salud a través de distintos escenarios y que en estos se pueda trabajar con eficacia el desarrollo e integración de espacios saludables, resulta imprescindible identificar los lugares donde distintos grupos de población viven, conviven, acuden, se reúnen y/o trabajan; en ellos se pueden adoptar desde muchas formas distintas, como por ejemplo centros educativos, lugares de trabajo, hospitales, etc.

En este sentido, la OMS ha impulsado varios programas basados en entornos saludables. El primero de ellos, y, por consiguiente, el más influyente, ha sido el de ciudades saludables, posteriormente surgieron otros como el de escuelas promotoras de salud, el de hospitales promotores de salud y el de prisiones saludables, dejando siempre la puerta abierta a nuevas iniciativas, como ahora por ejemplo a supermercados saludables o peluquerías promotoras de salud (Ramos et al, 2010), que quizás son iniciativas más originales y menos obvias pero que sin duda también podrían representar un cambio positivo a instaurar en los entornos más frecuentados por la población.

En consecuencia se puede decir que las intervenciones sobre el entorno pueden alcanzar a muchas más personas que las intervenciones de tipo más convencional, aunque estas sean en grupo, ello es debido en gran parte porque estas nuevas formas de promoción se incorporan de manera natural en los entornos de las personas e intervienen sobre los tres tipos de determinantes del comportamiento que recoge el modelo PRECEDE como factores de predisposición, facilitación y de refuerzo; haciendo de esta manera que su efectividad y eficiencia sea mayor que otras estrategias de carácter individualista. Es evidente, que el entorno es influyente y este juega un gran potencial en la mejora de la salud, por ello desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en el 2004 se propuso integrar en los espacios de sociabilidad más habituales y cotidianos intervenciones de promoción de la salud. A continuación, se van a analizar las principales características de uno de los entornos más importantes e influyentes durante la etapa de la vida infanto-juvenil, el contexto escolar.

- Escuelas promotoras de salud

En 1992 como iniciativa de la OMS surge la *European Network of Health Promoting Schools* (ENHPS) o la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (REEPS), en la que se integran más de 40 países europeos, cuyo principal objetivo es lograr estilos de vida saludables para la totalidad de la población escolarizada, desarrollando ambientes de apoyo directamente relacionados con la promoción de la salud. Una escuela promotora de salud implica al personal de salud y de educación, a los profesores, estudiantes, padres y líderes de la comunidad, en la tarea de promover la salud. Fomenta la salud y el aprendizaje con todos los medios a su alcance, y hace todo lo que está en su mano para ofrecer ambientes favorables para la salud y una serie de programas y servicios clave de promoción y educación para la salud (Ramos et al, 2010).

La creación de espacios y ambientes de este tipo, convierte el contexto escolar en un espacio saludable donde se propician acciones integrales de promoción de la salud como una oportunidad para seguir aprendiendo, pero también como una estrategia de desarrollo humano que facilita las habilidades y destrezas en el niño y adolescente para cuidar de su propia salud, la de su familia y comunidad. Este tipo de proyecto educativo favorece la formación de personas creativas, seguras de sí mismas, críticas e innovadoras, creando valores de autoestima, autovaloración y asertividad (Choque, 2005).

Hay grupos de jóvenes especialmente vulnerables y desfavorecidos que requieren esfuerzos en equidad y acceso a programas que reduzcan los riesgos relacionados con su género, edad, instrucción, clase social, etc., y que potencien sus oportunidades para vivir más saludablemente. Las escuelas promotoras de salud y el desarrollo de un currículum con contenidos de salud que se apoye en orientaciones didácticas para el desarrollo de relaciones interpersonales saludables en la comunidad escolar y en la habilitación de espacios que potencien la salud, son determinantes para ello (Hernán et al, 2001).

Desde esta perspectiva, las intervenciones se dirigen a los niños, al conjunto de la comunidad educativa y al propio centro. Se pretende que su impacto trascienda los límites del aula, al considerar que los niños también pueden ser agentes de salud si son formados adecuadamente para ello. Se considera que mediante la aplicación de metodologías educativas participativas se les puede ayudar a identificar y a adoptar conductas saludables y también a reconocer la influencia que ejerce en la salud su entorno físico y social próximo, aspirando a que sean capaces de intervenir en su mejora (Davó et al, 2008).

La educación para la salud está integrada como tema transversal en el currículum educativo desde la ley LOMCE de 2013, esto ha generado condiciones favorables para que el profesorado, junto con

la comunidad escolar y la colaboración de profesionales sanitarios, pueda abordar la salud en la escuela desde las primeras etapas educativas. Pero, lejos de constituirse en un avance, provoca ciertos obstáculos ya que los conceptos asociados a la EpS desaparecen de los bloques de contenido específico de las asignaturas para enmarcarse como un contenido transversal, donde de manera libre y según criterio de las administraciones educativas deciden que hacer y como complementar dichos contenidos. Llama la atención que se indique que los temas relacionados con la EpS deben ser asumidos en su diseño, coordinación y supervisión por el profesorado con cualificación o especialización adecuada en dichos ámbitos. Por otra parte, la EpS no se encuentra mencionada dentro de ningún bloque específico de las asignaturas publicadas, habiendo algunos contenidos puntuales que se incluyen en determinadas asignaturas como la asignatura de Educación Física, de modo que los contenidos de EpS ya no están dentro del bloque de la asignatura de Ciencias de la Naturaleza, como sucedía en la LOGSE (Charro, 2016), produciendo así un vacío importante y dejando en la transversalidad temas de índole sanitaria. Así pues, parece que el desarrollo de la promoción de la salud en la escuela es todavía bastante lento en organización y estructura, y además el número de centros educativos vinculados a la REEPS no es muy alto, ello es debido a que las competencias en educación y salud están transferidas a los gobiernos autonómicos, lo que hace que la situación sea muy desigual entre unas comunidades y otras (Davó et al, 2008).

De manera concreta, los conceptos relacionados con la EpS recogidos en la actual ley de educación, se centran en el desarrollo sostenible y medio ambiente; actividad física y dieta equilibrada; vida activa, saludable y autónoma; educación y seguridad vial; y el abuso sexual, el cuál es específicamente mencionado como concepto a tratar. A su vez, dentro de los 14 objetivos a conseguir en la educación primaria, la EpS se cita de manera parcial en 3 puntos (Charro, 2016):

1) Valorar la higiene y la salud, aceptar el propio cuerpo y el de los otros, respetar las diferencias y utilizar la educación física y el deporte como medios para favorecer el desarrollo personal y social.

2) Desarrollar sus capacidades afectivas en todos los ámbitos de la personalidad y en sus relaciones con los demás, así como una actitud contraria a la violencia, a los prejuicios de cualquier tipo y a los estereotipos sexistas.

3) Fomentar la educación vial y actitudes de respeto que incidan en la prevención de los accidentes de tráfico.

La importancia de la EpS en la escuela, y, por lo tanto, desde las edades más tempranas y de manera continua e ininterrumpida en los diversos niveles educativos de la enseñanza obligatoria, queda sobradamente justificada, pero para que ello pueda darse en las mejores condiciones y por tanto



responder de manera adecuada a la propuesta de entorno saludable por la OMS y cumplir con los objetivos propuestos de la REEPS (ver tabla 5) sobre el proyecto de escuela promotora de salud, se requiere de mayor diseño, coordinación y supervisión (REEPS, 2001).

**Tabla 5.** *Objetivos de la REEPS para el proyecto Escuelas promotoras de salud*

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorecer modos de vida sanos y ofrecer al alumnado y al profesorado opciones, a la vez realistas y atractivas, en materia de salud.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir objetivos claros de promoción de la salud y de seguridad para el conjunto de la comunidad escolar.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ofrecer un marco de trabajo y de estudio dirigido a la promoción de la salud, donde se tenga en cuenta: las condiciones del edificio escolar, de los espacios deportivos y de recreo, los comedores escolares, los aspectos de seguridad de los accesos, etc</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar el sentido de responsabilidad individual, familiar y social en relación con la salud.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posibilitar el pleno desarrollo físico, psíquico y social, y la adquisición de una imagen positiva de sí mismo, en todo el alumnado.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorecer buenas relaciones entre todos los miembros de la comunidad educativa y de ésta con su entorno</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrar la EpS en el Proyecto Curricular de forma coherente, utilizando metodologías que fomenten la participación del alumnado en el proceso educativo.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar a los alumnos y alumnas los conocimientos y habilidades indispensables para adoptar decisiones responsables en cuanto a su salud personal y que contribuyan al desarrollo de la salud y seguridad de su entorno.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar y utilizar los recursos existentes en la colectividad para desarrollar acciones en favor de la promoción de la salud.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliar la concepción de servicios de salud escolar para hacer de ellos un recurso educativo que ayude a la comunidad a utilizar adecuadamente el sistema sanitario.</li> </ul>

Fuente: REEPS. Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (2001)

Al igual que la infancia es el porvenir de la nueva Europa, la promoción de la salud mediante la educación sanitaria es la herramienta de mejora para la calidad de vida futura de la población, y está tiene una especial importancia en la época escolar. Por ello es necesario ofrecer a todos los niños, niñas y adolescentes la posibilidad de desarrollar plenamente sus posibilidades y llegar a ser personas adultas sanas de cuerpo y alma teniendo la energía, la capacidad y el sentido de la responsabilidad indispensables en el mundo moderno. El programa de escuelas promotoras de salud responde a este objetivo, y actúa en el entorno de socialización mayor de trasmisión de la cultura, conocimientos y valores por los cuales se rige la escuela. Su realización dependerá de un apoyo enérgico y continuado, de las estructuras dirigentes en todos los niveles de enseñanza y de la salud y el desarrollo socioeconómico (REEPS, 2001).

## 2.4 EL MODELO DE HEALTH LITERACY O ALFABETIZACIÓN EN SALUD

### 2.4.1 Definición y marco conceptual

La alfabetización en salud (AES) es la traducción del término en inglés *Health literacy*, este concepto empezó a desarrollarse en la década de los años 70, que se publicó por primera vez en 1974 durante los debates de una conferencia sobre educación sanitaria que trataba la educación como un problema de política social que afecta al sistema de salud, la comunicación de masas y el sistema educativo. Pero no fue hasta veinticinco años más tarde, cuando las definiciones de AES empezaron a aparecer de manera más continua (Mancuso, 2009). Aunque, su primera definición formal aparece en 1998 por la OMS como las "*habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud*" (OMS, 1998).

En los Estados Unidos, los médicos describieron la alfabetización en salud como "*una constelación de habilidades, incluyendo la capacidad de realizar lecturas básicas y tareas numéricas necesarias para funcionar en el ambiente de atención de salud*" (American Medical Association, 1999). Algunos años más tarde, aparece otra de las definiciones más comunes utilizadas en la bibliografía consultada, por el Instituto Estadounidense de Medicina (IOM) en el 2004, que la define como "*la capacidad general de una persona de obtener, procesar y comprender los servicios y la información básica sobre la salud a fin de adoptar decisiones en materia sanitaria*" (Sorensen, et al. 2012).

A partir de estas primeras y otras definiciones, y, como resultado de los primeros estudios sobre competencias y habilidades en salud o lo que es lo mismo el estudio de la *Health Literacy*, esta se considera un determinante básico y fundamental para los ciudadanos y pacientes en la gestión de la salud. Cada vez más, la formación en competencias en salud es reconocida como un determinante de la salud que incorpora elementos propios del campo sanitario y del campo educativo (como la alfabetización y la educación) (Nutbeam, 1998), siendo de este modo, un indicador de resultado de la educación sanitaria, y a su vez estar estrechamente relacionado con otros determinantes sociales como los ingresos y la cultura.

Para Nutbeam (2000) coexisten dos conceptualizaciones validas del termino *health literacy*, uno lo posiciona desde una perspectiva clínica-médica focalizándolo como factor de riesgo y otro desde una perspectiva de salud pública que lo posiciona como un elemento activo de la persona. Todo y que este autor, divide el término en su análisis, se puede decir que en su conjunto este se explica como un atributo o característica de los individuos, pero, sin embargo, algunas otras aportaciones, consideran que este va más allá de lo individual, para depender también de las habilidades,

preferencias y expectativas de cualquier agente implicado en la información de salud, como ahora, por ejemplo, médicos, enfermeras, administradores, trabajadores sociales, etc (Rudd et al, 2013).

A pesar de que su importancia es cada vez más reconocida y en los últimos años han incrementado los estudios respecto a este término, todavía no hay a día de hoy un consenso sobre su definición ni sobre sus dimensiones, como modelo conceptual. No obstante, como resultado de una revisión bibliográfica sobre las diferentes definiciones encontradas y tras un análisis cualitativo minucioso acerca de los elementos que emergían de estas, y así mismo una discusión profunda sobre los mismos, se elaboró una nueva definición que incluía la esencia de todas las definiciones identificadas en la literatura hasta el momento, optando así por la definición más completa dada a día de hoy, como *"la alfabetización en salud se basa en la alfabetización general y engloba las motivaciones, los conocimientos y las competencias de las personas para acceder, entender, evaluar y aplicar la información sobre la salud en la toma de decisiones sobre la atención y el cuidado sanitario, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud para mantener y mejorar la calidad de vida a lo largo de ésta"* (Sorensen et al, 2012).

Se observa mediante la revisión de las definiciones recogidas en el artículo de Sorensen et al (2012), a pesar de las múltiples definiciones al respecto, una característica común de todas ellas, que son los aspectos referidos al procesamiento de la información, centrándose en las habilidades individuales para obtener o acceder, procesar y entender/comprender la información como competencias necesarias para tomar decisiones apropiadas en temas de salud (Falcón y Luna, 2012). Las personas deberían acceder y comprender la información necesaria para participar activamente en la gestión de su propia salud y en la toma de decisiones que le afectan en el día a día de manera apropiada. (Healthy people 2010).

La complicación más obvia de tener múltiples y muchas veces conflictas definiciones de AES puede ser la simple confusión entre los investigadores, los profesionales de la salud e incluso los responsables de la formulación de políticas que necesitan procesar y seleccionar entre muchas opciones (Pleasant et al, 2016). Hasta la fecha, la que parece ser la definición más citada en los Estados Unidos es la presentada inicialmente por Ratzan y Parker en 2000: *"La capacidad de los individuos para obtener, procesar y comprender la información y los servicios básicos de salud necesarios para tomar decisiones de salud apropiadas"*; que fue recogida por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en 2000 para su uso en Healthy People 2010, adoptado en el informe del Institute of Medicine en 2004, *Health Literacy: A Prescription to End Confusion* (Pleasant et al, 2016).

Una de las mayores críticas al respecto recogidas, es que la mayoría de las definiciones existentes no especifican bien los resultados de AES, careciendo por tanto de indicadores objetivos de la salud o del nivel de alfabetización. En esta línea, el desafío actual en el que trabajan algunos autores es discutir sobre la distinción entre entender y actuar, argumentando la clara brecha que se presencia en una amplia variedad de investigaciones entre lo que la gente "sabe" y lo que la gente "hace", apuntando por tanto que las definiciones actuales necesitan de una nueva perspectiva incluyendo alguna noción sobre el uso o aplicación de la información (Pleasant et al, 2016).

En conclusión, resulta necesario considerar en la actualidad una nueva definición de AES que permita de este modo, examinar mejor el impacto de los diversos componentes de las iniciativas de alfabetización e identificar aquellos factores que tienen un impacto positivo en los resultados de salud y los que no. Además, los profesionales, investigadores y otros serán capaces de generar y probar acciones efectivas en múltiples niveles. Mejorar la AES es mejorar la salud de la población, y para que ello pueda ser posible, es imprescindible que el campo de conocimiento de la AES comprenda mucho mejor las diferentes opciones posibles para llevar a cabo acciones de salud, y a su vez cuenten con una mejor comprensión sobre como activar las vías existentes para que las acciones de salud desarrolladas sean más efectivas (Pleasant et al, 2016).

Es por ello, que el equipo de investigadores Pleasant et al, en abril del año 2016, presentaron un documento que recoge cuatro componentes que se deberían de considerar para una definición completa y actualizada sobre AES que responda asimismo a las nuevas demandas:

Componente 1: Incluir demandas y complejidades del sistema, así como habilidades y aptitudes individuales

Componente 2: Incluir componentes, procesos y resultados medibles

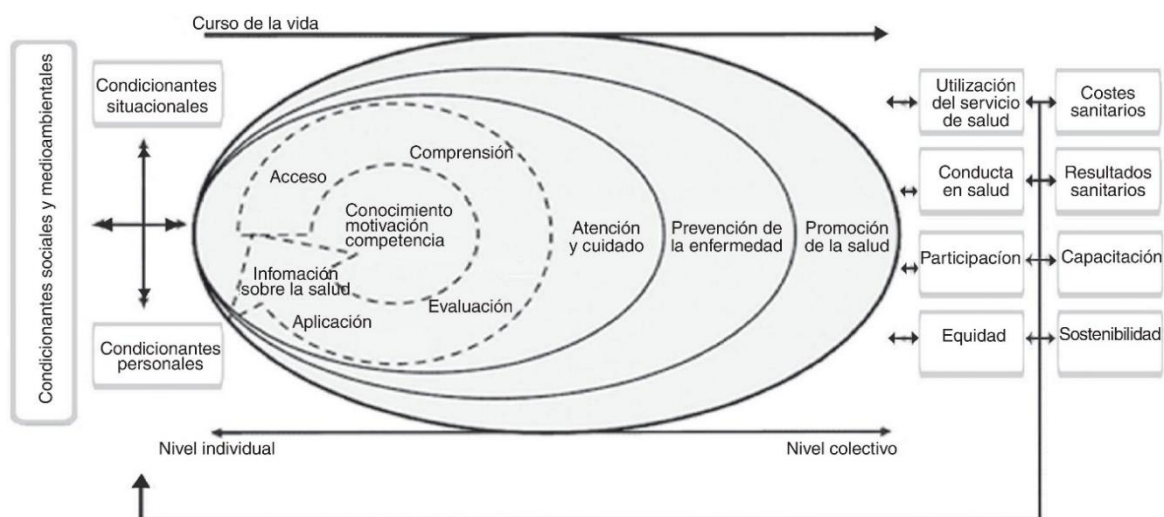
Componente 3: Reconocer el potencial para un análisis del cambio

Componente 4: Demostrar vínculos entre decisiones informadas y acciones

A lo largo de estos años, se han ido desarrollando asimismo diferentes modelos conceptuales sobre AES, el primero de ellos data del año 2000 de Nutbeam y el último de VonWagner et al en el año 2009, pero en este término, al igual que con las definiciones, no hay consenso sobre el modelo y sus dimensiones. Sorensen et al (2012), en este contexto, tras un estudio detallado sobre los mismos, apunta que los intentos de conceptualizar la AES no han logrado integrar todos los conocimientos existentes que abarcan diferentes perspectivas sobre la AES, destacando que ninguno de los doce modelos encontrados hasta el momento (desarrollados en nueve años), se han podido considerar como suficientemente completos, debido a que estos no están alineados con las evolutivas definiciones del término y con las competencias que este implica. De modo que, para intentar

solventar dichas deficiencias encontradas, el mismo autor propone un modelo integrado de AES (ver figura 7) que capta las dimensiones de los modelos existentes revisados en su estudio.

**Figura 7.** Modelo de AES, propuesto por Sorensen et al.



Fuente: Sorensen et al, 2012. (Traducción adaptada del proyecto HLS-EU, Falcón y Luna, 2012)

De esta manera, el modelo integrado de AES constituye a día de hoy uno de los modelos más aceptados por el momento convirtiéndose en un referente en diversos estudios sobre este ámbito; en él se combina las cuatro dimensiones referidas a tratamiento de la información sanitaria (acceder, entender, evaluar y aplicar), con los tres niveles de dominio integrados de la conceptualización médica y con la perspectiva de salud pública (cuidado de la salud, prevención de la enfermedad y promoción de la salud), produciendo así una matriz de 12 dimensiones de la AES (ver tabla 6) (Sorensen et al, 2012).

Dicho modelo, en la actualidad, ha sido utilizado por el proyecto europeo de AES *European Health Literacy Survey (HLS-EU)* para el diseño de un cuestionario en el estudio de la AES entre diferentes países europeos participantes.

**Tabla 6.** Dimensiones del modelo conceptual sobre AES

HEATH LITERACY	Acceder-obtener información relevante para la salud	Entender la información relativa a la salud	Procesar-juzgar la información referente a la salud	Aplicar-usar la información
Cuidado de la salud (Habilidad para: ...)	1) acceder a información médica o clínica	2) entender la información médica y su significado	3) interpretar y evaluar la información médica	4) tomar decisiones informadas en temas médicos
Prevención de la enfermedad (Habilidad para: ...)	5) acceder a información sobre factores de riesgo para la salud	6) entender la información sobre factores de riesgo y su significado	7) interpretar y evaluar la información sobre factores de riesgo para la salud	8) tomar decisiones informadas sobre factores de riesgo
Promoción de la salud (Habilidad para: ...)	9) ponerse al día sobre los determinantes que afectan a la salud	10) entender la información sobre los determinantes de la salud y su significado	11)interpretar y evaluar la información sobre los determinantes de la salud	12) tomar decisiones informadas sobre los determinantes que afectan la salud

Fuente: *European Health Literacy Survey (HLS-EU), 2012.*

#### 2.4.2 Instrumentos de medición

Del mismo modo que ocurre con las definiciones y dimensiones conceptuales sobre la Health Literacy, en relación a las herramientas que se disponen para medir y evaluar el nivel de alfabetización son a día de hoy muy variadas y diversas.

En este sentido, el creciente interés por el estudio de la AES ha llevado a un aumento de la demanda de instrumentos de valoración. En la actualidad existen hasta 51 instrumentos de medición, lo cual proporciona una numerosa variabilidad de enfoques, diseños y propósitos diferentes en los que pueden ser utilizados, lo que complica a su vez, la tarea de interpretar los resultados de ciertos estudios, y en cierta manera la difícil elección de la herramienta apropiada para nuevos estudios a llevar a cabo. Las conclusiones obtenidas en la literatura acerca de este campo, es que todavía a día de hoy y a pesar de la gran oferta carece de una única medida de AES rigurosamente validada que aborde la gama completa de dimensiones que representan este complejo constructo (Haun et al, 2014).

A nivel de productividad sobre estos instrumentos, cabe apuntar que se empiezan a registrar un mayor número en la literatura a partir del año 2001 de manera más continuada, dos años más tarde de que la OMS incorporará este concepto en su glosario, a partir de entonces los intentos por medir la AES se disparan, observándose una tendencia sustancial a partir de 2009 (Bas et al, 2015).

Los instrumentos más empleados en los últimos estudios para medir la AES como se observa en la tabla 7, se clasifican en dos grandes grupos, los que miden AES general en la población y los que

miden la alfabetización en determinadas patologías o grupos (Bas et al, 2015). Para el primer grupo se encuentran 18 tipos de instrumentos, mientras que para el segundo grupo se agrupan a su vez en determinadas patologías según su uso (en diabetes, en reuma, en salud bucodental, en padres, en cáncer, etc.), obteniendo asimismo un total de 9 grupos, que engloban 11 instrumentos (Bas et al, 2015); aunque algunas otras clasificaciones tienen en cuenta algunos otros más, así hasta llegar a un registro de 51 escalas (Haun et al, 2014). Sin embargo, los instrumentos desarrollados para su medición más utilizados hasta el momento han sido el TOFHLA y el REALM (Bas et al, 2015; Haun et al, 2014), a pesar de ello, estos cuentan con diferentes limitaciones, entre ellas que no miden todas las dimensiones y no tienen en cuenta el contexto en el que se encuentra inmerso el individuo (Bas et al, 2015), pero no obstante estos representan a día de hoy un buen *gold standards* en que fijarse (Haun et al, 2014).

A nivel de Europa en el año 2012, con el desarrollo del *European Health Literacy Survey (HLS-EU)* se han aportado los primeros datos de alfabetización en España. Dicho instrumento forma parte de un proyecto financiado por la Comisión Europea 2008-2013 como una estrategia prioritaria en la que colaboran 8 países (Grecia, Irlanda, Países Bajos, Austria, Polonia, Bulgaria, Alemania y España) coordinados por la Universidad de Maastricht (Holanda) (Bas et al, 2015). Esta encuesta se basa en el modelo conceptual de Sorensen et al (2012), visto anteriormente, y consta de un total de 47 ítems, que indagan sobre determinadas situaciones o tareas en las que es necesario gestionar información relevante de salud en aspectos relacionados con la asistencia sanitaria, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. Dicha encuesta clasifica las respuestas en una escala likert de cuatro categorías, y las preguntas a su vez están divididas en cuatro partes. Cabe destacar que, a día de hoy, es la única herramienta elaborada en nuestro contexto que además se apoya en un marco teórico bien establecido. Sin embargo, también presenta algunas limitaciones como ahora el número de ítems que miden percepción subjetiva del individuo y la propia extensión; en el 2014 Pelikan y Sorensen presentaron la versión reducida de esta misma encuesta que en la actualidad consta de 16 ítems (Bas et al, 2015).

Entre las últimas aportaciones, destacar que se encuentra el instrumento en español Valoración de Competencias en Salud (VACS), que nace tras estudiar el comportamiento del paciente crónico y sus necesidades de atención sanitaria, con la intención de dar respuesta a la necesidad de contar con instrumentos de cribado que identifiquen personas con bajas competencias en salud. Garantizando así la implementación de estrategias específicas según cada perfil. Dicho instrumento es a cumplimentar por los profesionales y no por los propios sujetos, y a modo de semáforo proporciona unos resultados rápidos de interpretación, los cuales clasifican a los pacientes en 3 posibles grupos: perfil de paciente con un bajo nivel de alfabetización y por tanto, candidato a participar en grupos

de formación específica (color rojo), perfil de pacientes en alerta, lo que implica prestar atención a los aspectos más prioritarios (color ámbar) y por último perfil de paciente con un buen manejo de competencias, y por tanto ser candidato a formación más avanzada, tipo paciente experto o formador de formadores (color verde) (Navarro, et al, 2016).

**Tabla 7.** Principales instrumentos que miden AES

Alfabetización en general	Alfabetización en determinadas patologías
Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)(Davis et al., 1991).	<u>Diabetes:</u> Functional Communicative and Critical Health Literacy (FCCHL) (Fransen, Van Schaik, Twickler, y Essink-Bot, 2011); Chinese Health Literacy Scale for Diabetes (CHLSD) (Leung, Lou, Cheung, Chan, y Chi, (2013).
Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)(Parker, Baker, Williams, y Nurss, 1995)	<u>Reuma:</u> Functional Health Literacy Tests (FHLT) (Zhang, Thumboo, Fong, y Li, 2009).
The Medical Achievement Reading Test (MART) (Hanson-Divers, 1997).	<u>Ancianos coreanos:</u> Korean Health Literacy Scale (KHLS) (Lee, Kang, Lee, y Hyun, 2009)
National Assessment of Adult Literacy (NAAL) (Institute of Education Sciences, 2003).	<u>Salud bucodental:</u> Oral Health Literacy Instrument (OHLI) (Sabbahi, Lawrence, Limeback, y Rootman, 2009); Oral Health Literacy Assessment in Spanish (OHLA-S) and English (OHLA-E) (Lee, Stucky, Rozier, Lee, y Zeldin, 2013).
Set of brief screening questions y derivados (SBSQ) (Chew, Bradley, y Boyko, 2004).	<u>Padres:</u> Parenteral Health Literacy Activities Test (PHLAT) (PHLAT-10) (Kumar et al., 2010).
The Newest Vital Sign (NVS)(Weiss et al, 2005)	<u>Cáncer de colon:</u> Assessment of Colon Cancer Literacy (ACCL) (Pendlimari, Holubar, Hassinger, y Cima, 2012).
Short Assessment of Health Literacy for Spanish Speaking Adults (SAHLSA) (Lee, Bender, Ruiz, y Cho, 2006)	<u>Hipertensión arterial:</u> High Blood Pressure Health Literacy Scale (HBP-HLS) (Kim et al., 2012).
eHealth Literacy Scale (eHEALS) (Norman y Skinner, 2006).	<u>VIH:</u> HIV-Related Health Literacy Scale (HIV-HL) (Ownby et al., 2013).
Health Activity Literacy Scale (HALS)(Rudd, 2007)	<u>Nutrición:</u> Nutrition Literacy Assessment Instrument (NLAI) (Gibbs y Chapman-Novakofski, 2013)
Adult Literacy and Life Skills Survey (ALLS) (Canadian Council on Learning, 2007).	
The Demographic Assessment of Health Literacy (DAHL) (Hanchate, Ash, Gazmararian, Wolf, y Paasche-Orlow, 2008).	
Health Literacy Skill Instrument (HLSI) (McCormack et al., 2010).	
European Health Literacy Survey (HLS-EU) (Sorensen et al., 2013)	



Health Literacy Assessment Using Talking Touchscreen (Health LiTT) (Hahn, Choi, Griffith, Yost, y Baker, 2011).	
Health Literacy Scale Development in Taiwan (MHLS) (Tsai, Lee, Tsai, y Kuo, 2010)	
All Aspects Health Literacy Scale (AAHLS) (Chinn y McCarthy, 2013).	
Health Literacy Questionnaire (HLQ) (Osborne, Batterham, Elsworth, Hawkins, y Buchbinder, 2013).	
Health Literacy Management Scale (HeLMS) (Jordan et al., 2013).	

Fuente: Adaptado de Bas et al, 2015

Paralelamente al estudio de las características y propiedades de los instrumentos como herramienta de medición, algunos estudios se han centrado en la búsqueda de opinión de los propios pacientes, concluyendo que la percepción del paciente en relación a su nivel de confort contestando a las encuestas de alfabetización presentadas hasta el momento no son bien aceptadas al completo; en dicha exploración sobre el tema mostraron que aunque la mayoría se sentían cómodos al evaluar su alfabetización e incluso indicaban la utilidad que esto representaría para los profesionales, sí se registró una minoría que opinaba que estos eran inapropiados y dudaban sobre su práctica. En dicho estudio se concluyó, además, que las habilidades de lectura autoinformadas de los participantes no correspondían a las puntuaciones obtenidas tras su análisis (Ferguson et al, 2011), lo cual pone de manifiesto la necesidad continua de contar con herramientas más sensibles al constructo, y que, a su vez, conduzcan al buen confort del paciente evitando generar incomodidad o sensación de inferioridad al sentirse valorado. Lo cual es más probable en personas con un bajo nivel de AES provocando así sentimiento de vergüenza al contestar este tipo de instrumentos (Mancuso, 2009).

### 2.4.3 Impacto de la AES

La AES es un fenómeno complejo que implica habilidades, conocimientos y las expectativas que los profesionales de la salud tienen acerca del interés en la información y los servicios de salud a la población. La información y los servicios de salud a menudo no son familiares para los usuarios de estos, siendo en la mayoría de los casos complicados y técnicos, incluso para las personas con niveles más altos de educación (Rudd et al, 2013).

Las personas de todas las edades, razas, ingresos y niveles de educación, no sólo las personas con escasas habilidades de lectura o las personas para las que el inglés es un segundo idioma, se ven afectadas por la limitación de la AES. Según una investigación del Departamento de Educación de los

Estados Unidos, sólo el 12% de los adultos de habla inglesa en los Estados Unidos tienen habilidades suficientes de AES. El impacto de la alfabetización limitada en salud afecta desproporcionadamente a los grupos socioeconómicos y minoritarios más bajos (Healthy people, 2010)

Dicho constructo se ha elaborado bajo la idea de que tanto la salud como la alfabetización son elementos básicos para la vida diaria. Nuestro nivel de alfabetización afecta, directamente, a nuestra capacidad para, no sólo, actuar sobre la información de salud que recibamos sino también para tener más control de nuestra salud como individuos, familia o comunidad (Bas et al, 2015).

De este modo, originalmente, se reconocen tres niveles de alfabetización (Nutbeam, 2000):

- Funcional para habilidades básicas de escritura y lectura necesarias para funcionar con efectividad en un contexto sanitario.
- Interactiva para habilidades cognitivas más avanzadas y habilidades sociales que permitan la participación activa en los cuidados de salud
- Crítica para la habilidad de analizar críticamente y utilizar la información de salud en la participación de acciones que sobrepasan las barreras estructurales para la salud.

Las personas que presentan bajo nivel de competencias en salud, son más propensas a presentar dificultades en la capacidad de autocuidado, en el acceso a los servicios de salud, en entender la información disponible, y en tomar decisiones relacionadas con su propio bienestar (Bennett, 2003). El vínculo entre la alfabetización limitada en salud y la mala salud ha sido bien documentada en varios estudios, el IOM en 2004 aportó un informe sobre AES y resultados en salud, concluyendo que niveles bajos de alfabetización están negativamente asociados con el mal uso de servicios preventivos (como por ejemplo, mamografías, vacunas, etc.) y con el deficiente manejo de enfermedades crónicas (por ejemplo, diabetes, hipertensión, asma, etc.); además de encontrar que la alfabetización limitada también está asociada a un aumento en las visitas evitables al hospital, a mal entendidos sobre la adherencia al tratamiento, a errores de medicación, a mala comprensión de las etiquetas nutricionales por el vocabulario e incluso a una mayor mortalidad (U.S., 2010).

De manera general, una pobre alfabetización en salud es más común entre pacientes que tienen un bajo nivel educacional, entre inmigrantes, pacientes ancianos y entre etnias raciales minoritarias. De la misma manera, que, entre pacientes crónicos, hay estudios que han mostrado que los niveles más bajos de alfabetización se relacionan con enfermedades como, la diabetes tipos 2, asma, hipertensión y VIH apuntando que esto puede acarrear graves problemas y desventajas sobre la población; de manera específica, un inadecuado nivel de alfabetización en pacientes diabéticos, está asociado con peores controles glicémicos y una alta tasa de retinopatías (Schillinger et al, 2002).

Por otro lado, existe un vínculo claro entre los niveles de alfabetización en salud y actividad física; en un estudio en Suiza, los datos mostraron que, entre las personas con el nivel más bajo de alfabetización en salud, el 78% dijo que en el último mes no había practicado una actividad deportiva al menos 30 minutos. Esta proporción disminuye linealmente hasta el 10% para el grupo de personas con el nivel más alto de alfabetización en salud. Además, un menor nivel de alfabetización en salud también se asoció con más frecuentes hospitalizaciones y/o consultas de urgencias (Wismar et al, 2016).

En pediatría son pocos los estudios en relación a este ámbito, pero a pesar de ello, existen estudios que han demostrado la asociación entre un bajo nivel de alfabetización de los padres en relación a más errores de medicación en los niños, peores cuidados del asma infantil y peores controles glicémicos en niños con diabetes tipo 1. Si bien es cierto que la decisión de los padres es influyente en los resultados de salud de los hijos, los niños a su vez también pueden ser influyentes en su propio cuidado, particularmente en el contexto de enfermedades crónicas como el asma y la diabetes; algunos estudios apuntan que niños de 4 años con diabetes pueden ser implicados en su propio autocuidado, entendiendo que requieren niveles más bajos de azúcar en su dieta, y que la insulina es necesaria para convertir dicha azúcar en energía, manejando así información sanitaria al respecto; otros estudios en niños mayores informan de que estos son capaces de leer en las etiquetas de comida la cantidad de carbohidratos regulando así sus necesidades de insulina (Chari et al, 2014).

En el contexto de la obesidad, mientras en edad escolar la obesidad infantil se relaciona con factores de tipo parental como obesidad presente en los padres o el bajo nivel de alfabetización de los padres sobre la alimentación adecuada, la obesidad en adolescentes está fuertemente asociada con la propia alfabetización de los adolescentes para leer las etiquetas de las comidas, mantener una dieta y sus recomendaciones, etc. (Chari et al, 2014).

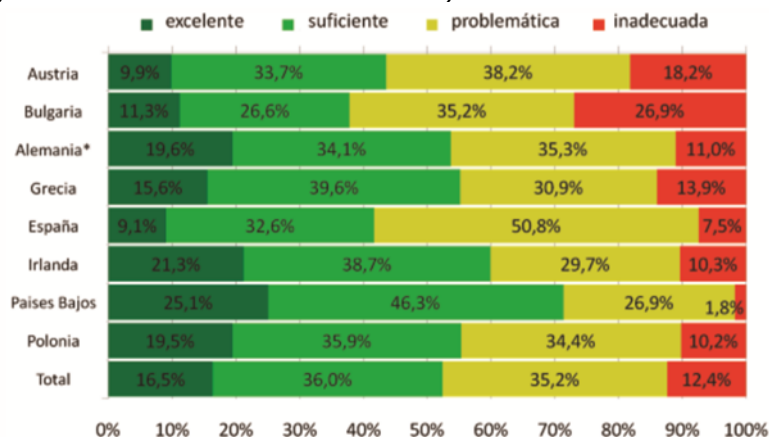
Pocos estudios se han centrado en la AES de los adolescentes en general, y menos en el entorno escolar en particular. Los adolescentes son generalmente sanos y, como tal, no navegan en el sistema de cuidado médico tan extensivamente como los adultos. Sin embargo, la comprensión y promoción de la AES entre los adolescentes es esencial por múltiples razones: (1) los adolescentes están desarrollando comportamientos y hábitos de salud a lo largo de toda la vida, y las destrezas adecuadas de AES pueden apoyar estilos de vida adecuados y saludables; (2) los adolescentes son futuros usuarios independientes del sistema de salud, y los adultos jóvenes que están alfabetizados pueden contribuir a una reducción del nivel de generación de malos resultados de salud que se sabe que están asociados con bajos niveles de alfabetización entre adultos; (3) los adolescentes reciben

información en salud a través de internet y acceden a los servicios de salud de manera online, lo que puede suponer un riesgo que solo dispongan de los servicios basados en Internet (4) los pocos estudios que investigan la AES de los adolescentes han demostrado que una alfabetización baja en salud está asociada con comportamientos de riesgo, incluyendo el consumo de tabaco, comportamientos problemáticos (por ejemplo, violencia, delincuencia, etc.), obesidad, y niveles más bajos de comportamientos que promueven la salud (Ghaddar et al, 2012).

- Resultados sobre la AES en Europa y España (Falcón y Luna, 2012)

Como ya se ha comentado anteriormente, durante los años 2009 y 2012 se llevó a cabo un estudio europeo, financiado por la Comisión Europea, con una muestra de 1000 encuestados por cada uno de los ocho países incluyentes en el estudio, entre ellos España. A partir de los resultados obtenidos mediante el instrumento HLS-EU, como se observa en el siguiente gráfico (figura 8), sorprende que, entre todos los países europeos incluidos, España es el país que tiene más porcentaje de AES problemática con un 50'8% de la muestra; para el resto de países europeos los porcentajes en esta franja son muy similares, con aproximadamente el 30-35% de la muestra, lo que afirma que España está muy por debajo de lo esperado a nivel europeo sobre AES.

**Figura 8.** Porcentajes de los distintos niveles de alfabetización general en salud en los ocho países y en la totalidad de la muestra del Proyecto HLS-EU.



Fuente: Proyecto HLS-EU, 2012.

Por un lado, a nivel europeo el país que más porcentaje de la muestra goza de una suficiente AES son los Países Bajos con un 46'3%, y, por otro lado, con un nivel excelente de AES destaca de nuevo los Países Bajos con un 25'1% e Irlanda con un 21'3%. Independientemente de estos dos casos (País Bajos e Irlanda), para el resto de los seis países llama la atención que ninguno supera el 20% de la muestra encuestada como AES excelente, lo que pone de manifiesto la gran necesidad de desarrollar estrategias en este campo.

Entre los países que se encuentran con mayor porcentaje de niveles inadecuados, lo que implica niveles muy bajos de AES es Bulgaria con un 26'9% y Austria con un 18'2%, España se encuentra con un 7'5%, situándose en el séptimo país con peor AES.

Con una visión de conjunto, de manera general, en Europa hay un 35'2% de la muestra con una AES problemática, lo que es muy parecido al porcentaje de la muestra que tiene una AES suficiente (36%); de manera similar, hay un 12'4% de la muestra con una AES inadecuada frente a casi el mismo porcentaje (16'5%) que cuenta con una AES excelente. En otras palabras, una de cada dos personas en Europa tiene una AES limitada.

Por consiguiente, queda evidente que se deberían priorizar las necesidades del grupo de AES problemática, lo que sin duda se traduciría en una mejora sustancial hacia niveles de alfabetización mayores, y a su vez reducir al máximo los porcentajes de AES bajos o inadecuados.

Más recientemente, en 2015, Suiza utilizó el cuestionario HLS-EU para una encuesta sobre alfabetización en salud. En general, los resultados confirmaron las mismas conclusiones que en los otros países del proyecto europeo. Aunque en Suiza la proporción de personas con un nivel inadecuado de alfabetización en salud (9%) es algo menor que el nivel promedio en los ocho países del estudio original (Wismar et al, 2016).

- Recomendaciones para el desarrollo de mejores niveles de AES

En el año 2008 a través de la *Fundació Josep Laporte* junto con la *Universitat Autònoma de Barcelona* y la *Universitat dels Pacients*, se llevó a cabo la conferencia *European Patient Education and Health Literacy Conference (EPEHLC)* como marco de dialogo para la mejora de la AES, que no cabe duda que desempeña un papel clave en la salud de las personas. En ella, diferentes investigadores a nivel nacional e internacional discutieron sobre las implicaciones que tiene la AES para el paciente, concluyendo la necesidad de incrementar las habilidades y competencias en salud de los pacientes y ciudadanos. Durante la misma, se enfatizó sobre la eficacia demostrada en la promoción del autocuidado, el cambio de conductas, la mejora de la calidad de vida y el uso más adecuado de los servicios sanitarios en acciones tipo Programas de Educación al Paciente (EPEHLC, 2008).

En este contexto, las diferentes experiencias de las organizaciones de pacientes de todos los países han mostrado un cambio importante desde el modelo tradicional de los pacientes a uno más activo, incluyendo al paciente en la participación del proceso de toma de decisiones en salud. En opinión de los pacientes, la mejora de los conocimientos y destrezas en materia de salud conducen al empoderamiento y, por lo tanto, a una mejor calidad de vida. El reconocimiento por parte de los

pacientes de la necesidad de mejorar sus habilidades de alfabetización, pone de manifiesto el requisito de trabajar sobre la toma de decisiones compartida, exigiendo, por tanto, la necesidad de diálogo entre los pacientes, los miembros de la familia y los proveedores de salud (Rudd et al, 2013).

Como resultado del proyecto europeo de AES llevado a cabo entre el año 2009 y 2012, este recomienda iniciar y fomentar actuaciones, políticas e investigaciones de AES para reducir las desigualdades en la promoción de la salud, el bienestar y el desarrollo sostenible, y también para lograr la igualdad tanto a nivel nacional como internacional. Este grupo de investigadores europeos fija como prioridades dos recomendaciones claves: (1) aumentar la AES de la población para que los ciudadanos gestionen su propia salud más fácilmente, y (2) reducir la complejidad de los sistemas sanitarios para que los ciudadanos los utilicen con mayor facilidad. En cuanto a las políticas, las recomendaciones van dirigidas a: definir formas más concretas de capacitación y mejora de la alfabetización, proporcionar fondos para apoyar las iniciativas de mejora de la alfabetización, desarrollar estrategias de información sanitaria de manera más global, garantizar la AES como condicionante de la salud en relación a reducir disparidades sanitarias, incluir la AES en los programas de formación y evaluación de los profesionales de la salud, integrar la AES en los planes de estudios, promover mejores prácticas, elaborar medidas de AES, desarrollar redes de apoyo suficiente, promover una mayor investigación sobre la manera de utilizar la AES para optimizar la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, fortalecer la base de información y conocimiento para medir y evaluar la AES, entre otras (HLS-EU, 2012).

## 2.5 EL AUTOCUIDADO DESDE LA PERSPECTIVA ENFERMERA

Dentro de la disciplina enfermera, existen diferentes modelos y teorías que orientan en la práctica, la implementación de estas no solo aporta beneficios para la profesión, en cuanto a que contribuyen a diferenciarla de otras profesiones de la salud, sino que involucra la utilización de un lenguaje profesional característico, y se ponen de manifiesto conceptos de persona, ambiente, salud y enfermería desde la perspectiva de la teoría que se aplica. Entre las diferentes teorías y modelos que cuenta enfermería se ha escogido el modelo de Dorothea Orem, para enmarcar desde su modelo el constructo del autocuidado en esta tesis.

### 2.5.1 Modelo de Dorothea Orem

Para adentrarse y poder aplicar el modelo, es necesario conocer cómo este modelo de Orem define los conceptos paradigmáticos inherentes a cualquier marco conceptual enfermero: persona, enfermería, entorno y salud. Así pues, Orem concibe el *ser humano/persona* como un organismo biológico, racional y pensante con capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, con capacidad para simbolizar lo que experimentan y usar creaciones simbólicas para pensar, comunicarse y guiarse para hacer las cosas que son beneficiosas para sí mismos y para otros. Por otro lado, define la *enfermería* como el ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta. El *entorno* es entendido como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona, finalmente el concepto de *salud* lo define como un estado que, para la persona, significa cosas diferentes en sus distintos componentes y cambia a medida que cambian las características humanas y biológicas de la persona (Marriner y Raile, 2011).

De la misma manera, para poder aplicar el modelo de Orem, resulta necesario indagar, definir y comprender los conceptos que se manejan en esta teoría. Orem define el concepto de autocuidado como *"la conducta aprendida por el individuo dirigida hacia sí mismo y el entorno para regular los factores que afectan su desarrollo en beneficio de la vida, salud y bienestar"* (Orem, 1993).

Para esta teórica, la realización del autocuidado requiere la acción deliberada, intencionada y calculada, que está condicionada por el conocimiento y repertorio de habilidades de un individuo, y se basa en la premisa de que estos saben cuándo necesitan ayuda y, por lo tanto, son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar. Sin embargo, pueden escoger entre distintas opciones en sus conductas de autocuidado (Orem, 1993). Pero, no obstante, ello requiere de conocimiento, habilidad y motivación, que se pueden desarrollar a lo largo de la vida y con el apoyo del personal de salud, es decir la actividad de Autocuidado definida como *"la compleja habilidad*

*adquirida por las personas maduras, o que están madurando, que les permite conocer y cubrir sus necesidades continuas con acciones deliberadas e intencionadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano"* (Marriner y Raile, 2011).

En este concepto se pueden apreciar como en la adquisición del autocuidado se deben tener en cuenta elementos denominados factores condicionantes básicos. Los factores son condiciones internas y externas de la persona que afectan, a la cantidad y calidad de cuidados que requiere la persona y las manifestaciones de los requerimientos y la capacidad de autocuidado, entre los que se encuentran: la edad, el sistema familiar, el género, patrón de vida, estado de salud (físico y psicológico) y estado de desarrollo. Cabe puntualizar, que toda acción de autocuidado, además debe ser razonada e intencionada para ser realizada, es decir, debe estar orientada a un objetivo, para poder contar con los recursos requeridos para ello (Marriner y Raile, 2011).

Orem, parte del supuesto principal que "el cuidado no es innato"; esta conducta se aprende, se vive durante el crecimiento y desarrollo del ser humano, siendo en un comienzo a través de las relaciones interpersonales que se establecen con los padres, quienes son los modelos a seguir por los niños, y posteriormente con amigos, familia, es decir, el entorno que los rodea (Vega y González, 2007). Es así como las personas aprenden y desarrollan prácticas de autocuidado que se transforman en hábitos, que contribuyen a la salud y el bienestar. Todas estas actividades son mediadas por la voluntad y forman parte de la rutina de vida (Sillas y Jordán, 2011).

De esta teoría, se articulan tres conceptos importantes, el agente de autocuidado que se refiere a cualquier persona que cumple con la responsabilidad de conocer y satisfacer las necesidades de autocuidado, el agente de autocuidado dependiente que es la persona externa que acepta proporcionar el cuidado a otra persona importante para él y, el agente de autocuidado terapéutico, en el cual la persona que da el cuidado es el profesional de enfermería (Vega y González, 2007).

Por otro lado, Orem en su teoría, menciona que, para realizar la práctica del autocuidado de la persona sana o enferma, es necesario considerar que condiciones básicas pueden determinar las necesidades de autocuidado para la salud, así pues, son como expresiones de los tipos de autocuidado intencionados que el individuo requiere, y que Orem denomina como requisitos de autocuidado, que los define como "*aquellos que tienen por objeto promover las condiciones necesarias para la vida y maduración, y prevenir la aparición de situaciones en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano"* (Marriner y Raile, 2011; Vega y González, 2007); los requisitos son tres: la *Universalidad*, el autocuidado de la salud es común a todas las personas (se refiere a las necesidades fundamentales del ser humano: oxigenación, alimentación, hidratación, actividad, reposo, etc. Están asociadas a los procesos vitales, al mantenimiento de la estructura y del funcionamiento humano, y al bienestar general); el *Desarrollo*,



el autocuidado se comprende como prevención en salud y debe darse a lo largo de la vida (se refiere a las necesidades específicas en determinados momentos del desarrollo vital: niñez, pubertad, embarazo, vejez, etc. Están asociados solo con procesos de desarrollo humano y con las condiciones y eventos que ocurren durante diversos estadios del ciclo vital) y, por último, la *Desviación de la salud*, el autocuidado puede verse afectado por el propio estado de salud de la persona (se refiere a necesidades diferentes que hacen preciso realizar determinadas acciones para hacer frente en caso de enfermedad. Están asociados con defectos constitucionales y genéticos y/o desviaciones humanas estructurales y funcionales, con sus efectos y con las medidas de diagnósticos y tratamiento médico) (Marriner y Raile, 2011; Sillas y Jordán, 2011).

Por el momento, el modelo motiva a reflexionar sobre el desarrollo de la práctica profesional, considerando que va más allá de una actuación puramente basada en la atención en salud, y que por ello, no debe limitarse a la prescripción médica o la prestación de cuidados sanitarios, sino que implica la puesta en marcha de procesos con carácter interpersonal (Sillas y Jordán, 2011), en este sentido, el profesional de la salud tiene que empatizar, comunicarse de forma abierta y abrirse al trabajo en equipo multi e interdisciplinar, con el resto de profesionales que intervienen en los procesos de atención en salud y, asimismo con el propio sujeto para garantizar estos procesos de autocuidado.

- Teoría General del déficit de autocuidado

La *Teoría General del Déficit de Autocuidado* de esta teórica esta presentada como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente, y la teoría de sistemas de enfermería, que describe y explica las relaciones que hay que mantener (Marriner y Raile, 2011).

La teoría del déficit de autocuidado es considerada por Orem como el núcleo central del modelo, plantea la relación de la capacidad de acción de la persona para generar su propio autocuidado y las demandas de cuidado terapéutico o acciones necesarias para cubrir los requerimientos. Cuando la capacidad de la persona no es adecuada para afrontar la demanda surge el déficit de autocuidado. Según esta teórica, la intervención de enfermería sólo tiene lugar cuando las demandas de autocuidado del individuo exceden sus habilidades para cubrirlas, y de esta premisa surge la teoría de los sistemas de enfermería, ante la condición de necesidad de cuidados de enfermería, esta se refiere "a la *secuencia de acciones prácticas deliberadas que llevan a cabo las enfermeras con el propósito de ayudar a la persona a adoptar una actitud responsable frente a sus autocuidados*" (Marriner y Raile, 2011; Vega y González, 2007).

La teoría de autocuidado, se refiere a la habilidad adquirida personal para satisfacer los propios requerimientos de autocuidado, es lo que Orem denomina como *agencia de autocuidado*, y lo estructura en tres tipos de características personales que dan a un individuo la capacidad de desarrollar acciones de autocuidado (Orem, 1993):

- Tipo 1: *Características fundamentales*, que consisten en habilidades básicas personales con respecto a la sensación, percepción, memoria y orientación y están relacionadas con la habilidad de la persona para poder desarrollar un tipo de acción intencionada.
- Tipo 2: *Características que permiten o facultan*, están relacionadas específicamente con las habilidades del individuo en participar en el autocuidado. Orem, describe diez facultades o componentes de capacitación que incluyen habilidades de autocuidado, valoración de la salud, energía para el autocuidado y el conocimiento del autocuidado (Tabla 8).
- Tipo 3: *Características operacionales*, que están relacionadas con las capacidades de un individuo a desarrollar las acciones de autocuidado.

**Tabla 8.** *Características de las facultades de la agencia de autocuidado*

1.	Habilidad para mantener la atención y ejercitar el requisito de vigilancia con respecto a uno mismo como agente de autocuidado, y sobre las condiciones y factores internos y externos significativos para el autocuidado.
2.	Uso controlado de la energía física disponible y suficiente para el inicio y continuación de las operaciones de autocuidado.
3.	Habilidad para controlar la posición del cuerpo y sus partes en la ejecución de los movimientos requeridos para el inicio y finalización de las operaciones de autocuidado.
4.	Habilidad para razonar dentro del marco de autocuidado de referencia.
5.	Motivación (es decir, orientación del autocuidado hacia unos objetivos que estén de acuerdo con sus características y su significado para la vida, salud y bienestar).
6.	Habilidad para tomar decisiones sobre el cuidado de uno mismo y para hacer operativas estas decisiones.
7.	Habilidad para adquirir conocimiento técnico sobre el autocuidado de fuentes autorizadas, recordarlo y hacerlo operativo.
8.	Posesión de un repertorio de habilidades cognitivas, perceptivas, manipulativas, de comunicación e interpersonales, adaptadas al desempeño de las acciones de autocuidado.
9.	Habilidad para ordenar acciones de autocuidado o sistemas de acciones apropiadas en relación con las acciones previas y posteriores, para el logro final de los objetivos reguladores del autocuidado.
10.	Habilidad para realizar operaciones efectivas de autocuidado, integrándolas en los aspectos relevantes de la vida personal, familiar y de la comunidad.

Fuente: Orem, D. E. (1993). Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica. España: Masson- Salvat Enfermería.

La agencia de autocuidado la puede llevar a cabo tanto el agente de cuidado dependiente (por ejemplo, un hijo es dependiente de sus padres) como el agente de autocuidado (uno mismo) así

como el agente de autocuidado terapéutico (la enfermera durante un periodo de tiempo). De la misma manera, que los déficits de autocuidado pueden ser completos o parciales dependiendo del tipo de limitaciones que se tengan y pueden referirse a uno o varios requisitos de autocuidado, lo cual estará determinado según Orem tras un proceso de diagnóstico enfermero para determinar dichas necesidades. El déficit de autocuidado determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera mediante el diseño del sistema de enfermería adecuado (Vega y González, 2007; Sillas y Jordán, 2011).

De manera concreta, la Teoría de los Sistemas de Enfermería explica como las enfermeras pueden atender a los individuos, Orem identifica que hay tres sistemas de enfermería: uno totalmente compensatorio (aquí debe compensar la incapacidad total de un paciente), otro parcialmente compensatorio (aquí enfermera y paciente colaboran activamente) y por último de apoyo educativo (aquí el paciente realiza el autocuidado, y la enfermera participa en la regulación dando apoyo) (Orem, 1993).

### 2.5.2 Evaluación e instrumentos de medición

A lo largo de los años se han ido desarrollando diferentes instrumentos para medir la agencia de autocuidado, estas han sido aplicadas en diferentes tipos de población y distintas características, lo cual ha necesitado ser adaptadas para pacientes con hipertensión arterial, paciente de salud mental, paciente diabético, paciente oncológico, personas sanas, etc. A continuación, se repasan algunos de los instrumentos que hoy en día se conocen (tabla 9), y que son el resultado de la deducción de la teoría del déficit de autocuidado o resultado de algunas investigaciones.

**Tabla 9.** *Escalas de Autocuidado basadas en la Teoría de Orem.*

INSTRUMENTO	AUTOR-AÑO
The exercise of Self- Care Agency (ESCA)	Kearney y Fleischer 1979
The Denyes Self- Care Agency Instrument (DSCAI)	Denyes 1980
The Denyes Self- Care Practice Instrument (DSCPI)	Denyes 1980
The Perception of Self-Care Agency Questionnaire (PSCA)	Hanson & Beckel 1985
The Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA)	Evers 1986
Dependent Care Agent Questionnaire (DCA)	Moore JB, Gaffney KF, 1989
Self-As-Carer Inventory (SCI)	Geden y Taylor, 1991
The Mental Health – Related Self-Care Agency Scale (MH- SCA)	West e Isenberg 1997
Cuestionario basado en la Teoría de Orem de Clark	Clark 1998

Fuente: Adaptado de Roldán, 2011.

El primer instrumento que se registra según la teoría y modelo de Orem es el realizado por Kerney y Fleischer en 1979, quienes desarrollaron un instrumento basado en la agencia de autocuidado. Esta escala es la del Ejercicio de la Agencia de Autocuidado (ESCA) o en inglés, *The exercise of Self-Care Agency (ESCA)*, a través de una aproximación inductiva en ella se identifican cinco dimensiones del ejercicio de la agencia de autocuidado: la actitud de responsabilidad, la motivación para el cuidado, la aplicación de conocimiento, la valoración de prioridades de salud y la alta autoestima. A partir de estas se desarrolló la escala de 43 ítems que representan estas dimensiones y que se califican con una escala de Likert de cinco puntos. Mapanga y Andrews en 1995, la usaron para valorar las capacidades de autocuidado relacionadas con la salud de las mujeres embarazadas y de sus hijos; en 2005 Callaghan la uso en adultos ancianos para valorar la capacidad del autocuidado en actividades de promoción de la salud, y son diversos autores los que la han traducido a otros idiomas para su aplicación (Roldán, 2011).

Posteriormente, Denyes en 1980 desarrolló dos instrumentos más para medir agencia de autocuidado y la práctica de autocuidado. Por un lado, el instrumento de agencia de autocuidado con el nombre de *Denye's Self-Care Agency Instrument (DSCAI)*, basado en los primeros trabajos de Orem y desarrollado en diferentes investigaciones con adolescentes. Se identifican seis dimensiones en su análisis factorial: la capacidad para tomar decisiones, la valoración relativa de la salud, los conocimientos sobre esta, los niveles de energía física, los sentimientos y la atención a la salud. El segundo instrumento que desarrolló Denyes fue el *Denyes' Self-Care Practice Instrument (DSCPI)*, dicho instrumento ha sido utilizado en población infantil y adolescente, y mide las acciones generales de autocuidado y acciones específicas para satisfacer los requisitos universales, esta escala diferencia claramente la agencia de autocuidado de las conductas de autocuidado, midiendo así las prácticas de autocuidado. Esta última, en el 2009 fue adaptada para su uso en población adulta por Andrews et al, lo que determina su uso para ambos tipos de grupos poblacionales. Algunas otras de sus aplicaciones fueron para valorar la esperanza como una estrategia de supervivencia en adolescentes que viven en la ciudad y que han sufrido cambios vitales, como el trabajo realizado por Canty-Mitchell en 2001 (Roldán, 2011).

Hansol y Bickel en 1985, elaboraron un instrumento para medir la percepción de la actividad del autocuidado y desarrollaron la escala *Perception os Self-Care Agency (PSCA)*, en español Cuestionario de percepción de la agencia de autocuidado. En ella midieron los diez componentes de poder de la agencia de autocuidado, aunque el análisis factorial reveló que mide únicamente ocho de las diez facultades descritas por Orem. Se identifican en ella cinco dimensiones: la motivación, las capacidades cognitivas para tomar decisiones, las limitaciones cognitivas, la capacidad de movimiento

y el repertorio de habilidades. Consta de 53 ítems valorados en una escala tipo Likert. Alguna de sus aplicaciones ha sido con pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Roldán, 2011).

En un estudio comparativo sobre los tres instrumentos diseñados para las actividades de autocuidado (DSCAI, ESCA y PSCA), se concluyó que estos instrumentos tienen cuatro elementos comunes: un componente de conocimiento, la atención a la salud, el autocuidado y las habilidades. Aunque como hecho diferencial entre ellos, DSCAI tiene el elemento de la atención a los sentimientos, ESCA la atención a la motivación y PSCA la inclusión de capacidades *cognitivas* para la toma de decisiones. Sin embargo, dicho estudio apunta que el uso de un único instrumento no refleja adecuadamente la multidimensionalidad del constructo de la Agencia de Autocuidado (McBride, 1991). En 1998, Carter, en un estudio similar, pero comparando 5 instrumentos también llegó a la misma conclusión, según esta autora, puede ser necesario elegir más de un instrumento para obtener una representación completa de la agencia de autocuidado en la población de estudio (Carter, 1998)

Un año más tarde, Evers et al en 1986, desarrollaron una escala que combina el poder de los componentes de autocuidado individual con la capacidad esencial para desarrollar las operaciones de autocuidado. La escala de apreciación de la agencia de autocuidado (ASA) o en ingles *Appraisal of Self-Care Agency (ASA)*. Consta de 24 ítems, 15 positivos y 9 negativos, y existen dos formas de para su aplicación, una es una autovaloración y la otra es una valoración realizada por otra persona. Ha sido traducida a diversos idiomas, y ha sido muy utilizada para evaluar la calidad de vida de pacientes con enfermedad inflamatoria de colón o para evaluar el autocuidado en ancianos (Roldán, 2011).

En 1991, Geden y Taylor diseñaron un cuestionario que permite que las personas expresen su percepción de la capacidad para cuidar de sí mismas. Es la *Self-As-Carer Inventoy (SCI)*. Consta de 40 ítems en una escala de tipo Likert y valora cuatro dimensiones: el conocimiento de sí misma, el juicio y decisiones que afectan a la producción del autocuidado, la conciencia de sí mismo y las habilidades físicas y la satisfacción con las actividades del autocuidado (Geden y Taylor, 1991).

En una revisión de la bibliografía sobre los diferentes instrumentos de medición de autocuidados, atendiendo a sus aspectos conceptuales, propiedades psicométricas y normas de aplicabilidad desde el año 1994 al 2003, se identificaron y analizaron un total de 27 instrumentos con muy diferentes características, en la que se concluía que estas herramientas, la mayoría basadas en la teoría social cognitiva de Bandura, aunque también se encontraban las basadas en el modelo de Orem, así como las teorías de Lazarus y Folkman sobre la teoría del estrés y el afrontamiento; concluyeron que la gran mayoría de estudios se construían desde una dimensión teórica y que presentaban poca claridad en sus diferentes dimensiones, con unas normas de aplicabilidad prácticamente inexistentes y unas

propiedades psicométricas insuficientes, lo cual quería decir que estaban en una fase incipiente de desarrollo y no poseían las propiedades suficientes como para recomendar su utilización (Muñoz Mendoza, et al, 2005), muy en la línea de lo hallado por McBride en 1991 y Carter en 1998.



# **Capítulo 3**

## **METODOLOGÍA**





En este capítulo se describe el proceso metodológico llevado a cabo en cada una de las fases de la tesis por separado, por un lado, el estudio cualitativo y por otro lado el estudio experimental.

### 3.1 MÉTODO DEL ESTUDIO CUALITATIVO

#### 3.1.1 Diseño del estudio

A partir de la pregunta de investigación planteada que guía esta fase del estudio y los objetivos generales planteados también para esta primera fase (ver capítulo uno), se ha considerado optar por un diseño cualitativo descriptivo de corte fenomenológico, dicho diseño resulta relevante para entender las experiencias individuales y el significado de las mismas (Patton, 2002). Pero en este caso, aunque sea de carácter fenomenológico, no será en toda su base epistemológica, por ello la mirada fenomenológica se centrará en la descripción de la experiencia vivida, y no en la interpretación de los "textos" de la vida a la que se refiere la hermenéutica (Van Manen, 2003).

Aunque los procesos cognitivos empleados para un análisis cualitativo son comunes a todos los métodos cualitativos existentes, la manera en cómo cada proceso se aplica, se orienta, se secuencia, se sopesa o se usa, es lo que distingue un método cualitativo de otro y le da a cada uno su perspectiva única (Morse, 2003). Por ello, para esta fase de la tesis se empleará el método de investigación cualitativa genérica, dicho método de investigación cualitativa no se guía por un conjunto explícito o establecido de suposiciones filosóficas en forma de una de las metodologías cualitativas definidas por algunos autores en concreto (Caelli et al, 2003), si no que el diseño se basa en la aproximación cualitativa, propiamente dicha.

##### 3.1.1.1 Técnicas de recogida de información

A continuación, se describe el empleo de las técnicas de recogida de información seleccionadas en la presente fase de la tesis:

- Cuestionario sociodemográfico: Este formulario de recogida de información, fue cumplimentado por los sujetos a entrevistar y por los sujetos que participaron en cada uno de los grupos focales. En el caso de esta tesis, se han registrado datos personales y sociodemográficos de los participantes como: edad, género, curso actual de estudios, tipo de instituto, tipología de familia, profesión de los padres, nivel de estudios familiar, entre otros datos. Puede verse en los anexos el documento (ver anexo 1) y en el capítulo 4 la descripción de estos datos obtenidos.
- Entrevista semiestructurada: Se realizaron un total de 14 entrevistas individuales a personas adolescentes estudiantes de la ESO. Todas las entrevistas fueron realizadas por la propia

investigadora, a través de preguntas abiertas con el fin de facilitar a las personas entrevistadas la narración de su experiencia acerca del tema de estudio. Se estableció que cada participante sería entrevistado en principio, una única vez, pero no se descartó la posibilidad de una segunda entrevista, para ofrecer a la investigadora la oportunidad de ampliar, verificar y añadir descripciones del fenómeno del estudio y ayudar a los participantes a clarificar descripciones incompletas.

Las entrevistas realizadas fueron semiestructuradas ya que contaban con una secuencia de temas y algunas preguntas sugeridas conocidas como "preguntas estímulo" y otras más generales, estas últimas preguntas algunos autores han denominado "técnica del embudo", que se emplea para facilitar el clima relajado y se usan sobre todo al inicio para después poder tratar otros temas más profundos o sensibles (Olabuénaga, 1999). Dentro del guión utilizado para esta fase con la inclusión de este tipo de preguntas (puede ver en anexo 2), se incluyen otro tipo de preguntas de tipo aclarativo, que ayudan a volver al tema de estudio (Olabuénaga, 1999) en el caso de que el entrevistado pase a hacer otras reflexiones generales en lugar de contestar sobre lo preguntado. En apartados siguientes se detallan más aspectos sobre este punto, y en el capítulo 4 pueden verse los resultados obtenidos.

- Grupos focales: Se realizaron un total de cuatro grupos focales, dos con adolescentes y dos con el entorno más próximo a los mismos, constituyéndose grupos focales mixtos por padres, profesores y personal sanitario. Al igual que las entrevistas, los grupos focales fueron realizados por la propia investigadora que actuaba de moderadora, además contaba con la ayuda de un observador durante la ejecución de los mismos, con el fin de que todo detalle pudiera quedar bien registrado en el diario de campo. En el caso de los grupos de adolescentes, la muestra fue de veinte participantes, diez para cada uno de los grupos. Y en el caso de los grupos mixtos cada grupo fue compuesto por nueve personas, en total 18 participantes. Puede verse en anexos la guía de los grupos indicando los temas y su secuencia (ver anexo 3). En apartados siguientes se describen con más detalle, y en el capítulo 4 pueden verse los resultados obtenidos.
- Notas de campo (*Diario de campo*): Durante la ejecución de los grupos focales y las entrevistas, se anotaban los acontecimientos de la manera más objetiva y rigurosa posible, utilizando siempre las palabras de las personas protagonistas del acontecimiento (Balcazar et al, 2006). Estas notas consistían en anotaciones en el diario de campo que hacían referencia sobre todo a las principales características de cada entrevistado, así como las incidencias ocurridas durante la entrevista o grupo focal u otros aspectos relevantes que

puedan considerarse. También se incluían las impresiones generales y aspectos observados durante toda esta fase, así como reflexiones por parte de la investigadora.

### 3.1.2 Muestreo y criterios de selección de los participantes

Los sujetos de participación en el estudio fueron adolescentes, estudiantes de la ESO, con edades comprendidas entre los 12 y 15 años. Para el reclutamiento de los sujetos de estudio se utilizó el muestreo teórico por *conveniencia*.

Debido a que son participantes menores, se buscaron posibles informantes del entorno laboral de la investigadora, los padres de estos posibles informantes ya conocían a la investigadora previamente y así se facilitaba la posibilidad de inclusión en la investigación, si además cumplían con los criterios establecidos para ello (descritos más adelante).

Además del muestreo por conveniencia, se utilizó la técnica de muestreo de *bola de nieve*, a través de contactos ya conocidos, se les pidió que sugiriesen a otros adolescentes conocidos por ellos que pudiesen proporcionar información útil para el estudio (Burns & Grove, 2004), y éstos a su vez nos acercaron a otros. Esta técnica permitió conseguir más sujetos de estudio, hasta llegar a la saturación de la información. Fue clave la confianza y recomendación de los propios participantes para poder obtener toda la información necesaria.

Aunque en ningún momento se pretendió conseguir un muestreo representativo por género de la edad estudiada o por cursos escolares, ya que el interés era estudiar el fenómeno en sí mismo y no la diferencia que puede haber entre hombres y mujeres o entre estudiantes de diferente curso, sí que en un inicio se seleccionaron los sujetos con la intencionalidad de que hubiera cierta variabilidad entre la muestra, para procurar mayor riqueza y descripción del fenómeno de estudio. Así pues, se tuvo en cuenta el sexo, la edad y el curso escolar.

#### 3.1.2.1 Criterios de inclusión y exclusión

En el presente estudio cualitativo, los criterios propuestos para la selección de los participantes fueron en primer lugar, que la muestra estuviese formada por personas adolescentes, ya que eran el objeto central de estudio.

Los criterios de inclusión que se utilizaron tanto para la realización de las entrevistas como para los grupos focales de los adolescentes fueron:

- Personas con edades comprendidas entre los 12 y 15 años.
- De ambos sexos
- Estudiantes de la Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO)

- Con capacidad de expresarse bien, sin dificultades para hablar y narrar su experiencia
- Que no estuvieran participando en un estudio similar
- Que voluntariamente desearan participar en el estudio y hubieran firmado el consentimiento informado
- Que no cumplieran ninguno de los criterios de exclusión.

Para los criterios de inclusión, en el caso de los grupos focales mixtos (padres, profesores y profesional sanitario), fueron los siguientes:

- Tener un hijo en edad adolescente cursando actualmente algún curso de la ESO
- Ser en la actualidad profesor de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO)
- Ser profesional de la salud relacionado con el ámbito comunitario/salud pública y/o atención pediátrica.
- No participar en otro estudio similar a éste
- Que voluntariamente desearan participar en el estudio y hubieran firmado el consentimiento informado.
- Con capacidad de expresarse bien, sin dificultades para hablar y narrar su experiencia

Para los criterios de exclusión<sup>2</sup> del estudio, tanto para las entrevistas como grupos focales de los adolescentes, fueron:

- Presentar alguna patología crónica
- Presentar alguna patología aguda en el momento de participar
- Problemas con el idioma
- Que no aceptaran participar en el estudio.

---

<sup>2</sup> En el caso de los grupos focales mixtos, no había criterios de exclusión, sino que simplemente se seleccionaron en función de los de inclusión.

### 3.1.3 Contexto del estudio y acceso al trabajo de campo

Una vez obtenidos los permisos por la Comisión Académica de Doctorado (CAD) de la Universitat Internacional de Catalunya (UIC), y del Comité de Ética de Investigaciones Clínicas (CEIC) de la misma universidad para poder iniciar la investigación, se decidió que el contexto dónde se debía llevar a cabo esta primera fase cualitativa de la tesis, fuese en Barcelona, por ser el lugar de residencia de la investigadora.

Principalmente, el estudio se realizó entre las comarcas del: Vallès Oriental, Vallès Occidental, Barcelonés y Baix Llobregat. El primer contacto con los sujetos se realizó a través de llamadas telefónicas (siguiendo el muestreo explicado anteriormente) a los padres, explicando el propósito del mismo y preguntando por su participación, tras la aceptación verbal de los padres o tutores legales, se pidió permiso verbal a cada uno de los adolescentes para acceder a hacer una entrevista individual con ellos. El día, la hora y el lugar para realizar las entrevistas se acordaron con los propios participantes y sus familias.

Todas las entrevistas se llevaron a cabo en los domicilios particulares de cada participante, asegurando así comodidad, discreción y privacidad para todos los sujetos, y además por una cuestión de elección por parte de ellos.

En el encuentro, se explicaba de forma verbal y por escrito de nuevo el interés de la investigación, entregando hoja de información y firmando el consentimiento informado tanto el adolescente y la investigadora, como el padre o madre o tutor legal del participante (ver anexos 4 y 5).

Se fueron realizando entrevistas hasta que se alcanzó la saturación de la información. Se realizaron los grupos focales previstos, dos para adolescentes y dos para el entorno más próximo, cuyo fin no era encontrar la saturación de los datos como en las entrevistas sino triangular métodos y sujetos, lo cual aporta mucha mayor riqueza y rigurosidad al estudio cualitativo.

Ante la dificultad que representa reunir diferentes personas en un mismo lugar para llevar a cabo los grupos focales, y teniendo en cuenta que dos de los grupos focales estaban compuesto por personas menores, se consideró oportuno que estos grupos se llevaran a cabo en un centro escolar, para que así fuera un lugar conocido por los propios participantes y sus familias.

Así pues, en el caso de los grupos focales se concertó una reunión con la coordinadora de la ESO y jefe de estudios del IES El Calamot, situado en la comarca del Baix Llobregat, en la localidad de Gavà. La elección del centro fue también a través de contactos profesionales de la investigadora quien pactó la colaboración del centro en el estudio. Dicha colaboración sería exclusivamente para la

ejecución de los cuatro grupos focales, ambas partes firmaron tal colaboración en un documento dando permiso al desarrollo de los grupos (ver anexo 6).

Se acordó que la selección de los participantes adolescentes, padres y docentes la hicieran ellos mismos (personas claves y de enlace con la investigadora principal), teniendo en cuenta los criterios que han sido mencionados anteriormente. Durante el proceso, la investigadora principal supervisó que toda la información para el reclutamiento de los sujetos se diera de manera adecuada, para que acudieran el día y hora indicados de manera libre a los grupos. Para el reclutamiento de los profesionales sanitarios, se encargó la propia investigadora, según criterios establecidos.

El día, hora y lugar para cada uno de los grupos focales se acordó que fuera en una de las instalaciones del instituto, concretamente en la biblioteca. Este lugar proporcionaba comodidad, discreción y privacidad para los participantes, a la vez que era un espacio abierto, tranquilo, acogedor que incitaba a la reflexión y a la discusión y ajeno a ruidos externos. Una vez que cada participante de los grupos acudía el día señalado, la investigadora allí presente hacía una breve información de nuevo de palabra y por escrito sobre el proyecto, para asegurar participar libremente, ya que el reclutamiento de algunos miembros no había sido por ella misma en un inicio.

En este momento, se entregaba la hoja de información al estudio y firmaban ambos (participante e investigadora) el consentimiento informado, en el caso de los adolescentes lo habían firmado los padres previamente dando permiso.

La elección de realizar los grupos focales en un instituto facilitaba la realización de los mismos y su propia logística, pues al ser menores de edad se dificultaba la ejecución de los mismos en un lugar diferente, y con ello se garantizaba la inclusión de los menores al estudio por parte de sus padres, por considerarlo un entorno conocedor.

#### 3.1.3.1 Plan de trabajo

Para la realización de esta fase del estudio se creó un grupo de expertos con cinco miembros. Este grupo estaba compuesto por dos enfermeras, una pediátrica y una comunitaria, un médico pediatra, un médico especialista en salud pública y una psicóloga que ayudaron en la revisión de los guiones propuestos por la investigadora para la realización de las entrevistas y grupos focales. Los expertos reflexionaron acerca de la adecuación de las preguntas, la adecuación del lenguaje a la etapa evolutiva de los adolescentes a entrevistar, así como la correspondencia coherente entre las áreas de estudio del fenómeno a explorar, así como también la sensibilidad de las propias preguntas diseñadas, en relación a si recogen realmente lo que se quiere estudiar. Cada pregunta debía ser relevante desde su dimensión temática, haciendo referencia a que la pregunta importaba en relación

con el tema de la investigación (Álvarez-Gayou, 2003). Dicho grupo de expertos, ayudó en la realización de la triangulación<sup>3</sup> del estudio.

Ante el propósito intencionado de explorar tres áreas específicas de interés durante las entrevistas, como respuesta a la pregunta PICO que guía esta primera fase, son: el autocuidado, la toma de decisiones y la educación para la salud; se acabaron diseñando un total de siete bloques de preguntas a indagar, con la intencionalidad de proporcionar una visión holística de las áreas objeto de estudio (ver tabla 10). Cada bloque estaba compuesto por diferentes preguntas exploratorias, para asegurar “entrar” en estas tres áreas como mínimo, es por este motivo que se acabó optando por entrevistas semiestructuradas.

Para los grupos focales se decidió que fueran seis bloques en lugar de los siete planteados para las entrevistas, el bloque que se decidió excluir de los grupos focales fue la “comunicación con el sistema sanitario y profesionales”. Se decidió esto tras el análisis de las preguntas estímulo diseñadas para cada bloque, y se determinó por el grupo de expertos que este bloque estaba implícito en otros al ver la dimensión temática y que, por tanto, ya surgiría dentro del grupo de discusión de manera natural.

**Tabla 10.** *Áreas y bloques de interés a explorar durante las entrevistas y grupos focales.*

Área de interés	Bloque de preguntas	Descripción breve del área de interés
Autocuidado	1. Competencias en autocuidado	Exploración del tipo de cuidado que realizan los jóvenes de esta edad y las dificultades que se pueden encontrar.  Análisis del significado para ellos.
Educación para la salud	2. Información y conocimiento sobre la propia salud	Exploración acerca de la opinión que tienen sobre la información en salud, los conocimientos en salud, y el método en el que se da esta información.  Análisis de quién recibe más información, y de cuáles son las principales necesidades en formación en salud que necesitan.
Autocuidado	3. Conductas de salud y de riesgo	Exploración de las influencias en estas edades, conocer el porqué de éstas, explorar conductas llevadas a cabo, conocimiento de las repercusiones.  Análisis de las conductas más saludables que se deberían seguir.
Toma de decisiones	4. Toma de decisiones	Desde el punto de vista de preparación para gestionar la toma de decisiones, participación, activación en temas de salud, capacidad para tomar decisiones.  Análisis de cómo se tendría que proceder para una mayor implicación.

<sup>3</sup> Denzin (1994) define la triangulación como la utilización simultánea de distintos métodos, teorías, investigadores, entre otros, que nos ayudan a visualizar la realidad y por tanto conseguir una aproximación más completa y fidedigna.



Autocuidado Educación para la salud	5. Automanejo y habilidades en temas de salud	Exploración de las conductas, habilidades, acciones facilitadoras de conductas positivas para la salud.  Análisis de los beneficios de tener un buen automanejo en salud y de las condiciones que lo pueden generar. Análisis de las barreras que identifican para el autocuidado.
Toma de decisiones Educación para la salud	6. Estrategias de mejora	Exploración de las áreas que se han tratado hasta el momento, en relación a cómo mejorar el autocuidado, el conocimiento, la toma de decisiones, las habilidades en salud y disminuir conductas de riesgo.  Analizar posibles estrategias de mejora.
Educación para la salud	7. Comunicación con el sistema sanitario y profesionales.	Exploración del conocimiento de los recursos, utilización de los recursos, y relación con los profesionales del sistema sanitario como usuarios.  Análisis de las barreras vividas, planteamiento de mejoras.

Procedimiento: Como ya se ha indicado anteriormente, se realizaron un total de 14 entrevistas, hasta llegar a la saturación de la información. La duración de éstas fue de 45 minutos en la gran mayoría de los casos, y la diferencia de tiempo está en relación a la profundización de los temas tratados por los propios sujetos, siendo el tiempo máximo registrado en 60 minutos y el mínimo en 35 minutos. Como ya se ha explicado, el lugar y el momento fueron negociados con el participante y sus familias, teniendo en cuenta que no alterara su jornada escolar, ni dificultara la obtención de datos a consecuencia de factores externos como ruidos, presencia de personas ajenas al estudio, horas de actividades extraescolares, entre otras circunstancias. Todas ellas fueron realizadas en el domicilio particular de cada participante, por elección de ellos mismos. Todas las entrevistas fueron grabadas con grabadora digital y transcritas por la investigadora. El guión preliminar de las entrevistas puede verse en anexos (anexo 2).

En la investigación cualitativa, no se puede determinar el número de participantes, ya que no se busca representatividad estadística. El número necesario dependerá de que las personas entrevistadas hayan sido capaces con la ayuda de la investigadora, de realizar una buena narración de los temas a tratar (Kvale, 1996; Olabuénaga, 1999). Y tras el análisis, se debe poder alcanzar la saturación de la información, de manera que no emerja ningún tema nuevo del análisis de nuevas entrevistas (Olabuénaga, 1999; Balcazar et al, 2006).

Los grupos focales, también se grabaron con grabadora digital y fueron transcritos por la investigadora. En total se realizaron 4 grupos, dos con adolescentes y otros dos con adultos para el entorno más inmediato de los adolescentes constituido por padres, profesionales sanitarios y docentes, siendo por tanto grupos focales mixtos. El guion preliminar de los grupos focales también puede verse en los anexos (ver anexo 3).

Los grupos mixtos estuvieron compuestos por nueve personas cada uno de ellos (tres profesionales sanitarios, tres docentes, y tres padres/madres). Para los grupos de adolescentes, cada grupo fue constituido por diez alumnos estudiantes de ESO, para lograr una descripción densa del fenómeno a discutir se intentó que hubiera alumnos de los cuatro cursos de la ESO, así como representación de género masculino y femenino.

Además, teniendo en cuenta que se realizaba en el mismo instituto donde estudiaban por los motivos anteriormente explicados, también se determinó que éstos fueran de grupo clase diferente, para evitar que se conocieran demasiado entre ellos, y, por tanto, evitar al máximo cualquier influencia. Así pues, para el primer grupo focal se incluyeron un total de tres alumnos de 4º curso, tres de 3º, dos de 2º y dos de 1º. Para el segundo grupo focal fueron tres alumnos de 4º, dos de 3º, tres de 2º y dos de 1º. Todos ellos de grupo clase diferente, uno de clase-grupo A, otro de clase-grupo B y otro de clase-grupo C, aunque fueran del mismo curso. Esto fue posible gracias a que el instituto IES El Calamot tiene un gran número de alumnos en esta etapa educativa.

El lugar y momento para la realización de los grupos fue, como ya se ha descrito, en el instituto IES El Calamot, del municipio de Gavà (Barcelona), ya que, al ser conocido por la investigadora, se facilitaba el acceso. El reclutamiento de los sujetos para los grupos focales se realizó a través de personas clave del centro (coordinadora de la ESO y jefe de estudios), acordado en una reunión previamente con la investigadora para cumplir con los criterios de selección adecuados.

En este estudio, los grupos focales se realizaron al final del proceso de recogida de datos, tras las entrevistas, con la intención de que representaran un apoyo y complementaran la información recogida en las entrevistas, constituyéndose así a la triangulación de métodos y sujetos.

3.1.3.2 Cronograma

A continuación, se presenta el cronograma de esta fase en concreto.

**Tabla 11.** Cronograma estudio cualitativo, fase I.

	AÑO						
	2013		2014		2015		2016
	Sem 1º	Sem 2º	Sem 1º	Sem 2º	Sem 1º	Sem 2º	Sem 1º
Revisión de la literatura							
Creación grupo expertos y reuniones							
Elaboración guiones preliminares (entrevistas y grupos focales)							
Elaboración definitiva de los guiones y primeros contactos con los informantes							
Inicio del trabajo de campo (entrevistas) y transcripciones							
Elaboración grupos focales y transcripciones							
Fin del estudio cualitativo (análisis)							

### 3.1.4 Descripción del método de análisis de los datos cualitativos

Atendiendo a las características de la metodología cualitativa, el análisis de los datos se ha ido realizando de manera cíclica y reflexiva durante el proceso de investigación de esta primera fase. El análisis implica un compromiso cercano con los textos y el conocimiento necesario para ver los significados en éstos, y todo ello a través de un trabajo reflexivo (Antaki et al, 2003; Burns y Grove, 2004). Se trata de un proceso en continua transformación, en el que los datos se agrupan y desagrupan, se integran y se desintegran de manera dialógica y recursiva (Rodríguez y Medina, 2014).

Este análisis implica varias fases comunes a cualquier método, en primer lugar, una transcripción de los datos, cuidadosa y atendiendo a las dificultades que surgen del paso del lenguaje oral al escrito. Ésta no debe entenderse como una mera transformación de la palabra hablada a la escrita "sin vida", sino como parte decisiva de la construcción de los datos, como un momento genuinamente interpretativo (Rodríguez y Medina, 2014). A partir de aquí, empezó la identificación de unidades de significado y codificación que corresponderían a fragmentos sobre los cuales se comienza a elaborar el análisis propiamente dicho.

Para esta tesis, el método de análisis ha sido doble: por un lado, de manera tradicional, es decir "manual", y por otro lado de manera informática, con un programa específico para ello. Este último, se ha utilizado como un recurso de apoyo para el análisis de los datos, el programa utilizado ha sido Weft QDA, que es de acceso gratuito. Este programa se ha utilizado para facilitar la sistematización y rigurosidad en la búsqueda y recuperación de los datos (Salgado, 2007). Así, no se trata de automatizar el proceso de análisis, sino de agilizar muchas de las actividades implicadas en el análisis cualitativo de per se y de su interpretación. De no disponer de esta herramienta, el análisis se realizaría únicamente de manera tradicional, o sea, manual, utilizando papel, lápices de colores, etiquetas de colores, margen de los textos, etc (Rodríguez y Medina, 2014). La utilización de este tipo de programas informáticos permite integrar toda la información, y facilitar así la organización y recuperación de los mismos, además de mejorar la limitación humana para el manejo de grandes cantidades de información y facilitar las tareas implicadas del análisis (Salgado, 2007).

Los cuatro procesos cognitivos que se presentan de manera integral para cualquiera que sea el método utilizado en cualitativa son: comprender, sintetizar, teorizar y recontextualizar (Arantzamendi et al, 2012). Cada método de investigación es el que da la lente y dicta cómo se secuencian estos procesos, además de restringir la intensidad con la cual se usan y el nivel de abstracción logrado, y en últimas dicta cómo se presentan los hallazgos. Estos procesos cognitivos son inherentes al análisis de datos, ya que hacer investigación cualitativa no es un trabajo pasivo, sino que se trata de compaginar datos, hacer obvio lo invisible, reconocer lo importante a partir de lo insignificante,

vincular hechos al parecer no relacionados lógicamente, encajar unas teorías con otras y atribuirles consecuencias a los antecedentes (Morse, 2003).

El análisis de los datos se inició una vez finalizaron todas las transcripciones de las entrevistas y grupos focales, con la finalidad de dar un tratamiento homogéneo a los datos, de manera conjunta, evitando dispersarlos. No se ha pretendido abarcar todos los aspectos y dimensiones del fenómeno, pero sí ofrecer una descripción suficientemente amplia y completa del mismo, de manera que los adolescentes puedan sentirse identificados con dicha descripción, y las personas que están en contacto directo y cotidiano con los adolescentes puedan reconocer los principales rasgos que caracterizan esta etapa de la vida.

El tipo de análisis seleccionado para esta fase de la investigación ha sido el análisis de contenido de los datos recogidos en los textos (Arantzamendi et al, 2012). Este tipo de análisis ha permitido explorar el fenómeno y ver qué aspectos influyen en el objeto de estudio, mediante la técnica de análisis temático, habitual en los estudios cualitativos genéricos. El análisis temático permite identificar y presentar los aspectos clave de los comentarios de los participantes (Iñiguez, 1999; Morse, 2003, Burns y Grove, 2004; Antaki et al, 2003), en este caso las experiencias de los adolescentes en torno al tema de estudio.

### 3.1.4.1 Fases del análisis

El análisis se ha realizado en tres fases consecutivas: inicial, estructural y temática. Aunque cada fase presenta sus propios pasos concretos y cada una va a continuación de la otra, esto no significa que el proceso se haya dado de manera lineal o mecánica, ya que el análisis requiere en todo momento de un procedimiento circular desde la conjetura inicial hasta los significados obtenidos para validar la interpretación realizada en cada fase (ver figura 9).

**Figura 9.** *Proceso del método de análisis seguido.*



Fuente: elaboración propia

A continuación, se detalla el método seguido para cada fase del análisis:

1ª fase: Análisis inicial

Con esta fase se inicia propiamente el análisis. Se captura el sentido general de cada entrevista y grupo focal, y con ello se escribe un resumen narrativo. Este se da para llegar a una "comprensión simple" del fenómeno de estudio. Para ello, se realiza una lectura inicial, con una mente abierta, de cada una de las transcripciones de las entrevistas y grupos focales, y con ello se pretende obtener la esencia; es decir, un resumen narrativo de cada entrevista y grupo focal. Esta fase puede verse con más detalle en el capítulo 4.

2ª fase: Análisis estructural

En esta segunda fase se organizan los datos en estructuras llamadas "unidades de significado". Para ello se realiza un análisis sistemático de la estructura del texto de cada transcripción. Estas unidades consisten en una explicación acerca de lo que dice el texto, son fragmentos seleccionados de cada escrito, y éstos se identifican para permitir la orientación del fenómeno a partir de lo que se ha dicho, permitiendo en la fase siguiente llegar a una comprensión del significado del fenómeno, dando lugar a una correcta descripción de los temas. Estas unidades de significado son palabras, a ser posible, expresiones literales o muy parecidas de los *verbatim* originales que se escriben en el propio margen de la entrevista o grupo focal (Burns y Grove, 2004).

En este estudio, este análisis de cada uno de los textos, se ha realizado en primer lugar mediante técnica manual y, en segundo lugar, utilizando el programa cualitativo: Weft QDA, versión 1.0.1 con la intencionalidad antes explicada.

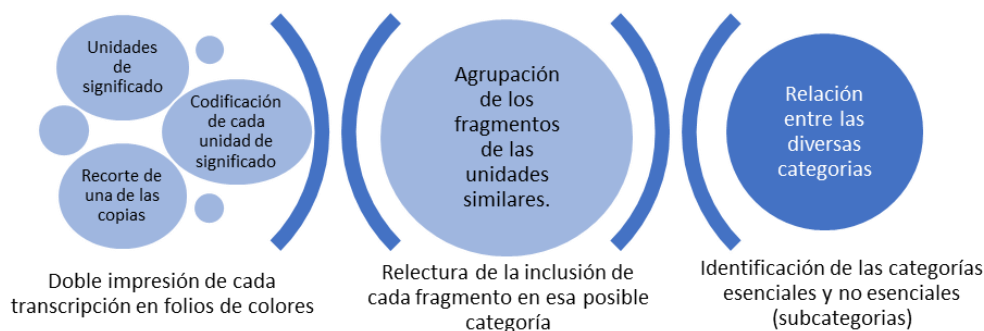
Los pasos para el análisis manual han sido los siguientes (ver figura 10):

- Impresión doble de la transcripción de cada entrevista y grupo focal en hojas de color diferente, para diferenciar bien y facilitar la localización de los fragmentos en la totalidad de la transcripción; e ir de las partes al todo y viceversa.
- División del texto en unidades de significado, que consisten en una frase o palabras con un significado común en el margen; cada vez que el texto cambia de significado se identifica una nueva unidad de significado, y así sucesivamente.
- Codificación de cada una de las unidades de significado indicando la entrevista a la que corresponde y el número de unidad de significado dentro de esta entrevista. Por ejemplo, el código US1E1 corresponde a la unidad de significado 1 de la entrevista 1. O, por ejemplo, el código US1GF1A corresponde a la unidad de significado 1 del grupo focal 1 de adolescentes; y así sucesivamente.

La codificación es un método para identificar categorías en los datos. Este código no es más que un símbolo o abreviatura usada para la clasificación de palabras y frases. El propósito de estos códigos es facilitar la recuperación de los segmentos de datos (Burns y Grove, 2004), es decir de sus unidades de significado.

- Copia de las unidades de significado y códigos en cada una de las copias de cada entrevista y grupos focales. Una de las copias se mantiene intacta, para poder volver a leer en cualquier momento la entrevista o grupo focal al completo y los fragmentos que contiene cada unidad de significado dentro de su contexto.
- Recorte en una de las copias cada uno de los fragmentos de estos textos. Cada fragmento contiene una unidad de significado y sus códigos.
- Agrupación de cada fragmento junto a otros que contienen unidades de significado similares (Patton, 2002), se pretende así condensar su significado generando una posible categoría. De esta forma se van obteniendo las diversas categorías que emergen del análisis de los datos.
- Relectura de cada categoría obtenida, y revisión de los fragmentos en su contexto, tratando de identificar correctamente las categorías esenciales, haciendo referencia a la esencia propia del fenómeno. Reflexión acerca de la inclusión correcta de ese fragmento en esa categoría en concreto y así validar si estas categorías emergidas dan respuesta sobre el significado del fenómeno (Patton, 2002).
- Identificación de categorías esenciales y no esenciales, que emergen de éstas últimas, todo ello en un proceso reflexivo y dialógico.
- Finalmente, se ha procurado encontrar la relación entre las diversas categorías que han ido emergiendo (Morse, 2008), logrando así un esquema de la estructura del fenómeno por áreas exploradas (puede verse con más detalle en el capítulo 4).

**Figura 10.** *Pasos del análisis estructural.*



Fuente: elaboración propia

Del último paso “relación entre las diversas categorías”, surgen los temas que sintetizan la esencia del fenómeno. Un tema es la esencia significativa que corre a través de los datos, y éste constituye al tema básico en el que la narrativa tiene lugar. Para identificar un tema, el investigador debe preguntarse *¿qué es esto?* (Morse, 2008). Estos resultados se describen en el capítulo 4.

En relación al uso del programa informático se ha utilizado al final del proceso para ayudar a la investigadora a ir refinando las categorías emergidas y, con ello, los temas y subtemas identificados en el análisis de los datos. Igualmente, una misma categoría puede repetirse en diferentes temas. De igual forma, una categoría puede ser separada en unidades más pequeñas, denominadas subcategorías, si ésta recoge una gran cantidad de información respecto al fenómeno estudiado (Morse, 2008).

### 3ª fase: Análisis temático

Este último paso es el análisis explicativo de los hallazgos de este estudio a través de la reflexión del primer paso (análisis inicial), junto con la lectura detallada y los resultados del segundo paso (análisis estructural), logrando así una comprensión mayor de los resultados obtenidos. En este tercer paso del análisis se abordan los temas emergidos, presentando una visión general de los hallazgos del estudio cualitativo llevado a cabo, y se describen y se explican los temas que han emergido y el significado de éstos (Arantzamendi et al, 2012).

Todo este proceso resulta un intento de entender y comprender como se describe el fenómeno estudiado, y consiste en un “ir y venir” en el proceso de comprensión para extraer el significado de los mismos desde un punto de visto fenomenológico descriptivo (Patton, 2002; Morse 2008; Antaki et al, 2003); pero, en ningún caso, dado que la investigación no es de tipo hermenéutica, se da un proceso profundo interpretando los textos ni expresiones; ya que en este proceso no se desarrolla el *círculo hermenéutico* descrito por Heidegger, así pues, únicamente se realiza la descripción de lo obtenido.

Para este análisis temático se han tenido en cuenta las anotaciones recogidas en las notas de campo durante la realización de las entrevistas y grupos focales, así como las anotaciones resultantes acerca de la comunicación no verbal que se iban dando durante la realización de los mismos.

Además, se han ido confrontando los resultados obtenidos con la bibliografía consultada, en relación con el tema de estudio. De esta manera, se establece una discusión sobre los resultados emergidos en las dos fases anteriores y se da luz a los significados del fenómeno estudiado en esta tercera.



### 3.1.5 Criterios de validez y rigor

Con el fin de ser transparente en el método empleado, y para dar rigor a la investigación de esta fase cualitativa en concreto, a continuación, se describen brevemente las estrategias utilizadas para argumentar el rigor en la presente investigación cualitativa y poder juzgar así la calidad de la misma. Para ello, se ha tenido en cuenta primero describir dos características esenciales en todo proceso de investigación: la validez y confiabilidad.

En sentido más amplio y general, se considera que la investigación que tiene mayor nivel de validez es aquella que en la medida de lo posible sus resultados reflejan una imagen lo más completa, clara y representativa del fenómeno estudiado. La *validez* de una investigación cualitativa se garantiza a través de prestar atención a diferentes aspectos:

- Validez interna, para este aspecto se debe tener en cuenta la posibilidad de cambio notable en el ambiente estudiado entre el inicio y el final de la investigación y además calibrar bien hasta qué punto la realidad observada es una función de la posición, el estatus y el rol que el investigador ha asumido dentro del grupo, ya que se sabe que las situaciones interactivas siempre crean nuevas realidades o modifican las existentes (Martínez, 2006). Además, se debe tener en cuenta también la credibilidad de la información, ya que los sujetos informantes pueden mentir, omitir datos importantes o tener una visión distorsionada del fenómeno estudiado.

Por todo ello, en esta fase de la tesis, se ha recogido la información de los participantes en tiempos diferentes, también se ha tenido en cuenta en relación a la credibilidad de la información que la muestra asimismo represente en la mejor forma posible al grupo poblacional estudiado. De la misma manera, que la información recogida se ha ido contrastando con otros informantes con los mismos criterios, todo ello además de incorporar en el proceso de análisis una continua actividad de retroalimentación, reflexión y reevaluación para evitar sesgos importantes (Martínez, 2006) por parte de la investigadora teniendo en cuenta el rol desempeñado durante la recogida de información.

- Validez externa, en cuanto a este aspecto se ha tenido en cuenta que a menudo las estructuras de significado en un determinado grupo no son comparables con las de otro grupo, ya que éstas son específicas para ese, debido a su contexto, situación y circunstancias. Dada la naturaleza de complejidad del objeto de estudio, no es posible repetir o replicar un estudio cualitativo en sentido estricto como se puede hacer en investigaciones con metodología cuantitativa (Martínez, 2006).

En relación a la *confiabilidad* de dicha investigación, se puede decir que esta investigación tiene una confiabilidad interna buena, ya que es un estudio estable, seguro, congruente, igual a sí mismo en diferentes tiempos y previsible para el futuro. Al igual que la validez, existe una confiabilidad interna y otra externa; la *interna* hace referencia a cuando se estudia la misma realidad o fenómeno por varios observadores y éstos coinciden en sus resultados; en el caso de esta tesis podría llegar a darse si así fuera. Y, por otro lado, se entiende por *externa* cuando investigadores independientes, al estudiar una realidad en tiempos o situaciones diferentes, llegan a los mismos resultados. Por lo tanto, está última (la confiabilidad externa) implica que un estudio se puede repetir con el mismo método sin alterar los resultados de la investigación, lo cual es prácticamente imposible reproducir las condiciones exactas en que un comportamiento y/o fenómeno y su estudio tuvieron lugar. Es por esta razón que la confiabilidad, sobre todo la externa, no está dentro del círculo de intereses inmediatos de las investigaciones cualitativas, pues el fin de éstas es el mayor conocimiento de un fenómeno concreto de estudio y no su generalización (Martínez, 2006).

#### 3.1.5.1 La triangulación

El procedimiento de triangulación otorga validez a la investigación por cuanto supone la confrontación de los datos entre diferentes métodos y sujetos que procuran la saturación informativa y la afinación en las interpretaciones sobre el fenómeno de estudio. Es uno de los criterios que ayuda a conseguir la confiabilidad, y da rigor a una investigación (Olabuénaga, 1999).

En esta tesis se han utilizado diferentes procedimientos de triangulación:

- Triangulación de métodos: para la recogida de datos se ha empleado el análisis combinado con entrevistas individuales semiestructuradas y grupos focales. Esta combinación de dos métodos ha permitido perfeccionar los métodos individuales, otorgando así una mayor credibilidad a los resultados obtenidos, además de la revisión de la literatura.
- Triangulación de sujetos: Esta inclusión garantiza una visión más rica y completa del fenómeno a estudiar, dando una visión diferente a la otorgado por los propios sujetos de estudio (los adolescentes) en las entrevistas y en los grupos focales. Por ello, para la recogida de datos se decidió la inclusión de dos grupos focales más con las personas del entorno más inmediato a los sujetos de estudio. En estos dos grupos focales se incluyeron padres, profesores y profesionales sanitarios en relación al ámbito de estudio.
- Triangulación de expertos: durante todo el proceso de recogida de datos, se solicitó al equipo de expertos que había valorado el trabajo previo al trabajo de campo, que revisarán el contenido de las notas de campo, así como las entrevistas y los grupos focales. Estas

revisiones sirvieron a la investigadora principal para abordar de manera diferente el análisis, ya que las aportaciones realizadas compartían con ella sus interpretaciones sobre la realidad estudiada.

#### 3.1.5.2 Evaluación de la calidad

Algunos de los criterios que sostiene la evaluación de la calidad y el rigor en el proceso de investigación son los criterios propuestos por Lincoln & Guba en 1985, que realizaron una adaptación a los criterios a la investigación cualitativa, promoviendo los siguientes aspectos: dependencia (frente a la fiabilidad de la investigación), credibilidad (frente a la validez interna), transferabilidad (correspondiente a la validez externa en el paradigma cuantitativo) y confirmabilidad (frente a la objetividad buscada en los métodos cuantitativos) (Guba & Lincoln, 1998). No obstante, existen alternativas propuestas por otros autores en la literatura como, por ejemplo, los criterios de Calderón (2002). Dicha propuesta para la investigación cualitativa en el ámbito de la salud expone una selección de cuatro criterios básicos referentes a la calidad en el sentido de que han de ser explorados en todas y cada una de las fases del trabajo de investigación cualitativa: adecuación epistemológica, relevancia, validez y reflexibilidad.

Y, aunque en esta tesis no se pretende realizar un análisis sobre qué método es el más adecuado para evaluar la calidad de esta fase de la investigación, sí que se ha querido exponer cuales han sido las estrategias adoptadas por la investigadora para asegurar el rigor y calidad, para ello se ha basado en los criterios de Lincoln & Guba (1985) y Calderón (2002), descritos anteriormente.

#### Criterios de Lincoln & Guba:

- Credibilidad: este criterio se fundamenta en el grado de validez de los resultados y cómo éstos reflejan el fenómeno (Pla, 1999). Para cumplir con este criterio en la obtención de datos de las entrevistas y grupos focales se llegará a la saturación teórica; además, se utilizarán fragmentos textuales y citas completas de las entrevistas y grupos focales en el análisis de los datos para presentar los hallazgos de esta parte de la investigación. Si el estudio presenta suficiente credibilidad, tanto los adolescentes como las personas de su entorno más inmediato (personal sanitario, profesores y padres) podrían reconocer las interpretaciones descritas en los resultados como propias de esta etapa de la vida. Aunque, tal y como apunta Ricoeur no se pretende obtener una certeza absoluta de la interpretación del significado de la vivencia sino más bien desvelar el significado posible de dicho fenómeno estudiado (Ricoeur, 1995).

- Transferibilidad: ésta se refiere al grado de aplicación de los resultados en otros contextos (Pla, 1999). Para cumplir con este criterio se tendrá en cuenta ser muy riguroso y exacto a la hora de explicar bien las características de los participantes, el tipo de muestreo, el contexto, etc.; para que pueda ser extrapolable a contextos similares. Es por ello que se ha dedicado parte de este capítulo al completo para el diseño de esta fase de la tesis, y se creó el cuestionario de recogida de datos para describir muy bien las características de los participantes del estudio en ese momento. Así pues, conociendo bien todos estos datos y contexto, los resultados pueden ser aplicables en un principio a otros adolescentes.
- Dependencia: también es llamada consistencia, y hace referencia a la estabilidad de los datos (Pla, 1999). Se ha detallado y justificado todo el proceso de análisis de manera exhaustiva para conseguir una menor inestabilidad de los datos por sí se intentara reproducir la investigación y así se pudieran conseguir la reproducción de los mismos, aún con pequeñas diferencias, como se ha comentado anteriormente, debido a la propia naturaleza del paradigma cualitativo.
- Confirmabilidad: remite a la neutralidad de la investigadora, no sólo neutralidad científica sino también de sí misma (Pla, 1999). Durante todo el proceso se tendrá la mayor honestidad, y se explicará cuál ha sido la influencia como investigadora para evaluar con objetividad y pensamiento crítico las posibles respuestas subjetivas obtenidas. Para ello, se ha mantenido una continua actividad de reflexión, retroalimentación y reevaluación junto con la directora de tesis, de manera que los resultados de la investigación sean determinados por los sujetos y las condiciones de dicha investigación, evitando así, motivaciones, intereses o influencias de la perspectiva de la investigadora, evitando sesgar la investigación.

#### Criterios de Calderón:

- Adecuación epistemológica: respecto al enfoque por el que se opta para llevar a cabo el estudio (Calderón, 2002). En el caso de esta tesis se puede leer la argumentación y postura en el primer capítulo y en el apartado del diseño en este mismo capítulo.
- Relevancia: en relación a la justificación y repercusiones que el trabajo de investigación puede presentar (Calderón, 2002), en el caso de esta tesis se puede leer en el primer capítulo, no sólo la relevancia y justificación del mismo, sino también el propósito que tiene.
- Validez: en clave de pertinencia e interpretatividad, en relación a la búsqueda de explicaciones en profundidad, generalizables desde el punto de vista lógico y transferibles en

función de las circunstancias contextuales en que la investigación se lleva a cabo y no en clave de probabilidad estadística (Calderón, 2002). En el caso de esta tesis se puede ver en el capítulo 4.

- Reflexibilidad: referente al ser consciente de la influencia que la investigadora puede ejercer sobre el proceso y resultado de la investigación (Calderón, 2002). Esta puede hacerse explícita en el primer capítulo y en este capítulo viendo cómo la investigadora se posiciona y reflexiona acerca de cada una de sus decisiones en la planificación y ejecución del estudio cualitativo.

## 3.2 METODO DEL ESTUDIO EXPERIMENTAL

### 3.2.1 **Ámbito del estudio**

Para esta fase de la tesis el estudio se centra en el campo de la salud pública, concretamente hacia el estudio de la eficacia de estrategias de prevención y promoción de la salud que se aplican a los individuos en su comunidad; en este caso concreto a los adolescentes en edad escolar obligatoria en Barcelona.

### 3.2.2 **Diseño del estudio**

Teniendo en cuenta el problema definido y para dar respuesta a las hipótesis y objetivos planteados para esta segunda fase de la investigación descritos en el capítulo 1, se llevó a cabo un estudio *experimental multicéntrico de tipo ensayo comunitario controlado no aleatorizado*.

Este diseño resulta idóneo para estudios en los que existe un grupo intervención y un grupo control, al querer evaluar la eficacia de una intervención educativa en un grupo poblacional, se asume que ambos grupos son similares y por ello la muestra no se ha aleatorizado (Burns y Grove, 2004). Asimismo, es de tipo ensayo comunitario porque dicha intervención se aplica a individuos sanos de la comunidad, y se pretende con ello evaluar la respuesta a la intervención antes y después (pre y post) comparándola intra y entre grupos (intervención-control) en el tiempo: al mes, a los seis meses y al año.

#### 3.2.2.1 Población de estudio

Para esta fase se identificó como población diana a los estudiantes de la ESO de 2º curso de Barcelona. No sólo por su interés científico, sino también por cuestiones prácticas de acceso a la muestra ya que es una etapa de enseñanza obligatoria.

Selección y tipo de muestreo: Los sujetos no se seleccionaron a nivel individual, sino que fueron los institutos que impartían ESO, ya que el principal objetivo era implementar una intervención educativa, para ello era necesario seleccionar institutos donde llevarla a cabo, y así de este modo se respondería a los objetivos propuestos para esta fase.

La selección se realizó a través de contactos laborales y personales de la investigadora, quien se puso en contacto con diferentes institutos para conseguir finalmente la inclusión de éstos para llevar a cabo el estudio. Se trata de un muestreo intencionado y por conveniencia. Se tuvo en cuenta contactar con institutos tanto de carácter público, como concertados y privados.

En una primera rueda de contactos, se exploró la localidad de Sant Cugat del Vallés por ser próxima al entorno laboral de la investigadora, quien, aun contando con el apoyo del ayuntamiento del mismo

municipio para desarrollar este estudio, finalmente no se logró ninguna colaboración por parte de los institutos de dicha zona. En esta primera rueda se contactó con diez centros, cuatro de ellos públicos, cuatro concertados y dos privados sin ningún tipo de éxito. Los centros explicaban que, debido a los compromisos con otras medidas llevadas a cabo y el currículo escolar, no había tiempo real para su participación en este estudio.

Debido a esta situación, se decidió ampliar la búsqueda de institutos a través de otros contactos personales de la investigadora. De esta forma, se inició una segunda rueda de contactos de manera intencionada a institutos de Barcelona donde, a partir de personas clave, habían puesto en contacto a la investigadora con el propio director/a del centro. De este modo, tras el contacto con varios centros en diferentes localidades de Barcelona y mantener diferentes reuniones con los mismos, se consiguió la inclusión de seis centros en el estudio.

La selección de estos institutos fue de manera intencionada ya que resultó muy difícil que los centros pudieran participar; fundamentalmente, la principal negación era referente a sus otros compromisos con otras instituciones o/y por temas de tiempo. Ante este escenario, los institutos finalmente participantes fueron los que aceptaron su participación de manera libre y voluntaria. Se finalizó la búsqueda de centros al llegar al tamaño muestral estimado tras un cálculo estadístico, aunque no se trataba de una muestra probabilística.

Por otro lado, también se seleccionó el curso escolar de la ESO. Este se decidió en última instancia conjuntamente con los centros, quienes valoraron positivamente que la intervención se llevara a cabo únicamente en segundo o tercero de la ESO propuesto por la investigadora. Se descartó el primer curso, por ser un año de adaptación al cambio de ciclo para el sujeto que pasaba de la enseñanza primaria a la secundaria, de la misma manera que se descartó el cuarto curso por ser el último de la etapa y ser, según los profesores de los centros, un año difícil para ellos desde el punto de vista curricular, pues de este curso se derivan los alumnos al bachillerato o a ciclos formativos.

Además de por estos motivos, a los centros participantes les parecía bien la ejecución del estudio tanto en 2º como en 3º curso, y fue finalmente la investigadora quien decidió llevarlo a cabo únicamente en el 2º curso de la ESO, esta decisión fue tomada y respaldada por la literatura revisada, la cual recomienda el inicio de actividades de promoción y prevención de conductas de riesgo en edades tempranas, donde resultan más efectivas las intervenciones en salud pública (OMS, 2011; Hernán et al, 2001). Cabe decir que por parte de los centros también hubo petición para incluir al 3º curso de la ESO en el estudio, pero por motivos de logística y limitación de recursos personales y materiales del estudio se declinó esta petición y solo se llevó a cabo en un curso, que era lo previsto por la investigadora en un principio.

Procedimiento: El primer contacto con los centros se realizó por correo electrónico, en éste se adjuntaba presentación de la investigadora y se solicitaba una primera reunión con el centro. Asimismo, se adjuntaba una carta al director (ver anexo 7) explicando el propósito del estudio, los objetivos y la metodología a seguir. A partir de este primer contacto, los siguientes fueron vía telefónica y otros vía email, según el caso.

Tras concertar una primera reunión y haber aceptado la inclusión en el estudio, a través del centro se envió a todas las familias del alumnado de 2º ESO una circular escrita por el coordinador pedagógico y/o director de cada centro. En este escrito, aparte de explicar el estudio en el que iba a participar el centro escolar, también se pedía la conformidad de las familias en el mismo. Por otro lado, con cada centro se firmó un acuerdo de participación puede verse en anexos (anexo 8). Ninguna familia se negó a que participará su hijo en el estudio.

Debido, en una primera instancia, a la reticencia de los centros a participar en el estudio, se creyó oportuno incorporar en el comité de expertos creado para esta segunda fase una persona clave de cada uno de los seis centros participantes. Así pues, el grupo de expertos para esta fase de la tesis estaba compuesto, aparte de por la investigadora principal, también por un profesor de cada uno de los seis centros que participaban, y por profesionales sanitarios del ámbito de la salud pública y la pediatría, y la psicología.

Esta decisión, por un lado, responde a razones de transparencia; de esta manera los institutos participantes podían hacer un seguimiento del cuestionario que se pasaría para pilotar la eficacia de la intervención y, asimismo, valorar la calidad de los talleres que se iban a impartir en el marco de la estrategia educativa experimental. Y, por otro lado, otro motivo de la inclusión para este grupo concreto de expertos docentes, fue que también pudieran opinar en relación a la adecuación del cuestionario, así como sobre el contenido y formato de los talleres del programa educativo. Con esta implicación durante todo el proceso de diseño y elaboración se garantizaba la confianza de los centros en el estudio.

Además, se pactó con cada centro que no explicaran nada a los alumnos ni hicieran ninguna charla sobre salud al segundo curso de la ESO mientras durase la intervención, para evitar contaminar la muestra. No obstante, sí que la investigadora principal junto con la colaboración del tutor de clase, se presentó unos días previos al inicio del estudio durante 5-10 minutos en cada centro y grupo clase para hacer una breve explicación de quién era y qué se iba hacer, con el único fin de que la conocieran y resolver dudas que se podrían plantear. A partir de aquí dio comienzo la recogida de datos PRE-intervención.



Características de los institutos: Los seis centros finalmente incluidos en el estudio pertenecen a las localidades de Sant Andreu de la Barca y Sant Joan Despí (en Barcelona, comarca del Baix Llobregat). De cada localidad participaron tres institutos, seis en total. Todos ellos eran centros públicos y/o concertados, finalmente no hubo ningún centro privado. Puede verse en anexos algunos datos de cada centro (anexo 9).

### 3.2.2.2 Criterios de inclusión y exclusión

Para esta fase de la tesis, los criterios propuestos para la selección de los participantes fueron, en primer lugar, que la muestra estuviese formada por los propios sujetos adolescentes, es decir, los alumnos de los centros participantes seleccionados.

#### Criterios de inclusión:

- Ser alumno de 2º curso de la ESO del centro educativo participante
- De ambos sexos
- Con capacidades de leer y entender el castellano/catalán, necesario para firmar consentimiento y contestar al cuestionario de recogida de datos PRE y POST intervención
- Que no estuvieran participando en otro estudio similar de educación sanitaria
- Que voluntariamente desearan participar en el estudio y hubieran firmado el consentimiento informado
- Que no cumplieran ninguno de los criterios de exclusión.

#### Criterios de exclusión:

- Estar participando en otro estudio de características similares
- No querer participar voluntariamente en el estudio y, por lo tanto, que no hubieran firmado su consentimiento.

### 3.2.2.3 Cálculo tamaño de la muestra

Se realizó un cálculo como número hipotético para estimar un tamaño muestral para llevar a cabo el estudio experimental de esta fase de la tesis con el software Granmo versión 7.12.

Para calcular el tamaño de muestra se debe tenerse en cuenta varios aspectos del estudio: las hipótesis y objetivos marcados, así como el diseño del estudio y el tipo de variable a analizar que dará respuesta a los objetivos.

Como el diseño corresponde a un estudio experimental multicéntrico de tipo ensayo comunitario, con grupo intervención y control, y, las principales variables a analizar son las tres subescalas del cuestionario MAPAS (conocimientos en salud, percepción de la salud y hábitos y estilos de vida) que

corresponden a variables cuantitativas. Y, ya que el estudio pretende comparar dos grupos (control e intervención) mediante variables cuantitativas, se puede concluir que para calcular el tamaño de muestra se deberá utilizar la metodología para comparar dos medias independientes. Esta metodología requiere realizar varias suposiciones:

1. El valor aproximado de la media y de la desviación estándar (S) de la puntuación de las subescalas del cuestionario MAPAS en el grupo de adolescentes antes de la intervención.
2. El valor mínimo de la diferencia (d) entre la puntuación de las subescalas antes (pre) y después (post) de la intervención que se desea detectar.
3. El valor del riesgo alfa ( $Z_\alpha$ ) y del riesgo beta ( $Z_\beta$ ) que se está dispuesto a aceptar. Estos dos riesgos corresponden al error aleatorio que tienen todas las pruebas estadísticas y se puede interpretar como el riesgo que se tiene de equivocarse cuando se concluye que existen o no diferencias entre los grupos.

Así, se aplica la siguiente fórmula para el tamaño de muestra en cada grupo:

$$n = \frac{2(Z_\alpha + Z_\beta)^2 * S^2}{d^2} = \frac{2(1.96 + 0.842)^2 * 11^2}{3^2} = 211,11 \text{ (211 redondeando)}$$

El valor n que se obtiene corresponde al número de adolescentes necesarios en cada grupo (control e intervención).

Los valores de los dos errores (alfa y beta) corresponden a los valores habituales para cálculo de muestra, así  $Z_\alpha = 1,96$  equivale a un riesgo del 5% (o 0,05) y  $Z_\beta = 0.842$  equivale a un riesgo del 20% (o 0,20).

Este cálculo se realizó para las tres subescalas, finalmente se escogió el valor de la subescala que proporcionaba un mayor tamaño de muestra, para así asegurarse detectar diferencias en todas las subescalas. Es por ello que se optó por el valor 11 para la desviación estándar, ya que corresponde a la desviación estándar del grupo control pre de la subescala de conocimientos en salud, que es el que proporcionaba un mayor tamaño de muestra.

Asumiendo que se tendrá un 20% de pérdidas (valor habitual en este tipo de estudios), se deberá aumentar este tamaño de muestra y sumarle a este número algunos sujetos más para asegurarse llegar al tamaño muestral requerido, y aunque se pierdan algunos sujetos por el camino, igualmente se podrá dar respuesta al objetivo planteado.

Así, el tamaño de muestra en cada grupo ajustado a las pérdidas:

$$n * (1/1-R) = 211 * (1/1-0.20) = 263,75 \text{ (264 redondeando)}$$

Resumiendo:

Aceptando un riesgo alfa de 0,05 y un riesgo beta de 0,2 en un contraste bilateral, serán necesarios 264 adolescentes en cada grupo (pre y post), para detectar gracias a la intervención educativa en el grupo intervención, como estadísticamente significativa, una diferencia igual o superior a 3 en la puntuación media de cualquiera de las tres subescalas. Se asume una desviación estándar de la puntuación de las subescalas de 11. Y se ha estimado una tasa de pérdidas de seguimiento del 20%. Total de la muestra necesaria para el estudio será de 528 sujetos.

#### 3.2.2.4 Distribución de la muestra de estudio

La distribución de la muestra al grupo intervención y/o control se determinó tras el estudio global de la cantidad de alumnos final de los seis centros. La selección de los sujetos a un grupo o a otro no sería por individuos sino por instituto, es decir, mediante muestreo por conglomerados se incluyeron a todos los alumnos de dicho centro que estaban en el curso objeto del estudio (2º ESO) en un grupo o en otro.

Se clasificaron los centros en grupo intervención y control (ver tabla 12) hasta distribuir el total de la muestra, teniendo en cuenta que en esta distribución quedara el mismo número de sujetos en un grupo que en otro, pero en ningún caso dividiendo al grupo clase ni al instituto, para así evitar contaminar la muestra.

Otro de los aspectos que se tuvo en cuenta fue que en ambos municipios quedara representado el grupo intervención y control. Con ello se evitó que quedaran agrupados los tres centros de un mismo municipio en un solo grupo. Por esta razón, en la distribución final quedaron dos centros de cada municipio como grupo intervención y un tercero como grupo control.

**Tabla 12.** *Distribución I grupo intervención y control.*

	Centros educativos	Nº alumnos por curso (2º eso)	Nº líneas	Nº total por grupo <sup>4</sup>
GRUPO CONTROL	Instituto 1	114	5 líneas (a, b, c, d y e)	288
	Instituto 2	174	7 líneas (a, b, c, d, e, f y g)	
GRUPO INTERVENCIÓN	Instituto 3	62	2 líneas (a y b)	288
	Instituto 4	82	3 líneas (a, b y c)	
	Instituto 5	27	1 línea	
	Instituto 6	117	5 líneas (a, b, c, d y e)	
TOTAL				576 sujetos

### 3.2.3 Recogida de datos

La recogida de datos se realizó mediante un cuestionario de elaboración propia diseñado para este fin. Este cuestionario fue elaborado por la investigadora principal y revisado por el grupo de expertos, así como por la directora de la tesis. Este instrumento constituía la herramienta para medir la eficacia de la intervención educativa que se implementó en esta fase experimental en términos de autocuidado. Los pasos para su elaboración, se describen más adelante.

Procedimiento para la recogida de datos: El cuestionario se pasó en dos momentos distintos, una PRE, una semana antes del inicio de la puesta en marcha de la intervención, y un mes POST al finalizar la intervención, se decidió que fuera post al mes y no inmediatamente posterior a la intervención para valorar el impacto de esta al tiempo. Está previsto, todo y que los resultados no se incluyen en esta tesis, la recogida a los 6 meses (mayo 2017) y al año de finalizar la misma (Noviembre 2017), con el propósito de realizar un seguimiento de la intervención en el tiempo.

Durante la recogida de datos se perdieron 66 sujetos (23 en el pre y 43 en el post 1 mes), debido a la falta de asistencia a clase ese día en concreto. Se contempló la posibilidad de poder acudir otro día a clase, para que los sujetos que habían faltado contestaran al cuestionario, pero se decidió finalmente que no ya que los compañeros de clase podrían haber explicado su experiencia contaminando la muestra. De la misma manera, también se desestimó con el fin de no entorpecer

<sup>4</sup> Cabe puntualizar, que finalmente en cada grupo hubo 288 sujetos, 24 más de lo estimado por el cálculo, pero se decidió igualmente que quedarán incluidos todos los sujetos participantes para evitar dejar algunos sujetos de alguno de los centros fuera del estudio. Además, ello tampoco representaba problema ya que con menos también se podían detectar las mismas diferencias estadísticamente significativas.

más días en la jornada escolar de los adolescentes, pues ello podría haber representado un “estrés” mayor para el centro. Puede verse en la siguiente tabla 13 el número de cuestionarios finalmente recogidos por centro.

**Tabla 13.** *Distribución II grupo intervención y control en el PRE y POST intervención 1 mes.*<sup>5</sup>

		PRE intervención	POST intervención 1 mes
Centros educativos		Cuestionarios recogidos	Cuestionarios recogidos
GRUPO CONTROL	Instituto 1	101	97
	Instituto 2	168	169
GRUPO INTERVENCIÓN	Instituto 3	62	59
	Instituto 4	81	73
	Instituto 5	25	25
	Instituto 6	116	110
TOTAL		553	533
PERDIDOS		23	43
TOTAL MUESTRA		576	576

Los días para la recogida de datos fueron pactados previamente con cada uno de los centros. Debido a las características descritas en la literatura, se tuvo en cuenta en la recogida de cuestionarios el momento que era más oportuno para ello. De esta manera, se determinó por la investigadora que debía ser siempre en horario de mañana y a poder ser, antes del recreo; y en un único momento de manera simultánea en todas las líneas existentes de cada uno de los centros. Esto supuso en aquellos centros con más de una línea, una búsqueda de voluntarios, quienes, bien instruidos por la investigadora, pudieron pasar y recoger los cuestionarios en cada una de las clases.

Los cuestionarios fueron respondidos de manera individual en clase por el propio sujeto de estudio. Cada alumno respondía sentado en su pupitre de clase, y el tiempo medio en la respuesta del mismo fue de 15-20 minutos por persona.

Cabe decir, que en el día PRE intervención, se volvió a explicar a los adolescentes el propósito del estudio y con ello se repitió de manera verbal toda la información necesaria para que pudieran decidir la inclusión al mismo voluntaria y libremente, y estando presente el tutor de clase. Este hecho hizo que este día el tiempo total empleado en los institutos fuera de 45 minutos. Este mismo día se entregó la hoja de información y se firmaron los consentimientos informados entre la investigadora y los propios sujetos (puede verse en anexo 11). Asimismo, de nuevo se hacía entrega de una carta en papel, esta vez escrita únicamente por la investigadora, dirigida a las familias (puede verse en anexo 12). En ella se explicaba el motivo y la metodología del estudio que se iba a llevar a cabo en la clase

<sup>5</sup> Puede verse en anexos (anexo 10) la tabla con la recogida de datos obtenida también a los 6 meses, en mayo de 2017.

de su hijo; asimismo, también se daba el contacto de la investigadora por si en algún momento alguna familia quería ponerse en contacto y resolver dudas. Cabe puntualizar, que ninguna familia contacto con la investigadora. Para la recogida POST intervención, se siguió mismo método, pero directamente ya se contestaba el cuestionario sin más preámbulos, por tanto, el tiempo medio esta vez sí era de 15-20 minutos.

Por otro lado, también se elaboró un cuestionario de recogida de datos sociodemográfico y de tipo personal, a fin de poder contar con la información necesaria para describir la muestra del estudio de una manera amplia (puede verse en anexo 13). La parte sociodemográfica solo se respondió en la recogida PRE, pues se daba por hecho que los datos no cambiarían en el último mes (se contemplará la posibilidad de volverla a pasar en la recogida a los 6 meses y/o al año); en cambio, el cuestionario de preguntas tipo exploratorias (puede verse en anexo 14) que se adjuntó al cuestionario MAPAS<sup>6</sup>, si se respondió nuevamente en cada recogida POST intervención. Durante toda la recogida se garantizó el anonimato y la confidencialidad de la información recogida para el estudio. Puede verse en anexos los documentos de cuestionario sociodemográfico (anexo 13) y cuestionario de preguntas exploratorias (anexo 14).

---

<sup>6</sup> El cuestionario MAPAS es el cuestionario diseñado expresamente en esta tesis para medir el autocuidado en adolescentes, y por tanto el instrumento utilizado para evaluar el impacto de la intervención educativa diseñada, elaborada y ejecutada en esta tesis.

### 3.2.4 Variables de estudio

La variable independiente o variable controlada fue el diseño de la propia intervención, así como los datos sociodemográficos. Y, las variables dependientes, fueron el nivel de conocimientos, la percepción y creencias sobre la salud y los hábitos y estilos de vida. En la siguiente tabla puede verse un resumen con más detalle cada una de ellas.

**Tabla 14.** *Variables del estudio*

VARIABLES DEL ESTUDIO		
INDEPENDIENTES	DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Género</li> <li>• Año de nacimiento</li> <li>• Ciudad de nacimiento del sujeto, madre y padre</li> <li>• Estado laboral padres</li> <li>• Convivencia</li> <li>• Presencia de hermanos</li> <li>• Actividades extraescolares</li> <li>• Recibo de paga</li> <li>• Cuantía paga</li> <li>• Gasto de dinero</li> <li>• Carácter del centro escolar (público o concertado)</li> </ul>
	INTERVENCIÓN EDUCATIVA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseño y desarrollo de la intervención experimental                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Educación sanitaria sobre distintos temas (más adelante se especifican)</li> </ul> </li> </ul>
DEPENDIENTES	CONOCIMIENTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hábitos saludables</li> <li>• Salud</li> <li>• Sobre alimentación</li> <li>• Hábitos higiénico-sanitarios</li> <li>• Hábitos de sueño</li> <li>• Consecuencias de hábitos de riesgo</li> </ul>
	PERCEPCIÓN Y CREENCIAS SOBRE LA SALUD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración del riesgo sobre algunas conductas relacionadas con la alimentación, las relaciones de amistad, los hábitos higiénicos o tóxicos</li> <li>• Grado de preocupación sobre algunas conductas de riesgo, y sobre otras saludables</li> <li>• Valoración de autocuidado</li> <li>• Capacidad de autocuidado</li> <li>• Preocupación por la salud</li> <li>• Interés por la salud</li> <li>• Sentimiento de responsabilidad</li> <li>• Creencias sobre las consecuencias de ciertos estilos en la salud</li> <li>• Percepción de aceptación social</li> <li>• Valoración de pérdida de salud</li> <li>• Repercusión positiva del autocuidado</li> <li>• Respeto de opiniones</li> <li>• Autoconcepto</li> <li>• Sentimiento de culpabilidad</li> </ul>
	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interés sobre más conocimientos de: hábitos tóxicos, deporte y ejercicio físico, afectividad, alimentación, ocio y comunicación, nuevas tecnologías, relaciones interpersonales y planes de futuro</li> <li>• Aceptación social</li> <li>• Presión entre iguales</li> <li>• Facilidad para hacer amigos</li> <li>• Fuentes de información sobre salud</li> <li>• Identificación de hábitos que menos gustan</li> <li>• Consumo de comida rápida</li> <li>• Ingesta de alimentos en el tiempo libre</li> <li>• Uso de las redes sociales</li> </ul>

### 3.2.5 Plan de trabajo

#### 3.2.5.1 Elaboración del cuestionario

Respondiendo a uno de los objetivos de esta fase de la tesis se elaboró un cuestionario que permitiera medir autocuidado en adolescentes para evaluar la eficacia de la intervención educativa diseñada. Dicho cuestionario se utilizó para medir PRE y POST la intervención, como ya se ha explicado anteriormente.

Para su elaboración, tras la revisión de la literatura (Martínez, 2002; Blaxter et al, 2000; León y Montero, 2003), se siguieron cinco pasos que condujeron al cuestionario final obtenido, estos pasos fueron: recogida de información (revisión bibliográfica), desarrollo (primera versión del cuestionario), validación de contenido por expertos, prueba piloto y un último de cierre y versión definitiva del mismo (ver figura 11). A continuación, se describe más detalladamente.

**Figura 11.** Pasos del proceso de desarrollo del cuestionario.



Fuente: elaboración propia

#### Pasos del diseño del cuestionario:

- *1º) Recogida de información:* En este primer paso se puso como objetivo revisar la literatura en relación al tema de medición, el autocuidado. Resulta fundamental para diseñar un cuestionario el conocimiento previo sobre el tema que se quiere estudiar (definición, elementos, dimensiones, aspectos característicos, entre otros) (Martínez, 2002). Por otro lado, también se revisaron las escalas existentes sobre autocuidado, aunque éstas se aplicasen en otros ámbitos. Y, para que tal herramienta de medición pudiera cumplir con el propósito para el cual fue diseñada, se hizo necesario hacer tal revisión de la literatura, que en esta tesis se recoge en el capítulo 2. Asimismo, para su construcción también fue necesario revisar varios documentos y manuales sobre las pautas y metodología a seguir para construir un cuestionario. Todo ello ayudó a proceder a un análisis profundo sobre cómo enfocar el cuestionario, entendiendo lo que se quería medir, la metodología a seguir, y el tipo de intervención que se estaba diseñando.
- *2º) Desarrollo:* En este segundo paso, se dio lugar a la confección de varios borradores sobre el cuestionario. Así pues, este paso es una fase para la obtención de una primera versión del cuestionario, donde a partir de los ámbitos temáticos que debía contener el cuestionario se



fueron creando las preguntas que finalmente se incluyeron en el cuestionario final. Durante este trabajo se fueron tomando decisiones acerca del formato de las preguntas, del número final de preguntas, del tipo de respuesta a utilizar, del contenido de las mismas, de su orden de presentación, así como se debatió sobre la interpretación de cuestionario y su medición, así como el método de su aplicación. En este paso se determinaron todas las características pertinentes del cuestionario, incluso el nombre del mismo (todo ello se describe más adelante). Durante esta etapa, también se confeccionó el cuestionario sociodemográfico y el cuestionario de preguntas exploratorias, este incluye finalmente cinco preguntas. (puede verse en anexo 14).

- 3º) *Validación del contenido por expertos:* Tras obtener una primera versión del mismo, y durante esta etapa de desarrollo se contó con la ayuda de un equipo de expertos formado para esta fase de la misma (anteriormente explicado). Este equipo y las reuniones mantenidas con ellos, bien de manera física o por email, ayudaron a que cada borrador presentado mejorara el anterior. En estas reuniones se debatía y se sugerían cambios, en relación a la adecuación de las preguntas, el vocabulario utilizado, el formato del cuestionario, las preguntas diseñadas, entre otros aspectos relacionados con la validez del contenido. Puede verse en la tabla 15 que tipo de cuestiones se debatían con los miembros del grupo de expertos.

**Tabla 15.** *Contenido de las reuniones del grupo de expertos*

Interrogantes de las reuniones
¿Es necesario o útil hacer esta pregunta?
¿Es demasiado general?
¿Es excesivamente detallada?
¿Debería la pregunta ser subdividida en otras preguntas más pequeñas y ser más concreta?
¿La pregunta se refiere a un solo aspecto?
¿Se refiere a un tema sobre el cual los sujetos poseen información?
¿Es la estructura de las preguntas fácil y breve?
¿Queda claro cómo deben contestar los sujetos?
¿Es necesario poner algún ejemplo?
¿Es posible que esta pregunta incomode al sujeto?
¿Es el vocabulario adecuado para la edad de los sujetos?
¿La pregunta induce a una respuesta tipo?

Fuente: elaboración propia

El tiempo dedicado para estos tres primeros pasos de la construcción del cuestionario fueron siete meses de trabajo. Tras finalizar este trabajo dio lugar a una versión definitiva del cuestionario, y con ello, al cuarto paso, una prueba piloto del cuestionario para valorar su validez.

- *4º) Piloto:* Según la literatura y manuales consultados, no se puede decir que un cuestionario está listo para ser utilizado mientras no se realice una prueba previa, es decir un piloto (Blaxter et al, 2000). Esto hace referencia a la aplicación del cuestionario a un grupo reducido de características semejantes a las personas a las que se va a encuestar (Martínez, 2002; Blaxter et al, 2000). Este paso tiene varios propósitos, entre ellos:
  - Probar el cuestionario desde una perspectiva de investigación en un entorno real.
  - Verificar su adecuación lingüística (vocabulario a la etapa evolutiva de los sujetos)
  - Verificar si las preguntas son claras y entendedoras, e identificar sus dificultades, evitando preguntas ambiguas.
  - Detectar el grado de dificultad que los sujetos puedan tener en relación al mismo.
  - Conocer las reacciones de los sujetos: aprobación, sensación de facilidad y primeras impresiones.
  - Obtener el tiempo aproximado requerido para contestar.

Esta prueba piloto se llevó a cabo en septiembre de 2016, a una muestra total de 60 adolescentes, se tardó tan sólo una semana en realizar la prueba. Por un lado, se pasó a diez adolescentes aislados del entorno laboral de la investigadora de manera intencionada, y también en el IES Vall d'Arús, del municipio de Vallirana, en Barcelona. En este centro se pasó a un total de cincuenta alumnos (clase A y B) de 2º curso de la ESO de este centro público.

El análisis de esta prueba piloto se describe en el capítulo 5.

- *5º) Cierre:* Este paso final se da tras la prueba piloto y, en consenso con el grupo de expertos, se modificaron todos los aspectos detectados durante la prueba hasta poder contar con el cuestionario en versión definitiva para la fase de la intervención (puede verse en anexo 15).

A parte del piloto realizado para asegurar la validación lingüística y de contenido, y, aunque no se trate de un cuestionario validado estadísticamente, sí que se quiso comprobar su consistencia interna a través del coeficiente  $\alpha$  de Cronbach y su estructura interna a través de un análisis factorial (puede verse en el capítulo 5).

- Descripción del cuestionario

A continuación, se detallan las características del cuestionario elaborado:

- Nombre del cuestionario: MAPAS (Medición de autocuidado para adolescentes sanos)
- Tipo de preguntas: Se optó por preguntas cerradas por requerir menor esfuerzo por parte de los sujetos adolescentes del estudio para ser respondidas (Martínez, 2002; Fernández, 2007). Algunas preguntas eran:
  - Dicotómicas (por ejemplo, pregunta de género).
  - Excluyentes, de tipo "sí o no". Se contemplaba la opción de "No lo sé" para evitar preguntas en blanco.
  - Tricotómicas (por ejemplo, "sí", "a veces", "no lo sé")
  - Respuesta múltiple: Tipo *test* con varias alternativas de respuesta, algunas de éstas no eran excluyentes y los participantes podían contestar más de una opción si lo creían oportuno, de la misma manera que algunas incluyen la posibilidad de indicar "otros motivos" y así poder escribir lo que se considerara. De este tipo de preguntas test, la gran mayoría fueron ordinales, y el orden era referido a su intensidad (por ejemplo, "nada", "un poco", "bastante", "mucho") dependiendo de la pregunta otras fueron de tipo Likert ("muy de acuerdo", "bastante de acuerdo", "un poco de acuerdo" y "nada de acuerdo").
  - Asignación de un puntaje a la lista de opciones según las preferencias de los sujetos (por ejemplo, ordenar del 1 a 10)
  - De tipo graduación numérica, con una escala del 1 al 10, dónde 1 es nada y 10 es el máximo.
  - Abiertas, donde el sujeto debía escribir una palabra (por ejemplo, la ciudad de nacimiento)

En relación al tipo de preguntas, a lo largo del cuestionario se redactaron algunas de ellas de manera similar, pero en distinta forma y fueron distribuidas a lo largo del mismo. Se trata de las "preguntas control", que sirven para comprobar si el sujeto es coherente en las respuestas a un mismo tema. Y, además permiten valorar la consistencia interna de la respuesta de un cuestionario (Martínez, 2002; Blaxter et al, 2000; León y Montero, 2003).

- Redacción de las preguntas: Es recomendable seguir pautas ya que la redacción de las mismas puede generar grandes diferencias en las respuestas (Martínez, 2002; Fernández, 2007). Es por ello que se ha procurado que las preguntas del cuestionario MAPAS sean:
  - Claras, sencillas, comprensibles y concretas.
  - No formular preguntas que presuponen una respuesta específica

- Fáciles de contestar
  - Redactar el enunciado en término positivo
  - Redactar las respuestas en orden positivo, es decir a más graduación mejor percepción, más conocimientos...
  - Vocabulario sencillo y uso de ejemplos
  - Enunciados simples
  - Breves y cortas
- Diseño y estructura: En este sentido, es necesario aplicar los criterios habituales de una correcta presentación ((Martínez, 2002; Blaxter et al, 2000; León y Montero, 2003)
- Presentación: se ha intentado que está sea visual, profesional y fácil de entender. Además, de enumerar cada una de las preguntas claramente de manera correlativa, y evitar que ninguna pregunta se quedará dividida entre dos páginas. La literatura también incide que el tipo de letra a elegir debía ser clara, por ello se optó por el tipo Arial.
  - Longitud: Se usó un diseño que pareciera corto, por ello se procuró no excederse en el número de preguntas ni ser redundante en los temas. Aunque la literatura recomienda agrupar las preguntas por temas o dimensiones o variables y numerarlas dentro de cada uno de ellas, no sé puedo hacer, puesto que la inclusión correcta de éstas en una dimensión no se conocía en el momento del diseño y proceso de elaboración, sino que era la estadística quien determinaría dicho aspecto. En este caso, las preguntas se presentaron de manera correlativa.
    - Dimensiones del cuestionario: En el cuestionario MAPAS, existen 3 bloques de preguntas sobre la temática de:
      - Hábitos y estilos de vida
      - Percepción de la salud
      - Conocimientos en salud

Será la estadística quien verifique con un análisis factorial exploratorio si realmente existen éstas tres subescalas dentro del cuestionario MAPAS (puede verse en capítulo 5)

    - Cantidad de preguntas: A modo de orientación, se recomienda que no haya más de 30 preguntas totales para medir una variable, tema o dimensión (Martínez, 2002). Aunque también se dice que cuanto más largo es un cuestionario más fiable es, pero que en gran parte esto depende del tipo de estudio que se esté realizando, así como de los objetivos del mismo. En el cuestionario MAPAS se han seguido las recomendaciones y hay un total de

62 preguntas repartidas en las tres dimensiones citadas. Quedará pendiente determinar por la estadística como se agrupan estas preguntas y si realmente el cuestionario recoge las tres dimensiones del autocuidado como está previsto. De tal forma, si se cumple lo previsto, estas preguntas se agruparían en 3 dimensiones, pudiendo tener cada una de ellas 20 preguntas, lo cual cumpliría las recomendaciones de la literatura, pero será la estadística la que determine si es así (ver capítulo 5)

Este aspecto sobre la longitud del cuestionario se tiene en cuenta, por un lado, para evitar fatigar al sujeto, y por otro lado, procurar economizar el número de preguntas evitando las que sean superfluas (Fernández, 2007).

- Redacción de un texto introductorio: Se escribió un texto breve haciendo alusión a la inestimable colaboración, y a la relevancia del tema de la investigación (León y Montero, 2003). En él se garantiza el anonimato y la confidencialidad de las respuestas, así como las instrucciones para responder a las preguntas.
- Tiempo de respuesta: La literatura recomienda que no se tome más de media hora para su cumplimentación (Martínez, 2002). En el caso particular de este cuestionario junto con el cuestionario sociodemográfico y el de preguntas exploratorias, el tiempo estimado de respuesta fue de 15-20 minutos.
- Tipo de aplicación: En el caso de este estudio, se decidió por un cuestionario de tipo autoadministrado y en formato papel. La literatura describe otros formatos en el tipo de aplicación, pero se desestimaron por motivos de logística, ya que otros métodos precisan de otros materiales como ordenador, conexión a internet, sobres, sellos, etc.
- Codificación: Los cuestionarios se codificaron a través de códigos referentes al instituto (por las iniciales del nombre del mismo)<sup>7</sup> y al momento de la recogida (PRE, POST1m, POST6m, POST12m). Además, las respuestas del cuestionario se codificaron de antemano en un documento aparte, ya que esto permitió agilizar el procedimiento de tratamiento y análisis posterior de los datos (Fernández, 2007). Es por ello que se adjuntó un valor para cada respuesta que facilitaba su introducción en la base de datos estadística.

Interpretación del cuestionario: Para cada respuesta de las preguntas tipo test que conforman el cuestionario MAPAS se les asignó una puntuación, de 0 en adelante en función

---

<sup>7</sup> Las iniciales de los centros no se escriben en esta tesis por cuestiones de anonimato.

del número de respuestas. Esta puntuación no hizo falta en las respuestas de las preguntas de escala numérica. Por ejemplo:

Indica el grado de interés que tiene tu salud para ti:

- Nada de interés - 0
- Un poco de interés - 1
- Bastante interés - 2
- Mucho interés - 3
- No lo sé

Cómo se observa, la puntuación que se otorgó fue en sentido positivo, quiere decir que a más puntuación la respuesta es más correcta. De esta manera, se pudo valorar las puntuaciones totales del cuestionario y también para cada subescala (conocimientos en salud, percepción de la salud y hábitos y estilos de vida) de los sujetos del estudio y determinar así la interpretación de la necesidad de un mejor autocuidado o no. Todas las preguntas del cuestionario, y por tanto todas sus dimensiones, tienen el mismo peso y el mismo valor a la hora de interpretar dichos resultados (puede verse en anexos 16 la puntuación por pregunta de manera completa).

Se determinó que los sujetos que dieran puntuaciones más bajas en el sumatorio total y/o en cada una de las subescalas se clasificarían como "potencialmente necesitados de un mejor autocuidado", es decir, necesitados de conocimientos en salud, de una mejor percepción de la salud y de mejores hábitos y estilos de vida.

Las puntuaciones de los sujetos individuales se clasificaron en dos categorías: "bajas" para puntuaciones iguales o inferiores a 178 para el cuestionario total (y para cada subescala: puntuaciones iguales o inferiores a 40 para la subescala de conocimientos en salud, a 63 para percepción de la salud y a 75 para hábitos y estilos de vida) y "altas" para puntuaciones mayores a 178 para el cuestionario total (y para cada subescala: puntuaciones mayores que 40, 63 y 75 para conocimientos en salud, percepción de la salud y hábitos y estilos de vida, respectivamente). El porcentaje de sujetos que caen en categorías altas y bajas se tabuló para cada subescala y para cada grupo (control e intervención) antes y después de la intervención (puede verse los resultados en el capítulo 5).

Dichos valores de interpretación, surgen del sumatorio de las respuestas de todas las preguntas del cuestionario MAPAS, de esta forma la puntuación máxima posible a obtener es de 356 (por eso se consideró 178, la mitad, como punto de corte para separar las puntuaciones bajas de las altas); para la subescala de conocimientos en salud la puntuación máxima es de 80 puntos, por eso se consideró 40 (la mitad), como punto de corte. De la misma manera para percepción de la salud siendo su puntuación máxima de 126, por eso se

consideró 63 como punto de corte, y para hábitos y estilos de vida fue 150 la puntuación máxima, por ello el punto de corte para esta subescala fue de 75.

### 3.2.5.2 Elaboración de la intervención educativa

De la segunda fase, éste es sin duda uno de los elementos más importantes. A continuación, se describe cuál ha sido el procedimiento seguido para el diseño y ejecución de la intervención educativa llevada a cabo en el estudio dando respuesta a los objetivos marcados en el mismo.

Propósito: Como ya se ha argumentado en el capítulo uno, esta intervención tiene el propósito de fomentar la promoción de la salud en estilos y hábitos de vida más saludables, mejorando conocimientos y percepción de salud en los adolescentes. Generando con ello una mejor implicación del adolescente en su autocuidado y en la toma de decisiones en salud. Por todo ello, se trata de un tipo de intervención innovadora que se enmarca como una estrategia para la adquisición de competencias en salud, en términos de *Health Literacy*.

Dicha intervención ha sido diseñada a través de la revisión de la literatura y los resultados obtenidos en la primera fase de la tesis. El estudio cualitativo fue clave para poder elaborar y planificar una intervención sensible y atractiva para los adolescentes que diera respuesta a sus propias necesidades e incorporará asimismo la propia visión en términos de educación sanitaria, además respondiera a los objetivos de esta parte de la tesis. Es decir, la mayor comprensión de la perspectiva de los propios adolescentes en el autocuidado, en la toma de decisiones y en la educación para la salud, ayudó a identificar los temas centrales (contenido, materiales, dinámica...) del programa educativo. Asimismo, la revisión de la literatura reforzó los aspectos finales a tener en cuenta en la intervención.

Justificación: La inclusión de la propia voz de la persona en iniciativas de este tipo encaminadas a la formación poniendo foco en el automanejo y autocuidado de una manera eficaz, es sin duda lo que la hace innovadora y diferente al modelo de educación para la salud establecido en la actualidad para este grupo poblacional. De igual forma, también se puede considerar innovadora ya que con ella se pretende dar respuesta a las necesidades emergidas de los nuevos cambios sociales que viven las nuevas generaciones, y además en ella se establece un cambio hacia el modelo de toma de decisiones compartidas, dónde el profesional de la salud ejerce una actitud de *coach* para que la persona se responsabilice y se implique para cuidar mejor de su salud, empoderándola hacia un mejor estilo de vida.

En este sentido, también se puede decir que es innovadora debido a que esta se orienta hacia el potencial en salud de los adolescentes, no está diseñada desde una metodología unidireccional, sino

todo lo contrario, está basada en una metodología bidireccional, participativa y capacitadora, con una visión muy positiva de los adolescentes actuales.

Sin duda intervenciones de este tipo en la adolescencia resultan fundamentales en términos de promoción de la salud y prevención de riesgos. Como ya se ha argumentado en el capítulo uno, intervenciones así son de gran ayuda en esta etapa de la vida donde la salud no se vive como algo prioritario ni principal, y donde se constituye una etapa de crecimiento y oportunidades de aprendizaje que formarán la personalidad, las actitudes, y aptitudes del adolescente hacia la vida adulta. Este tipo de educación para la salud puede posibilitar la promoción de acciones positivas en los comportamientos de los adolescentes produciendo efectos saludables a corto y largo plazo, no sólo a nivel individual sino comunitario, e incluso beneficios en el sistema sanitario.

Desarrollo y dinámica de trabajo: Para el desarrollo, diseño y planificación de la intervención se emplearon diez meses de trabajo durante el 2016. Durante este tiempo la investigadora fue elaborando los esbozos de lo que finalmente constituiría la intervención educativa. Durante las reuniones establecidas con el grupo de expertos para esta segunda fase, se expusieron a crítica los temas, así como los contenidos, los materiales a utilizar y la metodología final, entre otros aspectos. Tras varias reuniones se acabó mejorando todos los elementos clave a tener en cuenta para su ejecución final.

De la misma manera, se consideró oportuno recoger la satisfacción del grupo intervención sobre la intervención educativa diseñada. Para ello, se elaboró una encuesta propia de satisfacción (puede verse en anexo 17), donde se recogía la satisfacción en relación al diseño, metodología y montaje de las sesiones y talleres, así como la propia percepción del adolescente sobre el aprendizaje obtenido a través de la intervención. Con el fin de que su cumplimentación fuera rápida y fácil por los sujetos del grupo intervención, se utilizó como método una escala visual analógica, donde en una línea recta graduada de 0 a 10, el sujeto debía de marcar su satisfacción en relación a cada una de las preguntas. Esta encuesta se pasó en la última sesión, al finalizar la totalidad de la intervención.

Durante este tiempo de desarrollo, por otro lado, la investigadora buscó a los enfermeros necesarios para llevar a cabo los talleres educativos y se les formó para ejercer de *coaches* durante la intervención.



La formación a estos enfermeros se dirigía hacia la impartición del taller, sobre la actitud a adoptar con los adolescentes, el vocabulario a utilizar y técnicas dinamizadoras. Esta formación tuvo lugar un mes antes de aplicar la intervención, tiempo suficiente como para que estos enfermeros se familiarizaran con los temas de cada sesión a impartir y pudieran ensayar sobre la dinámica a establecer, en términos de *Health Coaching*<sup>8</sup>.

El único requisito que se tuvo en cuenta para ser seleccionado como *coach* era ser enfermero novel de entre 22 y 25 años (con experiencia en el ámbito laboral entre 1 y 4 años). Se tuvieron en cuenta estos aspectos ya que se quería contar con una apariencia joven y cercana a la edad de los adolescentes, esto era un elemento a tener en cuenta tras el análisis del estudio cualitativo. La selección de los mismos se realizó de manera intencionada a través del entorno laboral de la propia investigadora.

Finalmente, se escogieron cuatro enfermeros y se realizaron 3 sesiones de entrenamiento con ellos. En cada sesión se abordaban aspectos diferentes en relación a los temas antes mencionados. La no inclusión de la propia investigadora en las sesiones a impartir fue una decisión tomada para garantizar la neutralidad de la misma y evitar desviar intereses en la intervención.

Metodología: Por lo expuesto y por los hallazgos derivados del análisis del estudio cualitativo, se decidió que la metodología debía ser participativa, motivadora, experiencial, facilitadora de expresión con dinámicas muy positivas y visuales.

- Nombre de la intervención: Uno de los aspectos a reflexionar fue acerca del nombre que recibiría la intervención, finalmente tras descartar varias opciones, se eligió el nombre de "Súmate a la salud (SAS)", para mayor facilidad e inclusión de todos los talleres y sesiones a llevar a cabo se decidió que se llamará "Programa SAS".
- Papel del educador (coach): Como encargado de dirigir cada uno de los talleres y desarrollar las actividades diseñadas se reflexionó acerca de qué rol debía adquirir éste durante la ejecución. La idea fundamental era crear un clima de confianza, que actuaran de coach dinamizando los talleres de tal forma que las actividades programadas para cada taller favorecieran el trabajo cooperativo entre los adolescentes dando lugar a la reflexión y, con ello, provocar un mayor aprendizaje y motivación sobre la salud que pudiera traducirse en una mayor competencia sobre el autocuidado.

---

<sup>8</sup> Dicho término surge a raíz del cambio de paradigma que ha experimentado la atención sanitaria en los últimos tiempos donde el paciente adquiere un rol más activo y donde no es suficiente la relación unidireccional. Desde esta visión, el profesional entabla un diálogo transformador y hace uso de recursos y estrategias para favorecer y mantener un alto nivel de energía y motivación en el paciente-persona. Ante esta nueva manera de entender la relación entre el profesional de la salud y el paciente/persona, se desarrolla el coaching en salud.

Estructura de la intervención (Programa SAS): La intervención se estructuró en tres sesiones, espaciadas con una semana entre ellas. Por tanto, la duración total de la intervención educativa diseñada, o sea del Programa SAS, fue de tres semanas.

Así pues, durante tres semanas consecutivas se acudió a los centros del grupo intervención a impartir una sesión. A cada centro se acudía en un único día de la semana. La intervención se llevó a cabo durante el mes de noviembre de 2016.

Todas las sesiones se iban dando al mismo tiempo en todos los centros; es decir, durante la primera semana se impartió la sesión 1 a los tres centros del grupo intervención, la segunda semana se impartió la sesión 2, y la tercera semana se impartió la sesión 3 en todos los centros. De esta manera, se iniciaba y se finalizaba la intervención en el mismo momento en todo el grupo intervención.

Cada sesión tenía una duración de 55-60 minutos, lo cual hace que la intervención, o sea el programa SAS al completo sea de aproximadamente tres horas.

En la primera y segunda sesión se trabajaron un total de 15 talleres diferentes, para la primera se trabajaron 8 y para la segunda 7. En la tercera sesión se llevó a cabo un juego que serviría de autoevaluación directa para los propios adolescentes y a su vez de refuerzo del contenido de los talleres impartidos con anterioridad. La literatura recomienda que el cierre en la educación recibida es fundamental, para sedimentar los temas tratados y para reforzar algunos aspectos clave (Serrano, 2002).

En la planificación de dicha intervención también estaba programada una sesión para padres. Esta se llevó a cabo en el mes de diciembre, dos semanas después de haber finalizado la intervención a los adolescentes. Se convocó a los padres de los grupos intervención a través de una carta que fue entregada en papel por la investigadora en la última sesión a los adolescentes (puede verse en anexos 18). Días antes de la sesión para las familias, los centros educativos hicieron un recordatorio a las familias de los hijos en 2º curso de la ESO para que acudieran en el día y hora programado para ello en cada centro.

Organización: La investigadora durante las sesiones de los adolescentes gestionó el espacio aula y el grupo clase para su distribución; además, gestionó el factor tiempo a tener en cuenta en la ejecución de los talleres. Se encargó también de dar soporte a cada *coach* si así lo necesitaba para llevar a cabo su taller, esto podía representar desde pasarle material o gestionar cualquier conflicto. El hecho de que hubiera una persona centrada en la logística ayudó a que los talleres se dieran según lo previsto y los posibles contratiempos se pudieran gestionar sin distorsionar la labor y tarea de los *coaches*.

- Montaje de los talleres:
  - Adolescentes: Se llevaron a cabo en la propia aula. Se creó una rueda de cuatro estaciones, agrupando las mesas y sillas de la misma aula creando cuatro espacios diferenciados. En cada una de las estaciones había un *coach* preparado para llevar a cabo sus talleres. En cada estación se trabajaban 2 talleres.  
El grupo clase se dividía a partes iguales en 4 grupos, de tal forma que cada grupo se posicionaba en una estación diferente.  
El tiempo por estación era de 14 minutos, es decir, 7 minutos para cada uno de los talleres. Al finalizar los 14 minutos, el grupo se movilizaba a la siguiente estación, creando así una rueda.  
Al finalizar la sesión, todos los alumnos habían pasado por las cuatro estaciones. El fin de tiempo lo establecía una alarma a modo de sirena que anunciaba que el tiempo había finalizado y los alumnos debían cambiar de estación. Así pues, los *coaches* repitieron cuatro veces sus dos talleres.

Todas las actividades y el contenido de cada taller estaban pensados y calculados para que pudieran hacerse en el tiempo destinado para ello. Cabe puntualizar que, en el segundo taller, la dinámica que se estableció fue la misma menos en una estación donde en lugar de dos talleres había un único taller con duración completa de 14 minutos.

Durante la tercera sesión el montaje fue diferente; y el grupo clase se dividió en dos grupos iguales. A través de un tablero interactivo en la pizarra de clase, los adolescentes iban jugando avanzando en las casillas del mismo. Cada grupo tenía un dado, que se tiraba para saber a qué casilla dirigirse. El turno entre los dos grupos se establecía en función de si acertaban o no las preguntas. Las preguntas o pruebas que se debían hacer en cada casilla respondían a los contenidos de las dos sesiones anteriores.

Esta sesión fue llevada a cabo por tres *coaches*, un *coach* se colocaba por grupo y éste ayudaba en las respuestas de las casillas, mientras que un tercer *coach* organizaba el juego, los turnos y leía las pruebas.

- Padres: La sesión para padres se llevó a cabo en la clase del curso y no necesitó de ningún montaje especial, los padres se sentaban mientras se llevaba a cabo la explicación y sesión educativa en relación a los temas de las sesiones que habían recibido los adolescentes. La duración de esta sesión fue de 90 minutos, que en los tres centros se alargó a 120 minutos, debido al interés de los propios padres sobre

el tema y la resolución de dudas. La sesión fue impartida en horario de tarde, horario habitual por el centro para realizar sesiones dirigidas a las familias. Las tres sesiones fueron impartidas en la misma semana, en tres días diferentes, uno para cada centro.

Esta fue la única sesión que impartió la propia investigadora. Esta decisión fue tomada por dos motivos, en primer lugar, por ser la persona que se había encargado del diseño, planificación y elaboración de la intervención, por lo tanto, ser la persona más experta en relación al estudio, y, en segundo lugar, porque la misma era la persona de contacto para las familias, también por cuestión de transparencia se creyó oportuno que las familias también pudieran conocerla, no únicamente desde un punto de vista personal sino también profesional.

Puntualizar que a esta sesión no acudieron muchos padres, a pesar del llamamiento, la asistencia registrada fue la siguiente:

- Centro Gran Capità de 27 alumnos, acudieron 6 padres/madres y un abuelo. Total 7 personas.
- Centro Ateneu instructiu de 62 alumnos, acudieron 6 padres/madres.
- Centro Sant Andreu de 82 alumnos, acudieron 16 padres/madres.
- Centro Montserrat Roig de 117 alumnos, acudieron 3 padres/madres.

Contenido programa SAS: Los temas de los talleres (ver tabla 16), como ya se ha mencionado anteriormente, son el resultado del análisis de los datos cualitativos de la primera fase. No obstante, algunos temas emergidos de interés por los propios adolescentes no se pudieron abordar en la intervención por falta de recursos, como, por ejemplo, contar con pocos días para ir a los centros. Algunos de los temas que se dejaron sin tratar fueron la sexualidad y afectividad y las drogas.

**Tabla 16.** *Temas de los talleres de la primera y segunda sesión*

Temas primera sesión	Temas segunda sesión
- Alcohol	- Hábitos: beneficios versus consecuencias
- Tabaco	- Autoestima
- Hábitos higiénicos personales	- Uso de nuevas tecnologías y salud
- Actividad física y deporte	- Los valores para conseguir nuestros propósitos
- Higiene bucodental	- Hábito del sueño
- Alimentación	- Primeros auxilios: primera valoración, 112, Posición lateral de seguridad (PLS) y RCP
- Toma de decisiones	- Ocio saludable
- Habilidades sociales: relaciones sociales y humanas	

Fuente: elaboración propia

La guía didáctica de cada una de las sesiones y el contenido como tal de cada taller se puede ver descrito en el capítulo 5, donde se desarrolla propiamente la intervención, o sea, el programa SAS.

Para la tercera sesión, las casillas del tablero se elaboraron en función de los 15 temas anteriores. En el tablero también se diseñaron dos casillas diferentes, una a modo de "premio" y otra a modo de "castigo". A modo de premio representaba un "comodín" y a modo de "castigo" representaba perder el turno. Esto más allá del juego, se decidió así a modo de símil con los estilos de vida, conductas, comportamientos y hábitos de vida, y como esto tiene consecuencias sobre la vida de una persona. De tal forma que caer en una casilla de premio, representaba el valor que tiene "cuidarse" frente a la vida (como si la vida por ello te diera un "comodín", pues se puede decir -a priori- que, si la vida que se lleva es saludable y positiva, con un estilo de vida bueno y con un buen autocuidado, aquella persona gozará de mejor salud y calidad). Por el contrario, caer en la casilla de castigo representaba haber "perdido salud", pues en ellas se decía, por ejemplo: "pierdes un turno por haberte emborrachado". Esto representaba que ciertas conductas pueden empeorar la salud y, por tanto, repercuten en una peor salud y peor calidad de vida.

Evaluación: Este apartado es fundamental con el fin de analizar y mejorar todo el proceso organizado y la intervención en sí misma (Serrano, 2002).

Por ello, para ver en qué medida se había conseguido alcanzar los objetivos propuestos, se llevó a cabo un sistema de evaluación integral. Los criterios a evaluar, se fijaron en las reuniones con el equipo de expertos quienes conjuntamente con la investigadora, decidieron evaluar la estructura, el proceso y los resultados de la intervención.

- A nivel de estructura se ha evaluado el programa en sí mismo, referido a la idoneidad de los recursos y materiales, y a aspectos metodológicos y del diseño. Esta evaluación se llevó a cabo con la encuesta de satisfacción elaborada que se pasó a los propios sujetos al finalizar la intervención.
- A nivel de proceso se ha evaluado la idoneidad de las actividades y talleres, y todas las decisiones tomadas. Algunos aspectos de esta evaluación se recogen en la misma encuesta de satisfacción a los sujetos, y otros aspectos se evaluaban durante las reuniones con los expertos, quienes revisaban constructivamente todo el proceso.
- A nivel de resultados, se ha evaluado a través del cuestionario MAPAS, diseñado para tal fin, con el objetivo de medir la eficacia de la intervención y el efecto de la misma. Por otro lado,

también se creyó oportuno conocer la sensación de aprendizaje y aceptación de la propia intervención, ello se incluyó en la encuesta de satisfacción.

A su vez, el diseño de la tercera sesión con el juego del tablero, se elaboró también pensando en un método que sirviera de autoevaluación para los propios adolescentes sobre los temas que se habían trabajado, así pues, se trata de una evaluación directa in situ, no registrada, percibida por parte de los propios sujetos.

Recursos:

- Humanos: Se necesitó la colaboración de cuatro enfermeros para su ejecución.
- Materiales: Los medios con los que se ha contado para llevar a cabo la intervención han sido:
  - Espacio físico: aula de clase, sillas, mesas, proyector, pantalla y altavoces. (cedido por el instituto participante)
  - Para los talleres: (puede verse en anexos)
    - 1ª sesión: fotografías, juegos de elaboración propia (comecocos, puzles y menú diario), pelota pequeña, purpurina, cartulinas, rotuladores Vileda®, hilo dental, boca y cepillo de dientes (fantoma demostración) y etiquetas blancas.
    - 2ª sesión: cartulinas, fotografías, juegos de elaboración propia (sopa de letras, caja de los sueños y rueda del ocio), rotuladores Vileda®, Post-it®, tablet, vídeo de una noticia, esterilla, celo® y sobres.
    - 3º sesión: juego de elaboración propia (tablero), dados, sobres, vídeos Apple® y el material anterior.
    - Sesión de padres: presentación power-point y folleto informativo
- Presupuesto: Todos los gastos generados de la elaboración de los talleres, en relación a los materiales y actividades, fueron costeados por la investigadora. Los *coaches* participaron en el programa de manera voluntaria y gratuita, al igual que los centros y los adolescentes.

3.2.5.3 Cronograma

A continuación, se presenta el cronograma específico para esta segunda fase.

**Tabla 17.** *Cronograma estudio experimental (fase II)*

AÑO		2016												2017		
		Ene	Febr.	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Agos	Sept	Oct	Nov	Dic	Ene	Febr.	Mar
Meses																
Creación grupo expertos y reuniones																
Contacto con los centros y muestra																
Revisión de la literatura para elaboración cuestionario e intervención																
Elaboración cuestionario																
Diseño de la intervención																
<b>CUESTIONARIO</b>	Prueba piloto cuestionario															
	Elaboración final del cuestionario															
<b>FASE EXPERIMENTAL</b>	Distribución de la muestra en los grupos y planificación de fechas con los centros															
	Recogida PRE-intervención															
	Implementación de la intervención															
	Recogida POST-intervención y sesión para padres															
	Análisis estadístico															

### 3.2.6 Análisis de los datos

En primer lugar, se realizó la validación del cuestionario MAPAS mediante el coeficiente alfa de Cronbach para determinar la consistencia interna global y también de cada una de las tres subescalas por separado, que debería ser como mínimo del 0,70 (Nunnally & Bernstein 1994). A continuación, se realizó un análisis factorial confirmatorio para verificar la estructura interna del cuestionario MAPAS y determinar si las tres subescalas definidas estarían justificadas. Así como un análisis de discriminación del ítem para valorar como mejorar el propio cuestionario a través de la correlación de Pearson.

En todo el plan de análisis de la fase experimental se ha considerado al sujeto adolescente como la unidad de análisis. Para comparar el antes (pre) y el después (post) de la intervención se han considerado datos apareados al tratarse de la misma muestra de adolescentes, son las llamadas diferencias *between*; y para las comparaciones entre grupos, o sea entre el grupo control y el grupo intervención se han considerado datos independientes, ya que aquí se trata de dos grupos diferentes de sujetos adolescentes, son las llamadas diferencias *within*. Todo el análisis se ha realizado por análisis por protocolo y por análisis por intención de tratar, presentando solo los resultados del análisis por protocolo ya que el resultado obtenido en las principales variables era el mismo con las dos metodologías debido a las pocas pérdidas que ha habido.

En todas las pruebas realizadas se ha considerado una diferencia estadísticamente significativa cuando el grado de significación estadística (p-valor) ha sido menor a 0,05. Todas las pruebas estadísticas se han realizado con el software estadístico SPSS versión 21.

La descripción de las variables que describen la muestra de estudio se ha realizado con la frecuencia y el porcentaje de cada categoría al tratarse todas de variables cualitativas. Además, todas las variables se describen en función del grupo control e intervención y se comparan estos entre ellos, y ya que se trata de dos variables categóricas (la característica del sujeto y la variable que indica el grupo), se ha utilizado la prueba chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson si todas las celdas de la tabla 2x2 contenían 5 o más casos, o se ha utilizado el test exacto de Fisher, cuando alguna celda de la tabla 2x2 contenía menos de 5 casos.

Las tres subescalas del cuestionario MAPAS (conocimientos en salud, percepción de la salud y hábitos y estilos de vida) se han comparado antes (pre) y después (post) de la intervención, tanto para el grupo control como para el grupo intervención, al igual que todas las preguntas del cuestionario, de manera individual una a una.

En el caso de las subescalas, al tratarse de variables cuantitativas, se ha utilizado la prueba t de Student para datos apareados para comparar el antes (pre) y el después (post) de la intervención



para cada grupo (control e intervención). También se han comparado los dos grupos (control e intervención) entre sí para cada una de las rondas (pre y post 1mes) con la prueba t de Student. Por último, también se han analizado las diferencias entre grupos, es decir, se ha calculado el cambio o diferencia entre el antes (pre) y el después (post) para el grupo intervención y a este valor se le ha restado el cambio o diferencia entre el antes (pre) y el después (post) para el grupo control, y se ha calculado además el intervalo de confianza al 95% de esta diferencia. De esta manera se ha podido confirmar si el cambio realizado en el grupo intervención ha sido mayor que el cambio realizado en el grupo control. Este análisis de las subescalas se repitió separando los dos centros públicos de los dos centros concertados utilizando las mismas pruebas estadísticas.

En el caso del análisis de las preguntas individuales del cuestionario MAPAS, se ha seguido la misma estrategia que para las subescalas, pero aquí se ha utilizado la prueba chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson para datos apareados (McNemar's) o la prueba exacta de Fisher para datos apareados, para las preguntas con respuesta cualitativas, y la prueba t de Student para datos apareados, para las preguntas con respuesta cuantitativa, para comparar el antes (pre) y el después (post) de la intervención. También, se ha utilizado la prueba chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson o la prueba t de Student, para comparar el grupo control versus el grupo intervención, en función de si eran variables cualitativas o cuantitativas, respectivamente. Para el análisis de las diferencias entre grupos se ha seguido la misma estrategia que para las subescalas calculando el cambio o diferencia entre el antes (pre) y el después (post) para el grupo intervención y restándole el cambio o diferencia del grupo control.

Finalmente se ha descrito la satisfacción de la intervención (solo para el grupo intervención), tanto de manera global como para cada centro educativo, mediante la frecuencia (N), el valor mínimo y máximo, la media y la desviación estándar, y se ha comparado esta satisfacción global entre los 4 centros del grupo intervención mediante la prueba ANOVA al tratarse de una variable cualitativa (satisfacción) y una cuantitativa (centro educativo).

También se han descrito tres aspectos de la satisfacción: el diseño de la intervención, la metodología de la intervención y la percepción de aprendizaje. Cada uno de estos aspectos de la satisfacción se ha analizado de la misma manera que la satisfacción global, y además también se ha analizado de la misma manera cada una de las preguntas que forman el cuestionario de satisfacción con respuesta cuantitativa. Solo una única pregunta de este cuestionario tenía una respuesta cualitativa que se ha descrito con la frecuencia y el porcentaje de cada categoría y se han comparado los cuatro centros educativos mediante la prueba chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) de Pearson.

# **Capítulo 4**

## **RESULTADOS DEL ESTUDIO CUALITATIVO (Fase I)**



Este capítulo se centra en los resultados encontrados tras el análisis de los datos cualitativos de la fase I. Estos se presentan por cada una de las fases del análisis: inicial, estructural y temática; e inicialmente, se describen las características de la muestra del estudio.

La presentación de los resultados da respuesta a los objetivos (generales y específicos) propuestos para esta primera fase<sup>9</sup>:

- 1) Comprender la experiencia del comportamiento y conductas seguidas respecto al autocuidado que tienen los adolescentes.**
- 2) Conocer las necesidades y barreras que identifican los adolescentes en materia de salud para la adquisición de estilos de vida saludables y la toma de decisiones correcta.**
- 3) Describir la experiencia que tienen los adolescentes en materia de educación sanitaria recibida y conocer sus preferencias en este ámbito.**

#### **4.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA**

**Entrevistas:** La muestra del estudio está constituida por 14 adolescentes con edades entre los 12 y 15 años, que estudian en la actualidad algún curso de la ESO. Todos ellos cumplen con los criterios de inclusión y no están en ninguna situación indicada en los criterios de exclusión (citados en el capítulo 3).

A parte de lo recogido en el anterior capítulo sobre la metodología y procedimiento llevado a cabo para la recogida de datos de esta fase, quisiera añadir alguna descripción de mis notas de campo:

- Todas las entrevistas se llevaron a cabo en el comedor-salón de la familia, y sin presencia de nadie más para garantizar la confidencialidad de la misma, y de esta manera mantener un ambiente tranquilo y privado, como ya se ha comentado con anterioridad.
- Destacar que todas fluyeron sin percances, con excepción de alguna interrupción por sonar el móvil o el teléfono familiar.
- En general, los entrevistados mantenían una actitud tranquila y colaboradora, fluyendo así la entrevista y conversación, pero en alguna ocasión debido a los nervios, no acababan de concentrarse y debíamos de parar unos minutos para beber agua.
- En alguna ocasión, tras solicitar permiso para aceptar el uso de la grabadora (después de la presentación inicial y comprobar la voluntariedad del participante en el estudio), ésta creaba confusión y daba más nerviosismo al menor, quien le costaba dar naturalidad a su discurso y olvidar el hecho de que le estaban grabando; por ello como mecanismo para "romper el

---

<sup>9</sup> Pueden verse los objetivos específicos de estos objetivos generales en el capítulo 1.

hielo”, se iniciaban las conversaciones con preguntas de otro carácter para poco a poco ir adentrándose en el tema objeto de esta fase. Puntualizar también, que, en alguna ocasión, se tuvo que recordar durante la entrevista, el carácter confidencial de la misma, para otorgar tranquilidad y que pudiera expresarse sin “miedos”.

En la siguiente tabla se presenta una síntesis de algunos de los datos sociodemográficos relacionados con el género, edad, curso de estudios y tipo de centro escolar al que acuden, así como la duración de cada una de las entrevistas.

Destacar que la muestra está constituida mayoritariamente por hombres (nueve hombres y cinco mujeres), siendo la edad más prevalente los 13 y 14 años (cinco de ellos tienen 13 años y seis tienen 14 años). Añadir que, la representación de curso de estudios es igual para los cursos de segundo y tercero (hay cinco sujetos de cada curso), cabe puntualizar que solo había un menor de primer curso. Por último, resaltar que el tipo de instituto mayoritariamente para esta muestra ha sido de carácter público y concertado, menos en dos sujetos que era de tipo privado.

**Tabla 18** Datos sociodemográficos I de los participantes en el estudio.

	Género	Edad	Curso de estudios actual	Tipo instituto	Duración de la entrevista
Sujeto 1	F	13	2º ESO	Concertado	59 min
Sujeto 2	M	15	4º ESO	Concertado	42 min
Sujeto 3	F	14	3º ESO	Concertado	60 min
Sujeto 4	M	14	3º ESO	Concertado	52 min
Sujeto 5	M	14	3º ESO	Concertado	41 min
Sujeto 6	M	14	3º ESO	Público	48 min
Sujeto 7	M	14	3º ESO	Público	41 min
Sujeto 8	F	12	1º ESO	Público	40 min
Sujeto 9	F	15	4º ESO	Público	44 min
Sujeto 10	M	13	2º ESO	Público	45 min
Sujeto 11	M	13	2º ESO	Público	40 min
Sujeto 12	M	13	2º ESO	Público	40 min
Sujeto 13	M	13	2º ESO	Privado	48 min
Sujeto 14	F	14	2º ESO	Privado	43 min

En la tabla siguiente se recogen algunos de los datos de tipo familiar de la muestra, enfatizando en la convivencia, el estado laboral de los padres y en la presencia de hermanos. Destacar que solo hay un menor que vive con familia extensa (en este caso particular, son los abuelos maternos) y para prácticamente el resto el tipo de familia es nuclear, es decir, los dos padres y hermanos (si los hay). Puntualizar también, que tan solo tres de los sujetos la familia es de tipo monoparental, siendo padres divorciados.

Solo uno de los menores es hijo único, pero la gran mayoría tienen dos hermanos, excepto en un caso que tiene cuatro y tres de ellos que tienen tres hermanos. En relación a la posición del sujeto entre los hermanos, siete de ellos eran los mayores, cinco los menores, y solo en un caso el mediano. Finalmente, comentar que todos los padres de los participantes se encuentran en activo a nivel laboral.

**Tabla 19.** Datos sociodemográficos II de los participantes en el estudio.

	Convivencia	Estado laboral familiar	Hermanos	Nº hermanos	Posición que ocupa entre los hermanos
Sujeto 1	Nuclear	Activo	Si	3	3
Sujeto 2	Nuclear	Activo	Si	4	1
Sujeto 3	Nuclear	Activo	Si	3	2
Sujeto 4	Nuclear	Activo	Si	2	2
Sujeto 5	Nuclear	Activo	Si	2	1
Sujeto 6	Monoparental	Activo	Si	2	2
Sujeto 7	Nuclear	Activo	Si	2	1
Sujeto 8	Extensa	Activo	Si	2	2
Sujeto 9	Nuclear	Activo	Si	3	1
Sujeto 10	Nuclear	Activo	Si	2	1
Sujeto 11	Nuclear	Activo	Si	2	2
Sujeto 12	Monoparental	Activo	Si	2	1
Sujeto 13	Nuclear	Activo	Si	2	1
Sujeto 14	Monoparental	Activo	No	0	0

**Grupos focales:** La muestra para los grupos de adolescentes está constituida por 20 sujetos con edades entre los 12 y 15 años, que estudiaban en aquel momento concreto algún curso de la ESO. Todos ellos cumplían con los criterios de inclusión y no estaban en ninguna situación indicada como exclusión. Se realizaron un total de 2 grupos, y cada grupo estaba compuesto por 10 adolescentes. En el caso de los grupos mixtos, recordar que estaban compuestos por el entorno más inmediato de los adolescentes, padres o madres, profesores de instituto y profesionales de la salud. La muestra total para estos grupos fue de 18 personas, también se realizaron un total de dos grupos, y cada uno de ellos estaba compuesto por 9 personas. Todos ellos cumplían también con los criterios de inclusión indicados en el capítulo anterior.

Quisiera añadir al igual que en las entrevistas, alguna descripción de mis notas de campo y de lo observado durante la realización de los mismos (a parte de lo recogido en el capítulo tres, sobre la metodología y procedimiento llevado a cabo para la recogida de datos en los grupos):

- Señalar que todos los grupos se realizaron en horario de tarde, para no entorpecer el horario escolar de los adolescentes ni laboral de los adultos. Como ya se ha explicado, estos se llevaron a cabo en el instituto público IES El Calamot, en Gavà. En el espacio físico de la biblioteca del centro, y sin presencia de nadie más para garantizar la confidencialidad de los mismos.
- Destacar que todos fluyeron sin percances, se empezaron con puntualidad a la hora fijada; y, en general, los participantes, todo y no conocerse entre ellos en algunos casos, mantenían una actitud tranquila y colaboradora dando lugar a un ambiente de confianza.
- Puntualizar que la presencia de un observador, que ayudó a la moderadora durante la ejecución no molestó a ningún participante, y este pasó desapercibido por el grupo al mantenerse al margen de la discusión.
- Añadir, que se facilitó a todos los sujetos agua, folios en blanco y un bolígrafo para la ejecución de los grupos por sí querían anotar durante los mismos.
- Mencionar que una vez realizada la presentación inicial y comprobar el carácter voluntario de todos los participantes en el estudio, se pidió permiso para aceptar el uso de la grabadora, en el caso de los grupos mixtos no ocasionó ninguna duda, pero en el caso de los menores, se necesitó aclarar de nuevo que el tratamiento de los datos recogidos era anónimo y confidencial y tal uso de la grabadora era con el único fin de registrar adecuadamente sus opiniones y relatos. Puntualizar que todos firmaron el consentimiento informado.

En la siguiente tabla se puede observar algunos de los datos sociodemográficos recogidos en los grupos focales de adolescentes. En ella se observa la representatividad por género, edad, curso de estudios y grupo/clase al que pertenece cada sujeto (siendo del mismo instituto como ya se ha explicado con anterioridad), así como el tiempo de duración total para cada grupo. Destacar que se buscó la representatividad y por ello se contó con una muestra muy heterogénea, para dar mayor riqueza en la discusión.



**Tabla 20.** Datos sociodemográficos III de los participantes en el estudio.

		Género	Edad	Curso estudios	Clases/grupo	Duración del grupo focal
<b>GRUPO 1 ADOLESCENTES</b>	Sujeto 1	M	12	1º ESO	B	75 minutos
	Sujeto 2	F	13	2º ESO	A	
	Sujeto 3	F	13	2º ESO	B	
	Sujeto 4	F	15	4º ESO	A	
	Sujeto 5	M	15	4º ESO	B	
	Sujeto 6	F	15	4º ESO	C	
	Sujeto 7	F	15	3º ESO	C	
	Sujeto 8	M	14	3º ESO	B	
	Sujeto 9	F	14	3º ESO	A	
	Sujeto 10	M	12	1º ESO	A	
<b>GRUPO 2 ADOLESCENTES</b>	Sujeto 1	F	15	4º ESO	A	80 minutos
	Sujeto 2	F	15	4º ESO	B	
	Sujeto 3	M	13	2ª ESO	A	
	Sujeto 4	F	15	4º ESO	C	
	Sujeto 5	F	13	2º ESO	C	
	Sujeto 6	F	13	2º ESO	B	
	Sujeto 7	M	14	3º ESO	B	
	Sujeto 8	M	14	3º ESO	A	
	Sujeto 9	M	12	1º ESO	A	
	Sujeto 10	M	12	1º ESO	B	

En la siguiente tabla, también se puede observar algunos otros datos sociodemográficos de los grupos de adolescentes, estos hacen referencia al tipo de familia, en relación a la convivencia y presencia de hermanos, así como al estado laboral de los padres. A diferencia de las entrevistas, algunas familias de estos adolescentes se encontraban en situación de desempleo en uno de los padres (en ocho sujetos) o incluso los dos en paro para dos de ellos. Por otro lado, también la gran mayoría de familias eran de tipo nuclear, menos en cuatro casos de familias monoparentales. En estos grupos, también se destaca mayor representación por presencia de hermanos, menos en tres sujetos que eran hijos únicos. En relación a la posición entre los hermanos, remarcar que la mayoría son los mayores o los medianos, y solo cuatro sujetos se encuentran entre los pequeños.

**Tabla 21.** Datos sociodemográficos IV de los participantes en el estudio.

		Convivencia	Estado laboral familiar	Hermanos	Nº hermanos	Posición que ocupa entre los hermanos
<b>GRUPO 1 ADOLESCENTES</b>	Sujeto 1	Monoparental	Activo	Si	3	2
	Sujeto 2	Monoparental	Desempleo 1	Si	4	2
	Sujeto 3	Nuclear	Activo	No	0	0
	Sujeto 4	Monoparental	Desempleo 1	Si	3	2
	Sujeto 5	Nuclear	Desempleo 1	Si	2	1
	Sujeto 6	Nuclear	Desempleo 1	No	0	0
	Sujeto 7	Nuclear	Desempleo 2	Si	4	3
	Sujeto 8	Nuclear	Activo	Si	2	1
	Sujeto 9	Nuclear	Activo	Si	2	2
	Sujeto 10	Nuclear	Desempleo 1	Si	3	2
<b>GRUPO 2 ADOLESCENTES</b>	Sujeto 1	Nuclear	Desempleo 1	Si	3	1
	Sujeto 2	Nuclear	Activo	Si	2	1
	Sujeto 3	Nuclear	Activo	Si	4	4
	Sujeto 4	Monoparental	Activo	Si	2	1
	Sujeto 5	Nuclear	Activo	Si	3	2
	Sujeto 6	Nuclear	Desempleo 2	Si	3	3
	Sujeto 7	Nuclear	Activo	Si	2	2
	Sujeto 8	Nuclear	Desempleo 1	No	0	0
	Sujeto 9	Nuclear	Desempleo 1	Si	2	1
	Sujeto 10	Nuclear	Activo	Si	4	2

En la siguiente tabla se recogen otros datos sociodemográficos, esta vez referidos a los dos grupos mixtos en relación al género, edad y representatividad de cada entorno, así como los años de profesión para los profesores y sanitarios. Para el caso del personal sanitario, se indica también el tipo de profesión que desempeñan. Por otro lado, en el caso de los padres se destaca el tipo de familia y el número de hijos que tienen. Asimismo, se refleja la duración de cada grupo.

**Tabla 22.** Datos sociodemográficos V de los participantes del estudio.

			Género	Edad	Años profesión	Nº hijos	Profesión	Tipo de familia	Duración del grupo focal		
GRUPO 1 MIXTO	PROFESORES	Sujeto 1	F	52	Más de 10 años				90 minutos		
		Sujeto 2	M	45							
		Sujeto 3	F	40							
	SANITARIOS	Sujeto 4	M	30	Entre 2 y 5 años					Psicóloga	
		Sujeto 5	F	42	Más de 10 años					Enfermera pediátrica	
		Sujeto 6	F	54						Enfermera comunitaria	
	PADRES	Sujeto 7	F	50						2	Nuclear
		Sujeto 8	F	50						2	Monoparental
		Sujeto 9	M	55						3	Nuclear
GRUPO 2 MIXTO	PROFESORES	Sujeto 1	F	52	Más de 10 años				85 minutos		
		Sujeto 2	M	49							
		Sujeto 3	F	40						Entre 6 y 10 años	
	SANITARIOS	Sujeto 4	F	32	Entre 2 y 5 años					Enfermero salud pública	
		Sujeto 5	F	47	Más de 10 años					Pediatra	
		Sujeto 6	F	42						Enfermera Atención Primaria	
	PADRES	Sujeto 7	M	51						2	Nuclear
		Sujeto 8	F	48						3	Monoparental
		Sujeto 9	M	53						3	Nuclear

## 4.2 ANÁLISIS INICIAL

En este apartado se describen los hallazgos obtenidos de la primera fase de análisis de los datos. A continuación, se describe un resumen narrativo de cada entrevista y de cada uno de los grupos focales. Estos resúmenes reflejan la esencia de cada relato y aportan una comprensión ingenua del fenómeno de estudio a partir de los propios participantes. Es un primer análisis del contenido de cada entrevista y grupo, desde una posición de lectura inicial con el objetivo de aproximarme al significado global de cada participante en su relato.

- **Resúmenes narrativos de las entrevistas:**

### 4.2.1 Entrevista 1, chica de 13 años.

En relación a como es su experiencia de autocuidado ella refiere que le importa el cuidado propio, y entiende que este término hace referencia al cuidado de la propia salud y especialmente la del cuerpo. Considera que tiene buen cuidado de sí misma, sobre todo en lo referente a la alimentación y la higiene, gracias a la educación recibida de sus padres. Cree que la adquisición de hábitos se da principalmente en la familia tanto de manera positiva como negativa.

En cuanto al estilo de vida, considera que la alimentación es básica para tener una buena salud, así como la higiene personal y bucodental. De los hábitos tóxicos, como el alcohol y drogas piensa que las mayores influencias vienen por parte de los amigos. Aunque también considera que, si la formación recibida en casa y en el colegio se ha dado de manera correcta, cree que es posible decir que no cuando se propone una conducta de riesgo por parte de los amigos o del entorno, e incluso ayudar a otras personas que tengan estas conductas.

También refiere la importancia del colegio sobre los hábitos y estilos que se dan entre los chicos y chicas de su edad.

En relación a la educación para la salud que reciben, considera que muchas veces las charlas que se dan, deberían ser más dinámicas y adaptadas a su edad. Opina que, a su esta edad, muchas personas desconectan cuando escuchan algunas palabras que no gustan. Según su experiencia, ha visto que los amigos desconectan cuando algo nos les gusta en general. Y, por lo tanto, cree que el estilo comunicativo y el vocabulario es fundamental para llegar a ellos.

Recalca la importancia del refuerzo con material educativo, pero especifica que estos deben ser más adaptados a ellos y cree que muchos temas de salud serían mejor si los dieran profesionales de la salud, formados en la materia. Además refiere que para su edad, es importante que las personas que les educan sean ejemplares, es decir, que lo que les digan también lo hagan ellos.

En relación a la toma de decisiones, considera que es determinante la educación recibida en casa, y que hay muchos aspectos que influyen como los amigos, familia y la escuela. Sugiere que en algunos temas es mejor que los padres sigan tomando las decisiones por ellos hasta que sean más maduros.

#### **4.2.2 Entrevista 2, chico de 15 años**

En relación a como es su experiencia de autocuidado lo relaciona con la responsabilidad propia de cuidarse, y refiere que cuando uno no tiene un buen cuidado, afecta de seguida a la apariencia física, produciendo una dejadez del cuidado personal. Destaca, que saber cuáles son las consecuencias de hacer una conducta puede influirte a cuidarte mejor. Y, opina que hay una gran influencia por parte de los amigos en las conductas a seguir. Expresa, que los chicos de su edad no perciben el riesgo en lo que hacen, y que el saber que lo que están haciendo es "prohibido o inadecuado" hace que se sientan más atraídos. Por otro lado, relaciona que según que conductas elevan la autoestima de la persona haciéndose creer mayor de lo que es, aunque aquello que esté haciendo no sea bueno para su salud.

Considera que la gestión del tiempo es muy importante para cuidarse adecuadamente, y percibe que un buen autocuidado se centra en una buena higiene y una alimentación correcta y equilibrada.

En relación a la educación para la salud, por un lado, considera que de las charlas que reciben es importante cuidar el lenguaje que se utiliza, y que estas deben de ser muy interactivas y participativas, por otro lado, considera que las charlas en grupo ayudan a las personas que son más tímidas y les da vergüenza preguntar, ya que en sesiones de este tipo siempre hay alguien que preguntará por ellos.

Cree que el colegio es un buen lugar para aprender cosas de salud porque están concentrados, pero no obstante considera que los padres son importantes para tener una buena base de información y que, para preguntar sus dudas en relación a la salud, prefiere ir a los padres porque ellos son los que les conocen mejor personalmente.

Añade, que una enfermera en el instituto puede ayudarles y considera que así sería todo más fácil. Refiere que es importante que la educación para la salud que se da en estas edades refleje lo positivo de un buen cuidado, pero también lo negativo de un mal cuidado.

En relación a la toma de decisiones considera que la personalidad es un determinante clave que te puede ayudar a decidir mejor y que la ejemplaridad de la familia en lo que te dicen y hacen, es lo más importante para poder llevarlo a cabo. Sin embargo, opina que a los chicos de su edad los amigos le influyen bastante. No obstante, considera que, sí que pueden tomar decisiones pero que, para poder ayudarles a tener mejores decisiones en salud, es fundamental la educación y tener mejor formación en salud.

#### **4.2.3 Entrevista 3, chica de 14 años.**

En relación a como es su experiencia de autocuidado, opina que depende de la propia persona en concreto, y percibe que esta hace referencia a la autonomía de la persona para llevarlo a cabo.

Opina que, si no te cuidas en algunos aspectos, puedes tener problemas de salud derivados, como por ejemplo infecciones o enfermedades. Relaciona el cuidarse más con el sentimiento positivo que esto te genera a ti personalmente y al entorno que te rodea.

Considera que es importante que los padres enseñen como hacerlo desde pequeños para que dé mayor se pueda poner en práctica, y aunque refiere que la mayor influencia que tienen son los padres, opina que, dependiendo de la personalidad de cada uno, los amigos pueden influir mucho.

Asimismo, cree que los estilos de vida y conductas que siguen a su edad están determinadas sobre todo para buscar la aceptación de los demás. Y, que la opinión de los amigos es fundamental para acabar haciendo una determinada conducta, destaca sobre todo las relacionadas con los hábitos tóxicos, como por ejemplo probar las drogas. Por otro lado, también destaca que siempre es más fácil no tener conductas de riesgo si alguien de tu entorno de amistades pone el freno.

Refiere que a los chicos de su edad que les falta el afecto o la atención de la familia, esto puede suponer un mayor riesgo para hacer cosas peligrosas o inadecuadas.

En relación a la educación para la salud que reciben, considera que las personas que dan las sesiones, deberían de tener experiencia sobre ello para que tuvieran más impacto entre los chicos de su edad. Y, cree que los chicos de su edad saben poco en relación a la salud y a cómo cuidarse mejor.

Esta convencida de que la formación que reciben debería de darse antes de que pueda suponer un problema para ellos. Opina, que la alimentación es uno de los temas que más preocupan a los chicos de su edad, y considera que el instituto es un buen lugar para tratar temas relacionados con la salud, y que estos deberían de tratarse en clase si salen espontáneamente, y no trasladarlos siempre a la familia como ocurre normalmente.

Expresa que la familia es muy importante pero que hay temas que a la familia no pueden acudir por "miedo o vergüenza a fallarles o dar una imagen equivocada" a sus padres por el tono o tema de las preguntas.

En relación a la toma de decisiones, expresa que sí pueden tomar decisiones para su edad, pero que antes deben tener conocimientos para elegir lo correcto. Considera que los chicos de su edad tienen cambios de humor y su estado de ánimo es variable, y que esto puede influir mucho en la decisión tomada. Asimismo, considera que algunas decisiones que toman es porque les hace sentirse mayores, y, que incluso algunas de ellas es fruto de "sentirse mal" y ello puede hacerles equivocarse en ese momento. Refiere que es muy importante a su edad trabajar el autocontrol y considera que sería

clave la formación específica sobre salud en el instituto para dar momentos de reflexión, y poder expresar y preguntar todas las dudas que tengan. De lo contrario, afirma que si no la información la buscan por internet y expresa que "esto puede dar problemas más tarde", y puede dar a errores entre ellos. Según ella, "prefieren una fuente más fiable de información".

#### **4.2.4 Entrevista 4, chico de 14 años.**

En relación a como es su experiencia de autocuidado opina que es cuidarse todos los días de la misma manera, y refiere la alimentación y la higiene dental como elementos fundamentales del cuidado. Considera que los efectos de un mal autocuidado se notan en la vejez, y que estos repercuten en una peor imagen personal y un envejecimiento más temprano.

Destaca también como factor principal la falta de constancia en el cuidado en los chicos de su edad, y sobretodo destaca la falta de tiempo y "el ser vago" como causa dificultosa para llevar a cabo el autocuidado.

Refiere que la mayor influencia procede de los amigos, pero que en gran medida esto depende del grado de confianza que tengas con ellos. Opina que estudiar temas de salud, refiriéndose a tener más conocimientos, ayuda a mejorar el estrés y tener más control sobre lo que tienes que hacer.

En cuanto a los estilos de vida opina que el no tener consecuencias inmediatas para la salud en según qué conductas hace que se sigan haciendo y no les den tanta importancia. Refiere que llevar a cabo una conducta u otra depende de con quien estén en ese momento concreto, y afirma que con los padres "hay que guardar las formas".

Considera que lo que hacen los padres es fundamental para fijarse en ellos, y hacer lo mismo, cree que la familia es un ambiente que propicia cuidarte más.

En relación a la educación para la salud que reciben, por un lado, considera que las sesiones dirigidas a ellos deben ir más al aspecto importante porque si no desconectan, y que en la gran mayoría de los casos el problema está en el vocabulario y en el uso de tantos tecnicismos.

Por otro lado, refiere que muchos ejemplos abruma y que así no le dan tanta importancia a la salud. Encuentra positivo recibir información para entender todo mejor y estar más seguro, pero cree que esto debería ser más atractivo y visual para no perder el interés, utilizando videos y testimonios reales. Ante la opinión de que les falta información en temas de salud, considera que el colegio es la mejor opción por ser un entorno familiar.

En cuanto a la toma de decisiones refiere que influyen las relaciones que tengas, sobretodo la relación con los amigos y los padres, esto acabará por determinar si vas acabar haciéndoles caso o no. Y, expresa que para tomar sus propias decisiones necesitan “estar informados totalmente”.

#### **4.2.5 Entrevista 5, chico de 14 años.**

En relación a como es su experiencia de autocuidado opina que es mantener un equilibrio entre varios temas relacionados con la salud. Y refiere que el cuidado personal va ir determinado por las influencias que tiene cada persona y también por la distribución que cada uno da de su propio tiempo. En su opinión “cuidarse de joven es garantía de futuro”.

En cuanto al tipo de vida a llevar, considera que lo básico debe ser responsabilidad de la familia, y que al final el estilo de vida de cada persona dependerá del estilo educativo que haya recibido. Expresa que es importante el tipo de relaciones y el ambiente que se tenga para tener una buena o mala influencia y que esto puede determinar el estilo de vida definitivo. Considera que el tipo de colegio y la familia es básico para llevar una buena vida.

En relación a la educación para la salud, considera que estar bien informado es la clave para poder tener un buen autocuidado, en su opinión la salud es un gran desconocimiento para la población en general, pero mucho más para ellos como adolescentes.

Refiere que un buen lugar para dar información es el colegio, y que el mejor método de enseñarles es interaccionar directamente con ellos. Considera que esta educación debería hacerse más en el instituto, para prevenir y concienciar y que esta debería de ser impartida siempre por profesionales expertos.

En relación a la toma de decisiones opina que se requiere de voluntad para querer dar el paso a decidir, y que cada uno es el último responsable en lo que le pasa. No obstante, opina que a su edad aún es necesario de ayuda para decidir y que la familia es la que mejor te puede ayudar en temas de salud.

#### **4.2.6 Entrevista 6, chico de 14 años.**

En relación a como es su experiencia de autocuidado refiere que es el cuidado propio, y el de “evitar malos hábitos”. Opina que la dieta y el tipo de bebida que se consume es fundamental para una buena salud y considera que un mal autocuidado puede empeorar el estado de ánimo y la confianza en uno mismo, además de también el estado de salud personal.

Considera que la influencia de la imagen personal y ver que tu rendimiento físico es satisfactorio para ti, puede hacer que te quieras cuidar más o menos.



En cuanto al estilo de vida, considera que según qué formas de hacer y conductas te otorgan una sensación de madurez, y que es la televisión quien influye en esa visión de "ser protagonista" en relación a una determinada conducta, como por ejemplo el fumar. También opina que ciertas conductas se hacen para tener más liderazgo entre los amigos y que en algunas ocasiones "para pertenecer a un grupo de amigos te ves obligado hacer lo que ellos hacen".

Considera que la influencia de los demás puede marcarte tanto en positivo como en negativo en ciertas conductas, pero que depende del ejemplo que den tus mayores y expresa que es muy importante la educación recibida.

Opina que los chicos de su edad quizás si conocen algunos temas de salud, pero que es difícil llevar a cabo los consejos sanitarios. No obstante, cree que la mayor influencia en hacerlo o no es la falta de voluntad propia. Señala que la salud puede ir cambiando a lo largo de la vida, pero que con la edad puede resultar más difícil cambiar hábitos.

En relación a la educación sanitaria, por un lado, opina que es importante cuidar el vocabulario y ofrecerla de manera continua en el instituto. Refiere que el uso de muchos ejemplos, y sobre todo los de tipo más experiencial facilitan la comprensión y evita que los chicos de su edad se dispersen. Por otro lado, considera que los materiales educativos tipo folletos pueden ayudar a mantenerte informado y así aprender vocabulario sanitario. Cree que la inclusión de una asignatura optativa sobre salud y de una enfermera en el instituto podría ser muy positivo. Añade que ciertos temas, como, por ejemplo, la alimentación, son temas para repetir constantemente y seguir aprendiendo.

En relación a la toma de decisiones, opina que no se les enseña a tomar decisiones, si no que siempre son los padres quienes deciden por ellos. Apunta que si pueden tomar decisiones pero que esto requiere de voluntad propia y de tener unas pautas que te ayuden. Expresa la importancia de trabajar la independencia personal para tener más autoestima, control y seguridad en ti mismo, para así perder el miedo a equivocarte o que la sociedad te juzgue por tus decisiones.

#### **4.2.7 Entrevista 7, chico de 14 años.**

En relación a como es su experiencia de autocuidado refiere que es el cuidado de uno mismo, y que el tipo de alimentación, ejercicio físico y estado mental puede influir en un mejor o peor cuidado.

En cuanto al estilo de vida, opina que los amigos son los que más pueden influir en llevar a cabo ciertas conductas. Y refiere que depende de cómo se expliquen las consecuencias de una conducta y sobre todo del grado de interés personal en un tema en concreto, puede influir en hacer caso o no. Y, expresa que el estilo educativo de la familia y el ambiente que te rodea afecta mucho.

En relación a la educación para la salud, subraya que es importante que esta sea voluntaria, para evitar el rechazo y seguir fomentando el interés entre los chicos de su edad. Y que es fundamental una actitud amigable por parte del profesional que la imparte. Considera que es más fácil entender un tema de salud si lo has ido escuchando en varias ocasiones, porque así te vas familiarizando con el tema. Además, opina que esta puede ser más eficaz cuando la persona ya tiene algún problema, ya que de lo contrario al no influirle directamente puede que no tenga tanto interés en la información.

Cree que el grado de interés en conocer más cosas relacionadas con la salud viene determinado con el estado de salud propio, pero aun así piensa que sería útil saber más sobre la salud a su edad. Y, añade que en la adolescencia ya son más maduros para hablar de temas de una manera más seria. Considera que el colegio es un buen lugar para dar información, pero reconoce que es a la familia a quien le podría preguntar más por el grado de confianza establecido. Y, refiere que la educación sanitaria debe darse de forma fácil y continuada en el instituto a modo de optativa.

En relación a la toma de decisiones opina que es difícil que ellos lo hagan porque se están empezando a conocer, pero que depende de cada persona en concreto. Y puntualiza que es algo que se debe ir enseñando desde pequeño, y así "poco a poco tener más libertad".

#### **4.2.8 Entrevista 8, chica de 12 años.**

En relación a como es su experiencia de autocuidado refiere que es el cuidado propio que se da asimismo. Y opina que hacer deporte y tener una buena alimentación es básico para cuidarte mejor. Considera que cuidarse bien en la infancia y adolescencia es la base para tener una buena salud futura.

En relación a los estilos de vida, opina que los adolescentes que hacen un tipo de conducta es para parecer más mayores y más divertidos. Expresa que a su edad desconocen las posibles consecuencias que eso puede derivarles, y aunque a veces las conozcan siguen haciéndolo. Cree que los chicos que siguen conductas poco saludables normalmente han recibido una mala educación familiar, y que son los que en clase tienen una peor conducta.

Refiere que básicamente el interés que se tiene sobre la salud a su edad es referente a la higiene personal, las relaciones sexuales y las drogas. Y, opina que la familia es quien fundamentalmente te dice como tienes que cuidarte, añade la importancia que tiene para ella "que sean muy ejemplares", ya que aprenden de ellos.

En relación a la educación sanitaria, considera que debe de darse en el instituto semanalmente y que esta debería de ser más visual y participativa. Expresa que a su edad sería importante tener una

persona formada en salud en el instituto para poder preguntarle dudas, pero resalta que esta persona debe ser bien conocida por ellos para que vayan a preguntarle sin miedo.

Añade que una asignatura de salud en horario escolar puede ser muy positivo para tener más conocimientos y una mejor salud, pero refiere que hay que cuidar mucho el modo de formación o la manera de enseñar los temas ya que "a veces esto puede incitar a probarlo en algunos casos" y que el problema fundamental es que no se entiende el mensaje.

En relación a la toma de decisiones considera que no están preparados para ello, según su experiencia no es frecuente que ella tome las decisiones y esto recae sobre la familia.

#### **4.2.9 Entrevista 9, chica de 15 años.**

En relación a como es su experiencia de autocuidado lo relaciona con "sentirse bien con uno mismo en diferentes aspectos, tanto en lo físico como en lo emocional". Y, opina que el no cuidarse bien puede hacer que sientas menos seguridad en ti misma y además tener peor salud. Asimismo, expresa con importancia que cuidarse bien ahora es bueno para tener una buena salud futura.

Añade, que la mayor dificultad para cuidarse a su edad, es tener tiempo y las ganas para hacerlo, y que básicamente a estas edades no se preocupan por la salud, ni la entienden como algo importante.

En cuanto al estilo de vida opina que está muy influenciado por las amistades, y que según que conductas se hacen para buscar la aceptación en los demás. Considera que, aunque conozcan las consecuencias de algunas conductas, en ese momento no lo piensan y no lo tienen presente, sino que es a posteriori cuando le dan valor a lo que han hecho. Cree que a su edad tienen mucha presión social y de grupo en seguir un estilo de vida determinado.

Según su experiencia considera que a veces según que conductas esconden problemas familiares, y que, por ejemplo, "consumir drogas puede que sea una vía de escape a los problemas o por esconderse de estos". No obstante, opina que la personalidad de cada uno y el entorno son fundamentales. Y, añade que el comportamiento de los adolescentes es muy diferente si están entre amigos y/o familia.

Cree que la educación sanitaria es muy importante, pero refiere que es necesario que puedan expresar sus dudas y considera que les ayudaría a darse cuenta de la realidad. Opina que los folletos están bien, pero refiere que "leer es más pesado" y que las imágenes ayudan más y se entienden mejor.

Está convencida de que tener una materia de salud en el instituto debería ser imprescindible y que esto ayudaría mucho a los chicos de su edad. Crítica la manera de como reciben la ayuda actualmente por parte de los profesionales de la salud en el colegio, considera que "está mal organizada ya que

el horario habitual de consulta es el patio”, y refiere que “no se puede poner una ayuda en el momento del patio ya que es nuestro descanso entre las clases”. Expresa además que este tipo de ayuda de consulta en el colegio debe garantizar la confidencialidad en todos los casos, de lo contrario no acuden.

En relación a la toma de decisiones, considera que a estas edades tienen que estar más controlados y que la familia podría ayudarles. Opina, que a veces a su edad tener demasiada libertad puede “hacerte pensar que estas en lo correcto, y en cambio estar equivocado”. Es por ello, que cree que deben estar más acompañados, y trabajar desde pequeños la confianza para estar más seguros.

#### **4.2.10 Entrevista 10, chico de 13 años.**

En relación a como es su experiencia de autocuidado lo relaciona con el saber cuidar de sí mismo y saber que necesita en todo momento.

Expresa con importancia llevar una vida saludable, y considera que el tener experiencia previa personal o familiar con una enfermedad puede llevar a estar más interesado en la salud y así entender mejor los temas relacionados para mantener la salud.

Considera que para tener un buen autocuidado este debe basarse en “tener una buena alimentación, hacer ejercicio diario y ser responsable contigo mismo de hacer siempre lo correcto”.

En relación a los estilos de vida, por un lado, opina que los chicos de su edad fuman para parecer más divertidos y para que su grupo de amigos “lo vean y aparentar ser mayores”. Considera que la insistencia para hacer algo por parte de los amigos, es la mayor influencia que tienen a su edad. No obstante, considera que la amistad también puede ser un factor protector para evitar ciertas conductas. Por otro lado, expresa con importancia la ejemplaridad que puedan dar las familias y el entorno en el que se mueven. Y añade, que la familia es importante para evitar ciertas conductas inadecuadas.

En relación a la educación sanitaria opina que es importante hacerla en la escuela, y que esta se debería de hacer semanalmente. Refiere que, a los chicos de su edad, los folletos no le son de gran ayuda si solo tienen que leer, y opina que sería mejor utilizar más imágenes en lugar de letra. Hace hincapié que deben sentirse atraídos por el tema y que en la forma en que se presente es fundamental para que acaben haciendo caso.

Aunque reconoce que de quien recibe más información sobre salud es de la familia y los profesores, considera que es importante que sea un experto quien haga este tipo de educación, y añade que “cuanto más los conozca mucho mejor”, porque así se abrirían a preguntar.

En relación a la toma de decisiones considera que no todo es elegible, y que hay aspectos que los chicos de su edad no pueden elegir ya que se corre el riesgo de que o bien por falta de interés o bien por motivación no lo hagan. Considera que es necesario tener información de lo que es bueno para ellos o saber lo malo que te puede pasar, para poder decidir si quieres o no hacerlo.

#### **4.2.11 Entrevista 11, chico de 13 años**

En relación a como es su experiencia de autocuidado lo relaciona al modo en el que cada uno cuida de sí mismo, y relaciona la enfermedad con el no cuidarse bien.

Considera que el deporte y la alimentación es lo que más puede influir en tener mejor salud. Y, cree que la familia puede ayudar a tener una mejor salud, reforzándose emocionalmente sobre todo si los amigos te influyen.

Considera que los chicos de su edad no tienen herramientas personales y mecanismos de control para saber qué hacer en cada caso, y refiere que el tenerlos les ayudaría mucho a saber qué hacer.

En cuanto al estilo de vida, opina que hay conductas positivas, como lavarse los dientes o ducharse cada día que no se hacen porque "da pereza" e incluso no se sienten atraídos para hacerlo, y esto hace que se distraigan en otros intereses, como ver la tele o jugar con la video consola.

Opina que la mayor influencia para acabar haciendo una determinada conducta son los amigos. Pero, cree que lo que se aprende en la familia es importante, y la forma en que se hayan enseñado influye mucho en la actitud y la personalidad.

Refiere que "el no entender por qué si o por qué no de hacer algo en concreto" o el no conocimiento de las consecuencias de un mal hábito hace que puedas llevar a cabo una conducta inadecuada.

En relación a la educación sanitaria recibida opina que el ser muy repetitivos siempre con el mismo mensaje que se quiere transmitir les resulta "pesado y se aburren". Expresa que los chicos de su edad le dan mucha más importancia al mensaje si viene de un profesional en lugar de un familiar. Y, refiere que sería importante tener una materia de salud en el colegio, con charlas sobre temas que les interesen. Añade que a veces no hacen caso porque no les interesa lo que les han dicho.

También opina que los folletos sobre salud, son dirigidos para adultos y que suele ser difícil entender lo que hay dentro.

En relación a la toma de decisiones, opina que no pueden decidir ya que no tiene información suficiente ni conocen todas las consecuencias de una mala decisión.

**4.2.12 Entrevista 12, chico de 13 años**

En relación a como es su experiencia de autocuidado considera que es necesario la voluntad de uno mismo para cuidarse; y le da mucha importancia para evitar tener problemas de salud. Opina que los temas que más interesan a su edad son los relacionados con el alcohol, las drogas y la sexualidad.

En relación a los estilos de vida, considera que los amigos influyen mucho, y que a su edad se acaban haciendo muchas cosas por pertenecer a un grupo social. Refiere que el entorno que te rodea, el tipo de amigos y la familia tiene gran influencia. Desataca el gran valor de la familia para tener un estilo de vida saludable. Y, considera que, en gran parte, los chicos de su edad si son conocedores de las posibles consecuencias que pueden derivarse de una conducta inadecuada.

En relación al modo en que reciben la educación para la salud, cree que sería mejor tratar estos temas de manera individual o en grupos reducidos. Expresa la importancia de crear intimidad para que sea efectivo, dice que "es fundamental establecer confianza". Y añade, que esto debería de hacerse más seguido "porque si no se olvida".

Cree que la adquisición de hábitos o estar informado sobre la salud se da principalmente en el colegio, pero piensa que se debería de dar más variedad a los temas que reciben, y así "evitar ser repetitivos". Refiere que sería necesario más presencia de personal sanitario en los institutos, y cree que los materiales educativos (tipo folletos) no les llama la atención el modo en que viene la información, y cree que estos deberían presentarse más de "tipo instrucciones a seguir".

En relación a la toma de decisiones, opina que en salud no son suficientemente maduros como para tomar decisiones y que es mejor esperar a la edad adulta. Considera que es necesario ser responsables y tener más confianza en sí mismos para una buena toma de decisiones.

**4.2.13 Entrevista 13, chico de 13 años**

En relación a como es su experiencia de autocuidado opina que es "cuidarse como un todo", refiriéndose a lo físico y a lo mental, de manera completa. Considera que para cuidarse bien es importante sobre todo tener una buena higiene en general (personal, bucodental, etc.). Opina que lo que él sabe sobre la salud lo ha aprendido en la familia y en el colegio. Y, añade que cuanto más libre este el entorno de posibles riesgos menos riesgos se tienen de seguir malas conductas o malos hábitos.

En cuanto al estilo de vida, considera que las opiniones de la familia, amigos, y todo lo que van viendo desde pequeños, puede ir influenciando hacia un estilo de vida determinado.

Refiere que algunas conductas que se siguen a su edad, lo hacen para ser protagonistas entre los amigos y aparentar ser mayores de lo que son. También, expresa la influencia de la televisión y los aparatos electrónicos a su edad. Afirma que para seguir una buena vida es importante “no escuchar mucho la opinión de los demás”.

En relación a la educación para la salud, considera que es necesario utilizar palabras más fáciles para que los chicos de su edad entiendan el contenido de las sesiones, y que esta se debería de dar semanalmente en el colegio. Apunta que no les encuentra utilidad a los folletos sobre la salud. Y, opina que sería necesario tener a una persona sanitaria en el instituto que transmitiera confianza, con una actitud cercana. Piensa que es muy importante la no presencia de los padres para hacer consultas sobre salud sin miedo.

En relación a la toma de decisiones, opina que depende de la persona, pero que de manera general sí que podrían tomar ciertas decisiones. Piensa que muchas de las decisiones, están influenciadas por las relaciones que uno tenga y el entorno donde se mueva. Destaca el ser responsable como un elemento fundamental para tomar buenas decisiones.

#### **4.2.14 Entrevista 14, chica de 14 años.**

En relación a como es su experiencia de autocuidado opina que es cuidar de sí misma, y especialmente el “verte bien contigo misma” y “tener sentimiento de estar bien cuidada”. Cree que los chicos de su edad cuentan con suficientes recursos como para cuidarse bien, pero en cambio considera que no suelen tener un buen manejo de su salud.

En relación a los estilos de vida, afirma que lo que más influye a su edad son los amigos, y cree que determinado tipo de comportamiento es para llamar la atención y ser protagonista entre ellos.

Añade que el estilo de vida actual afecta a largo plazo y que a su edad “no puede pasar nada muy grave si no es que vas por muy mal camino”. Señala, que tener el conocimiento de los efectos negativos que te pueden pasar en según qué conductas, evitaría algunas conductas negativas, como por ejemplo el fumar.

Considera que la gente de su edad no se preocupa por la salud ya que las consecuencias de ese buen o mal cuidado no son inmediatas. Y, refiere que es de la televisión de donde más reciben información pero que es la familia quien acaba influyendo más en la educación y en los estilos de vida.

En relación a la educación para la salud, por un lado, la considera muy positiva siempre y cuando fuera con un método visual y muy dinámico que llamará la atención. Considera que, de no ser así, la gente de su edad no muestra interés, y por ejemplo en el caso de los folletos cree que son demasiado

técnicos y que esto no les ayuda. Añade que es importante cuidar el vocabulario para que ellos puedan entender todo lo relacionado con la salud.

Por otro lado, piensa que la formación ayudaría a personas de su edad que les pueda costar decir que no ante según qué cosas o comportamientos. Y, expresa que, de tener dudas sobre salud, ella acudiría primero a una amiga, y que únicamente acudiría a sus padres en el caso de no obtener la respuesta por parte de los amigos.

En relación a la toma de decisiones considera que es necesario la ayuda de un adulto para según qué temas. Y añade, que en algunos temas si deberían ser ellos mismos quienes decidan, pero puntualiza que para ello es necesario ser responsable y tener más conocimientos en salud.

Y, aunque cree que en algunas decisiones “no pueden estar presentes los padres” sí que destaca el papel de la familia para tener una guía y una referencia en cómo actuar y decidir en según qué cosas.

- **Resúmenes narrativos de los grupos focales:**

**4.2.15 Grupo focal adolescentes 1, formado por cuatro chicas y seis chicos.**

En relación a la opinión que tienen sobre el autocuidado, opinan que los chicos de su edad no se cuidan bien en términos generales, y sobre todo en relación con la alimentación y otros ciertos hábitos higiénicos personales, como ducharse, ponerse desodorante, lavarse los dientes, etc.

Consideran que es característico de esta etapa “el pasar de todo”, y no dar importancia al autocuidado. Refieren que la mayor dificultad para cuidarse a esta edad es la falta de voluntad y “la pereza que da”. Algunos destacan también el poco tiempo del que disponen para ellos durante el día.

Todos coinciden que a los chicos de su edad sí les interesa la salud y que les gustaría saber más sobre ella. Entre los temas que destacan de mayor interés son la alimentación y la sexualidad.

En cuanto a los estilos de vida, por un lado, consideran que la mayor influencia que tienen son los amigos y el entorno en el que se mueven. Y creen que la familia debería ser ejemplar en muchas conductas como el no fumar, no beber, hacer deporte... Por otro lado, expresan que algunas conductas, como el fumar, lo hacen para dar una imagen de más mayor y aparentar ser más maduros y con eso llamar la atención en los demás. Consideran que sí son conocedores de las consecuencias que tienen ciertas conductas a su edad, pero el grupo coincide en que “no piensas en lo que te puede pasar” y piensan en “disfrutar del momento”.

Identifican que las conductas de mayor riesgo para ellos son las relacionados con el alcohol, las drogas y el sexo.



En relación a la información que reciben sobre la salud, opinan que es demasiado alarmista, y que muchos de los efectos negativos o consecuencias que se explican "luego no pasan de verdad". Consideran que el método que se lleva a cabo para la educación sanitaria "es aburrido y te cansa" y que acaban desconectando porque hay demasiadas explicaciones.

Coinciden en creer que un método más divertido donde pudieran participar más y no se utilizará un lenguaje tan técnico lo verían más interesante y estarían más atentos.

No obstante, opinan que luego es cada uno quien decide hacer caso o no a lo que te han explicado con independencia del método utilizado en las sesiones.

Expresan también, que de quien reciben más información es por parte de la familia, básicamente de los padres, y que es fundamental estar "bien educados de casa". Pero, aun así, todos opinan que, a la hora de hacer caso sobre un consejo de salud, tiene más peso si es por parte de un profesional sanitario "porque es quien tienen más conocimientos" que si es por parte de tus padres o un profesor. También refieren que el colegio es un buen lugar para informarte de algunos temas que no hablas con la familia. Y que en muchas ocasiones no acuden a los padres a preguntar según qué temas, como de las drogas o la sexualidad porque les da vergüenza y prefieren ir a alguien que no les conocen para que no les juzguen.

Perciben que los propios padres son los primeros que no quieren hablar de ciertos temas con ellos porque no saben cómo hacerlo.

Refieren que es importante la formación no solo en temas de interés para la salud, sino también para ellos, y creen que para tener éxito en las sesiones es imprescindible crear confianza. Todos coinciden en el beneficio personal y social que esto tendría si estuviesen bien formados en salud.

Añaden que, para ello, sería muy importante tener una asignatura en su horario de instituto para ir tratando todos los temas de salud, asimismo afirman que tendría que ser un profesional de la salud quien lo impartiera, ya que según su opinión si fuera un profesor "no creo que se lo tomen en serio". Expresan que de haber una enfermera en el instituto sería más fácil para ellos consultar dudas relacionadas con la salud, por el momento reconocen que suelen preguntar a quién tienen más cerca, siendo en muchas veces los padres o el profesor las primeras opciones, aunque puntualizan que siempre dependiendo de la duda que sea. Sin embargo, refieren que no suelen buscar información sobre salud cuando tienen dudas, pero que cuando lo hacen, usan internet.

En relación a la toma de decisiones, señalan que no están preparados para tomar según que decisiones en salud y que necesitan tener más información para poder estar preparados y estar seguros; concluyen que, aun teniendo información y la seguridad de estar en lo correcto, al final siempre depende de cada persona lo que quiera hacer y su propia voluntad.

**4.2.16 Grupo focal de adolescentes 2, formado por cinco chicas y cinco chicos.**

En relación a su opinión sobre el autocuidado, opinan que depende mucho del concepto que cada persona tenga sobre lo que es tener un buen cuidado.

El grupo destaca la familia como un ejemplo donde fijarse e influyente para determinadas conductas como son la higiene personal y el hábito de fumar. Sin embargo, refieren que la mayor dificultad para poder cuidarse es el tiempo del que disponen y el tiempo que hay que dedicarle a cada cuidado, así como la propia voluntad y las ganas personales en cuidarse.

Consideran que influye mucho "la manera en cómo te veas", y la percepción que se tenga sobre la propia persona para llevar a cabo ciertas conductas. Coinciden que un mal autocuidado puede dar lugar a rechazo en los amigos, y que puede afectarte en la autoestima, así como acabar con algunas enfermedades.

Todos expresan que la salud actual puede afectar a la salud futura y que si no te cuidas a estas edades puede afectar de una manera negativa de más mayor.

Opinan que a los chicos de su edad si les gustaría saber más sobre la salud, y que los temas que más les interesan son la sexualidad, la alimentación, la higiene personal y los primeros auxilios.

En cuanto a los estilos de vida, creen que algunas conductas que se llevan a cabo son para enmascarar problemas personales/familiares que tienen o simplemente para aparentar ser más mayores o dar una buena imagen a los demás.

Algunos piensan que el tener hermanos puede influirte en positivo o en negativo para aprender ciertas conductas o maneras de hacer, pero sobre todo coinciden que los amigos son los que más influyen "para acabar probando".

Apuntan que las conductas de mayor riesgo a su edad son aquellas relacionadas con el alcohol, el tabaco y la mala alimentación.

Subrayan que llevar a cabo ciertas conductas saludables, puede hacerles sentir por su entorno de amigos "el raro de la clase". Y destacan como puntos importantes la autoestima y el autocontrol para no dejarte influir por los demás y poder seguir conductas adecuadas para una buena salud. Creen también, que a su edad hay poco mantenimiento en ciertas conductas positivas porque no encuentran el beneficio inmediato.

En relación a la educación que reciben sobre la salud, opinan que suele ser clara y de una manera fácil, pero que el efecto que esta tiene, depende en gran medida de cada uno. Consideran que a veces tienen miedo o vergüenza a preguntar por lo que los demás van a pensar de ellos, y que por este motivo a veces se quedan sin resolver sus dudas. Refieren que esto es por la falta de madurez

que hay en su edad para abordar según qué temas, como por ejemplo la sexualidad. Concluyen que sería más fácil resolver dudas si hubiera una enfermera en el colegio, y pudiera atenderte de manera individual.

También añaden, que los temas de las charlas que han ido recibiendo han sido bastante repetitivos y el grupo discute sobre si realmente es necesario repetir todos los años el mismo tema o lo mismos temas.

No obstante, sí coinciden que la información la prefieren recibir de "una persona que sepa del tema", y que esta debe ser cercana, pero a la vez ajena a ellos. Un aspecto importante que resaltan es que también sea joven "para sentirte comprendido".

Del método sobre la educación que han recibido, opinan que suele ser bastante monótono, y coinciden que ellos prefieren actividades tipo juegos ya que así se captaría más la atención y sería más práctico.

En relación a la toma de decisiones, coinciden en que no están preparados para tomar el control de su salud. Y consideran que para decidir no querer hacer según qué conductas inadecuadas lo más importante es "lo que quieres tú mismo", refiriéndose a dejar de lado las influencias negativas del entorno.

Opinan que al revés pasaría lo mismo, para decidir si quieres hacer según qué conductas buenas para la salud, también radicaría en lo que quiere uno mismo, ya que el grupo piensa que "por mucho que nos lo digan, si tú no lo quieres hacer, no lo vas hacer". Asimismo, refieren que todo y así, la última responsabilidad en acabar haciendo cierta conducta (bien sea fumar, o beber u otra) siempre es de uno mismo, y que "por mucho que lo repitan si quieres vas a seguir haciéndolo".

#### **4.2.17** Grupo focal mixto 1, formado por tres profesores, tres padres/madres y tres sanitarios.

En relación a la opinión sobre cómo debería ser el autocuidado en los adolescentes, el grupo coincide en que esto debería ser tarea principal de la familia, y que esta debería de ser quien trasmite ciertos hábitos básicos relacionados con el propio cuidado y el mantenimiento de una buena salud; puntualizan que a la escuela solo le corresponde reforzarlos ya que pasan muchas horas los chicos en el centro.

Todos opinan que esto debería de darse de manera precoz, y consideran que son aspectos que sí se trabajan desde pequeños en la adolescencia puede ser mucho más fácil llevarlo a cabo "porque ya hay una base donde trabajar".

Refieren que un adolescente que se cuida bien es aquel que realiza deporte y tiene una buena autoestima, creen que es importante "darles seguridad en ellos" a esta edad.

Añaden, que más allá del cuidado en ciertos hábitos o conductas muy concretas está el valor de "mantener la salud" y que esta le corresponde a la familia enseñarlo y transmitirlo.

La mayor dificultad destacada por los docentes en relación a la salud son las relacionadas con la higiene y expresan la dificultad que tienen en el aula para manejar estos temas. Coinciden que en ocasiones son temas culturales y no saben reconducirlos.

Para el personal sanitario los temas de salud más difíciles de manejar a estas edades es la alimentación y el sueño, pues según sus experiencias los chicos actuales no siguen unas pautas adecuadas y "se van muy tarde a dormir", "no desayunan" o "beben bebidas poco adecuadas" para su edad. Y, afirman que han notado más cambio con la crisis económica y familias con padres en el paro.

La familia expresa que sienten demasiada presión y que disponen de poco tiempo libre para dar esta educación tan importante, además de la falta de herramientas para trabajar según qué temas.

En relación a la información de salud que reciben los adolescentes actuales, el grupo opina (sobre todo los padres) que estas charlas que reciben sus hijos deberían de darse también para ellos, pues son ellos al final quienes educan a sus hijos y "contar con esa información les podría ser muy útil"; el personal sanitario y docente recalca que es una cosa de todos: adolescentes y padres.

Todo el grupo piensa que en estas edades tienen mucha información sobre la salud y que esta es de buena calidad, pero expresan que la sensación de "indestructibilidad" muy característica de estas edades y el "no ver la repercusión inmediata" hace que desafíen y no apliquen las recomendaciones recibidas.

También apuntan que el entorno es un factor importante para llevar una vida saludable, y que la influencia de la propia cultura familiar y "lo que ven" es determinante para su estilo de vida. Piensan que lo que más les influye son los amigos y los programas televisivos que siguen, y especialmente coinciden que a estas edades tienen "mucho presión entre los suyos".

En relación a los temas que se deberían de tratar en la adolescencia, consideran que más importante que los temas es el modo de abordarlos, y creen que este tiene que ser de manera integral e involucrando a todos los agentes (padres, madres, profesores y niños) pero que debe de ser de manera paulatina, respetando todas las etapas e ir profundizando según el tema. Expresan que los temas centrales a trabajar deberían ser la autoestima, la gestión de las emociones, los valores, la creación de unos buenos hábitos y la comunicación.

De este último punto, consideran que la buena comunicación con y por parte de los chicos puede ayudar a que se preocupen más por su salud, señalan que así se abordarían temas de interés en

casa, y esto ayudaría, según el grupo “un mejor control de su información y conductas para que la adolescencia no sea tan difícil”.

Ante este posicionamiento, los padres dejan ver la dificultad que tienen para hablar de ciertos temas como la sexualidad y las drogas en casa; y realzan la importancia de recibir también ellos formación por profesionales expertos para poder educar bien a sus hijos y no dar por hecho que saben hacerlo. Todos coinciden que esto debería de trabajarse en la etapa escolar, y que se debería incluir la salud como materia dentro del horario escolar bien en cada asignatura o como una independiente.

En relación a la toma de decisiones, piensan que con una buena educación los chicos pueden llegar a tomar buenas decisiones en salud, pero que para ello es necesario depositar confianza en sus posibilidades. El grupo coincide que, para llegar a este escenario, el método de trabajar con los adolescentes temas de salud tiene que cambiar, y añade que “hay que buscar alternativas que les gusten y se diviertan y que a su vez les comporte una mejor salud, más conocimientos, y por tanto mejor autocuidado y decisiones más oportunas”.

Los docentes apuntan, que el mensaje se debe convertir en algo mucho más atractivo para que les llegue, pero sin cometer el error de perder el rol de cada uno (haciendo referencia a “hacer” de padres, profesores y personal sanitario).

Los padres, opinan que a esta edad necesitan seguir “buenos líderes” entre ellos y que identificarlos por parte de la escuela es más fácil que por la familia que no ven cómo se comporta su hijo en grupo. El personal sanitario destaca que “tener buenos líderes entre ellos” puede utilizarse como herramienta de ayuda y cambio entre iguales. Y, añaden que la incorporación de una enfermera en el centro en la edad escolar obligatoria sería muy beneficioso: creen que la figura de la “enfermera escolar” es la mejor de las opciones para buscar una solución.

Ante esta posición el personal docente destaca el éxito que se describe en otros países de esta figura, y los padres reafirman que sería una persona de confianza donde acudirían sus hijos, y así contarían con información adecuada.

#### **4.2.18 Grupo focal mixto 2, formado por tres profesores, tres padres/madres y tres sanitarios.**

En relación a la opinión sobre cómo debería ser el autocuidado en los adolescentes, el grupo coincide que la familia debe ser ejemplar en ciertos hábitos como la higiene y la alimentación, entre otros. Así como también en ciertos valores, como el esfuerzo, el sacrificio, la voluntad, etc. Coinciden que, de ser así, los hijos crecen en un “entorno favorecedor y saludable”.

Describen la adolescencia como un periodo “difícil y rebelde” y coinciden que lo que tiene más valor para ellos son los amigos, tanto padres como profesores y sanitarios coinciden en que “su mensaje carece de valor” en este grupo de edad. Y, reflexionan acerca de que a esta edad no son lo

suficientemente conscientes de la repercusión positiva o negativa que puede llevarles hacer o no ciertas conductas, y que esto en gran parte es debido a la propia visión del adolescente de "superhéroes" y es por ello no se preocupan por hábitos saludables.

Creen que el estilo educativo que algunas familias tienen puede no ser bueno de cara al adolescente y destacan la sobreprotección como un elemento poco favorecedor de autocuidado porque se intenta "tapar para que no sufran y protegerles demasiado".

Entre las dificultades, destacan que la mayor dificultad que tienen es la comunicación a esta edad y que algunos canales de información para los adolescentes no funcionan porque ellos buscan "anonimato" y "confidencialidad" sobre todo en lo relacionado con dudas que tengan sobre la salud.

En relación a los estilos de vida, opinan que los jóvenes de hoy "quieren crecer demasiado rápido", y "quieren vivir cosas para coincidir con sus iguales", los padres y profesores apuntan que los chicos ahora buscan vivir las mismas vivencias que sus propios compañeros, y todos coinciden que los adolescentes se influyen mucho entre ellos. Expresan que esto puede ser debido a una falta de autoestima y que es una etapa "que se están encontrando".

Asimismo, los padres consideran que el instituto es un lugar donde el adolescente pasa muchas horas y donde se establecen en mayor parte los hábitos y conductas; apuntan que el profesorado conoce aspectos del adolescente en relación a su comportamiento, vocabulario, conductas... que quizás en casa lo desconocen.

En relación a la información que reciben, expresan la importancia de que esta sea precoz y adaptada a cada edad y piensan que es positivo que sea repetitivo durante años. Los profesores creen que las charlas que reciben los chicos/as a veces no las entienden por el contenido y por el vocabulario usado por los profesionales. Padres y profesores coinciden que sería más interesante y productivo que los mismos chicos fueran quienes expusieran sus dudas y preocupaciones. Piensan que sería más efectivo cuando es de "tú a tú", y que mostrarles que les puede pasar es lo que más les puede ayudar, como por ejemplo con casos reales.

El grupo coincide que la educación sanitaria debe darse cuando son pequeños "cuando son más impresionables" y que así garantizaría llegar a la adolescencia "mejor y con más información". Todos coinciden que la educación sanitaria debería ser una asignatura en la escuela "constante y transversal" e impartida por un personal formado sanitariamente. Los profesores coinciden que esta persona debería de estar dentro del equipo docente para que los chicos la reconocieran como tal, y que no solo se dirigiese a los jóvenes sino también a los padres e incluso a ellos mismos. El personal

sanitario apunta que esta figura podría ser la enfermera escolar. Se reflexiona en el grupo la utilidad de una enfermera en el instituto para acercarse a los adolescentes.

Ante esta postura, los padres expresan el miedo de anteponerles a ciertos temas y que estos puedan inducir a querer experimentar por ellos mismos, el profesional sanitario aclara que la educación se debe hacer en "tono preventivo", y de manera que se de conocimiento como refuerzo positivo para prevenir riesgos para la salud.

En relación a los temas que se deben tratar, el grupo al completo coincide que la alimentación y los hábitos higiénicos es fundamental y que sería necesario enseñarles cómo utilizar los recursos sanitarios para que ellos en caso de necesitarlo supieran donde acudir.

Los padres expresan que a veces, hay una incompatibilidad entre lo que se les dice en casa y luego lo que pueden hacer, y opinan que "el colegio a veces no ayuda", ya que no pueden ducharse tras educación física porque tienen clase inmediatamente después; los padres opinan que esto no ayuda a que los hijos entiendan que se deben de duchar tras la práctica del deporte.

En relación a la toma de decisiones, coinciden que los adolescentes no están preparados para ello y necesitan que los acompañen. Expresan que, aunque en la adolescencia "necesitan espacio" y necesitan margen para que puedan tomar sus propias decisiones, la mayor influencia que tienen son los amigos y la familia. Añaden, que "viven enganchados al móvil y a las redes sociales" y que es de donde más buscan información después de los padres.

Concluyen que la familia debe estar pendiente de que decisiones toman o cuales son las más necesarias, y dejar "libertad justa" aunque se equivoquen. El grupo opina que los chicos si son conocedores de los riesgos que tienen ciertas conductas a su edad, pero que el problema está en "que no ven el problema en lo que hacen".

Profesores y personal sanitario, consideran que una posible solución sería tener una enfermera en el centro durante toda la jornada escolar. Los padres refieren la importancia de recibir asesoramiento en estos temas relacionados con la salud por parte de profesionales que también conozcan a sus hijos para contar con más herramientas. En relación a este punto, tanto profesores como sanitarios destacan la falta de implicación de los padres en proyectos de la escuela y de la salud de sus hijos. Los profesionales sanitarios añaden que también hay que incentivar a los propios adolescentes para que ellos mismos puedan ser quienes vayan asesorando a sus propios padres en estos temas.

### 4.3 ANÁLISIS ESTRUCTURAL

Este segundo paso del análisis de los datos se ha hecho siguiendo la metodología descrita en el capítulo anterior. Aquí se presenta una síntesis de los hallazgos resultantes de este proceso.

En primer lugar, se presentan las principales categorías referentes a la agrupación e inclusión de las unidades de significado identificadas, constituyendo así una primera conjetura de las categorías y subcategorías posibles que han emergido de las tres áreas exploradas.

En segundo lugar, fruto de la reflexión del paso anterior, se han identificado las categorías esenciales como resultado de explorar las posibles relaciones entre las primeras que han ido surgiendo. Durante este proceso se ha ido refinando cada categoría, modificándola si es preciso y agrupándolas según temática para esclarecer su significado y dejar ver los subtemas que emergen de verdad.

En tercer, y último lugar, como resultado de estos dos pasos anteriores y especialmente de la agrupación de los subtemas, se presentan los temas propiamente dichos. Finalmente, estos son los temas entendidos como expresión del contenido, emergidos de la esencia del fenómeno de estudio.

Puntualizar que, en un inicio, en la agrupación de verbatim, tanto las entrevistas como los dos grupos focales de adolescentes y los dos grupos mixtos se han analizado por separado cada uno de ellos; sin embargo, avanzando en el análisis de los datos, en el ejercicio de identificar las categorías esenciales y los subtemas que emergen del fenómeno estudiado, se relacionaron los dos grupos de adolescentes con las entrevistas, debido a la similitud de los propios sujetos y sus verbatim. Encontrando de esta manera, la esencia del fenómeno por un lado por parte de los adolescentes y por otro lado por parte del entorno próximo a través de los grupos mixtos.

#### 4.3.1 Unidades de significado y categorías primarias

A continuación, se presentan los esquemas resultantes de la agrupación de las diferentes unidades de significado. Esta agrupación de diferentes fragmentos (unidades de significado) similares hace que se haya creado una etiqueta, a priori, entendida como una primera categoría. Estas primeras categorías resultantes se ordenan según las tres áreas exploradas descritas en el capítulo anterior (autocuidado, toma de decisiones y educación para la salud), cabe puntualizar que esta clasificación ha sido fruto del análisis y no de la secuencia literal de las entrevistas o grupos. De esta manera, en las entrevistas (ver tabla 23) para el área de autocuidado se han identificado 11 categorías, para la toma de decisiones 14, y para el área de educación para la salud 21; en algunas de estas categorías, se identifican a su vez categorías menores o subcategorías que quedan incluidas en estas últimas, puede verse el esquema completo en anexo 19.



Como resultado de esta agrupación de verbatim también para los dos grupos focales de adolescentes se han identificado (ver tabla 24) 9 categorías para autocuidado, 6 para toma de decisiones y 18 para educación para la salud; en el caso de los dos grupos mixtos se han identificado 14 categorías para autocuidado, 8 para toma de decisiones y 15 para educación para la salud, estas pueden verse en la tabla 25. De la misma manera que en las entrevistas, en algunas de estas categorías de los grupos focales tanto adolescentes como mixtos se han identifican categorías menores o subcategorías que quedan incluidas en estas últimas, puede verse el esquema completo en anexos 20.

**Tabla 23.** *Categorías primarias de las entrevistas por área explorada*

ÁREA AUTOCUIDADO	ÁREA TOMA DE DECISIONES	ÁREA EDUCACIÓN PARA LA SALUD
1. Concepto	1. Amigos	1. Olvido
2. Autocuidado positivo	2. Ante duda mayor influencia	2. Tiempo para la reflexión
3. Autocuidado negativo	3. Proyección futuro	3. Repetición temas
4. Seguimiento conductas	4. Autonomía	4. Calidad
5. Conductas saludables	5. Dificultades	5. Facilidad para comprender
6. Aspectos personales	6. Autoestima	6. Carteles llamativos
7. Recursos	7. Educación	7. Folletos
8. Necesidades para el cuidado	8. Voluntad	8. Sesiones
9. Influencias	9. Conocimientos	9. Prevenir conductas riesgo
10. Conductas no saludables	10. Tiempo-Experiencias	10. Dificultades para comprender
11. Interés por la salud	11. Necesidad de ayuda	11. Inclusión padres educación
	12. Aspectos personales	12. Beneficios de la información
	13. Compartida con la familia	13. Falta conocimientos
	14. No elección (según qué temas)	14. Lugar
		15. Temas
		16. Utilidad educación
		17. Formación asignatura
		18. Método formación
		19. Resolución dudas
		20. Informantes de salud
		21. Relación con profesionales

**Tabla 24.** *Categorías primarias de los grupos focales de adolescentes por área explorada*

ÁREA AUTOCUIDADO	ÁREA TOMA DE DECISIONES	ÁREA EDUCACIÓN PARA LA SALUD
1. Percepción de autocuidado	1. No querer	1. Formación en motivación-voluntad
2. Influencias	2. Acción personal	2. Calidad
3. Seguimiento conductas saludables	3. Capacitación	3. Familia
4. Consecuencias negativas de un mal autocuidado	4. Delegada	4. Formato
5. Gente para todo	5. Necesidad	5. Necesidad de información
6. Dificultades	6. Percepción sobre las decisiones	6. Utilidad
7. Seguimiento conductas negativas		7. Estilo información
8. Concepción edad sana		8. Material educativo
9. Interés por la salud		9. Formación
		10. Dificultad seguimiento consejos
		11. Beneficios de estar bien educados
		12. Dificultades entendimiento
		13. Impacto de la educación
		14. Falta o interés por la salud
		15. Resolución dudas
		16. Método formación
		17. Enfermera
		18. Informantes de salud

**Tabla 25.** *Categorías primarias de los grupos mixtos por área explorada*

ÁREA AUTOCUIDADO	ÁREA TOMA DE DECISIONES	ÁREA EDUCACIÓN PARA LA SALUD
1. Autocuidado	1. Preocupación de los adolescentes	1. Temas
2. Adolescencia – adolescente	2. Depende de la persona	2. Formación
3. Aprendizaje hábitos	3. No preparados	3. Asignatura salud
4. Efectos conductas negativas	4. Según tema	4. Dificultades
5. Generación mayor riesgo para la salud	5. Influencias	5. Importancia anonimato
6. Control entorno	6. Confianza	6. Beneficios educación
7. Concepto	7. Repercusión en nuestra vida	7. Interés por la salud
8. Familias	8. Necesidades	8. Rehacerse, innovar
9. Responsabilidad		9. Refuerzo a las familias
10. Beneficios vida activa		10. Informantes
11. Seguimiento conductas positivas		11. Utilidad
12. Influencias		12. Papel del profesional
13. Dificultades		13. Información
14. Necesidades		14. Generación más preparada
		15. Recursos

A continuación, en las siguientes tablas se pueden observar algunos ejemplos de los *verbatim*s agrupados en algunas de las anteriores categorías primarias presentadas. Con este breve resumen, se pretende clarificar como la investigadora principal a través de estos *verbatim*s similares, es decir de los fragmentos de las unidades de significado de las entrevistas y los grupos, ha constituido esta primera categoría y subcategoría, según el caso.

Debido a la gran cantidad de categorías emergidas de manera global, tras este primer análisis y primera agrupación de los datos, con un total de 46 categorías para las entrevistas, 33 para los grupos focales de adolescentes y 37 para los grupos focales mixtos entre las tres áreas exploradas; se ha decidido solo mostrar como ejemplo tres categorías de cada área estudiada, tanto para las entrevistas como los grupos focales de adolescentes y mixtos; y en el caso particular de que estas primeras categorías tengan a su vez categorías menores o subcategorías, mostrar también solo alguna como ejemplo.

**Tabla 26.** Ejemplos de verbatim por categorías primarias y áreas exploradas (entrevistas)

ÁREAS	CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	VERBATIMS
AUTOCUIDADO	Necesidades para el cuidado	Esfuerzo (Voluntad)	<p>"...depende del esfuerzo y las ganas que le pones. Porque tal vez una persona se apunta al fútbol y coge la pelota y lo hace sin ganas y con ello no haces nada y a lo mejor otra persona quizá es muy mala, pero al menos se esfuerza y eso vale más que una persona que no se esfuerza en nada..." (E10-US48)</p> <p>"... yo creo que, aunque no te guste la comida, te has de esforzar porque no sabes que te va a pasar luego de no comer... no puedes ir por la vida de me chuleo porque soy más delgada. No, es que eres más delgada pero luego te pueden pasar cosas...tienes que comer y esforzarte..." (E1-US51)</p>
	Conductas saludables	Temas (ejemplos)	<p>"...la alimentación, el ejercicio... si te haces una herida saber cómo curártela..." (E7-US15)</p> <p>"... sexualidad, drogas y deporte, la alimentación... pero sobre todo de tener precauciones e higiene y todo..." (E9-US35)</p> <p>"...pues ducharse todos los días, comer variado, lavarse los dientes, no tomar drogas, ni alcohol..." (E12-US23)</p> <p>"Eh...yendo a médicos para ver cómo estás, pata hacerte las revisiones...cumplir con esto...ir más seguido, sí tu constancia..." (E13-US4)</p>
	Influencias	Grupo social (entorno)	<p>"... normalmente es cuando un chico te dice: estás gorda o algo así. O para gustarle más a un chico, o sea, eso muchas veces es así, o para... no te sientes cómoda, te ves distinta a los demás y te comparas..." (E3-US26)</p> <p>"...bueno, a ver depende de con que amigos. Te puede dar igual lo que hagas siempre y depende de con que amigos pues...si vas con gente que no se parece en nada a ti y ven como algo normal una cosa que para ti...no te parece bien o no te habías planteado nunca... eso influye bastante..." (E2-US37)</p> <p>"...a ver juntarse con gente que... y al revés, juntarte con gente que te perjudica...enseñar a escoger los amigos..." (E13-US45)</p>
TOMA DE DECISIONES	Dificultades	Falta de madurez	<p>"... cuando eres adulto sí, pero ahora no... no eres maduro del todo. No te lo han enseñado todo y no sabes si una cosa que tú le vas a decir es mejor que lo que te han dicho..." (E12-US27)</p> <p>"... dependiendo de la persona de mi edad o ya empezamos a saber de lo que va y cogemos riesgos o cosas buenas para la salud...depende de lo que nosotros queramos, aun no estamos maduros al cien por cien. Quizás no sabemos mucho como somos nosotros y lo que es bien para nosotros y lo que es mal para nosotros..." (E7-US34)</p>
	Aspectos personales		<p>"...porque hay gente que no es responsable..." (E13-US41) "hay quien sí y hay quien no, hay gente responsable que lo tiene todo claro, que sabe muy bien lo que es bueno y malo y que no va hacer nada que les perjudique, estas personas sí que son capaces de tomar decisiones...en cambio hay otros que son más influenciables, se toman la vida a lo loco, se juntan con gente que no deberían..." (E13-US40)</p>

			<p>"...estamos cambiando el cerebro, entonces también cambia la forma de pensar y todo eso. Entonces, también razonamos, no somos niños pequeños, nosotros razonamos blanco, negro y gris. Y entonces vemos si depende de con qué punto de vista lo veamos hacemos una cosa u otra..." (E5-US47)</p>
	Necesidad de ayuda		<p>"... yo creo que solos por nuestra cuenta no, siempre tiene que haber un adulto o alguien que tenga conocimientos, aunque sean los mínimos..." (E14-US31)</p> <p>"...igual nos tendrían que controlar un poco más hasta una cierta edad... porque hasta que no eres grande no te das cuenta de las cosas...igual tendrían que vigilar más, no te digo hasta los 18 años, pero igual si hasta los 16 o así..." (E9-US45)</p>
EDUCACIÓN PARA LA SALUD	Olvido		<p>"...no de lo básico, porque si no luego tú no te vas a acordar. Nadie se acuerda, bueno casi nadie se acuerda de lo que han dado en la charla..." (E1-US27)</p> <p>"... si a los 16 años seguro que todos lo harán, pues entonces es que no se han acordado de esa sesión, no?..." (E4-US39)</p> <p>"... siempre seguir haciéndolo no pasa nada porque si no solo haciéndolo una vez a mucha gente seguro que se le olvida... ir dándolo, pero aparte haciendo más cosas que no solo sean lo de siempre...hablar de más cosas porque tú también te haces mayor..." (E12-US21)</p>
	Dificultades para comprender	Vocabulario	<p>"... si porque por ejemplo si te lo dicen de una forma más bien hablada o de una forma que lo puedan entender los chicos de nuestra edad pues nosotros lo cogemos mejor..." (E7-US9)</p> <p>"...no sé, parecía como si fueran muy de mayores. Entonces como a nosotros aún nos costaba un poco pillar eso pues..." (E8-US31)</p> <p>"...que utilicen vocabulario que no es coloquial...el vocabulario puede hacer que lo entiendas mejor o peor..." (E13-US13)</p>
	Utilidad formación	Ofrecer soluciones	<p>"...yo creo que es más importante entenderlo y ponerte como si te pasará a ti... para si en el futuro te llega pasar..." (E1-US42)</p> <p>"...sobre todo dar alternativas, dar opciones, para poder solucionar los problemas..." (E6-US58)</p> <p>"... también como cuidar de los compañeros más o menos si les pasa algo tienen algún problema pues decirle toma esto si se le olvida o algo..." (E10-US18)</p>

**Tabla 27.** Ejemplos de verbatim por categorías primarias y áreas exploradas (grupos focales de adolescentes)

ÁREAS	CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	VERBATIMS
AUTOCUIDADO	Seguimiento conductas negativas	Alejarse de la realidad	"... beben para alejarse de la realidad y pues cuando se les pase el efecto la realidad va a seguir ahí..." (GFA1-US27) "Sí, a lo mejor fuma porque tiene muchos problemas en casa... o sea a lo mejor fuma para olvidarse..." (GFA2-US58) "...o tal vez, para evadir problemas o pensamientos...porque si, por ejemplo...las drogas o el tabaco o beber, o lo que sea..." (GFA2-US136)
	Dificultades	Fuerza voluntad-pereza	"...la voluntad, las ganas...yo creo que eso, la pereza o la voluntad que tengas tú para hacerlo porque realmente no...lavarte las manos no tiene... no necesitas nada, solo una pica..." (GFA2-US17) "... en general, la gente no se cuida por pereza..." (GFA1-US29) "...yo creo que les da pereza o la fuerza de voluntad les gana..." (GFA1-US32)
	Consecuencias negativas de un mal autocuidado	No se piensan	"... pero en ese momento, en el que quiero hacer algo, es que no pienso en lo que puede pasar. A él lo que le importa es a lo que quiere llegar, no en lo que puede suceder cuando haga eso..." (GFA1-US98) "Yo creo que en esta edad no piensas en que te puede pasar, o sea piensas cuando sea más mayor ya lo dejaré, pero de momento disfruto de la vida, por ejemplo..." (GFA1-US100)
TOMA DE DECISIONES	Acción personal	Depende de cada uno	"...yo creo que estés mal o bien no tiene nada que ver y que por mucho que estés con amigos, si tú no quieres fumar, no vas a fumar... depende de la persona..." (GFA2-US108) "...depende de la persona, porque puedes ver eso y le da igual y sigue... es muy depende de la persona, porque si una persona no quiere, una persona no lo hace..." (GFA2-US120) "...depende del tipo de persona porque hay gente madura para su edad o madura en sí y hay otras personas que incluso siendo más grandes que tú son tontos...entonces depende..." (GFA1-US124)
	Percepción sobre las decisiones	Búsqueda aceptación	"... el popu de setecientos me gustas está riéndose de ti, es eso lo que te afecta y tú quieres estar dentro de ese grupo por no sé qué...es eso, lo que le afecta a la gente no que hagas cosas diferentes..." (GFA2-US156) "...si esa persona te lo dice una vez, vale, después piensas, da igual, pero si te lo dice, te lo vuelve a repetir y otra vez... y los de alrededor vuelven...pues entonces tú, tienes problemas, empiezas a desconfiar, no estás seguro..." (GFA2-US157)
	Delegada	Familia	".. hay mucha gente que si su madre no le dice que se tiene que duchar no se ducharía...o lavarse los dientes" (GFA1-US125)

			<i>"...depende de la responsabilidad que te den los padres..." (GFA2-US101)</i>
EDUCACIÓN PARA LA SALUD	Impacto de la educación	Depende del estilo/formato	<p><i>"... y me gustó la charla porque no iba tanto de eso, iba más de información en general... o sea que...me parecía que estaba mejor enfocada...que den la información de una manera que a ti te guste más..." (GFA2-US66)</i></p> <p><i>"... también de la forma de explicar, si lo explicas muy serio, cómo una clase pues no sé, no te llama tanto la atención como si te lo explica cómo algo más divertido..." (GFA1-US127)</i></p> <p><i>"... si lo explican de forma más entretenida pues...o sea, no atenderán todos, pero sí que atenderá más gente y a más gente se le quedará..." (GFA1-US64)</i></p>
	Calidad		<p><i>"...de 0 que no es nada a un 10 que es todo, yo creo que un 8'5" (GFA1-US44)</i></p> <p><i>"... yo creo que es bastante clara..." (GFA2-US40)</i></p>
	Resolución de dudas		<p><i>"... si tú le quieres preguntar a la profesora, si no lo has entendido pues le pregunto, pero si soy un chaval que no le importa porque si no..." (GFA2-US141)</i></p> <p><i>"...porque, por ejemplo, yo en mi caso estoy muy unido a mi clase y yo pregunto cualquier cosa y me río también de lo que he preguntado..." (GFA2-US150)</i></p> <p><i>"...hombre si es algo que crees que no va a poder responderte nadie salvo un sanitario..." (GFA1-US173)</i></p>

**Tabla 28.** Ejemplos de verbatimim por categorías primarias y áreas exploradas (grupos mixtos)

ÁREAS	CATEGORÍAS	CATEGORÍAS MENORES	VERBATIMS
AUTOCUIDADO	Responsabilidad	Sobreprotección	<p>"... También hay mucha protección ¿no? La poca concienciación de las familias hace al adolescente... o la sobreprotección de los adolescentes, hace que ellos no se tengan que preocupar de eso o no... o no sea un cargo suyo preocuparse de eso..." (GFM2-US4)</p> <p>"...Yo creo que todos hemos hecho alguna cosa... estoy segura que por eso hay muchas veces que somos muy protectores porque no queremos que hagan muchos errores..." (GFM1-US128)</p> <p>"...Claro, yo pienso que a veces nos pasa eso. Ya determinamos de que son muy pequeños y ya nos liberamos un poco..."(GFM1-US147)</p>
	Familias	Falta o no recursos	<p>"... Ya, pero luchas contra un muro. Si todo su círculo es así... y tú lo apartas y se queda solo..." (GFM1-US98)</p> <p>"...claro, es que ahí ya es difícil. Te lo has de hacer ver antes e intentar controlar lo que es incontrolable, pero un poco el entorno... y cortar por lo sano, está claro. Porque es que, sino luego ni hay palabra, ni hay nada.... Como su grupo enfile... ya lo ves..." (GFM1-US122)</p> <p>"...por desgracia yo tengo un hijo con problema de asma que no puede fumar y no puede fumar y da igual que... tiene que concienciarse, pero si cuando llega la adolescencia ve que su amigo... `es que si tú no fumas no puedes venir en el grupo o ya no eres del grupo' ¿cómo se pelea contra eso? ..." (GFM2-US15)</p>
	Influencias	Educación	<p>"...Pero no todas las familias tienen ese hábito... Por eso es muy importante la educación. Cada uno viene de su casa..." (GFM1-US14)</p> <p>"...Si les ponemos muchas barreras somos unos padres tiranos y si los dejamos somos unos padres muy permisivos y van muy por libre..." (GFM2-US7)</p> <p>"...Y hay que decirles 'sh, ¿para!' porque quiere correr y no saben caminar todavía. Estoy en casa con mis hijos entre 14 y 17 años y ves que el mayor va más lento y que el peque quiere ir saltando... pues no, las cosas no van así. Si tu hermano a tu edad no hacía esto, tú tampoco lo vas a hacer ahora. 'No, pero es que mi amigo...' lo siento, nosotros somos padres castradores..." (GFM2-US50)</p>



TOMA DE DECISIONES	Depende de la persona	Capacidad toma de decisiones	<p>"...Eso va con el carácter de la persona..." (GFM1-US166)</p> <p>"...Se va formando desde pequeños..." (GFM2-US123)</p>
	Confianza	Libertad	<p>"...claro que tenemos que confiar.... forma parte de la vida.... Tiene que haber detrás una buena educación..." (GFM1-US157)</p> <p>"...Yo creo que habría que dejarlos que... que ellos sean los propios que tomen sus decisiones..." (GFM2-US106)</p> <p>"...Hay que pasarles la pelota a ellos. Decirles 'mira, en tu clase hay todo tipo de niños y de niñas y tú decides, porque hay cosas que tú ya sabes si están bien o no, tú decides qué es lo que está bien y lo que está mal'..." (GFM2-US132)</p>
EDUCACIÓN PARA LA SALUD	Dificultades	Recortes en el sistema	<p>"... Lo que pasa es que el problema son los recortes..." (GFM1-US205)</p> <p>"...Si es con todos los medios... se pueden hacer muchas cosas..." (GFM2-US149)</p> <p>"...Quizás, donde está el mayor handicap, es en el sistema, no hay presupuestos..." (GFM2-US154)</p> <p>"...y el único problema que hemos visto, es que cerraron el presupuesto, que es vergonzoso. Un año nos dijeron en abril 'eh que ya no vengo más, me ha dicho la jefa que no puedo venir más, que no hay presupuesto'..." (GFM2-US34)</p>
	Formación	Incidir en lo positivo	<p>"... se ha de reforzar con lo positivo y no con lo negativo porqué lo negativo, como que es una amenaza que no ven... puede ser que con el beneficio y no con el perjuicio.... Puede que valoren más si con lo que se eduque sea con un valor positivo que no con un valor negativo..." (GFM1-US107)</p> <p>"...Como refuerzo positivo a lo mejor sí funciona.... Pero como positivo eh. Si haces esto te va a pasar esto, pero como negativo no. Como un refuerzo positivo, como decir es mejor que vayas por este camino, esto te va a ayudar... pero quizás enfocarlo como negativo no...." (GFM2-US77)</p>
	Informantes	Enfermera escolar	<p>"...No no... que lo hiciera la enfermera. Que asesorara a los padres también. Porque nosotros no sabemos, ni tenemos credibilidad..." (GFM2-US164)</p> <p>"...Tiene que ser alguien que tenga los conocimientos...que sepa..." (GFM2-US172)</p> <p>"...Aquellos alumnos que no tienen confianza con los padres, pueden ir a la enfermera.... Saben que la tienen. Como conozcan a esa figura, de cabeza van..." (GFM1-US201)</p>

### 4.3.2 Categorías esenciales

Como resultado de un proceso reflexivo y recurrente acerca de la inclusión correcta de cada fragmento en esa categoría primaria (anteriormente vistas) y validar sí estas primeras categorías identificadas son realmente respuesta del fenómeno, se ha llevado a cabo una minuciosa relectura de cada una de ellas y de su contenido nuevamente, yendo de las partes al todo y viceversa.

De este proceso analítico resulta la <<fusión>> y <<agrupación>> de las diferentes categorías primarias para encontrar las relaciones de unas con otras y, así identificar correctamente las categorías esenciales del fenómeno. Durante este proceso, lo que se pretende es refinar bien la inclusión y agrupación de los datos de manera más profunda.

En un primer paso, para evitar sesgos y no forzar la inclusión de los datos en una categoría esencial de manera intencionada, se han trabajado de nuevo por separado las entrevistas, los grupos focales de adolescentes y los grupos focales mixtos. De este trabajo reflexivo de manera individual de cada una de las partes, se ha obtenido una clasificación más profunda y concreta de la inclusión de los *verbatim*s y de las propias categorías, identificando así las categorías esenciales para las entrevistas, grupos focales de adolescentes y grupos focales mixtos.

A continuación, se puede observar en las siguientes tablas (tablas 29, 30 y 31) las categorías esenciales finalmente identificadas del fenómeno por las tres áreas que se han explorado. Tras el proceso reflexivo de encontrar las relaciones de unas con otras e identificar bien, por tanto, las categorías esenciales que emergen del estudio, se han identificado 8 categorías para el área de autocuidado, 4 para el área de toma de decisiones, y 10 para el área de educación para la salud en el caso de las entrevistas, reduciendo así a 22 categorías esenciales del fenómeno explorado a través de las entrevistas de los adolescentes.

Para los grupos focales de adolescentes, se han identificado 6 categorías para el área de autocuidado, 2 para el área de toma de decisiones, y 7 para el área de educación para la salud, reduciendo así a 15 categorías esenciales del fenómeno explorado a través de los grupos de los adolescentes. Y, para el entorno más próximo (grupos mixtos): padres, profesores y profesionales de la salud; se han identificado un total de 6 categorías para el autocuidado, 4 categorías para la toma de decisiones y 5 categorías para la educación para la salud, reduciendo así a un total de 15 categorías emergidas finales del fenómeno de estudio por estos participantes. Puede verse en anexos el esquema completo tanto para las entrevistas, como los grupos focales de adolescentes y mixtos, de cada área explorada con las subcategorías incluidas en estas últimas categorías esenciales (ver anexos 21).

**Tabla 29.** *Categorías esenciales por área explorada de las entrevistas de los adolescentes.*

ÁREA DE AUTOCUIDADO	ÁREA DE TOMA DE DECISIONES	ÁREA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD
1. Concepto de autocuidado	1. Percepción de la capacidad y necesidades	1. Efecto- impacto de la educación recibida
2. Seguimiento de conductas saludables	2. Ayuda para la toma de decisiones	2. Opinión sobre el estilo-formato de carteles y folletos
3. Dificultades para el autocuidado	3. Requiere voluntad	3. Opinión sobre las charlas de salud
4. Significado y ejemplos de conductas saludables	4. Dificultades	4. Dificultades para comprender la educación sanitaria
5. Necesidades para el cuidado		5. Inclusión de los padres en la educación
6. Influencias identificadas para el seguimiento de conductas		6. Preferencias en la educación para la salud
7. Seguimiento de conductas de riesgo		7. Formación en salud: Asignatura escolar
8. Interés por la salud		8. Informantes de salud
		9. Resolución de dudas
		10. Relación con los profesionales

**Tabla 30.** *Categorías esenciales por área explorada de los grupos de adolescentes.*

ÁREA DE AUTOCUIDADO	ÁREA DE TOMA DE DECISIONES	ÁREA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD
1. Percepción de autocuidado	1. Requiere voluntad (decisión personal)	1. Influencia de la familia en la educación sobre la salud
2. Influencias	2. Necesidad de auto-confianza y madurez	2. Opinión de la educación recibida (estilo, formato...)
3. Seguimiento de conductas		3. Necesidad de información
4. Impacto de las consecuencias negativas de un mal autocuidado		4. Preferencias sobre la formación-educación en salud
5. Identificación de las dificultades para el autocuidado		5. Dificultad en el seguimiento de recomendaciones educativas
6. Seguimiento de conductas de riesgo		6. Alternativa método de formación (frecuencia, formato, etc.)
		7. Informantes de salud

**Tabla 31.** *Categorías esenciales por área explorada de los grupos mixtos.*

ÁREA DE AUTOCUIDADO	ÁREA DE TOMA DE DECISIONES	ÁREA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD
1. Aspectos generales del autocuidado	1. Dificultades	1. Abordaje temas de salud
2. Adolescencia-adolescente	2. Capacidades	2. Formación en salud
3. Familias	3. Necesidades	3. Dificultades en la formación
4. Influencias	4. Influencias	4. Informantes de la salud
5. Dificultades		5. La información que reciben
6. Necesidades		

En un segundo paso, como resultado de esta parte del análisis estructural y de la obtención de las categorías esenciales presentadas, se decidió realizar un análisis conjunto de las entrevistas y de los dos grupos focales de adolescentes por sus semejanzas en el contenido, discurso y categorías emergidas; y, por tanto, realizar así una triangulación viendo las relaciones que tienen las entrevistas y los dos grupos de adolescentes presentando los hallazgos de manera conjunta por el colectivo de adolescentes, atendiendo a las similitudes encontradas constantemente.

De este proceso reflexivo de análisis conjunto, han resultado las categorías esenciales definitivas por el colectivo de adolescentes (ver tabla 32). De este modo, para los adolescentes en su conjunto, entre entrevistas y grupos, se han identificado 5 en el área de autocuidado, 4 para la toma de decisiones y 9 para el área de educación para la salud, obteniendo un total de 13 categorías esenciales emergidas entre las tres áreas exploradas a través de los adolescentes. Puede verse en anexos, el esquema completo emergido por el colectivo de adolescentes de cada área explorada con las subcategorías incluidas en estas últimas categorías esenciales (ver anexo 22).

**Tabla 32.** Categorías esenciales por área explorada de los adolescentes (entrevistas y grupos focales conjuntamente)<sup>10</sup>

ÁREA DE AUTOCUIDADO	ÁREA DE TOMA DE DECISIONES	ÁREA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD
1. Concepto autocuidado	1. Capacidad percibida	1. Opinión de la educación recibida
2. Seguimiento de conductas saludables	2. Necesidad de ayuda	2. Barreras identificadas para el seguimiento de recomendaciones
3. Barreras para el autocuidado	3. Aspectos facilitadores	3. Interés por la salud
4. Conductas saludables identificadas	4. Dificultades identificadas	4. Influencia de la familia en la educación para la salud
5. Seguimiento de conductas de riesgo		5. Preferencias en la educación sanitaria
		6. Formación en salud: asignatura escolar
		7. Informantes de salud
		8. Resolución de dudas
		9. Relación con los profesionales

Llegados a este punto, con la identificación de las categorías esenciales emergidas del fenómeno estudiado, por un lado, por el colectivo de adolescentes, y, por otro lado, por el entorno más próximo a través de los dos grupos mixtos, se obtiene así la esencia definitiva del fenómeno por los sujetos de estudio.

<sup>10</sup> Con tal de identificar aquellas categorías que se dan de manera conjunta de las que emergen únicamente por parte de las entrevistas y/o de los grupos focales, se han utilizado 3 colores distintos para identificarlas. De tal forma, que el color azul es para las categorías esenciales que se dan de forma conjunta (en ambos casos), el verde para las que se dan en las entrevistas y el rojo para las categorías de los grupos focales.

### **4.3.3 Temas**

Como síntesis de los pasos y todo el proceso de análisis anterior, se llega a este punto, donde surgen los temas y subtemas que sintetizan la esencia del fenómeno; es por tanto el último paso del análisis estructural. Para ello, se ha reflexionado acerca de la relación que tienen las categorías esenciales y subcategorías finalmente encontradas, mediante la visualización de los últimos esquemas resultantes (anexos 21 y 22), verbatimim y a través de pautas de autointerrogación, donde se ha buscado ver la relación que puede existir entre éstas para lograr obtener los temas que agrupan varias de estas categorías esenciales.

Dicha reflexión, se ha llevado a cabo de manera independiente para cada una de las tres áreas estudiadas (autocuidado, toma de decisiones y educación para la salud), evitando así forzar y sesgar relaciones entre todas las áreas de manera intencionada. Dicho proceso reflexivo ha revelado los verdaderos lazos y relaciones que puedan existir para cada una de las áreas exploradas observándose los subtemas y temas emergidos del estudio cualitativo.

A continuación, pueden verse los temas y subtemas emergidos para cada área (ver figura 12, 13 y 14).

Para el área de autocuidado finalmente se han obtenido tres temas, dos emergen de los adolescentes "conductas de salud" y "conductas de riesgo", y un tercero de los grupos de adultos mixtos "adquisición de un hábito". (figura 12)

Para el área de toma de decisiones finalmente se observó una gran similitud, viendo que surgían los mismos subtemas, tanto por parte de los adolescentes como de los adultos del grupo mixto. Por ello, se ha obtenido un único tema para esta área "factores influyentes y condicionantes para la toma de decisiones" que surge desde ambas posiciones (figura 13).

Por último, para el área de educación para la salud se han obtenido tres temas, dos emergen de los adolescentes "percepción de los adolescentes sobre la educación sanitaria" y "retos nuevos que plantearse en educación sanitaria", y un tercero de los grupos de adultos mixtos "nuevos horizontes para la educación en salud" (ver figura 14).

Figura 12. Temas emergidos del área de autocuidado.

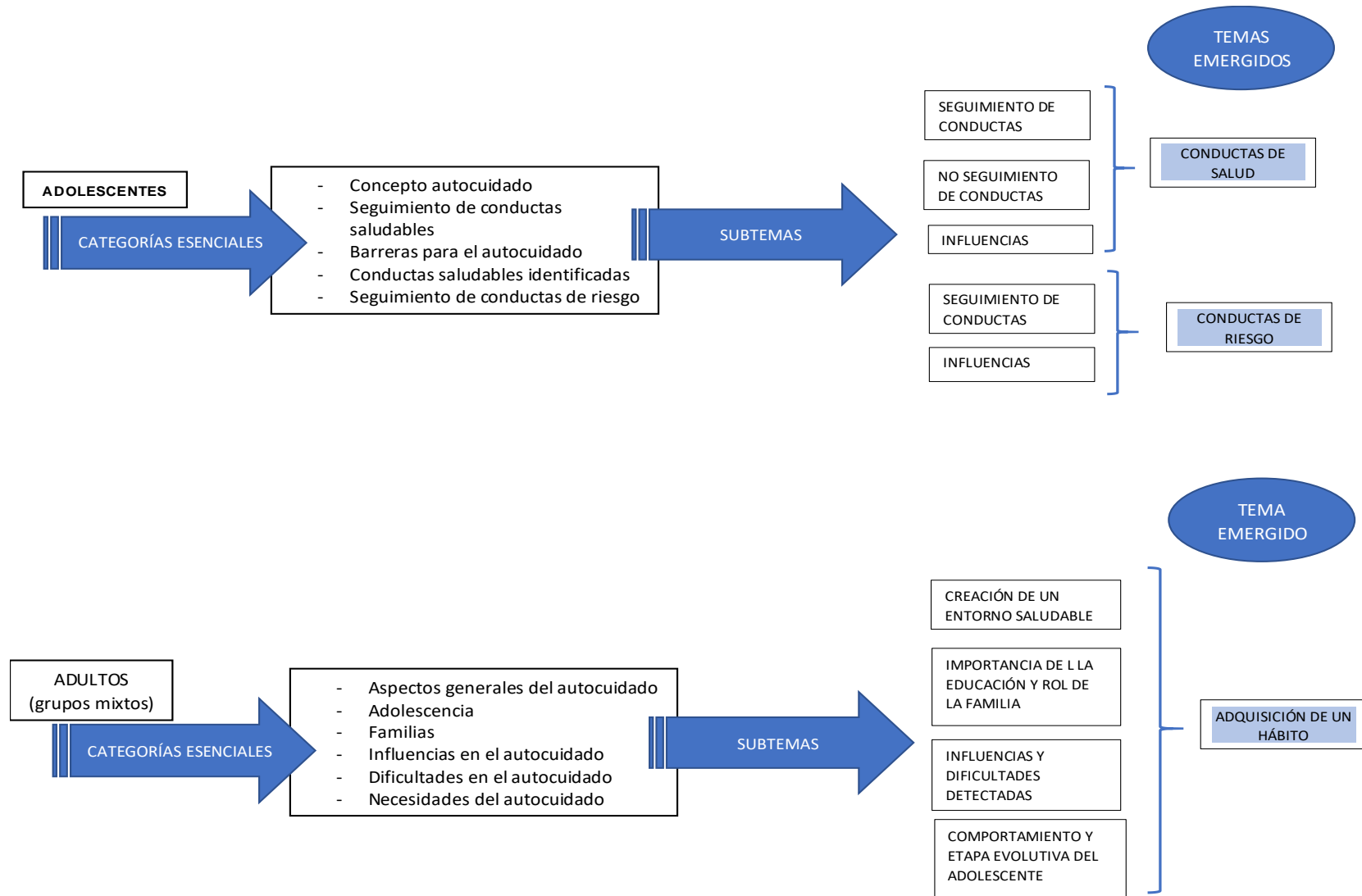


Figura 13 Temas emergidos del área toma de decisiones

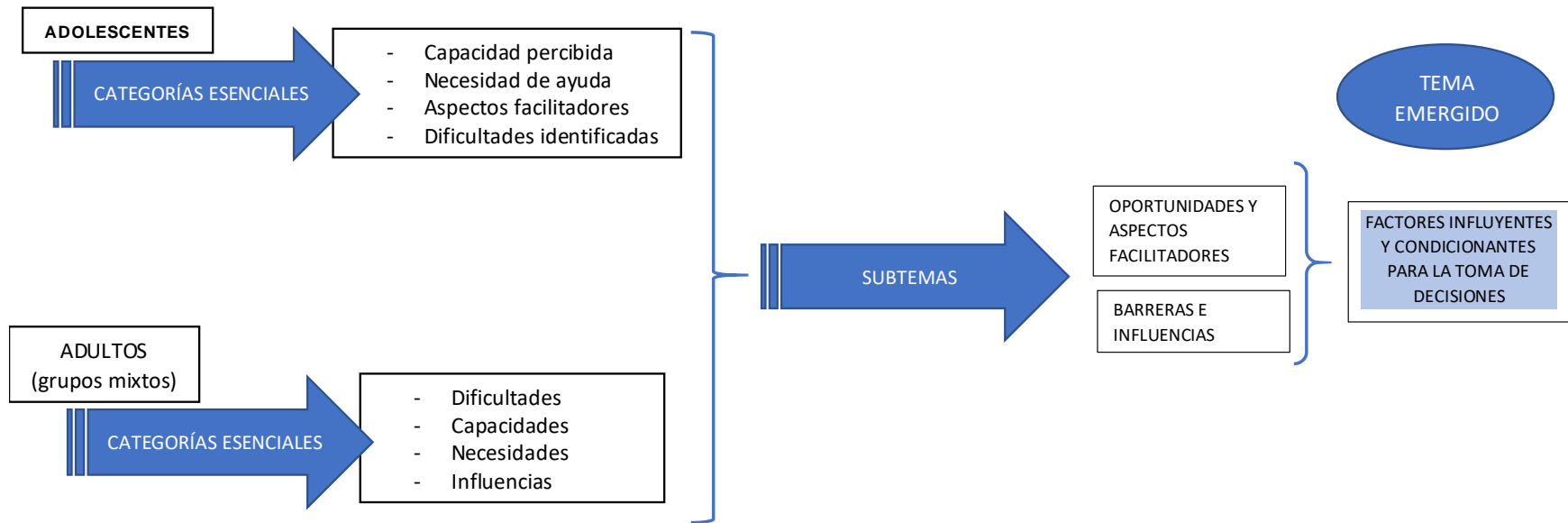
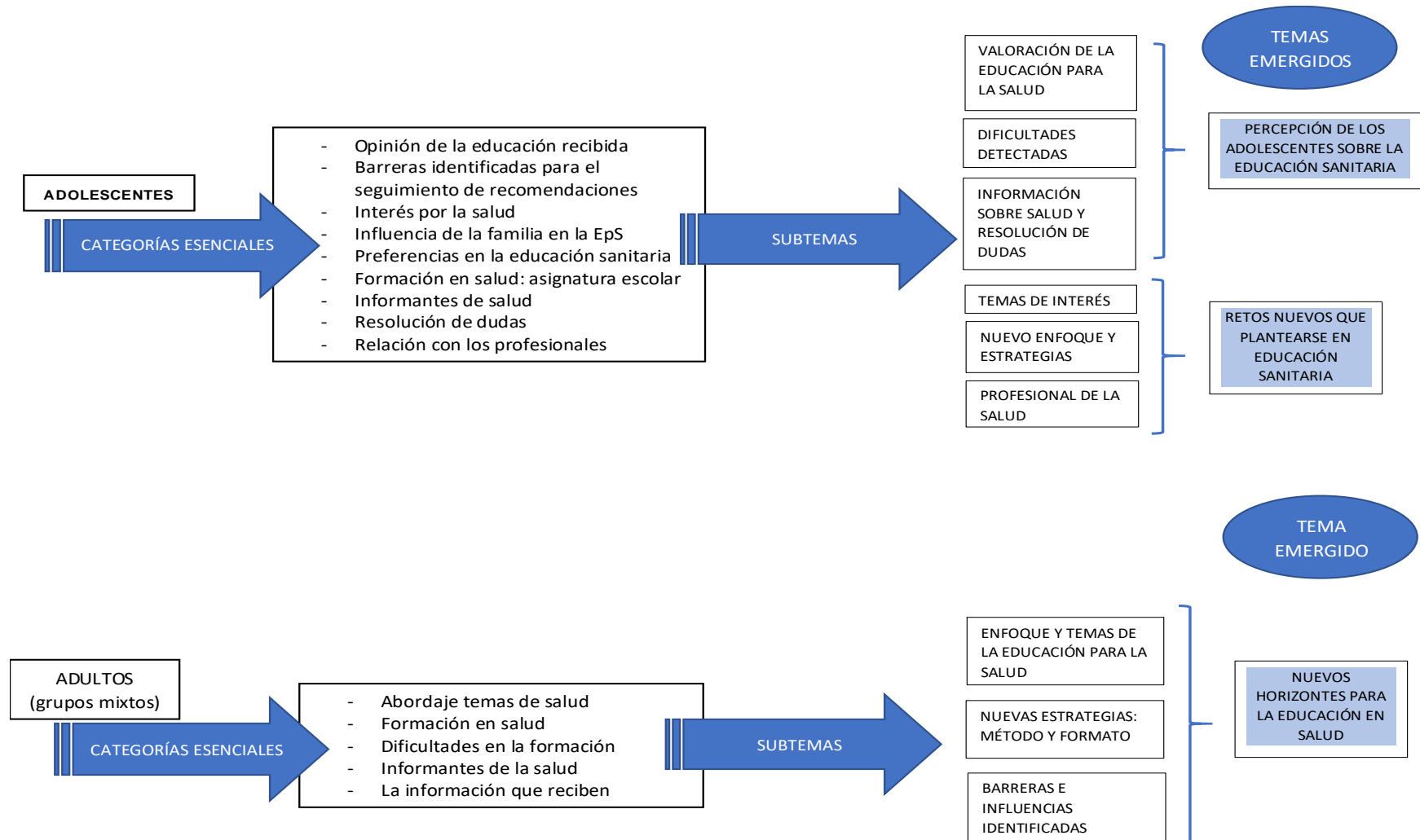




Figura 14. Temas emergidos del área educación para la salud



#### 4.4 ANÁLISIS TEMÁTICO

Este es el último paso del análisis de los datos cualitativos. Aquí se presenta una comprensión del significado de cada uno de los temas emergidos finalmente, presentados en el punto anterior. Es por tanto la descripción de los hallazgos de esta primera fase de la tesis. Se presentan tal cual los esquemas representados en las figuras 12, 13 y 14.

##### 4.4.1 Temas para el área de Autocuidado

En términos generales, un autocuidado óptimo es aquel que se orienta hacia una correcta gestión de la propia salud, entendido como la propia capacidad para procurarte los mejores cuidados, conductas y hábitos a favor de la salud. Por ello se espera que las personas, en términos ideales, tengan habilidades para reconocer las amenazas del entorno, habilidades para la búsqueda y por tanto aplicación del conocimiento sobre temas de salud, que tengan capacidad para la autogestión adecuada de la salud, capacidad de crear un estilo de vida a favor de la salud, y a su vez tengan una buena capacidad para la resolución de problemas y la adecuada toma de decisiones.

Tener todas estas habilidades y capacidades, entre otras, puede condicionar la vida de una persona, y ello puede suponer una serie de cambios que sí se mantienen en el tiempo pueden garantizar una mayor calidad de vida y de condición de salud. Para que se pueda dar la adquisición de las competencias en salud necesarias para un correcto autocuidado, resulta fundamental contar con un proceso de aprendizaje pudiendo mostrar las conductas más adecuadas y los beneficios de un buen autocuidado. Sin embargo, para que ello se pueda dar es necesario también reconocer en la realidad las verdaderas necesidades en este sentido.

##### **Tema 1: Conductas de salud** (Adolescentes)

A través de los adolescentes se ha podido ver que concepto tienen sobre el autocuidado y con qué aspectos facilitadores cuentan a la hora de llevar a cabo ciertas conductas de salud. Así como las dificultades y motivos que les llevan a no seguir un estilo de vida saludable.

##### ▪ **Subtema 1: Seguimiento de conductas**

El significado que tiene el autocuidado para los adolescentes se refiere al cuidado propio y a la propia capacidad para seguir ciertas conductas de manera constante. Opinan que es el cuidado que se tiene que hacer cada día y lo relacionan con hábitos como el deporte, la higiene o la alimentación, además verbalizan que debe ser de manera general.

*... lo que... los hábitos de salud que tienes que hacerte, a uno mismo. (E12-US2)*

---

*... el autocuidado sería lo que tú te cuidas ¿no? Y ... [...] Ya está, lo que tú te cuidas, lo que tú haces cada día o... (E8-US2)*

---

*Cuidarse a modo de todo... de la higiene, de ser respetuoso con uno mismo, de (...) de no maltratarte psicológicamente o algo así (E13-US2)*

---

*Pues como nos cuidamos nosotros mismos sobre... pues por ejemplo lavarse los dientes, ducharse... y eso. (E11-US1)*

---

*.... pues cuidarse por dentro y por fuera para verse bien, y ya está. [...] Sí para verse bien, para estar a gusto contigo mismo. Y tener seguridad, o sea va como relacionado, yo lo veo como todo relacionado (E9-US1)*

---

*El autocuidado es cuando una persona se ha hecho daño y no va al hospital o a que le cure otra persona, sino que él mismo va a la farmacia o algo que tenga por casa y se lo cura él mismo. Coge y se pone la tiritita o coge algún medicamento. (E10-US1)*

---

*Es como cuidarse todos los días y sucesivamente. Y todos los días igual, igual ... (E4-US3)*

---

*el autocuidado es que tú eres capaz, tu eres libre de poderte.... O sea, cuidar... higiénicamente como tú quieres, y también si tú no quieres es como autónomo puedes hacer lo que tú quieras... (E3-US1)*

---

*Bueno a ver, yo creo todo el mundo piensa un poco lo mismo, de que es la higiene, que es hacer deporte, comer sano. Yo creo que no es difícil de entender. (E14-US10)*

---

*cuidarte bien todo el cuerpo (E1-U14)*

---

*Serían las cosas que son buenas para la salud jaja... Lavarse los dientes, ducharse, lavarse las manos antes de comer, y todas estas cosas. (E14-US25)*

---

*autocuidado pues no sé ...higiene personal sería más, ¿no?... yo lo definiría pues más bien como tu higiene...si, como te cuidas: te lavas los dientes, te vas al baño cuando toca.... Todo como más o menos perfecto. Si haces ejercicio, si comes de todo, una dieta equilibrada. Todo esto sería. (E5-US1)*

Los jóvenes piensan que el cuidado es diferente para cada persona, y opinan que no siempre es fácil. Por normal general su percepción es que si se cuidan, aunque creen que se tendrían que cuidar mejor.

*Yo creo que no, creo que nos podríamos cuidar más. (GFA1-US2)*

---

*yo creo que no..., pero le pasa a mucha gente, y luego, cuando eres grande, te das cuenta que te tienes que cuidar mucho más ... (GFA5-US1)*

---

*viven la vida cómo por vivirla, comen un montón, no analizan a la hora de ir al McDonald, si esto tiene menos grasa, o esto no sé de donde lo han sacado... y pues, no creo que los chicos de hoy en día se cuiden tanto como deberían. (GFA1-US7)*

---

*A ver yo creo que de alguna manera sí (se refiere a buen cuidado) ... pero a la vez no. Sí, porque no es que nadie esté poco sano ni tenga enfermedades graves, por lo general a nuestra edad por no cuidarse (GFA1-US9)*

---

*pero a veces es cierto que sí que se podría mejorar. Por ejemplo, lo de salir... y fumar cosas que no se deberían de fumar... pues eso no contribuye y se podría cambiar (GFA1-US10)*

---

*pero en general sí nos cuidamos.... Bueno la higiene sí que hay gente que la lleva mal, pero... (GFA1-US11)*

---

*Depende, bueno sí.... Depende de cada persona. (GFA2-US1)*

---

*Yo creo que hay mucha gente que dice que sí pero luego no. Hay mucha gente que sí que puede pensar que se está cuidando, pero en realidad es que no. (GFA2-US4)*

---  
 Yo creo que... Depende de la persona. (GFA2-US24)

---  
 Yo creo que, sobre todo los niños (se refiere al género) que huele un poco peor, y eso...no lo hacen bien (GFA1-US3b)

---  
 ... interiormente nadie se cuida, solamente sales afuera y ya están fumando. Exteriormente, las chicas sí que se cuidan más, los chicos no sé... (GFA1-US6)

---  
 en realidad, eso a la gente de nuestra edad pasa como bastante, como que hay más tiempo para cuidarte, no ahora, ¿sabes?... no pasa nada (GFA2-US12)

---  
 A lo mejor para alguien lo que es cuidarse... es como mantener solo tu forma física pero después fuma o algo así, ¿sabes? (GFA2-US6)

---  
 Yo creo que depende de la persona porque hay gente que tiene una mentalidad diferente. Por ejemplo, hay gente que a lo mejor para él estar saludable es estar muy flaco y a lo mejor no comen ni nada y... eso a lo mejor les perjudica y acaba teniendo algunas enfermedades. (GFA2-US10)

---  
 También hay gente que fuma, que fumar es malo, pero luego también se cuidan en eso de lavarse los dientes, ducharse y todo eso... hacen otras cosas, compensan (GFA1-US23)

---  
 Es que es muy difícil hacerlo todo bien. Se tendría que conseguir eso, pero es muy difícil, es una utopía (GFA1-US24)

Los adolescentes opinan que, para llevar una vida saludable, hay que comer equilibrado y hacer deporte. Entre otros aspectos, los que ayuda a conseguirlo es la práctica del hábito, buscar el equilibrio y evitar malas conductas.

---  
 Dejar de fumar, sobre todo, es que fuman mucho, y de todo. Mmmm... las drogas, sobre todo, y hacer más deporte porque hay muy poca gente que hace deporte. (E9-US5)

---  
 Si lo practicas sí, si no tal vez... yo creo que, si practicas lo que estás haciendo, de mayor luego lo tendrás como algo habitual.... (E1-US69a)

---  
 Si te lavas los dientes un día pues entonces después lo harás otra vez otra vez otra vez y estarás acostumbrado a lavarte los dientes y lo harás todos los días... (E4-US52)

---  
 es también tener vida saludable. Esto lo debe hacer una persona que tenga enfermedades o no. Es lo que toca para tener ya una vida equilibrada. (E10-US4)

---  
 más vale prevenir que curar, ¿no? Sería intentar evitar los malos vicios o los malos hábitos alimenticios, por ejemplo. (E6-US3)

---  
 Intentar comer un poco más, tener la dieta más variada, no comer siempre lo mismo también variar un poco... si varias más la dieta se hace más ameno el comer sano. Y quizá no beber tantas bebidas con gas, quizá beber más agua y no beber tantos zumos o bebidas energéticas... no sé... (E6-US4)

---  
 como un equilibrio con todo, hacer ejercicio, pero no excesivo. Comer bien, una dieta equilibrada siguiendo los pisos de la pirámide alimenticia. Cuidarse así: ducharse cada día, lavarse los dientes. Y todas estas cosas así de higiene.... (E5-US2)

---  
 bueno la conducta que siempre nos están intentando enseñar sí, bueno como decía lo básico y comer todo lo que nos ponen. Por ejemplo, la comida que nos sirven los padres en principio es equilibrada. Entonces comerlo todo y hacer deporte al menos entre 4-5 horas semanales que nos recomiendan... (E5-US30)

*Bueno, a veces lo haces (se refiere a seguir ciertas conductas positivas) porque es un acto que te dicen que hay que hacerlo, pero otras veces cuando lo haces como voluntariamente entonces vas cogiendo un hábito... y te haces consciente de que eso está bien... Y entonces pues al final te sientes raro cuando no te has lavado los dientes. (E4-US53)*

Por otro lado, también se identifica que de llevar una vida sana tendrían repercusiones positivas en el futuro, cuando sean mayores. Destacan entre los beneficios del seguimiento de conductas sanas una mejor salud, y opinan que cuidarse ahora influye en su vida de adulto. No obstante, también reconocen que pueden caer enfermos, aunque se cuiden.

*Sí puede influirme lo que yo haga... ahora con mi salud, ... si tú a esta edad no te cuidas y cuando tienes 30 años o así empiezas a querer cuidarte ya será mucho más difícil que si te has cuidado desde el primer día. Influye para bien.... Cuidarse ahora para un futuro...(E12-US39a)*

*si me sigo cuidando como lo hago ahora pues algún niño puede rectificar y a lo mejor a los 25 años puede estar mucho más sano o puede seguir igual. O sea, influye en el futuro para bien, porque si tienes una base ya hecha desde un principio pues ya puedes seguir tirando hasta el final... (E8-US58)*

*Si tú te cuidas ahora, .... si ahora te cuidas bien en el futuro puedes estar bien y si no estarás mal. (E11-US38b)*

*Depende de las personas, porque puede ocurrir que una persona esté sana ahora y le diagnostiquen un cáncer en el futuro.... Y también hay casos que tienen ahora algo y después se curan. O no tienen nada de pequeños, porque se cuidan y después siguen cuidándose y no tienen nada nunca.... (E10-US55)*

*Ahora mismo, yo creo que me influiría, pero para bien, yo creo vamos que estoy siguiendo todos los pasos buenos.... O sea, si tú tienes un buen manejo puede repercutirte para bien, si tienes uno mal repercute para mal. (E2-US38)*

*.... cuidarse cuando eres joven es como una garantía de futuro. Cuidarse es a todas las edades.... (E5-US53)*

*Hacer cosas como, por ejemplo, jugar al ajedrez en lugar de siempre a la 'play station' de mayor te va a convertir en una persona culta que sabe sus cosas... (GFA2-US162)*

*Pero, yo creo que si una persona no fuma... o sea, el tiempo que éste viva, vivirá mejor que una persona que... (GFA2-US172)*

*Por ejemplo, un deporte, si tú te sientes bien haciendo eso y ves que... te olvidas de lo que te pasa o de los problemas que tienes, pues vas a seguir haciendo eso (se refiere a practicar deporte). (GFA2-US137)*

*si eres alguien que tienes claro lo que quieres, eso puedo hacer que luego tengas una vida de adulto más sana... (E14-US46b)*

*Si sí... porque si ahora intento cuidarme o hacerlo bien, cuidarme bien o comer bien o hacer cosas sanas pues después, aunque quizás sea más mayor y ya sepa que hacer y haga cosas peores no me iré tanto a lo peor si no que me quedará más en lo bueno.... (E7-US42)*

*Cuidarme ahora, puede hacer que tenga una buena condición física y un buen físico cuando sea grande. Si sigo así claro sino... (E9-US57)*

*Cuidarte ahora, es cuidarme mejor. Y también en poder estar cuando seas más viejo, pues estar mejor. Conservarte bien. Tener más ... ¿Cómo se llamaba eso? (piensa) como garantía de años, como más vida... (E4-US28)*

*Y si te cuidas, en cambio .... entonces por ejemplo vivirás más, serás como más fuerte, tendrás los huesos más sanos, verás mejor.... (E4-US72a)*

Entre los temas que mayormente se identifican como saludables y que los adolescentes opinan que tienen que hacer están relacionados la alimentación, el deporte y la higiene. Verbalizan que las conductas saludables les ayudan a mantener la salud y que son "cosas" buenas.

*Pues cosas beneficiosas para uno mismo, que es bueno, ¿no? Hacer deporte, comer sano, tener precauciones... higiene buena y todo... (E9-US35)*

---

*Pues cosas que te hacen, .... sería poner salud. Pues si te conservas bien, sigues la pirámide alimentaria pues entonces... es salud. Hacer cosas buenas...(E4-US47)*

---

*Pues para mí son los pasos a seguir, los pasos saludables...lavarse los dientes cada día varias veces, ducharse... lo contrario a algo de riesgo...(E2-US23)*

---

*Supongo que, al revés de lo malo, cosas que te sirven para... para cuidarte mejor o saber qué hacer si tienes una enfermedad.... (E7-US26)*

---

*A ver... pues tener una vida sana, comer sano, hacer deporte, tener buena higiene, ser limpio, eso es para mí tener buenas conductas...(E14-US6)*

---

*La alimentación lo primero porque es lo que... una cosa importante. Y el ejercicio porque si no haces ejercicio quizás no te encuentras bien o pierdas...no vas al día...(E7-US28)*

---

*Pues... lo contrario a lo que este mal, comer verdura es sano, hacer deporte también...hacer cosas saludables. (E11-US19)*

---

*Para mi es .... Comer bien, hacer ejercicio, cuidarse ... Cosas para tu beneficio. (E10-US33)*

---

*una conducta de salud pues... o sea una cosa que...por ejemplo no fumar... lo contrario a lo malo... (E2-US24c)*

---

*Pues en este caso las conductas beneficiosas para tu salud como hacer ejercicio, tener una dieta variada..., yo creo que esas son las conductas más saludables que deberíamos de seguir ahora, evidentemente.... también tener un horario de sueño regular que no sea muy corto, por ejemplo. (E6-US30)*

---

*Tienes que cuidarte siempre tú ... aunque no hagas ejercicio ... si no haces ejercicio debes contar con ello y hacer una dieta que al menos puedas después quemar.... (E10-US12)*

---

*La higiene personal, tener la casa limpia o lavarse la ropa, lavarse los dientes... todo eso... Comer bien, alimentación. No fumar, no beber... cuidar la sexualidad... (E13-US8)*

Entre las características necesarias para el seguimiento de conductas se encuentra las ganas y la voluntad que se ponga en ello para hacer frente al seguimiento de ciertas conductas saludables.

*Si tú quieres estar limpio y cuidarte, da igual el tiempo, son 10 minutos. Te duchas y ya está. (GFA1-US69)*

---

*La voluntad, las ganas.... Yo creo que es eso la voluntad que tengas tú para hacerlo porque realmente no... lavarte las manos no tiene... no necesitas nada, solo una pica. Tampoco es una cosa de dinero, es cuestión de ponerse y ya está. (GFA2-US17)*

---

*Yo creo que depende de la persona porque si una persona no tiene ganas de cuidarse... Sí, porque las ganas son fundamental... es la voluntad propia. (GFA2-US25)*

---

*se necesita voluntad igualmente, es esencial porque si no nunca... no lo vas a hacer... o sea tener las ganas... (GFA2-US27)*

---

*Sí... o sea si nos das de todo eso (se refiere a tener ganas, tiempo, dinero...) ... si a una persona le das una montañita de todo eso pues obviamente lo hará todo, se cuidará. (GFA2-US26)*

---

*cada uno hace lo que quiera, depende de las personas también, te pueden explicar lo que está bien y luego tú ya si te ves capacitado o con ganas... (GFA1-US37)*

▪ **Subtema 2: No seguimiento de conductas**

En este sentido, los adolescentes verbalizan que, de no tener un buen autocuidado, tendrían ciertas repercusiones y consecuencias sobre su salud y persona. Piensan que sobre todo podrían caer enfermos.

*Pues... la forma física primero ya se va a bajo. Entonces también te da salud baja, tienes más riesgo de por ejemplo caer enfermo. Pues llegar a... por ejemplo enfermedades psicológicas también: anorexia, obesidad... (E5-US4)*

---

*Pues podrías tener cáncer o enfermedades... [...]... yo que sé pues que engordaría más de lo normal... podrías tener alguna enfermedad bastante grave...(E8-US4)*

---

*no se los estudios te empiezan a dar problemas... porque te despistas, empiezas a hacer cosas que no deberías hacer. No sé... Si la higiene no es muy buena y te puedes...puedes coger alguna enfermedad. (E7-US4)*

---

*Pues... pues... que puedes tener algún problema con la salud. Cómo si no te lavas los dientes, la caries. Si no comes bien te pones obeso. Si no te duchas tienes problemas de higiene y todo eso... alguna enfermedad. (E12-US4)*

---

*que te cansas rápido antes de hacer... bueno, que cuando haces un poco de ejercicio ya estás cansado, o... tipo así. No sé cómo explicarlo muy bien. (E11-US5)*

---

*Porque tal vez un niño dice a conciencia, pensándolo, que no le apetece hacer deporte o ir 3 días a entrenar o lo que sea porque quizás prefiere estar con los amigos hablando en el parque o jugando a la play, pero luego a la larga se nota porque quizás una persona que ha estado todo el día jugando en la play o no ha salido de casa, después puede tener problemas de movilidad o cosas así.... O otras enfermedades. (E10-US44a)*

---

*Si fumas pues los pulmones se te hacen como más negros y entonces muere antes. No sé si es cierto, pero hay gente que dice que cada cigarrillo te quita 5 minutos de vida. Y también cuando bebes, por ejemplo, te gastas más dinero tienes la cabeza fatal, te sacas neuronas, igual que con la droga... (E4-US72b)*

---

*Podría empeorar mi estado de forma, también yo quizás no estaría tan contento conmigo mismo. No sería tan feliz, no tendría tanta confianza conmigo mismo quizás. También... en la imagen y en la salud.... dentro mío, aunque yo no lo percibiera, pero quizá no estaría tan sano como antes o como lo debería estar.... (E6-US6)*

---

*Pues que, por ejemplo, en los dientes te saldrían caries, olerías mal, el pelo lo tendrías fatal. Que no tendrías una buena imagen...(E14-US4)*

---

*te puedes hacer daño a ti mismo o puedes hacer que tus amigos te excluyan o alguna cosa... Sí, o que tengas algún problema y no puedas ir o al cole o alguna cosa así. Si no te cuidas nos podemos poner enfermos, no llevar una vida normal... seríamos diferentes a los demás. (E13-US5)*

Los jóvenes piensan que las repercusiones de un mal autocuidado no siempre es igual para todas las personas, y que eso es lo que les hace muchas veces a querer hacerlas.

*Lo que mucha gente se pregunta es por qué ese chaval que va todos los días a comer al McDonalds y está como está y él otro que no va no está delgado...O sea el porqué de muchas cosas. (GFA2-US123)*

---

*depende también cómo lo veas. Si tú ves que fuma y puede correr perfectamente, y todo bien, también todo eso... entonces tú a lo mejor también quieres fumar, y no lo ves mal... porque no ves nada...(GF2-US124)*

---

*es también, a lo mejor, depende de cómo reaccione tu cuerpo. Porque puedes hacer cosas y no notarse.... (GFA2-US125)*

---

*...viene en el material genético. Hay gente que ha estado fumando toda su vida y no se muere por haber fumado, se muere a lo mejor por tener 90 años... (GFA2-US169)*

Entre los motivos que los adolescentes destacan para no seguir ciertas conductas saludables a su edad, se relaciona la falta de conciencia sobre las posibles repercusiones que se pueden derivar y el sentir que se encuentran en una edad sana, por ello verbalizan no hacer caso en lo que se les dice. Los jóvenes opinan que de gustarles lo que hacen no lo van a cambiar por mucho que se lo digan.

*Porque pasamos, pero igualmente... Si tú estás manteniendo una relación sexual, en ese momento no estás pensando lo que te han dicho en la charla y si en ese momento igual no tienes protección te da igual porque en ese momento estás no se... en otra cosa. (E9-US50)*

---

*Yo creo que sí lo sabemos (se refiere a conocer las conductas saludables), que no los apliquemos es otra cosa...(E9-US18)*

---

*Tampoco le doy tanta importancia porque a lo mejor no hace deporte porque no tiene dinero o porque simplemente prefiere estar en su casa y... es que eso es depende también de la persona... o porque no ha encontrado el deporte que realmente le gusta. (GFA2-US128)*

---

*No se hace caso, algunos pasan de lo que dicen... Porque... porque pasan, pasan de todo lo que les dicen las profesoras... no les gusta mucho estar en el colegio...(E8-US48)*

---

*a nuestra edad es cuando más locos estamos y cuando más pasamos de todo, luego ya cuando somos grandes nos damos cuenta que... a nuestra edad es cuando pasamos de todo, a veces dormimos sin ducharnos... yo no, pero yo que sé, que hay muchísima gente que lo hace. Y a lo mejor come cosas que no se deben comer y mil cosas., pero que yo que sé, que es la edad está en la que pasas de todo. (GFA1-US13)*

---

*.... sí, pero dependiendo de lo que nos interesa a nosotros o no porque si nos dicen yo que sé si... si nos decís: no haced tal cosa, pero nos gusta mucho hacerla..... nosotros lo continuaremos haciendo.... si no nos aporta nada pues no lo hacemos y ya está... depende del interés que tu tengas y dependiendo de qué malo nos lo presentáis.... (E7-US37)*

---

*...depende la persona, pero generalmente no hacemos mucho caso.... No sé porque, pero no...(E12-US33a)*

---

*Yo también porque al ser más pequeños tenemos mucha más salud que una persona mayor. Entonces, pues dejamos pasar el tiempo hasta que nos encontramos peor.... (GFA2-US16)*

---

*No sé muy bien... pero tú ya sabes que si te lo dicen tienes que hacer caso, pero... pero no suele ser así...(E11-US31)*

---



... ahora no lo piensas, no lo piensas todo. Lo piensas después cuando ya te ha pasado lo malo ¿no? O sea, no sé por ejemplo la sexualidad, igual una persona en ese momento no piensa y no usa métodos anticonceptivos, pero se arrepiente después... pero en ese momento pasa y no lo piensa.... Ese es el problema que no lo pensamos bien. (E9-US14)

---

Yo creo que todo el mundo se lo imagina, pero lo ve como algo de... 'a mí no me pasará, le pasará a otro'. Y al final les acaba pasando a todos. (E2-US25)

---

sí que es consciente pero como no lo ve tan de cerca de lo malo que es... pues sigue haciéndolo (E7-US32)

---

cuando estás... cuando te miras al espejo y dices 'que guapo soy, ya estoy bien' pues pasas de todo, si ya estás bien para que me voy a cuidar más, no hace falta.... (GFA2-US31)

---

Te pueden explicar lo que está bien y luego tú ya si te ves capacitado o con ganas... haces caso, cada uno hace lo que quiera, depende de las personas también. (GFA1-US37)

Por otro lado, los adolescentes verbalizan tener ciertas dificultades para el seguimiento adecuado de conductas, señalan que a veces les resulta difícil cumplir con todo lo que se les dice. Entre otras barreras, también creen que es necesario tener ganas, tiempo y que alguien les cuente las cosas.

Quizás el tiempo, pero yo creo que a todos nos da tiempo y... [...] ya está, no tengo así ninguna más dificultad ... (E8-US18)

---

hay veces o centros de instituto que quizás eso no te lo explican y tal vez que hay alguna persona que de estas cosas no le han explicado ni en el cole y quizás no le cuentan tampoco en el instituto ... y quizás le cuentas y ... dice "ah pues a mí no me lo han contado, pues no lo hago." (E10-US51)

---

Sí... cuando tengo estrés, pues estoy nervioso y no puedo, no puedo hacer nada... (E4-US8)

---

que es como demasiado complejo y muy estricto todo.... Por ejemplo, te dicen en alimentación 5 frutas al día, pero es que no puedes tomar 5 frutas al día, es mucho.... A veces, se te hace como imposible... No hay horas... (E4-US18)

---

Si porque te dicen a veces, por ejemplo, en el dentista, dicen que te laves los dientes 5 veces al día. Y tú dices: ¿cómo me voy a lavar 5 veces al día.... si solo como 3 o 4 veces? (E4-US76)

---

por ejemplo, para ducharse, mucha gente prefiere quedarse viendo la tele en el sofá por la pereza y al final acaban yéndose sin duchar a dormir por pereza, porque hay alguna gente que les da lo mismo, como si se ducha como si no se ducha. (GFA1-US33)

---

... a ver normalmente sí que cuesta acordarte, cuando te dicen alguna cosa así de la salud. Porque no te acuerdas siempre de todo... (E1-US13)

---

Sí pasamos (...) bueno, a ver, en temas de drogas sí es difícil, pero en temas por ejemplo de hacer ejercicio es por palo o por tiempo y luego de sexualidad es por pasar.... Por descuidarte... (E9-US48)

---

Básicamente es la voluntad de uno mismo de cuidarse y también pues poder acceder a lo que necesitas para cuidarte. Pues... en el sentido de si no, por ejemplo, si no puedes pagarte algún medicamento o algo así pues no podrás cuidarte bien o si no puedes pagar alguna cosa.... (E12-US5)

---

Pues que a veces... hay veces que hay cosas que las tienes que hacer diariamente y... bueno en algunos casos hay gente que no quiere hacerlo porque le da palo o no sé... sobre todo la pereza (E11-US8a)

---

El ser vago. Si porque dices: 'buffff es que lavarme los dientes...es que ya me lavé los dientes ayer...' .... Entonces, dices pues no puede ser.... Hay que tener más ganas de hacer cosas... (E4-US24b)

---

Es que en general, la gente (...) No se cuidan por pereza. (GFA1-US29)

---  
*Yo creo que les da pereza o la fuerza de voluntad les gana... (GFA1-US32)*

---  
*Pues yo que siempre tengo que hacer todo super rápido, porque siempre lo dejo hasta el último momento... en plan: la hora de ducharse y tal. Y entonces...El tiempo no me ayuda.... Si me organizará o el tiempo... (E2-US9)*

---  
*Siempre se puede cambiar.... Pero yo creo que influye mucho las ganas que tengas...porque los malos hábitos, al fin y al cabo, son hábitos que cuestan mucho de cambiar. Y si no tienes la voluntad para no hacer estos hábitos ahora, quien te dice que dentro de 20 años tendrás la voluntad para cambiar los hábitos cuando sean mucho más pronunciados o lo hagas con mucha más frecuencia.... (E6-US54)*

En este sentido, los adolescentes verbalizan ciertas necesidades para el cuidado, lo que resulta a su vez una dificultad para ellos no contar con estos factores. Creen que es necesario tener más conocimientos, más conciencia sobre lo que hacen y sus consecuencias. Además de tener más fuerza de voluntad.

---  
*Básicamente conocimientos, y más información..., sobre todo, sí, conocimientos también... (E14-US44b)*

---  
*Primero es necesario que te lo cuenten bien, todo lo que tienes que hacer y todo, y después ya...(E10-US53a)*

---  
*Saber es importante, por ejemplo, si tienes una enfermedad, si no puedes tomar cosas ... si tienes diabetes controlar cuando te tienes que pinchar, qué alimentos puedes comer, qué no ... La sangre como la tienes ... por ejemplo las enfermedades que tienes cada cosa los requerimientos que tienes que hacer, las pastillas que debes tomar para algunas enfermedades ... (E10-US2)*

---  
*Bueno, que sepa sobre el tema de salud y que también... que haya aprendido buenas cosas de sus padres, maestros, médicos también... (E11-US37)*

---  
*Que sepas lo que estás haciendo. O sea, ves que mucha gente que fuma tal... Pero has de saber lo que estás fumando.... Si lo sabes a lo mejor lo cambias... (E3-US43)*

---  
*Pues ser más responsables, pensar por ti mismo, no cómo te digan los demás y explicarte... que te expliquen lo que está bien y lo que está mal y lo que conlleva las drogas, el alcohol y hacen los hábitos negativos. (E12-US29)*

---  
*saber los males que te haría si no lo haces.... Saber las consecuencias. Esto ayudaría...(E2-US5)*

---  
*una de las cosas que ayudaría es también saber las cosas malas que se producirían si no lo hicieras. Eso te ayudaría. (E2-US3)*

---  
*Yo creo que tendrían que saber todas las consecuencias y pararse a pensar si lo que están haciendo está bien o no... pensar más... (E14-US30b)*

---  
*enseñarnos... Que nosotros experimentemos como somos y así nos conozcamos mejor.... Y como siempre concienciar. (E5-US5)*

---  
*tener ganas y hacer el esfuerzo, porque los primeros días quizás cuesta, pero luego, cuando ya lo haces cada día, ya no ... ya no cuesta tanto. (E10-US53b)*

Por otro lado, los adolescentes piensan que el no llevar una vida saludable está expuesta a múltiples peligros, entre ellos enfermedades y problemas de tipo social. Se muestran incrédulos ante las posibles repercusiones, sin embargo, dicen si conocerlas.

*también te puede afectar a tu formación cuando seas mayor porque a lo mejor si tu fumas y eres deportista, a lo mejor acabas con problemas de pulmón y no puedes empezar a correr y puede afectarte. O a lo mejor con cualquier trabajo. Si tú fumas por ejemplo marihuana, no puedes concentrarte y puede no ser bueno para el futuro y trabajar.... (GFA2-US171)*

---

*Si quieres ver un programa por la noche y luego llegas al colegio y no te enteras de nada y no aprendes nada y te estás durmiendo.... llegas al cole al día siguiente y estás cansado y no aguantas y no aprendes y no tienes ganas de pasar y...No te enteras de nada... Estás físicamente pero mentalmente no. (GFA1-US105)*

---

*...si vas a beber sabes que puedes acabar, a lo mejor, con un coma etílico o que te pille la policía bebiendo, pero las posibilidades de que esto pase, en realidad, no sabemos cuáles son. Entonces decimos 'para la poca gente a la que le ha pasado... ¿Por qué me va a pasar a mí? ... no puedo tener tan mala suerte... (GFA2-US130a)*

---

*imorir! Y desarrollar adicciones.... (GFA2-US129)*

---

*Saberlo lo sabemos, lo que pasa es que hasta que no lo vives en carne propia... o alguien cercano pues no eres consciente... (GFA2-US130b)*

---

*Puede tener problemas., enfermedades, incluso pierdes amigos también. Llega un momento en el que ya... Bueno, lo tengo que decir, la axila empieza a desprender olores y que... los aíslas, rechazo... (GF2-US37)*

---

*Te afecta a ti también. Que las chicas no quieren quedar con él... Y que cuando crezcan, su vida... no van a acabar bien, cuando pasen los años se verá el efecto. A lo largo de los años eso causa efectos sobre la salud y si no te cuidas, lo vas a sufrir. (GFA1-US34)*

---

*Puedes coger muchas enfermedades si no te cuidas a esta edad. (GFA1-US35)*

---

*Si tu empiezas a fumar ahora, al cabo de un tiempo acabarás mal.... Pero no mañana... (GFA2-US168)*

---

*El 100% de las personas que fuman se mueren y las que no también, pero unas se mueren antes y otras se mueren después.... Si tú te pasas toda tu vida fumando, a lo mejor te mueres antes que el que no ha fumado en toda su vida y ha hecho deporte y... ¿o no? (GFA2-US170)*

### ▪ Subtema 3: Influencias

Los jóvenes en este aspecto, creen que influye mucho la personalidad que se tenga, y cómo sea una persona. Piensan que la imagen que se quiere dar a los demás es un gran factor a la hora de hacer o no una conducta y de cuidarse.

*Yo creo, sinceramente, que, por los chicos, o sea, para ligar ¿no? Que se cuiden la mayoría... es para gustar a los demás. Sí (...) yo creo que es eso (...) Bueno igual por salud también, por salud también te puedes cuidar, pero yo diría que más... la mayoría de lo otro, por gustar. (E9-US8)*

---

*Sobre todo, la gente que se relaciona contigo y la personalidad también que tu tengas...(E9-US53)*

---

*no sé muy bien cómo decirlo. Si lo hacen los amigos. O tú mismo, porque te da igual... te da palo. (E11-US21)*

---

*Si porque la voluntad primero influye en unas cosas por ejemplo los estudios al principio.... Pero una cosa te lleva a otra, yo por ejemplo he estudiado mucho me siento como super responsable y entonces ese día me lavo los dientes, como 5 veces...bueno eso depende de mama, claro.... Pero te sientes mejor...(E4-US34)*

---

*Sí, y también uno mismo. Ósea no ser tan vago para dejarlo todo para el final y hacerlo ya desde el inicio...(E2-US10)*

---  
*Primero la personalidad que tú tienes. Si tú tienes una personalidad, pues... te riges por ella. Pero si eres muy débil, pues te dicen: 'no mira, prueba tal'... como te acobardas al decir no. Pues lo haces. (E2-U35a)*

---  
*Influye lo relacionado contigo mismo. Que no te importe lo que digan los demás y pensar sólo en ti mismo.... no escuchar a los demás y hacer lo que a ti te interese o te vaya mejor...(E13-US3)*

---  
*De la voluntad que tengas tú, pero si tú no quieres perjudicarte a ti fumando, no vas a fumar por mucho que todos tus amigos estén fumando, ¿sabes? (GFA2-US109)*

---  
*Pues yo creo que no. Es que hay gente que fuma y está bien. Sus padres están bien, no sé qué, sus amigos están bien... y siguen fumando y bebiendo. Así que yo creo que estés mal o bien no tiene nada que ver y que por mucho que estés con amigos, si tú no quieres fumar, no vas a fumar. Depende de qué persona. (GFA2-US108)*

También opinan que el entorno y los amigos son importantes a esta edad y que el cuidado, en cierta parte, se determina por eso. Asimismo, creen que la sociedad y el estar de vacaciones les condiciona para llevar un estilo de vida u otro.

---  
*yo pienso que das como una imagen a la gente, sabes que, si tú tienes, si tú vas mal vestido pues pueden pensar que estás, yo qué sé, en cierta situación o en otra. Si vas más pijo, más cuidado pues, y también es más agradable estar con alguien que huele bien jaja... y que se cuida. Depende de la imagen que quieras dar a los demás, te cuidas más o no (E14-US5)*

---  
*Yo creo que, a ver, yo soy de esas amigas que suelo decir, no hagas eso, que eso es malo, sabes, cosas así. Y yo creo que todos tendríamos que también no pensar en los otros tanto y no hacer lo que otros nos digan... pensar más en ti y no hacerte el chulo...(E14-U30a)*

---  
*Influye mucho en la época de vacaciones que no entreno ni hago ningún deporte quizá tendría que hacer deporte por mí mismo de vez en cuando.... Pero como que estas de vacaciones... (E6-US5)*

---  
*Los amigos porque si tus amigos lo hacen quizás tú también piensas: también lo hago yo... yo por ejemplo haga un deporte con mi amigo de siempre (E7-US33)*

---  
*Influyen pues problemas o lo de la sociedad, por los amigos... Para juntarse con algunas personas. Es por juntarse con alguna gente... (E9-US42)*

---  
*Con quien te relacionas [...] porque es que con las que me junto yo y con los que me junto yo de niños ninguno tiene ese problema porque los niños que tienen ese problema se juntan con niños que lo quieren tener ese problema también.... Son los amigos que tú quieres tener... si son sanos o no (E8-US55)*

---  
*Los amigos influyen porque a veces tienen razón, y mucha... pero no porque a veces ni tienen razón y... es malo también lo que te dicen a veces. (E8-US52)*

---  
*y también pienso que vivir en la ciudad es peor porque hay mucha contaminación y en un pueblo pues hay menos y eso hace mucho... (E8-US8)*

---  
*bueno a ver, depende de con que amigos. Te puede dar igual lo que hagas siempre y depende de con que amigos pues... si vas con gente que no se parece en nada a ti y ven como algo normal una cosa que para ti no te parece bien o no te habías planteado nunca. Pues eso puede influenciar bastante. (E2-US37)*

---  
*Hombre pues los demás que han de estar a tú alrededor, ¿no? jaja porque claro...hay gente que aguantar el olor.... Y eso crea rechazo... (E3-US7a)*

Lo que les mueve a los adolescentes a adoptar algunas conductas es básicamente la opinión de los demás. Opinan que los amigos y las compañías en ocasiones les perjudican, pero en otras son factores de protección.

*La opinión de los amigos es importante para algunos sí, para otros no, depende de lo cercano que seas con los amigos. De la confianza... (E4-US16)*

---

*el entorno de amigos, porque tal vez vas con un entorno que les da igual y entonces te pegan esa manera de hacer... (E1-US8)*

---

*Sobre todo, es el entrar dentro del grupo social. Por ejemplo, si no tienes un grupo de amigos muy establecido quizás sientes que estás obligado por decirlo de alguna manera a estar con ellos y si ellos beben tú también. (E6-US38)*

---

*De que tengas amigos sanos y te digan lo que está bien y mal. Entonces que se te acabe metiendo en la cabeza y... supongo que de lo que veas en el colegio... (E13-US46)*

---

*A ver, juntarte con gente que te perjudica... hay que enseñar a escoger los amigos, sí...(E13-U45a)*

---

*por ejemplo, si a ti no te gusta el deporte, pero ves que tus amigos hacen deporte y se lo pasan bien y eso te pueden influir en que hagas deporte. En sacarle tiempo para ello y hacer lo mismo, y así te diviertes igual... (E13-US20)*

---

*A lo mejor si tienes amigos te pueden decir cosas que tú no ves y ellos ven más lo de ti...(E8-US7)*

---

*si no fuma nadie es mejor, pero si uno fuma puede poner en riesgo que la otra fume, porque puede convencer de que lo haga...puede convencer no sé de qué fume o... (E13-US39)*

---

*... si hace algo mal pues lo primero si tú lo ves ... si eres amigo suyo, decirle "tú no" ... por ejemplo si fuma, "no fumes porque eso después puede que lo pases mal "o lo que sea... (E10-U66a)*

---

*a ver si estás con las amigas, nada te va a influenciar. A ver si la amiga... si hay una amiga que dice no yo no, y tiene la capacidad de decir yo no pues tú dices yo por supuesto que tampoco sabes... Es como que ayuda, pero si eres la primera eso es muy difícil porque también te apetece lógicamente. Yo creo que a todo el mundo le apetece probar... Y entonces claramente si no hay una que tenga el freno siempre... las otras se lanzan. (E3-U27a)*

---

*No, nosotros los podemos ayudar (se refiere a los amigos con problemas), pero tienen que ser ellos los que den el paso de hacerlo o no porque tienen que hacerlo por ellos solos... Eso es lo difícil. Pero que los podemos aconsejar y ayudar y eso sí, pero que luego son ellos los que deciden. (GFA1-US176)*

Entre los aspectos facilitadores que influyen a los adolescentes para el seguimiento de conductas se encuentra la familia y el tipo de educación recibido, así como el ejemplo mostrado por la familia. Los jóvenes también expresan que su comportamiento es diferente de estar con los padres a estar con los amigos. A su vez también explican que también influye lo que saben o lo que les han explicado sobre la salud.

*Eso siempre empieza en casa, ves que hacen y tu pues... (E6-US50)*

---

*Al principio depende en parte de cómo lo han criado (se refiere a la educación), yo creo desde pequeño si eso que te han dicho antes des de que si se le ha metido en la cabeza de que es bueno o malo y después también depende de qué ambiente de amigos tienes porque si son amigos que pueden hacer algo sano pues el también hará cosas sanas... y un poquitín también de la persona, pero yo... creo más de cómo te han criado tus padres que no de cómo eres. (E7-US41)*

---

*Si te informan desde pequeño y te van machacando desde pequeño y no ves a otros niños, como, por ejemplo, en primaria no ves a los niños fumando ni nada de eso, entonces ya tienes un concepto... luego en secundaria puedes ver a los compañeros fumar, pero yo por ejemplo no voy a fumar y no voy a beber porque estoy mentalizada que no tengo ninguna necesidad de hacerlo porque esto se enseña desde pequeño... (GFA1-US131)*

---

*Cuando estás con papá y mamá eres de una forma más respetuosa más formal y cuando están con los amigos, pues no, con los amigos eres como más movido, más activo... Y bueno... Es bueno por una parte y malo por la otra. Por ejemplo, bueno porque con tus amigos siempre tienes que expresar, y son tus amigos. Y papá y mamá son papá y mamá que te han educado desde de pequeño y les tienes que decir de alguna forma: "me habéis educado bien papá y mamá." (E4-US69)*

---

*Pues emocionalmente sobre tu mente porque hay veces que psicológicamente no estás bien o algo... Y la familia te puede ayudar. A que cambies de opinión. (E11-US7)*

---

*Sobre todo, eres tú mismo..., el colegio... La familia, .... un poco de todo... (E5-US50)*

---

*Claro, y también si en casa no te la han enseñado porque... o sea muchos, los que hemos tenido una educación en casa, pensamos que todo el mundo tiene super asumido que antes de comer te lavas las manos o ducharte, pero hay gente que en casa no se lo han enseñado y luego te quedas flipando y entonces también... o sea... (GFA2-US22)*

---

*La educación. Incluso lo que te ha pasado, la influencia de cosas que te han pasado en la vida que pues... no sé, diferentes situaciones que influyen y dan paso a que tú hagas ciertas cosas...(GFA1-US92)*

---

*Tus padres o si desde pequeño te han estado todo el día encima diciéndole no hagas tal cosa, se saludable, no fumes, no sé qué cuántos pues quizás cuando madura pues lo tiene más aquí en la mente y se piensa mejor las cosas antes de hacerlas... lo que te hayan dicho es importante.... (E7-US39)*

---

*También la familia o la educación que le da también la familia... Sí, va a ser eso. Los amigos también, lo que le dicen los amigos... (E8-US51)*

---

*Pues no sé, a lo mejor tener una mala educación en la familia o que no te hagan mucho caso tus padres...(E8-US53)*

---

*desde pequeña si hay gente...si tus padres no te obligan a ducharte cada día, yo pienso que dé mayor, pues también te da un poco igual...no sé. Porque has de crecer sabiendo...los dientes, tal... porque hay niñas de mi clase que no se lavan los dientes cada día porque de pequeñas no lo hacían. Entonces, no sé yo creo que todo empieza enseñándolo de pequeña, pues de mayor pues lo pones en práctica y lo ves por qué. No sé...la familia influye un montón en esto. Los amigos no sé, depende, de la gente si se deja influenciar mucho o poco. Sí, es depende de la persona... (E3-US7b)*

---

*Claro, pero si tú tienes un hermano pequeño eres como tú la influencia. Y, aquí es importante... No quieres joderla, pero al final la acabas jodiendo, porque puedes fallar... No tiene porque... Pero es más responsabilidad de la que tú quieres. O sea, una responsabilidad que te han dado sin tú querer... (se refiere a tener hermanos pequeños) (GFA2-US101a)*

---

*Depende del punto donde lo mires, y depende de la responsabilidad, también, que te dan los padres, porque yo tengo un hermano pequeño y no... o sea, me imita en alguna cosa a mí, y mi hermana, pero no exagerado... (GFA2-US101b)*

---

*mi hermana, por ejemplo, trabaja todo el día y luego viene a casa que está que se le cierran los ojos, y se ducha, aunque está muy cansada.... (GFA1-US71)*

---

*Por ejemplo, que tus padres no lo hagan. Si no lo hacen tus padres sería una cosa que también sería mal. Si no lo hacen tus padres... si tú en tu casa no ves el tabaco o no ves que tus padres suelen beber alcohol o algo así pues...tu no lo haces... (GFA1-US130)*

---

*Yo, por ejemplo, cuando mi madre fuma, pues yo le digo que no fume o a veces le tiro el cigarro al suelo. A veces pienso, porque cuando ellos fuman, el olor a mí ya no me gusta, y a veces pienso, Cómo voy a fumar, si el olor no me gusta, ¿cómo me va a gustar el cigarro? (GFA1-US134)*

---

*es depende como... o sea como lo mantengan en tu casa. Depende lo que te hayan enseñado, tú así serás o tendrás tu cuidado distinto, ¿no? (GFA2-US7)*

---

*Si en tu casa, por ejemplo, todos fuman, pues a lo mejor, lo más seguro es que acabes tú también acabes fumando o puede que no, puede que acabes odiando el tabaco. Pero no todo tiene que ser relacionado con el tabaco, también puede ser, cómo ha dicho él, lo de lavarse las manos, ducharse... y todo eso y si te han enseñado de pequeñito pues lo harás y sino pues no. (GFA2-US8)*

---

*Yo creo que cuidarse... por ejemplo tus padres te pueden enseñar unas cosas y puedes ver unas cosas en casa, pero no tiene por qué ser así, como dicen ellos. O sea, tú solo también decides que comer, decides que hacer, si vas o no, no sé... (GFA2-US9)*

---

*(...) La familia o las opiniones de la familia ... o lo que vayas escuchando de casa y todo eso, de tu entorno... O desde pequeño y todo. Si vas escuchando algo desde de pequeño, luego te puede ir influenciando cuando vas creciendo... [...] (E13-US7)*

---

*Si estás aquí te cuidas más, porque estás en casa, y casa es casa. Pero cuando estás en el colegio, claro, no te lavas los dientes, no te lavas las manos antes de ir a comer. Etc.... (E4-US71)*

---

*influye que sepa sobre el tema de salud y que también... que haya aprendido buenas cosas de sus padres, maestros, médicos también... (E11-US37)*

---

*depende de lo que te hayan explicado... pero, sobre todo, de la familia y del cole... (E12-US36)*

---

*Yo creo que la familia, porque también quien más nos ayudan son nuestros padres, sabes, y con quien tienes más confianza y todo eso. (E14-US41)*

---

*Si fuera por la familia harían todo lo contrario (se refiere a no prácticas conductas de riesgo). Bueno igual no, porque a lo mejor se llevan mal pero normalmente la familia quiere lo bueno para ti... (E9-US43)*

---

*También a lo mejor viene de familia y si la familia desde un principio se cuida bien y los padres y la familia en si le ayuda a cuidarse mejor pues eso también influye... La familia es muy importante (E8-US57)*

---

*Pues a lo mejor sus padres le han enseñado mal y él ha aprendido los pasos de sus padres y no sabe... y a parte de sus padres nadie le ha enseñado y no sabe de otra forma de la que le han dicho, y esto influye también... (E11-US33)*

---

*influyen los hábitos de la familia. Si todos se lavan los dientes dos veces al día, pues tu más o menos a la vida lo harás. Pero cuesta mucho más hacer algo que la familia no hace. A que la familia lo haga entonces tú también lo haces. (E2-US35b)*

---

*depende de tu entorno, de lo familiar. De la familia, en mi caso, pues te dicen que has de hacer más o menos y esas cosas... O también las maneras de saber cuidarte, porque tal vez hay familias que les da igual si no comes verdura, pero claro si no la comes o si no comes pescado... la nutrición y todo... también hay que tener mucho cuidado con la higiene porque si no te limpias... pues, puedes tener una infección... y por eso pues yo creo que influye la familia (E1-US6)*

---

*Principalmente la familia. ... la educación que le han dado (E5-US38)*

---

*Sobre todo, que la familia se cuide... sí en casa tú ves que toda tu familia fuma pues tu verás que no es tan malo y lo acabarás haciendo. O si tus padres ves que no fuman dirás '¿porque tengo que hacerlo yo?' algo así... (E13-US47)*

---

*y también los hermanos que tengas, que desde bien pequeños... pues como empiezan antes los hermanos pequeños los ven quizá como un ejemplo a seguir, aunque sepan que está mal, pero lo intentan hacer antes quizás... influye ser el mayor porque das ejemplo... (E6-US39)*

## **Tema 2: Conductas de riesgo** (Adolescentes)

Tras el análisis de la información se detectan el tipo de conductas de riesgo que los jóvenes identifican, así como también las influencias para llevar a cabo estas conductas de riesgo comprendiendo mejor los motivos y causas en sus comportamientos.

### ▪ **Subtema 1: Seguimiento de conductas**

Para los adolescentes el significado que tiene realizar conductas de riesgo para la salud la relacionan con conductas nada saludables, en contra de la salud. A la hora de explicar que es para ellos se sienten dubitativos sobre el concepto.

*Algo que haces y que te perjudica, ¿no? (E9-US33)*

---

*bueno sé más o menos lo que es, pero no sé si es de verdad porque nunca he escuchado esta palabra. Conductas de riesgo supongo que es un camino que es malo para ti.... (E8-US36a)*

---

*Supongo que la probabilidad o algo así que tienes de coger una enfermedad o hacerte daño o no sé... cosas así, algo malo. (E7-US24)*

---

*No sé bien lo que es una conducta de riesgo... pero me suena si estás haciendo algo que esté relacionado con la salud pues que tenga... que lleve un riesgo... (E12-US22a)*

---

*Pues que si haces algo que no está bien con tu higiene pues luego puede tener consecuencias... (E11-US17)*

---

*Supongo que es fumarse un cigarro... pero no lo sé... no sé qué tiene que ver eso (se refiere a las conductas) porque se supone que somos menores y no tenemos que hacerlo... no me lo explico (E11-US22)*

---

*que tiene su riesgo de acabar adicto, yo lo veo más o menos así... Pero también tiene su riesgo ver la tele al llegar a casa porque no estudias y claro...eso también es una actividad de riesgo [...] es una cosa que te saca salud.... O algo así... (E4-US46)*

---

*Es algo muy malo, primero porque se están matando a ellos mismos... es contra la salud. Yo mi definición de fumar es: 'comprar cosas súper caras para matarte a ti mismo'. Es eso. (E4-US15b)*

---

*... bueno una conducta de riesgo es como una acción que alguien puede hacer y que le puede llevar a que le pase algo mal, por ejemplo, no comer o vomitar o cosas así, esto es una conducta de riesgo creo... (E3-US22)*

---

*Las consecuencias que tiene, es el riesgo... o sea que, si haces esto, puedes llegar a tal punto. (E2-US22a)*

---

*Me suena un montón la palabra.... Pues deben ser cosas malas que puedes hacer... (E1-US45)*

---

*¿conducta de riesgo?... A ver riesgo sí, porque es como peligroso.... (E1-US43)*

---

*Cosas que te perjudican a ti mismo. (E13-US31)*

---

*Una conducta de riesgo puede ser como...vomitar, fumarse un cigarro... drogas... Alcohol... [...] cualquier cosa de estas (E3-US24)*



---  
*no sé qué es eso, una conducta de riesgo..., supongo que será algo, cosas que no tendrías que hacer... es como hacer algo que pone en riesgo tu salud, hay cómo unos temas que no tendrías que tocar... (E14-US24a)*

El riesgo percibido para este grupo poblacional es muy relativo, porque dicen querer probar igualmente aun sabiendo el riesgo que conlleva, y piensan en los riesgos sobre el consumo excesivo. Por normal general creen que se encuentran en una etapa en desarrollo, lo que hace sentirles en mayor riesgo.

*que, aunque te digan no fumes, pues gana el fumar sabes? Aunque te digan no no, pues gana el querer hacerlo... A ver no se eso es muy lógico a nuestra edad...creo. U37-E3*

---  
*Además, tu cuerpo está en crecimiento aún... no sé lo que puede pasar exactamente, porque el cuerpo está en crecimiento y tal y yo creo que encima afecta más a un menor, ósea una persona a nuestra edad que está cambiando mucho.... Pues yo creo aún les puede afectar mucho más el crecimiento y tal.... El hacer ciertas cosas...(E3-US44)*

---  
*Sí, porque si tú con 15 años o lo que sea, te pones a fumar o tomas alcohol tu cuerpo no está preparado para ello y puede que tus pulmones o lo que sea o el corazón no les sienta muy bien. A una persona mayor tampoco le sienta bien fumarse un cigarrillo, pero tiene el cuerpo ya como algo más preparado. Entonces un niño tiene los pulmones o lo que sea más delicado y entonces puede que tenga alguna enfermedad o lo que sea más grave que una persona mayor. Tienes más riesgo. (E10-US56)*

---  
*Bueno hay que advertirnos porque, aunque intenten evitar que no nos encontremos con las drogas, tabaco y alcohol, lo vamos a encontrar... Ósea que hay que decirnos y concienciarnos de todo lo malo ahí incluso exagerar un poco porque también la exageración siempre, como afecta más, para que luego no tomemos porque bueno... sobre todo, a nuestra edad porque puede ser muchísimo más nocivo... (E5-US46)*

---  
*Sí, pero a ver tampoco pienso que si ahora igual me bebo un cubata tampoco me vaya a afectar que me beba el cubata, pero igual sí a ver, sí me bebo un cubata al día sí, pero si me lo bebo una vez al mes o cada semana no... (E9-US56b)*

Entre las conductas de mayor riesgo identificadas por los adolescentes se identifican el fumar, beber y las drogas. También relacionan las conductas de riesgo con la falta de higiene.

*... sexo sin protección, ¿no?, las drogas, comer muy muy mal y no sé... básicamente eso. (E9-US34)*

---  
*fumar... la gente que, por la mañana, antes de entrar al colegio, se levantan antes, se van a comprar alcohol y se montan como una fiesta ahí, con los porros y el alcohol y luego van a clase ahí que... que madre mía, y madrugan y todo... para hacer eso. (E9-US37)*

---  
*hay de todo tipo de conductas... Igual hay uno que en un día se fuma porros, un montón y también hay gente de mi edad o de un año más que... drogas fuertes de que luego se han levantado con temblores y todo (...) y eso es lo máximo yo creo. (E9-US36)*

---  
*Fumar., y no sé qué más... Las drogas, la mala alimentación... (E8-US36b)*

---  
*... bueno en mi clase hay algunos chicos que ya beben de eso para ponerse más cachas y tener más energía, eso es muy malo porque lleva un montón de cosas que no... lleva veneno también y es malísimo... hasta lo saben ellos y se lo siguen tomando. (E8-US54b)*

---  
*Las drogas o el alcohol, los videojuegos también son una droga creo... (E7-US29)*

... también hay gente que... yo, hay veces que me echo las manos a la cabeza porque te has saltado... de 6 horas de clase te has saltado 5 y has venido a la última. Eso hay gente que no se echa las manos a la cabeza, pero yo pienso "hostia tío..." mucha gente piensa, vas a destrozar tu vida por fumar, vale, pero también la estás destrozando por no estar yendo a clase. También la puedes estar destrozando por no entrar ni a clase, ... es que no es solo beber o fumar, es también los estudios, es... son muchas cosas.... (GFA2-US134)

---

las drogas, sobre todo, y eso que también hay gente que es adicta o cosas así a otras cosas... (E7-US15b)

---

Pues... exactamente no sé... pero sobre todo las drogas. No lavarse los dientes, esto también, no tan grave pero también... No ducharse también. (E12-US22b)

---

Pues no lavarse los dientes o fumarse un cigarro... (E11-US18)

---

Las drogas, el alcohol, y el tabaco también. Pero, bueno el tabaco no contiene la droga pues entonces no sería tan nocivo. Pero igualmente ... las drogas y el alcohol es aún más que todo.... (E5-US31)

---

Para mí, el mayor riesgo es fumar, alcohol y drogas. (E4-US49)

---

Para mí es fumarse un cigarro, o tomar...las drogas...(E1-US46)

---

beber, fumar... por ejemplo hacer dieta por tu cuenta, que a mí me han dicho que eso no es que sea bueno. Luego, yo que sé, tomar ciertos productos para que tú crees que te adelgazan o te hacen así, yo que sé... es como hacer algo que pone en riesgo tu salud...(E14-US24b)

---

Básicamente drogarse... o beber cada fin de semana... o... (E13-US34)

---

hay niños también que, para desayunar, aquí en el patio, Coca Cola y cosas así y eso no es muy bueno... Y también hay gente que fuma... (GFA1-US14)

---

Hombre sobre todo el tomar alcohol y drogas... y tener muchas novias y muchos novios. Tener muchos amigos con derecho a roce, sexo. (GFA1-US102)

Los adolescentes reconocen que llevar a cabo conductas de riesgo tiene consecuencias, apuntan que sí las conocen, pero dicen no "pensarlo" en ese momento.

Igual es consciente pero ya no le importa. Más bien sería como, consciente, pero, bueno no totalmente consciente. Si lo sabe lo que puede pasar, pero no le importa en ese momento (E5-US37)

---

yo creo que para mí que no lo saben ..., pero creo que hay gente que puede saber lo que les espera luego, pero, para mí que no lo tienen presente o no lo saben... (E11-US20)

---

yo creo que sabemos, quizás hay algo que alguien no sepa, pero yo creo que en general todo el mundo sabe, otra cosa es que no lo haga, que no quiera..., pero saber se sabe. (E10-US30)

---

yo creo que sí, lo que pasa es que una cosa es saber y la otra es llevar a cabo lo que sabes. Porque quizás sabes que comer dos paquetes de galletas oreo a la semana es malo, pero quizá lo sigues haciendo porque mira o porque no sé.... Pero yo creo que saber se sabe, quizá no más en el apartado técnico ... Pero si lo que entre comillas es bueno y es malo si se sabe. (E6-US12)

---

En aquel momento que lo haces, no es consciente de ello. (E6-US34)

---

Yo creo que todos sabemos que puede pasar, porque lo dicen mucho... pero si lo haces es porque quieres, nadie te está obligando. Tú ya sabes lo que puede llevarte después. (E12-US25)

---

Claro que las sabe. Si si que las conoce.... (E13-US36)

---

*La gente, si se va de fiesta le da igual todo.... Dicen "esto es una fiesta", "por una vez no pasan nada" (GFA1-US89)*

---

*Y no se pueden dar cuenta que les puede influir cuando sean más mayores, ahora están por lo que están y no se paran a pensar en lo que les puede influir. (GFA1-US101)*

---

*en realidad, la gente de nuestra edad pasa como bastante... como que hay más tiempo para cuidarte, no ahora, ¿sabes?... no pasa nada (GFA2-US12)*

---

*Sí, en el momento que lo pruebas, por ejemplo, el tabaco, no piensas en lo que te va a pasar luego... (GFA1-US98)*

Además, piensan que estás son más a largo plazo, y que puede acarrear problemas de adicción, en los estudios y de enfermedades. Señalan también que no son iguales para todas las personas.

*Pues que tenga mala condición física. Igual no porque es depende de la persona yo pienso ¿no? (E9-US58a)*

---

*depende mucho de la persona, y creo que todo el mundo se conoce a sí mismo y sabe que quizás si come mal no le pasa nada porque es así de constitución o no se algo así. o... otra gente sabe que si no hace ejercicio no pasa nada porque se mantiene en forma igual...(E7-US30)*

---

*después tal vez, cuando ya has parado de fumar o lo que sea, después puedes tener dolor de pulmones o que te cuesta más respirar, pero claro eso ya no lo has pensado y el cigarrillo ya te lo has fumado. (E10-US35)*

---

*... tú puedes fumar por el simple hecho de que te sientes mejor porque al ser una adicción cómo que tú te aferras a él y como que ya no puedes parar. Cuando te das cuenta de que te estás haciendo daño dices 'ahora cómo lo paro' y ya lo intentas parar y siempre acabas, en vez de mejorándolo, empeorándolo porque después te viene la adicción de fumar muchísimo más, pero tanto como maría como un millón de cosas... (GFA2-US62)*

---

*Por una parte, sí que lo sabe, pero por otra parte no. No se sabe lo fatal que puede ser y entonces dice: 'bueno pues por qué no? una vez...', pues no me ha pasado nada, pues otra vez. pues no me ha pasado nada, pues otra vez'.... Y así consecutivamente hasta que un día dice: 'bueno pues ya paro', y no puede parar. (E4-US50)*

---

*.... Ósea si a la adolescencia no te cuidabas, osea si tú te drogas y cosas así seguro que lo haces un bachillerato, porque te vas mucho de fiesta, no puedes estudiar.... Aunque seas muy inteligente y tal... pero no puedes... no sé yo creo que afecta todo. Entonces puede que a los 24 años no hayas acabado la universidad porque puede que no hayas ido. O puede que no estéis saliendo con alguien porque no sé... (E3-US48)*

---

*A ver todas sabemos lo que nos hará bien o lo que nos hará mal. Pero no creo que sepamos si, si eso nos puede perjudicar o no. no creo... a ver si sabemos que nos puede perjudicar, pero lo que nos puede pasar en un futuro o en un tiempo que sigamos haciéndolo no lo creo, porque tampoco hay gente que lo explique... (E3-US25)*

---

*primero ya se ve. O sea, si tú ves alguien que no se cuida, le ves porque está .... ¿Digamos, asqueroso ... sabes? Y bueno... es eso... peor apariencia física... también, tu dejadez aumenta. Y entonces das como menos importancia a cosas que en realidad son importantes y entonces ya pues pasas a más cosas que también... (E2-US4)*

---

*Pues por ejemplo si fumas, acabas o con un cáncer o con los pulmones fatal. (E2-US22b)*

---

*no lavarse los dientes también se ve si no se los lava. Primero porque tiene olor y después por la vista. y... (E2-US27)*

---

*conozco a gente que lo ha hecho. Beber alcohol en plan: "bueno por una vez no pasa nada, estamos en las fiestas". Pero luego, claro haces cosas que son tonterías...(E1-US47)*

---

*No tener riesgo a corto plazo, pero si sería el consumo de drogas o fumar o también beber alcohol. No es algo que te haga daño a corto plazo, pero sí que lo notas a largo plazo.... (E6-US31)*

---

*Si tú estás fumando... a la persona que veas fumando, dentro de un tiempo no la vas a ver súper feliz, la vas a ver tosiendo y súper mal, ahogándose.... ¡No me jodas! porque ha habido profesoras que... fatal, y es porque fuman... (GFA2-US173)*

---

*Depende de a qué edad. Y también, en la cantidad que hagas las cosas... si bebes un día una cerveza, pues un día no pasa nada. Pero si es algo que acostumbras a hacerlo pues entonces sí que pasa.... (E2-US13)*

Entre los motivos que se identifican para seguir según que conductas los adolescentes dicen hacerlo "para hacerse el guay" o "hacerse el mayor". Opinan que depende de la persona, pero que en grandes rasgos hacen muchas cosas para buscar la aceptación social entre ellos.

*A ver, eso... Depende. también puede ser por los amigos, por, también porque por ejemplo yo me encontrado a gente que se quiere hacer el chulo porque se ve que no le hacen caso, y se pone a fumar o a beber..., para llamar la atención. O también, no sé, también es porque quieres crecer demasiado rápido, entonces ya pues dices, ah da igual si tengo 13 años, ¿qué pasa? Y entonces por probar no pasa nada, ¿no? ...en las fiestas, y todo eso... (E14-US29)*

---

*Por ejemplo, si alguien fuma, sabe que se está poniendo en riesgo, pero por hacerse... o el guay o algo por el estilo pues lo sigue haciendo, para creerse otra cosa... (E13-US23)*

---

*y entonces como que la gente que fuma así sin pensar lo hace instintivamente para que los demás lo vean. No se fumarán un cigarrillo así y no lo dirán porque casi toda la gente que lo hace, fuma delante de la gente para que la gente lo vea y diga mira esta fuma. Para aparentar algo que no eres. (E10-US37a)*

---

*Hay gente que por las mañanas lo hacen ahí (se refiere a fumar) en la puerta tú sales del cole a las tres y todo el mundo..., y lo hacen encima para hacerse los chulos. (GFA1-US15)*

---

*Por las parejas y las influencias que tiene y por la imagen que quiera dar, hay gente que fuma para hacerse el "gallito" (GFA1-US92)*

---

*Hay gente que lo hace para hacerse el gallito pero no consigue nada. (GFA1-US93)*

---

*A ver, es verdad que se les hace más caso. Aunque sea para decir que lo están haciendo mal, se les hace más caso. Llamen la atención. (GFA1-US95)*

---

*La gente... la gente joven cómo nosotros lo que quieren es más chulear ¿sabes? Cómo hacerse más de mayores... (GF2-US61)*

---

*Y por modas, por hacerse el chulo.... Y las influencias. (GFA2-US113)*

---

*Es más, para... en plan, no sé... para hacerse... yo soy el más guay porque fumo y parezco más mayor y todo eso... yo creo que es por eso. O tal vez, para evadir problemas o pensamientos... (GFA2-US136)*

---

*Por creerse guay o creerse más mayor de lo que es. Ya llegará... cuando sea mayor ya será mayor... Se quieren adelantar demasiado. (E13-US37a)*

---

*Yo creo que es la personalidad o igual también por lo que he dicho antes de la sociedad. Para que los vean más arriba o más status..., como más mayores... (E9-US39)*

---

.... es como que te crees mayor y quieres ser mayor. Entonces estás como que tú quieres ser mayor, y quieres hacer cosas de mayor. Pues te vas a fumar, ¿por qué? Porque yo soy mayor claro.... es como que quieres ser mayor. Yo quiero ser mayor, te cueles en las discos de 18 porque quieres ser mayor claro... Te intentas saltar muchas cosas porque tú quieres ser mayor. (E3-US36)

---

Por ejemplo, en los institutos y todo esto para parecer más grande, para decir "soy muy chulo" o, por ejemplo, cuando no tienes amigos ... Bueno cuando no tienes amigos o te molestan o algo así pues te vas con los grandes o lo que sea y te fumas un cigarrillo y dices 'ahora ya soy más chulo, no sé qué .... (E10-US36)

---

Buscas que te acepten... si alguien está excluido de un grupo, también lo hacen para que digan 'mira este que guay'. (E13-US37b)

---

De la personalidad igual, o de la gente con la que van (...) porque igual si dejas de hacer una cosa, igual no estás tan aceptado o no sé, depende... (E9-US31)

---

...no sé, diferentes situaciones que influyen y dan paso a que tú hagas ciertas cosas. Por las parejas que puedas tener, las influencias, y por la imagen que quiera dar.... hay gente que fuma para hacerse el "gallito" (GFA1-US92)

---

Es más, para hacerse... yo soy el más guay porque fumo y parezco más mayor y todo eso... yo creo que es por eso (...) o también para evadir problemas o pensamiento... lo que sea (GFA2-US136)

Por otro lado, también creen que el estado emocional y los problemas familiares pueden interferir en las conductas de riesgo que adopten.

Yo creo que se hacen esas cosas cuando te sientes mal, cuando te sientes triste, cuando te sientes no se... en esta edad te sientes como que nadie te entiende, ¿sabes? Yo creo que sería en un momento de esos que dices: inadie me entiende!!.... O cateas exámenes y la profe te hecha de clase y encima llegas a casa y tu madre no te pregunta que tal el cole como siempre, aunque tú siempre le dices que da igual que me dejes no sé qué.... Puede que no te lo pregunte ese día, porque puede que esté más cansada.... Entonces ya te sientes, mira ya no me lo ha preguntado no sé qué... (E3-US56)

---

Yo creo que si tú tienes problemas familiares. No te hacen caso, si estás triste, nadie me quiere y no sé qué...pues te empiezas a buscar otras cosas para ver si, para probar cosas nuevas.... Para que te haga feliz... y buscar felicidad... buscar en otro sitio.... como afecto, por eso hay muchas chicas que se quedan embarazadas jóvenes y cosas así porque buscan que alguien las quiera porque no, en la familiar no encuentran o algo así... (E3-US28)

---

Ella lo hizo por su madre, no por nada, porque su madre fumaba mucho y a ella no le gusta que fumará y entonces... Pero ahora por ejemplo la madre se le ha muerto y ahora dice que quiere fumar, porque como se le ha muerto la madre para acordarse de ella. Entonces si tienes problemas pues al igual vas a las drogas por eso ¿no? (E9-US47)

---

Pues a lo mejor sus padres le han... le han... enseñado... Bueno le han enseñado mal y pues él ha aprendido los pasos de sus padres y no sabe... no... o sea a parte de sus padres nadie le ha enseñado y no sabe de otra forma de la que le han dicho. (E11-US33)

---

Yo conozco a una persona que fuma porros por cosas familiares y comenzó como una tontería y está acabando como algo muy grave pero... comenzó con la chorrada de los amigos ...y con el paso de los años... problemas familiares que también se le han metido por el medio, etc. (GFA2-US110)

---

beben para alejarse de la realidad y pues cuando se les pase el efecto la realidad va a seguir ahí. (GFA1-US27)

---

la gente que fuma no tiene porque... o sea a lo mejor fuma para... olvidarse porque tiene muchos problemas en casa (GFA2-US58)

---

*Yo creo que no lo hace porque sí (el seguimiento de conductas saludables) ... lo hace por problemas o porque no está bien... (GFA2-US59)*

---

*Yo también creo que te influyen los problemas familiares porque si tu... por ejemplo, tu acabas de sufrir, yo que sé, que tu madre ha sido maltratada o que tu tío se ha muerto o lo que sea, también eso es influyente y te va creando... (GFA2-US106)*

▪ **Subtema 2: Influencias**

Los adolescentes apuntan que las mayores influencias son las malas compañías y el tipo de relaciones que tengan con los amigos.

*Bueno, depende... Depende de con quien vayas. Yo las únicas veces que he ido con mis amigas y no es nada malo. Pero se de niñas de mi clase que van de veraneo, van con amigos y tal, y luego pues se van por ahí y ... entonces claro... (E1-US48)*

---

*En mi caso es más .... porque tengo miedo de que me llegue a pasar algo o que a la mínima que me equivoque de compañías me puedan llevar a ir a tomar drogas o... me influyan (E1-US41)*

---

*Y depende si también te juntas con malas influencias, pues intentar no juntarse con ellas. Porque si no pues vas en mal camino... (E14-U30c)*

---

*a veces hay amigos malos que podemos decir, que son los que empiezan porque tienen más amigos por ahí y .... pues entonces esos amigos malos empiezan a beber y entonces el amigo del amigo malo bebe y el que no le pasa nada que esté bien pues también bebe y entonces va acogiendo adicción... (E4-US68)*

---

*A lo mejor los amigos, que ya lo hacen, lo empujan a hacerlo para que lo pruebe y después no puede salirse del tema. (E11-US23)*

---

*Yo creo que es por los amigos, por eso lo haces... (E9-US44)*

---

*la sociedad y los amigos, porque hay mucha gente que, igual fuma, y por fumar va con una gente porque ya fuman ¿no? Entonces, para relacionarse con ellos (... ) (E9-US10)*

---

*Pero la mayoría igual si te dicen 'fuma, fuma, fuma' igual para que se callen le pegas 'un tiro' y ya está.... Pero ya lo has hecho por los demás. (E9-US46b)*

---

*¡Pues depende... por ejemplo muchas veces tú sales y tus amigos están fumando o lo que sea y te dicen 'venga va fúmate uno!' Y tú dices 'no no no' y ellos 'venga va que no pasa nada' y al final caes y te fumas uno. (E10-US38)*

---

*Los amigos, la gente con la que se junta... esto es muy importante. (E13-US38)*

---

*Pues porque son amigos, le dice: fuma fuma que no pasa nada o algo así... y tú lo haces (E4-US15c)*

---

*Sobre todo, es relacionarse con personas que no tiene que relacionarse y acabar drogándose o fumando. Eso es una conducta de riesgo importante... (E5-US28)*

---

*Las relaciones que tengas y la hora de salir, salir de noche sería bastante porque ahí es cuando hay más acto vandálico y cosas así de las drogas y todo. Sería como la hora punta...(E5-US32)*

---

*Yo creo que los amigos, el entorno... Y lo que ves y lo que la gente hace más caso...o sea, a veces la gente hace más caso una persona que va salir de fiesta, fumar... (GFA1-US88)*

Se destaca también la relación con el tipo de colegio al que pertenezcan, los adolescentes dicen que según el tipo de colegio al que vayan, es un factor que les diferencia entre ellos.

*Opino que evidentemente las influencias también son muy importantes en esto por ejemplo eh... Yo tenía un compañero en clase el año pasado que tenía muchas amistades con chicos de escuelas públicas y fumaba. Y se drogaba. Este año ya no está en el cole, pero claro esto también influye mucho, las influencias con los que te vas y todo eso. Las influencias son bastante importantes. (E5-US5)*

---

*conozco a niñas de otros colegios, pero en plan más instituto y bueno creo que para ellas, a ver, no lo hacen todos, pero yo creo que se haría más que un colegio que te están toda la vida ahí diciendo que es malo que no sé qué, tan encima.... A ver, no sé si ahí se dice si es malo o no, pero, es obvio, pero allí los veo con más como con libertad. Como que hacen lo que quieren.... En los colegios que están más por ti, algunas sí que hay que hacen alguna tontería. Pero..., yo creo que casi nadie. (E1-US49)*

Por otro lado, apuntan que los medios de comunicación, así como donde busquen la información les influye mucho para acabar haciendo según que conductas.

*también en la tele se pinta como algo que no eres un chico grande hasta que no bebes, o lo que sea... (E6-US36)*

---

*depende de los medios que busquen les puede afectar más en lo que ellos quieran. Por ejemplo, no sé, si buscan drogas no sé qué y cosas así.... depende de donde lo busquen, webs y tal, pues no les puede hacer bien.... (E3-US77)*

---

*mmm.. a ver influye, influye lo que pasa es que mucha gente cuando mira algo.... De... una experiencia de una anoréxica para que no te vuelvas.... Hay niñas que dice: ¿ah y ahora está bien? Pues va. ¿Y ahora está bien? Pues anda yo igual. Yo me adelgazo tal, ahora tiene un tipazo y te explica su experiencia pues anda yo también. Entonces sabes no sé, es depende... (E3-US52)*

---

*A ver yo creo que, por ejemplo, la televisión, yo creo que a veces influye un poco, porque salen muchos anuncios, yo que sé, de que si tabaco tal, aunque sean cigarrillos electrónicos y eso. Y también las revistas y todo eso. Entonces yo creo que también de ver todo eso, pues la gente ya se va informando [...] es un poco también por la calle que ves a la gente con los paquetes y las máquinas y todo (E14-US33)*

### **Tema 3: Adquisición de un hábito** (Adultos - grupos mixtos)

A través del entorno más próximo al adolescente se ha podido ver como entienden la salud los adolescentes, y detectar aquellos factores que pueden ser claves para la adquisición de un hábito, asimismo ver como perciben desde su posición las dificultades que se encuentran los jóvenes a esta edad. Detectando a su vez las necesidades en salud para este grupo poblacional.

#### ▪ **Subtema 1: Creación de un entorno saludable**

Ente los factores de mayor peso para contar con un entorno saludable, se identifica el estilo de vida adoptado; en este sentido, el grupo de adultos se reafirma pensando que la práctica de un deporte es un punto clave para crear un entorno saludable, aunque se reconoce la necesidad de un cuidado integral. El entorno escolar por su parte señala los esfuerzos que realizan para ofrecer oportunidades en este aspecto.

*A muchos nos ayudaría, el tema del deporte, que pudieran acceder una vez a la semana a un gimnasio y después... fomentar también este hábito... de ducharse siempre... (GFM2-US97)*

---

*El deporte es muy importante. (GFM2-US27)*

---

*Yo pienso que el deporte es una muy buena actividad para el cuerpo, para la mente, para relajarse, para todo... lo que pasa es que es esto, que debe gustarle al niño, y que además tenga tiempo para*

*otras cosas, otras actividades, ... quiero decir que no esté reñido con otras actividades a su edad (GFM1-US66)*

---

*Hombre deportista por supuesto. Yo eso lo tengo clarísimo y que tenga autoestima. Autoestima en positivo, que a veces la auto-estima está cargada de cosas negativas. No que me quieran los demás, me quiera yo. (GFM1-US29a)*

---

*es también la alimentación. Comprar productos frescos es muy caro, es muy caro... Lo que no puedes hacer es estar haciendo deporte en una extraescolar porque además recibe una beca y estar comiendo bollería todos los días. Entonces va a tener un sobrepeso y un riesgo cardiovascular, aunque esté haciendo deporte, es un cuidado integral.... (GFM1-US82)*

---

*hacemos un montón de intercambios entre primaria y secundaria (se refiere a montar los grupos de clase). Se habla muchísimo y se siguen los consejos también de separar. (Se refiere a separar alumnos "buenos/malos" actitudinalmente o académicamente) ... También ...es una herramienta muy buena a utilizar. (GFM1-US169)*

---

*Igual también, facilitar a veces... cuando son más pequeños, si les pones en ambientes concretos, con grupos de gente que sabes que tienen hijos de esa edad o los llevas de "esplai", que sabes que tienen también... es más fácil que surja de ahí amistad, y ya luego, quedan ellos con los amigos. (GFM2-US131)*

---

*yo como madre lo que busco mucho es que el entorno, los modelos que tenga, ... que buscas un entorno que sea más saludable para él. (GFM1-US69)*

---

*Sí, pero le tienes que intentar dar otros entornos (se refiere a parte del colegio) Sin darles la 'chapa', como dicen ellos, intentar que vean otras cosas porque si no cómo te desentiendas un poco, eso corre cómo la pólvora... y se desmadran (GFM1-US124)*

Otro aspecto a destacar relacionado con la adquisición de una vida saludable es la práctica y el hábito de ciertas conductas de una manera integrada desde la infancia. Por ello, el grupo verbaliza la necesidad de enseñar todas estas 'hábitos y conductas' de manera que se establezcan en los jóvenes de manera natural, y surjan involuntariamente.

*Lo que se pretende es que su salud sea... bueno su vida en sí, lo más larga posible. Creo que, desde un punto de vista sanitario, el trabajo de prevenir..., es un trabajo que no solamente se tiene que dar a la edad que a lo mejor se produce o se ven los primeros síntomas de que ese adolescente, quizás, no tiene su autocuidado bien hecho o no hace... me refiero en general, no al hecho de ducharse solamente, ... (GFM2-US10a)*

---

*Con la práctica, se aprende el hábito, el lavarse las manos siempre después de hacer plástica, y cosas así... (GFM1-US9)*

---

*Lo que sí hay que ser consciente es que no puedes querer hacer algo con unos resultados para ya. Lo que queremos es que esos adolescentes día a día tengan las ideas muy claras, para que cuando ellos sean .... (se refiere a mayores) ... No hablamos de unos resultados inmediatos... Aquí está empezando a caminar.... (habla del adolescente) (GFM2-US174)*

---

*entonces, en la adolescencia si lográramos en familia y en la primaria trabajar todo esto... no llegarían tan... como para asimilar más cosas, sino que lo tendrían asimilado como los hábitos que ya damos por hecho como limpiarse ellos, como ducharse todos los días, como lavarse los dientes. Eso es un autocuidado que lo hemos introducido mediante cómo hábito. (GFM1-US8)*

---

*cuando ellos conocen el hábito lo hacen enseguida, en casa en el cole, dónde sea...lo tienen integrado (GFM1-US12)*

---



*Pero es que el problema viene ahí... una vez que tu reconozcas el hábito, los niños ya lo hacen solos. (GFM1-US10)*

---

*Es que los hábitos... no piensan si está bien o está mal... si tú ya para comer te sientas en una mesa y en una silla, tú ya no piensas el por qué te sientas en una mesa y en una silla, simplemente te sientas, entonces lo mismo que lo demás... (GFM1-US108)*

---

*es como los hábitos que empezamos desde pequeñitos, ampliar un poquito esos hábitos, porque en sí no es algo para..., es que es para su salud. Entonces, una vez tienen adquirido el hábito ya es un autocuidado... (GFM1-US7)*

Cuando debe iniciarse el aprendizaje por la adquisición de un buen autocuidado es otro de los determinantes surgidos a través del análisis de la información obtenida. En este sentido, el grupo de adultos opina que la preparación debe darse de manera temprana, apuntan que esta puede ser la clave, ya que a estas edades precoces la educación sobre el autocuidado puede tener mayor impacto y beneficio para este grupo poblacional. Todos apuntan a la responsabilidad como un valor importante.

*Es un trabajo que yo creo que hay que trabajarlo desde que son muy pequeños (GFM2-US10b)*

---

*A mí me gustaría que fuera bastante más precoz. (GFM1-US1a)*

---

*(...) debería empezar antes de la adolescencia. (GFM1-US3)*

---

*Claro, no les cuesta. Por eso si llegan con un conjunto de hábitos a la adolescencia, dentro del jaleo hormonal que tienen, pues ya tienen algo adquirido. Enseñar en la adolescencia e starde... (GFM1-US13)*

---

*Yo creo que lo bueno sería cogerlos cuando son impresionables. Es decir, yo me he topado con mis hijos pequeños, haber tenido una charla pues del cáncer, por ejemplo, y entonces llegar a casa tan impresionados, con tanta información... y el decirte es que 'esto no hay que hacerlo porque no sé qué'... es que claro es una edad donde es... donde les va a afectar tanto creo yo... entonces, si poco a poco se van poniendo granitos, yo creo que cuando llegamos a la adolescencia el camino es más fácil... sino cuando llegamos a la adolescencia sin un camino previo hecho... (GFM2-US35)*

---

*O sea, el autocuidado en niños empieza en edades en las cuales ellos empiezan a sentirse personas, cuando tienen que enseñar cómo son, físicamente exterior, y esto se inicia en la adolescencia. Aquí es cuando toman conciencia de la importancia del autocuidado personal exterior, ¿no? (GFM1-US1b)*

---

*Tienes que hacer un tejemaneje con todo y claro..., por ejemplo, el deporte, tiene que empezar a los 6 o 7 años ya, con actividades... quiero decir no puede empezar con 12 años... Tú le tienes que apuntar a un deporte, o a dos, los que sean y el niño a medida que vaya viendo lo vas cambiando o lo que sea, pero crear un hábito sano pronto ... a veces empezamos tarde (GFM1-US75)*

---

*Yo creo que, a parte, es... la responsabilidad, no el hecho de intentarles explicar de qué manera se debe de hacer... creo que en la adolescencia también deberíamos responsabilizarlo a ellos, según de qué cosas, tareas... no solamente en casa, en el colegio, el ámbito que sea... darles responsabilidades... y no para hacerles luego un castigo si no lo haces, de la misma manera que no va a ver un premio... No sé si me explico, porque yo creo que lo hemos hecho todos los padres, 'vas a tener un premio si sacas buenas notas'. ... ¿ellos de qué van? De voy a sacar un 5 para que me compren una cosa. Y, no, es 'tú estás estudiando, tu responsabilidad es sacar buenas notas y aprender todo lo máximo o esforzarte para ello, aunque no llegues al 10'. Pero hay un esfuerzo y una responsabilidad por parte de él. Sin premio.... Y esto debería ser también, pero no solo en los estudios... en todo (GFM2-US124)*

Se destaca también del análisis de la información el valor positivo que tienen los amigos a esta edad para que los jóvenes sigan ciertas conductas. El grupo de adultos verbaliza que entre ellos mismos ya se van condicionando de manera positiva.

*El entorno entre iguales es lo que funciona, por ejemplo, la higiene personal funciona mucho, ¿sabes por qué? Porque crea rechazo... van muy bien también las colonias... Porque no quieren sentarse a tu lado, y entonces al minuto uno llegas a casa, te duchas y ya está. (GFM1-US93)*

---

*Cuando uno se siente rechazado en un grupo y entonces cambia de grupo y aquí viene el problema porque normalmente va al negativo... (GFM2-US128)*

---

*Si tiene unos amigos que son unos "guarretes", el niño se vuelve un "guarrete". Y si tiene unos amigos que más o menos son aplicados, que les gusta el deporte, que más o menos les gustan las cosas sanas, el niño te sale más sano... Es una influencia positiva. Es muy difícil que de un grupito sano se vaya a uno "guarrete" y al revés igual... (GFM2-US127)*

---

*me parece que son complementarias y el efecto es clave tanto de los padres, como de los profesores, como de algún alumno referente, que le ven alegre y sano, y eso es guay...pero también crear hábitos desde pequeños.... Es un todo (GFM2-US23)*

---

*[...] Estoy pensando ahora, por ejemplo, en actividades que hemos hecho en la universidad y en las que hemos visto que cuando involucras, estudiantes de primeros cursos de universidad con adolescentes, y que vean que es muy joven el que le está diciendo qué pasa cuando te pasas, llega mucho más que si es un adulto el que les está diciendo no hagas esto que está mal, que te va a hacer daño... (GFM2-US25)*

Un último aspecto a destacar como elemento importante para la búsqueda de un entorno saludable, es fomentar una mayor implicación por parte de todos (entorno más próximo) en esta difícil tarea. Las familias reconocen que necesitan de mayor apoyo y ayuda para hacerlo mejor en este sentido, y expresan que la formación en materia de salud debería estar más focalizada a las familias.

*Para mí la escuela tiene que ser un grupo de padres, profesorado y personal sanitario. Hay muchas cosas que a nosotros se nos escapan como padres, pero los niños a veces pasan más horas con los profesores, en el instituto (GFM2-US19)*

---

*pienso que, en esta etapa, nos unamos todos los grupos tanto de padres, de profesores, de personal de la salud e incluir a los adolescentes. (GFM2-US25)*

---

*los implican tanto (habla de los padres) en primaria, y desde la primaria les hacen a los padres participar tanto e implicarse tanto que claro, llegan aquí (se refiere al instituto) y llegan cansados.... Aunque no hablamos de una implicación diaria. No me refiero a.... Igual que yo voy a ver el festival de mi hijo de final de curso, voy a ver cada trimestre charlas o estas sesiones igual... (GFM2-US171)*

---

*Desde mi punto de vista, yo creo que vamos a mejorar. Cada año tienen más información (habla de los padres), y sí que está internet, pero bueno, cada vez también hay padres menos ocupados y con más tiempo por el paro o por lo que sea... y se implican más con los hijos (GFM2-US175)*

---

*Pero a veces los padres también necesitamos que alguien nos dé la importancia que tienen esos hábitos. Hay muchas personas que no... normalmente la gente que está formada igual si lo sabe bien... pero no toda la gente es así. (GFM1-US26)*

---

*Todos creemos que como padres realizamos el trabajo ya bien hecho. no digo que no, seguramente sea el que creemos nosotros mejor que es, (...), lo vemos de una manera y es la mejor forma, porque seguramente es lo mejor, pero quizás a lo mejor con unas pautas... que nos dijeran 'mira, esta pauta, esta y esta sería buena para cuidar bien'.... Y puede tener una repercusión para bien. (GFM2-US12)*

---

*Asesoramiento a los padres es necesario.... (GFM2-US163)*

---

*Yo doy por hecho que unos padres siempre quieren lo mejor para sus hijos y que no lo van a educar en algo que les traiga problemas, por lo menos de salud, pero a veces están un poco perdidos en cosas tradicionales o que han venido de antes... Entonces, si tú, (...), abres un poco el camino yo creo que los padres enseguida... sí que es verdad que claro, no es lo mismo con los ojos cerrados que un poco abiertos y que le ilumines (se refiere a tener conocimientos) ... (GFM1-US27)*

---

*Yo creo que esto ya viene desde que tú estás embarazada que vas a las clases de parto, (...). Qué bueno te preparan para el parto, pero nada más, pero luego después del parto tienes el bebé y aquí búscatelas. Y luego viene toda la educación... y en la adolescencia, toda una sorpresa... yo creo que es enseñar a los padres para mejorar el autocuidado de los niños(GFM1-US4)*

▪ **Subtema 2: Importancia de la educación y rol de la familia**

En este sentido, la educación recibida se identifica como otro de los grandes factores determinantes en la adquisición de un hábito. El grupo de adultos pone énfasis en la importancia de transmitir el valor que tiene cuidarse, y como la familia es la pieza principal en la que se debe dar este tipo de educación. El grupo transmite a través de sus relatos que el hábito o conducta no es un simple comportamiento aislado si no que viene precedido del valor que se le dé a ese hecho en cuestión. En este sentido, la escuela opina que de ser así todo es mucho más fácil.

*la familia es mucho más importante que lo que quizás dices cuando hablabais de P3. La escuela es como pintar, entonces el niño tiene que venir un poco formado de casa. Si no viene un poco formado de casa tú estás pintando sobre hierro o aluminio y a la que haces un poquito así (hace como picar) se descascarilla. Si vienen un poquito formado estás pintando sobre madera y te quedará precioso. (GFM1-US22)*

---

*Quizás lo que las familias tenemos que dar es el valor en sí para que luego en la escuela se pueda trabajar el hábito. (GFM1-US32)*

---

*Yo creo que la familia como puerta de entrada... Yo pienso que es fundamental. (GFM1-US42)*

---

*Quizás a la hora de que van haciéndose más grandes, adolescentes y que llegan a ser adultos, creo que tienen que tener unas bases bien puestas ya, no solo a nivel sanitario, porque nosotros hacemos nuestro trabajo, pero creo que como madre también, y tener hijos también en esta etapa, creo que es importante tener el trabajo un poco desde ahí, desde la familia, en casa... (GFM2-US11)*

---

*Y, ¿no crees que esa base va unida a los valores? La cuestión de los autocuidados, de los valores que tengan que venir con una base y que la base... es decir, yo puedo enseñarte a lavarte los dientes todos los días, aunque te cueste si te han enseñado que el esfuerzo es un valor positivo... Si la autoestima por ejemplo es un valor a la seguridad, el hecho de... de decir... sentirse bien, no fumar, no hacer... son pequeños hábitos o pequeñas actitudes pero que están detrás de un valor, que es el valor de mantener la salud, el valor de esforzarse, el valor de respetar, de respetarme... ¿no? (GFM1-US31)*

---

*Los hábitos son los hábitos, pero claro a veces... Si no están basados en algo, en un valor, los pierdes..., porque piensas '¿Por qué estoy haciendo esto?', en algún momento se lo plantean... y si no hay una base... (GFM1-US105)*

---

*Por ejemplo, hay extraescolares, que trabajan el valor del esfuerzo, y no hace falta que el niño sea bueno haciendo el deporte en sí, porque si no es bueno además no le gustará... pero si le gusta así se trabaja el valor del esfuerzo, del respeto... (GFM1-US67)*

---

*Yo creo que ... toda la base de todo está en trabajar desde abajo (se refiere a los valores). Desde abajo... (GFM2-US102)*

---

*Es que el hábito no es más que lo que se ve del valor... (GFM1-US33)*

---

*Yo creo que sería un buen método, que todas las partes enseñemos el hecho de cómo tenemos que 'recortar' (habla en similitud de cómo hacer para cuidarse), de cómo tenemos que hacer esas cosas con los hijos... No es enseñarles cómo 'escribir' (se refiere a cosas concretas), es enseñarles como hay que empezar a hacer la escritura (hablan de la salud, de darle un valor...) (GFM2-US49)*

---

*Yo tenía claro, que bueno... su educación estaría ligada a un deporte porque conlleva muchísimas cosas que va a aprender por sí solo que no lo lleva en la vida cotidiana normal. Entonces ya no es el deporte, es el hábito, bueno, el esfuerzo físico, otros valores... Ya son otras cosas que implican.... (GFM1-US19)*

Por esta razón, también se observa a la familia como una gran influencia para sus hijos en temas de salud. Entre los adultos expresan el gran papel que juega la familia en este aspecto, y opinan que el colegio debe apoyar lo que en casa se transmite, buscando así puntos de unión en la educación en este ámbito. A través de sus relatos se observa la confianza depositada por las familias en la escuela y como las familias trazan la educación en este sentido con sus propias influencias.

*el autocuidado higiénico base es el que nosotros trazamos cómo lávate los dientes, tal y cual, pero es muy mínimo y aquí viene digamos dentro de la educación que le tenemos que transmitir como padres a estos niños y aquí viene la parte cultural de los padres, la parte de bagaje personal que tiene cada persona, la cual puede transmitir a los niños. (GFM1-US2)*

---

*Pero eso es cómo todo lo educativo que tú le haces a tu hijo. Tú le das un camino de lo que está bien y de lo que está mal. Cuando tú le enseñas algo que está mal, llega un momento que, aunque ellos lo hagan, saben que está mal, pero ... lo bueno es lo otro. (GFM1-US17)*

---

*cómo decía ella, cada casa es un mundo, pero una vez nos escolarizamos, cuando empiezan P3 van muy a saco con los hábitos, entonces, ya lo tomamos como algo del cole, pero no es del cole. Si es familiar... entonces darles más hincapié a las familias. (GFM1-US11)*

---

*Si tú quieres enseñar a un niño a lavarse los dientes has de estar, porque un niño por su propia luz eso es como imposible... (GFM1-US36)*

---

*Pero tiene que haber un reconocimiento por parte de todos ... hay que buscar un deporte en el cual este niño que es un poquito gordito se encuentre... a ver hay que buscar al niño qué es lo que le gusta y el entorno y la actividad en la cual se puede sentir bien. Aquí estamos los padres... ¿me entiendes? (GFM1-US73)*

---

*lo que ellos ven en casa. Si ellos ven que en casa hay unos hábitos saludables, ellos ya empiezan por ahí. Tanto en el comer, como en el ducharse, como en el arreglarse. (...). Hay ciertas cosas, que tú desde pequeño tienes que ir marcando y la verdad es que esa época es difícil pero los padres y ciertas personas, somos el reflejo de ellos. (GFM2-US17)*

---

*Si esos hábitos no los practicas en casa, el niño llegará a la escuela y sabrá que en la escuela lo tiene que hacer y en su casa no. (GFM1-US16)*

---

*Y, sobre todo, hay que controlarlo (...) y luego seguir una dieta, más o menos en casa... porque si ellos lo trabajan al mediodía (comedor del colegio) pero tú cada noche en casa se cena pizza o bocadillo... mal vamos, ¿no?... (GFM2-US89)*

---

*La escuela está para llegar a todos, a los que en casa están cuidados y a los que no... tienen más suerte los que están cuidados y familias más implicadas, ya lo vemos. Pero a los que no, pues más energía, más trabajar ... porque, lo que hay en tu casa es fantástico porque jamás podemos descalificarlo, pero ir intentando hacer un poco de mella (se refiere a transmitir valores). (GFM2-US22)*

---

*Yo creo que una de las cosas que hay, que no sé si es porque mis hijos lo han hecho, pero que se queden a comer al colegio, con todas las medidas que conlleva y todos los controles, es bueno.... Es lo más saludable. Yo creo que sí... (GFM2-US88)*

---  
*los hábitos que inculcamos los profesores... también les pedimos que hagan deberes y que estudien, que se sacrifiquen.... (GFM1-US24)*

---  
*Para mí la escuela tiene que ser un grupo de padres, profesorado y personal sanitario. Hay muchas cosas que a nosotros se nos escapan como padres, pero los niños a veces pasan más horas con los profesores, en el instituto y ven otras cosas que por ahí no vemos. (GFM2-US19)*

---  
*los hijos reproducen lo que ven en casa y si uno nunca les da limosna a los pobres, el niño tampoco le dará limosna a nadie, porque no lo ha visto en casa o si el padre fuma... (se refiere a la ejemplaridad) pero creo que también es injusto que para niños que tienen familias que no les van a acompañar en este sentido, y no les van a educar en el autocuidado bien..., ¿estos ya abandonados?... la escuela tiene que estar ahí. (GFM2-US21)*

Sin embargo, a través del grupo se percibe como la educación de la familia en esta área, no conciencia a los adolescentes. Estos piensan que para incentivar el autocuidado y con ello promocionar estilos saludables y evitar los riesgos, se deben buscar nuevas estrategias de concienciación en este aspecto, motivando e interesando al propio adolescente. El grupo piensa que así de este modo se conseguirían mayores garantías que las obtenidas hasta el momento.

---  
*quizás llevarlos a una unidad de Sant Joan de Deu o un hospital importante... Todo lo que son consejos de salud o de hábito en personas jóvenes, todo lo que vean que no sea como ellos la amenaza no la ven real.... Ya puedes explicar tú lo que quieras y decirle...(GFM1-US56)*

---  
*Yo recuerdo una vez en el colegio, que vino un chico de nuestra edad que había estado en drogas, que lo había pasado fatal, que estuvo a punto de morirse... su vida cambió por completo... empezó a ir a la universidad... yo eso lo recuerdo en mi colegio. Y, yo creo que lo que ellos necesitan también, es alguien que haya, (...), que fumen, que beban, que se diviertan, que flipen, que se lo pasen bien... pero alguien que les diga 'sí, tú puedes fumar' porque puedes probar, porque es lógico porque las inquietudes te llaman a eso pero que sepas que esto es lo que me ha pasado, experiencia real... porque si no, no hacen caso (GFM2-US45)*

---  
*creo que se le tiene que motivar... buscar cosas que le gusten y que indirectamente comporten una mejor salud, pero hacerle entender que lo tiene que hacer porque será mejor para su salud cuando es joven y seguramente dirá 'no no yo quiero...vivir, soy invencible'... y tirar de aquí, buscando cosas que le gusten y que tengan además un impacto indirecto sobre la salud.... (GFM1-US63)*

---  
*Hay que ver de qué manera hay que crear ese interés, por la salud... por hacer lo que te dicen...(GFM2-US93)*

---  
*Y yo creo que también sería... igual que hay salidas educativas para deportes y tal, una salida educativa a un hospital. Ir a un hospital y ahí visitar a la gente y se les da un paseíto por allí y a algunos se les cambia la cara. [...] cuando van allí y lo ven, y personas de su edad... eso es más complicado...Accidentes de circulación... por alcohol. Un paseo por la Guttman o algún sitio de estos... ver las consecuencias... Una noche en urgencias, con algunos casos... accidentes, gente con alcohol, accidentes de moto horrosos, peleas... chicos drogados...(GFM2-US73)*

▪ **Subtema 3: Influencias y dificultades detectadas**

El rol de la familia en la relación con los hijos, se remarca como uno de los factores más importantes. Aquí las familias expresan como en ocasiones su estilo educativo no es el más idóneo para la transmisión de ciertos hábitos, y verbalizan las dificultades a las que se deben hacer frente en su tarea como educadores a estas edades. Asumen que entre las barreras que más se lo impiden es el factor tiempo, y el asumir ciertos errores propios delante de los hijos.

*Puede que la mayor parte sea la comunicación con los propios padres. Cuando llegan a cierta edad, si no está trabajado, no comunican a sus padres. Si tú preguntas ¿cómo va en el colegio? Siempre desvían, ¿cómo va con los amigos? Bien, ¿tienes algún problema? Ninguno. No hay más comunicación. Si tú no lo has trabajado durante mucho tiempo, (...), no tienes información. Yo creo que aparte de ser madre o padre hay que ser amigo. (GFM2-US28)*

---

*Están los dos extremos. Yo creo que hay padres, (...), muy protectores con los hijos, que están pendientes a dónde vas, con quién vas, que haces... como otros que, por su condición o porque están trabajando, el niño está más libre... (GFM2-US5)*

---

*¿Cómo peleas contra un adolescente? Tú les puedes enseñar hábitos bien desde que es pequeñito, antes de comer te lavas las manos, te lavas los dientes, no se fuma porque es malo para los pulmones... Pero... (GFM2-US14)*

---

*Yo creo que a veces también hay que echarse la culpa a uno. Hay padres... volvemos a lo mismo, hay padres que son más permisivos y mira con tal que no me den la lata 'toma 20 euros y sal esta noche'. Eso a las 10 de la noche en casa y viene a las 3 de la mañana. ¿cómo llegaste a las 3 de la mañana? 'sí, porque salieron...' (GFM2-US51)*

---

*Si les ponemos muchas barreras somos unos padres tiranos y si los dejamos somos unos padres muy permisivos y van muy por libre. (GFM2-US7)*

---

*perfecto tampoco no hay nadie, quiero decir que intentas hacer las cosas muy bien hechas, perfectas... a veces se te escapan cosas, porque trabajas, llevas muchas cosas en la cabeza, .... Está bien hacerlo lo mejor que uno pueda, eso sí... (GFM1-US210)*

---

*compensamos muchas veces... estamos ocupados o haciendo otra cosa ..., mi experiencia personal es que yo sobreprotejo mucho y me convenzo a mí misma pensando que es que los quiero mucho, y no, lo que quiero es que eso termine rápido y tener mi minuto. Es cómo lo de ponerse los calcetines, yo recuerdo a una amiga mía que su hijo llevaba los calcetines uno para arriba y el otro... y me decía: 'bueno, es que nadie nada enseñado, ya verás cuando lleve...' y es verdad, si se los sigues poniendo, con 5 años los niños llevan los calcetines perfectos, pero con 6 se van de colonias y no saben cómo ponérselos. Pero eso necesita un tiempo, y es verdad que a veces no nos tomamos eso... y lo de la salud igual, no le damos la importancia que tiene a eso y si no se la damos nosotros, ya no te digo en el colegio, por supuesto que no.... quiero decir las familias en ese sentido no... no acompañamos a eso (GFM1-US39)*

---

*Yo creo que todos hemos hecho alguna cosa de riesgo o no muy sana... estoy segura que por eso hay muchas veces que somos muy protectores porque no queremos que hagan muchos errores nuestros, (GFM1-US128)*

---

*No un modelo... ser capaz de asumir que te corrijan. Ya no digo un modelo... Decirle soy consciente de que yo no lo estoy haciendo bien. (GFM1-US149)*

Por otro lado, otra de las barreras que se identifican en este sentido, es el valor de la amistad y el peso tan grande que los adolescentes dan a las opiniones de sus iguales. Las familias verbalizan sentirse desconcertados, sin saber cómo proceder.

*da igual lo que tú le digas, lo que tú... conversaciones que puedas tener... a mí me encanta hablar con mi hija y con sus amigas y amigos y a veces alucino y digo qué concepto más raro tenéis de vuestra propia juventud y de vuestra independencia, es una independencia tan rara... todo dependo (...) pero eso es lo que ellos se van pasando unos a los otros y ¿tú cómo cortas eso? (GFM2-US43)*

---

*... luchas contra un muro. Si todo su círculo es así... y tú lo apartas y se queda solo... Y la consecuencia es que tú lo aíslas del grupo yo creo que el rebote todavía es mayor. Dice, 'ahora que voy a salir mayor la cojo'. (GFM1-US98)*

---

*Y a estas alturas ya la familia... ya no puedes decidir si apartar o no... claro, es que ahí ya es difícil. Te lo has de hacer ver antes e intentar controlar lo que es incontrolable, pero un poco el entorno... y cortar por lo sano, está claro. Porque es que, sino luego ni hay palabra, ni hay nada.... Como su grupo enfile... ya lo ves... (GFM1-US122)*

---

*yo tengo un hijo con asma que no puede fumar y no puede fumar y da igual que... tiene que concienciarse, pero si cuando llega la adolescencia ve que su amigo... 'es que si tú no fumas no puedes venir en el grupo o ya no eres del grupo' cómo se pelea contra eso? (GFM2-US15)*

---

*Tú conocerás las amistades que tu hijo quiera que conozcas, eso es evidente. (GFM2-US130)*

---

*El problema es que un adolescente, cuando se junta con otro adolescente, lo que le dice su padre, lo que le dice el profesor y lo que dice el sanitario, no tiene valor. Tiene valor lo que le dice su compañero. El que viene conmigo se fuma un cigarro. El que viene conmigo se bebe un chupito. El que se viene conmigo... y, esta noche vamos a llegar más tarde tú llamas a tu madre y le dices que estás en mi casa. Yo llamo a la tuya y le digo que estoy en tu casa' cómo peleas contra eso? (GFM2-US13)*

Entre las dificultades que se identifican como posibles motivos de la falta de implicación del adolescente en el mantenimiento de su propia salud, se encuentra la sobreprotección que se da para este grupo de edad en situaciones que deben vivirse en un principio con normalidad. Asimismo, también se destaca la dificultad en la conciliación familiar y en el tipo de valores que se transmiten a través de la sociedad.

*También hay mucha protección... La poca concienciación de las familias hace al adolescente... o la sobreprotección de los adolescentes, hace que ellos no se tengan que preocupar de eso o no... o no sea un cargo suyo preocuparse de eso. (GFM2-US4)*

---

*Pero muchas veces los padres esconden... ¿Por qué no llevar a los niños a ver a los abuelos al hospital? ¿porque están enfermos? O si el abuelo se tiene que morir, que se muera fuera de casa... no podemos esconder tampoco la enfermedad o a veces la muerte. Y a veces escondemos cosas que... que estamos hablando de un adolescente no de un niño, no le tenemos que esconder, las cosas naturales... a mí me asombra ver que no van al entierro de su abuelo cuando estamos hablando de alumnos de 14 o 15 años, a mí me asombra, sinceramente... puede que practiquen sexo y en cambio no les llevas al entierro de sus abuelos... (GFM1-US145)*

---

*yo pienso que a veces nos pasa eso.... Ya determinamos de que son muy pequeños y ya nos liberamos un poco. (GFM1-US147)*

---

*[...] A algunos la realidad les cambia la cara porque a veces en la propia familia, ellos tienen algún familiar con cáncer, o alguien que se pincha por algo...o lo que sea, pero para ellos eso es ajeno, ¿Por qué es ajeno? Porque los padres intentan tapárselo a su niño para que no sufra ¿no? en el ansia de protección hacemos eso ¿no? [...] (GFM2-US73)*

---

*si es cierto que hoy en día ... no se puede tener una mejor conciliación con la familia .... está evolucionando el estado de bienestar y esto tiene un impacto y presión que tiene el núcleo familiar, pues porque los dos tienen que trabajar, porque incluso tienen que cuidar a los padres que se han hecho grandes ... se está delegando mucha de esta formación o educación en los niños en otros estamentos, bueno a los profesores y así ... y ello conlleva un problema, y es que no disponen de tiempo real para hacer toda esta educación en salud, entonces... ¿de qué manera colaboran los otros estamentos para hacer todo esto que antes lo hacía la madre, por ejemplo, que estaba todo el día en casa? (GFM1-US48)*

---

*Creo que ahora hay muchas dificultades, quizás más que antes, entre otras por la sociedad que tenemos que es una sociedad súper egoísta. O sea, esa es la imagen que van vendiendo todo el tiempo en la televisión, en los juegos, en todo... ¿Cómo pelas contras esto también? (GFM2-US41)*

De modo similar, el entorno más próximo a través de sus relatos opina que las mayores influencias a esta edad, son las relacionadas con la moda y las tendencias actuales, el entorno social y sus iguales, además de la experiencia personal y los medios de comunicación. Todo ello representa un escenario de dificultades con las que combatir en la transmisión de un estilo de vida adecuado, y unas pautas a favor de la salud. No cabe duda, que parece que la influencia de los amigos es prácticamente la mayor barrera identificada, hecho que pone de manifiesto la realidad a la que el entorno más próximo se tiene que hacer cargo.

*Se rigen por la experiencia. Entonces, si ellos no han vivido la experiencia, y el de al lado suyo sí y el no pues es su experiencia, no la de sus padres que hace 25 años que... o la de su tío o la de su profesor que, aunque tenga la mitad, pero buff... entonces, cómo viven esto veo esto... y el otro es muy guay y tiene un mal hábito... yo lo que quiero es ser guay y no miro lo del mal hábito. Lo mismo que lo del líder que es bueno, que es deportista, 'yo quiero salir a correr porque este es guay'. Entonces se mueven un poco por la experiencia, por lo que ven.... No de leer, ni de mirar, ni... sino lo que ven. Lo que ven alrededor. (GFM1-US172)*

---

*Los amigos, bueno y la familia... Y ahora, las redes sociales. (GFM2-US126)*

---

*Los amigos, totalmente; y los medios de comunicación también pienso que hacen mucho daño. (GFM1-US115)*

---

*Telecinco (jajaja) sin ir más lejos... tiene unos valores (jajaja), la tele, según que programas... Es una fábrica de valores para la juventud (habla en tono irónico), por ejemplo, el programa 'mujeres, hombres y viceversa' y 'gran hermano'... es lo que ven... y, claro ¿para qué vas a estudiar? Si entro en la tele y ya está... ¿A que profesor no le han dicho esto? Entonces, ¿ellos que ven? (GFM1-US116)*

---

*Bueno, la prueba la tenemos con el comportamiento de muchos adolescentes según con el grupo con el que van ¿no? Cambian la conducta también... (GFM2-US53)*

---

*Con la televisión todo tiene arreglo, todo tiene solución... el sida ya no es una enfermedad mortal, entonces ¿para que ponerte un preservativo?, total es una enfermedad crónica, no pasa nada.... Son desafiantes...(GFM1-US138)*

---

*Para mí una barrera muy importante es esto, el entorno de socialización, con quien se junta, porque puede ser con un grupo de amigos que cada semana hace botellón o no sé, y esto influirá muchísimo... (GFM1-US95)*

---

*Yo recuerdo un año, que había dos o tres que bebían mucho, y cada fin de semana era botellón, y acabaron arrastrando a los demás de la clase... los padres me venían diciendo 'es que mi hijo ahora se junta con estos y es que cada fin de semana me viene borracho'... fue un año muy duro para todos... (GFM1-US121)*

---

*Y esos hábitos son difíciles de mantener cuando tienes un grupo porque 'a fulanito le dejan, a tal va...' Es que los amigos, el grupo, son muy importantes, más que la familia muchas veces. Y se convierte en sustituto de la familia. (GFM2-US52)*

---

*y no es lo que haya visto en casa, porque tú puedes tener unos valores y todo eso, pero es lo que él quiera ver... lo que se comenta. Entonces, el allí ...y si se engancha pues mala suerte y si lo ve como una experiencia pues ... (GFM1-US179)*

---

*ellos siempre parece que saben más que tú..., a parte que tienen más información, si tú no le das algo que le sirva para algo, entonces es una conversación un poco... .... No les sirve para nada. (GFM1-US142)*



En esta línea, también se observa que la cultura familiar y la poca implicación de los padres en la educación también representa en algunas ocasiones un problema añadido en la adquisición de un hábito. Aunque actualmente se vive en un contexto de crisis socioeconómica, no se identifica este factor como una posible barrera debido a las ayudas en este sentido.

*A parte esto es mimético también. (...) a veces por una cuestión mimética, no solamente hábitos higiénicos, incluso no autodestructivos. Estos niños que con 14 años me vienen a mí ya con el piercing puesto, que sabes que provoca problemas dentarios, problemas en el paladar, infecciones gástricas... y en cambio lo hacen porque papá y mamá también lo hacen y me han dejado que me lo hagan, 'A mí me han dejado' y claro pienso ¿Quién soy yo? (GFM1-US46)*

---

*pero claro si lo apuntas a fútbol y después los padres se enfadan entre sí... les estas enseñando la competitividad entre niños...el niño estará saludable, pero a nivel mental creo que no acaba muy bien... (GFM1-US68)*

---

*Lo que ven. Lo que realmente ven en casa. Tú le dices esto está bien, esto está mal, esto no lo hagas, se come verdura... pero en casa no comemos verdura, no comemos fruta, fumamos dentro de casa... entonces... (GFM1-US78)*

---

*A veces el modelo que tu das... pero es que toda la vida no vas a ser virgen. Es muy difícil vamos ser súper.... (GFM1-US148)*

---

*Yo creo que es más importante el ejemplo. Creo. Tú no le puedes decir a tu hijo que no fume cuando tú tienes el cigarro en la mano. O que no beba si tienes la cerveza delante. O llegas el sábado por la noche estas pasado de rosca..... ese ejemplo, a tus hijos tienes que dárselo y lo más cercano son los padres. (GFM2-US78)*

---

*A veces los padres, por no escuchar a los niños, les damos de comer lo que ellos quieren, para que nos dejen tranquilos. (GFM2-US86)*

---

*Y llamas a los padres y te pueden llegar a decir 'mi hija no o mi hijo no'.... Y ¿Cómo trabajas con las familias? (GFM2-US160a)*

---

*A ver, a veces sí que está la parte económica pero bueno, actualmente hay muchas ayudas. (GFM1-US80)*

---

*Actualmente el niño que no hace deporte es porque la familia no se mueve o el niño no quiere hacerlo porque hay muchas ayudas, incluso hay muchas concertaciones a nivel de los clubs deportivos. O sea, están abiertos a familias en las cuales hay un problema económico o bien porque la familia tiene vergüenza del problema económico o... pero hay, hay... si es por el problema económico, puede haber una salida. (GFM1-US81)*

Por último, también se observa que otras posibles dificultades pueden existir entre los adolescentes, como ahora por ejemplo la falta de ídolos o de encontrar sentido a los consejos sanitarios; a su vez el personal sanitario destaca varias barreras a las que se deben hacer frente en materia de salud, poniendo de manifiesto la complejidad en este ámbito. Por su parte las familias expresan su opinión en este sentido.

*quizás la dificultad que tienen los adolescentes, es que a lo mejor si en ningún momento han podido recibir inputs sobre la importancia de aquello, llegamos en una edad que. "Todo me da igual, a mí esto me da igual, todo lo que diga el adulto no vale para nada". Entonces, llegamos en un momento en el que a esa información no le dan aprecio. Que hay de todo eh.... (GFM2-US36)*

---

*no son impresionables en la adolescencia por los canales de información que tienen... ( se refiere a que no les parecen atractivos) (GFM2-US38)*

---

*también tienen el riesgo más elevado que el que teníamos nosotros... entonces llegarán con peor salud (se refiere a cuando sean mayores), yo creo que habrá un 20% que perderemos seguro... (GFM1-US136)*

---

*Y si comparas...nuestro ídolo, eran unos papeles con nuestros ídolos pegados en un póster en casa. Ahora no, preguntas 'cantante favorito' 'aquel, aquel...' (pensativo) 'jugador' 'uh..' no tienen donde mirarse, como decir este es una imagen para tenerle de ídolo.... Pierden muchas cosas. (GFM2-US42a)*

---

*los canales de información. Yo creo que los canales que se utilizan no son los adecuados para... por ejemplo el programa de "salud i escola", que supongo que todos lo conocéis, hasta ahora se iba al centro la enfermera, se colocaba en una consulta, en un aula a esperar que los alumnos llegaran... vale, no llegaba nadie ¿porque...? (GFM2-US30)*

---

*(...) ya sabéis que pasan a adultos también a partir de los 15 años, automáticamente, y esa revisión de los 14... a los 15 cumplidos, el sistema, ya automáticamente los pasa a adultos. ¿Qué ocurre? Que con 14 años te das cuenta que a los que te falta hacer más revisiones del "nen sà" es la de los 14 años. Pues nada, ahora te pones en contacto con los papás... 'oye mira que tenemos pendiente...' si tienen pendientes vacunas... y es una edad muy complicada porque es una edad que su desarrollo está ahí ya presente... les da mucha vergüenza, les da mucho pudor y lo que ocurre es el hecho ese... que una vez pasan ya esa fecha ya es más complicado. Y, una vez que pasan ya al adulto ellos ya... no tienen que ir... y se pierde una oportunidad muy buena (GFM2-US81)*

#### ▪ Subtema 4: Comportamiento y etapa evolutiva del adolescente

A través de los adultos se observa como desde su posición perciben la adolescencia y los comportamientos y estilos de vida de los chicos a esta edad. De manera general, se define como una etapa complicada y difícil, e incluso catalogan a esta edad como un momento crítico de la vida, con falta de conocimiento sobre la propia persona. Entre los comportamientos más destacados se encuentra la copia de comportamientos entre sus iguales.

*Eso es postureo. Postureo de ellos de que bueno, es una pose y es una actitud delante del grupo y las relaciones sociales son muy importantes... tienen que socializar, tienen que pasar 7 horas al día... es durillo eso. 7 horas al día, de un adolescente, en clase, con la cara llena de granos... pues a lo mejor... a lo mejor lo pasa mal. El tío está ahí tímido, cohibido, a ver si se me pasa esto me puedo relacionar un poco más o si empiezo a ser así... es decir, es complicado. ... Es una edad difícil. (GFM2-US80)*

---

*yo creo que la higiene corporal hay muchos adolescentes que pasan de ser los más limpios, lo más pulcros, los más limpios de la clase, a la semana siguiente ser el más macarra, el más sucio, el más dejado... porque viene con el pelo dejado de hace tres días que no se ducha o 5 días... no saben que quieren. (GFM2-US95)*

---

*A ver, con 12 y 13 y 14 años, las amistades fluctúan. Lo que hoy es ..., te quiero mucho, siempre voy a estar contigo, toda la vida juntas... al día siguiente, no quiero estar... Esto ocurre... (GFM2-US176)*

---

*yo estoy de acuerdo contigo que la adolescencia es el momento crítico en el desarrollo de la personalidad etc. E igual es ese el momento de adquirir las capacidades para... pero igual es demasiado, igual es demasiado en esta edad... (GFM1-US5)*

---

*pero es que es una etapa de cambio esta. Muy de probetear.... Por eso hay que estar sin estar.... Hay desafío...(GFM1-US129)*

---

*Es un periodo bastante difícil. Sobre todo, rebelde, rebelde para ellos, lo que se dice en casa a veces ya no cuenta y lo que se dice en el colegio tampoco cuenta o los profesionales de la sanidad ¿no? (GFM2-US16)*

---

*Hay edades en las que empiezan a razonar y explicarse los por qué, pero en la adolescencia... yo creo que es una etapa de descoloque de muchas cosas, de riesgos para la salud, también se están conociendo... tienen un ambiente que dificulta una vida sana porque lo que está de moda es muy insano en todos los sentidos. (GFM2-US24)*

---

*Yo creo que es que en realidad se están encontrando. Ya no es ni me quiero ni no me quiero, se están buscando. Es un momento en el que no se conocen.... (GFM2-US48)*

---

*El ser adolescente, es tener la camiseta y las bambas de nuestra amiga, con 25 años te tiras de los pelos si apareces con la misma camiseta y bambas.... Pero es esto la adolescencia, formar parte del grupo, estar identificado.... Llevar los mismos pantalones..., hacer lo mismo que los demás.... (GFM1-US119)*

Sin embargo, expresan que las generaciones actuales de adolescentes se encuentran más preparadas en relación a la información que hace años, factor que puede favorecer un mejor estilo de vida y conductas más saludables.

*Yo creo, (...), que estos adolescentes serán mejor que nosotros. Estos adolescentes dentro de... cuando sean como nosotros yo creo que serán... tendrán otro nivel. Yo creo que estarán más preparados que nosotros. (GFM1-US134)*

---

*A mí me gustaría pensar que están más preparados que nosotros... yo creo que en información sí, pero... ¿te hace más sabio? Realmente ¿saben filtrar la información?... es cierto que tienen más alcance de lo que... (tenían ellos antes) ... Ahora lo tienen más fácil pero no hacen caso...1 (GFM1-US37)*

---

*Pero yo creo que en la familia no hemos recibido... que seguramente ellos estarán más formados para formar a sus hijos. (GFM1-US150)*

---

*Yo creo que vamos a mejor. Cada año tienen más información, y sí que está internet, pero bueno, cada vez también hay padres menos ocupados ...y se pueden dedicar más (GFM2-US175)*

Por otro lado, el entorno más próximo opina que los chicos a esta edad no conciben la salud de manera adecuada, y expresan que tienen poca conciencia sobre la salud y por ello asumen riesgos innecesarios, apuntan que el estar en una edad potencialmente sana los hace poco sensibles a la posibilidad de perder la salud.

*Pero claro, aquí hay el problema de la invulnerabilidad, este es el problema...claro yo lo veo muy complicado, en el sentido de que toda la potencia que tienen, no la necesitan aplicar en ese momento porque ellos están sanos, entonces es como que cuesta más el cambio de conducta. (GFM1-US140)*

---

*Están en esa edad en la que la vida es una propiedad y no piensan que la perderán... 'a mí no me va a pasar'... no piensan que perderán la vida o la salud. Más tarde (se refiere de mayor) ves que la salud la tienes y la puedes perder e incluso perder la vida, pero en estas edades la viven como una propiedad... nadie habla de enfermedades o muertes.... pero yo creo que si saben los riesgos porque se les da mucha información.... (GFM1-US126)*

---

*también a que sean conscientes la repercusión que tiene lo que hacen ¿no? Porque creo que hay muchas acciones que hacen en esta edad que pueden tener muchos riesgos para la salud o pueden tener una repercusión positiva, que luego se va a notar mucho al cabo de los años, tanto en la dieta, en el dormir... que a lo mejor ahora no lo notan, pero a lo largo de los años sí... son poco conscientes de las posibles consecuencias (GFM2-US2)*

---

*El adolescente es inconsciente muchas veces. Por ejemplo, el peligro de muerte es inexistente, la peligrosidad no existe, yo puedo disfrutar... aunque ellos piensan que pueden ocurrir esas cosas... Entonces, ¿son conscientes? ¿conocen? sí que conocen... ¿conscientes...? (se lo piensa) ... A veces es que no quieren ser conscientes también, en la adolescencia... 'a mí no me pasa. Ese chico tan guapo... ¿a mí cómo me va a pasar una enfermedad venérea, si es monísimo?' pues te la puede pasar igual... (GFM2-US134)*

----

*Sí pero no, yo creo que la conciencia, ninguno. Piensan...que 'bah, por probar no pasa nada'. Yo creo que es un engaño muy grande, pensar que lo sabemos todo, pero claro..., lo sabemos con la experiencia, con los años vas aprendiendo... (GFM1-US127)*

---

*Yo creo que falla en que ellos ven la muerte como algo tan lejano, incluso la de los padres, es algo... y no ven posible que les pueda pasar a ellos. Le puede pasar al de al lado o al de la película, pero a mí no. 'Yo no me moriré de cáncer, yo no cogeré sida...' y en ese sentido creo que hay poco autocuidado o conciencia. (...) es este punto de vista de ellos, de superhéroes, que a mí no me pasará, cuando les va a pasar a un %, tristemente. (GFM2-US3)*

---

*tienen esa sensación de invulnerabilidad "yo soy indestructible" (...) pero claro de aquí a 40 años, ¿qué dices? No ven la repercusión inmediata. ¿Para qué me voy a lavar los dientes? 'Se te van a caer las muelas'... ¿Cuándo? ¿Cuándo, de aquí a 20 años? Puf... El resultado inmediato no lo ven. Si fuera de hoy a mañana... 'se te va a caer el diente mañana si no te lo lavas' entonces dirían 'uy a lo mejor me los tengo que lavar' (GFM1-US53)*

---

*Porque piensan que nunca les va a pasar a ellos. (GFM1-US58)*

Entre algunos aspectos importantes, se destaca la sensación de querer vivir la vida demasiado rápido, que se añade a una actitud frente a la vida de desafío. Los adultos comprenden que dicha forma de vivir es típica de esta edad. Se señala también como los jóvenes asumen riesgos por conductas poco saludables, y como sus comportamientos se convierten en asumir desafíos.

*Y hay que decirles 'sh, ¿para!' porque quiere correr y no saben caminar todavía. Estoy en casa con mis hijos entre 14 y 17 años y ves que el mayor va más lento y que el peque quiere ir saltando... pues no, las cosas no van así. Si tu hermano a tu edad no hacía esto, tú tampoco lo vas a hacer ahora. 'No, pero es que mi amigo...' lo siento, nosotros somos padres castradores (jajaja). (GFM2-US50)*

---

*y luego como que los chicos tienen más libertad, salgo temprano de clase, aprovecho para andar por la calle todo el día 'total en casa no hay nadie', se van de fiesta a las 5 de la tarde, no necesitan la noche para irse de fiesta, de fiesta se van a las 5 de la tarde, a las 6 o las 7 y en ese sentido, es también cómo un poco... no tienen barreras de contención. (GFM2-US6)*

---

*La juventud de hoy creo que crecen demasiado rápido. (GFM2-US42b)*

---

*Lo importante es que ellos siempre llevan la razón, siempre saben más que tú. (GFM1-US171)*

---

*Asumiendo también que en la fase de la adolescencia el riesgo está y el desafío. O sea, tener un adolescente que no pruebe nada, que no haga nada y que no salga, es no tener un adolescente yo creo.... Es que también les toca experimentar... (GFM1-US156)*

---

*porque si le dices no, tened cuidado porque si mantienes relaciones sin condón puedes contagiarte de sida... pasan de todo. Porque los jóvenes, por lo que tengo entendido, están practicando más sexo sin protección que otra cosa y cada vez más jóvenes, ese es el tema y eso es una alarma social para todos. No por el tema de que la niña o el niño pueda llegar a ser padres o bueno... pero las enfermedades que pueden llegar a contagiarse, que pueden llegar a transmitirse, no lo entienden ellos y se lo explicas y se lo dices y después escuchas a los jóvenes que te dicen 'ay sí, pero lo lindo que es...' (GFM2-US39)*

---

*...da igual lo que tú le digas, lo que tú... [...] es una independencia tan rara... todo depende, es depender...yo quiero tener y poder contarle a mi amiga 'oye he hecho esto. Tengo novio. Le he dado un beso. Ya hemos llegado a la falda' y tú te quedas mirando y digo (sorprendida)... ¿pero eso es lo que te motiva?... pero eso es lo que ellos se van pasando unos a los otros y todo se lo cuentan...(GFM2-US43)*

---

*Una prueba muy clara de esto es subir un día y verlos como hacen gimnasia. Verás como muchos se tapan, no corren o cuando corren a ver cómo me pongo... también la altura de la mochila, algunos la llevan por el culo... es cuestión de verlos 20 minutos haciendo gimnasia, el comportamiento, la actitud... algunos caminan mirando al suelo, o los que pasan de puntillas... o incluso los que no quieren hacer educación física porque 'no me voy a poner el chándal por dios. Entonces no soy guay'. Es que es todo... (GFM1-US190)*

#### 4.4.2 Temas para el área de toma de decisiones.

La toma de decisiones es una de las funciones junto a otras de las más difíciles a las que se enfrenta el ser humano. Cada persona asume la toma de decisiones en su vida de manera diferente, y es obvio, que a veces esta es muy complicada y va a depender de la experiencia de cada uno y de acuerdo al criterio personal.

Por norma general, se enfoca hacia la búsqueda de soluciones que permiten resolver situaciones concretas o problemas o acontecimientos a los que se enfrentan las personas. Sin embargo, esto no siempre va a resultar ser fácil, ya que la toma de decisiones implica previamente el desarrollo de ciertas funciones cognitivas de análisis y reflexión, y con ello la aplicación de ciertas herramientas personales, así como un proceso de aprendizaje y entrenamiento continuo.

Esta área es de vital importancia en materia de salud, pues de ello va a depender la adopción o no de ciertos hábitos y conductas que pueden no ser del todo positivas para la persona, generándose algunos peligros en la salud presente pero también futura. Por otro lado, la asimilación de esta competencia para la vida puede permitir integrar a la persona en el propio sistema sanitario, con un mayor compromiso por su parte, más participativa en cualquier proceso y sobre todo ejerciendo un rol mucho más activo y receptivo en su propio autocuidado y gestión de su salud.

#### **Tema 1: Factores influyentes y condicionantes para la toma de decisiones** (Adolescentes y adultos - grupos mixtos)

Tras el análisis de la información a través de los adolescentes y grupo de adultos, se ha podido detectar los factores influyentes y condicionantes tanto de manera positiva (oportunidades y aspectos facilitadores) como negativa (barreras e influencias) que interfieren en la toma de decisiones para este grupo poblacional. Debido a la similitud encontrada en los subtemas emergidos, se presentan los hallazgos conjuntamente, dejando ver ambas posiciones.

##### ▪ **Subtema 1: Barreras e influencias**

Uno de los primeros factores que se identifica a través de los propios adolescentes, es la falta de conocimientos como una barrera que les impide decidir. Los jóvenes señalan como punto clave contar con información al respecto, hecho que constata la importancia de estar bien informado y formado para poder tomar una correcta decisión.

*Formarnos a nosotros. Pero formarnos... de verdad. O sea, formarnos y como que nos deis más confianza en plan para...decidir. (GFA1-US126)*

---

*cada vez que lo escuches (se refiere a las charlas), lo entenderás mejor y entonces podrás tomar las decisiones mejor porque tendrás más conocimientos sobre ese tema. (E10-U47)*

---

*Necesitaríamos saberlo todo todo... así entonces yo diría que sí, creo que sí. Necesitamos información para decidir bien (E11-U25)*

---

*a ver, yo sí que haría, en plan, una formación porque hay gente que, que le cuesta decir que no, por lo que piensen, o por lo que..., lo que pueda suceder o todo. Es lo que te he dicho, porque como no piensan en el problema, como no saben lo que verdaderamente es malo... hay que enseñarlo. (E14-US35).*

---

*Yo creo que no puedes tomar una decisión sobre algo que no sabes... eso está super claro. Aunque tengas 30 años o, aunque tengas 14, la verdad es que algo puede ser bueno o malo, aunque seguro que es malo fumar, la portada del paquetito lo dice, eso claro.... ¿Pero sabes? no puedes.... Para tomar una buena decisión has de tener conocimiento. [...], aunque hay gente que tiene conocimiento y toma una mala decisión... pero eso ya es... Una persona de mi edad puede tomar una mala decisión, como una persona mayor... el problema no es la edad, es los conocimientos que tu tengas... yo creo que es eso. (E3-US33)*

---

*No sé...porque si tú no tienes información, tú no sabes lo que tienes que hacer. (E12-U37)*

---

*Si tienes la información podrás decir si puedes hacerlo o no. (E10-US75)*

---

*[...] Y depende del tema también porque si no estás informado de algo, primero te tendrás que informar y luego tú decides.... pero primero infórmate... (GFA1-US124)*

---

*[...] y explicarte... que te expliquen lo que está bien y lo que está mal y lo que conlleva las drogas, el alcohol y los hábitos negativos...que te ayuden a verlo, y así saber que decir. (E12-US29)*

Tanto por los propios adolescentes como el entorno más inmediato, se ha podido ver que otro de los aspectos que más condicionan a la toma de decisiones en esta edad, es la falta de madurez y confianza en sí mismos que demuestran los adolescentes, especialmente la que se relaciona con la presión que ejercen entre ellos para que tomen ciertas decisiones y se sientan aceptados por los demás. Los adolescentes en este sentido, inciden que la mayor dificultad a la que deben hacer frente es a la propia opinión de sus iguales, y remarcan mucho la importancia de no dejarse ofender o molestar por los demás.

*Claro, "El popu de '700 me gustas' (se refiere a los populares) está riéndose de ti" ... Es eso lo que te afecta y tú quieres estar dentro de ese grupo por no sé qué.... Es eso lo que le afecta a la gente no estar incluido...por eso hacemos lo mismo que los demás (GFA2- US156)*

---

*mucha gente a esas personas (se refiere a las que no siguen conductas de riesgo) les llaman 'raro' por no hacer lo típico... 'buah el cuidado' y eres el "raro", un personaje...Pero no te tiene que importar, porque eso es inmadurez.... (GFA2-US153)*

---

*Pero es que por mucho que se rían de ti... por mucho que... a mí lo que diga toda la clase, a ver que yo tengo mi autoestima y mis cosas pero que... tenemos que dejar tanto de... es como lo vemos todo en plan 'qué piensan los demás de mí', nos preocupa mucho eso (...) (GFA2-US160a)*

---

*Lo que nos pasa a muchos es que si vemos una cosa que no es de nuestra opinión o es rara ya al otro le decimos 'eh tú, ¿qué haces?, raro!' y luego el otro tiene problemas por tu culpa y eso es lo que tenemos que aprender, a respetar a los demás y ya está.... Si yo soy más infantil que tú pues da igual y si quiero jugar a cosas que tú no haces ¿qué te importa? Pues lo hago y ya está, ya se les pasará...no escuches, tampoco es malo no ser maduro porque ya lo irás aprendiendo. (GFA2-US155)*

---

*Tener autoestima va ligado a ese miedo que tienes de lo que la otra gente pueda pensar, o se pueda reír de ti. En cambio, si tú sabes que eso no es para ti y tu no lo necesitas para estar bien no te debería de importar lo que la otra gente piense entonces yo creo que sí que va relacionado.... Tendrías más seguridad para decir no (E6-US53b)*

---

*Tienes que tener confianza también en ti y si se ríen tienes que saber que te da igual. (GFA2-US144)*

---

*Les preocupa el gustar a los demás. Da igual que yo me guste o no. Yo lo que quiero es gustar a los demás. Sentirse reconocido por la sociedad. .... No estar rechazado, ser uno más...implica hacer lo mismo. Hay adolescentes que quieren pasar más anónimos y yo creo que el rechazo es lo peor, lo peor... (GFM1-US117)*

---

*Básicamente necesitamos a esta edad autocontrol, o sea, saber que tus decisiones son buenas...y no dejarte llevar por lo que te digan o hagan los demás... (E3-US40)*

---

*ser más responsables y pensar por ti mismo, no cómo te digan los demás y explicarte... que te expliquen lo que está bien y lo que está mal y [...] (E12-US29)*

---

*escoger la gente con la que te juntes y aunque estés con gente que no interese, pero son tus amigos... pues saber tú lo que es bueno y malo y no seguirles en eso... estar con ellos sin acabar tú siendo igual, sabes? Tener muy claro lo que quieres... (E13-US45b)*

---

*Sobre todo, no escuchar a los demás y hacer lo que a ti te interese o te vaya mejor...(E13-US4a)*

---

*eso depende la persona. Depende el tipo de persona porque hay gente madura para su edad o madura en sí y hay otras personas que incluso siendo más grandes que tú son tontos (se refiere a la práctica de conductas de riesgo), entonces depende de esto, de la madurez no de la edad.... (GFA1-US124)*

---

*Eso pasa normalmente en los que tienen la autoestima más baja (hacer lo mismo que los demás). Yo lo veo muchísimo en las niñas aquí...los chicos van más a su rollo...(GFM2-US44)*

Por otro lado, otro de los factores detectados, es la falta de cumplimiento por parte de los adolescentes en temas de hábitos y conductas de salud. Los adolescentes verbalizan que a su edad no suelen hacer mucho caso de lo que se les dice, y que, en cierta parte, el obedecer en según qué consejos o recomendaciones sanitarias radica en la voluntad de la propia persona en querer o no hacer caso sobre ese tema en cuestión; lo cual refleja el poco impacto e influencia que ejercen los mayores y los consejos sanitarios a esta edad para la toma de decisiones. Además, inciden mucho sobre la propia disposición e intención de la persona, como la razón fundamental para llevar a cabo una conducta u otra, sin embargo, el entorno más próximo refiere que lo que tiene más valor a esta edad es su grupo de amigos más que ningún otro factor, contradiciendo así al grupo adolescente.

*La gente va a hacer lo que le dé la gana. Tú puedes decir 'no hagas esto, esto está mal hecho' que después estará el típico que lo hace... no se puede evitar (GFA2-US159)*

---

*Incluso aunque te lo digan (se refiere a lo que está bien o mal). Si tú fumas y te dicen que fumar es muy malo, tú sabes que es malo, pero igual vas a seguir fumando, si tú quieres. (GFA1-US50)*

---

*Pero es que esto es una cosa muy difícil. Aunque le enseñes lo que está bien y lo que está mal, si una persona no quiere hacerlo no lo va a hacer. (GFA1-US38)*

---

*Sí, tú puedes concienciar mucho a una persona...Pero si él no quiere, no lo va a hacer, tienes que estar mucho encima de ella, si no quiere no...(GFA2-US95)*

---

*Yo creo que la voluntad es una cosa propia, y por mucho que te digan al final quien va a acabar decidiendo eso eres tú. (GFA2-US94)*

---



*es que es una cosa de uno mismo, no se puede hacer nada...(GFA1-US86)*

---

*cada persona hace lo que quiere y lo que sabe que tiene que hacer yo creo... (E7-US31)*

---

*... primero que tienes que saber decir que no si te ofrecen y que bueno... por ejemplo que cuando te digan que no lo hagas tienes que hacer caso porque quien te lo dice, que son tus padres, saben que es malo.... Y tienes que obedecer y bueno, querer también... (E11-US35)*

---

*Pero si por ejemplo te dicen '¿quieres fumarte uno? Y dices 'no no no quiero' y ya está. O sea, quiero decir, que no tienes porqué fumártelo, tienes que querer tu... tenerlo claro. (E10-US39)*

---

*[...] decir no a fumar o beber... eso sí, eso sí. Eso requiere voluntad... sobre todo voluntad. (E5-US45)*

---

*Eso siempre depende de la voluntad de esa persona y si de verdad quiere cambiar o no... Pero, sobre todo, tiene que no querer hacerlo... (E6-US41)*

---

*Yo creo que eres tú mismo el que debes decidir si lo haces o no lo haces. (GFA1-US39)*

---

*Yo creo que lo que falla en un adolescente a día de hoy por hoy es la poca autoestima que tienen en ellos mismos, es decir, no se quieren, verdaderamente no se quiere porque siempre se sienten inferiores... y copian comportamientos de sus iguales... (GFM2-US47)*

---

*tú puedes quererte muchísimo y si te están todos los días 'pam pam...' pues dices vale, paso, me lo estás diciendo, pues tenéis razón y entonces no vale de nada lo que tú le hayas podido decir o lo que yo como madre le haya podido decir...es que influyen más los adolescentes entre ellos que los adultos, aunque hayan tenido más vivencias.... (GFM2-US45)*

Sin embargo, los adolescentes apuntan que otra gran dificultad está relacionada con su propia etapa vital, verbalizando que están en una edad de cambio e inmadurez típica de la edad y eso les hace pensar que no están preparados para poder tomar según que decisiones. Todo ello lo identifican como una dificultad para saber que decidir correctamente en materia de salud; por ello expresan que necesitan de cierto control y ayuda por parte de sus mayores e incluso dicen que hay veces que es mejor que elijan por ellos, por su bien; situación que coinciden con el entorno, el cual verbaliza que hay aspectos que no corresponden a esta edad.

*En salud... creo que no. No, porque cuando eres adulto sí pero ahora no... no eres maduro del todo. No te lo han enseñado todo y no sabes si una cosa que tú le vas a decir es mejor que lo que te él te ha dicho, el médico o algo así.... (E12-US27)*

---

*.... quizás dependiendo de la persona de mi edad ya empezamos a saber de lo que va y cogemos riesgos o cosas buenas para la salud.... De los hábitos, me refiero. Dependiendo de lo que nosotros queramos. Pero, aun no estamos, no somos maduros al 100%. Quizás no sabemos mucho como somos nosotros y lo que es bien para nosotros y lo que es mal para nosotros.... (E7-US34)*

---

*Depende en que cosas, yo pienso que depende de qué cosas [...] No se puede, pero también hay otras decisiones, que a lo mejor... Depende de si está muy independizado o poco. Yo no soy nada independizado, yo siempre estoy con mamá. Pero un chico super independizado pues puede decidir lo que quiera.... (E4-US56)*

---

*Igual nos tendrían que controlar un poco más hasta una cierta edad (...) porque hasta que no eres grande no te das cuenta de las cosas.... Igual tendrían que vigilar más, no te digo hasta los 18 pero igual hasta los 16 o 15 o así. A ver no estar con lupa tampoco, pero controlar temas de salud un poquito más. Porque igual nosotros no lo estamos haciendo tan bien como creemos... (E9-US45)*

---

*no creo [...] A ver es que es depende, porque ..... A ver que no creo que se pueda ahora mismo porque los sentimientos están muy ahí .... un día te puedes sentir fatal y decir: 'no porque esto es así tal' y tomas una decisión. Pero yo creo que al día siguiente puede que te arrepientas directamente porque ese día no estabas de humor, tenías la regla o un chico no sé...o que estuvieras como muy enfadada.... No sé, los cambios de humor y todo eso afecta mucho entonces decisiones.... Pues ahora yo no me imagino. (E3-US31)*

---

*Bueno eso depende porque hay algunas cosas que quizás te dicen... quizás te dan a elegir, pero hay otras que son sí o sí porque son por tu bien. Sí que te dejan escoger para algunas, pero para algunas otras no vale decir 'no, no quiero porque no me apetece' porque es algo que quizás a ti no te apetece, pero te beneficia después, entonces como que te obligan a hacerlo.... (E10-US43)*

---

*Hay cosas que sí que las puedes razonar, pero habrá otras cosas que será porque lo digo yo y porque es mi casa (imperativo) y son mis normas. (GFM2-US113)*

---

*Yo creo que hay edades en las que... de pequeños, sobre todo en primaria, yo creo que sí hay que dejarles muy claro que esto no y no te dejo hacerlo y esto lo hacemos juntos, y acompañarles. En la adolescencia necesitan espacio. O sea, no les puedes estar tan encima porque se ponen rebeldes, pero pienso que ciertos temas, 'esto es esencial y aquí yo no cedo'... por ejemplo, en temas de .... 'En nuestra casa, vas a llegar a esta hora' y se le explica, vas a llegar a esta hora porque tal... y en otros temas más flexibilidad que en otras edades, y les dejas hacer un poco... Creo que eso puede ayudarles mucho y reflexionar mucho los porqués con ellos, sin "engancharte" siempre (se refiere a pelearse) pero dejando claro los límites... (GFM2-US112)*

---

*Porque les falta un poco de madurez a lo mejor... Pero hay edades diferentes y cuando los oyes...te da miedo (GFM2-US177)*

El grupo de adultos, por su parte también señala que una de las causas por las que creen que el adolescente puede presentar dificultades en esta área, es también la presión y a su vez protección del entorno, bien sea por parte de la familia como de las propias amistades. En este sentido, opinan que a estas edades ciertas decisiones les afectan también a ellos, por ser el entorno más próximo y con ello dejan ver las dificultades que también representa para ellos (como familia, profesores...). Estos opinan que el grupo de iguales es sin duda la mayor influencia sobre los jóvenes, dejando ver la gran dificultad que representa para ellos manejar dicha situación.

*¿están los adolescentes preocupados por su salud? Y la respuesta es no.... yo creo que no les preocupa ... entonces tomar decisiones, menos todavía... vamos para atrás para decirle 'abróchate la chaqueta o coge la chaqueta', hay que estar encima...(GFM1-US133)*

---

*yo creo que no están preparados porque lo tienen todo. Todo... si se cae uno tú estás para ayudarle. Si fuma demasiado o bebe demasiado, el amigo está para ayudarle. Lo tienen todo. (GFM2-US105)*

---

*hay decisiones que no se pueden tomar, que no las pueden tomar ellos, es cuando le digo, 'tú no fumas porque yo me tengo que tirar desde las 2 de la mañana hasta las 5 de la mañana sentada con una mascarilla'. No te perjudicas tu... sino que ... me jorbas a mí. (GFM2-US119)*

---

*Está claro que no, pero si él se ve un día en frente de la opción de fumarse un cigarro, pues a lo mejor no vas a estar tú ahí. Y él a lo mejor va a tomar esa decisión, 'pues oye, yo voy a fumarme un cigarrito'.... Y oye, puede ser que tenga una crisis asmática... y tengamos que salir corriendo... aquí nos afecta a todos (GFM2-US118)*

---

*¿hasta dónde dices hasta aquí? ¿hasta dónde dices que no? ¿hasta dónde dices sí? (GFM2-US122)*

---

*tu papel como madre es, 'no puedes fumar' y explicárselo una y otra vez y otra vez, pero la decisión es suya como adolescente ante un paquete de tabaco y un compañero que le diga 'fúmate un cigarro', ... que puede ser que no ocurra... ojalá que no... (GFM2-US120)*

---

*Yo creo que está el tema de la vestimenta, pero también está el tema del alcohol, de las drogas que también... mi amiga fuma pues yo también voy a fumar. No me gusta, pero yo también voy a fumar.... De hacer todo lo de los demás... (GFM1-US120)*

---

*... recuerdo un año que había dos o tres en clase que cada semana bebían mucho, y cada semana botellón, y arrastraron a la clase.... fue un año muy duro.... (GFM1-US121)*

## ▪ Subtema 2: Oportunidades y aspectos facilitadores

Entre los adolescentes se puede ver la gran influencia que tiene la familia sobre ellos, en especial los padres. Los jóvenes, muy conscientes de sus limitaciones en ciertos temas, identifican a los padres como un grupo influyente positivo para la toma de decisiones. Estos opinan que ciertas decisiones tienen que pasar previamente por los padres refiriéndose a que no les toca a ellos decidir según qué cosas (por edad o por falta de conocimientos), y que, en el fondo esperan que lo hagan por ellos (proporcionando seguridad). Se denota a través de sus relatos la confianza que genera la familia en este sentido.

*Lo que pasa es que no nos conocemos, entonces en terceras decisiones evidentemente nosotros las tomamos porque somos nosotros mismos quienes... Pero nos tienen que decir más o menos antes, ayudar a decidir todavía porque es que no nos conocemos nada. (E5-US43)*

---

*Solos por nuestra cuenta, yo creo que no, que siempre tiene que haber un adulto o alguien que tenga conocimientos, aunque sean los mínimos, porque yo por ejemplo nunca se me ha pasado por la cabeza, yo digo, mira tengo un poquito de fiebre, venga, me voy a tomar el dalsy, no, antes le pregunto a mi madre, y mi madre me dice pues con esta temperatura no hace falta que te tomes el dalsy. Yo...siempre es mejor consultar (E14-US31)*

---

*hay gente que le cuesta... pues nos sabe si realmente esto le va a ir bien o no. A ver normalmente a nuestra edad una operación lo eligen más los padres.... si lo tuvieras que elegir tú... pero luego hay otras cosas como elegir tomar unas cervezas en el parque pues yo digo que no... pero depende, a veces no estamos capacitados, y se necesita de los padres o algo... (E1-US57)*

---

*... la mayoría de cosas sobre todo en esta edad pasan por tus padres. Y por ejemplo si no haces ningún deporte tú no puedes decir, voy hacer esto..... la mayoría piensa: 'bueno claro yo no puedo ir a hacer deporte porque mis padres no quieren pagarme el fútbol'. En ningún momento se les pasa por la cabeza que pueden no se ir a andar media hora cada día por su barrio o lo que sea. Siempre piensan en lo que pueden hacer sus padres por decirlo de alguna manera para cambiar su hábito... entonces es como qué esperas que lo hagan por ti... (E6-US40a)*

---

*Sí que podría, pero (...) pero... es que depende de lo... de lo que digas sobre el tema... querer divertirse sin tomar drogas sí, eso sí podemos decir, pero en cosas de enfermedad, salud... tienes que hacer caso de lo que te dicen, ahí necesitas ayuda... (E12-US28)*

Otro aspecto destacado, es la influencia positiva que genera la educación recibida a esta edad, así como la seguridad en sí mismo. Reconocen que recae en su propia voluntad el no hacer lo mismo que los demás o el obedecer en según qué pautas, mostrándose muy seguros en cómo actuar en ciertas circunstancias, lo que deja ver que la influencia entre iguales tampoco se da en todos los casos y/o circunstancias.

*yo creo que sí, porque si tu desde, desde los 13 años sabes decir que no a una cosa que no quieres probar y a una cosa que ves que es malo, tú ya sabes que eso es malo, pero una cosa que es un poco, en plan, blanda, que no estás segura de que, si eso es un bueno o es malo, que no pasa nada y te van ahí apretando todos, pues en un futuro te puedes acabar enganchando y tener problemas... tienes que tener la voluntad de seguir diciendo no, aunque dudes... (E13-US46)*

---

*Es que hay muchas cosas que no tienen porque... porque si hay 20 personas delante de mi fumando, que pueden ser amigos míos o no, yo sí... si tengo voluntad mía y no quiero fumar, no fumo. Aunque tú me estés diciendo 'eh, venga, fuma, fuma, fuma' no fumo. Yo tengo amigos que no hacen puñetero caso a su madre y no hacen nada en su casa e insultan a su madre y le hacen mil cosas a su madre y yo llego a mi casa y yo no le hago nada a mi madre. (GFA2-US104)*

---

*Porque por mucho que nos lo digan, si tú no lo quieres hacer, no lo vas a hacer. Es que lo más esencial eres tú mismo, y si tú no lo quieres hacer...Es que eso no se puede cambiar. Es tu propio... por muchas cosas que me estés diciendo tú a mí, si yo no... o sea, si tú me estés diciendo 've a jugar a fútbol', si yo no quiero jugar a fútbol, no juego y ya está. Es que es verdad...(GFA2-US138)*

---

*Pues yo creo que no (...) no tiene nada que ver y que por mucho que estés con amigos, si tú no quieres fumar, no vas a fumar. Depende de qué persona. (GFA2-US108)*

---

*Depende de la voluntad que tengas tú, pero si tú no quieres perjudicarte a ti fumando, no vas a fumar por mucho que todos tus amigos estén fumando, ¿sabes? (GFA2-US109)*

---

*en este ámbito es mejor decirle al niño lo que te puede pasar fumando es: todo esto. Entonces, después el niño, si quiere seguir fumando fumará y sino pues no lo hará, pero después si sigue ya es problema suyo porque la madre no le puede obligar. Porque por mucho que le digas 'no puedes fumar', cuando se vaya con sus amigos, se coge un paquete que tenga el amigo y ya está, eres tú el que lo decide... (GFA2-US115)*

En relación a su propia capacidad para la toma de decisiones. En este sentido los jóvenes lo tienen muy claro, y en la mayoría de los casos creen que si pueden hacerlo, aunque ello lo relacionan con el sentido de la responsabilidad igual que el grupo de adultos. Asimismo, opinan que esto viene influenciado también por el tipo de personalidad que se tenga, así como por la propia historia de vida.

*Si creo que podemos tomar decisiones.... (E10-US42)*

---

*Depende de la persona. Pero en general yo creo que sí. (E12-US30)*

---

*hay quien sí y hay quien no. Hay gente que es muy responsable, que lo tiene todo muy claro, que sabe muy bien lo que es bueno o malo y que no va a hacer nada que les perjudique a ellos mismos. Yo creo que esas personas sí que son capaces de tomar decisiones por ellos mismos. En cambio, hay otros que son más influenciables, se toman la vida más a lo loco, se juntan con gente que no deberían y eso y al final esas personas ... .. es mejor que no decidan. (E13-US40)*

---

*Yo creo que cuidarse... por ejemplo tus padres te pueden enseñar unas cosas y puedes ver unas cosas en casa, pero no tiene por qué ser así, ... O sea, tú solo, decides que comer, decides que hacer, si vas o no, no sé... no es sólo lo que te digan (GFA2-US9)*

---

*no te pueden dar charlas de madurez. No vas a ser más maduro, te digan lo que te digan.... Eso es la edad, y hacerse mayor. y tal vez, lo que te pase en la vida o lo que hayas vivido puede hacer que madures más o no, o madures de una forma buena o mala, y eso te ayude a saber que hacer... En el hecho de ser adicto a algunas cosas o querer mejorar para no vivir lo mismo que antes... (GFA2-US154)*

---

*creo que en la adolescencia también deberíamos responsabilizarlo a esos adolescentes, según de qué cosas, tareas... no solamente en casa, en el colegio, el ámbito que sea... darles responsabilidades ... y*

*no para hacerles un castigo si no lo haces, de la misma manera que no va a ver un premio... No sé si me explico...tú estás estudiando, tu responsabilidad es sacar buenas notas y aprender todo lo máximo o esforzarte para ello, aunque no llegues al 10. Pero hay un esfuerzo y una responsabilidad por parte de él. Sin premio.... pero no solo en los estudios. (GFM2-US124)*

En este sentido el entorno más próximo opina que hay que capacitarlos para que tomen decisiones desde pequeños, y piensan que hay que crear oportunidades para que se vayan entrenándose. Entre lo que más destacan es darles más libertad y maniobra de actuación.

*a veces hay que dejarlos que se caigan 'ay, pero papá no estuvo o mamá no estaba'... bueno..., dejar que se caigan, que se hagan el menos daño posible pero que se caigan. (GFM2-US110)*

---  
*Yo creo que hay temas que habría que dejarlos un poquito que tomaran decisiones. (GFM2-US104)*

---  
*Se va formando desde pequeños.... (GFM2-US123)*

---  
*Yo creo que habría que hacerles partícipes, en según qué decisiones, en casa. Según lo que vayamos a hacer. Como ir de vacaciones por ejemplo ¿no? pues escucharles...O, si vamos a hacer una excursión el fin de semana pedirles su opinión o yo qué sé, mar o montaña, esquiar o pasear... tomar alguna decisión. Luego claro, implica mucho más, porque quién se hace cargo de esos costes son los padres... pero intentarles que sean partícipes de según qué decisiones. Y hacerles caso, claro.... (GFM2-US115)*

---  
*O pasarles la pelota. A veces es, ¿tú qué crees que pasará si haces esto? Tú quieres hacer esto, ¿tú qué crees que puede pasar? Y a ver que te cuenta...y que harían... (GFM2-US116)*

---  
*claro que tenemos que confiar.... forma parte de la vida.... Tiene que haber detrás una buena educación... (GFM1-US157)*

---  
*Yo creo que habría que dejarlos que... que ellos sean los propios que tomen sus decisiones... (GFM2-US106)*

---  
*Hay que pasarles la pelota a ellos. Decirles 'mira, en tu clase hay todo tipo de niños y de niñas y tú decides, porque hay cosas que tú ya sabes si están bien o no, tú decides qué es lo que está bien y lo que está mal'. (GFM2-US132)*

---  
*Si uno quiere siempre puede ir a terceros para informarse sobre el tema o lo que sea. Pero no se nos enseña a tomar decisiones sobre nuestra dieta, nuestros hábitos saludables o... la mayoría de cosas sobre todo en esta edad pasan por tus padres. (E6-US40b)*

Entre los aspectos que favorecen la toma de decisiones los adolescentes destacan la confianza depositada en ellos, el grado de madurez que van adquiriendo, y el contar con personas de su entorno que les ayuden, todo ello les proporciona seguridad para saber qué cosas son las correctas.

*Normalmente ya se empieza a dar un poco más de libertad, se empieza a confiar un pelín más. A veces te dejan salir con los amigos por el barrio o lo que sea, sin tener que ir a casa de uno de otro.... Yo creo que sí que tienes la libertad, tienes la libertad para decidir cosas.... (E6-U56b)*

---  
*Bueno porque estamos cambiando el cerebro, entonces también cambia la forma de pensar y todo eso. Entonces también razonamos, no somos como los niños pequeños, nosotros razonamos blanco, negro y gris. Y entonces vemos si..., depende de con qué punto de vista lo veamos hacemos una cosa u otra (E5-US47)*

---  
*por ejemplo, hablar con otra niña que tuviera la misma opinión que ella y le hubiera ayudado a no.... No sé es como buscar a una persona que piense igual que tú para que te ayude a superar ese momento y que te diga oye que no. (E13-US41)*

*Necesitamos tutoría individual, y como es tu tutor, tu profesor entonces lo coges más confianza... y te puede ayudar a resolver dudas y con eso después tu decidir mejor... (E4-US61)*

Un último aspecto que ayuda a los adolescentes a tomar decisiones, y se destaca desde ambas posiciones es el valor de la educación recibida, así como el ejemplo mostrado sobre las cosas que se les indican. El entorno más próximo destaca también el gran valor que puede tener el propio adolescente entre sus iguales a crecer en un entorno adecuado.

*Pues primero. Si tus padres no te castigan ni nada, o los profesores no te dicen nada pues aún menos lo vas a dejar de hacer o no lo vas a hacer. Si el profesor o en tu casa te dicen: no lo hagas o te dan una charla antes... pues claro ya dices: vale no. O en el caso de que no hicieras nada y de repente alguien te dice: ¿oye lo hacemos? Entonces tú ya sabiendo un poco más, ya sabes mejor decidir, porque ya te han hablado de ello.... (E1-US67)*

---

*Claro... no sé, es que claro está la edad del cambio y bueno yo creo que, pues tal vez se habría de ayudar a las niñas a madurar, yo creo que hay que ayudarles pues enseñándoles, ósea haciendo tú el bien. Porque si tú le dices: haz esto, haz lo otro y tú estás haciendo el tonto... (E1-US62)*

---

*Se necesita la madurez o la conciencia sobre eso.... O sea, en su familia lo han de haber educado también. Haberle dicho lo que está bien o mal, luego él (se refiere al adolescente) ha de pensar si realmente lo que va a hacer está bien o no, porque hay niñas que dicen: 'bueno da igual, mis padres no se van a enterar no están aquí' entonces... ellos (los adolescentes) han de saber realmente, pensárselo.... (E1-US61)*

---

*si tienes en el grupo uno o dos líderes que arrastran... si el que es líder, tiene buena información y buenas actitudes, arrastrará a los demás hacia el buen lado y los malos los llevarán al lado oscuro, lo que pasa que claro...siempre llama más la atención una cosa más que la otra (GFM1-US163)*

---

*yo creo que es el primero que puede influir en su propio entorno. Es la herramienta de cambio. Es lo que hace que cambien los demás, el mismo... (GFM1-US162)*

---

*Hay unas normas de convivencia en la casa y esas normas son para todos. Los primeros que hay que cumplirlas son los padres, pero ellos también. (GFM2-US114)*

---

*La educación global, de 50000 sitios diferentes. De los padres, de los profesores, de la enfermera pediátrica cuando va, de la enfermera de "salud i escola" cuando viene aquí a hacer la charla... de 50000 sitios, no solamente de uno. (GFM1-US158)*

---

*eso es responsabilidad tuya porque ellos han venido a explicártelo (se refiere a las charlas) y si te lo han venido a explicar... ya que no le hagas caso tú o que no hayas tenido la responsabilidad de atender... pues bueno... lo que te pueda pasar en un futuro ya es problema tuyo. (GFA2-US50)*

#### 4.4.3 Temas para el área de educación para la salud.

La educación para la salud no solo implica transmitir información relevante de temas que influyen de manera directa o indirectamente a la salud (factores de riesgo, comportamientos de riesgo, uso del sistema sanitario, recursos, etc.), sino que incluye también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. Es decir, la educación para la salud supone mucho más que simplemente un acto de comunicación para traspasar a la población información sobre la salud, implica fundamentalmente promocionar la salud y llevar a cabo acciones dirigidas a modificar comportamientos (adopción de conductas saludables y/o abandono de conductas que perjudican la salud...)

La educación para la salud permite formar a las personas en materia de salud e incrementar su propio control sobre los determinantes y condicionantes de la salud, y, en consecuencia, poder mejorarlos o cambiarlos; sin embargo, para que esto se dé es esencial un enfoque de enseñanza-aprendizaje compartido entre los pacientes/usuarios y los profesionales de la salud, con la incorporación de nuevas líneas y métodos de actuación que respondan a las necesidades actuales de la población.

Y, asimismo, una mayor inclusión y participación de los pacientes en estos procesos, donde pueda quedar garantizado no solo una mayor alfabetización sanitaria (Health Literacy) si no el correcto desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual pero también comunitaria.

#### ***Tema 1: Percepción de los adolescentes sobre la educación sanitaria*** (Adolescentes)

A través de los adolescentes se describe la experiencia que tienen de la educación sanitaria recibida, y se identifica qué tipo de barreras y dificultades se detectan en esta área. Así como las principales influencias e informantes sobre salud.

##### ▪ **Subtema 1: Valoración de la educación para la salud**

En este sentido, los adolescentes dicen olvidarse del contenido de las sesiones que reciben, y opinan que la calidad de estas suele ser adecuada para su edad, aunque creen que debería incluir más ejemplos y no ser tan repetitiva.

*Si a los 16 años seguro que todos lo harán... entonces es que no se han acordado de esa sesión.... No ha hecho lo que tenía que hacer... (E4-US39)*

---

*Nos llegó (se refiere al mensaje) como durante un día...Pero después como te olvidas porque no es suficiente la información que nos dan. (E4-US37)*

---

*Es que, si solo dan lo básico, luego tú no te vas a acordar. Nadie se acuerda, bueno casi nadie se acuerda de lo que han dado en la charla. (E1-US27)*

---

*Nos dan información que en el fondo ya sabemos, todo el mundo ya sabe. Por ejemplo: muchas cosas... el tema del alcohol en la calle. Todo el mundo sabe que no lo vamos a hacer, se repiten ... (E4-US38)*

---

*De 0 que no es nada a un 10 que es todo, yo creo que es un 8'5.... (GFA1-US44)*

---

*Yo creo que es bastante clara.... (GFA2-US40)*

---

*me parece bien la información que nos dan, creo que es bastante clara. Entonces... (GFA2-US44)*

---

*La información está clara... luego lo que tu hagas con ella es cosa tuya. (GFA2-US53)*

---

*A ver a algunos sí y a otros no les llega... Igual tienen que verlo más para darse cuenta o igual están pasando momentos difíciles de su vida y les da igual.... (E9-US41)*

---

*te dicen como 5 palabras y ya está.... suele ser muy breve... (E4-US40)*

---

*Lo que pasa es que por ejemplo cuando vienen los policías a informar de drogas nos hablan de tres cosas y ya está, bueno al menos que nos enteremos, claro. (E4-US30)*

---

*.... lo hicieron bien, pero, no pusieron tampoco muchos ejemplos. Tampoco lo explicaron muy bien... pero se entendía bien, el concepto se entendió. (E8-US30)*

De las charlas sobre salud dicen sí gustarles y encontrarles sentido a su edad. Los adolescentes opinan sobre su contenido, y creen si ayudarles.

*está muy bien porque así todo... bueno toda la gente todos los niños aprenden lo básico. Porque en el cole nos enseñan demasiadas cosas, pero lo básico sobre un tema y esto está bien porque está muy enfocado a los niños de nuestra edad, o la edad que tienes cuando te vienen a hacer las charlas y eso... (E7-US17)*

---

*En mi opinión se transmitió el mensaje y para mí era lo necesario que necesitábamos. Y evidentemente si nos queremos informar más ya nos informaremos. Pero era como lo básico, lo que realmente tenemos que cuidar. (E5-US21)*

---

*Mmm (...) yo creo que.... Es que, a ver, en nuestro cole hemos hecho charlas e igualmente la gente sigue haciéndolo igual y entonces pues no sé si hace efecto.... Depende de la persona, igual a mí me afecta y a otra persona le da igual, como si no le hubieran dicho nada. Depende de la persona. (E9-US15)*

---

*Sí, yo creo que sí se puede aplicar.... Porque no te hacen hacer cosas o no te aconsejan cosas demasiado extrañas o fuera de lo que la gente hace. Bueno dependiendo de la gente... pero en general, sí es fácil... (E7-US45)*

---

*Yo creo que nos vengán hacer charlas, esto es una conducta de salud porque nos enseñan que tenemos que hacer.... O alimentarse bien... (E7-US27)*

---

*Si porque por ejemplo si te lo dicen de una forma más bien hablada o de una forma que lo puedan entender los chicos de nuestra edad pues nosotros lo cogemos mejor... (E7-US9)*

---

*Sí que llega, yo antes fumaba más, pero es que yo ahora fumo y te lo juro que me siento, o sea me siento... me entra la paranoia que me está pasando algo malo, cómo que me está pasando algo por el cuello o algo así, no sé. ... a mí me ha ido muy bien... para no hacerlo (E9-US51a)*

---

*Yo eso sí que lo vería bien, porque es mejor empezar pronto, bueno yo porque estoy en segundo, pero es mejor empezar desde el principio a enseñarte eso (se refiere a las charlas, sesiones...) a que por ejemplo imagínate que yo ya estoy fumando y de repente de golpe viene alguien a explicarte... Siempre es mejor antes de decir que sí a probarlo. (E14-U51)*

También opinan que es de gran utilidad para ellos y que la educación que reciben les ayuda a tener más conocimientos y más recursos con los que contar después. Incluso señalan que la educación



sobre salud les ayuda a tomar conciencia de los riesgos para la salud que tienen ciertas conductas, corrigiéndolas si es preciso.

*yo creo que está bien. Porque así las niñas, cada una se da cuenta de sus fallos. Lo que puede mejorar de su salud, de lo que le podría pasar en un futuro pues así lo comprende mejor.... porque claro si una persona te lo dice directamente a ti te puede llegar a sentar mal. En cambio, sí lo hacen más así explicándolo en general pues ya tú vas más en serio asimilando.... (E1-US77)*

---

*Evidentemente si porque si no estuviera esto la mayoría, es que, seguro que ya todos estaríamos tomando droga, fumaríamos, y beberíamos... Porque entonces no sabríamos nada, no sabríamos que es malo. Creeríamos que es igual comer cualquier cosa, pero en verdad sería nocivo, eso es importante. Al menos tener un conocimiento básico para intentar que si se razona bien decir que no. (E5-US49)*

---

*Desde que en mi clase nos dieron una charla sobre alimentación, no ha vuelto a haber ningún caso de... comer mal, tirar el bocadillo... (E6-US21)*

---

*En realidad, nos sirve a todos, pero más a los que están haciendo cosas malas ... (E8-US47)*

---

*Lo bueno es que sirve a la clase entera porque a lo mejor algunos niños están haciendo lo incorrecto. ... no lo saben y entonces pues pueden rectificar. (E8-US28)*

---

*Está bien, porque así te aseguras de que lo saben... en casa quizá no se preocupan y no te explican entonces después vienen los problemas. (E12-US13)*

---

*(...) a lo mejor en su momento no te interesa, pero al cabo de 3 años ves que estas ya en la parte mala de la decisión que has tomado. Y puedes a lo mejor llegar a retomar el camino.... Te acuerdas de lo que te dijeron... (E2-US33)*

---

*Yo creo que alguna gente no le funciona y otra sí... Igual la mitad de la clase se lo piensa y la otra gente dice 'me da igual', pero ya es algo. Mejor que nada, ya es algo. (E9-US30)*

---

*Yo lo veo bien porque la gente se dé cuenta... o rectifique algo que hace. (E13-US27)*

---

*por lo menos si se encuentra mal algún día por algún tema o por cualquier otra cosa.... yo creo que esa persona podría pensar en lo que se le ha dicho... Podría reflexionar, aunque si no quiere.... (E3-US55)*

---

*Estar informado y saber lo que haces es muy importante (E5-US11)*

---

*.... Los adolescentes necesitan un sitio donde sacar, una persona que le expliquen las cosas, sino la buscan por otros medios que les pueden afectar.... (E3-US76)*

---

*Ósea la información la has de tener igual... Porque si no las buscas en otros medios que no... es fiable... (E3-US71)*

---

*Te ayuda a ser tú responsable ... también como cuidar de los compañeros más o menos si les pasa algo o tienen algún problema pues decirle 'toma debes tomar esto' si se le olvida o algo ... o darle algún consejo si dudan... (E10-US18)*

---

*por lo menos que te puedan explicar porque no o porque si ¿sabes? ...Mucha gente creo que sabiendo esto como que se frenaría ya, sabes... (E3-US38)*

En relación a los materiales de educación sanitaria, como los folletos y carteles los jóvenes piensan que son de poca utilidad para ellos, opinan que estos suelen ir dirigidos a personas más mayores y que su contenido suele ser muy técnico y con mucha letra. En general dicen no llamarles mucho la atención, verbalizan que estos serían más atractivos de aparecer más imágenes.

*Con la tapa cantosa ... que llamara la atención. Con algún dibujo que dijeras 'voy a cogerla' aunque no supieras que hacer, y que después cuando lo mires y lo leas, más o menos, que lo cuentes con unas palabras que el lector pueda entender y tampoco le desagrade. O sea, cuentes lo mismo, pero con unas palabras que lo puedas entender ... (E10-US60)*

---

*A ver, yo folletos no lo haría porque te digo yo que nadie cogería... si hacen carteles eso sí, porque no tienes que cogerlo, no tienes necesidad de... ¿Sabes? Eso lo ves tu visualmente. Porque si tus pones una cosa que tienes que ir a cogerlo voluntariamente, la gente no lo va a coger porque claro como dicen 'bah de salud. ¿Para qué lo voy a coger?'...si es en plan llamativo, a ver eso sí, yo creo que a alguno sí que le picaría la curiosidad, pero yo creo que folletos no sería lo más... yo creo que lo mejor sería algo más en plan cartel, más visual. (E14-US50)*

---

*Creo que alguna vez he visto alguno en el médico de allí... de aquí del pueblo, pero no mucho... no me llaman la atención...(E11-US39)*

---

*... si hay mucha letra no. Tiene que haber como mucho dibujo y poca letra. Tipo 'national geographic' que solo ves las fotos y te saltas las letras, debajo de cada foto hay como un pequeño escrito de no sé qué no sé cuántos...pues igual. (E4-US75)*

---

*Hombre es que leer sobre salud... yo lo entendería más visualmente. Que me lo explicaran o con imágenes, leyendo a lo mejor no te acabas de comprender, entonces puedes entender las cosas diferentes... (E8-US60)*

---

*Sí, pero leerlo la verdad que da palo, lo que pasa que claro cuando estás en la sala de espera, como tardan un montón y no tienes otra cosa que hacer... lo que claro cómo ahora tenemos el móvil todos pues sí que hay otra cosa que hacer.... Entonces es mejor hablarlo que leerlo. (E9-US62)*

---

*.... estos folletos no tienen en cuenta la situación.... entonces claro hace que la teoría no sea lo mismo que la práctica. Si fuese la teoría igual que la práctica sería perfecto todo. (E5-US58)*

---

*Sí, ojeado alguno sí... pero la información que hay dentro de un folleto es más para gente mayor. Porque también los casos que ponen son como...o sea que ninguno le podría pasar a nuestra edad más o menos. Además, el lenguaje que utilizan es como...de mayor. No sientes que sea para ti... y aplicar lo que dice lo ves como algo muy lejano. (E2-US39)*

---

*Si porque con las imágenes, con las imágenes tú lo puedes ver rápido y se te queda en la mente. En cambio, si te ponen letra pequeña y es muy largo no te lo leerás. Pero si lo haces grande con imágenes, yo creo que lo puedes entender fácil. (E7-US44)*

---

*No sé... hay veces que un poco difícil porque hay palabras que no entiendes o algo así. Y a veces te enteras de algo, pero no estás seguro del todo... (E11-US40)*

---

*A ver, muy técnica. Es como si no hablasen para vosotros... yo por ejemplo lo entiendo, pero no sé, yo haría un lenguaje más, menos técnico, con palabras más, que se usan más día a día, sí... se entendería mejor... (E14-US48)*

---

*Mm... a ver... la información de los folletos no es fácil de entender, no mucho... (E3-US49)*

---

*No. Porque está explicado de una manera que no prestas atención... que no te llama la atención la información esa. (E12-US42)*

---

*Hay algunos que sí, pero hay algunos que ya hablan como si fueras una persona mayor y no lo llegas a comprender del todo. Pero hay folletos que lo coges, lo lees y lo vas como entendiendo.... Te lo has de mirar dos veces, porque con una yo creo que nadie lo entiende.... (E1-US70)*

Los adolescentes perciben que tienen poca información en relación a la salud, creen que a su edad se sabe lo básico sobre salud.

*lo que pasa es que en el cole nunca hacemos nada de esto entonces, cómo no viene tampoco nadie... pues no sabemos... (E8-US21)*

---

*No creo que tengamos ni buenos ni malos.... sé lo que me han explicado. (E12-US10)*

---

*hay bueno algunos que sí... que puede ser que sepan algo más por alguna razón, pero normalmente no. No sabemos. (E11-US11)*

---

*Bueno... Sabemos yo creo que la gente que tiene 13 años o 12 o así, sabe, pero no sabe más o menos. O sea, tiene algunos conceptos, pero nos los han explicado por encima. Entonces si tú le preguntas a un chico algo un poco más avanzado a lo mejor no te sabe contestar porque depende donde te explican esa cosa o no te lo explican por encima, no te lo explican con cosas muy avanzadas porque si no, no nos enteramos... (E10-US14)*

---

*Yo no sé mucho, solo sé lo de 5 frutas al día, lavarte los dientes, ducharte todos los días y ser limpio, pero bueno hay más cosas claro..., por ejemplo: no tomes drogas, no fumes y... (E4-US26)*

---

*Es que no sé, no se me ocurre nada. Estamos poco informados. Lo sé porque como que no entiendo nada, entonces quiere decir que estoy poco informado.... (E4-US89)*

---

*A ver, no creo que sepa todo lo que se sabe. Porque sé que cada vez que vaya aumentado de edad, sabré más. Pero... también se lo básico, lo que sabe todo el mundo más o menos. Sé que tampoco voy a saber ahí en concreto que es esta célula hace no sé qué... (E1-US16)*

---

*Bueno, en mi opinión generalmente es que nadie tiene buenos conocimientos. No nos conocemos mucho, la mayoría de personas no nos conocemos. Sobre todo, el cuerpo, es bastante desconocido. Y sobre todo para los que, bueno, los que estudian medicina lo conocerán, pero los demás no tanto. Entonces la verdad.... No lo sé... para nosotros más o menos lo básico, lo básico sí que lo vemos así... (E5-US12)*

---

*No, siempre se puede saber más de lo que se sabe... yo no creo que sepa mucho... pero, si me gustaría saber más, claro... (E3-US12)*

---

*En salud... [...] no sé... Yo creo que no, supongo que en algún tema sí, en algunos sabes que no tienes que hacer, pero.... (E2-US14)*

---

*a mí me parece bien que vengan al cole pero aun así me parece que sabemos poco. Porque yo la última vez que hablé sobre alimentación en el colegio, fue en primaria quizás o cuando vienen a hacer alguna charla, pero en lo que llevo de ESO y en cuarto no... no hay previsión de que se haga tampoco... se nos habla poco... (E6-US15)*

## ▪ Subtema 2: Dificultades detectadas

Entre las dificultades que se detectan para comprender temas sobre la educación para la salud se identifica el no haber tenido experiencia en ese sector o haber escuchado poco sobre ese tema. Por otro lado, también destacan el estilo comunicativo y el lenguaje utilizado. Opinan que entre ellos también hay diferencias, y que algunos lo entienden y otros no.

*Bueno... eso depende porque hay muchos niños que tú lo explicas y lo entienden a la primera, después hay otros que les puede costar un poco más, pero lo entienden, y después los otros que pasan.... (E10-US8)*

---

*No, es que no sé, yo por ejemplo lo entiendo todo porque no hago ninguna cosa así de riesgo ... ni fumo ni nada, pero hay, por ejemplo, niños de mi clase que sí que lo hacen y eso no sé qué podría ser para ellos.... Pero igual tienen alguna dificultad para entender porque no hay que hacerlo... (E8-US13)*

... porque si no te ha pasado a ti es cómo que no te pones en la situación y entonces dices 'bueno' y pasas un poco del tema o no lo acabas de entender bien y dices 'esto es una tontería' y lo sigues haciendo.... Por ejemplo, los accidentes de tráfico... cuesta de verlo...(E13-US10)

---

Si nunca has probado el tabaco... a lo mejor no lo entiendo bien en un... principio... como no lo he vivido .... O a lo mejor lo que tu creas que es. Si nunca lo has vivido pues tú piensas en lo que tú crees, entonces no lo acabas de entender bien. (E13-US11)

---

Yo creo que son las palabras tan... técnicas... que utilice vocabulario que no es coloquial. O sea, el vocabulario puede hacer que lo entiendas mejor o peor... mucho, muchísimo. (E13-US13)

---

Eso pasa (se refiere a no entender), porque a veces te dice algo raro. Y te quedas como: que es eso que es eso. Y te empiezan a decir palabras y palabras, y te desvías del tema. ... (E4-US20)

---

Que no se expliquen bien, como si fueran muy de mayores. Entonces como a nosotros aún nos cuesta un poco de pillar eso pues...la manera de hablar no era como la adecuada...(E8-US31)

---

pues que a veces... hay veces que hay cosas que las tienes que hacer diariamente y... bueno en algunos casos hay gente que no quiere hacerlo porque le da palo o no sé... y sobre todo que no interesa, o... o le da palo, y... que a veces no entiendes para que sirve o algo así. O las palabras que utilice... (E11-US8b)

---

Nosotros cuando hacemos una charla lo hacemos en una hora y quizás hay veces que depende la persona, no le da tiempo a explicar todo entonces, si tiene dos temas, explica uno y se alarga mucho y el otro lo explica en 5 minutos y no te queda muy claro... tiene que correr... (E10-US24)

---

depende de si lo has tratado o como te lo presentan. Si lo has tratado anteriormente quizás ya entiendes más, y es más fácil. Si nunca hemos hablado o hemos estado un poco alejados de lo que hay pues no entendemos mucho el concepto. Si no has hablado de ello. Ósea si nunca te han hablado de eso no lo entiendes bien, quizás.... (E7-US8)

---

Como siempre, una cosa es la teoría y la otra es la práctica. Y nunca, en ningún caso se hará exactamente como en la teoría.... (E5-US57)

---

Depende también del entorno. Porque quizá hay alguna persona, que tiene algún familiar que esto quizás te lo ha podido explicar. Algún resumen o así y ya tienes una idea y quizás la otra persona que no lo entiende, al final sí lo entenderá, pero le costará más porque es la primera vez que se lo explican... Quizá alguna vez le han dicho que es esto y se lo han explicado en una frase, pero cuando hacen una charla y te lo explican mejor quizás le cuesta menos algún concepto... (E10-US10)

A la hora de resolver dudas o preguntar sobre temas de salud, los adolescentes dicen tener ciertas barreras de saber a quién acudir, verbalizan tener dificultades en el acceso a los recursos, e incluso a nivel de comunicación, y que también depende del grado de confianza. Apuntan que por normal general dicen no tener dificultades para el cuidado de su salud.

...hay algunos que no lo entienden, entonces no hablan y no quieren explicar su problema que tienen. (E8-US71)

---

Porque la gente que no es independiente, quizás no es segura de sí misma, quizá tiene miedo de preguntar, tiene miedo a admitir sus problemas... O por ejemplo no entienden algo, una explicación en clase no la entienden y no preguntan.... Entonces acaba la clase y van al amigo y le dicen que no han entendido nada. Pero entonces ¿eso para que sirve...? no preguntan para que también los otros no se rían de su pregunta porque quizá creen que es una pregunta muy estúpida y que el profe lo ha explicado y no lo quiere volver a explicar, o que es una molestia que lo vuelva a explicar para que lo entiendan... Y muchas veces tiene que ser el profesor que ven alguna cara rara y tienen ellos que decir: ¿lo has

entendido? Y entonces cuando ven que no lo han entendido volverlo explicar, no son los alumnos que preguntan ni... es que no hay ni motivación por preguntar...esperan a que los vean... (E6-US51)

---

yo me cuido bien ¿no?... entonces no tengo dudas, porque puede ser que tengas dudas por alguna cosa que te inquiete, pero puede ser que no tengas dudas porque te cuidas bien y ya lo tienes todo claro. (E8-US66)

---

Quizás si tengo algún problema de salud bastante grave me veo un poquitín obligado a preguntar sobre lo que me está pasando o cualquier cosa mala sobre mí. Pero no creo que le preguntase si no tuviese el problema. Primero el problema y después vas a preguntar.... Pero así de primeras no... (E7-US60)

---

en cambio, sí es alguien más cercano, tus padres o no se tu hermano o alguien de la familia alguien que ves mucho al cole o al profesor. Pues sería más fácil.... (E7-US57)

---

Sin tus padres delante y alguien que te transmita confianza... porque si no es muy difícil preguntar (E13-US60)

---

Sí, sí que es difícil. Yo creo que sí. También depende de todo. (...) Pero yo creo que lo de la confianza con los padres es un tema que ya desde pequeñito, depende cómo te hayas llevado con ellos tienes más o menos.... (E9-US72)

---

Depende. Mira, si es muy muy íntimo, no sé. Ahora lo que están haciendo en el cole es que viene una doctora cada miércoles a la hora del patio, si tú quieres decirle algo pues vas allí y se lo comentas, pero si es algo muy muy fuerte pues habla con tus padres. Entonces igual hay alguien que no va por eso.... Porque si al final se van a enterar igual... (E9-US69)

---

Según qué temas, al profesor también da un poquitín de corte.... Es que claro hay temas que .... (E7-US58)

---

Pues estas cosas normalmente te enteras en clase o lo que sea que ... hacen una especie de charla. Y normalmente lo preguntas a la gente que ves más cada día. Por ejemplo, puede que si haces una charla en clase y explicas algo pues quizás siempre hay alguien que dice 'entonces, ¿si fumo no sé qué me muero?' Siempre hay alguien que lo hace así, dice en plan gracia, pero siempre hay otro que lo pregunta en serio,.... yo creo que la confianza es importante... el rollo es que hacen bromas y entonces... (E10-US68)

---

Pero ¿sabes lo malo? Que a la doctora la ponen a la hora del patio y estamos encerrados 6 horas en clase, que madrugamos y todo y obviamente muy poca gente va a ir a perderse la hora del patio que pueden estar con sus amigos para hablar con la enfermera... Igual lo tendrían que hacer a otro horario. No te digo que sea cuando toca mates para saltarte mates porque si no lo haría mucha gente. Pero igual por la tarde o algo así. O que te informaran de 'puedes venir al médico a decírmelo también que estoy de tal hora a tal hora', o que hubiese una todos los días con nosotros (E9-US79)

---

yo quiero que se hable en clase con la profe claramente... ya que lo ha sacado, pues por favor que siga porque luego a mí ya se me olvida... Luego puede que al cabo de dos semanas se me vuelva a pasar la duda o cosas así claro... yo quiero hablarlo, pero los profes no saben..... (E3-US17)

---

pero no sé, yo sobre por ejemplo relaciones, chicos, drogas... yo no sabía que se podía hablar con personal sanitario si tienes dudas.... yo no sabía que una persona puede ir al pediatra o la enfermera y preguntarle sobre el tema. No lo sabía.... Es que no sabemos dónde podemos ir, la verdad. (E3-US67)

Una de las mayores dificultades que se detecta es la falta de interés de los adolescentes por temas de salud. Dicen en todo caso interesarles temas relacionados con la salud actual, pero verbalizan no ser un tema de comunicación entre ellos.

*la verdad, todos estos talleres que hemos hecho anteriormente, a algunos los entra por una oreja y les sale por la otra, que ni fu ni fa. Pero claro habrá que concienciarlos porque ese es un punto que afecta mucho... (E5-US16)*

---

*A mí sí me parece que la salud es... Importante, pero a la mayoría de gente no. (E9-US32)*

---

*sí, pero de la salud o de los problemas que nos puede pasar a nuestra edad, porque no nos importa saber que es una enfermedad de no sé cuántos o una enfermedad un poco rebuscada sino cosas más básicas como ... si te quemas que puedes hacer para curarte.... (E7-US52)*

---

*... yo creo que depende la persona porque hay personas que quizás sí que les interesaría saberlo por eso de qué hacer en una situación... pero otras no.... (E10-U16a)*

---

*Aunque lo sepas, la gente no se preocupa. Yo creo que la gente, por ejemplo, imagínate, tú no te lavas los dientes, pero dices bueno no pasa nada, pero hasta que no te llega el problema no te preocupas sobre eso. O yo que se, o no sé qué ponerte un ejemplo, o yo que se, tú necesitas gafas, pero tú dices mira veo bien, hasta que no empiezas a ver borroso no se preocupan por eso. Pues yo creo que es eso, que hasta no tener el problema, no se preocupan. Es eso...(E14-US23)*

---

*No, no sé porque, pero no, no se suele... entre nosotros no hablamos de salud, no sale... (E8-US33a)*

---

*Bueno... alguna vez hablamos, pero normalmente no mucho. (E10-U28b)*

---

*No, de salud no. Es como 'ayer me lavé los dientes' (dramatiza) No no...es un caso súper exagerado. Ayer me lavé los dientes y todo el mundo: ohh (exagera)... no hablamos... (E4-US44)*

---

*No no hablamos de cuidarnos... No acostumbramos... quizás de otras cosas, pero... (E2-US52)*

---

*Si hablas de salud... hay algunas personas que no le contestarían. (E8-US70)*

---

*La mayoría no. La mayoría dice por aquí me entra y por aquí me sale. Es como, pero la mayoría quiero decir dos tercios.... (E4-US65)*

---

*Pero hay gente a la que eso le da igual. Que como dicen 'de algo me tengo que morir' dicen eso... (E9-US52)*

---

*Básicamente yo creo que no se preocupan o que no tienen tiempo y pasan o prefieren hacer otras cosas que preocuparse por eso.... (E9-US17)*

---

*Bueno... depende. Claro porque hay niñas que tal vez no les interesa, porque ya saben. Porque sus padres ya son médicos y esto ya lo hablan. Pero luego están las que no quieren... (E1-US20)*

Además, verbalizan no hacer caso de los que se les dice en las sesiones o charlas sobre salud. Opinan que existe una falta de credibilidad y de voluntad.

*Que a ti te den la opinión no significa que hagas caso porque mucha gente piensa que es una probabilidad que eso pase... entonces... (GFA2-US41)*

---

*Pero una cosa es... o sea escuchar que te digan y otra cosa es ver qué pasa, para acabar no haciéndolo. (GFA2-US43)*

---

*Es como que hasta que no te pase no te lo crearás. (GFA2-US54)*

---

*Claro porque también está una cosa, que te lo creas o no lo que te dicen... (GFA2-US77)*

▪ **Subtema 3: Información sobre salud y resolución de dudas**

De quien reciben más información dicen ser de la familia, aunque también de los profesionales de la salud.

*Yo me informo de mi madre y de los doctores o enfermeras... (GFA1-US72a)*  
 ---  
*De los profes...(GFA1-US72b)*  
 ---  
*Yo del personal sanitario, sobre todo, pero cuando vienen, claro.... (GFA1-US72c)*  
 ---  
*Yo de mi abuela, de la familia... (GFA1-US72d)*  
 ---  
*De los padres (varias voces) ... te machacan ahí siempre... (GFA1-US73)*  
 ---  
*De todo un poco, depende... de tema... (GFA2-US71)*  
 ---  
*Es que depende de la edad.... Ahora no sé, de pequeños los padres (GFA2-US82a)*  
 ---  
*De los amigos (varias voces) (GFA2-US82b)*  
 ---  
*Depende la información también. (GFA2-US70)*  
 ---  
*Depende qué cosas... Hay algunas cosas que las puedes hablar con tus padres, hay otras que las hablas con los amigos y hay otras que, por ejemplo, con tu entrenador o algo así, no lo sé... (GFA2-US75)*  
 ---  
*Bueno, mientras la tengamos, la información, da igual de donde venga. Jajaja. (GFA2-US76)*  
 ---  
*Muchas cosas las entiendes y aprendes por pelis incluso... o sea lo de... si alguien se corta, de alguna manera sabes que tienes que ponerle una venda encima para que deje de sangrar y se le corte la hemorragia o cortar la circulación o cosas de estas de las pelis que ves, de la tele... (GFA2-US90)*

Los adolescentes opinan que con la familia hay temas que no se pueden hablar. Y de hacerlo, indican que influye mucho el grado de confianza y la relación que se tenga con ellos.

*Bueno, yo también a mi familia no la suelo escuchar. (GFA2-US72)*  
 ---  
*si tú se lo dices a tu madre es por algo. Porque si tú... si vas a volver a fumar, no se lo dices a tu madre, si vas hacer lo que tú quieras al final... (GFA2-US116)*  
 ---  
*bueno, depende del tema... (GFA1-US123)*  
 ---  
*No, a los padres no vas hablarle.... (GFA1-US164)*  
 ---  
*Es que depende de la confianza que tengas. Yo por ejemplo con mis padres, a mi madre, puedo ir y decirle 'mama, me gusta no sé quién y no sé qué y no sé cuánto'. Yo por ejemplo puedo ir y decirselo a mi madre porque sé que no va a pasar nada, pero eso es por la confianza, más que por otra cosa... (GFA1-US117)*  
 ---  
*bueno con mi madre no porque yo se lo cuento todo, .... a lo mejor hablé yo algo ayer con mi madre y luego estamos viendo la tele y me dice 'mira como tú jajaja (risa irónica)'. Tonterías que dices: "que dices mama?... sobra". Y yo creo que por eso a veces no le cuentas las cosas...para que no se rian de ti (GFA1-US122)*  
 ---

*Por ejemplo, de la sexualidad... es que con los padres no puedes.... Lo que se hace en América, que se ve en las pelis, de 'hijo tenemos que tener una charla', eso no existe. Eso no existe, eso se ve en un apartado de un libro de texto, que es el tema 4 .... que te explica la introducción del chico y la chica y ya está..., pero nadie te habla de ello.... (GFA2-US74)*

---

*A lo mejor tu madre te explica, no sé, por decir algo 'cuando llegue la hora de hacer el amor, hazlo con condón'. Ella te lo explica así... pero no es lo mismo que ella te lo explique así a que tú le preguntes eso directamente, es que es imposible... (GFA1-US113)*

---

*Porque tú sabes cómo va a actuar tu madre, que no te va a dar una charla ni nada, que te va a apoyar.... Depende también de cómo ellos actúen. (GFA1-US118)*

---

*... a ver por tratarse puede (se refiere a ciertos temas), pero.... Por la confianza, por la vergüenza... depende también de los padres, no solo por parte nuestra. A lo mejor los padres tienen vergüenza también de preguntarnos cualquier cosa y no solo por parte nuestra, .... Se pueden llegar a cortar también... (GFA1-US120)*

---

*Si le preguntas algo a tus padres de sexo o algo, después cómo te mirarán o cómo...qué pensarán de ti... Es que los padres son muy pesados. Jajaja. (GFA1-US121)*

---

*Pero depende del tema al que te refieras. (GFA1-US111)*

---

*Pero es que si le vas a tu madre y le preguntas si fumarte un porro o no pues te va a decir pues no hija, no. Y si le preguntas no creo que te lo diga así. Jajaja. ... entonces hablar de temas y drogas... no sé... (GFA1-US112)*

---

*La familia sobre todo es en temas de alimentación y de cuidados... y básicos de salud, pero claro hay temas y temas... (GFA1-US114)*

---

*Porque no es lo mismo que estar hablando con tus padres de la alimentación que de sexo o drogas... (GFA1-US115)*

---

*Es que es depende... la sexualidad no la vas a hablar con tus padres. Y, la alimentación aun puedes hablarla y preguntarle... (GFA2-US78)*

Sobre los informantes de salud los adolescentes dicen acudir o recibir mucha más información de su entorno, como padres y profesores que amigos.

*Sobre todo, de mamá y el profesor. Los sanitarios le pasan información a mamá y mamá me la pasa a mí.... (E4-US43)*

---

*Yo tengo mi madre que es enfermera y le pregunto a ella. Pero supongo que, aunque no sea enfermera les preguntaría a mis padres que debo hacer cuando me hago una herida o cualquier cosa, es que de los padres son los que más porque son lo que confío más y creo que son los que saben más. Aunque los profesionales sepan más en general.... (E7-US22)*

---

*... De la familia y alguna cosa que dicen las noticias, que dices 'anda mira...' (E12-U16)*

---

*Normalmente de la familia, de tu madre que te explica lo que tienes que hacer, de tu padre... bueno, depende... pero de los amigos no, no mucho. Y bueno maestros también, en diferentes clases. (E11-US16)*

---

*... primero de mis padres, que te enseñan lo básico. Después en el cole en ciencias naturales te dicen algunas cosas. Después [...] algún día ves en un programa que explican una cosa, una curiosidad. Y eso es, como culturilla.... (E2-US19)*

---



*yo prefiero que me lo cuente por ejemplo mis padres porque tengo plena confianza en ellos, que si voy a una conferencia porque... no saben cómo actúo yo. Entonces no sabe...no me situaría en algunas cosas, tus padres te conocen mejor... (E2-US34)*

---

*hay temas que sí que mejor en casa. Depende del tema, porque si es tema de higiene y tal, yo creo que sí se tendría que hablar más en casa. Y luego si es más de alimentación y todo esto, ya sí que se puede hablar en el colegio. Porque es más así en general... (E1-US22)*

---

*Bueno, cuando éramos pequeños evidentemente era más de la familia. Ahora es más como un poco más equilibrado en todos los sentidos... [...] profesores, entorno... ahora mismo, supongo que todavía de la familia. Pero no se compararlo más o menos... (E5-US23a)*

---

*Lo que más la familia, porque en principio lo que te dicen ellos es para protegerte.... (E5-US36)*

---

*...Te lo enseñan tus profesores, tus padres, los amigos, de lo que escuchas... (E13-US17)*

*Tampoco recibo mucho sobre salud, pero... quizás de mis padres... depende de lo que sea. Si son cosas más pues...quizás a ellos, porque mi madre lo sabe, pero claro si es cosa de amigos en plan... temas de fumar, o ligués... eso con los amigos. Preguntas si está bien o mal y cada amigo te da una opinión y... tú mismo concluyes. (E13-US29)*

Del colegio dicen también recibir información, a través de las charlas. Aunque opinan que los profesores no suelen abordar muchos temas de salud, y a veces no suelen darle la importancia que tiene.

*Sobre todo, el colegio, y familia un poquito... amigos menos, pero sobre todo el colegio. (E9-US24)*

---

*No, de pequeño nos hablaron... en el colegio, sí, pero de la salud más básica. Lo de lavarse los dientes y luego en el cole, antes, cada viernes nos daban flúor... pero temas así más básicos, pero no hablan de salud... (E13-US25)*

---

*Aprendes de las charlas que van viniendo o igual en biología, pero biología es una optativa que se da en cuarto y que solo se toca en cuarto y es poco (E9-US25)*

---

*Los maestros en secundaria no dicen casi nada de eso... es más en la primaria sí que explican... (E8-US33b)*

---

*en el cole no solemos hablar de salud. Con los amigos no sale este tema... (E12-US17)*

---

*... normalmente como te lo cuentan en el cole pues entonces en el cole es más... más...más... No le damos tanta importancia porque es como: 'bueno estoy mis amigos y entonces que va a importar lo que diga el profesor' Aunque siempre le haces caso muchas veces, pero.... (E4-US66)*

---

*Si bueno..., el colegio lo normal, yo que sé, te dicen, ... pues comer mucho chocolate, no es bueno, y todas estas cosas, pero poca cosa.... (E14-US17c)*

---

*Del colegio hemos estado haciendo talleres, pero bueno no, no se dice nada así... (E5-US23b)*

---

*Creo que se tiene que venir preparado en ese sentido desde casa. No creo que sea trabajo del cole responsabilizarte en estas cosas de cuidarte... Tienes que venir educado de casa.... (GFA1-US87)*

A la hora de resolver dudas sobre salud, los adolescentes dicen si utilizar internet, aunque no sea como primera opción. Creen que sería un buen recurso para ellos para resolver dudas.

*Eso depende de cuando, si no están tus padres y te pica el gusanillo entonces lo miras en internet. Si no se lo preguntas a ellos, depende de cuándo... (E5-US26)*

---

*De tener una duda, lo consultamos en internet y ya está. Piensa que es una información de acceso gratuito y rápida. Y también algunas páginas web son bastante fiables porque si lo escriben doctores de verdad y dentistas. Cualquiera persona que sepa de verdad y lo pone allí es más rápido que pedir una cita o algo... (E5-US25)*

---

*estaría bien tener un recurso o un foro o un sitio, así como una web de información fiable de medicina, que fuese oficial y que te pudieses consultar dudas. No tener que llamar ahí... Sino más rápido... Con una aplicación o una web o digitalizarlo todo. Entonces ya sería más al alcance de la gente y tendrás más información.... más fácil... (E5-US67)*

---

*Si... Lo que pasa que cuando no la encuentran la solución o la información, entonces lo buscan a internet. Entonces ahí es donde pueden encontrar mal la información que quieren. Y ahí es donde se montan problemas y tal. Ahí es donde muchas veces salen por ejemplo... videos de niñas que están fatal con anorexia.... (E3-US70)*

---

*Bueno igual sí que lo miro, bueno si necesitas saber algo obvio que vas al google y lo pones. (E9-US26b)*

---

*igual hay alguien que no va (se refiere a la consulta) por eso, vergüenza... Y no sé, si tienes algún problema a los amigos, pero sobre todo en el google, que cuando te pasa algo o te asustas coges con el google y lo buscas y ya está. Pero también depende de la confianza que tengas con tus padres, un montón. (...) (E9-US70)*

---

*Emmm, en nuestro cole, en nuestro instituto tenemos a la enfermera unas horas del patio, y yo me iría allí, pero sino no sé... quizás a la familia o lo buscaría por internet.... Al final es lo más fácil. (E12-US51)*

---

*Si, aunque... fuese por internet en un foro, en contacto con doctores, enfermeras ... (E7-US69)*

En relación a los amigos dicen acudir como última opción, por falta de confidencialidad. Dicen darse opciones, pero no salir de dudas.

*Normalmente a los tutores no van. Entonces a los padres a lo mejor les da un poco de corte, ósea que tampoco van. Y como no hay ninguna persona a lo mejor se lo cuenta a sus amigos. Pero los amigos a lo mejor se lo cuentan a uno y se lo cuenta a otro y al final se pueden acabar enterando los que no quieres. (E8-US64)*

---

*[...] podría acudir también a los amigos, lo que pasa que amigos de fiar no los típicos de: lo conozco del cole. No sé...alguien íntimo... (E4-US84a)*

---

*bueno a ver no sé, yo lo comentaría con las amigas. Pero conclusión no sacaría porque sería como: bueno yo he oído esto..., ¿tú sabes? Pero al final sería como ... te quedas con las ganas. Cada una da su opinión, pero ahí... nada.... Nadie te dice nada (E3-US64)*

---

*Es que yo dudas (pensativa)... no sé.... A ver, no sé, si es alguna preguntilla así tonta, por decirlo de alguna manera, pues se lo pregunto a mi amiga.... (E14-US57)*

No obstante, opinan que a los padres serían las primeras personas a las que suelen acudir para resolver dudas. Aunque si señalan que hay ciertos temas que catalogan como íntimos que no les preguntarían. Como segunda opción sería un profesional sanitario.

*Sí, yo iría a los padres, pero quizás hay gente que no tiene unos padres que sepan de esto, o sino al médico o la enfermera.... (E7-US54)*

---

*Bueno... yo preguntaría a mis padres. Y bueno... en caso muy raro al médico, pero yo a mis padres preguntaría... (E11-US46a)*

---

*...es complejo...a ver yo todo se lo pregunto a mamá. Ella es como que lo sabe todo. [...] (E4-US84)*

---  
*porque hay muchas... hay niñas que suelen hablar con sus madres porque yo conozco algunas, a ver son las típicas notazas no sé qué, niñas de mamá, misa cada día... vale? Son las típicas súper niñas perfectas, entonces siempre mamá no sé qué tal... Esas niñas, o sea esta súper bien porque pueden ir a sus padres directamente, pero hay mucha gente que no puede por vergüenza... Por no sé, porque... pero dicen: "yo a mi madre ni de broma le puedo decir eso, a saber, qué piensa de mí, que mala hija." , claro depende del tema... (E3-US69)*

---  
*Yo siempre que tengo alguna duda, a mis padres. Es lo principal. (E2-US46)*

---  
*Si..., yo creo que primero a mis padres. Luego si mis padres no me sabrían contestar, depende del tema pues ya sí que te dicen mejor a la doctora, porque yo no sé realmente lo que está pasando. Pero principalmente a los padres acudiría... (E1-US79)*

---  
*mmm.... normalmente se acude primero a los padres o a los familiares y entonces de allí ya pasa pues al profesional (U6-US62)*

---  
*Pero también depende de la confianza que tengas con tus padres, un montón. (...) lo idóneo sería pues preguntárselo a ellos todo, comentárselo a ellos para que te dijeran pues 'vamos al médico o no te preocupes que esto es normal' pero depende del tema es imposible... (E9-US71)*

---  
*Yo no, no... No iría a mis padres, sobre todo si es íntimo no.... (E9-US27)*

## **Tema2: Retos nuevos que plantearse en educación sanitaria** (Adolescentes)

A través de los adolescentes se conoce cuáles son sus preferencias en este ámbito. Además, se identifica cómo debería ser la educación sanitaria para este grupo poblacional.

### ▪ **Subtema 1: Temas de interés**

Entre los temas que más interés tiene entre los jóvenes, se encuentra la alimentación, la sexualidad y lo relacionado con los hábitos tóxicos. También parece interesarles temas como la higiene o el cuidado del cuerpo.

---  
*Sobre todo, de nutrición y hábitos alimenticios... Entonces ya entramos dentro de... de deporte, los malos vicios, de... de no sé. Colesterol, falta de hierro.... Cosas que necesitamos para vivir...(E6-US25)*

---  
*[...] quizás más alimentación. Quizás si porque es algo que... la última vez que recuerdo haber mirado o haber visto la pirámide de la alimentación fue en primaria... pues eso volver a repasar, aunque sea o entrar en un campo más específico dentro de lo mismo.... y creo que también dentro de la sexualidad es un tema muy tabú que no se quiere mucho hablar en la escuela (E6-US28a)*

---  
*No lo sé, pero... no sé... pues relaciones sexuales a lo mejor porque ... (E8-US34)*

---  
*Pues el tema del fumar... también lo del tema del beber, de la alimentación o lo de energía o algo así... como ahorrar... Esos (E8-US54a)*

---  
*La higiene, eh ... es que no sé muy bien... porque nunca hemos dado... nunca hemos dado los temas de salud, sólo los dimos una vez en cuarto y ahí no los hemos vuelto a hacer... Fumar también podría ser o beber también o no sé también, es que no se más.... Y la alimentación... (E8-US10)*

---  
*Pues... el cuidado de la cara, sobre todo, eh... también relaciones sexuales con los chicos y... ya está. Bueno eso es lo que creo yo que interesa... (E8-US23)*

---  
*Por ejemplo, las drogas o eso. Que hay gente de mi edad que ya piensan que...fuman y cosas así... (E7-US25)*

---  
*Las drogas y el sexo porque ahora es la edad en que... no se ya tenemos una edad. Y ya hemos empezado... y somos maduros como para hablar de estos temas seriamente... (E7-US23)*

---  
*En temas de alcohol y en drogas. Y sobre cómo cuidar bien nuestro cuerpo... porque para no ser... porque a nuestra edad normalmente lo de la anorexia y todo eso es importante.... Para que no pasen cosas de estas, y también la sexualidad... (E12-US19)*

---  
*Pues...como lavarse los dientes, nadie explica cómo se tiene que hacer bien, o también... no... no sé... como divertirse sin las drogas... (E12-US38)*

---  
*Pues en enfermedades, en higiene, en cosas de... en lo que tiene respecto a tu cuerpo. Sí... y también de drogas, alcohol... (E12-US9)*

---  
*La higiene y... y ya está, a mí no... no sé. A los demás quizás el tabaco, la alimentación.... Bueno, pues (...) no sé, alimentación e higiene sería lo que más resaltaría. Si estos serían los temas más importantes. (E11-US13)*

---  
*Bueno eso de comer equilibrado ... Hacer ejercicio siempre ... Por ejemplo, el tema de las enfermedades si tienes alguna o algo así, ... (E10-US17)*

---  
*El estudiar más. El ámbito de estudio es como muy importante por qué. [...] cuando estudias pues aprendes más y eres más responsable. La responsabilidad. Y además tienes más voluntad de hacer las cosas bien.... Estás pequeñas cosas te hacen sentir bien... (E4-US33)*

---  
*No sé yo creo que a ver los del momento, lo de nuestra edad.... son importantes claramente. Pero si, por ejemplo, de momento a mí lo de la droga no me pasa, lo de la alimentación tampoco.... Ósea hay muchas cosas que no me pasan, pero hay algunas que si porque todas somos diferentes entonces yo creo que se debería de tratar todo, ¿sabes? Empezar por lo más importante a nuestra edad... aunque no te pase es importante saberlo... por si acaso (E3-US29)*

---  
*Pues... Yo creo que la higiene, es uno que muchos dan por alto y la verdad debería...ósea yo creo que es un tema bastante importante. Y... después también el tema de las drogas, hay mucha gente que empieza por... falta de información, que creen que esto es un año y tal... y después acaban fatal. (E2-US20)*

---  
*... creo, pero, por ejemplo. [...] Yo creo que a la gente le interesaría más en plan alcohol y tabaco. Porque claro a nuestras edades la gente ya empieza a pensar "venga va, no sé qué... venga fiesta", y sabes, no sé.... (E14-US18)*

En este sentido, aparte de ser temas de interés, los adolescentes opinan que la ESO es un buen momento para hacerlo, pero que necesitan que profundicen más en las explicaciones.

---  
*Yo creo que es ideal para estar en la eso.... porque en primaria como que eres más pequeño y tal y te tratan más de pequeño... (E3-US34c)*

---  
*explicar este tipo... Todas las consecuencias y todo, profundizar, no saber un poco por encima, porque bueno claro.... [...] si no nunca sabes ... (E14-US28)*

---  
*(...) puede que igual lo hicieran... es que yo creo que ya lo explican bien pero igual si lo explicaran más... más dentro ¿sabes? más profundo, o sea que se viera más lo que se pasa. Llegaría más, y a este tipo de chicos... más profundo, con más impacto... (E9-US40)*

---  
*En algunos temas tendrían que profundizar más porque hay algunos temas que los hablamos mucho y hay otros que no hemos dicho nada casi.... Por ejemplo, de las drogas no nos han dicho nada hasta el momento. Lo de la sexualidad ya nos han hecho cómo 3 o 4 charlas.... Pero tampoco nos gusta ni nos enteramos... (E12-US40)*

*Hombre siempre seguir haciéndolo no pasa nada porque si no solo haciéndolo una vez a mucha gente seguro que se le olvida.... Y aparte haciendo más cosas que no solo sean lo de siempre porque en la primaria y la ESO, básicamente nos han hablado de hábitos saludables y de la sexualidad, nada más. Y podrían hablar más sobre las drogas, el alcohol... y en otras edades, porque tú también te haces más mayor, y la información tiene que cambiar...(E12-US21)*

## ▪ Subtema 2: Nuevo enfoque y estrategias

Los adolescentes opinan que recibir educación sanitaria en el colegio les sería más útil que otras materias y añaden como les gustaría que fuera el formato a seguir, de existir una asignatura de salud. Por normal general opinan que debería estar incluido en el horario escolar.

*Sobre todo, yo lo haría en una hora intermedia porque por la mañana no te entienden mucho porque están muy dormidos, tienen mucho sueño y por la tarde están muy agotados así que... (E8-US49)*

---  
*...tendría que ser cómo una asignatura en el cole. Por ejemplo, cómo mates pues... pues podría ser salud e higiene o algo así, dentro del horario normal... (E11-US26)*

---  
*a mí me gustaría mucho la verdad, una asignatura o unas clases...porque la veo práctica, más que otras, no sé... Por ejemplo... esa hace más falta que música, mil veces más falta que música. Yo creo que es imprescindible ¿no? Para cuidarnos. O que dibujo, tecnología, no sé... (E9-US68)*

---  
*Quizás, yo encuentro que tendría más valor que "cultura y valores éticos" que se ha incluido ahora, o "ciudadanía" que también hice en sexto. Yo creo que se podría pasar la cultura y valores éticos a tutoría por ejemplo quizás. Como hacíamos en primaria que hacíamos un poco de los valores y todo eso en tutoría.... Y cambiar las horas por salud, alimentación lo que sea.... diferentes temas. (E6-US57b)*

---  
*Yo creo que nos ayudaría... que lo hiciéramos en clase. Igual que haces con las mates, estudiarse la unidad pues repasar un folleto... o preparar un tema... o hacer un cartel juntos... sería útil para nuestra vida, para cuidarnos mejor.... (E13-US52)*

---  
*Pues por ejemplo hacer una clase en la escuela de todo ... Por ejemplo, tenemos tutoría, pues si hacemos tutoría dos veces a la semana pues por ejemplo una vez cada semana o cada dos o lo que sea pues una charla sobre salud, otra sobre los alimentos que son buenos para tu cuerpo, otra para el ejercicio que tienes que hacer y así pues cada tanto... (E10-US46)*

---  
*una vez a la semana por ejemplo en la hora del patio unos 15 minutos pues...se trate un tema y después ya... otra semana...(E2-US40)*

---  
*Se podría proponer planes al director de hacer clases o ... por ejemplo hay clase... yo por ejemplo, las optativas, podría haber una de salud, que sería obligatoria, igual que la lectura en castellano y catalán que son obligatorias. (E8-US63)*

---  
*[...] haciendo como dividiéndolo en partes y poner lo que es más malo o lo que es más bueno. De manera que... En un papel por ejemplo cuando nos dais charradas o cosas así lo clasificuéis como malo o bueno y por ejemplo que nos deis más importancia a como somos nosotros y no tanto a si es bueno o malo porque dependiendo de la persona es bueno o es malo o menos malo.... (E7-US35)*

---  
*Me gustaría que hicieran más énfasis en esto y no tanto en las capas de la tierra por ejemplo que lo hicimos el año pasado y ya lo hicimos también en primero y lo volvimos a hacer en quinto. Hay temas que se repiten en la asignatura de las ciencias naturales y quizás podríamos ir a.... temas más importantes de cara a la vida cotidiana. (E6-US27)*

---  
*Como una clase... Sí porque hay a lo mejor alguna asignatura que tenemos así... alguna optativa de esas que no sirven luego para nada en la vida. Pues al menos esto te serviría para la vida... Una asignatura que fuera para hablar de salud, nos ayudaría a nosotros... (E13-US54)*

*Pues no sé, yo haría... tampoco sería muy de hacer sesiones cada semana sino una vez al mes tal vez (...) porque es que si haces todo junto junto.... pues al final las niñas dicen...como si fuera una clase normal... (E1-US73a)*

---

*en el cole como una asignatura más, una vez a la semana. Que venga una profe a hablarnos de salud no estaría mal... ¿no? (E3-US18)*

---

*Siiii... super bien! pero... No es que en mi instituto lo que pasa que yo como hago francés no puedo hacer ninguna otra optativa... Lo que pasa que no una asignatura como tal con 3 horas por semana como catalán o castellano, pero si un programa de un trimestre, una optativa o quizás pasar, dentro de una asignatura de las ciencias naturales por ejemplo hacer un trimestre de la salud, otro de biología y el otro ciencias, por ejemplo. Sería una opción. (E6-US57a)*

En este sentido, creen que el colegio es el mejor sitio para realizar educación sanitaria. Sin embargo, opinan que los profesores es mejor que se mantengan al margen.

*yo creo que el colegio es un buen sitio (E7-US18)*

---

*...el colegio está bien (E12-US14a)*

---

*Sí, porque... bueno me parece bien cuando se van a veces los profes porque es como más íntimo, pero si el profesor se quiere quedar pues a veces molesta un poco, pero sí, sí está bien el sitio, si no hay profesores y todo sí. (E9-US21)*

---

*Pues es mejor porque ahí es como que te concentras más, estás acostumbrado a concentrarte en cambio si estas por ejemplo en un sitio de ocio, como tipo el cine. Que te lo cuentan en el cine, estás más para la peli que vas a ver que por ejemplo esto... Es mejor el colegio o el instituto... (E4-US36)*

---

*A ver, es que hay algo... tiene que haber algo, o sea una figura delante, como es la profesora para que no se rían (se refiere a los compañeros). Aunque la profesora en realidad no influye mucho, no influye para nada que haya una profesora.... a veces se ríen hasta las mismas profes.... (GFA2-US145)*

---

*.... A mí me gustaría como micro-conferencias en diferentes sitios...tanto en institutos, como en.... clubs de futbol, de básquet. Pues ahí, también iría bien... (E2-US53)*

---

*Para mí es bastante bueno porque si... ahí están todos concentrados. Da mucho más palo ir a una conferencia que si ya estás en el cole y vienen pues vale. Aparte de que te saltas clase, jajaja.... Pues es interesante...yo creo que con el cole ya...ósea si te lo explican bien con una sesión o así ya está.... (E2-US16)*

---

*en vez de hacer las charlas en clase, pues en la biblioteca quizá cada viernes hacer charlas sobre algún tema diferente en la biblioteca o en el centro médico o lo que sea sobre también salud y cosas que nos interesan... (E6-US59)*

---

*en mi caso en el instituto yo creo que lo hacen bastante bien, o sea que no haría falta ir a la biblioteca porque como ya vienen de vez en cuando a hacer alguna charla en clase...quizás al ser en el instituto no tienes otra opción, o sea tienes que ir sí o sí, no puedes coger... En cambio, si lo hicieran en la biblioteca principal quizá no iría tanta gente. Quizá a primera vista no puede ser tan interesante como ya dentro del cole... (E6-US17)*

---

*está muy bien porque en colegios es como el sitio más cercano que tenemos nosotros para informarnos así. Y también los informadores y todo esto es donde puede encontrar más de nosotros y tener mejor contacto. Así que está muy bien también. Lo encuentro que es la mejor opción.... (E5-US20)*

Los adolescentes opinan sobre la posibilidad de tener una asignatura de salud. Destacan que de tenerla contarían con más información para poder autocuidarse mejor.

*creo que si fuese una optativa quizás no la haría porque no la encuentro demasiado útil, a ver que, si es útil, pero... quizás la encuentro útil yo, pero no creo que la gente de mi edad lo encuentre demasiado útil y no creo que funcionase demasiado bien. Yo creo que, con menos veces, es suficiente.... No cada día hacer una asignatura, sino cada un tiempo, por semana o un par de veces al mes y ya está... si fuese así entonces si... (E7-US51)*

---

*Iría muy bien como tipo asignatura, sí porque te ayuda a saber lo que tienes que hacer.... Para mí sería interesante... (E11-US44)*

---

*Bueno está bien porque quizás dices hoy tenemos salud... no sé qué, tal vez dices "bien no hacemos clase" pero tal vez después toca una clase que te gusta de sorpresa y esto por ejemplo dices 'qué rollo, toca hacer esto de la salud', pero después lo oyes y aunque no pongas mucho interés lo has oído, y si después como lo has oído, sabes más o menos lo que tienes que hacer. Si no hubieras oído esto no sabrías que hacer.... A mí me parece bien (E10-US65)*

---

*A ver me parecería bien y mal. Sería como, a ver cómo decirlo... es una hora más de la que tienes que estudiar, y estar en el cole. Y además como que tenemos un horario muy ajustado pues no lo vería no se... pero por otra parte estaría bien ya que la gente tendría más conocimientos, nos cuidaríamos mejor... (E4-US79)*

---

*A ver yo creo que .... necesario puede ser, interesante también. A mí me gustaría y yo creo que a mis amigas también. A otra gente no sé. Pero a ver, a nosotras por lo menos sí que nos interesaría creo y que también es necesario.... (E3-US53)*

---

*Entonces tener un programa de salud.... Podría ayudar.... creo que sí que estaría bien.... (E3-US57)*

---

*Yo creo que estaría bien tener una asignatura en la ESO sobre salud...porque así nos informamos más. Formas más e informas más. Y después pues en el fondo podríamos decir más nosotros, que podríamos decidir sobre más temas y en más cosas.... Yo creo que sí sería positivo (E12-US46)*

---

*¿Una asignatura de salud? Un montón, hace falta. Yo creo que, si porque en verdad hacemos de todo, pero eso ¿qué vienen a hacernos tres charlas al curso y ya está? Pues no sé, estaría bien la verdad. Nunca lo había pensado, pero me gustaría.... (E9-US64)*

---

*Una asignatura, o algo así... Aunque depende de lo que se haga en esa asignatura.... de los ejercicios... de lo que hagan. Si te van a poner deberes de eso, acabaríamos hartos de la salud. Jajaja. (GFA2-US180a)*

---

*Yo creo que sí que está bien (se refiere a una asignatura) pero en vez de que nos expliquen, que nos dejen investigar y después exponerlo o lo que sea y que ellos nos corrijan...Yo creo que como lo están haciendo ahora, pero en vez de que estén todo el rato hablando ellas, hacer prácticas y ya está... nada más. Tampoco hace falta que cambien nada más. (US2-US180b)*

---

*Sí, la verdad que sí... de esta manera igual así nos cuidaríamos más todos o pensaríamos más en lo que hacemos. (E9-US65)*

En este sentido, los adolescentes aportan desde su perspectiva como sería el método de hacerlo. Dicen preferir sesiones en formato taller y con metodología dinámica. Le dan mucho valor a que incluyan experiencias y más participación por parte de ellos. Critican cómo ha sido hasta ahora su experiencia en torno a este tema.

*Poder repetir... De otra manera, y otras cosas, depende de lo que te pregunta el alumno... Quizá un día sí que hablas de una cosa que trae el profesor que lo haga para explicar, pero otras preguntas a los alumnos. Tipo, por ejemplo '¿qué os preocupa? O ¿de qué queréis hablar? Que necesitéis información...' o algo así.... Y en otra clase hablarlo. (E12-US48)*

---

*...vino una enfermera del ambulatorio y nos fue explicando las cosas que no sabíamos, pero no me pareció buen método, porque quizás también tendría que ser más íntimo porque los temas de salud no suelen ser así una cosa así que hables delante de toda la clase... Te da corte... es mejor grupos más reducidos... o si es algo en plan genérico pues entonces si la clase en grupo (E12-US15)*

---

*Pues primero, normalmente lo hacen con un power point, explican algo cómo más datos... y después habría que hacer algún tipo de juego para aprender. Y así está bien porque a la vez te diviertes y aprendes bastante. (E11-US15)*

---

*Quizá con... no se con algún taller como hicimos por ejemplo con el reciclaje. Con eso sí que hacías algún taller del color amarillo va aquí o algo así. Pero aparte de eso no, porque les dieron una hora para hacerlo en cada clase y yo creo que con el tiempo que les dieron lo hicieron bastante bien.... Pero con más tiempo es mejor... sin son sesiones más largas siempre es mejor... (E6-US22)*

---

*yo si fuera yo que sé, vosotros, si veo que en ese instituto ya veo que hay un poco de problemilla pues si eso hablar, yo haría más en plan una charla y también comentaría. [...] No siempre haría charlas, también no sé, yo que se podría una excursión, ir a un sitio y ver las consecuencias que tiene esa cosa. Es, lo que a mí me gusta más es verlo, porque si me ponen al texto pues bueno, no me interesa jaja... de la otra manera tiene más impacto...(E14-US36)*

---

*Las sesiones no las haría más largas. Iría más al grano porque se van enrollando y van poniendo ejemplos y acaban hablando de su vida como policías.... Primero es mejor ir como más al grano. Porque normalmente cuando nos vienen a explicar alguna cosa están ahí como que se enrollan van a su calma, tienen toda una hora tranquilos.... Y al final hemos acabado y si tienen un power point de 200 diapositivas, hacemos como 5. No hacemos casi nada... todo más estructurado es mejor... (E4-US41)*

---

*Igual más charlas, pero no se... Más sesiones, a lo mejor... [...] pero no sé. Igual los folletos estos que están en el médico, igual se podrían repartir por los colegios. Lo que claro igual la mayoría no se lo leería la verdad. Es mejor charlas. (E9-US67)*

---

*Pues no sé, como más dinámico, más explicar las cosas malas que tiene. Poner ejemplos, poner fotos de lo que te puede pasar en un power point o algo.... Más visual. No decir solo las drogas que hay (...) como hicieron si no más cosas... (E9-US23)*

---

*Yo la haría con videos y también con power points y [...] también yo creo que la profe tendría que comunicarse con los alumnos bastante, o sea que los alumnos pudiesen hablar un montón y así explicar lo que les pasa. Y, lo haría dos veces... una vez por mes y... así hasta que se den cuenta de que los que lo están haciendo mal. Hasta que lo rectifiquen. (E8-US46a)*

---

*No sé, tendrían que hacerlo a veces... porque hay veces que solo te vienen a hablar y entonces cuando te hablan y 'bla y bla', desconectas y cuando te aburres no escuchas y si hicieran algo más activo, o algún juego o visual también, pues podría ayudar a que nosotros lo comprendiéramos mejor. (E11-US45)*

---

*Pero a ver, hacer actividades, pero no en plan te ponen un power point y a explicar esto que enfermedad da y no sé qué. Algo siempre muy visual pero que tampoco sea muy largo, ¿sabes?... Dar ideas claras. Y con eso ya la gente va pensando, pues el otro día me dijeron que fumar puede crear problemas de respiración, etc.... O sea, cosas así claras y luego pues ya si eso profundizar... (E14-US55)*

---

*Más interactiva, yo lo entiendo más (E1-US10)*

---

*lo haría en un aula con power point. Y que fuese todo interactivo ósea, que por ejemplo la gente pueda exponer sus casos y sus dudas. Y... que se tratasen sobre todo lo temas, no solo la higiene que es lo más básico. Que pudiéramos hablar de más temas..... de lo que nos preocupa (E2-US43)*



---  
*O sea que no sea un muermo digamos.... que sea entretenida, que interactúe la gente que lo escucha. Y poniendo casos reales, simulaciones... (E2-US18)*

---  
*Yo creo que debería de ser una hora, entre clase y clase, por ejemplo. Que hubiera una profesora, que hablase, una profesora experta o lo que sea que venga aquí que lleve un power point o algo así, entonces vaya pasando, nos vaya explicando.... Luego que vayamos preguntando, luego que o sea que cada uno podamos dar nuestra opinión. Ella explique lo que sea... Que sea una clase más como opiniones, hablar, explicar no sé... yo creo que estaría bien... (E3-US35)*

También opinan que debe ser sobre temas interesantes, y cuidar la comunicación con ellos, así como el vocabulario.

*Y que el vocabulario sea correcto porque es el vocabulario que es apto para todo... que sea una exposición muy ejemplificada con muchas fotos y muchos ejemplos. Y que haya mucha interacción con la clase para que no nos dispersemos mucho. (E6-US18)*

---  
*Pero yo pienso, que ahora a nuestra edad se nos puede explicar de una manera... primero lo podrían decir si quieren con sus palabras y esto. Pero saber hablar con un poco de... en mi cole porque somos todo chicas y cuando nos hablan así...nos hablan con respeto, pero de tener cuidado porque a la mínima que dices algo que... una palabra que... a las niñas les pueda sentar mal pues... se lo toman a mal, y ya toda la charla no hacen caso, y se quedan con esa palabra... (E1-US38)*

---  
*No sé, depende del vocabulario... Sí, pero las tendrías que contar de una manera que no sea muy rebuscada. (E8-US72)*

---  
*Pues en un lenguaje más en plan científico y más... cómo si fueran unas instrucciones, entre comillas, más fácil... más sencillo... (E12-US44)*

---  
*Pues... primero en un lenguaje informal, o sea más adecuado a la edad. (E2-US17)*

---  
*¿cómo me lo explicarían? ... te lo pueden explicar como si... o sea exageradamente o como... si es importante y tal, pero no tampoco meter miedo... normal... (E2-US8)*

---  
*Sí, si es muy importante, el vocabulario si es muy técnico yo creo que... yo que sé, la gente no..., sabes, no prestaría atención diría "pues no entiendo nada o no sé qué me dice". (E14-US12a)*

---  
*La confianza, la manera de hacerlo... eso transmite mucho más. Si tú eres una chica que vienes a darnos una charla y empiezas a usar las palabras científicas, que nadie se entera, pues no sé, puedes usar otro tipo de lenguaje y nosotros vemos que sabes explicar. Y también la forma de explicar, si lo explicas muy serio, cómo una clase pues no sé, no te llama tanto la atención como si te lo explica cómo algo más divertido. (GFA1-US127)*

---  
*Yo creo que sí, porque a ver, por ejemplo, en mi colegio no hay gente muy "pasota", como decirlo, pero, por ejemplo, la gente, en plan..., que ahora va mucho por las calles y es muy, que habla muy mal, por decirlo de una manera... que hablan mal, y hablan con faltas... en plan, '¿Qué pasa tío?' cosas así jaja.... Pues yo creo que no sé, que si tú les pones un lenguaje menos técnico pues sí que lo entenderían mejor... Porque si tú vas ahí, no sé qué, una palabra tope de larga y rara, por decirlo, pues dicen 'buff...' y no lo leen... (E14-US49)*

---  
*utilizar un vocabulario muy simple, estándar que podamos entender todos. Sobre todo, muchos ejemplos. [...] informar más sobre este tema. Sobre todo, empezar más por lo teórico, y después ya...(E6-US45)*

---  
*Con la tapa cantosa ... que llamara la atención. Con algún dibujo que dijeras 'voy a cogerla' aunque no supieras que hacer, y que después cuando la mires, más o menos, que lo cuentes con unas palabras*

*que el lector pueda entender y tampoco le desagrade. O sea, cuentes lo mismo, pero con unas palabras que lo puedas entender ... y atractivo... (E10-US60)*

---

*Iría haciendo sesiones cada día de algo. No sé, un día de sexualidad, otro de drogas, otro de higiene, de cosas de esas... todo interesantes para nosotros... (E9-US49)*

---

*Pero si no sé, si les hablas más de temas que les interesa más pues sí...si, te atienden más, están atentos... (E14-US12b)*

---

*Te hacen hablar, pero no participar, es aburrido. Acaba siendo... una hora que te estén hablando y encima si fuera de cosas diferentes pues aún prestas un poco más de atención, pero todo el rato lo mismo... (GFA2-US67)*

Sobre el contenido y el estilo opinan que debería haber un nuevo enfoque. Los jóvenes verbalizan cuáles son sus preferencias en este sentido.

*Yo creo que sí, porque si ya desde muy pequeñito te van enseñando el díptico ese o la información... lo malo y lo bueno ya desde muy pequeños y ya no parar hasta que seas grande...sería mejor, una cosa más... crecerías con ello... (E13-US53)*

---

*Para mi gusto debería ser más dinámico, igual solo con nosotros... más íntimo y que podamos participar, decir lo que pensamos... pero sobre todo también que nos explicaran un montón de cosas, todo, lo básico también.... Bueno todo no porque es imposible, pero lo básico, lo más importante sí. Para que nos diéramos cuenta.... Iría haciendo sesiones cada día de algo. No sé, un día de sexualidad, otro de drogas, otro de higiene, de cosas de esas... (E9-US49a)*

---

*Pues tendría que ser mostrando todo lo bueno, y todo lo malo.... cada cosa tiene sus cosas buenas, pero también sus cosas malas. Mucha gente pues para convencer a alguien de que haga tal cosa pues solo dice las cosas malas, las más flojitas digamos. Pero lo mejor es saber todo lo bueno y todo lo malo.... tener toda la información... (E2-US31)*

---

*(...) pues... más que cómo asignatura sino como una... cómo cuando haces tutoría. Hablar con el profesor, que no te explique una cosa y te diga lo que pone en el libro... más participativo... Que pregunten, 'hoy... ¿os ha pasado algo últimamente de lo que queráis hablar?' y decir 'a mí me ha pasado no sé qué' y hablar de ese tema. Dejar las cosas más claras de lo que te ha pasado... como un taller, más divertido y entretenido... (E12-US47a)*

---

*Pues dividiría en, por ejemplo, drogas y alcohol sería un tema... dividiría temas de salud. Y yo lo haría, no como una asignatura de las que se dan, pero sí... con charradas en grupo y que a lo mejor viniera un especialista a ayudar o algo.... Hacer actividades... (E11-US27)*

---

*pues si tienes una hora no para muchos conceptos ... si no para uno solo, pero trabajas aquel de diferente manera, en diferentes sesiones... Un día haces, por ejemplo, un concepto de si alguien se marea o algo así, otro día si alguien vomita o pierde el conocimiento ... y vas repasando... (E10-US63b)*

---

*al final lo que yo creo que lo mejor sería que en una clase empezáramos a dar ideas de lo que nos gustaría y tal, porque es que, sino al final no lo acabamos haciendo, aunque queramos hacerlo, ¿me explico? A mí me gustaría, que me pidieran opinión para un programa de educación.... (E3-US60)*

---

*Que te impacte directamente... Sí, también que sea entretenido e interesante... (E14-US54)*

---

*Creo que tal vez, en vez de seguir haciendo charlas, (...) Si hiciéramos alguna actividad, cómo yo que sé, haciendo alguna tontería... cualquier tontería pues... a lo mejor nos gustaría y estaríamos más atentos y aprenderíamos más. En verdad se aprende más cuando haces prácticas.... O con un juego. Un juego en plan de clasificar la comida. Que te traigan comida de plástico y que tengas que hacer un juego de intercambiar en el mercado o algo así... (GFA2-US92)*

---

*Yo creo que tendrían que intentar dar esa información de otra forma que sea más divertida y que pueda llegar más a los que la están recibiendo y dejarnos más participar (GFA1-US52)*

---

*cuando vienen pues hay demasiada explicación y no te lo explican bien... nos deberían dejar participar y no explicar todo el rato ellos... (GFA1-US59)*

---

*Si te lo explican de forma más entretenida pues... o sea, no atenderán todos, pero sí que atenderá más gente y a más gente se le quedará. (GFA1-US64)*

---

*Sí. Y más didáctico, mostrarlo más porque incluso en la sexualidad es como que los que te explican se encierran y no salen de ahí. (GFA1-US84)*

Por último, los adolescentes opinan sobre cómo debería ser el informante. Dicen preferir a un especialista, alguien que sea experto en el tema. Y dan mucha importancia al estilo que tenga haciendo la sesión educativa.

*Quien lo explique que lo sepa contar bien o que sea como una persona que haya pasado por eso y puede explicar bien lo que le haya pasado.... (E3-US8)*

---

*(...) de forma más directa para que sea... o más... no en plan tan calmados, más a saco para que se den cuenta y rectifiquen. El tono de voz más fuerte... Marcando, sí... de que eso es muy importante, para que llegue bien el mensaje. No que se pongan en plan borde, pero sea realmente para que nosotros lo entendamos, con vocabulario nuestro... (E13-US28)*

---

*si alguien no te cae bien y te lo cuenta no le prestas tanta atención y... pasas más. O si alguien es muy aburrido te acabas durmiendo... así relajando y ya no... ya no captas tanto. No prestas tanta atención, desconectas... el estilo que tenga es importante... (E13-US14)*

---

*A ver, depende de la charla. La de las drogas la hubiese cambiado la verdad, porque... vino una chica y estaba, así como más en cachondeo que explicándolo ¿no? En la pizarra y no se... esa no me gustó mucho, porque no era formal ni seria... (E9-US22)*

---

*Nosotros una vez vino un policía y ...tenía la voz como...monótona ... (imita como pesadez) Entonces al final te aburrías mucho. Te quedabas como semidormido... desconectas... (E4-US21)*

---

*No sé porque a veces cuando te dicen mucho las cosas, al final acabas cómo diciendo 'jope, qué pesado, déjame' o algo así y a veces lo acabas haciendo, pero no sé porque razón, depende de si han conectado... Lo suyo sería no decirlo tantas veces porque hay veces que te lo dicen y te cansas... no ser tan repetitivos... (E11-US29)*

---

*O no se...también en esta edad es algo que como se nos prohíbe mucho y esto a veces es peor, y que sean jóvenes porque sí no...(E6-US35)*

---

*A ver yo no creo que tampoco se tenga que hablar como si fueras un colega porque no, no eres un colega. Pero tampoco creo que se tendría que hablar tan técnico. Si eso hablar, no sé, no hablar ni tampoco muy en plan "yo aquí soy el que sé todo" ni tampoco "eh que pasa...", no sé, un poco intermedio. O sea, poder mantener una conversación normal, no hace falta mucho... que conecte contigo (E14-US37)*

---

*cuando por ejemplo te lo dice tu madre, a veces no le das tanta importancia, pero cuando viene un médico o un profesional o algo a explicarte que tienes que hacer esto porque si no tiene consecuencias, pues no sé... tiene como más importancia, por decirlo así, sobre ti. Te entra mejor, te lo dice de otra manera también... (E11-US14)*

---

*La confianza, la manera de hacerlo... eso transmite mucho más. Si tú eres una chica que vienes a darnos una charla y empiezas a usar las palabras científicas, que nadie se entera, pues no sé, puedes usar otro tipo de lenguaje y nosotros vemos que sabes explicar. (GFA1-US127)*

---

*¿alguien de aquí, que te explique de salud? (se refiere a alguien del instituto) Es una pérdida de tiempo, yo creo. No creo que se lo tomen tan en serio. No porque ya los tenemos... tenemos muchos profesores y ya los tenemos muy vistos y hay algunos profesores que a lo mejor o te caen un poco mal o cosas así... y por ejemplo cuando te vengán a explicar un tema en concreto pues dices 'uy, qué palo, que rollo, vaya aburrimiento'. (GFA1-US144)*

---

*Yo, personalmente, pienso que si te lo dice alguien cercano a ti les haces más caso que si te lo dice alguien que no conoces de nada. Por mucho que sea tu doctor no es la misma confianza y no te lo explica de la misma manera. (GFA1-US74a)*

### ▪ Subtema 3: Profesional de la salud

Los jóvenes verbalizan no consultar temas sobre salud cuando van a las revisiones, dicen no haber el clima de confianza para ello o el tiempo para que surja.

*No, es que el médico, vas lo que vas, no te paras a preguntarle, no sé, no es momento para ello, vas a lo que vas. (E14-US59)*

---

*No recuerdo haber tenido ninguna duda importante, pero... diría que sí que la hubiera preguntado, de haberla tenido no tengo ningún problema. (E11-US46b)*

---

*Sí, alguna vez te preguntan tu opinión... eso sí, pero que yo tenga una duda y lo pregunté, cosas así no, no lo hago... no sé, están mis padres... (E13-US57)*

---

*Es que el tiempo tampoco es mucho... no da para mucho... (E12-US53)*

---

*Te daría corte.... Si no me conoce (E13-US59)*

---

*mm... es que nunca se crea este ambiente muy familiar tampoco, siempre es muy profesional. 'Que tienes esto? Vale sí, pues te pongo esto y ya está, para casa...' Sería bueno que te preguntaran.... Más de tú a tú... con tranquilidad (E6-US65)*

---

*mm... yo creo que no, no se puede mucho. No porque siempre es el tono y el tema es de va 'venga, siguiente, esto, pum pum, vale ya está, vale ya te puedes poner la ropa y.... adiós'. Básicamente siempre es así, solo les importa esto, también no se no no.... Te preguntan directamente... (E6-US63)*

---

*No puedes preguntar, siempre ha ido muy rápido. Lo que te pasa, te mira, te dice lo que te tienes que tomar y ya está. Y sobre todo cuando voy al médico, no sé por qué, pero es cómo 'habla tú mamá' ¿sabes? Se sienta al lado y habla ella.... Y a ti te deja de lado. Y yo creo que deberíamos ser nosotros, pero yo creo que esto lo hacen casi todos, eso de que habla la madre por ti... (E9-US75)*

---

*Si cuando voy si .... Pero quizás te cortas un poco porque no tienes confianza con esa persona (E7-US56)*

---

*Sí, porque cómo es el médico que vas desde que eres pequeño pues siempre hay un poco más de... de confianza, que no si vas cada vez a un médico diferente es complicado, pero vaya que no te pones ahí a hablar...(E12-US52)*

---

*Hombre... si tú tienes una duda bastante importante seguro que te lo responderá, pero yo nunca le he preguntado nada.... No, nunca he tenido ninguna duda. (E8-US65)*

---

*Cuando voy a las revisiones el momento lo he tenido, pero nunca he preguntado.... No, me acostumbro a preguntar.... Mis dudas allí..., pero podría haberlo hecho... (E2-US47)*

En este sentido, los adolescentes opinan que su relación con los profesionales de la salud debería de mejorar. Creen que estos deberían ser más comunicativos con ellos, y crear un clima más de cercanía. Por otro lado, también expresan la importancia de que den ejemplo para ganar credibilidad entre ellos.

*cuando vas a la visita del pediatra aparte de decirte cómo estás, también es necesario que te explique una anécdota, pues yo que sé, si te habla de que tienes algo malo en el corazón una anécdota del corazón. O sea, así un poco para que lo entiendas.... Si te dice, vale tienes esto y esto. Vale tu sabes lo que tienes, pero realmente no sabes lo que te pasa. Tal vez te lo puede explicar alguien que lo haya pasado... o que ponga ejemplos, que sea más cercano, otra forma... (E1-US76)*

---  
*también los doctores cuando vas al médico, a veces no te dicen nada y te vas... pero, han de decir algo. ¿Por qué no hablan? (E1-US7)*

---  
*Yo creo que está bien como es hasta ahora.... No sé... (E1-US81)*

---  
*Yo siempre he tenido la misma persona... Entonces si siempre tienes a la misma que te lo hace, pues ya te sientes más cómoda, pero cuando te van cambiando cada dos por tres pues ya no te sientes tan cómoda, porque no sabes cómo te va a hablar esta y todo.... (E1-US80)*

---  
*Quizás es eso, en vez de esperar una pregunta quizás ellos también comenar la conversación o el tema.... Adelantarse. Por ejemplo, es lo que te dicho si ven que te falta un poco de hierro o lo que sea... o por tu edad a lo mejor... En vez de esperar a que pregunten: 'oye como lo soluciono esto'. Ya empezar diciendo mira te puedo dar esto o puedes comer un poco más de esto... no sé... o empezar ellos a hablar de las drogas o el sexo... (E6-US64)*

---  
*pues por ejemplo en una revisión cuando acabase pues unos dos minutos que la pediatra que te preguntase, que te de... que te dé pie a ello... o sea que te ayude, si tienes vergüenza a preguntar, pues que te ayude ella.... que se adelante (E2-US48)*

---  
*Nosotros, explicar nosotros lo que nos pasa, como nos encontramos, las dudas, todo... (E9-US77a)*

---  
*A ver yo no sé cómo la gente tiene sus relaciones y tal, pero lo que sé es que yo con la mía puedo tener mi confianza y una preguntita: oye ¿es verdad que las drogas...por la noche no te dejan dormir?'. Eso podría preguntar con confianza, ¿sabes? Pero puede que otra persona no pueda por la relación que tenga.... O depende de si es más cerrada o más abierta, porque hay veces que su carácter... que los médicos también son personas (E3-US68)*

---  
*Está bien, no lo sé. Es que yo el que tengo creo que es muy bueno, además es como profesional. No es como tan muy muy cercano.... Porque además también piensas que es el tipo que te pone las vacunas y te hace sufrir... (E4-US85)*

---  
*Yo creo que afecta mucho la relación que tengas con ellos... y si no tienes confianza al personal sanitario, porque solo te molesta.... una cosa que tú quieres hacer y no te dejan. (E3-US66)*

---  
*Los que llegan a fumar, esas cosas que no lo hagan, así dan ejemplo.... Porque luego las niñas dicen: 'ah si ellos lo hacen yo también lo puedo hacer' (E1-US75)*

---  
*hay gente que dice: 'bah esto se lo trolan los médicos...' Pero realmente no se lo están trolando, no están diciendo la verdad. Solo que hay gente que no se lo cree. Yo creo que, sí que tendrían que hacer más charlas. Porque yo creo que hay veces que hay niños en plan: 'yo creo que esta vacuna no hace falta'... Y yo pienso.... Como no te la pongas, tal vez a ti te va mal. (E1-US24)*

---  
*Pues que fuera como más... porque normalmente cuando vas es cómo él es el médico y tú el paciente y ya está. Podría ser cómo más amigable porque así no te sientes incómodo a veces, porque cuando a veces vas al médico te sientes un poco incómodo.... Son lejanos... parece que ellos son los que deciden (E11-US47)*

*Bueno yo lo veo bien porque si tú el médico lo visitas siempre pues ya más o menos hay confianza, y ya más o menos sabe que tú tienes eso no sé qué, que tienes que tomar ... pero si por ejemplo tienes un médico nuevo o lo que sea ... a ver las primeras veces es un poco frío, pero luego ya ... Es como con los profes, la primera clase estás un poco tímido, pero después cuando lo vas conociendo ya estás más suelto. (E10-US71)*

---

*Pero cuando vas al médico no hay tanta confianza, hay más distancia... te ven como uno más... (E7-U55)*

---

*pero aparte de informar más no sé me ocurre nada más ... básicamente es eso. Dar más información, aprovechar que estás ahí para que te vaya explicando... (E12-US49)*

---

*A mí me gustaría que me preguntarán más, porque así te quitas todas las dudas ¿no? Igual estás más seguro si le preguntas y ¿esto por qué es así...? No se... pero te tiene que dejar... (E9-US77b)*

Algunos de los adolescentes dicen tener enfermera en el colegio, y opinan que es de gran utilidad. En referencia al papel de la enfermera, en este sentido, creen que sería una buena opción que impartiera ella la educación sanitaria al respecto, ya que los jóvenes dicen tener mayor credibilidad si esta es impartida por personal sanitario que no por profesores u otras personas.

*yo creo que sí sería bueno.... Si es una enfermera que sabe del tema y todo eso, yo creo que sí. (E10-US70)*

---

*Lo mejor es que venga un médico o una enfermera. (E4-US82)*

---

*Hombre claro es mejor una enfermera que si puede informarnos sobre cosas, pasar por clases y cosas así... Informarnos sobre... todo a nuestra edad, estaría bien... (E3-US74)*

---

*Si viniera una enfermera en el cole pasaría lo mismo. Sí, además esa enfermera no sería que sólo estuviera allí si te haces daño, porque sólo la puedes ver una vez, pero si esa misma enfermera aparte de curarte, hiciera las clases, más o menos ya la conocerías y todo ... entonces ya sería más fácil y con más confianza para hablar de dudas, y de temas ... con normalidad (E10-US72)*

---

*Tener una enfermera en el insti, estaría bien... si (GFA1-US157)*

---

*Hay una que viene algunos días, pero pocos... (GFA1-US158)*

---

*Estaría bien para consultarle alguna cosa o algo... Si alguien se cae por las escaleras o algo estaría bien que hubiera alguien para socorrerlo. .... O por ejemplo para alguien que se empieza a encontrar mal o algo, para que le ayude o algo... (GFA1-US159a)*

---

*Y que haga de tipo psicóloga también, crear esa confianza. Lo que no puedas hablar con tus padres, pues te vienes aquí y lo hablas con ellas...y también por ejemplo lo que ha dicho ella que, si tienes algo, si tienes algún problema en la cabeza o tienes algo... es que aquí, en el cole, no te pueden dar nada. No te pueden dar ni un ibuprofeno ni nada.... Si hubiese un algo (se refiere a un profesional) podría decirle lo que tiene que darle o algo. (GFA1-US159b)*

---

*...estaría bien. En plan de que, si tienes alguna duda y no sabes a quien decírselo, pues tenerla a ella (se refiere a la enfermera) para hablar con ella. Y que ella te saque de dudas. (GFA1-US162)*

---

*Un día cada curso o un día cada clase que tuviera la oportunidad de hablar con ella. Por ejemplo, este día viene la enfermera y esta clase, este día tiene la oportunidad de consultarle alguna cosa o hablar con ella. Otro día otro curso, otro día otro curso... y así...eso estaría bien, yo creo que sí. (GFA1-US165)*

---

*Sí porque cuando tuvieras un problema tuyo de higiene o de cualquier cosa, no tendrías que moverte hasta el ambulatorio... ir hasta allí... vas tú solo porque no tienes... y si estuviera aquí sería mejor porque no tienes que ir... vas tú solo hacia allí y si tienes que ir solo al ambulatorio es como que tienes*

*vergüenza porque 'hostia, ¿Qué hace el niño este solo si no tiene...?'... en pediatría es más fácil para vosotros, pero nosotros ya no estamos en pediatría y cogemos una visita y nos dan para una semana o dos... (GFA2-US182)*

---

*Nosotros tenemos una enfermera, pero es que está demasiado ocupada. Siempre que he ido a enfermería cuando era pequeño veía ... 5,6,7 personas... yo contrataría otra para...: una que fuera explicando y otra que fuera curando de tarea..... (E4-US88)*

---

*A ver yo preferiría en vez de una profe, ...porque una profe sabe del tema porque ha vivido y tal, pero una persona que haya estudiado sobre eso y que estuviera en el cole como una profe más.... no se una profe sobre eso.... pues una enfermera que se haya sacado sus estudios, que pueda hacer de profe y que pudiera venir, no sé qué hiciera y entonces viniera al cole y diera una asignatura más.... Entonces yo creo que eso estaría bien... es que es mejor, claro.... Un sanitario... (E3-US63)*

---

*Haces caso depende de la persona que te lo diga. Porque si te lo dice el profesor pasas un poco. En cambio, si te lo dice la familia, te lo tomas muy enserio o si te lo dice un doctor también te lo tomas muy en serio.... te lo está diciendo porque el realmente sabe. Pero el profesor creo que no, al que menos le harían caso.... Yo creo que una enfermera ya cuando te lo dice que realmente puede llegar a... pues las consecuencias ya... te lo tomas más enserio. (E1-US64)*

---

*yo lo vería perfecto si fuera un sanitario.... Bueno es lo que he dicho antes, sería un medio más fácil si hubiera una enfermera... (E2-US51)*

---

*Es que claro no va venir cada semana una enfermera. Pero yo creo que una profesora de estas que estudian, aparte de para ser profesor también medicina o algo.... Alguien que sepa realmente. O una enfermera, lo vería mejor... (E1-US78)*

---

*En mi instituto hay enfermera y me gusta porque yo que se... imagínate que te ha pasado algo en el colegio, te puedes ir directamente ahí y tú le preguntas, y no es necesario que vaya de urgencias o algo...Sí que me gusta a mí.... (E14-US60)*

---

*[...] A ver, si está en el colegio y no hace nada más, y no trabaja fuera ni nada pues sí, para hacer las charlas. Y también porque ya la conoces y al conocerla es más "ay mira que viene, yo que sé, 'fulanita....', a explicarnos esto".... sería útil y entretenido, y además la conocemos... (E14-US61)*

---

*En mi insti si hay enfermería...y lo que hace es básicamente curar, pero bueno es que también está bastante ocupada. Pero si hubiera dos quizá no solo curar, sino también allí pues... puede hacer cosas diferentes...(E5-US70)*

---

*es verdad, que teniendo una enfermera.... igual ella también puede hacerlo... sería interesante, sí, mejor que los profes... (E13-US63)*

---

*Un profesional enfermero puede resolverte dudas, ayudarte, no sé... informarte sobre todo y pues si no sabes una cosa que te diga pues esto no hace falta que vayas al médico porque no es nada, es normal, nos pasa a todos... O que te diga ve al médico, habla con tus padres, explicaselo que te van a entender, o... te de consejos... (E9-US80a)*

---

*el enfermero trata aparte de vacunas, que eso es lo que tiene menos importancia, se trata así de temas personales... y a lo mejor que venga a hablarnos de temas no ayudaría... (E8-US69)*

---

*No, un maestro no, porque hay muchos maestros que de esto no entienden. Alguien que su trabajo fuera de esto y que cada día él instintivamente lo hiciera sin ... que esto ya lo tiene ... que cada día esa persona ya lo haga y lo haga bien. Es un experto. (E10-US64)*

---

*Pero no sé, no, yo tiraría por alguien más especializado... que no esté tan médico, como cercana... No lo sé, es que depende claro... habrá médicos que también... lo hagan bien, pero alguien de la salud si... (E13-US62)*

**Tema 3: Nuevos horizontes para la educación en salud** (Adultos - grupos mixtos)

A través del entorno más próximo al adolescente se identifica qué tipo de barreras y dificultades se detectan en esta área, y cómo debería ser la educación sanitaria para este grupo poblacional. Tras el análisis, también se ha podido detectar que nuevas estrategias pueden adoptarse, cómo método de cambio.

- **Subtema 1: Enfoque y temas de la educación para la salud**

El grupo de adultos opina que la educación debe iniciarse pronto, y que en ella no deben quedar excluidos los padres. Opinan que el doble abordaje en ciertos temas podría ayudar a tener un impacto más positivo. De la misma manera que también expresan el tratar ciertos temas con naturalidad, evitando los temas tabús poniendo énfasis en cuidar el estilo y respetando el momento evolutivo de desarrollo.

*Pero, ¿hasta qué punto se puede iniciar antes una educación de funciones que no se han desarrollado? Por ejemplo, a nivel de sexualidad, supongo que el autocuidado tiene que ir muy unido a los conocimientos que el niño va adquiriendo de su propio cuerpo. Si son niños que, por ejemplo, hasta cuarto o quinto no dan más en profundidad la circulación, la respiración, etc, ¿de qué manera les explicas que lo que están haciendo es para cuidar eso si no saben bien bien que es o cómo funciona esa parte del cuerpo? (GFM1-US6)*

---

*Bueno, pero sí de alguna manera tú dices, aquí hablamos de... "La gestión de las emociones", por ejemplo, ... haces una sesión paralela para padres y madres, y otra para hijos... y así todo el mundo se va a casa sabiendo como gestionar las emociones en esta edad, después quien lo practique o no... Pero todos salen sabiendo como hacerlo, paralela, una para padres para que sepan que hacer y darles herramientas con sus hijos y otra con los hijos para decirles lo que está bien y lo que está mal ... si no es imposible (GFM1-US113)*

---

*Yo creo que habría temas que sería más efectivo tratar el mismo tema con los padres y con los hijos, que no tratar temas diferentes... uno primero con la familia, y otro con los niños.... Pero el mismo tema, que todos tengan la misma información.... (GFM1-US114)*

---

*Yo creo que hay que formar primero a la sociedad... y luego ya a los adolescentes... (GFM2-US82)*

---

*Aquí está la parte sexual, ¿Por qué tiene que ser tabú? ¿Por qué no podemos hablar abiertamente y esto hacerlo en edades muy precoces? Asignatura de sanidad o como lo quieras llamar, pero de forma normal.... (GFM1-US20a)*

---

*Pero también en función de la edad... No tenemos que avanzar etapas ni edades... no queremos correr (GFM1-US20b)*

---

*Es muy importante también el modo porque hay veces... que me ha sorprendido mucho el planteamiento de algunas sesiones educativas que van muy dirigidas al uso de preservativo para tener menos riesgo, directamente es como utilizarlo para tener menos riesgo, cuando dices, ¿hemos trabajado todo lo que hay detrás de un contexto?, ¿de una relación?, ¿de una edad? (se autointerroga) porque igual a los 10-12 años no hay que explicarles eso todavía o sí... Habrá que ir viendo en qué edad, qué necesitan, pero no solo limitarnos a hablar aspectos más externos, que luego les pueden llevar a tener más relaciones y que, aunque usen condón tienen más riesgo...si no educarles en general... (GFM2-US57)*

---

*Yo creo que lo bueno sería cogerlos cuando son impresionables [...] si poco a poco se van poniendo granitos, yo creo que cuando llegamos a la adolescencia el camino es más fácil... sino cuando llegamos a la adolescencia sin un camino previo hecho... (GFM2-US35)*



---  
*Yo creo que habría que iniciar antes esto... (la formación en salud). (GFM2-US54)*

---  
*Es que las charlas se hacen a los padres, no a los niños... y las charlas se tienen que hacer en P3, P4, P5, P6... pero se hacen a los padres no a los hijos.... (GFM1-US44a)*

---  
*empezamos con lo mismo, ¿Dónde está la raíz? La raíz está en las charlas que puedes hacer en los papas desde el principio.... A las familias... (GFM1-US83)*

---  
*Pero han de ser mayores para no dar ideas... (GFM2-US74)*

La opinión sobre la calidad de la información que reciben los adolescentes consideran que es de buena calidad aunque creen que la gestión de esta por parte de los jóvenes no es la adecuada, además piensan que todo y que reciben mucha información puede que sea no suficiente para este grupo poblacional.

---  
*¿Es suficiente...? (lo duda) Tú les preguntas y ellos lo saben. La teoría la saben, otra cosa es que la apliquen. (GFM1-US49)*

---  
*yo aquí no soy nada imparcial, yo creo que la información la tienen y de muy buena calidad y de varios sitios a la vez.... (GFM1-US50)*

---  
*yo soy quien hace charlas en los institutos... y sé que la información la tienen, todo lo que les llevo a decir...(GFM1-US51)*

---  
*Yo creo que cuando llega es buena. La que saben ellos es buena, la aplicada o no aplicada es buena. Lo que pasa que yo creo también que resbala mucho, porque es una cosa que se hace con la experiencia, ... La sensación es que no tienen eso interiorizado. (GFM1-US55)*

---  
*"A mí no me va a pasar"... están en una edad que la vida es una propiedad, y no piensan en si la perderán o no...en estas edades nadie habla de enfermedades ni muertes, no... pero yo creo que, si lo saben, yo creo que sí... porque se les ha dado mucha información (GFM1-US126)*

---  
*Sí, pero la información que le llega ahora de vida saludable es poca. Ahí depende mucho de la familia ¿sabes? Porque tú miras en televisión y es todo menos vida saludable... O todo es venta de productos para mejor calidad... pero venta... no fomentar hábitos... (GFM2-US84)*

---  
*Tengo que decir en este aspecto que conocen lo que quieren ¿vale? Porque la pastilla del día después la conocen. Podemos ver que hay temas que realmente, si ellos quieren realmente, hay interés. (GFM2-US92)*

---  
*Y que ellos sepan canalizar también la información que se les da... que eso es otra, porque tener tiene mucha ¿pero saben qué hacer con ella? (GFM1-US159)*

---  
*yo creo que, si realmente tuvieran sus conocimientos, que, seguro que los tienen todos, pero que también los practicasen generalmente... perfecto. En este aspecto, yo creo que no se estudiaría sobre esto, no estaríamos aquí sentados hablando sobre esto porque sería totalmente lo contrario.... Hombre, no sería el adolescente perfecto, obviamente no lo va a ser, sus hormonas no le dejan ser, pero... tendrían menos riesgo o menos casos...entonces por mucho que tienen es poca igualmente... (GFM2-US135)*

---  
*A mí me gustaría pensar que están más preparados que nosotros... yo creo que en información sí, pero... ¿te hace más sabio? Realmente ¿saben filtrar la información?... es cierto que tienen más alcance de lo que.... (tenían ellos antes) ... Ahora lo tienen más fácil. (GFM1-US137)*

Por otro lado, el abordaje que parece más apropiado para el grupo de adultos es la repetición de temas, y el enfoque hacia el refuerzo positivo, no obstante, se deja ver como el abordaje de ciertos

temas de salud no siempre es tarea fácil a estas edades. Lo que parece ser un buen lugar para ello es el colegio y/o instituto.

*... yo lo que sí que creo es que se tiene que trabajar lo que decíais desde pequeños, ir aumentando contenidos, ser muy repetitivos, porque como decía ella antes, de 30 niños, a lo mejor 10 se enteran y 20 no y al año que viene vuelves a explicar lo mismo y los 10 que se habían enterado los refuerzas y esta vez otros 10 se enteran y los otros 10 siguen sin pillarlo... porque cada uno es como es... y lo sabemos los que tenemos hijos.... Pero así se llega más... (GFM2-US61)*

*Se tiene que reforzar con lo positivo y no con lo negativo... porque lo negativo, es como una amenaza que no ven... puede que con el beneficio y no con las consecuencias, valoren más... si se educa con el valor en positivo que no con el valor en negativo puede tener mejor efecto... (GFM1-US107)*

*Como refuerzo positivo a lo mejor sí funciona.... Pero como positivo eh. Si haces esto te va a pasar esto, pero como negativo no. Como un refuerzo positivo, como decir es mejor que vayas por este camino, esto te va a ayudar... pero quizás enfocarlo como negativo no... (GFM2-US77)*

*Pero claro ¿dónde se puede hacer toda esta educación?... solo se puede hacer en la escuela, es una situación en la cual están relajados... un entorno que conocen, están cada día..., con sus compañeros. Esto no se puede hacer en casa, ¿me entiendes? Sería una discusión...no, no... (GFM1-US89)*

*Con ellos tienes que esperar a que vengan ellos con las dudas.... (GFM2-US70)*

*Pero tampoco te creas... que se puede hacer en el aula todo esto, ... yo alguna vez lo he logrado en alguna excursión, que de repente están estirados en el suelo, sentados, libres... y empiezas a hablar de cosas... porque se ven en un espacio entre iguales, fuera del contexto... y empiezan a salir temas espontáneos... 'menuda tontería lo de fumar, ¿no?' y 'claro, te gastas el dinero, y encima los dientes amarillos...'... pero sin guión.... (GFM1-US91)*

Entre los principales temas a incluir en la educación, el entorno próximo no sólo pone foco en aquellos que inciden directamente sobre la salud, sino que también expresan la necesidad de educar en otros temas que inciden de manera indirecta pero que representan un elemento esencial para tener una buena vida.

*Alimentación, higiene, autocuidado de los dientes...la higiene personal, dormir, que no duermen... (GFM1-US100b)*

*... la concentración, .... la sobreestimulación. A mí me preocupa mucho porque, (...), pero es que a veces está con la tele puesta, el ordenador y el móvil. Claro, yo digo, yo que cuando estoy un poco excitada no me concentro ni en leer un libro, digo esto bueno no puede ser.... lo lleva todo cómo a la vez. Y esto lo veo mucho... (...) (GFM1-US100a)*

*Yo vuelvo de nuevo a los valores, a los valores porque si tú les explicas el valor de... Y que se quieran. La autoestima es muy importante, que se quieran. Ni el más alto, ni el más rubio... el aprender a aceptarte cómo eres... (GFM1-US101)*

*Yo también creo que se debería de formar en hábitos de salud mental...porque es muy importante para mí. Lo que han dicho de la autoestima... pero también cómo pienso... (GFM1-US111a)*

*En los valores... fundamental, en educar en una base de educación general... el valor de respetar, educación, estudio, cuidado... (GFM1-US111b)*

*Y también métodos para liberar la ansiedad, gestión de emociones... Higiene mental en el sentido este... todo esto es importante, aceptar las críticas, los fracasos (GFM1-US111c)*

*Un tema muy importante yo creo que es la alimentación. Eso es fundamental, pero fundamental desde pequeño. (GFM2-US87)*

---

*otro tema... por ejemplo, porque a lo mejor no sabe que tiene que ir al CAP...los recursos de los que dispone si les pasa algo...(GFM2-US91)*

---

*Enseñarles que tienen que tener un poco de higiene, no para los demás, pero sí para él mismo, por el aspecto que da...la parte social.... Además, están sufriendo los de tu alrededor (como inclusión social). (GFM2-US96)*

---

*Enseñar a comunicarse, la asertividad, súper importante.... bueno y a saber decir no, y respetarse... No dejarse influir (GFM2-US100)*

---

*...luego estaría el tema mental. ¿Cómo trabajar eso? Eso también es muy complicado eh.... A esta edad... (GFM2-US101)*

---

*Los efectos de los malos hábitos, las consecuencias... (GFM2-US91b)*

▪ **Subtema 2: Nuevas estrategias: Método y formato**

En este sentido, el grupo de adultos opina que los adolescentes deben sentirse participes del proceso educativo. Piensan que el método empleado con ellos es la clave para que hagan caso de los que se les dice y se sientan atraídos por el mensaje transmitido. Entre las principales características se destaca cuidar el vocabulario y hacer uso de las nuevas tecnologías, además de cuidar la confidencialidad.

*Que sean ellos los protagonistas, es importante.....Exacto.... Quizás les llama más la atención.... una manera de trabajar, pero desde pequeños eh.... (GFM2-US66)*

---

*igual que se emplea metodología para dar formación a personas mayores, creo que también se debería saber que lenguaje hablan y adaptar esa información para darle a saber las cosas a los jóvenes, bueno a los adolescentes.... Que vean cómo que es algo positivo, algo guay, claro, no le puedes hablar igual a una persona mayor que a un adolescente para que le dé el mismo sentido.... Además, que estamos hablando de personas sanas también, que si no... Es hacer atractivo el mensaje que quieras mandar.... Si adecuas la información a su nivel es mucho más atractiva y mucho más...Tienes un punto más. 173-1*

---

*yo pienso que tendrían que utilizar las redes, es algo que les aficiona... para usar juegos, si es algo que les gusta, pues hacer juegos... utilizar las redes para hacer juegos de salud... (GFM1-US194)*

---

*y ya no expreso el hecho de que lo expongan antes de que a lo mejor lleguen a la ESO sino ir trabajando estos temas. ...no tanto la profundidad, pero desde ellos mismos, bajo su opinión o su parecer o su manera de verlo. Siempre y cuando respetando la edad de ese niño... (GFM2-US64)*

---

*Involucrarles, pero involucrarles, por ejemplo, también en el diseño de videos. Porque dices, un video en el que muestre efectos de... tanto de una nutrición poco equilibrada como de una... de todo tipo de temas. Pues que ellos colaboren con la persona que va a impartir la clase que puede ser también ellos mismos, en parte de la clase, en otra parte el que conoce más del tema que responda dudas, pero... involucrarlos tanto en buscar imágenes de jóvenes, pero con ellos hacerlo o... en todo, en el diseño de folletos... la implicación es la clave. (GFM2-US68)*

---

*si no hay un nombre y un apellido quizás sea más fácil. El decir 'oye, vamos a hacer un ejercicio, cada uno sin nombre, o traedme mañana cada uno en ordenador, que no se sabe de quién es la letra, el hecho de que... qué opináis de este tema o qué vivencias habéis tenido de este tema, simplemente y luego en clase, sin nombre ni apellido y con letra de ordenador, que no se sabe de quién es, leemos ¿no? 'mira, hay un caso de tal...' o cambiarse de clase, por ejemplo. Vamos hablando y explicando esas dudas y dentro de esa clase hablando. Yo creo que es una manera de que se cree de dentro y de no*

*verse ellos acosados, porque si ya les pones a ellos un nombre y un apellido van a decir que no cuentan... (GFM2-US65)-2*

Por otro lado, también expresan otros posibles métodos a incluir en la formación en salud a la luz de sus propias experiencias. El grupo considera que esto debe darse de manera progresiva y adaptada, pero siendo los adolescentes líderes de todo el proceso educativo en esta área.

*en la universidad que trabajo, tenemos una actividad que ayuda a los universitarios...de hecho la lideran ellos.... Los efectos del alcohol, de las drogas... entonces, realmente les impresiona mucho porque van pasando por salas y van experimentando algo de esos efectos... Por ejemplo, hay unas gafas que nos dejan ver cómo se ve si has bebido mucho. Luego les ponen videos que han diseñado los propios estudiantes con muchas imágenes con las que se identifican los jóvenes. Y ¿qué pasa...? Viendo imágenes por ejemplo de los efectos del alcohol. Ver un testimonio de una persona, un familiar de un fallecido en un accidente de tráfico, de una persona que bebía, una simulación de un accidente... 76-2*

---

*A veces, yo creo, (...) vale la pena darles la oportunidad a ellos y sobre todo cuando hablamos de adolescentes, a que '¿qué me queréis decir? ¿Qué me queréis preguntar? Y ahí tú ves exactamente dónde están sus dudas, qué es lo que pueden estar haciendo que quizás no es saludable... (GFM2-US58)*

---

*De otra manera, a través de las redes sociales... bueno nosotros lo hacemos a través de ahí y de una forma anónima, aunque sin peligrosidad, ... puedes ayudar desde un principio, de una forma muy incipiente... pues la ayuda anónima la valoran muchísimo más que el poner cara a una persona y el perder esa confidencialidad que tanto aprecian ellos ¿no? ser uno más del grupo y que nadie sepa que a mí me pasa esto. (GFM2-US32)*

---

*Integral... Es que yo pienso que es una cosa integral, progresiva, adaptada... en diferentes... no solamente los padres, la enfermera.... los profes.... Es que tiene que venir de diferentes... (GFM1-US99)*

---

*Yo quería decir, también, que no fuera la enfermera en si la que formara o explicara a los padres, sino que fueran los propios alumnos. Una vez al mes, una vez cada dos meses, una vez a la semana... que ellos expusieran a sus padres, que se haga una reunión de padres como las que se hace de ciclo o de curso, y el hecho de que esos niños expongan a sus propios padres ¿no? O a los padres de otros niños, para que no les de esa cosa, lo que han entendido o lo que han podido llegar a... (GFM2-US165)*

---

*que expongan una realidad, porque es que de lo que yo explique cómo adolescente, mi padre o el padre de Mariana, que es mi mejor amiga, va a ir a... Que puede ser que el padre de Mariana, le diga a Mariana, 'ay, qué bien lo hizo Julia ayer. Yo no sabía que esto era así, así y así.' ¿Qué hará Mariana? Decirle a Julia, '¿sabes lo que me ha dicho mi padre? Que qué bien lo has hecho, que no sé qué... le voy a decir a la profe que el próximo día quiero participar otra vez porque me ha encantado' y yo creo que es una manera de incentivarlos a ellos mismo... de implicarlos a ellos y a sus padres... (GFM2-US167)*

---

*Igual es muy simple, pero yo recuerdo de los inicios del SIDA que se utilizaba un juego y esto llegó mucho... y yo había utilizado un juego parecido que había colgado en la página de salud y esto lo quitaron, y llegaba bien..., igual lo quitaron porque estaba muy visto pero los niños lo entendían bien...claro, es que ¿Por qué no hacemos juegos de salud? Sin son bonitos les gustan, había de más temas...y a través de juegos llegar a ellos...(GFM1-US195)*

Otro aspecto, que parece clave es la inclusión de todo el entorno del adolescente en este tipo de procesos. Los participantes opinan que la responsabilidad compartida puede tener mayores garantías de éxito, en términos educacionales y de promocionar la salud. Asimismo, apuntan la necesidad de valorar la eficacia de dichas acciones aplicadas.

*Entonces, este tipo de metodologías que vamos conociendo y nos vamos formando y también los profesores tienen mucho conocimiento de los estudiantes, los padres también, creo que habría que*

*unirlo para diseñar de distinta manera. No solo hacer clases teóricas sino hacer actividades en distintos sitios, o sea en la comunidad... (GFM2-US26)*

---

*Todas estas cosas innovadoras, nuevos métodos... También se tiene que demostrar que al final también aportan, y que mejoran la calidad de vida, se ha de valorar... que tienen un impacto positivo económico porque se basan en que las apoye alguien más, y esto se tiene que evaluar también... (GFM1-US211)*

---

*Desde todos los ángulos, tanto la rama sanitaria cómo la rama educativa. Decir los profes 'chicos, cada semana, cada día toca ducharse' ¿vale? Y, desde el otro lado, la rama sanitaria que le diga a los padres 'mire, su hijo se tiene que duchar cada día y tiene que comer bien y se tiene que lavar y tiene que dormir 8 horas y tiene que hacer muchas cosas que no hacen'. Es un triángulo. (GFM1-US45)*

---

*Yo pienso que no están reñidas con otras formaciones... pienso que son complementarias, tienen que estar unidas unas con otras... y además esto da coherencia, una coherencia de que todos decimos lo mismo... siempre el mismo mensaje da igual de donde venga...(GFM1-US88)*

---

*Lo que se diga por un lado que cuadre con lo que se dice por otro... Si no es incongruente (se refiere a tener coherencia en el mensaje) ... (GFM1-US160)*

---

*Yo creo que deberían enseñar todas las partes implicadas igual que el hecho de que nos enseñan a escribir, a dibujar, a recortar... Esas cosas que no se nos olvidan ¿no?. Vamos a enseñar un poco entre todos de qué manera es adecuado alimentarse, de qué manera podemos tener una mejor salud, el hecho de no solamente física... (GFM2-US46)*

---

*y entonces pienso que (...), en esa etapa, nos unamos todos los grupos tanto de padres, de profesores, de personal de la salud e incluir a los adolescentes... (GFM2-US25)*

---

*Yo creo que para eso estamos. Todas las partes nos tenemos que implicar, aunque ellos dispongan de esa información y aunque nosotros les digamos que no entren, van a entrar... Es decir, vale la pena que tengan realmente el otro lado (toda la información). Es decir, ...que hay informaciones que son engañosas ¿no? Pues... (GFM2-US72)*

Otro de los aspectos que el grupo expresa es que en la educación sanitaria se debe buscar un efecto y sensibilizar provocando reacciones entre los adolescentes. En este sentido, coinciden que su grupo de iguales es lo que más funciona a esta edad.

*Pero la amenaza real es que tú puedes ir a ver a una chica con anorexia que está ingresada en Sant Joan de Déu, siempre que se lo explique ella podría ser... siempre que se lo explique alguien igual que ellos, pero tiene que ser igual que ellos. Si no se ven reflejados en la persona que tienen delante no consideran la amenaza. (GFM1-US57a)*

---

*todas estas campañas de hábitos tabáquicos, de drogas y tal, cada vez han ido cambiando más para que sean de jóvenes y de hecho cuanto más adulto o más separado en edad o en situación está la persona que hacen esta campaña más desconectan los chavales y menos les llega. Entonces, enseñarle a alguien igual que ellos que ha tenido una consecuencia inmediata es posible. Por ejemplo, conduces, tienes un accidente con el coche y quedas en coma o mueres. Eso es posible, pero tienen que ver a alguien muy igual a ellos, sino... (GFM1-US58)*

---

*hay muchas iniciativas de 'peer' que se llama en ingles...Entre iguales... O sea, por ejemplo, en relación a 'yo he dejado de fumar, tengo 16 años y voy a explicarte como lo he hecho' y (...), pues son muy efectivas estas también... (GFM1-US87)*

Otro aspecto que es clave para el grupo es el rol que desempeña el educador. En este sentido, el grupo cree que, aunque hay que empatizar con ellos no se deben perder las formas. Y que el estilo que se debe adoptar es el de "estar" presente.

*Pero tampoco no se ha de querer ser adolescente... si eres el profesor o la enfermera o el pediatra, tampoco se ha de querer ir de "guay", que al final no se... que la cosa al final desentone, o sea una cosa es intentar conectar y otra cosa es hacer un papel que no te corresponde.... (GFM1-US174)*

---

*Ellos valoran mucho si tú eres el profesor, seas el profesor. Que lo ayudarás, y serás muy amable, pero cuando toque castigar que castigues... y ven a los padres como padres, 'Sí, es mi padre y tal...' pero te ven como padres, que guían y tal pero no tiene la misma fuerza...(GFM1-US175)*

---

*Hombre eso ...ni tu ni yo nos podemos poner al nivel de guay tampoco (se refiere porque son de edad por encima de los cuarenta). Cada uno tiene su rol... (GFM1-US177)*

---

*Yo creo que para eso estamos. Todas las partes que nos tenemos que implicar, aunque ellos dispongan de esa información (de internet, amigos...) y aunque nosotros les digamos que no entren, van a entrar.... Es decir, decirles que hay informaciones que son engañosas ¿no? Y como hagas mucho esto, te va a pasar esto y vas a tener esto... prevenirlo... peo ser como tú eres...(GFM2-US72)*

Una de las estrategias que se plantea como otra opción diferente, es la inclusión de una asignatura de salud en el currículo escolar. Mientras la familia y el personal sanitario considera que puede ser una ventaja, el grupo de docente expresa que sería más adecuado incluir la salud en temario de ciertas asignaturas. De todas formas, parece ser bien aceptado la inclusión de la salud como temario dentro de la escuela.

*... ¿Por qué no podemos hablar abiertamente y esto hacerlo en edades muy precoces? Asignatura de sanidad o como lo quieras llamar, en función de la edad...No tenemos que avanzar etapas... pero incluido dentro del cole (GFM1-US20)*

---

*Sería una asignatura más, cómo ética. Cómo la alternativa tres ... Y cada año, igual...y que las familias también escogieran (GFM1-US191)*

---

*... es acercar la salud al día a día... y tratar muchos temas, y de forma habitual...(GFM1-US197)*

---

*Es necesario una asignatura en la escuela. Constante y transversal. (GFM2-US143)*

---

*O transversal desde primaria hasta... que acaban la secundaria (GFM2-US144)*

---

*Yo lo trataría transversalmente (tema salud) pero una asignatura específica no.... (GFM2-US145)*

---

*... pero no una asignatura convencional, como mates o... sino una diferente...con formato diferente, con lo que estábamos hablando... (GFM2-US146)*

---

*¿Por qué en secundaria? ¿Por qué no en primaria? Sería más efectivo en primaria. En secundaria puedes tocar otros temas, tal cual... pero en primaria es cuando tienes que coger unas bases. (GFM1-US192)*

---

*Yo creo que habría que iniciar antes esto (la educación sanitaria). (GFM2-US54)*

---

*No haría falta que fuese una asignatura a lo mejor, sino que determinados profesores, yo que sé, el de naturales o cada uno en su área que la fuera integrando, y la salud en todo... ir incluyendo temario en cada asignatura, como una sola independiente no la veo... (GFM1-US93)*

Por otra parte, el grupo de adultos verbaliza que entre las estrategias a adoptar se encontraría la inclusión de una enfermera en el entorno escolar. Opinan que esta sería de gran ayuda para los

jóvenes y podría ser una referente para resolver dudas o informarse. Los docentes expresan las buenas referencias de esta figura dentro del sector educativo. Sin embargo, todos opinan que es fundamental que los jóvenes la conozcan ya que si no el efecto esperado no sería el mismo.

*(...), pensar en la carga que tiene una asignatura. Entonces, si la enfermera... que una enfermera escolar pudiera estar como personal dentro del centro y que fuera ella la encargada de, individualmente o grupalmente, hacer este tipo de educación, instrucciones porque esto sí que funciona.... Los alumnos tienen una relación muy íntima con ella y de mucha confianza. Y se tratan temas.... o, ¿hoy qué tengo? Hoy tengo cita con la enfermera escolar, o sea individualmente.... Bueno todo... Y estar como personal, o sea no una charrada o una visita externa. Sino como una carga docente me refiero. Es un personal sanitario que tiene una carga de educadora en ese momento, para la salud. Desde pequeñitos hasta... (GFM1-US198)*

---

*Yo querría que la vieran como una figura que, aquel niño que tenga un problema y no tiene la confianza para decírselo a sus padres... entonces te viene y te dice ¿Cuándo viene la enfermera? ¿puedo hablar con ella enseñada?'. Pues venga... si la tienes en el centro, es rápido y cómodo (GFM1-US199)*

---

*en los sitios en los que... en otros países, porque tenemos conocimientos de algunos que han ido de intercambio o lo que sea y cómo tienen la relación de otros alumnos con la enfermera escolar y caray...es un éxito...Es fundamental en ese sentido...Tratan un montón de temas, ayudan al profesorado... a las familias (GFM1-US200)*

---

*desde el instituto, creo que, sí que hemos valorado el programa de "salut i escola" mucho porque la persona, la referente, es una enfermera del CAP, que muchos de ellos la conocen, que los ha vacunado desde pequeños, que las familias las conocen también, no todos porque hay dos CAPs aquí, y es la persona que, en 1, 2, 3 y 4 de la ESO les da charlas de sexualidad, de hábitos... bueno cada año... ha sido la misma durante muchísimos años. Y sabían que a la hora del recreo podían bajar...pero... (GFM2-US33)*

---

*Aquellos alumnos que no tienen confianza con los padres, van a la enfermera. Saben que la tienen. Como conozcan a esa figura, de cabeza... yo como madre lo prefiero (GFM1-US201)*

---

*Y así le daría la información que necesite. 'Yo me veo muy gordo' pues puede darte... consejos, o pues mírate estas páginas o mírate lo otro. A lo mejor en casa le dicen directamente 'te llevo al médico'...y es un error.... Sí, yo también la veo muy bien a esa figura. Yo la prefiero a que vayan a otro sitio... (GFM1-US204)*

---

*... esto está con las charlas que de.... Porque claro, si no da charlas, los niños tampoco la conocen... (GFM1-US206)*

---

*Seguro que saldrían muchas ideas, ... de poder estar en un lugar en el colegio concreto y no venir cada 15 días.... Y esto hacerlo con los padres después ... estaría muy bien...(GFM1-US207)*

---

*Podría haber una enfermera en plantilla. Sus 8 horas y si hay una necesidad de atención a un niño están ahí, por ejemplo, cuando se dan un trompazo. Es que no sabemos nosotros como profesores si se han roto el brazo o no... (GFM2-US153)*

---

*Pero el puesto de enfermera escolar, puedo decir que ya lleva mucho tiempo. No está la especialidad en sí todavía, pero si hay formación específica...pero sí que hay más personas, una enfermera, especializada en escolar. Incluso, no solo en el hecho de hacer esa educación sanitaria, sino en el hecho de que...vamos que puede hacer muchas cosas (GFM2-US155)*

---

*Les daba confidencialidad absoluta. (habla de la enfermera) A nosotros nos daba... teníamos algún toque de 'eh cuidado, aquí hablemos con las familias' o no, según el caso..., (...) Pero a nosotros nos iba muy bien el programa "salut i escola", los ratitos que venía...(GFM2-US34)*

Entre las tareas a desempeñar para la inclusión de la enfermera, se destaca la de promocionar y educar para la salud, y la de dar apoyo a las familias y profesorado.

*Ha de ser... yo creo que ha de ser... personal formado sanitariamente pero que sepa el trato... que conozca a los niños... pero sanitario, la enfermera que decíais...(GFM2-US150)*

---

*Que diseñe planes, que asesore a los padres también... conjuntamente con el tutor... (GFM2-US152)*

---

*Es que con 950 alumnos que tenemos, ahora que lo pienso, seguro que tendría que haberla, pero es que no pararía... no pararía. Hoy he visto, (...), una chica de cuarto de la ESO. (...), bueno, a ver, es un caso preocupante de salud, seguro que habría algún profesional o alguna profesional que la podría ayudar, que la podría un poquito orientar... (GFM2-US156)*

---

*No no, que lo hiciera la enfermera. Que asesorara a los padres también. Porque nosotros no sabemos, ni tenemos credibilidad... (GFM2-US164)*

---

*Sería también una segunda opinión (se refiere para padres y profesores) ... (GFM1-US202)*

---

*No tiene por qué tener una carga evaluativa, quiero decir, no tiene que evaluar a un alumno, puede centrarse solo en esa parte.... En la educación, pero dentro del centro... (GFM1-US203)*

---

*que este dentro del equipo docente... Que sepa cómo tratar con ellos y sepa llegar a ellos. (GFM2-US151)*

### ▪ Subtema 3: Barreras e influencias identificadas

Entre las principales dificultades que se detectan es la falta de recursos y la precariedad dentro del sector sanitario para cubrir educación sanitaria. Los profesores en este sentido expresan como la crisis económica les ha afectado.

*Claro, es que todas estas cosas (la educación es salud), los padres gestionan una cosa... lo que sea, quiero decir... pero todo esto ¿a quién llega? Llega a poca gente, no a todos por igual... (GFM1-US112)*

---

*Pero cuesta. No preparan al personal que está al cargo de eso... No hay suficiente personal...Si es con todos los medios... se pueden hacer muchas cosas...pero si no, no (GFM2-US149)*

---

*Lo que pasa que el problema son los recortes. (GFM1-US205)*

---

*Antes, la enfermera, venía una vez a la semana, después venía una vez al mes.... Y esto está relacionado con las charlas..., porque claro si no hace charlas, los niños tampoco la conocen, y es como una cosa que... (GFM1-US206)*

---

*el único problema que hemos tenido es que cerraron el presupuesto, que es vergonzoso. Un año nos dijeron en abril 'eh que ya no vengo más, me ha dicho la jefa que no puedo venir más, que no hay presupuesto'. Al año siguiente cada 15 días y luego nos enterábamos que en otros centros sí que iban cada semana y a nosotros nos venían cada 15 días.... Pero a nosotros nos iba muy bien el programa "salut i escola". (GFM2-US34)*

---

*Las psicopedagogas que tenemos.. que tenemos 4 psicopedagogas.. y están desbordadas.. Y el soporte que tenemos de fuera es que es ridículo. Es un miércoles a la semana y con los minutos contados. Y tampoco es sanitario, sanitario. Hay veces que esta psicopedagoga derivan cosas que... hay cosas que tampoco pueden... no saben...157-2*



Por otro lado, también se reconocen ciertas barreras en el estilo que se adopta para llevar a cabo esta educación. Además, el grupo de adultos piensa que la actitud de los jóvenes es de poco interés sobre la salud. Y, a su vez expresan las dificultades que existen para ellos para el abordaje de ciertos temas.

*la manera en la que se da la información ... que a lo mejor si en ningún momento han podido recibir inputs sobre la importancia de aquello, llegamos en una edad que ..., en un momento en el que a esa información no le dan aprecio. Que hay de todo eh... (GFM2-US36)*

---

*Yo, de lo que estudié en bachillerato (hace años), me acuerdo de bien poco... se olvida.... O sea, de lo que me gustaba sí, básicamente. (GFM2-US103)*

---

*Yo creo que también cambiar la metodología porque la clase magistral que ya cuesta y encima expuesta por una persona de otra edad, creo que no les llega. (GFM2-US67)*

---

*Yo creo que también cambiar la metodología porque ya cuesta y encima expuesta por una persona de otra edad, creo que no les llega. (GFM2-US67)*

---

*A veces, yo creo, que el material es como muy científico y como muy contenido de vocabulario y vale la pena darles la oportunidad a ellos y sobre todo cuando hablamos de adolescentes, a que ¿qué me queréis decir? ¿Qué me queréis preguntar? Y ahí tú ves exactamente dónde están sus dudas, qué es lo que pueden estar haciendo que quizás no es saludable... (GFM2-US58)*

---

*No todo lo que les enseñamos ni les interesa ni les va a llegar. (GFM1-US25)*

---

*Es que llegar a esta edad y que no hayas hablado con tu hijo... ya es difícil si habiendo hablado, pero sin hablar a esta edad yo creo que es difícil... Es muy complicado. (GFM1-US161)*

---

*Porque no son impresionables ya. No son impresionables por lo tanto lo que tienes que hacer es impresionarles todavía más porque hay un momento en lo que eso no puede ser... (GFM2-US37)*

---

*Claro, yo no creo que sea un problema de no entender la información, porque la entienden... y dominan, incluso perfectamente todas las nuevas tecnologías, tiene un nivel de lectura adecuado para cualquier material escrito...y saben leerlo, o sea no es el nivel cognitivo, sino son las barreras... (GFM1-US94)*

De las mayores influencias que se tienen a la hora de buscar información referente a la salud el grupo piensa que es internet y de las redes sociales. En este sentido, el grupo de adultos expone que es muy difícil llegar a todos los adolescentes.

*yo creo que, de los amigos, reciben mucha información.... Entre ellos... (GFM1-US85)*

---

*En principio, del que más es de los padres, pero después...Hoy por hoy es de los amigos, de las redes sociales... tú dejas a un adolescente en una montaña sin red y sin wifi y le da una ansiedad... (GFM2-US79)*

---

*Yo soy de pensar que, en la adolescencia, la información tiene que llegar de muchas maneras, pero no por internet, no...Ellos lo tienen todo. Con 12 años pueden picar y en internet sale cualquier cosa. Ahí lo tienen todo (GFM2-US71-2)*

---

*No, es que muchos niños nos cuentan a nosotros cosas que en casa no cuentan y sabemos cosas de ellos que nos cuentan y cosas que pertenecen muchas veces al ámbito de lo íntimo, de lo privado y que a los padres muchas veces no se les ocurriría decir ¿no?. Hombre, pues claro... ahí sí que tenemos una labor importante que hacer nosotros, pero claro, no es toda la labor, eso sí... (GFM2-US20)*

---

*nosotros somos un entorno, aunque muy cercano, diferente. Y aunque la información sea muy buena no se la dan las personas que ellos creen, las personas que ven más... porque no somos ellos. No somos adolescentes. (GFM1-US59)*

---

*puede que llegue a dos o tres... nunca hemos de dejar de esperar esto, solo que esta información llegue a uno ya tenemos suficiente, por lo menos para mí... (GFM1-US92)*

---

*Yo creo que sí que llega a todos... Pero es que a todos no se llega nunca..... (GFM1-US154)*

---

*Pero a ese nivel no pueden censurar todo. Está el youtube... es que la televisión, no estás constantemente con él las dos horas a ver lo que ve ni nada como si tuviera 9 años. Ya pierdes un poco... (GFM1-US178)*

---

*Y es más creíble lo que digan los amigos que los padres, los profesores o el personal sanitario. (GFM1-US86)*

Por último, la poca implicación por parte de las familias en este sentido, también la identifican como una barrera a destacar. Incluso, el grupo piensa que desde la comunidad docente tampoco existe tanta implicación en proyectos de salud como se debería.

*sí que hay en el centro profesores que lo pueden llegar a hacer. Sí que hay profesores que lo pueden hacer, que se van a involucrar en este proyecto muy a fondo, lo van a tomar cómo bandera y van a luchar a fondo por este proyecto... pero lo mismo te digo de los padres. Hay padres que lo van a tomar cómo bandera, que vamos a luchar por este proyecto, vamos a estar sentados en primera fila... y hay padres que no van a venir, nunca o profesores que no... Y esto es así... (GFM2-US168)*

---

*Puede ser que, en esa primera instancia, sean pocos padres los que hayan... Si de esos 6 conseguimos que la motivación de sus 6 hijos, en vez de ser de 6 sea 4, pues lo hemos conseguido. Pero por desgracia o por fortuna, en esta sociedad lo que realmente hace hincapié para todo, no solo para los adolescentes, es el 'boca a boca'. Por desgracia o por fortuna, no lo sé, pero el 'boca a boca' es el que hace.... ¿Qué ocurre? Que si es un proyecto que realmente crea...al final va motivando...(GFM2-US169)*

---

*ha habido un cambio de tendencia en los padres impresionante, vienen a las reuniones, con el tutor, la de inicio de curso (...) pero si hiciéramos unas reuniones como con el AMPA, que lo hemos intentado muchísimas veces, no viene nadie... hay temas que no se implican...que la familia pasa (GFM2-US170)*

---

*Es que te voy a decir, los implican tanto en primaria, y desde la primaria les hacen a los padres participar tanto e implicarse tanto que claro, llegan aquí (al instituto) y llegan cansados...(GFM2-US171)*

---

*Cada vez tienen más paro. Tienen más tiempo para ir. (habla de los padres), Pero también hay situaciones difíciles en casa... Demasiado con el adolescente que tengo en casa, como para ir a la escuela a escucharlo...Eso lo veo complicado en el aspecto de que muchos padres...Hay padres que nos involucramos y hay padres que no se involucran y hay padres que están conscientes de que ibas a tener un hijo y hay otros padres que han pasado, que lo han tenido porque... (GFM2-US173)*



# **Capítulo 5**

## **RESULTADOS DEL ESTUDIO EXPERIMENTAL (Fase II)**



Este capítulo se centra en los resultados de la fase II de la tesis. Primero se presentan los resultados (estudio piloto y fiabilidad) del cuestionario diseñado (cuestionario MAPAS). A continuación, se describe el contenido de la intervención diseñada e implementada (Programa SAS), y por último el análisis estadístico del estudio experimental de esta fase de la tesis.

La presentación de estos resultados da respuesta a los objetivos (generales y específicos) propuestos para esta segunda fase<sup>11</sup>:

**1) Elaborar un cuestionario que permita cuantificar el nivel de autocuidado en adolescentes para evaluar la eficacia de la intervención educativa diseñada.**

**2) Diseñar e implementar una intervención educativa liderada e implementada por enfermería que mejore la alfabetización en salud, proporcionando los conocimientos y aptitudes necesarias al adolescente para promocionar estilos de vida saludables y generar un mayor grado de implicación y autocuidado en su salud.**

**3) Evaluar la satisfacción de los adolescentes en relación a la intervención educativa diseñada e implementada en el estudio experimental en el grupo intervención.**

## **5.1 CUESTIONARIO DESARROLLADO**

### **5.1.1 Prueba piloto**

Tras varios pasos previos en la elaboración del cuestionario (descritos en el capítulo 3), se llegó a esta fase del mismo, la prueba piloto. Durante esta prueba se validó el cuestionario a nivel de contenido y adecuación lingüística mediante un pre-test.

Previamente al pre-test, pero posterior a las reuniones mantenidas con el grupo de expertos acerca del desarrollo del mismo (descritas en el capítulo 3), se llevó a cabo también a través de este mismo grupo de expertos, de esta segunda fase, la validez de contenido del instrumento. Esta validez, se refiere a si el cuestionario elaborado, y por tanto los ítems elegidos, son indicadores de lo que se pretende medir. Se trata de someter el cuestionario a la valoración de investigadores/expertos, que deben juzgar la capacidad del instrumento para evaluar todas las dimensiones que se desee medir. No cabe, por tanto, cálculo alguno, sólo las valoraciones cualitativas que los expertos deben efectuar (Martín, 2004; Burns y Grove, 2004).

---

<sup>11</sup> Pueden verse los objetivos específicos de cada uno de estos objetivos generales en el capítulo 1.

Para dicha validez de manera separada, cada miembro del equipo de expertos (seis profesores de institutos y varios profesionales de salud pública y pediatría, y un psicólogo), dieron *feedback* a la investigadora de la versión preliminar del cuestionario a pasar. Esta validez se centró en la formulación de las preguntas, el ritmo temático y la representación de las diferentes dimensiones (tres subescalas descritas anteriormente) que se querían evaluar con la intervención. Algunas de las modificaciones fueron entorno al encabezado de preguntas, extensión, el orden de las mismas, vocabulario utilizado, ejemplos usados y diseño visual. Tras esta primera validación de contenido, el cuestionario fue mejorado para su comprensión y aceptabilidad por los sujetos del estudio.

Llegado a este punto, se realizó el pre-test con esta última versión, cuyo objetivo era valorar finalmente la comprensión, la aceptabilidad y la duración del cuestionario. Y, con ello detectar las posibles dificultades que los sujetos podían tener en relación al mismo (preguntas ambiguas, posibles errores, conflictos de comprensión, etc.). Es, por tanto, una segunda validez de contenido y contexto cultural.

La muestra para realizar este pre-test la formaron adolescentes, debido a que la literatura aconseja que estos sujetos se parezcan a los individuos de la muestra del estudio (Martín, 2004; Burns y Grove, 2004). Es por ello, que se pasó a 60 adolescentes (la literatura recomienda que sean entre 30-50 personas); cincuenta de ellos eran estudiantes de 2º ESO del Instituto Vall d'Arús (Vallirana), y los otros diez fueron del entorno laboral de la investigadora (mediante técnica de bola de nieve). De estos últimos diez adolescentes, seis eran de 4º curso, tres de 3º y uno de 1º. Los sujetos del instituto respondieron al mismo tiempo el cuestionario en la clase del centro de manera individual, y los otros diez sujetos respondieron en su domicilio. Cabe puntualizar que ninguno de estos 60 sujetos había participado en la fase I de esta tesis.

#### Resultados obtenidos del pre-test:

- Comprensión: En relación a las dudas planteadas sobre algunas preguntas del cuestionario sociodemográfico o del cuestionario en sí mismo, se decidió reformularlas o eliminarlas. De forma específica fueron las siguientes:
  - Se eliminó la pregunta de "fecha de nacimiento" ya que esta propiciaba a error, y se cambió por "año de nacimiento".
  - Se cambió "lugar de nacimiento" por "¿en qué ciudad o país has nacido?" debido a que los sujetos del piloto creían que debían de escribir el nombre del hospital en lugar de la ciudad o país de nacimiento, que es lo que realmente se solicitaba.
  - Se eliminó la pregunta de "profesión de los padres", porque ningún sujeto (a excepción de 4 adolescentes) sabía de qué trabajaban sus padres, lo cual incitaba a error y confusión, y se decidió que no aportaría datos relevantes para este estudio.

- Se eliminó una de las preguntas de hermanos, específicamente "¿Cuántos sois?", daba a confusión e incluían a los padres al contarse, también "posición que ocupas" por no entender a que ello se refería a si eran el/la mayor o mediano/a o pequeño/a.
  - Se añadió como opción la "informática" dentro de las extraescolares a escoger debido al gran volumen de sujetos que apuntaban esta extraescolar.
  - Se añadió en la "cantidad de paga" alguna posibilidad más de contestación, como, por ejemplo, "además de tener paga, pido dinero".
  - Se cambió algún enunciado para clarificar y facilitar su comprensión, como, por ejemplo, "¿Con frecuencia me preocupa poder enfermarme?" por un "¿te preocupa ponerte enfermo por no seguir unos buenos hábitos, por ejemplo, tener problemas de corazón, tener dolor de espalda...?"
  - Se cambió el término "ocio" por "tiempo libre", y el término "llevas peor" por "te gusta menos hacer", así de esta manera se entendía a la primera el significado de ciertas preguntas.
  - Se añadieron ejemplos a algunas preguntas, por necesidad de aclaración.
  - Se clarificó en algunas preguntas entre paréntesis, lo que se preguntaba, por ejemplo, "saber más" se añadió "(tener conocimientos)"
  - Se simplificaron algunas respuestas, por dificultad en la elección de las mismas, haciendo frases más sencillas.
  - Se añadieron a todas las respuestas la opción "no lo sé", para evitar respuestas sin contestar.
  - En las preguntas de respuesta tipo escala de 1 al 10, se clarificó que el 1 era "nada" y el 10 era "máximo".
- **Acceptabilidad:** En general, los sujetos del piloto, comentaron que el cuestionario les había parecido fácil y rápido. Lo que valoraron más positivamente fue marcar únicamente la respuesta escogida y no tener que escribir. Todo y con ello, para una mejor aceptación por parte de los sujetos:
    - Se resaltaron ciertos aspectos, o bien en otro color o bien en subrayado, e incluso insertándolo en un cuadro de texto.
    - Se colocó en mayúsculas "no escribir nombre ni apellidos" para garantizar el anonimato.
    - Se colocó el enunciado de cada pregunta en negrita, para diferenciarlas bien.
  - **Diseño:** No se recogieron muchos comentarios en relación a este aspecto, pero algunos de los sujetos comentaron que les parecía repetitivo el logo de la universidad en todas las páginas, por ello se dejó únicamente en la primera página, en la esquina superior izquierda.



Además, con ello se reducía espacio de cada página, pero se mantenía un rasgo de seriedad. Algunos de los sujetos preguntaban al inicio, cuantas páginas era el cuestionario al completo, por ello se decidió paginar todo el cuestionario. Y una última apreciación, fue grapar todas las hojas que debían de contestar (el cuestionario sociodemográfico, la hoja de preguntas exploratorias, y el cuestionario MAPAS), y así evitar la pérdida de las hojas.

- Duración: A pesar de que durante el control del tiempo no se restó el tiempo dedicado a la resolución de dudas durante la cumplimentación, sí que se contó el tiempo total que se tardó en cumplimentar los cuestionarios:
  - Para el sociodemográfico el sujeto que más tardó en acabarlo fue de 5 minutos, y el que acabó primero fue de 2 minutos.
  - Para la hoja de preguntas exploratorias, se tardó una media de 2 minutos para las cinco preguntas.
  - Para las 62 preguntas del cuestionario MAPAS el primer sujeto acabó en 12 minutos y el último acabó a los 30 minutos de empezar. Cabe puntualizar, que sólo siete sujetos de los 60 del piloto tardaron más de 20 minutos en responderlo al completo. Añadir que los tiempos registrados fueron algo superiores en el grupo de cincuenta sujetos del instituto debido a que pertenecían a un grupo clase y en alguna ocasión se distraían entre ellos hablando, mientras que en los otros diez sujetos que contestaron aisladamente los cuestionarios tardaron 3 minutos menos de media en su cumplimentación (de 13 a 15 minutos en todos los casos)

Tras valorarlo todo, y comprobar que el tiempo más repetido para todos los sujetos en cumplimentar el cuestionario MAPAS era de 15 minutos, este fue el tiempo tomado como válido.

- Dificultades: Algunos de los problemas que se registraron durante el piloto fueron:
  - Confusiones en relación a si las preguntas hacían referencia a ellos mismos o a los demás. Por este motivo, para evitar que el sujeto no se sintiera identificado, se cambió todo el formato a primera persona y de forma directa.
  - Dudas en las preguntas que podían contestar varias opciones, para ello se clarificó en cada pregunta concreta si podían marcar varias opciones.

Además de todo lo indicado, se revisaron los errores de ortografía, gramaticales y de tipografía. Y se tradujo al catalán para aquellos casos que así lo preferían.

Por otro lado, para favorecer la explotación de los datos, se modificaron el orden de las respuestas, convirtiendo todas las posibles en dirección positiva, de tal forma que a más puntuación más percepción o más conocimiento según el caso.

Tras la incorporación y modificación de estas mejoras encontradas tras el análisis del piloto, el cuestionario se calificó finalmente como claro y adecuado en longitud, sin problemas ni ambigüedades, y por tanto se daba por finalizado el mismo, con esta última versión (puede verse en anexo 15).

La última versión del cuestionario fue la utilizada para la recogida de datos del estudio experimental, en octubre de 2016 (PRE intervención) y en diciembre del 2016 (POST 1 mes intervención). Asimismo, será utilizado en mayo de 2017 (POST 6 meses intervención) y en noviembre de 2017 (POST 12 meses intervención).

### 5.1.2 Fiabilidad estadística

Dado que lo que se está diseñando es una escala de medición que permitirá tener una puntuación relacionada con el constructo autocuidado y, con ello se pretende poder compararlo entre otros grupos de individuos y en diferentes momentos en él tiempo, es necesario asegurar que este instrumento diseñado para medir el objeto de estudio de esta segunda fase sea fiable y válido.

Todo y que no es objetivo de esta tesis validar estadísticamente el instrumento de medida diseñado, y mediante el estudio piloto es suficiente para poder utilizarlo gracias a la validez de contenido y contexto cultural. Sí que se ha querido comprobar su fiabilidad a través de la consistencia interna del mismo. Así cómo comprobar con un análisis factorial exploratorio si dicho cuestionario tiene presente las tres subescalas explicadas en el capítulo 3, y además un análisis de discriminación del ítem para con ello determinar cómo mejorar el instrumento diseñado.

Con todo ello, argumentar el grado de precisión e indicar la condición de instrumento fiable, es decir, de ser capaz de ofrecer en su empleo repetidos resultados veraces y constantes en condiciones similares de medición. Aun sabiendo las limitaciones con las se cuenta, ya que no se ha realizado en ningún momento una validación psicométrica con un análisis de constructo y criterio profundo.

De esta manera, se ha comprobado la consistencia interna, es decir, la homogeneidad entre los ítems, para indicar el grado de acuerdo entre los mismos, y, por tanto, lo que determinará que éstos se puedan acumular y dar una puntuación global. Existen diferentes métodos estadísticos, pero el más utilizado es el alfa de Cronbach, sus valores oscilan entre 0 y 1, y se considera que existe una buena consistencia interna cuando el valor de alfa es como mínimo 0,7 (Martin, 2004; Burns y Grove, 2004).

En relación al análisis factorial, no se pretende como ya se ha explicado analizar el constructo, sino de manera exploratoria y breve comprobar que el cuestionario refleja el concepto que se quiere medir, y además poder identificar las agrupaciones de variables más íntimamente ligadas, y ver como separa las variables según la cercanía de su relación con otras variables, y comprobar con ello cuantos factores existen dentro de ese conjunto de datos (Burns y Grove, 2004).

Y, por último, se realizó el análisis de la discriminación del ítem mediante el cálculo del índice de discriminación, para determinar el grado en que cada una de las preguntas del cuestionario MAPAS contribuía a la homogeneidad del cuestionario. Este índice de discriminación se define como la correlación de Pearson entre la pregunta y la puntuación total del cuestionario. Sus valores oscilan entre 0 y 1 (Hair et al, 2010), si los ítems de discriminación son bajos, quiere decir que aquella pregunta está midiendo algo diferente a lo que refleja el cuestionario MAPAS en su conjunto, por lo tanto, deberán eliminarse las preguntas que tengan un ítem de discriminación próximo a cero.

- Análisis de la estructura interna

Se realizó un análisis factorial exploratorio para verificar la estructura interna del cuestionario y determinar si las 3 subescalas estarían justificadas (explicado en capítulo 3).

La siguiente tabla (ver tabla 33) muestra el peso de cada pregunta dentro de cada subescala. Se observa como el primer factor se correspondería con la subescala de conocimientos en salud, ya que abarca preguntas relacionadas con este aspecto (P21, P22, P33, P34, P35, P24, P23, P25, P31, P26, P53, P54, P55, P56, P57, P58), el segundo factor se correspondería con la subescala de percepción de la salud (P7, P8, P2, P9, P10, P19, P3, P4, P20, P11, P1, P5, P6, P17, P18, P36, P41, P46, P47, P48, P49, P50, P51, P52) y el tercer factor se correspondería con la subescala de hábitos y estilos de vida (P29, P14, P15, P16, P27, P28, P12, P13, P30, P32, P37, P38, P39, P40, P42, P43, P44, P45, P59, P60, P61, P62)

En 13 preguntas los pesos fueron mayores de 0,50, en 14 preguntas los pesos estuvieron entre 0,40 y 0,50, y en 10 preguntas los pesos estuvieron entre 0,30 y 0,40. En el resto de las 25 preguntas, los pesos fueron menores de 0,30. Hair et al. (2010) señala que los pesos de 0,50 o más se consideran prácticamente significativos y que los pesos entre 0,30 – 0,40 cumplen el nivel mínimo de interpretación de la estructura. De acuerdo con este criterio, podemos afirmar que más de la mitad de las preguntas (en total 37 de ellas) obtuvieron un peso que cumplía el nivel mínimo de interpretación de la estructura.

De esta manera, se observa que el cuestionario MAPAS diseñado contiene 3 dimensiones diferenciadas, referidas a los 3 bloques de preguntas explicados en el capítulo tres de esta tesis. Agrupando así las 62 preguntas en: 16 preguntas para conocimientos en salud, 24 para percepción de la salud y 22 para hábitos y estilos de vida.

**Tabla 33.** *Análisis factorial exploratorio de las subescalas Cuestionario MAPAS*

Pregunta	Conocimientos en salud	Percepción de la salud	Hábitos y estilos de vida
P21	0,269		
P22	0,326		
P33	0,158		
P34	0,217		
P35	0,299		
P24	0,292		
P23	0,232		
P25	0,301		
P31	0,229		
P26	0,431		
P53	0,540		
P54	0,626		
P55	0,623		
P56	0,531		
P57	0,345		
P58	0,445		
P7		0,244	
P8		0,226	
P2		0,303	
P9		0,406	
P10		0,320	
P19		0,121	
P3		0,354	
P4		0,115	
P20		0,126	
P11		0,441	
P1		0,187	
P5		0,205	
P6		0,333	
P17		0,128	
P18		0,105	
P36		0,421	
P41		0,456	
P46		0,634	
P47		0,505	
P48		0,524	
P49		0,388	
P50		0,567	
P51		0,513	
P52		0,426	
P29			0,329
P14			0,203
P15			0,295
P16			0,164
P27			0,292
P28			0,159
P12			0,202
P13			0,164
P30			0,248
P32			0,132
P37			0,481
P38			0,400

Pregunta	Conocimientos en salud	Percepción de la salud	Hábitos y estilos de vida
P39			0,476
P40			0,472
P42			0,447
P43			0,472
P44			0,431
P45			0,336
P59			0,619
P60			0,687
P61			0,509
P62			0,637

Subrayado en amarillo aquellas preguntas que su valor es inferior a 0,30 y, por tanto, no cumplen el criterio mínimo para su inclusión en esa subescala.

- Análisis de consistencia interna

El coeficiente alfa de Cronbach se calculó para determinar la consistencia interna del cuestionario al completo y también para cada una de las tres subescalas por separado.

La fiabilidad es consistente y buena con valores  $\alpha=0,854$  para el cuestionario MAPAS al completo, asimismo cada una de las subescalas que componen el cuestionario también mostraron una fiabilidad satisfactoria con un valor de  $\alpha=0,731$  para conocimientos en salud,  $\alpha=0,771$  para percepción de la salud y  $\alpha=0,696$  para hábitos y estilos de vida.

Lo que determina que dicho cuestionario puede ser utilizado para medir el autocuidado en dichos términos, ya que todos los valores superan como mínimo el valor de 0,70 (Nunnally & Bernstein 1994), establecido como punto de corte mínimo por debajo del cual se indicaría una pobre correlación y homogeneidad entre los ítems.

- Análisis de discriminación del ítem

Como ya he comentado anteriormente, este análisis de la discriminación del ítem ayuda a determinar el grado en que cada una de las preguntas del cuestionario MAPAS contribuyen a la homogeneidad del cuestionario. Dicho índice se ha mirado con el objeto de mejorar el cuestionario original. En la siguiente tabla, se observan las puntuaciones obtenidas para cada pregunta (o ítem), teniendo en cuenta que los valores más cercanos a 0 tienen una correlación muy baja, se ha decidido eliminar aquellos ítems con valores por debajo a 0,1. Estos datos, hacen valorar la eliminación de 8 ítems del cuestionario al completo, quedando el cuestionario final con un total de 54 preguntas. No obstante, se podría ajustar más la discriminación, y eliminar los ítems con valores inferiores a 0,2, en este caso se valoraría eliminar 12 ítems más del cuestionario quedando un cuestionario final de 42 preguntas.

**Tabla 34.** *Análisis de discriminación del ítem cuestionario MAPAS*

ítem	Puntuación global
P21	0,194
P22	0,292
P33	0,110
P34	0,229
P35	0,262
P24	0,275
P23	0,210
P25	0,267
P31	0,132
P26	0,307
P53	0,553
P54	0,620
P55	0,603
P56	0,506
P57	0,416
P58	0,516
P7	0,238
P8	0,173
P2	0,283
P9	0,329
P10	0,236
P19	1,000
P3	0,245
P4	0,098
P20	0,105
P11	0,389
P1	0,144
P5	0,162
P6	0,100
P17	0,038
P18	-0,077
P36	0,401
P41	0,429
P46	0,567
P47	0,470
P48	0,476
P49	0,450
P50	0,489
P51	0,465
P52	0,457
P29	0,199
P14	0,117
P15	0,061
P16	0,078
P27	0,213
P28	0,131
P12	0,123
P13	0,168
P30	-0,053
P32	0,056
P37	0,325
P38	0,278

P39	0,471
P40	0,374
P42	0,424
P43	0,392
P44	0,428
P45	0,298
P59	0,453
P60	0,410
P61	0,289
P62	0,397

Subrayado en amarillo aquellas preguntas que su valor es inferior a 0,1 (8 ítems) y en verde aquellas que son inferior a 0,2 (12 ítems).

Tras este análisis, se calculó de nuevo el alfa de Cronbach para valorar si dicha variación (eliminación de ítems) podría mejorar la consistencia interna del cuestionario MAPAS. El  $\alpha$  total del cuestionario eliminando los 8 ítems por debajo de 0,1 mejora su consistencia hasta  $\alpha=0,855$  y a su vez eliminando también los 12 ítems por debajo de 0,2 el  $\alpha$  es igual a 0'854 (mismo valor obtenido que con 62 ítems). En ambos casos (tanto para un total de 54 ítems totales como para un total de 42 ítems) el alfa total no ha variado lo que determina que dichas preguntas que se eliminan no están aportando mucho al cuestionario final. Por tanto, el cuestionario mejorado tras este análisis sería de 42 preguntas finales, en lugar de las 62 realizadas, manteniendo el mismo alfa de Cronbach.



## 5.2 INTERVENCIÓN EDUCATIVA

### 5.2.1 Presentación del programa SAS (Súmate a la Salud)

Dicha intervención se ha diseñado dando respuesta a los objetivos de la tesis. Esta intervención es, por tanto, parte del resultado de una fase previa (estudio cualitativo) y a su vez, es el elemento clave del estudio experimental de la segunda fase.

El diseño de esta intervención está pensado para que los adolescentes aprendan a tomar decisiones más idóneas sobre su propia salud, en términos de autocuidado, automanejo y autoeficacia, y asimismo para aumentar los conocimientos en salud de este grupo poblacional. El programa SAS pretende capacitar a la población adolescente en el autocuidado, y que estos puedan tener las herramientas necesarias para gestionar su propia salud.

No solo se trata de un programa que se centra en transmitir información, sino que hace hincapié en otros factores y comportamientos de riesgo determinantes de la salud de los adolescentes. Y pone el foco en la educación sanitaria, como método de formación para adquirir conocimientos sobre salud, mejorar la percepción de los adolescentes frente a la salud y sus estilos de vida.

A parte de todo lo explicado en el capítulo 3 sobre la metodología de dicha intervención, a continuación, se describen los objetivos, enfoque y el contenido de dicho programa a través de guías didácticas de cada taller:

### 5.2.2 Objetivos del programa SAS

De manera general, los objetivos de la intervención educativa al completo, es decir, del conjunto de las sesiones que lo componen, serían:

- Proporcionar conocimientos sobre la salud.
- Concienciar sobre la percepción de la salud y las creencias en relación a algunos comportamientos y estilos de vida.
- Mejorar las aptitudes y competencias del adolescente en relación a la salud y el autocuidado.
- Promocionar estilos de vida saludables, aportando una mayor comprensión por parte de los adolescentes sobre los beneficios y riesgos que puede conllevar ciertas conductas y/o hábitos.
- Conseguir un mayor grado de implicación y autocuidado en el adolescente, aumentando su interés y motivación por el mantenimiento y mejora de la salud.

A parte de estos objetivos, también se plantean otros objetivos generales para la sesión de padres:

- Proporcionar herramientas de apoyo para ayudar al buen autocuidado de los hijos /as con la intención de que puedan tener una mejor salud, mejores hábitos y aptitudes para la vida.
- Ofrecer recomendaciones prácticas sobre los temas trabajados con los adolescentes en el aula, dentro del programa SAS.
- Aportar algunas soluciones prácticas para la mejora de la comunicación en la etapa adolescente.

De manera específica para cada taller también se plantean unos objetivos a conseguir en dicha actividad. (puede verse más adelante, incluida en la guía didáctica)

### **5.2.3 Enfoque programa SAS**

A lo largo de las dos primeras sesiones, en cada uno de los talleres, aparte de llevar a cabo la actividad diseñada para trabajar los objetivos propuestos para ese tema en concreto, se ha querido inculcar en cada taller y sesión, a través de la metodología y el formato escogido para hacer el programa SAS, ciertos valores que se consideran importantes para la formación específica y personal del alumnado en materia de salud.

Por ello, los valores que se han transmitido a través del trabajo de cada sesión, y también, a través del juego durante la tercera sesión han sido: el respeto, la ayuda a los demás, la seguridad en uno mismo, el esfuerzo, el compañerismo, la superación, el aprendizaje constante, el interés por la salud, entre otros. Como investigadora principal, creo que es importante no solo realizar una actividad puntual sobre un tema, si no tratar de dar significatividad a estos valores mediante los talleres y la educación sanitaria, como herramienta facilitadora para ayudar y conseguir transmitir el valor por la salud que está inherente en cada comportamiento, habilidad, actitud, estilo de vida, forma de pensamiento, etc.

Con ello, en términos de *empowerment* se ha pretendido delegar el poder en la propia persona como dueña de sus propios cambios y comportamientos frente a la vida, y responsabilizarlo así sobre los hábitos y estilos de vida a seguir. Persiguiendo potenciar el desarrollo de la propia persona, empoderándolo, y ofreciéndole la posibilidad de fortalecer sus habilidades y capacidades individuales para mejorar su participación y por tanto su implicación en la salud, y que ello repercutiera en un autocuidado eficaz y una toma de decisiones activa y efectiva.

La manera en que se han ido desarrollando estos valores ha sido mediante: mini reflexiones, testimonios personales, supuestos prácticos, ejemplos, simulaciones, situaciones experienciales, visualización de pequeños videos, juegos, entre otros. En cada guía didáctica se irá desarrollando

cómo se han dado lugar, siempre intentando realzar la participación activa durante todo el proceso del propio adolescente.

Por todo ello, además de lo explicado en el capítulo tres, el uso de la tercera sesión como una actividad de síntesis para recapitular todos los contenidos enseñados, favoreciendo de esta forma la integración y globalización de los mismos y constituyendo así a una actividad de autoevaluación, hace que el alumno sea capaz de identificar en él de manera directa, el aprendizaje obtenido.

#### **5.2.4 Contenido del programa SAS**

A continuación, se detalla el contenido de cada uno de los temas tratados en el programa SAS. Cabe recordar, que el programa SAS está compuesto por tres sesiones para adolescentes y una para padres. Como se puede observar en la siguiente tabla (tabla 35), en la primera sesión se abordaron ocho temas de interés y en la segunda sesión siete temas más. En la tercera sesión, se trataban de manera conjunta todos los temas ya trabajados a través de un juego, como se ha explica en el capítulo de la metodología.

Para la primera y la segunda sesión, se llevaron a cabo diferentes talleres con diversas dinámicas y actividades para trabajar el contenido de los temas escogidos, para ello se ha elaborado una ficha didáctica para cada uno de los 15 talleres finales que se llevaron a cabo, además de una ficha didáctica también para el juego de la tercera sesión y otra más para la sesión de padres.

Puntualizar que el montaje de estos talleres y como se daban en el espacio y tiempo esta descrito en el capítulo de la metodología.

**Tabla 35.** *Contenido programa SAS*

ADOLESCENTES			PADRES
1º SESIÓN	2º SESIÓN	3º SESIÓN	<i>Única sesión para trabajar los temas incluidos con los adolescentes, pero enfocado a los padres.</i>
Alcohol	Hábitos: beneficios vs consecuencias	Juego integrativo de los 15 temas anteriores.	<u>Orden de los temas:</u> - Nuevas tecnologías -Conductas de riesgo: alcohol y tabaco -Ocio Saludable -Alimentación y vida saludable (actividad física, sueño, higiene personal y bucodental y hábitos) -Comunicación con los hijos* -Educación para el éxito (toma de decisiones, habilidades sociales y valores) -Autoestima
Tabaco	Autoestima		
Hábitos higiénicos personales	Uso de nuevas tecnologías y la salud		
Actividad física y deporte	Hábito del sueño		
Alimentación	Los valores para conseguir nuestros propósitos		
Higiene Bucodental	Primeros auxilios: primera valoración, 112, PLS y RCP*		
Toma de decisiones			
Habilidades sociales: relaciones sociales y humanas	Ocio Saludable		
TOTAL 8 TEMAS - TALLERES	TOTAL 7 TEMAS - TALLERES		
TOTAL 15 TEMAS- TALLERES			*Este tema únicamente se ha trabajado en esta sesión.

Seguidamente, se encuentra cada una de las fichas didácticas por separado, que contienen los temas tratados en el programa SAS, de esta manera se puede observar desde que enfoque se plantea trabajar el contenido de cada temática y qué objetivos se proponen alcanzar con ese taller, así como también la dinámica y desarrollo particular para cada uno de los talleres llevados a cabo, y los materiales utilizados. Esto puede ayudar a aclarar qué y cómo se trabajaron los temas en dicho programa.

5.2.4.1 Sesiones para adolescentes:*Temas de la primera sesión*

## 1

## ALCOHOL

MENOS ALCOHOL MENOR RIESGO

## OBJETIVOS

- Enseñar los efectos del alcohol a nivel biológica, social, psicológica y conductual.
- Concienciar sobre los efectos perjudiciales del alcohol sobre la salud

## MATERIAL

- 4 carteles A4 con imágenes correspondientes a los efectos del alcohol (biológica, social, psicológica y conductual.)
- 1 cartel A4 concienciador de "no conduzcas si vas a beber"
- 2 juegos come cocos (puede verse en anexos imágenes)

## TIEMPO

- 7 minutos

## ENFOQUE

No cabe duda de que el alcohol tiene efectos perjudiciales para la salud, y que estos vienen determinados por la cantidad y frecuencia de la ingesta, así por la vulnerabilidad y susceptibilidad del sujeto consumidor. Por ello a menor edad mucho más riesgo de nocividad.

Haciendo hincapié en este grupo de edad, donde el consumo se registra de manera episódica intensa durante los fines de semana, es necesario la educación sanitaria ya no en el foco del no inicio o no consumo, sino en la educación del control y atribución de responsabilidades, todo con el fin de que no se inicie y si se ha iniciado que no llegue a tener dependencia ni graves consecuencias.

De esta manera, la estrategia educativa es educar en el consumo responsable y controlado fomentando el consumo cero, retrasando la edad de inicio y en otra instancia concienciando sobre sus peligros, riesgos y consecuencias sobre la salud a corto, medio y largo plazo.

## DINÁMICA Y DESARROLLO

- Se inicia el taller con una breve explicación a través de carteles A4 con imágenes sobre cuáles son los efectos que el alcohol tiene sobre el organismo, a nivel biológico, social, psicológico y conductual. A través de estas imágenes los adolescentes pueden ir identificando los efectos, así el coach los contextualiza y los explica.
- Juego del come cocos: los integrantes del grupo de manera al azar van cayendo en supuestas casillas del juego. Con el juego se pretende sensibilizar sobre los peligros a los que se exponen tras el consumo, que al igual que en el juego ellos no tienen el control. Es un ejercicio para concienciar sobre los peligros aleatorios a los que se exponen al beber.
- Durante el juego el coach aporta explicaciones precisas de cómo evitar este tipo de efectos perjudiciales, fomentando el consumo cero y el consumo responsable. Así como los riesgos añadidos de conducir moto o subir a un coche bajo los efectos del alcohol.

## 2

## TABACO

¿QUIERES FUMAR, DE VERDAD?

## OBJETIVOS

- Enseñar los beneficios que tiene para la salud no fumar.
- Educar sobre los peligros del consumo de tabaco
- Concienciar sobre las decisiones y los efectos de decidir fumar
- Informar sobre el contenido de un cigarro

## MATERIAL

- 1 cartel A4 de "componentes del cigarro"
- 2 imágenes-fotografías de paquete de tabaco (una abierta y otra cerrada)
- 18 imágenes-fotografía (negativas de fumar y positivas de no fumar)
- 1 cartel A4 del juego del ahorcado

(puede verse en anexos imágenes)

## TIEMPO

- 7 minutos

## ENFOQUE

Para prevenir el tabaquismo juvenil, las intervenciones preventivas tienen que empezar en los últimos años de la infancia e intensificarse en la pre-adolescencia y adolescencia. El primer cigarro para muchos adolescentes se da a partir de la visión que tienen sobre este vicio, ya que muchos ven el fumar como una forma de independencia y rebeldía; en otras palabras, creen que fumar los hace grandes.

El objetivo de la prevención del tabaco no debe ser otra que la de promover las estrategias que fomenten el desarrollo de los factores de protección para que no aparezcan los problemas relacionados con el consumo, por ello resulta fundamental educar en la capacidad crítica, habilidades sociales y de comunicación y resistencia a la presión de grupo.

A estas edades, se debe tener especial cuidado pues el mantenimiento del consumo se establece en algunos jóvenes de forma muy precoz y después de un corto periodo de experimentación. Por ello, la finalidad de este taller no es otra que concienciar sobre las consecuencias que tiene decidir o no fumar, haciendo hincapié en los beneficios que conlleva para la salud estar libre de humo.

## DINÁMICA Y DESARROLLO

- Se inicia el juego a partir de dos imágenes(fotografías): una con el paquete de tabaco abierto y otra con el paquete de tabaco cerrado. Se plantea la pregunta "¿Quieres fumar?" y los alumnos decidirán que escoger. Con el grupo, de manera al azar se va replanteando esta situación constantemente, y en función de la decisión tomada aparece un efecto perjudicial o un beneficio al no fumar. A través del juego y las imágenes, el coach puede ir repasando con el grupo todos los efectos a corto, medio y largo plazo para la salud de la persona, a nivel físico, mental, económico y social. De la misma manera, puede ir repasando todos los beneficios que reporta una vida sin humos.
- Durante el juego, y a través de las imágenes, se van dando recomendaciones sociales y de comunicación para contar con herramientas frente a la presión de grupo y saber decir "no". Se finaliza el taller con el juego del "ahorcado" a través de un cartel A4. El coach trabaja con el grupo la capacidad crítica mediante este juego.

## 3

## HÁBITOS HIGIÉNICOS PERSONALES

¿POR QUÉ HAY QUE CUIDAR LA HIGIENE?

## OBJETIVOS

- Incidir en el lavado de manos como la técnica más eficaz y más barata para evitar el contagio de enfermedades (enseñar la técnica de lavado de manos)
- Explicar en qué situaciones se tienen que lavar las manos.
- Concienciar sobre la importancia de una correcta higiene personal: ducha y aseo diario.

## MATERIAL

- 1 pelota pequeña
  - 1 bote purpurina
  - 1 cartel A4 lavado de manos
  - 4 fotos-imágenes de higiene personal
- (puede verse en anexos imágenes)

## TIEMPO

- 7 minutos

## ENFOQUE

Los motivos por los que hay que cuidar la higiene son varios, aunque los de mayor peso es por salud física, mental y estética. Cabe decir que un exceso de suciedad física provoca que aumenten los gérmenes y eso puede llevar a la aparición de enfermedades. Además de que cuando uno está limpio y libre de olores desagradables se siente mucho más seguro de sí mismo y eso, sobre todo en la adolescencia, es muy importante para las relaciones sociales. La imagen personal es importante y una buena higiene es imprescindible para mantenerla.

La mejor recomendación es un baño diario como mínimo, y acostumbrar a tomar una ducha ya sea al levantarse o antes de irse a dormir es imprescindible para mantener el cuerpo limpio. Cabe añadir, que en caso de deporte habrá que ducharse de nuevo en función de las ocupaciones del adolescente.

Pero no solo es el tema de la ducha, sino que también hay que prestar atención a otras partes del cuerpo, como ahora la cara para evitar espinillas o un exceso de acné, así como el cuidado de las uñas, el uso de recursos de aseo como ahora el desodorante y la colonia, o el cambio de ropa íntima diaria, o el cambiarse de ropa frecuente, entre otros. Por todo ello, talleres de este tipo pueden incidir en la importancia de llevar a cabo de manera diaria y cotidiana hábitos de higiene personal.

## DINÁMICA Y DESARROLLO

- El juego se inicia pasando una pelota manchada de purpurina a unos cuantos del grupo, el coach reflexiona con ellos sobre cómo se han ido pasando gérmenes (simulando purpurina). Durante el juego se intenta, de que alguno del grupo aun no tocando la pelota se manche igualmente de purpurina. Se reflexiona acerca del contagio de enfermedades.
- Se trabaja con el grupo la importancia de permanecer libre de gérmenes a través del lavado de manos y la ducha diaria, favoreciendo así al mantenimiento de una buena salud. Se repasa con el grupo las situaciones que requieren un lavado de manos mientras se realiza una simulación de la técnica con la ayuda de un cartel A4 explicativo.
- Con el uso de varias imágenes-fotografías, se refuerza la importancia de ciertos hábitos higiénicos de aseo diario: cepillado de dientes, peinado, lavarse la cara, cortarse las uñas, cambiarse cada día de ropa interior, llevar ropa limpia, uso desodorante...
-

## 4

## ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE

SI ELIGES QUE SEA ¡VIDA ACTIVA!

## OBJETIVOS

- Enseñar los beneficios de llevar una vida activa y hacer deporte
- Identificar qué tipo de actividades se deben hacer de forma diaria, semanal o esporádica.
- Concienciar sobre los peligros de tener una vida sedentaria

## MATERIAL

- 1 puzle de la pirámide de la actividad para adolescentes
  - 1 puzle sobre los beneficios de la actividad física y el deporte
- (puede verse en anexos imágenes)

## TIEMPO

- 7 minutos

## ENFOQUE

De sobras es sabido que los beneficios de la actividad física, inciden en la calidad de vida de las personas. Llevar una vida activa, es mantener la presión arterial, la frecuencia cardíaca y los niveles de colesterol adecuados. Así como ayudar a controlar el peso corporal y adoptar unos hábitos saludables.

La actividad física diaria de intensidad moderada mejora la capacidad de la memoria y el rendimiento en los estudios, así como promueve las relaciones humanas, mejora la autoestima y la capacidad para afrontar el estrés.

Mantener un estilo de vida activo mejora la salud y reduce el riesgo de padecer enfermedades ligadas al estilo de vida, así como de protegernos de ciertas enfermedades.

Por ello, los objetivos de este taller se centran en que los adolescentes valoren los beneficios a corto y largo plazo para la salud al llevar una vida activa, con un poco de práctica de deporte.

## DINÁMICA Y DESARROLLO

- Se inicia el taller con el juego del puzle. El grupo debe montar un puzle sobre la pirámide de actividad. Una vez montado, el coach aprovecha para incidir junto con los propios chicos aquellas actividades que se tienen que realizar de manera diaria, cuales semanales y cuáles de forma esporádica. Y, con ello que tipo de cambios debemos hacer para tener una vida activa.
- Se monta un segundo puzle sobre los beneficios físicos, psíquicos y sociales que tiene mantener una vida activa. Se discute con el grupo la importancia de tener este tipo de beneficios para una mejor calidad de vida.
- El coach aprovecha para explicar los peligros de una vida sedentaria



## 5

## ALIMENTACIÓN

¿QUÉ COMEMOS HOY?

## OBJETIVOS

- Enseñar a comer: confección de un menú y escoger los alimentos con la distribución adecuada de cada grupo de nutrientes
- Repasar la función de cada grupo de nutrientes

## MATERIAL

- 5 carteles A3 que representan los platos de: desayuno, patio, comida, merienda y cena
- 68 fotografías de diferentes tipos de alimentos y bebidas
- 1 menú ideal tipo ejemplo representado en 5 carteles A4 de cada comida del día (desayuno, patio, comida, merienda y cena)
- 1 cartel A4 pirámide alimentación  
(puede verse en anexos imágenes)

## TIEMPO

- 7 minutos

## ENFOQUE

Estos objetivos se marcan con el fin de enseñar a los adolescentes que es importante evitar saltarse comidas, como ahora por ejemplo el desayuno; o incidir en que tipo de alimentos se deben picar entre horas.

El taller se enfoca haciendo hincapié en comer cinco veces al día y no dejar pasar más de 3-4 horas entre las comidas. Así como enseñarles a confeccionarse sus propios menús diarios, sabiendo que grupos de alimentos se deben consumir diariamente y cuáles de forma esporádica (pirámide alimenticia).

Además de que aprendan en que grupo de alimentos pueden encontrar la mayor fuente de proteínas (vegetales o animales), hidratos de carbono, vitaminas y minerales; junto con la importancia de la ingesta de agua.

Y con todo ello reforzar la correcta toma de decisiones en relación a la alimentación.

## DINÁMICA Y DESARROLLO

- Se inicia el taller resaltando la importancia de comer cinco veces al día.
- Juego "el menú del día": los adolescentes tienen que realizar un menú tipo. Escogen entre las diferentes fotografías de comida variada y las colocan en la cartulina A3 del plato correspondiente (desayuno, patio, comida, merienda y cena)
- Se revisa el menú confeccionado por ellos, y el *coach* con un cartel A4 ejemplo de un menú ideal saludable va remarcando las diferencias, y el porqué de estas.
- Con la ayuda de la pirámide de alimentación se repasa la función de cada alimento y cada cuanto comerlo.

## 6

## HIGIENE BUCODENTAL

CUIDA TU BOCA: HOY Y SIEMPRE

## OBJETIVOS

- Enseñar la técnica correcta del cepillado
- Enseñar la técnica del hilo dental
- Concienciar sobre los hábitos higiénicos bucodentales diarios y anuales
- Enseñar los efectos y beneficios sobre la salud bucal de una buena o mala higiene

## MATERIAL

- 1 hilo dental
- 1 fantoma y 1 cepillo
- 1 cartel A4 sobre materiales a utilizar (pasta, colutorio, hilos, cepillos interdentes...)
- 1 cartel A4 de la técnica de cepillado
- 1 cartel A4 técnica de hilo dental
- 7 imágenes sobre los efectos y beneficios

(puede verse en anexos imágenes)

## TIEMPO

- 7 minutos

## ENFOQUE

La higiene bucodental es una de las principales formas de cuidar nuestra salud, y su importancia está en que nos permite mantener nuestras encías sanas mayor tiempo, con lo que nuestros dientes se mantendrán saludables y podrán cumplir su función. Todo ello pasa por educar en la prevención de conductas que provocan la aparición de caries, gingivitis, entre otros.

Por ello, es importante insistir en la adquisición de buenos hábitos en la higiene dental, así como en la educación. Enseñarles cómo realizar la higiene de los dientes de manera correcta diaria, conocer el uso del hilo dental o los beneficios del flúor, es una inversión en salud. Y, además incidir en las revisiones periódicas anuales al odontólogo como un recurso preventivo, el uso de colutorios, así como la renovación del cepillo de dientes cada 3 meses.

Durante este taller se insiste no solo en el correcto método del cepillado, sin olvidar lengua y mejillas, y del hilo dental, sino reforzando los momentos que hay que llevarlo a cabo (después de cada comida, tres veces al día, recordando que el cepillado nocturno antes de irse a dormir, es de los más importantes), así como las recomendaciones para evitar las caries.

Resaltando los beneficios de tener una dentadura sana, así como los problemas que pueden generarse en la edad adulta a causa de una mala salud bucal.

## DINÁMICA Y DESARROLLO

- Se inicia el taller repasando con el grupo los materiales que se necesitan para una correcta higiene bucal, aportando una breve explicación sobre los cepillos, pastas, colutorios...
- A través de un fantoma, se realiza una simulación de la técnica del cepillado de dientes y el uso del hilo dental. El coach aprovecha para explicar cada cuanto se debe hacer, y algunos cuidados como: la cantidad de la pasta de dientes, el uso de colutorios, el cambio de cepillo, el tiempo del cepillado.... Todo ello es reforzado por dos carteles A4 explicativos de las técnicas.
- A través de unas imágenes se repasan los principales beneficios de una correcta salud bucal y las consecuencias de una mala higiene bucal. Explicando la importancia de las revisiones periódicas al odontólogo.

## 7

## TOMA DE DECISIONES

Y, TU ¿CÓMO ELIGES?

## OBJETIVOS

- Enseñar a tomar decisiones
- Fomentar la reflexión como parte necesaria en la toma de decisiones
- Desarrollar la capacidad crítica y el valor que les permita tomar decisiones

## MATERIAL

- 1 fotografía isla
- 12 fotografías de objetos
- 1 cartel A4 proceso toma de decisiones y elementos a tener en cuenta
- 6 fotografías sobre conductas de riesgo

(puede verse en anexos imágenes)

## TIEMPO

- 7 minutos

## ENFOQUE

Es necesario que los adolescentes visualicen la dimensión real de las decisiones que cada día se toman, sean grandes o pequeñas decisiones, pues en esa medida aprenderán a tomarlas adecuadamente y serán consecuentes con ellas en momentos cruciales de su vida. Al igual que el resto de personas tienen que tomar decisiones en su día a día, con la peculiaridad de que ellos deben enfrentarse a un conjunto de desafíos y tareas en su proceso de convertirse en adultos.

En la etapa de la adolescencia los jóvenes se enfrentan a diferentes situaciones que ponen a prueba su capacidad de decisión, algunas más graves que otras. Bien sea decir no a las drogas, negarse a probar el alcohol, o estudiar para un examen antes que ir a una fiesta o no hacer un trabajo de clase; todas ellas se convierten en decisiones que forjan la personalidad del joven y lo preparan para una exitosa o penosa adultez.

Por ello, durante este taller, se fomenta la toma de decisiones autónoma, y con ello enseñarles a pensar por sí mismos, a ser críticos y a analizar de forma racional.

## DINÁMICA Y DESARROLLO

- Se inicia el juego de la "isla desierta": a través de una situación (fotografía de una isla), los adolescentes se imaginan que deben pasar un tiempo de sus vidas en esa isla desierta, y que para ello deben escoger un objeto (se exponen diferentes imágenes). Tras la elección de su objeto, deberán explicar el porqué de su decisión tomada al resto del grupo.
- Bajo la ayuda del coach, los integrantes del grupo reflexionan acerca de que tres objetos finales llevarse a la isla, se ponen en práctica la escucha activa, el análisis de la situación, entre otras competencias (apoyado por un cartel A4 sobre el proceso de toma de decisiones)
- Al finalizar el juego, el coach cambia los objetos por situaciones más reales sobre conductas de riesgo, como, por ejemplo: emborracharse, conducir bebido, fumar, tomar drogas, robar, violencia, etc.
- Se trabaja a través de estas fotografías, la capacidad crítica, la presión de iguales y el respeto a uno mismo.

## 8

## HABILIDADES SOCIALES: RELACIONES SOCIALES Y HUMANAS

### Y, TU ¿CÓMO TE RELACIONAS?

### OBJETIVOS

- Reconocer ciertas conductas y/o acciones como negativas y perjudiciales para la vida que repercuten en exclusión social.
- Identificar las conductas sociales positivas para la vida y que favorecen la inclusión social.
- Favorecer el seguimiento de ciertas conductas de desarrollo y capacidades sociales positivas.

### MATERIAL

- Etiquetas blancas
- Rotulador

(puede verse en anexos imágenes)

### TIEMPO

- 7 minutos

### ENFOQUE

El hecho de poseer ciertas habilidades sociales para la vida favorece la resolución de conflictos y situaciones sociales difíciles, facilita la comunicación emocional, la relación con los demás, la inclusión en la sociedad, etc.; y todo ello garantiza afrontar con éxito los retos de la vida personal, laboral y social de una persona.

Educar para adquirir estas capacidades y habilidades, persigue mejorar la capacidad para vivir una vida más sana y feliz, e intervenir sobre los determinantes de la salud y el bienestar psico-socioemocional para participar de manera activa en la construcción de sociedades más justas, solidarias y equitativas.

La adolescencia es una etapa de muchos cambios, de construcción de una identidad propia y de tránsito a la vida adulta, por todo ello es una etapa que facilita gran oportunidad de aprendizaje de estrategias sociales que van a ser la base de sus propias futuras relaciones como adultos, ya sean de amistad, de pareja, laborales, como individuo en la sociedad, etc.

Por todo ello, este taller se centra en prestar especial atención al desarrollo de habilidades sociales, a la adaptación de los niños y niñas al entorno en el que se desarrollan sus vidas, y posteriormente a proporcionar las herramientas para desenvolverse como adultos en la esfera social, siendo la base clave para sobrevivir de manera sana tanto emocional como laboralmente.

### DINÁMICA Y DESARROLLO

- Se inicia con el juego de "las etiquetas": se pega una etiqueta en la frente de los integrantes del grupo. En cada etiqueta pone una palabra que corresponde a una habilidad o una característica de la persona positiva o negativa (como, por ejemplo: trabajador, sincero, responsable, divertido, generoso, respetuoso, mentiroso, ladrón, drogadicto, trepa, agresivo, borde, alcohólico, mal educado, entre otras). Ningún integrante sabe que etiqueta lleva puesta, solo los demás pueden leerlo.
- A través de preguntas clave, el coach pone en situación a los integrantes del grupo, quienes deciden con quien juntarse, y relacionarse según el caso. Algunas de estas situaciones eran: ir al cine, compartir piso, hacer un trabajo juntos, ser amigos, irse de vacaciones, invitarlo a tu casa, contratarlo para tu empresa, etc.
- Mientras se daba el juego, algunos de los integrantes se sentían excluidos y aislados de diversas situaciones sociales y laborales, mientras que otros eran incluidos constantemente.
- A través de los hechos que sucedían, se reflexionaba acerca de la elección de ciertas conductas y maneras de ser que te proporcionan habilidades sociales positivas e inclusivas para la vida social, laboral y personal.

Temas de la segunda sesión

## 9

## HÁBITOS: BENEFICIOS VS CONSECUENCIAS

¡POR UNA VIDA SALUDABLE!

### OBJETIVOS

- Enseñar las consecuencias de tener malos hábitos de salud.
- Enseñar los beneficios de llevar buenos hábitos de salud.
- Fomentar una vida de hábitos saludables
- Proporcionar consejos a seguir para conservar y mejorar la propia salud presente y futura.

### MATERIAL

- 1 sopa de letras de "buenos hábitos de salud" (cartel A3)
- 1 sopa de letras de "consecuencias de malos hábitos" (cartel A3)
- 2 rotuladores (verde y rojo)
- 1 ficha cartel A4 ejercicio de relacionar las consecuencias con su mal hábito

(puede verse en anexos imágenes)

### TIEMPO

- 7 minutos

### ENFOQUE

Un estilo de vida saludable es aquella forma de vida en la cual la persona mantiene un armónico equilibrio en su dieta alimentaria, actividad física, funcionamiento intelectual, emocional, ocio, descanso y sueño, higiene, etc. Por este motivo, para poder tener una vida de calidad, y gozar de una buena salud es importante llevar una buena vida, con hábitos saludables y beneficiosos que nos ayuden a mantener e incluso mejorar la propia salud, previniendo así enfermedades crónicas en el adulto, ligadas a ciertos hábitos y comportamientos que se inician en la adolescencia. No cabe duda, que un estilo de vida saludable tiene una función protectora frente a la vida.

Algunos comportamientos que se adoptan en la adolescencia, como fumar, ser sedentario, mantener relaciones sexuales sin protección, consumir alcohol o realizar actividades de riesgo sin tomar las medidas de seguridad adecuadas, no solo tienen riesgo inmediato, sino que pueden pasar factura en la adultez. Por ello educar sobre las consecuencias que los malos hábitos pueden tener es sin duda una prioridad en la adolescencia.

El estilo de vida de los adolescentes es un asunto que suscita mucha preocupación en nuestra sociedad, y no sólo entre los profesionales. Se sabe que durante la adolescencia se aprenden comportamientos que tienen una importante repercusión sobre la salud de las personas, tanto a corto como a largo plazo, y que serán difíciles de modificar en la vida adulta, por ello resulta todavía más esencial la educación a través de talleres de este tipo durante esta etapa de la vida.

### DINÁMICA Y DESARROLLO

- Se inicia el juego con dos sopas de letras. En cada una de las sopas deben encontrar 10 palabras, unas son consecuencias de malos hábitos de salud, y en la otra sopa de letras son buenos hábitos de salud.
- Una vez han encontrado todas las palabras, el coach aprovecha para explicar sobre las palabras de "buenos hábitos" que beneficios tiene para la salud llevar a cabo esos hábitos que han encontrado en el juego.
- Para saber que malos hábitos han provocado esas "consecuencias" encontradas en la sopa, el grupo debe relacionar en una ficha cartel A4 ejercicio las consecuencias con su mal hábito. El coach aprovecha para explicar brevemente él porque es así.

## 10

**AUTOESTIMA**  
**¡QUIÉRETE Y RESPETA!**
**OBJETIVOS**

- Ayudar a autoafirmarse la propia valía (autoconcepto) de forma realista y optimista
- Fomentar el respeto sobre nuestras diferencias, para aceptarlas y superarlas en la medida de nuestras posibilidades
- Reflexionar sobre cómo relacionarse en igualdad, sin sentimientos de inferioridad o superioridad
- Proporcionar consejos para aumentar la autoestima

**MATERIAL**

- Bolis y posits de colores
- 8 imágenes para trabajar la autoestima
- 1 cartel A3 recomendaciones

(puede verse en anexos imágenes)

**TIEMPO**

- 7 minutos

**ENFOQUE**

Durante la adolescencia, al igual que en la infancia, es necesario desarrollar la autoestima y el autoconcepto, y con ello trabajar el sentido del valor personal que tenemos cada uno, reconociendo y admitiendo que somos, los puntos fuertes, pero también débiles, etc.; resulta fundamental para proporcionar seguridad en uno mismo, y así asegurar menor fuentes de estrés y ansiedades presentes y futuras. Durante esta etapa es frecuente que el adolescente reflexione y piense acerca de sí mismo y de la nueva imagen que da, y ello sin duda, a menudo se vive todo como un gran desafío.

Es habitual que los adolescentes sientan complejos, inseguridades, vergüenzas, miedo al rechazo, etc.; ya que están teniendo ciertos cambios a nivel socio-afectivo, físico y a nivel cognitivo, por ello, la autoestima tiende a debilitarse. Una buena dosis de autoestima es uno de los recursos más valiosos de que puede disponer un adolescente. De sobras es sabido los beneficios para la persona que goza de una buena autoestima (por ejemplo, aprende más eficazmente, desarrolla relaciones mucho más gratas, está más capacitado para aprovechar las oportunidades, etc.) Teniendo así mayores posibilidades de éxito y felicidad en su vida personal, laboral y social.

Fomentar un dialogo interior de valía y de respeto así mismo durante los años de adolescencia, es sin duda una garantía de tránsito a la vida adulta e instauración de esa nueva identidad con más seguridad. Aceptar las críticas sin que ello provoque inseguridad o efectos contrarios, es algo que se debe de enseñar y trabajar, si el adolescente termina esta etapa de su vida con una autoestima fuerte y bien desarrollada podrá entrar en la vida adulta con unos buenos cimientos para llevar una vida productiva y satisfactoria.

**DINÁMICA Y DESARROLLO**

- Cada integrante tiene que escribir en un posit de papel una o dos cualidades positivas de sí mismo sin que nadie lo vea. El compañero que tiene sentado al lado, dice en voz alta un aspecto positivo de su compañero, en este momento la persona también lee lo que ha escrito de sí mismo (en esta situación puede pasar que coincidan o que se diga algo nuevo). El coach ayuda a reforzar y reconducir los valores o habilidades que se dicen en el grupo, y el propio sujeto las escribe en un posit aparte (este se lo quedará él).
- A través de diferentes imágenes aportadas por el coach, se va trabajando la autoestima y sus elementos, así como el respeto hacia sí mismo y los demás. Se hace hincapié en el tipo de conductas a evitar, y en tratar a las personas de una manera positiva (alusión al *bullying*)
- Se acaba el taller, con un cartel A3 dando recomendaciones para aumentar la autoestima y convertirse en una persona adulta feliz y satisfecha consigo misma.

## 11

## USO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS Y LA SALUD

¡CONNECT@TE PERO HAZLO BIEN!

## OBJETIVOS

- Educar sobre los riesgos para la salud del uso incorrecto de las nuevas tecnologías
- Enseñar los beneficios que pueden aportar las nuevas tecnologías
- Concienciar sobre el uso racional de las nuevas tecnologías

## MATERIAL

- 1 cartel A3 simulador de WhatsApp® con consejos para uso adecuado
  - 1 cartel A4 con recomendaciones sobre el uso saludable
  - 3 carteles A3 con imágenes diferentes sobre los beneficios y consecuencias del uso de nuevas tecnologías
  - 2 rotuladores (verde y rojo)
- (puede verse en anexos imágenes)

## TIEMPO

- 7 minutos

## ENFOQUE

En la actualidad los adolescentes dedican gran parte de su tiempo al uso de las nuevas tecnologías, como ordenadores, redes sociales, uso del móvil, etc. En los últimos años el uso y abuso de las nuevas tecnologías y redes sociales, se han instalado de forma rápida en nuestras vidas. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) en los últimos años más del 90% de los adolescentes son usuarios habituales de la red.

La intención de talleres como este no es solo explicar la infinidad de beneficios que estos pueden aportarnos (manejar información, rápido alcance del conocimiento, gran cantidad de posibilidades de ocio, facilita nuevas formas de relacionarnos, etc.), sino concienciar sobre el uso correcto y seguro del empleo adecuado de las nuevas tecnologías, sin que estas supongan un peligro para la salud, ya que son varios los riesgos que se le atribuyen, como ahora riesgo de acoso y pérdida de intimidad, aislamiento, adicción, problemas de espalda, visión, etc.

El uso inadecuado se caracteriza por mostrar una incapacidad de controlar su uso, y ello puede afectar de manera negativa en la vida diaria, bien sea con aislamiento social, dificultad para la concentración, bajo rendimiento escolar, afecciones físicas, etc. Según la OMS reconoce que 1 de cada 4 personas sufre algún trastorno de conducta relacionado con adicciones sin sustancias.

## DINÁMICA Y DESARROLLO

- Se inicia el taller con un juego: el grupo debe señalar con rotulador rojo y/o verde según el caso en los 3 carteles A3 las imágenes que consideren un beneficio o un riesgo/consecuencia para la salud del uso de las nuevas tecnologías.
- El grupo y el coach repasan todo lo señalado en rojo y se aprovecha para ir comentando los riesgos-peligros, y consecuencias que esto puede tener sobre la salud a corto, medio y/o largo plazo. De la misma manera, que al repasar todo lo señalado en verde se incide en los beneficios que genera las nuevas tecnologías siempre y cuando su uso es adecuado.
- Para acabar el taller, se proporcionan consejos y recomendaciones prácticas sobre el uso racional de las nuevas tecnologías a través de un cartel A3 simulador de WhatsApp® y un cartel A4 con imágenes

## 12

## HÁBITO DEL SUEÑO

¡FELIZ NOCHE, MEJOR DÍA!

### OBJETIVOS

- Concienciar sobre la cantidad de horas al día que deben dormir y como debe ser la calidad del sueño
- Enseñar los beneficios del sueño reparador para la salud
- Enseñar las consecuencias de un mal descanso
- Fomentar ciertos hábitos que favorezcan un buen descanso.

### MATERIAL

- 2 carteles A3 simulando un reloj sin manillas
- 2 rotuladores
- 3 carteles A4 con explicación del sueño: horas y fases
- 1 juego caja sueños (elaboración propia, con una caja de zapatos vacía e imágenes)
- Imágenes de un buen descanso nocturno e imágenes de las consecuencias de un mal descanso.
- 1 cartel A3 sobre recomendaciones para tener un buen sueño y descanso (puede verse en anexos imágenes)

### TIEMPO

- 7 minutos

### ENFOQUE

En promedio, los adolescentes necesitan unas nueve horas y media de sueño para rendir bien en todas sus actividades. Lamentablemente, muchos de ellos no alcanzan a dormir esta cantidad de tiempo tan necesaria para su rutina y su salud.

Y es que los adolescentes de hoy en día, están expuestos a muchos estímulos que podrían retrasar aún más la acción de la melatonina, como ahora por ejemplo la luz intensa de fuentes artificiales como la televisión o el móvil que retrasa su activación alterando los ritmos circadianos y retrasando el inicio del sueño.

Dormir mal o dormir poco uno o dos días no implica un problema en sí, el tema es importante cuando el déficit de sueño se vive de manera diaria, y ello si repercute en la capacidad de prestar atención, en el estado de ánimo, en el rendimiento deportivo y escolar, etc.

Es necesario que los adolescentes conozcan los riesgos que tiene para la salud la práctica habitual de dormir poco, para ello la educación sanitaria representa una buena estrategia donde aprender de forma responsable unos hábitos adecuados que garanticen un buen descanso.

### DINÁMICA Y DESARROLLO

- Se inicia el taller reflexionando a cerca de las horas que dormimos. Los integrantes del grupo dibujan las manillas de un reloj señalando la hora a la que se van a dormir y la hora a la que se levantan en dos carteles A3 que simulan dos grandes relojes. El coach aprovecha para explicar la cantidad de horas que se deben de dormir al día y cómo funciona el sueño, brevemente apoyándose en unos carteles explicativos A4.
- Se inicia el juego de "la caja de los sueños": con este juego se trabajan los beneficios y los efectos negativos de un mal descanso. Los integrantes del grupo van levantando una de las solapas de la caja, que contienen diferentes imágenes. Un lado están las imágenes que corresponde a los beneficios, y en el otro lado las imágenes que corresponden a las consecuencias del mal descanso. Se va reflexionando a medida que van saliendo.
- Acaba el taller con un cartel A3 con recomendaciones prácticas para favorecer un buen descanso.



## 13

## VALORES PARA CONSEGUIR NUESTROS PROPÓSITOS

CONSTRUYE TU FUTURO

### OBJETIVOS

- Enseñar mediante la reflexión los valores necesarios a desarrollar en la vida para tener éxito (entendido de manera global y holísticamente)
- Enseñar la relación entre consecución de metas, logros y propósitos a través de ciertos valores.
- Fomentar ciertos valores desde una vertiente positiva (como, por ejemplo: el éxito, el dinero, la fama, el prestigio, la competitividad, etc.).

### MATERIAL

- 1 cartel A3: árbol y raíces
- Frutos (imágenes de manzana)
- Cartel A3 "personas exitosas"

(puede verse en anexos imágenes)

### TIEMPO

- 7 minutos

### ENFOQUE

La educación en valores articula elementos fundamentales que serán los sedimentos de la vida propia y el estilo de funcionar en la vida. Los valores, nos ayudan a orientarnos en la vida, y nos acompañan en los éxitos y en los fracasos, según el caso. Sin duda, estos se aprenden, nos los enseñan, y los vamos construyendo a lo largo de la vida. Muchos de estos valores ayudan a que se logren nuestros propósitos en la vida, y no solo referente a tener y conseguir nuestras metas marcadas sino incluso nos ayudan a ser mejores personas y a darle sentido a nuestra propia vida.

Lo que se aprecia de cada persona son los valores que esta tiene; no obstante, aunque sea muy importante tener ciertos valores, no son por todos considerados de forma igual, y al final cada uno tiene su propia escala de valores. La libertad de cada persona está orientada en sus propios valores. Algunos de estos pueden ser relacionados con: dinero, poder, éxito, competitividad, amor, vida, solidaridad, salud, compañerismo, amistad, fidelidad, compromiso, responsabilidad, educación, perseverancia, respeto, y un largo etcétera.

Se dice que hay algunos valores muy básicos, como por ejemplo el respeto a ti mismo y a los demás, o la veracidad y honestidad o responsabilidad que hace que la sociedad funcione mejor, se basa en "trata a los demás de la misma forma en que uno mismo desea ser tratado" o "no se dicen mentiras" o "cumple con tu palabra", entre otros, siendo por tanto una especie de códigos de funcionamiento social. Por todo ello, este taller, resulta importante en esta etapa de la vida.

### DINÁMICA Y DESARROLLO

- Se inicia el taller con el juego del "árbol de los logros": se entrega al grupo los "frutos" que son imágenes de manzana con varios posibles logros a querer conseguir en la vida (pensando en como dice el título del taller, construir el futuro propio). Como no se trata de ponerse de acuerdo, el grupo va escogiendo, coincidan o no, los diferentes frutos (manzanas) que su particular árbol tiene que dar (el árbol es un cartel A3). Tienen "manzanas", ósea, logros más sencillos, más complejos, tanto positivos como negativos, de la esfera personal, de la salud, social y laboral de una persona. Cada miembro del grupo pega al árbol estos frutos, el coach aprovecha para leerlos en alto.
- En este momento, el coach deja ver las raíces de ese árbol, que contiene los valores, actitudes, aptitudes y acciones que se deben de dar en cada persona para conseguir y perseguir el árbol que han construido entre todos y dar realmente esos frutos que han pegado. Se aporta explicación para incidir en el grupo.
- El coach reflexiona con el grupo acerca de ser personas exitosas en la vida a nivel personal y social, trabajando aspectos competenciales y ciertas cualidades a través de un cartel A3 específico para ello.

## 14

## PRIMEROS AUXILIOS: 1º VALORACIÓN, 112, P.L.S Y R.C.P ¿QUÉ PASA CUANDO TE PASAS?

### OBJETIVOS

- Concienciar sobre los riesgos que tienen ciertas conductas, como por ejemplo beber alcohol o drogarse, y sus consecuencias más extremas como lo son el coma etílico y la parada cardiorrespiratoria (PCR)
- Enseñar el protocolo P.A.S de actuación ante una emergencia.
- Enseñar cómo actuar en la activación de la ayuda, en la llamada al 112
- Enseñar a socorrer: primera valoración, V.O.S, P.L.S y R.C.P.

### MATERIAL

- Video noticia: Tablet
  - 5 carteles A4 sobre el coma etílico
  - 2 carteles A4 P.A.S
  - 1 cartel A4 de la secuencia llamada 112
  - 3 colchonetas
  - 5 carteles A4 con la primera valoración, P.L.S y R.C.P
- (puede verse en anexos imágenes)

### TIEMPO

- 14 minutos

### ENFOQUE

La educación para la salud, como herramienta básica de la promoción de la salud, y en este caso particular de la enseñanza de los primeros auxilios enfocada en la RCP, debe darse a cualquier edad, pero sobre todo debe iniciarse con la adolescencia si es que no se ha iniciado en la infancia. La importancia de comenzar desde edades tempranas parte del criterio de que cuanto antes se adquieran los conocimientos y habilidades que le permitan ayudar en la recuperación de un accidentado (sea cual sea la causa) mayores serán las garantías de actuación rápidas y de predisposición a ayudar en caso necesario, y por tanto de salvar vidas.

Con talleres de este tipo, se permite preparar de forma activa al adolescente para ofrecer una respuesta satisfactoria en caso de necesidad. Y por lo menos poder proporcionar la primera ayuda, así como poner en práctica el protocolo PAS: protegiendo, activando los sistemas de emergencia y en el caso necesario socorriendo a la víctima. Y, además, de aprender cómo actuar, concienciar en prevenir ciertas conductas generadoras de situaciones de emergencias, como consumir drogas, beber hasta perder el control, etc.

### DINÁMICA Y DESARROLLO

- Se inicia el taller con el visionado de una noticia real en 2016 (fuente medios de comunicación) sobre el fallecimiento de una adolescente por coma etílico. Con el visionado el coach reflexiona con el grupo acerca de las consecuencias de beber sin control y consumir tóxicos. Además, se reflexiona acerca de la actuación llevada a cabo.
- Mediante unas imágenes (carteles A4), el coach explica el protocolo P.A.S y los pasos a seguir.
- Se repasa con el grupo como actuar y que decir al activar los sistemas de emergencia, con el número 112. Se realiza simulación con la ayuda del coach y un algoritmo creado para ello.
- Con los integrantes del grupo, se práctica la valoración de la conciencia, la práctica de posición lateral de seguridad (P.L.S) para los casos de respira normal y tiene pulso, así como la comprobación del pulso y la respiración (maniobra V.O.S) para indicación o no de R.C.P. Esta simulación se lleva a cabo entre los propios integrantes mediante unas colchonetas en el suelo, los adolescentes aprenden a valorar la conciencia, tomar el pulso y detectar la respiración entre ellos, así como la colocación de P.L.S y la maniobra básica de reanimación, con la ayuda del coach.

## 15

OCIO SALUDABLE  
Y, TÚ, ¿CÓMO TE DIVIERTES??

## OBJETIVOS

- Fomentar un tiempo de ocio saludable y variable.
- Proporcionar ideas y alternativas para ocupar el tiempo libre de manera sana potenciando las relaciones sociales, ciertos valores, la curiosidad por el aprendizaje, la diversión sana y positiva, entre otros.
- Concienciar sobre la utilización del tiempo libre de manera saludable reduciendo así el riesgo en conductas de consumo y abuso de sustancias tóxicas, como ahora el alcohol, el tabaco o las drogas.

## MATERIAL

- 7 sobres numerados
- 7 tarjetas/opción de ocio saludable
- 1 ruleta juego con 7 posibles casillas
- 1 cartel A4 sobre los riesgos de un ocio no saludable

(puede verse en anexos imágenes)

## TIEMPO

- 7 minutos

## ENFOQUE

La gestión del tiempo es fundamental y mucho más aún lo es la gestión del tiempo libre, que a menudo suele ser escaso. El uso del tiempo libre en tareas que favorezcan el descanso, la diversión, el desarrollo personal y social, etc.; es la clave para que sea un tiempo enriquecedor con apertura a nuevas dimensiones de la vida, que fomente valores, etc.

Alguna de las actividades puede ser desde ir al cine, tocar un instrumento, cantar, bailar, ayudar a los demás, y un largo etcétera, todas ellas son algo más que simples actividades con las que ocupar el tiempo libre, todas proporcionan enormes beneficios para quienes las practican, como, por ejemplo: ilusión, cultura, equilibrio emocional, imaginación, creatividad, favorecer relaciones sociales, disciplina, autoestima, etc.

Cuando se utiliza el tiempo libre de forma creativa y responsable, estamos dando sentido a todo cuanto hacemos, es decir, nos enriquecemos personalmente, ganamos salud física y mental, puesto que nos sentimos mejor, razonamos mejor, y en consonancia, vivimos mejor. Aunque todo ello va a depender en el grado en el que se disfrute de la actividad, así como en las propias aspiraciones e implicaciones de la persona, quien encontrará los beneficios de tal o cual actividad en función de la conciencia que se tenga sobre ella.

Durante la adolescencia, debido a multitud de factores, en ocasiones el tiempo libre se ocupa en actividades monótonas con falta de aliciente o incluso, algunas veces más bien sedentarias, con los riesgos que esto conlleva para la salud. Sin contar, que en los últimos tiempos la forma de ocupar el tiempo libre es más bien realizando actividades de riesgo para la salud como consumir alcohol o ciertas sustancias, o llevar a cabo conductas adictivas hacia el juego, el comer, entre otros.

Por todo ello, resulta esencial realizar educación sanitaria en este ámbito, para que aunque con el tiempo las formas de ocio pueden cambiar, siempre sean saludables

## DINÁMICA Y DESARROLLO

- Se inicia el taller con el juego "ruleta del ocio": Se explica a los integrantes del grupo que deben hacer girar la ruleta. En función de la casilla que hayan caído se abrirá el sobre correspondiente. Dentro de cada sobre hay una posible alternativa diferente para hacer durante el tiempo libre. El coach aprovecha cada casilla y sobre para explicar el beneficio que este tiene.
- Se acaba el taller, repasando las diferentes opciones de tiempo de ocio que se han visto, haciendo hincapié en mantener un ocio activo y saludable a nivel físico, social y psicológico, evitando así los riesgos de un ocio sedentario y peligroso en según qué conductas.

*Tercera sesión* (el montaje, organización del grupo y del aula se ha detallado en el capítulo de metodología)

# JUEGO

## LA OCA DE LA SALUD

### OBJETIVOS

- Cerrar la educación sanitaria recibida
- Repasar los temas tratados y reforzar algunos aspectos clave
- Ser un sistema de autoevaluación para los adolescentes de manera inmediata a través del juego
- Seguir promocionando estilos de vida saludables y fomentar la implicación sobre el autocuidado.

### MATERIAL

- 1 tablero digital
- 2 dados
- 2 carteles A3- sumatorio puntos
- Sobres y pruebas de cada casilla
- Fichas comodín y pérdida de turno
- Fichas resto casillas
- Materiales para llevar a cabo la prueba: video Apple®, fantoma, ruleta, esterillas, rotulador, fotografías, etc.

(puede verse en anexos imágenes)

### TIEMPO

- 55 minutos

### ENFOQUE

Durante la puesta en práctica de los talleres en la primera y segunda sesión se trabajaron diferentes temas y aspectos clave de cada uno de ellos. Organizar una tercera sesión no solo permitía reforzar aspectos importantes de cada uno de los temas a través de un juego, sino también introducir un método de autoevaluación, en el que los propios adolescentes pudieran percatarse de lo aprendido durante los talleres con los *coaches* de una manera divertida y directa.

El mismo juego, pretendía cerrar así el ciclo de aprendizaje de la educación sanitaria recibida sobre los temas tratados. Y de alguna manera también pretendía ser una continuidad a la promoción de hábitos y conductas saludables, pues se seguía llevando a cabo diferentes actividades relacionadas con la salud en función de las casillas en las que el grupo iba cayendo.

Y a su vez pedagógicamente hablando se quiso dar un enfoque al juego que este también enseñará y aportará el propio valor de la salud como un bien absoluto, para seguir implicando al adolescente en el autocuidado y manejo de su propia salud, y que ello se pudiera transmitir a través del juego. Por este motivo, a parte de las casillas correspondientes a temas de salud, había diferentes casillas colocadas estratégicamente a lo largo del tablero, que funcionaban como comodín o como pérdida de turno. La misión de estas casillas era conseguir a través de este símil con el juego, concienciar al adolescente sobre la ganancia de comodines en la vida en relación a la instauración de buenos hábitos y comportamientos, y con ello estilos de vida saludables, y, por otro lado, la pérdida de turno entendida como una pérdida de salud representando ciertas conductas que empeoran nuestra salud.

### DINÁMICA Y DESARROLLO

- Se inicia el juego tirando el dado, el grupo que ha sacado el número más alto empieza la partida.
- El tablero al ser digital, está proyectado a través del proyector de la clase, y así todos van viendo cómo avanza el juego.
- Cada grupo tiene su dado y su contador de fichas (cartel A3), según van acertando la casilla van poniendo las fichas que han conseguido (según la temática de la casilla hay unas fichas que el coach va entregando al grupo)
- Al caer en una casilla el grupo debe dar respuesta. Primero hablan entre ellos, y un portavoz da la respuesta. (con tal de que todos participen el portavoz cambia en cada turno). El coach puede ayudar al grupo a dar respuesta. Se daba un tiempo de respuesta controlado con un reloj de arena típico de un juego de mesa.
- La tipología de casillas era variada: respuestas a preguntas concretas, simulaciones, mímica, pequeñas actividades como montar un puzle, ver un vídeo, etc. Si la respuesta no se sabía, el coach la respondía y reforzaba ese aspecto al grupo completo.
- Al finalizar el juego, cada grupo contaba sus fichas conseguidas, y se daba un ganador (cabe decir que el ganador era meramente anecdótico)
- Puntualizar, que al caer en las casillas de "ganas un comodín" o "pierdes turno", se entrega fichas de ganas o pierdes una vida (explicado anteriormente la intencionalidad de estas)

## 5.2.4.2 Sesión para padres


**SESIÓN  
PADRES**
**¿CÓMO PODEMOS AYUDAR A  
NUESTROS HIJOS/AS A CUIDAR DE  
SU SALUD?**
**OBJETIVOS**

- Generar nuevas ideas para un mejor manejo de la salud en hijos adolescentes.
- Mejorar los conocimientos en relación a la salud: riesgos, consecuencias y beneficios de algunas conductas y hábitos.
- Proporcionar herramientas de apoyo para ayudar al buen autocuidado de los hijos/as.
- Reflexionar acerca del estilo educativo utilizado: beneficios vs riesgos
- Fomentar la buena comunicación como factor protector.

**MATERIAL**

- 1 presentación power point
- 1 folleto "Manual para padres: Programa SAS" (elaboración propia)

(puede verse en anexos)

**TIEMPO**

- 90 minutos

**ENFOQUE**

Esta sesión está enfocada para ser una ayuda a las familias y un complemento de las estrategias y herramientas llevadas a cabo durante el programa SAS con algunas pautas y consejos educativos sobre los temas trabajados con los adolescentes. Es vital incluir a la familia en los procesos educativos, ya que tienen gran influencia sobre los jóvenes, quienes ven en ellos un modelo y ejemplo a seguir.

Se sabe que la adolescencia es una etapa difícil y que siempre preocupa mucho a los padres, obviamente la salud es sin duda uno de los puntos clave, junto con la educación, que más interés tiene. Educar y cuidar de un hijo en cualquier etapa de la vida siempre representa nuevos retos que afrontar como padres, y la adolescencia es sin duda, una etapa que puede generar conflictos difíciles de manejar. Por ello esta sesión, también pretende dar respuesta a la necesidad de información y formación por parte de las familias en materia de salud para el manejo y transmisión de valores en la complejidad de la adolescencia.

Durante la propia sesión, se aborda la salud desde diferentes situaciones y temas diana, y se va poniendo el foco en las principales recomendaciones sanitarias para cada uno de los temas incluidos en el programa SAS, con tal de que ayuden a sus hijos a instaurar hábitos más positivos y saludables, fomentando el autocuidado y la toma de decisiones en salud. Asimismo, pretende concienciar a los padres sobre cómo debería de ser el estilo comunicativo y educativo en los hijos para la consecución de un clima familiar idóneo y facilitador de conductas y hábitos saludables.

**DINÁMICA Y DESARROLLO**

- La sesión tiene dos partes, una primera corresponde a la presentación del proyecto en el que colabora y participa el instituto y su hijo. Aquí, la investigadora principal explica el interés y motivaciones para llevar a cabo dicha intervención, así como los talleres impartidos a los adolescentes en clase. Y, una segunda parte que corresponde a la educación sanitaria dirigida a las familias con la inclusión de los consejos sanitarios necesarios en relación a los temas del programa SAS.
- La sesión se va desarrollando a través de una presentación power point. Esta permite ir dinamizando los contenidos, e incluir imágenes de los talleres y materiales utilizados durante las sesiones con sus hijos. Así como la visualización de videos cortos que fomentan la reflexión acerca de algunos elementos clave, como el uso de las nuevas tecnologías, como en la comunicación, o en el seguimiento propio de estilos de vida adecuados, entre otros.
- Al finalizar la presentación, se entrega un folleto tipo manual que recopila todas las recomendaciones hechas sobre todos los temas hablados durante la presentación. Siendo así un soporte educativo de consulta en casa.

### 5.3 ANALISIS ESTADISTICO DE LA PRUEBA EXPERIMENTAL

#### 5.3.1 Descripción de la muestra (cuestionario sociodemográfico)

A continuación, se presentan los datos explotados del cuestionario sociodemográfico y con ello una descripción de la muestra del estudio de esta segunda fase.

**Tabla 36.** *Adolescentes según centro.*

	CONTROL		INTERVENCIÓN		Total	
	N	%	N	%	N	%
Instituto 1	114	39,6	-	-	114	19,8
Instituto 2	174	60,4	-	-	174	30,2
Instituto 3	-	-	62	21,5	62	10,8
Instituto 4	-	-	82	28,5	82	14,2
Instituto 5	-	-	27	9,4	27	4,7
Instituto 6	-	-	117	40,6	117	20,3
<b>Total</b>	<b>288</b>	<b>100,0</b>	<b>288</b>	<b>100,0</b>	<b>576</b>	<b>100,0</b>

El grupo control está formado por 288 alumnos de dos centros: instituto 1 con 114 (39,6%) e instituto 2 con 174 (60,4%). El grupo intervención está formado por 288 alumnos de 4 centros: instituto 3 con 62 (21,5%), instituto 4 con 82 (28,5%), instituto 5 con 27 (9,4%) e instituto 6 con 117 (40,6%). De los 576 alumnos totales se perdieron 23 (4%), quedando con datos completos 553 alumnos.

Se perdieron de manera particular por centro en la recogida: dos sujetos del instituto 5, uno del instituto 4, uno del instituto 6, trece del instituto 1, seis del instituto 2 y ninguno del instituto 3.

Todas las tablas que hay a continuación están hechas con estos 553 alumnos que son los que tienen información completa (en algún caso específico la n es menor porque no se han tenido en cuenta los perdidos o los no válidos para esa variable).

**Tabla 37.** *Adolescentes según sexo.*

	CONTROL		INTERVENCIÓN		Total	
	N	%	N	%	N	%
Masculino	135	50,2	149	52,5	284	51,4
Femenino	133	49,4	135	47,5	268	48,5
Ns/Nc	1	0,4	0	0,0	1	0,2
<b>Total</b>	<b>269</b>	<b>100,0</b>	<b>284</b>	<b>100,0</b>	<b>553</b>	<b>100,0</b>

p-valor = 0,623

El 51,4% de la muestra de adolescentes son de sexo masculino y el 48,5% son de sexo femenino. Solo un adolescente no declaró esta información en el cuestionario. No se observan diferencias estadísticamente significativas (p-valor=0,623) en la distribución por sexos entre el grupo control y el grupo intervención.

Concretamente quiere decir que al estar igual repartida la muestra, en cuanto a sexo se refiere, las diferencias que se observen en las subescalas y en las preguntas del cuestionario MAPAS entre el pre y el post serán debidas a la intervención y no a las características de la muestra, en este caso podremos decir que no serán debidas al sexo.

**Tabla 38.** *Adolescentes según edad (año de nacimiento).*

	CONTROL		INTERVENCIÓN		Total	
	N	%	N	%	N	%
12 años	0	0,0	1	0,3	1	0,2
13	215	79,9	257	90,5	472	85,4
14	38	14,1	23	8,1	61	11,0
15	13	4,8	3	1,1	16	2,9
Ns/Nc	3	1,2	0	0,0	3	0,5
<b>Total</b>	<b>269</b>	<b>100,0</b>	<b>284</b>	<b>100,0</b>	<b>553</b>	<b>100,0</b>

p-valor = 0,001

El 85,4% de la muestra de adolescentes tienen 13 años, el 11% tienen 14 años, el 2,9% tienen 15 años y solo un adolescente tiene 12 años. Tres adolescentes no declararon esta información en el cuestionario. Se observan diferencias estadísticamente significativas (p-valor=0,001) en la distribución de las edades entre el grupo control y el grupo intervención, de manera que en el grupo intervención hay más alumnos de 13 años que en el grupo control (79,9% control vs. 90,5% intervención), en cambio en el grupo control hay más alumnos de 14 años (14,1% control vs. 8,1% intervención) y 15 años (4,8% control vs. 1,1% intervención), es decir, que los alumnos del grupo control son un poco mayores que los del grupo intervención. De la misma manera, que prácticamente la mayoría del grupo intervención (90,5%) tienen 13 años, la edad del curso que les corresponde.

**Tabla 39.** *Adolescentes según su lugar de nacimiento.*

	CONTROL		INTERVENCIÓN		Total	
	N	%	N	%	N	%
Cataluña	199	74,0	235	82,8	434	78,5
Resto de España	33	12,2	22	7,7	55	9,9
Extranjero	22	8,2	21	7,4	43	7,8
Ns/Nc	15	5,6	6	2,1	21	3,8
<b>Total</b>	<b>269</b>	<b>100,0</b>	<b>284</b>	<b>100,0</b>	<b>553</b>	<b>100,0</b>

p-valor = 0,126

Las respuestas de los adolescentes al cuestionario, se agrupó en tres bloques: Cataluña, Resto de España y extranjero. El 78,5% de la muestra de adolescentes han nacido en Cataluña, el 9,9% han nacido en el resto de España y el 7,8% han nacido en el extranjero. Un 3,8% de los adolescentes no declaran esta información en el cuestionario. No se observan diferencias estadísticamente significativas (p-valor=0,126) en la distribución del lugar de nacimiento del adolescente entre el grupo control y el grupo intervención.

**Tabla 40.** *Adolescentes según el lugar de nacimiento de la madre.*

	CONTROL		INTERVENCIÓN		Total	
	N	%	N	%	N	%
Cataluña	135	50,2	187	65,8	322	58,2
Resto de España	69	25,6	50	17,6	119	21,5
Extranjero	47	17,5	34	12,0	81	14,7
Ns/Nc	18	6,7	13	4,6	31	5,6
<b>Total</b>	<b>269</b>	<b>100,0</b>	<b>284</b>	<b>100,0</b>	<b>553</b>	<b>100,0</b>

p-valor = 0,002

El 58,2% de la muestra de adolescentes tienen a su madre nacida en Cataluña, el 21,5% tienen a su madre nacida en el resto de España y el 14,4% tienen a su madre nacida en el extranjero. Un 5,6% de los adolescentes no declaran esta información en el cuestionario. Se observan diferencias estadísticamente significativas ( $p$ -valor=0,002) en la distribución del lugar de nacimiento de la madre entre el grupo control y el grupo intervención, de manera que en el grupo intervención hay más alumnos que tienen a su madre nacida en Cataluña que en el grupo control (50,2% control vs. 65,8% intervención), en cambio en el grupo control hay más alumnos que tienen a su madre nacida en el resto de España (25,6% control vs. 17,6% intervención) o en el extranjero (17,5% control vs. 12% intervención).

**Tabla 41.** *Adolescentes según el lugar de nacimiento del padre.*

	CONTROL		INTERVENCIÓN		Total	
	N	%	N	%	N	%
Cataluña	125	46,5	173	60,9	298	53,9
Resto de España	84	31,2	59	20,8	143	25,9
Extranjero	48	17,8	38	13,4	86	15,5
Ns/Nc	12	4,5	14	4,9	26	4,7
<b>Total</b>	<b>269</b>	<b>100,0</b>	<b>284</b>	<b>100,0</b>	<b>553</b>	<b>100,0</b>

$p$ -valor = 0,002

El 53,9% de la muestra de adolescentes tienen a su padre nacido en Cataluña, el 25,9% tienen a su padre nacido en el resto de España y el 15,5% tienen a su padre nacido en el extranjero. Un 4,7% de los adolescentes no declaran esta información en el cuestionario. Se observan diferencias estadísticamente significativas ( $p$ -valor=0,002) en la distribución del lugar de nacimiento del padre entre el grupo control y el grupo intervención, de manera que en el grupo intervención hay más alumnos que tienen a su padre nacido en Cataluña que en el grupo control (46,5% control vs. 60,9% intervención), en cambio en el grupo control hay más alumnos que tienen a su padre nacido en el resto de España (31,2% control vs. 20,8% intervención) o en el extranjero (17,8% control vs. 13,4% intervención).

**Tabla 42** *Adolescentes según el lugar de nacimiento de los padres (combinaciones padre y madre.*

PADRE y MADRE	CONTROL		INTERVENCIÓN		Total	
	N	%	N	%	N	%
Cataluña + Cataluña	98	36,4	142	50,0	240	43,4
Resto de España + Resto de España	46	17,1	26	9,2	72	13,0
Extranjero + Extranjero	41	15,2	26	9,2	67	12,1
Cataluña + resto de España	50	18,6	49	17,2	99	17,9
Cataluña + Extranjero	5	1,9	14	4,9	19	3,4
Resto de España + Extranjero	5	1,9	5	1,8	10	1,8
Ns/Nc	24	8,9	22	7,7	46	8,3
<b>Total</b>	<b>269</b>	<b>100,0</b>	<b>284</b>	<b>100,0</b>	<b>553</b>	<b>100,0</b>

$p$ -valor = 0,001

El 43,4% de la muestra de adolescentes tienen a ambos padres nacidos en Cataluña, el 13,0% tienen a ambos padres nacidos en el resto de España, el 12,1% tienen a ambos padres nacidos en el extranjero, el 17,9% tienen a uno de sus padres nacido en Cataluña y al otro en el resto de España,



el 3,4% tienen a uno de sus padres nacido en Cataluña y al otro en el extranjero y el 1,8% tienen a uno de sus padres nacido en el resto de España y al otro en el extranjero. Un 8,3% de los adolescentes no declaran esta información en el cuestionario. Se observan diferencias estadísticamente significativas ( $p$ -valor=0,001) en la distribución del lugar de nacimiento de los padres entre el grupo control y el grupo intervención, de manera que en el grupo intervención hay más alumnos que tienen a ambos padres nacidos en Cataluña que en el grupo control (36,4% control vs. 50% intervención).

**Tabla 43.** *Adolescentes según el estado laboral de los padres.*

	CONTROL		INTERVENCIÓN		Total	
	N	%	N	%	N	%
Los dos padres trabajan	180	66,9	209	73,6	389	70,3
Uno de los dos padres no trabaja	74	27,5	65	22,9	139	25,1
Los dos padres no trabajan	10	3,7	10	3,5	20	3,6
Ns/Nc	5	1,9	0	0,0	5	0,9
<b>Total</b>	<b>269</b>	<b>100,0</b>	<b>284</b>	<b>100,0</b>	<b>553</b>	<b>100,0</b>

$p$ -valor = 0,365

El 70,3% de la muestra de adolescentes tienen a los dos padres trabajando, el 25,1% tienen a uno de los dos padres sin trabajar y el 3,6% tienen a los dos padres en situación de desempleo. Un 0,9% de los adolescentes no declaran esta información en el cuestionario. No se observan diferencias estadísticamente significativas ( $p$ -valor=0,365) en la distribución del estado laboral de los padres entre el grupo control y el grupo intervención.

**Tabla 44.** *Adolescentes según con quien viven.*

	CONTROL		INTERVENCIÓN		Total	
	N	%	N	%	N	%
Soy hijo único, vivo con mi padre y mi madre	27	10,0	30	10,6	57	10,3
Padre, madre y hermanos	180	66,9	179	63,0	359	64,9
Vivo solo con uno de los padres y mis hermanos (si tienes)	31	11,5	37	13,0	68	12,3
Padres separados/divorciados y sus nuevas parejas	11	4,1	16	5,6	27	4,9
Madre soltera, solo vivo con ella, y mis hermanos (si tienes)	5	1,9	3	1,1	8	1,5
Padre o madre viudos	0	0,0	4	1,4	4	0,7
Vivo además de padre, madre, con abuelos, primos, sobrinos, ...	8	3,0	5	1,8	13	2,3
Solo vivo con abuelos, tíos, ...	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tutores legales	1	0,4	4	1,4	5	0,9
Otras situaciones	5	1,9	6	2,1	11	2,0
Ns/Nc	1	0,4	0	0,0	1	0,2
<b>Total</b>	<b>269</b>	<b>100,0</b>	<b>284</b>	<b>100,0</b>	<b>553</b>	<b>100,0</b>

$p$ -valor = 0,452

El 64,9% de la muestra de adolescentes viven con su padre, su madre y sus hermanos, el 12,3% viven solo con uno de los padres y sus hermanos (si tienen), el 10,3% son hijos únicos que viven con su padre y su madre, el 4,9% son hijos de padres separados/divorciados y viven con ellos sus

nuevas parejas, el 2,3% viven, además de con su padre y su madre, con algún otro miembro de su familia (abuelos, primos, sobrinos, ...), el 1,5% viven solo con su madre soltera y sus hermanos (si tienen), el 0,9% viven con sus tutores legales, el 0,7% viven con su padre o su madre viudos y el 3% declaran otra situación diferente de las anteriores. Un 0,2% de los adolescentes no declaran esta información en el cuestionario. No se observan diferencias estadísticamente significativas ( $p$ -valor=0,452) en la distribución de las personas con las que viven los adolescentes entre el grupo control y el grupo intervención. Pero se puede decir que más de la mitad de la muestra (64,9%) tiene una familia de tipo nuclear.

**Tabla 45.** *Adolescentes según si tienen hermanos.*

	CONTROL		INTERVENCIÓN		Total	
	N	%	N	%	N	%
Tiene hermanos	237	88,1	241	84,9	478	86,4
No tiene hermanos (hijo único)	32	11,9	43	15,1	75	13,6
<b>Total</b>	<b>269</b>	<b>100,0</b>	<b>284</b>	<b>100,0</b>	<b>553</b>	<b>100,0</b>

$p$ -valor = 0,265

El 86,4% de la muestra de adolescentes tienen hermanos y el 13,6% no tienen hermanos. No se observan diferencias estadísticamente significativas ( $p$ -valor=0,265) en la distribución de tener o no hermanos entre el grupo control y el grupo intervención.

**Tabla 46.** *Adolescentes según si realizan actividades extraescolares.*

	CONTROL		INTERVENCIÓN		Total	
	N	%	N	%	N	%
No realiza	44	16,4	48	16,9	92	16,6
Sí realiza	216	80,3	236	83,1	452	81,7
Ns/Nc	9	3,3	0	0,0	9	1,6
<b>Total</b>	<b>269</b>	<b>100,0</b>	<b>284</b>	<b>100,0</b>	<b>553</b>	<b>100,0</b>

$p$ -valor = 0,995

El 81,7% de la muestra de adolescentes realiza actividades extraescolares y el 16,6% no realiza actividades extraescolares. Un 1,6% de los adolescentes no declaran esta información en el cuestionario. No se observan diferencias estadísticamente significativas ( $p$ -valor=0,995) en la distribución de la realización de actividades extraescolares entre el grupo control y el grupo intervención.

**Tabla 47.** Adolescentes según qué actividad extraescolar realizan (sólo los alumnos que realizan alguna actividad extraescolar).

	CONTROL		INTERVENCIÓN		Total		p-valor
	N	%	N	%	N	%	
Deporte	146	56,2	176	62,2	322	59,3	0,153
Idiomas	90	34,8	107	37,7	197	36,3	0,479
Danza	26	10,0	37	13,0	63	11,6	0,270
Música	14	5,4	19	6,7	33	6,1	0,524
Informática	8	3,1	6	2,1	14	2,6	0,478
Otros	29	11,2	23	8,1	52	9,6	0,226
<b>Total</b>	<b>216</b>	<b>100,0</b>	<b>236</b>	<b>100,0</b>	<b>452</b>	<b>100,0</b>	

De los adolescentes que sí hacen actividades extraescolares, un 59,3% realiza deporte, el 36,3% idiomas, el 11,6% danza, el 6,1% música, el 2,6% informática y el 9,6% realiza otra actividad extraescolar diferente de las anteriores. No se observan diferencias estadísticamente significativas en la distribución de ninguna de las actividades extraescolares entre el grupo control y el grupo intervención.

**Tabla 48** Adolescentes según el número de actividades extraescolares que realizan.

	CONTROL		INTERVENCIÓN		Total	
	N	%	N	%	N	%
0	44	16,4	48	16,9	92	16,6
1	138	51,3	130	45,8	268	48,5
2	60	22,3	85	29,9	145	26,2
3	17	6,3	17	6,0	34	6,2
4	1	0,4	3	1,1	4	0,7
5	0	0,0	1	0,3	1	0,2
Ns/Nc	9	3,3	0	0,0	9	1,6
<b>Total</b>	<b>269</b>	<b>100,0</b>	<b>284</b>	<b>100,0</b>	<b>553</b>	<b>100,0</b>

p-valor = 0,331

El 48,5% de la muestra de adolescentes que realizan actividades extraescolares realiza solo una actividad, el 26,2% realiza dos actividades, el 6,2% realiza tres actividades, el 0,7% realiza 4 actividades y solo un adolescente realiza cinco actividades extraescolares. Un 1,6% de los adolescentes no declaran esta información en el cuestionario. No se observan diferencias estadísticamente significativas (p-valor=0,331) en la distribución del número de actividades extraescolares que realizan los adolescentes entre el grupo control y el grupo intervención.

**Tabla 49.** Adolescentes según si reciben paga semanal.

	CONTROL		INTERVENCIÓN		Total	
	N	%	N	%	N	%
No recibe	191	71,0	199	70,1	390	70,5
Sí recibe	77	28,6	84	29,6	161	29,1
Ns/Nc	1	0,4	1	0,3	2	0,4
<b>Total</b>	<b>269</b>	<b>100,0</b>	<b>284</b>	<b>100,0</b>	<b>553</b>	<b>100,0</b>

p-valor = 0,806

El 70,5% de la muestra de adolescentes no recibe paga semanal y el 29,1% sí recibe paga semanal. Un 0,4% de los adolescentes no declaran esta información en el cuestionario. No se observan diferencias estadísticamente significativas ( $p$ -valor=0,806) en la distribución de recibir paga semanal entre el grupo control y el grupo intervención.

**Tabla 50.** *Adolescentes según si reciben paga mensual.*

	CONTROL		INTERVENCIÓN		Total	
	N	%	N	%	N	%
No recibe	267	99,2	266	93,7	533	96,4
Sí recibe	1	0,4	17	6,0	18	3,2
Ns/Nc	1	0,4	1	0,3	2	0,4
<b>Total</b>	<b>269</b>	<b>100,0</b>	<b>284</b>	<b>100,0</b>	<b>553</b>	<b>100,0</b>

$p$ -valor < 0,001

El 96,4% de la muestra de adolescentes no recibe paga mensual y el 3,2% sí recibe paga mensual. Un 0,4% de los adolescentes no declaran esta información en el cuestionario. Se observan diferencias estadísticamente significativas ( $p$ -valor<0,001) en la distribución de recibir paga mensual entre el grupo control y el grupo intervención, de manera que en el grupo intervención hay más alumnos que reciben paga mensual que en el grupo control (0,4% control vs. 6% intervención), en cambio en el grupo control hay más alumnos que no reciben paga mensual (99,2% control vs. 93,7% intervención).

De estas dos últimas tablas se observa que hay un porcentaje alto de adolescentes que no reciben paga de los que, si la reciben, en cualquier modalidad (semanal o mensual).

**Tabla 51.** *Adolescentes según la cantidad de paga que reciben.*

	CONTROL		INTERVENCIÓN		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Reciben paga semanal o mensual</b>						
De 1 a 5€	30	11,2	42	14,8	72	13,0
De 6 a 10€	20	7,4	17	6,0	37	6,7
Más de 10€	17	6,3	15	5,3	32	5,8
Pido dinero cuando necesito	163	60,6	182	64,1	345	62,4
Además de tener la paga, pido dinero	12	4,5	16	5,6	28	5,1
<b>No reciben paga semanal ni mensual</b>	27	10,0	12	4,2	39	7,0
<b>Total</b>	<b>269</b>	<b>100,0</b>	<b>284</b>	<b>100,0</b>	<b>553</b>	<b>100,0</b>

$p$ -valor = 0,691

Del total de la muestra de adolescentes, el 62,4% del total de la muestra de adolescentes no reciben una cantidad fija, sino que piden dinero cuando lo necesitan. El 13% reciben una paga entre 1€ y 5€, el 6,7% reciben entre 6€ y 10€, el 5,8% reciben más de 10€ y el 5,1% además de tener una paga fija también piden dinero. Un 7% de los adolescentes no declaran esta información en el cuestionario. No se observan diferencias estadísticamente significativas ( $p$ -valor=0,691) en la distribución de la cantidad de paga que reciben los adolescentes entre el grupo control y el grupo intervención.

**Tabla 52.** Adolescentes según en que se gastan la paga semanal o el dinero que piden.

	CONTROL		INTERVENCIÓN		Total		p-valor
	N	%	N	%	N	%	
Lo ahorro, no gasto nada	67	25,0	108	38,0	175	31,7	<b>0,001</b>
Caramelos, gominolas, chuches, etc	93	34,7	105	37,0	198	35,9	0,578
Bollería	31	11,6	38	13,4	69	12,5	0,520
Refrescos	60	22,4	68	23,9	128	23,2	0,665
Comida	70	26,1	70	24,7	140	25,4	0,691
Revistas	9	3,4	10	3,5	19	3,4	0,916
Videojuegos	49	18,3	67	23,7	116	21,1	0,121
Música	5	1,9	6	2,1	11	2,0	0,840
Juegos o cromos coleccionables	3	1,1	4	1,4	7	1,3	0,762
Ropa o complementos	80	29,9	89	31,3	169	30,6	0,705
Libros	26	9,7	35	12,3	61	11,1	0,326
Cine, bolera o ir a los cars	60	22,4	71	25,0	131	23,7	0,471
Otras cosas	24	9,0	24	8,5	48	8,7	0,833
<b>Total</b>	<b>269</b>	<b>100,0</b>	<b>284</b>	<b>100,0</b>	<b>553</b>	<b>100,0</b>	

El 31,7% de la muestra de adolescentes ahorran (no gastan nada) la paga semanal/mensual o el dinero que piden, el 35,9% se gastan la paga o el dinero que piden en caramelos, gominolas, chuches, etc., el 30,6% lo gastan en ropa o complementos, el 25,4% en comida, el 23,7% en el cine, bolera o ir a los cars, el 23,2% en refrescos, el 21,1% en videojuegos, el 12,5% en bollería, el 11,1% en libros, el 3,4% en revistas, el 2% en música, el 1,3% en juegos o cromos coleccionables y el 8,7% lo gastan en otras cosas diferentes a las anteriores. No se observan diferencias estadísticamente significativas en la distribución de las cosas en las que se gastan la paga o el dinero que piden entre el grupo control y el grupo intervención, únicamente se observa una diferencia estadísticamente significativa (p-valor=0,001) en el grupo que ahorra y no gasta el dinero, de manera que en el grupo intervención hay más alumnos ahorradores que en el grupo control (25% control vs. 35% intervención).

Resumiendo, solo se observan diferencias estadísticamente significativas (p-valor<0,05) entre el grupo control y el grupo intervención en la edad, el lugar de nacimiento de la madre, del padre, si reciben paga mensual y el ahorrar y no gastarse la paga o el dinero que piden.

- Relaciones con la situación sociofamiliar:

A través de estos datos sociodemográficos se ha querido ver si el estado laboral de los padres tiene relación con hacer o no actividades extraescolares a esta edad. Y si el estado laboral familiar tiene relación con tener o no paga.

**Tabla 53.** *Adolescentes según el estado laboral de los padres y si realizan actividades extraescolares.*

<b>Estado laboral de los padres</b>	<b>Actividades extraescolares</b>				<b>Total</b>	
	<b>No realiza</b>		<b>Sí realiza</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>		
Los dos padres trabajan	46	11,9	339	88,1	385	100,0
Uno de los dos padres no trabaja	34	25,4	100	74,6	134	100,0
Los dos padres no trabajan	12	60,0	8	40,0	20	100,0
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>17,1</b>	<b>447</b>	<b>82,9</b>	<b>539</b>	<b>100,0</b>

p-valor <0,001

No se han tenido en cuenta los 5 adolescentes que Ns/Nc a la pregunta del estado laboral de los padres (tabla 8) ni los 9 adolescentes que no Ns/Nc a la pregunta de actividades extraescolares (tabla 11).

Existe una relación estadísticamente significativa (p-valor<0,001) entre el estado laboral de los padres y el hacer extraescolares, de manera que el 88,1% de los adolescentes con los dos padres trabajando realizan alguna actividad extraescolar, el 74,6% de los adolescentes con uno de los dos padres trabajando realiza alguna actividad extraescolar, y solo el 40% de los adolescentes con los dos padres en desempleo realizan alguna actividad extraescolar. Estos tres porcentajes se consideran diferentes de manera estadísticamente significativa.

**Tabla 54.** *Adolescentes según el estado laboral de los padres y si reciben paga semanal.*

<b>Estado laboral de los padres</b>	<b>Paga semanal</b>				<b>Total</b>	
	<b>No recibe</b>		<b>Sí recibe</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>		
Los dos padres trabajan	276	71,3	111	28,7	387	100,0
Uno de los dos padres no trabaja	97	69,8	42	30,2	139	100,0
Los dos padres no trabajan	13	65,0	7	35,0	20	100,0
<b>Total</b>	<b>386</b>	<b>70,7</b>	<b>160</b>	<b>29,3</b>	<b>546</b>	<b>100,0</b>

p-valor = 0,802

En esta relación tampoco se han tenido en cuenta los 5 adolescentes que Ns/Nc a la pregunta del estado laboral de los padres (tabla 8) ni los 2 adolescentes que no Ns/Nc a la pregunta de si reciben paga semanal (tabla 14).

No existe una relación estadísticamente significativa (p-valor=0,802) entre el estado laboral de los padres y recibir paga semanal. El 28,7% de los adolescentes con los dos padres trabajando reciben paga semanal, el 30,2% de los adolescentes con uno de los dos padres trabajando reciben paga

semanal, y el 35,0% de los adolescentes con los dos padres sin trabajar reciben paga semanal. Estos tres porcentajes no se consideran diferentes de manera estadísticamente significativa.

5.3.1.1 Descripción y análisis de las preguntas exploratorias PRE y POST 1 mes intervención

A continuación, se presentan los resultados obtenidos tras el análisis de los datos recogidos en el pre y en el post tanto del grupo control como intervención para el cuestionario de preguntas exploratorias.

**Tabla 55.** Análisis P1: ¿Qué nivel de conocimiento crees que tienes sobre la salud?

	CONTROL N = 534					INTERVENCIÓN N = 550					DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS
	PRE N = 269		POST N = 265		p-valor <sup>1</sup>	PRE N = 284		POST N = 266		p-valor <sup>1</sup>	Cambio intervención – Cambio control (IC 95%) <sup>2</sup>
	N	%	N	%		N	%	N	%		
Muy elevado	11	4,1	13	5,0	0,173	18	6,4	27	10,2	<b>0,006</b>	-3,0 (-11,1; 5,1)
Elevado	68	25,6	48	18,4		84	30,0	106	40,0*		17,4 (-32,3; -2,5)
Normal	176	66,2	183	70,1		169	60,4	129	48,7*		14,6 (-1,6; 30,9)
Nulo	11	4,1	17	6,5		9	3,2	3	1,1*		4,4 (-1,9; 10,6)
<b>Total</b>	<b>266</b>	<b>100,0</b>	<b>261</b>	<b>100,0</b>		<b>280</b>	<b>100,0</b>	<b>265</b>	<b>100,0</b>		

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

Para el grupo control no se observa un aumento estadísticamente significativo en el nivel de conocimiento que los alumnos creen que tienen sobre la salud después de la intervención, en cambio para el grupo intervención sí que se observa una mejora estadísticamente significativa después de la intervención (p-valor=0,006), de manera que el porcentaje de alumnos que declaran tener un nivel elevado de conocimiento sobre la salud aumenta en el post respecto al pre (30,0 pre vs. 40,0 post), de la misma manera que el porcentaje de alumnos que declaran tener un nivel de conocimientos normal disminuye en el post respecto al pre (48,7 post vs 60,4 pre) evidenciando así el efecto de la misma.

**Tabla 56** Análisis P2: ¿Crees que podrías cuidarte mejor?

	CONTROL N = 534					INTERVENCIÓN N = 550					DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS
	PRE N = 269		POST N = 265		p-valor <sup>1</sup>	PRE N = 284		POST N = 266		p-valor <sup>1</sup>	Cambio intervención – Cambio control (IC 95%) <sup>2</sup>
	N	%	N	%		N	%	N	%		
Sí	218	81,0	209	78,9	0,803	228	82,3	211	79,3	0,860	-1,2 (-14,7; 12,3)
No	22	8,2	23	8,7		17	6,0	19	7,1		-0,7 (-9,5; 8,2)
No lo sé	29	10,8	33	12,4		39	13,7	36	13,5		1,9 (-9,3; 13,1)
<b>Total</b>	<b>269</b>	<b>100,0</b>	<b>265</b>	<b>100,0</b>		<b>284</b>	<b>100,0</b>	<b>266</b>	<b>100,0</b>		

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

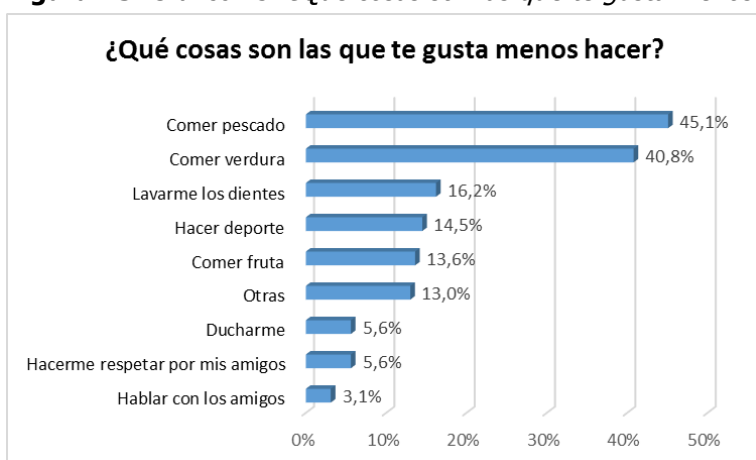
<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

En esta pregunta no se observa un aumento estadísticamente significativo en el porcentaje de alumnos que creen que podrían cuidarse mejor después de la intervención ni en el grupo control y tampoco en el grupo intervención. No obstante, llama la atención el porcentaje tan elevado de la muestra tanto en el grupo control como intervención que cree que sí podría cuidarse mejor de lo que lo hace (81% grupo control y un 82,3% grupo intervención) lo que podría justificar la necesidad de implementar mejoras en la educación sanitaria a este grupo de edad.

La falta de efecto esperado de dicha intervención educativa en el grupo intervención se podría explicar debido a la muestra tan concienciada en relación a la posibilidad de otorgarse un mejor autocuidado en el pre, por ello no se encuentran diferencias significativas entre el pre y el post.

**Figura 15.** Gráfico P3: *¿Qué cosas son las que te gusta menos hacer?*



Tal y como se observa en esta figura, comer pescado (45,1%) y verdura (40,8%) es lo que menos les gusta hacer a los adolescentes, seguido de lavarse los dientes (16,2%), hacer deporte (14,5%), comer fruta (13,6%), ducharse (5,6%), hacerse respetar por los amigos (5,6%) y por último hablar con los amigos (3,1%). También hay un 13% que indican que hay otras cosas diferentes a estas que son las que les gusta menos hacer, un ejemplo recogido en los cuestionarios era hacer los deberes.



**Tabla 57. Análisis P3: ¿Qué cosas son las que te gusta menos hacer?**

	CONTROL N = 534				P- valor <sup>1</sup>	INTERVENCIÓN N = 550				P- valor <sup>1</sup>	DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS  Cambio intervención - Cambio control  (IC 95%) <sup>2</sup>
	PRE N = 269		POST N = 265			PRE N = 284		POST N = 266			
	N	%	N	%		N	%	N	%		
Lavarme los dientes	49	18,5	37	14,0	0,157	48	17,1	40	15,0	0,515	-2,5 (-14,9; 10,0)
Ducharme	11	4,2	12	4,5	0,831	19	6,8	18	6,8	0,998	0,4 (-7,3; 8,1)
Comer pescado	123	46,4	129	48,7	0,602	114	40,6	120	45,1	0,283	-2,3 (-19,1; 14,5)
Hacer deporte	36	13,6	47	17,8	0,182	30	10,7	43	16,2	<b>0,057</b>	-1,3 (-13,2; 10,6)
Comer verdura	110	41,5	105	39,6	0,658	123	43,8	101	38,0	0,168	3,9 (12,7; 20,5)
Comer fruta	34	12,8	38	14,3	0,612	38	13,5	36	13,5	0,997	1,5 (-10,1; 13,1)
Hablar con los amigos	7	2,6	11	4,2	0,337	7	2,5	8	3,0	0,712	1,0 (-4,8; 6,8)
Hacerme respetar por mis amigos	18	6,8	19	7,2	0,865	13	4,6	10	3,8	0,614	1,2 (-6,5; 9,0)
Otras	22	8,3	39	14,7	<b>0,021</b>	36	12,8	43	16,2	0,265	3,1 (-8,3; 14,4)
<b>Total</b>	<b>269</b>	<b>100,0</b>	<b>265</b>	<b>100,0</b>		<b>284</b>	<b>100,0</b>	<b>266</b>	<b>100,0</b>		

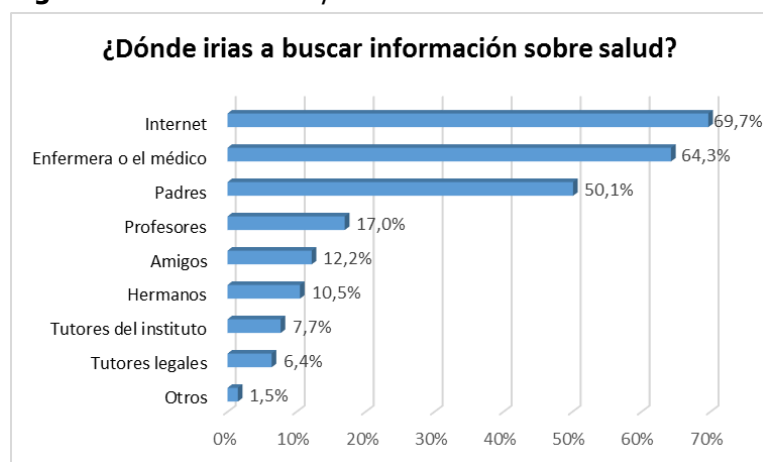
<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

De esta misma pregunta, al analizar el pre y el post del grupo control e intervención, únicamente se observa un aumento estadísticamente significativo después de la intervención en el porcentaje de alumnos que dicen que no les gusta hacer deporte (p-valor=0,057). En este sentido se puede decir que la intervención no ha cambiado los gustos de la muestra.

**Figura 16 Gráfico P4: Si quisieras buscar información sobre salud ¿dónde irías a buscarla?**



Independientemente del grupo (control o intervención) y del momento (pre o post), el primer sitio al que irían los adolescentes a buscar información sobre salud sería a internet (69,7%), seguido de la enfermera o el médico (64,3%) y los padres estarían en tercera posición (50,1%). Con mucha diferencia, en cuarta posición están los profesores (17%), los amigos (12,2%), los hermanos (10,5%), los tutores del instituto (7,7%), los tutores legales (6,4%) y por último un porcentaje pequeño indica otros (1,5%).

**Tabla 58.** Análisis P4: Si quisieras buscar información sobre salud ¿dónde irías a buscarla?

	CONTROL N = 534				INTERVENCIÓN N = 550				DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS		
	PRE N = 269		POST N = 265		PRE N = 284		POST N = 266		Cambio intervención – Cambio control		
	N	%	N	%	N	%	N	%	P- valor <sup>1</sup>	(IC 95%) <sup>2</sup>	
Internet	183	68,3	173	65,3	0,462	215	75,7	184	69,2	0,086	3,5 (-11,9; 19,0)
Amigos	23	8,6	30	11,3	0,291	29	10,2	50	18,8*	<b>0,004</b>	-6,0 (-16,9; 4,9)
Profesores	35	13,1	39	14,7	0,580	40	14,1	70	26,3*	<b>&lt;0,001</b>	-10,6 (-23,1; 1,9)
Padres	113	42,2	146	55,1	<b>0,003</b>	126	44,4	157	59,0	<b>&lt;0,001</b>	-1,7 (-18,4; 15,0)
Hermanos	23	8,6	37	14,0	<b>0,049</b>	17	6,0	37	13,9	<b>0,002</b>	-2,5 (-12,8; 7,8)
Enfermera o el médico	183	68,5	175	66,0	0,539	169	59,5	167	63,3	0,368	-6,3 (-22,4; 9,9)
Tutores del instituto	16	6,0	18	6,8	0,698	19	6,7	30	11,3	<b>0,059</b>	-3,8 (-12,7; 5,1)
Tutores legales	14	5,2	17	6,4	0,564	11	3,9	27	10,2	<b>0,004</b>	-5,1 (-13,4; 3,1)
Otros	3	1,1	6	2,3	0,243	4	1,4	3	1,1	0,536	1,4 (-2,6; 5,5)
<b>Total</b>	<b>269</b>	<b>100,0</b>	<b>265</b>	<b>100,0</b>		<b>284</b>	<b>100,0</b>	<b>266</b>	<b>100,0</b>		

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

Al valorar dicha pregunta teniendo en cuenta el pre y el post, y el grupo al que pertenecen, se observa un aumento estadísticamente significativo en el POST para el grupo intervención en el porcentaje de alumnos que dicen que de buscar información sobre salud acudirían a los amigos (p-valor=0,004), también para los que contestan que acudirían a los profesores (p-valor<0,001), a los padres (p-valor<0,001), a los hermanos (p-valor=0,002), a los tutores del instituto (p-valor=0,059) y a los tutores legales (p-valor=0,004).

Para la última pregunta del cuestionario exploratorio (P5) "¿A quién acudirías primero para preguntarle dudas relacionadas con temas que te puedan interesar sobre salud?", se ha realizado un ranking para cada grupo (control-pre, control-post, intervención-pre, intervención-post), y se han comparado estos rankings. Los sujetos del estudio debían ordenar del 1 al 10 a quién acudirían primero a consultarle sobre salud. A continuación, se detallan estos rankings para la enfermera, médico-pediatra, padre y madre. El resto de rankings puede verse en anexos (ver anexo 40).

**Tabla 59.** Análisis P5: ¿A quién acudirías primero para preguntarle dudas relacionadas con temas que te puedan interesar sobre salud? Posición Enfermera.

Posición	CONTROL N = 534				INTERVENCIÓN N = 550			
	PRE N = 269		POST N = 265		PRE N = 284		POST N = 266	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Enfermera								
1	56	22,2	44	17,1	38	14,5	50	18,9
2	38	15,1	47	18,2	34	13,0	43	16,2
3	39	15,5	37	14,3	48	18,3	35	13,2
4	40	15,9	38	14,7	42	16,0	43	16,2
5	32	12,7	39	15,1	35	13,4	39	14,7
6	16	6,4	22	8,5	22	8,4	27	10,2
7	9	3,6	14	5,4	13	5,0	10	3,8
8	11	4,4	6	2,3	19	7,3	9	3,4
9	6	2,4	6	2,3	5	1,9	6	2,3
10	5	2,0	5	1,9	6	2,3	3	1,1
<b>Total</b>	<b>252</b>	<b>100,0</b>	<b>258</b>	<b>100,0</b>	<b>262</b>	<b>100,0</b>	<b>265</b>	<b>100,0</b>

Para el grupo control, la enfermera ha pasado de ser la primera opción en el pre a ocupar la segunda en el post a la hora de acudir para preguntar dudas relacionadas sobre salud, mientras que para el grupo intervención partía de la tercera posición en el pre y la intervención ha hecho que pase a ser la primera opción para los adolescentes. Hecho que aclara que la intervención ha dado visibilidad a la muestra de la enfermera como agente de salud principal.

En cambio, para el médico o pediatra, tanto para el grupo control como para el grupo intervención, este ha bajado una posición en el post a la hora de acudir para preguntar dudas relacionadas sobre salud. Para el grupo control ha bajado de la cuarta a la quinta posición y para el grupo intervención ha bajado de la quinta a la sexta posición.

**Tabla 60.** Análisis P5: ¿A quién acudirías primero para preguntarle dudas relacionadas con temas que te puedan interesar sobre salud? Posición médico-pediatra

Posición	CONTROL N = 534				INTERVENCIÓN N = 550			
	PRE N = 269		POST N = 265		PRE N = 284		POST N = 266	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Médico, pediatra								
1	41	16,2	46	17,8	35	13,4	37	14,0
2	40	15,8	29	11,2	25	9,6	35	13,2
3	35	13,8	28	10,9	38	14,6	36	13,6
4	46	18,2	45	17,4	38	14,6	39	14,7
5	36	14,2	47	18,2	45	17,2	39	14,7
6	25	10,0	24	9,3	25	9,6	44	16,6
7	19	7,5	14	5,4	18	6,9	17	6,4
8	4	1,6	12	4,7	15	5,8	8	3,0
9	4	1,6	9	3,5	12	4,6	7	2,6
10	3	1,2	4	1,6	10	3,8	3	1,1
<b>Total</b>	<b>253</b>	<b>100,0</b>	<b>258</b>	<b>100,0</b>	<b>261</b>	<b>100,0</b>	<b>265</b>	<b>100,0</b>

En la siguiente tabla, se observa que, para la misma pregunta, tanto para el grupo control como para el grupo intervención, la madre se ha mantenido en la primera posición antes y después de la intervención a la hora de acudir para preguntar dudas relacionadas sobre salud

**Tabla 61.** Análisis P5: ¿A quién acudirías primero para preguntarle dudas relacionadas con temas que te puedan interesar sobre salud? Posición madre.

Posición Madre	CONTROL N = 534				INTERVENCIÓN N = 550			
	PRE N = 269		POST N = 265		PRE N = 284		POST N = 266	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1	84	33,5	97	37,6	126	48,1	125	47,2
2	52	20,7	54	20,9	52	19,9	46	17,4
3	27	10,8	23	8,9	17	6,5	24	9,1
4	33	13,2	42	16,3	23	8,8	28	10,6
5	13	5,2	19	7,4	17	6,5	19	7,2
6	7	2,8	7	2,7	10	3,8	6	2,3
7	11	4,4	4	1,6	7	2,7	7	2,6
8	10	4,0	4	1,6	4	1,5	1	0,4
9	7	2,8	3	1,2	4	1,5	3	1,1
10	7	2,8	4	1,6	2	0,8	6	2,3
<b>Total</b>	<b>251</b>	<b>100,0</b>	<b>257</b>	<b>100,0</b>	<b>262</b>	<b>100,0</b>	<b>265</b>	<b>100,0</b>

De igual forma, como se observa en la siguiente tabla, tanto para el grupo control como para el grupo intervención, el padre se ha mantenido en la segunda posición antes y después de la intervención a la hora de acudir para preguntar dudas relacionadas sobre salud.

**Tabla 62.** Análisis P5: ¿A quién acudirías primero para preguntarle dudas relacionadas con temas que te puedan interesar sobre salud? Posición padre

Posición Padre	CONTROL N = 534				INTERVENCIÓN N = 550			
	PRE N = 269		POST N = 265		PRE N = 284		POST N = 266	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1	31	12,3	28	10,9	24	9,2	22	8,3
2	76	30,2	88	34,4	106	40,6	111	42,1
3	30	11,9	37	14,5	33	12,6	26	9,9
4	25	9,9	21	8,2	34	13,0	33	12,5
5	35	13,9	35	13,7	29	11,1	25	9,5
6	10	4,0	12	4,7	7	2,7	15	5,7
7	7	2,8	10	3,9	10	3,8	7	2,7
8	13	5,2	10	3,9	6	2,3	11	4,2
9	12	4,8	8	3,1	5	1,9	7	2,7
10	13	5,2	7	2,7	7	2,7	7	2,7
<b>Total</b>	<b>252</b>	<b>100,0</b>	<b>256</b>	<b>100,0</b>	<b>261</b>	<b>100,0</b>	<b>264</b>	<b>100,0</b>

Se observa que tanto la madre como el padre para este grupo poblacional son las primeras fuentes de información en relación a dudas sobre salud.

A modo de resumen, sobre el grupo de adolescentes del estudio experimental:

- Es habitual entre los adolescentes de la muestra realizar actividades extraescolares (81,7%), de estos, mayoritariamente la extraescolar más repetida es el deporte.
- Practican más extraescolares los adolescentes que tienen a sus dos padres en situación de empleo, porcentaje que va disminuyendo si uno de los dos no trabaja hasta reducirse a la mitad de los casos si los dos padres se encuentran en desempleo.
- Casi la totalidad de la muestra no recibe paga mensual ni semanal, pero más de la mitad de la muestra (62,4%) pide dinero cuando lo necesita, lo que demuestra que los adolescentes a esta edad si manejan dinero.
- Casi un tercio de la muestra dice gastarse el dinero en caramelos, otro tercio dice no gastar y ahorrar todo lo que piden. Y un último tercio dice gastarlo en comida, en refrescos de algún tipo u otras cosas.
- Al preguntar sobre el nivel de conocimientos que creen que tienen sobre la salud, más de la mitad de los adolescentes de la muestra dicen tener un nivel normal, prácticamente ningún adolescente dice tener un nivel nulo.
- Llama la atención el porcentaje tan elevado de la muestra que cree que sí podría cuidarse mejor de lo que lo hace, lo que podría justificar la necesidad de implementar mejoras en la educación sanitaria a este grupo de edad.
- Entre las cosas que menos les gustan a los adolescentes, se destacarían las relacionadas con la alimentación (comer pescado y comer verdura).
- La primera fuente de información en relación a temas de salud para los adolescentes es internet para la mayoría de la muestra, seguido de la enfermera o el médico, y para la mitad de los adolescentes dicen ser los padres.

### **5.3.2 Evaluación de la eficacia de la intervención diseñada según puntuación cuestionario MAPAS.**

Tal y como se ha explicado en el capítulo tres, el cuestionario MAPAS se puede interpretar valorando las puntuaciones obtenidas al completo y para cada subescala, y de esta manera evaluar la eficacia de la intervención diseñada a través de las puntuaciones obtenidas de manera global y de cada una de las tres dimensiones.

Los alumnos que dieron puntuaciones más bajas (según el punto de corte establecido) se clasificaron como alumnos potencialmente necesitados de un mejor autocuidado, es decir, necesitados de conocimientos en salud, de una mejor percepción de la salud y de mejores hábitos y estilos de vida. Las puntuaciones de los alumnos individuales se clasificaron en dos categorías: "bajas" para puntuaciones iguales o inferiores a 178 para el cuestionario al completo y puntuaciones iguales o inferiores a 40 para la subescala de conocimientos en salud, a 63 para percepción de la salud y a 75

para hábitos y estilos de vida; y "altas" para puntuaciones mayores a 178 para el cuestionario al completo y puntuaciones mayores que 40, 63 y 75 para conocimientos en salud, percepción de la salud y hábitos y estilos de vida, respectivamente). El porcentaje de alumnos que caen en categorías altas y bajas se tabuló para cada subescala y para cada grupo (control e intervención) antes y después de la intervención (Tabla 63).

#### Comparación intra grupos:

Todo y que los porcentajes por subescala tanto para el pre como el post tienen puntuaciones altas en relación a la puntuación de corte de manera general para el cuestionario, sí que se puede observar que en la recogida POST para el grupo control, hubo más alumnos que obtuvieron puntuaciones más bajas para las preguntas de la subescala de conocimientos en salud (15,1% post control vs 7,1% pre control), para las preguntas de percepción de la salud (5,4% post control vs 2,5% pre control) y hábitos y estilos de vida (2,6% post control vs 2,5% pre control), observando un mayor porcentaje de alumnos potencialmente necesitados de un mejor autocuidado en el post.

En cambio, para el grupo intervención, los alumnos que obtuvieron puntuaciones bajas (en relación a la puntuación de corte) en el POST fueron muchos menos, observándose una disminución en el porcentaje al comparar el pre y el post para cada una de las subescalas, lo cual puede ser atribuible a la eficacia de la intervención diseñada (3,4% para conocimientos en salud, 0,8% para percepción de la salud, 2,7% para hábitos y estilos de vida y 4,9% para autocuidado total).

Además, al observar las puntuaciones del cuestionario al completo (autocuidado total), en la recogida POST del grupo control un 75,4% de los alumnos obtuvieron puntuaciones altas en la escala de autocuidado total, sin grandes diferencias en la recogida PRE (74,4%). Sin embargo, la puntuación obtenida por el grupo intervención en la recogida POST fue para un 95,1% de los sujetos altas observándose una gran diferencia con la recogida PRE (77,9%). Dichas diferencias pueden ser atribuibles a la eficacia de la intervención.

#### Comparación entre grupos:

Aunque se observa un aumento en todos los porcentajes de alumnos con puntuaciones altas para las tres subescalas en el grupo intervención en el POST, en ningún caso resultó estadísticamente significativo, únicamente resultó estadísticamente significativo la diferencia obtenida para la valoración del cuestionario al completo, autocuidado total (75,4% post control vs. 95,1% post intervención).

Por otro lado, también se observaron diferencias estadísticamente significativas después de la intervención entre el grupo control y el grupo intervención en los porcentajes de alumnos con puntuaciones altas para las subescalas de conocimientos en salud (84,9% post control vs. 96,6%

post intervención). Y aunque no hay diferencias estadísticamente significativas sí que se observan aumento en los porcentajes para la subescala de percepción de la salud (94,6% post control vs. 99,2% post intervención), no se observan diferencias de ningún tipo para los hábitos y estilos de vida (97,4% post control vs. 97,3% post intervención).

- En resumen, la eficacia de la intervención se ha visto demostrada estadísticamente al comparar el efecto de la misma para las tres subescalas entre grupo control y el intervención, y asimismo al comparar las puntuaciones obtenidas del cuestionario al completo. Se observa, a nivel general, que los adolescentes del estudio tienen altas puntuaciones en relación al autocuidado de forma basal y para cada una de las subescalas, lo que demuestra que se parte de una población altamente concienciada en la importancia del autocuidado y con interés en la salud.

**Tabla 63.** Frecuencia y porcentaje de alumnos dentro de cada subescala y del cuestionario al completo agrupados en dos categorías (puntuaciones bajas y altas).

	CONTROL N = 534				p-valor <sup>1</sup>	INTERVENCIÓN N = 550				p-valor <sup>1</sup>	DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS Cambio intervención - Cambio control (IC 95%) <sup>2</sup>
	PRE N = 269		POST N = 265			PRE N = 284		POST N = 266			
	N	%	N	%		N	%	N	%		
<b>Conocimientos en salud</b>											
Puntuaciones más bajas ≤ 40	18	7,1	38	15,1		14	5,3	9	3,4		
Puntuaciones más altas > 40	236	92,9	214	84,9	<b>0,004</b>	252	94,7	256	96,6*	0,291	<b>-9,9 (-18,8; -1,0)</b>
<b>Percepción de la salud</b>											
Puntuaciones más bajas ≤ 63	5	2,5	12	5,4		6	2,6	2	0,8		
Puntuaciones más altas > 63	196	97,5	209	94,6	0,125	228	97,4	255	99,2*	0,159	-4,7 (-10,7; 1,3)
<b>Hábitos y estilos de vida</b>											
Puntuaciones más bajas ≤ 75	6	2,5	6	2,6		12	4,7	7	2,7		
Puntuaciones más altas > 75	235	97,5	225	97,4	0,941	243	95,3	254	97,3	0,222	-2,1 (-8,2; 4,0)
<b>Autocuidado total</b>											
Puntuaciones más bajas ≤ 178	68	25,6	64	24,6		62	22,1	13	4,9		
Puntuaciones más altas > 178	198	74,4	196	75,4	0,802	219	77,9	253	95,1*	<b>&lt;0,001</b>	<b>-16,2 (-29,2; -3,2)</b>

80 es la mejor respuesta posible para la subescala de conocimientos en salud, 126 es la mejor respuesta para la subescala de percepción de la salud, 150 es la mejor respuesta posible para la subescala de hábitos y estilos de vida; 356 es la mejor puntuación posible para el cuestionario de autocuidado total. 0 es la peor respuesta para todas las subescalas.

Solo se ha tenido en cuenta la N sin perdidos.

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención (intra grupo)

<sup>2</sup> El cambio entre pre - post para el grupo intervención menos el cambio entre pre - post para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención (entre grupos)

de: desviación estándar

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención



### **5.3.3 Análisis PRE y POST 1 mes intervención por institutos**

Análisis de los cambios en los adolescentes respecto al autocuidado un mes después de la intervención. Las tablas que a continuación se presentan muestran el análisis de los datos obtenidos de manera global (por todos los institutos participantes, ver tabla 64) para cada una de las tres subescalas. Y, posteriormente el análisis separado para cada tipo de colegio (concertado (ver tabla 65) y público (ver tabla 66)), y viendo con ello si ha habido diferencias en relación a la tipología del colegio. Se evalúan tanto las diferencias entre grupos (control vs. intervención), llamadas diferencias *within* en inglés, como las diferencias dentro de cada grupo (pre vs. post), llamadas diferencias *between* en inglés.

**Tabla 64.** Cuestionario al completo y subescalas del cuestionario MAPAS.

	CONTROL N = 534					INTERVENCIÓN N = 550					DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS
	PRE N = 269		POST N = 265		p-valor <sup>1</sup>	PRE N = 284		POST N = 266		p-valor <sup>1</sup>	Cambio intervención – Cambio control (IC 95%) <sup>2</sup>
	N	Media (de)	N	Media (de)		N	Media (de)	N	Media (de)		
Conocimientos en salud	254	58,5 (11,1)	252	54,7 (13,6)	<0,001	266	58,9 (10,6)	265	62,0 (10,1)*	<0,001	-6,9 (-10,8; -3,0)
Percepción de la salud	201	97,5 (13,8)	221	92,9 (16,9)	0,002	234	97,7 (14,7)	257	102,0 (12,2)*	<0,001	-8,9 (-14,3; -3,6)
Hábitos y estilos de vida	241	104,9 (15,6)	231	103,2 (15,1)	0,218	255	105,9 (15,6)	261	110,5 (15,3)*	<0,001	-6,4 (-11,8; -1,0)
<b>Autocuidado total</b>	266	224,6 (67,4)	260	223,6 (64,3)	0,430	281	233,2 (63,1)	266	268,7 (40,9)*	<0,001	-36,6 (-56,8; -16,3)

Rango puntuación conocimientos en salud: [0 – 80]; rango puntuación percepción de la salud: [0 – 126]; rango puntuación hábitos y estilos de vida: [0-150]; rango puntuación autocuidado: [0-356]

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

de: desviación estándar

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

De manera global (todos los centros participantes), para el grupo control no se observa un aumento de los conocimientos en salud después de la intervención (58,5 pre vs. 54,7 post), tampoco en la percepción de la salud (97,5 pre vs. 92,9 post) y tampoco en los hábitos y estilos de vida (104,9 pre vs. 103,2 post), observándose una tendencia a disminuir en todos los casos. Diferencias estadísticamente significativas solo se observan para la subescala de conocimientos en salud y percepción de la salud y en sentido negativo disminuyendo.

En cambio, para el grupo intervención se observa una mejora estadísticamente significativa en las 3 subescalas del cuestionario MAPAS después de la intervención de manera positiva (conocimientos en salud: 58,9 pre vs. 62,0 post, p-valor<0,001; percepción de la salud: 97,7 pre vs. 102,0 post, p-valor<0,001; hábitos y estilos de vida: 105,9 pre vs. 110,5 post, p-valor<0,001).

Si analizamos el cuestionario al completo (es decir, las tres subescalas juntas) se observa la misma tendencia, que para el grupo control no aparece un aumento del autocuidado (224,6 pre vs. 223,6 post), en cambio para el grupo intervención se observa una mejora estadísticamente significativa

del autocuidado después de la intervención (233,2 pre vs. 268,7 post, p-valor<0,001). Lo que demuestra el efecto que ha tenido la intervención educativa.

**Tabla 65.** Subescalas del cuestionario MAPAS (solo centros concertados).

	CONTROL N = 534					INTERVENCIÓN N = 550					DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS
	PRE N = 269		POST N = 265		p-valor <sup>1</sup>	PRE N = 178		POST N = 169		p-valor <sup>1</sup>	Cambio intervención – Cambio control (IC 95%) <sup>2</sup>
	N	Media (de)	N	Media (de)		N	Media (de)	N	Media (de)		
Conocimientos en salud	254	58,5 (11,1)	252	54,7 (13,6)	<0,001	79	58,2 (10,8)	82	59,2 (10,8)*	0,556	-4,8 (-10,3; 0,7)
Percepción de la salud	201	97,5 (13,8)	221	92,9 (16,9)	0,002	73	96,2 (14,0)	82	100,3 (12,2)*	0,028	-8,7 (-15,8; -1,6)
Hábitos y estilos de vida	241	104,9 (15,6)	231	103,2 (15,1)	0,218	80	106,1 (16,1)	82	110,1 (14,1)*	0,049	-5,7 (-13,1; 1,7)
<b>Autocuidado total</b>	266	224,6 (67,4)	260	223,6 (64,3)	0,430	85	236,7 (56,4)	83	266,4 (36,2)*	<0,001	-30,7 (-56,3; -5,1)

Centros concertados: instituto 3 e instituto 5

Rango puntuación conocimientos en salud: [0 – 80]; rango puntuación percepción de la salud: [0 – 126]; rango puntuación hábitos y estilos de vida: [0-150]; rango puntuación autocuidado: [0-356]

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

de: desviación estándar

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

Si analizamos por separado los centros concertados y públicos del grupo intervención (tabla 2 y 3), se observa prácticamente la misma tendencia que si analizamos todos los centros juntos (concertados + públicos) (tabla 1), excepto para la subescala de conocimientos en salud en los centros concertados que no se observa una mejora estadísticamente significativa después de la intervención. Por lo tanto, podemos decir que para todos los centros la intervención tiene el mismo impacto, sin diferencias entre públicos y/o concertados.

**Tabla 66.** Subescalas del cuestionario MAPAS (solo centros públicos).

	CONTROL N = 534					INTERVENCIÓN N = 550				DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS	
	PRE N = 269		POST N = 265		p-valor <sup>1</sup>	PRE N = 106		POST N = 97		Cambio intervención – Cambio control (IC 95%) <sup>2</sup>	
	N	Media (de)	N	Media (de)		N	Media (de)	N	Media (de)		
Conocimientos en salud	254	58,5 (11,1)	252	54,7 (13,6)	<0,001	187	59,2 (10,5)	183	63,2 (9,5)*	<0,001	-7,9 (-12,1; -3,7)
Percepción de la salud	201	97,5 (13,8)	221	92,9 (16,9)	0,002	161	98,3 (15,0)	175	102,8 (12,2)*	0,002	-9,1 (-14,9; -3,2)
Hábitos y estilos de vida	241	104,9 (15,6)	231	103,2 (15,1)	0,218	175	105,8 (15,4)	179	110,7 (15,8)*	0,002	-6,7 (-12,7; -0,7)
<b>Autocuidado total</b>	266	224,6 (67,4)	260	223,6 (64,3)	0,430	196	231,7 (65,9)	183	269,8 (42,9)*	<0,001	-39,1 (-61,7; -16,6)

Centros públicos: instituto 4 e instituto 6.

Rango puntuación conocimientos en salud: [0 – 80]; rango puntuación percepción de la salud: [0 – 126]; rango puntuación hábitos y estilos de vida: [0-150]; rango puntuación autocuidado: [0-356]

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

de: desviación estándar

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

**5.3.4 Análisis PRE y POST 1 mes intervención del cuestionario MAPAS:**

A continuación, se presenta el análisis de cada una de las preguntas que compone el cuestionario MAPAS. Se evalúan tanto las diferencias entre grupos (control vs. intervención), como las diferencias dentro de cada grupo (pre vs. post).

Como ya se ha explicado anteriormente, las 62 preguntas del cuestionario MAPAS, se agrupan en tres dimensiones; de éstas, 16 preguntas son de conocimientos en salud, 24 de percepción de la salud y 22 de hábitos y estilos de vida. De cada una de estas dimensiones solo se presentan a continuación algunas preguntas que en el análisis de discriminación del ítem, obtuvieron una puntuación por encima de 0,2, considerándose así preguntas con una buena correlación para esa subescala o dimensión. El resto del análisis de las otras preguntas puede verse en anexos (anexo 43, 44 y 45).

**5.3.4.1 Conocimientos en salud**

Para esta dimensión se presenta el análisis de 4 preguntas, las otras 12 pueden verse en anexos (ver anexo 41)

**Tabla 67.** *¿Conoces los riesgos que te puede comportar para tu salud, por ejemplo, no comer bien, o no ducharte cada día, o no lavarte los dientes, o fumar un cigarrillo? (P24)*

	CONTROL N = 534				p-valor <sup>1</sup>	INTERVENCIÓN N = 550				DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS  Cambio intervención – Cambio control  (IC 95%) <sup>2</sup>	
	PRE N = 269		POST N = 265			PRE N = 284		POST N = 266			
	N	%	N	%		N	%	N	%		
No lo sé, ni me importa	11	4,1	22	8,3	0,206	12	4,3	7	2,6*	0,063	5,8 [-1,3; 12,9]
No lo sé, pero puedo imaginarlos	80	29,8	73	27,7		55	19,6	43	16,2		1,0 [-13,1; 15,1]
Sí los sé, pero sigo haciéndolo	24	9,0	19	7,2		30	10,7	16	6,0		2,8 [-6,4; 12,0]
Sí los sé y por eso los evito	153	57,1	150	56,8		184	65,5	200	75,2*		-10,7 [-26,7; 5,4]
<b>Total</b>	<b>268</b>	<b>100,0</b>	<b>264</b>	<b>100,0</b>		<b>281</b>	<b>100,0</b>	<b>266</b>	<b>100,0</b>		

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

No se observa un cambio estadísticamente significativo en el conocimiento que tienen los adolescentes de los riesgos que les puede comportar para su salud no comer bien, o no ducharse cada día, o no lavarse los dientes, o fumar un cigarrillo, ni para el grupo control y tampoco para el grupo intervención, aunque sí se observan diferencias en los porcentajes. Mientras que en el grupo

control en el post aumenta su porcentaje en la respuesta "no lo sé, ni me importa" el grupo intervención reduce este porcentaje, observándose el efecto de dicha intervención. De la misma manera, que aumenta el porcentaje de alumnos que dicen sí saber los riesgos y por ello los evitan en el post intervención.

**Tabla 68.** *¿Cada cuánto crees que es necesario cambiar el cepillo de dientes? (P25)*

	CONTROL N = 534					INTERVENCIÓN N = 550					DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS
	PRE N = 269		POST N = 265		p-valor <sup>1</sup>	PRE N = 284		POST N = 266		p-valor <sup>1</sup>	Cambio intervención – Cambio control (IC 95%) <sup>2</sup>
	N	%	N	%		N	%	N	%		
Una vez cada 3 meses	151	57,4	117	67,8	0,084	161	57,7	203	76,3*	<0,001	-9,0 [-24,9; 7,0]
Una vez cada 6 meses	63	24,0	43	16,5		58	20,8	41	15,4		-2,2 [-15,4; 11,0]
Una vez al año	14	5,3	13	5,0		34	12,2	6	2,3*		9,4 [1,4; 17,4]
Solo cuando se rompe	35	13,3	28	10,7		26	9,3	16	6,0*		0,7 [-9,2; 10,6]
<b>Total</b>	<b>263</b>	<b>100,0</b>	<b>261</b>	<b>100,0</b>		<b>279</b>	<b>100,0</b>	<b>266</b>	<b>100,0</b>		

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

Para el grupo intervención el porcentaje de alumnos que creen que es necesario cambiar el cepillo de dientes una vez cada 3 meses ha aumentado de manera estadísticamente significativa después de la intervención (57,7% pre vs. 76,3% post) y el porcentaje de alumnos que creen que es necesario cambiarlo una vez cada 6 meses, o una vez al año, o solo cuando se rompe ha disminuido en el post intervención para el grupo intervención, en cambio esta mejora no se observa para el grupo control que no ha recibido la intervención.

**Tabla 69.** *¿Crees que ducharte te mantiene libre de infecciones? (P34)*

	CONTROL N = 534					INTERVENCIÓN N = 550					DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS
	PRE N = 269		POST N = 265		p-valor <sup>1</sup>	PRE N = 284		POST N = 266		p-valor <sup>1</sup>	Cambio intervención – Cambio control (IC 95%) <sup>2</sup>
	N	%	N	%		N	%	N	%		
Sí	242	90,6	230	86,8	0,339	253	89,1	254	95,4*	0,018	-9,6 [-19,5; 0,3]
No	10	3,8	12	4,5		13	4,6	6	2,3		3,1 [-3,3; 9,6]
No lo sé	15	5,6	23	8,7		18	6,3	6	2,3*		7,2 [-0,6; 15,0]
<b>Total</b>	<b>267</b>	<b>100,0</b>	<b>265</b>	<b>100,0</b>		<b>284</b>	<b>100,0</b>	<b>266</b>	<b>100,0</b>		

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

Para el grupo intervención el porcentaje de alumnos que piensan que ducharse les mantiene libres de infecciones ha aumentado de manera estadísticamente significativa después de la intervención (89,1% pre vs. 95,4% post) y a su vez el porcentaje de alumnos que no saben o no creen que ducharse les mantiene libres de infecciones ha disminuido (no: 4,6% pre vs. 2,3% post; no lo sé: 6,3% pre vs. 2,3% post), en cambio esta mejora no se observa para el grupo control que no ha recibido la intervención.

**Tabla 70.** *¿Crees que dormir cada día 8-9 horas te ayuda a rendir mejor en el instituto? (P35)*

	CONTROL N = 534					INTERVENCIÓN N = 550					DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS  Cambio intervención – Cambio control  (IC 95%) <sup>2</sup>
	PRE N = 269		POST N = 265		p-valor <sup>1</sup>	PRE N = 284		POST N = 266		p-valor <sup>1</sup>	
	N	%	N	%		N	%	N	%		
Sí	214	79,5	208	78,8	0,854	225	79,2	228	85,7*	<b>0,053</b>	-7,6 [-20,8; 5,7]
No	36	13,4	34	12,9		35	12,3	17	6,4*		5,4 [-5,2; 16,0]
No lo sé	19	7,1	22	8,3		24	8,5	21	7,9		1,8 [-7,3; 10,9]
<b>Total</b>	<b>269</b>	<b>100,0</b>	<b>264</b>	<b>100,0</b>		<b>284</b>	<b>100,0</b>	<b>266</b>	<b>100,0</b>		

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

Para el grupo intervención el porcentaje de alumnos que piensan que dormir cada día 8-9 horas les ayuda a rendir mejor en el instituto ha aumentado de manera estadísticamente significativa después de la intervención (79,2% pre vs. 85,7% post), de la misma manera que ha disminuido el porcentaje de alumnos que piensan que dormir cada día 8-9 horas no les ayuda a rendir mejor en el instituto (12,3% pre vs. 6,4% post) tras recibir la intervención, en cambio esta mejora no se observa para el grupo control que no ha recibido la intervención.

5.3.4.2 Percepción de la salud

Para esta dimensión se presenta el análisis de 8 preguntas, las otras 16 pueden verse en anexos (ver anexo 42)

**Tabla 71** *¿Te preocupa ponerte enfermo por no seguir unos buenos hábitos, por ejemplo: tener problemas de corazón, tener dolor de espalda ...? (P9)*

	CONTROL N = 534					INTERVENCIÓN N = 550					DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS
	PRE N = 269		POST N = 265		p-valor <sup>1</sup>	PRE N = 284		POST N = 266		p-valor <sup>1</sup>	Cambio intervención – Cambio control (IC 95%) <sup>2</sup>
	N	%	N	%		N	%	N	%		
Mucho	156	58,2	130	49,2	0,227	164	57,7	180	67,7*	0,033	-18,9 [-35,4; -2,3]
Bastante	85	31,7	103	39,0		90	31,7	73	27,4*		11,5 [-4,2; 27,3]
Poco	22	8,2	25	9,5		19	6,7	9	3,4*		4,6 [-3,9; 13,0]
Nada	5	1,9	6	2,3		11	3,9	4	1,5		2,8 [-2,4; 7,9]
<b>Total</b>	<b>268</b>	<b>100,0</b>	<b>264</b>	<b>100,0</b>		<b>284</b>	<b>100,0</b>	<b>266</b>	<b>100,0</b>		

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

Para el grupo intervención el porcentaje de alumnos a los que les preocupa mucho ponerse enfermos por no seguir unos buenos hábitos ha aumentado de manera estadísticamente significativa después de la intervención (57,7% pre vs. 67,7% post) y el porcentaje de alumnos a los que les preocupa bastante, poco o nada ha disminuido tras la intervención, en cambio esta mejora no se observa para el grupo control que no ha recibido la intervención.

**Tabla 72.** *¿Crees que si te cuidas bien puedes tener una vida más saludable cuando seas mayor? (P10)*

	CONTROL N = 534					INTERVENCIÓN N = 550					DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS
	PRE N = 269		POST N = 265		p-valor <sup>1</sup>	PRE N = 284		POST N = 266		p-valor <sup>1</sup>	Cambio intervención – Cambio control (IC 95%) <sup>2</sup>
	N	%	N	%		N	%	N	%		
Sí	245	91,4	227	85,7	0,038	268	94,4	250	94,0*	0,957	-5,0 [-14,4; 4,3]
No	9	3,4	8	3,0		4	1,4	5	1,9		-0,8 [-5,9; 4,3]
No lo sé	14	5,2	30	11,3		12	4,2	11	4,1*		6,2 [-1,8; 14,2]
<b>Total</b>	<b>268</b>	<b>100,0</b>	<b>265</b>	<b>100,0</b>		<b>284</b>	<b>100,0</b>	<b>266</b>	<b>100,0</b>		

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

Para el grupo intervención el porcentaje de alumnos que creen que si se cuidan bien pueden tener una vida más saludable cuando sean mayores se ha mantenido igual antes y después de la intervención (94,4% pre vs. 94,0% post), en cambio para el grupo control, que no ha recibido la



intervención, este porcentaje ha disminuido de manera estadísticamente significativa en la recogida post (p-valor=0,038), lo cual demuestra que la intervención ha favorecido mantener el mismo grado de percepción en relación a esta pregunta. Se observan porcentajes muy elevados tanto para el grupo intervención como control en el pre lo que demuestra también que es una población muy concienciada en referencia a esta pregunta.

**Tabla 73.** *Índica el grado de interés que tiene tu salud para ti (P7)*

	CONTROL N = 534					INTERVENCIÓN N = 550					DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS  Cambio intervención – Cambio control  (IC 95%) <sup>2</sup>
	PRE N = 269		POST N = 265		p-valor <sup>1</sup>	PRE N = 284		POST N = 266		p-valor <sup>1</sup>	
	N	%	N	%		N	%	N	%		
Nada de interés	6	2,2	4	1,5	0,196	1	0,3	2	0,8*	<0,001	-1,1 [-4,7; 2,4]
Un poco de interés	16	5,9	21	8,0		32	11,4	8	3,0*		10,2 [1,6; 18,8]
Bastante interés	101	37,6	95	36,0		104	36,9	84	31,6		-4,9 [-16,4; 16,4]
Mucho interés	127	47,2	136	51,5		124	44,0	169	63,5*		-15,8 [-32,4; 0,9]
No lo sé	19	7,1	8	3,0		21	7,4	3	1,1		2,2 [-4,9; 9,3]
<b>Total</b>	<b>269</b>	<b>100,0</b>	<b>264</b>	<b>100,0</b>		<b>282</b>	<b>100,0</b>	<b>266</b>	<b>100,0</b>		

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

Para el grupo intervención el porcentaje de alumnos que tienen mucho interés en su salud ha aumentado de manera estadísticamente significativa después de la intervención (44,0 pre vs. 63,5% post) de la misma manera que el porcentaje de alumnos que están poco interesados en su salud ha disminuido (11,4% pre vs. 3,0% post), en cambio esta mejora no se observa para el grupo control que no ha recibido la intervención, aunque sí hay pequeñas variaciones en los porcentajes estos no son estadísticamente significativos.

**Tabla 74** ¿Qué riesgo tiene para ti o para tu salud, ...? (P48, P49, P50, P51, P52)

	CONTROL N = 534					INTERVENCIÓN N = 550					DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS
	PRE N = 269		POST N = 265		p- valor <sup>1</sup>	PRE N = 284		POST N = 266		p- valor <sup>1</sup>	Cambio intervención - Cambio control (IC 95%) <sup>2</sup>
	N	Media (de)	N	Media (de)		N	Media (de)	N	Media (de)		
... fumarse un cigarrillo?	265	8,5 (2,8)	261	7,7 (3,1)	<0,001	280	8,6 (2,6)	266	8,8 (2,2)*	0,203	-1,1 [-2,0; -0,2]
... beber un refresco durante las comidas?	265	5,2 (3,0)	262	4,7 (3,2)	0,028	279	5,3 (2,9)	266	6,0 (3,0)*	0,005	-1,2 [-2,2; -0,2]
... beber alcohol?	267	8,4 (2,5)	263	7,6 (3,0)	<0,001	280	8,2 (2,6)	265	8,7 (2,1)*	0,008	-1,3 [-2,2; -0,4]
... fumarse un porro?	265	8,7 (2,6)	262	8,2 (2,9)	0,018	281	8,8 (2,4)	266	9,1 (2,0)*	0,048	-0,8 [-1,7; 0,02]
... saltarse una comida, por ejemplo, la cena o el desayuno?	267	6,5 (2,7)	264	6,3 (3,0)	0,220	283	6,4 (2,9)	266	7,0 (2,7)*	0,006	-0,8 [-1,8; 0,2]

El grado de interés se mide en una escala del 1 (nada de interés) al 10 (máximo interés).

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

de: desviación estándar

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

Para el grupo intervención aumenta de manera estadísticamente significativa la percepción del riesgo que tiene para los adolescentes o para su salud beber un refresco durante las comidas (media 5,3 pre vs. 6,0 post, p-valor=0,005), beber alcohol (media 8,2 pre vs. 8,7 post, p-valor=0,008), fumarse un porro (media 8,8 pre vs. 9,1 post, p-valor=0,048) y saltarse una comida (media 6,4 pre vs. 7,0 post, p-valor=0,006), después de la intervención. Solo se mantiene prácticamente igual el riesgo que perciben de fumarse un cigarrillo (media 8,6 pre vs. 8,8 post, p-valor=0,203). En cambio, para el grupo control, que no ha recibido la intervención, el riesgo que perciben en todos los aspectos preguntados disminuye de manera estadísticamente significativa en el post, lo cual demuestra que la intervención educativa tiene un buen efecto en dichos términos.

5.3.4.3 Hábitos y estilos de vida

Para esta dimensión se presenta el análisis de 9 preguntas, las otras 13 pueden verse en anexos (ver anexos 43)

**Tabla 75.** *¿Crees que la higiene personal (lavarte los dientes, peinarte, vestir con ropa limpia...) te ayuda a ser más aceptado socialmente? (P27)*

	CONTROL N = 534				P- valor <sup>1</sup>	INTERVENCIÓN N = 550				DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS  Cambio intervención – Cambio control  (IC 95%) <sup>2</sup>	
	PRE N = 269		POST N = 265			PRE N = 284		POST N = 266			
	N	%	N	%		N	%	N	%		
Sí	198	73,6	192	72,7	0,583	211	74,3	226	85,0*	<b>0,018</b>	-11,8 [-26,1; 2,4]
No	6	2,2	3	1,1		6	2,1	5	1,9		-0,9 [-5,4; 3,7]
No tiene nada que ver	37	13,8	34	12,9		40	14,1	20	7,5*		5,6 [-5,3; 16,6]
No lo sé	28	10,4	35	13,3		27	9,5	15	5,6*		6,7 [-3,2; 16,6]
<b>Total</b>	<b>269</b>	<b>100,0</b>	<b>264</b>	<b>100,0</b>		<b>284</b>	<b>100,0</b>	<b>266</b>	<b>100,0</b>		

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

Para el grupo intervención el porcentaje de alumnos que creen que la higiene personal les ayuda a ser más aceptados socialmente ha aumentado de manera estadísticamente significativa después de la intervención (74,3% pre vs. 85,0% post), asimismo el porcentaje de alumnos que no creen en ello, que piensan que no tiene nada que ver la higiene personal con ser aceptados socialmente o que no lo saben ha disminuido (no: 2,1% pre vs. 1,9% post; no tiene nada que ver: 14,1% pre vs. 7,5% post, no lo sé: 8,5% pre vs. 5,6% post), en cambio esta mejora no se observa para el grupo control que no ha recibido la intervención.

**Tabla 76** ¿Qué grado de importancia tiene para ti, ...? (P42, P43, P44, P45)

	CONTROL N = 534					INTERVENCIÓN N = 550					DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS
	PRE N = 269		POST N = 265		p- valor <sup>1</sup>	PRE N = 284		POST N = 266		p- valor <sup>1</sup>	Cambio intervención - Cambio control (IC 95%) <sup>2</sup>
	N	Media (de)	N	Media (de)		N	Media (de)	N	Media (de)		
... ducharte cada día?	267	8,5 (1,8)	263	8,4 (1,8)	0,295	283	8,6 (1,7)	266	8,7 (1,7)	0,348	-0,1 [-0,7; 0,5]
... ponerte colonia y desodorante cada día?	267	7,9 (2,2)	263	7,7 (2,3)	0,176	283	7,8 (2,4)	266	8,2 (2,2)*	0,022	-0,6 [-1,3; 0,2]
... ir con ropa limpia cada día?	267	9,1 (1,3)	263	8,9 (1,5)	<b>0,046</b>	280	9,1 (1,4)	266	9,2 (1,2)*	0,212	-0,3 [-0,8; 0,2]
... ser el más popular entre tus amigos?	266	4,6 (2,8)	261	4,6 (2,9)	0,457	283	4,9 (2,6)	266	5,2 (2,8)*	0,179	-0,2 [-1,2; 0,7]

El grado de preocupación se mide en una escala del 1 (nada de preocupación) al 10 (máxima preocupación).

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

de: desviación estándar

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

Para el grupo intervención el grado de importancia que tiene para los adolescentes ducharse cada día, ponerse colonia y desodorante cada día, ir con ropa limpia cada día y ser el más popular entre sus amigos, se ha mantenido igual antes y después de la intervención con una mínima variación en las medias obtenidas, pero sin cambios estadísticamente significativos. En cambio, para el grupo control se observa una diferencia estadísticamente significativa (p-valor=0,046) en el grado de importancia que tiene para ellos ir con ropa limpia que ha disminuido en el post.

**Tabla 77** ¿En qué grado te interesa saber más sobre ...? (P59, P60, P61 y P62).

	CONTROL N = 534					INTERVENCIÓN N = 550					DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS
	PRE N = 269		POST N = 265		p- valor <sup>1</sup>	PRE N = 284		POST N = 266		p- valor <sup>1</sup>	Cambio intervención – Cambio control  (IC 95%) <sup>2</sup>
	N	Media (de)	N	Media (de)		N	Media (de)	N	Media (de)		
... drogas?	267	5,2 (3,5)	265	4,9 (3,3)	0,154	283	5,0 (3,4)	266	5,8 (3,4)*	<b>0,002</b>	-1,1 [-2,3; 0,02]
... alcohol?	268	4,8 (3,3)	265	4,7 (3,2)	0,348	283	5,0 (3,3)	266	5,6 (3,4)*	<b>0,013</b>	-0,7 [-1,9; 0,4]
... sexualidad y afectividad?	264	6,5 (2,9)	262	6,2 (2,9)	0,095	281	6,4 (2,8)	266	7,3 (2,6)*	<b>&lt;0,001</b>	-1,3 [-2,2; 0,3]
... tabaco?	267	4,7 (3,3)	264	4,7 (3,4)	0,443	282	4,7 (3,3)	266	5,7 (3,4)*	<b>&lt;0,001</b>	-1,0 [-2,1; 0,1]

El grado de preocupación se mide en una escala del 1 (nada de preocupación) al 10 (máxima preocupación).

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

de: desviación estándar

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

Para el grupo intervención el grado en el que a los adolescentes les interesa saber más sobre drogas, alcohol, sexualidad y afectividad o tabaco ha aumentado de manera estadísticamente significativa después de la intervención, en cambio esta mejora no se observa para el grupo control que no ha recibido la intervención.

### 5.3.5 Satisfacción de la intervención educativa

Para conocer la satisfacción de la intervención educativa diseñada e implementada, como ya se ha comentado con anterioridad, se pasó un cuestionario al finalizar la intervención para evaluar la satisfacción de los sujetos del grupo intervención (ver anexo 17).

Para conocer la satisfacción global media de los adolescentes, se sumaron las preguntas de la 1 a la 6 y se dividió el total entre 6, así se obtiene una puntuación de 0 a 10.

La satisfacción global media de los adolescentes fue de 8,5 puntos (de: 1,3) de una escala de 0 a 10. El instituto 6 fue el que obtuvo una mayor satisfacción (8,9), seguido del instituto 4 (8,6), del instituto 3 (8,0) e instituto 5 (7,8). Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los institutos 6 y 4 con mayor satisfacción respecto a los institutos 3 y 5 con menor satisfacción.

**Tabla 78.** Satisfacción global y por centro de la intervención educativa.

	N	Sin datos	Mínima puntuación	Media	Desviación estándar (de)	Máxima puntuación
<b>Satisfacción global</b>	288	8	1	8,5	1,3	10
Instituto 6	117	2	5,7	8,9	0,9	10
Instituto 3	62	1	2,8	8,0*	1,5	10
Instituto 5	27	1	1	7,8*	2,0	10
Instituto 4	82	4	5,7	8,6	1,1	10

\* p-valor<0,05  
de: desviación estándar

- Satisfacción del diseño de la intervención educativa

La satisfacción del diseño de manera global, se obtiene sumando las preguntas 1, 2 y 3 y dividiendo el total entre 3, así se obtiene una puntuación de 0 a 10. El análisis de las preguntas 1, 2 y 3 por separado puede verse en anexos (ver anexos 44).

La satisfacción media del diseño fue de 8,7 puntos (de: 1,3) de una escala de 0 a 10. El instituto 6 fue el que obtuvo una mayor satisfacción del diseño (8,9), seguido del instituto 4 (8,8) y el instituto 5 y 3 (8,1). Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los centros 6 y 4 con mayor satisfacción del diseño respecto a los centros 3 y 5 con menor satisfacción del diseño.

**Tabla 79.** Satisfacción global y por centro del diseño de la intervención educativa.

	N	Sin datos	Mínima puntuación	Media	Desviación estándar (de)	Máxima puntuación
<b>Satisfacción global del diseño</b>	288	8	1	8,7	1,3	10
Instituto 6	117	2	5,3	8,9	1,0	10
Instituto 3	62	1	4,7	8,1*	1,4	10
Instituto 5	27	1	1	8,1*	1,9	10
Instituto 4	82	4	5,3	8,8	1,1	10

\* p-valor<0,05

- Satisfacción de la metodología de la intervención educativa

La satisfacción global de la metodología de la intervención se obtiene sumando las preguntas 4 y 5 y dividiendo el total entre 2, así se obtiene una puntuación de 0 a 10. El análisis de las preguntas 4 y 5 por separado puede verse en anexos (ver anexos 45).

La satisfacción media de la metodología de la intervención fue de 8,5 puntos (de: 1,7) de una escala de 0 a 10. El centro 6 fue el que obtuvo una mayor satisfacción de la metodología (9,0), seguido del instituto 4 (8,4), el instituto 3 (7,9) y el 5 (7,5). Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los centros 6 y 4 con mayor satisfacción de la metodología respecto al 3 y 5 con menor satisfacción de la metodología.

**Tabla 80.** Satisfacción global y por centro de la metodología de la intervención educativa.

	N	Sin datos	Mínima puntuación	Media	Desviación estándar (de)	Máxima puntuación
<b>Satisfacción global de la metodología de la intervención</b>	288	8	0	8,5	1,7	10
Instituto 6	117	2	2,5	9,0	1,2	10
Instituto 3	62	1	0	7,9*	1,9	10
Instituto 5	27	1	1	7,5*	2,5	10
Instituto 4	82	4	4,5	8,4*	1,5	10

\* p-valor<0,05

- Satisfacción sobre la percepción de aprendizaje tras la intervención educativa

La satisfacción media de la percepción de aprendizaje se ha calculado a través de la pregunta 6, y esta fue de 8,3 puntos (de: 1,7) de una escala de 0 a 10.

El centro 6 fue el que obtuvo una mayor satisfacción de la percepción de aprendizaje (8,7), seguido del instituto 4 (8,5), del 3 (7,7) y del 5 (7,5). Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los centros 6 y 4 con mayor satisfacción de la percepción de aprendizaje respecto al 3 y al 5 con menor satisfacción de la percepción de aprendizaje.

**Tabla 81.** Satisfacción global y por centro de la percepción de aprendizaje.

	N	Sin datos	Mínima puntuación	Media	Desviación estándar (de)	Máxima puntuación
<b>P6. ¿Cuánto has aprendido con los talleres?</b>	288	8	0	8,3	1,7	10
Instituto 6	117	2	0	8,7	1,5	10
Instituto 3	62	1	0	7,7*	2,1	10
Instituto 5	27	1	1	7,5*	2,3	10
Instituto 4	82	4	5	8,5	1,2	10

\* p-valor<0,05

La última pregunta del cuestionario de satisfacción (la P7), preguntaba a los sujetos sobre si harían algún cambio en la intervención educativa a nivel general. El 16,8% de los adolescentes respondieron que si harían algún cambio en el diseño de los talleres de salud. Frente a un 83,2% que no haría cambios.

Por centros, el 25,2% de los adolescentes del centro 6 haría algún cambio en el diseño de los talleres de salud, el 14,8% del centro 3, el 11,5% del centro 5 y solo el 7,7% del centro 4, siendo este último menor que los otros tres centros de manera estadísticamente significativa (p-valor<0,05).

**Tabla 82.** *Adolescentes según si harían o no algún cambio en la intervención educativa recibida.*

P7. ¿Harías algún cambio?	Sí		No	
	N	%	N	%
<b>Global</b>	47	16,8	233	83,2
Instituto 6	29	25,2	86	74,8
Instituto 3	9	14,8	52	85,3
Instituto 5	3	11,5	23	88,5
Instituto 4	6	7,7*	72	92,3

\* p-valor&lt;0,05

Cabe puntualizar que los sujetos que respondieron que si harían algún cambio (16,8%) las opiniones recogidas al respecto para esta pregunta en el cuestionario hacían relación a tener mayor tiempo para los talleres y a la incorporación de otras temáticas dentro del programa, como, por ejemplo, la sexualidad.





# **Capítulo 6**

## **DISCUSIÓN**



En este capítulo se recoge la discusión sobre ciertos aspectos metodológicos de contenido de la tesis, así como también sobre los propios resultados obtenidos en cada una de las fases. Y, por último, se muestran las limitaciones detectadas en la investigación, así como las consideraciones éticas.

### **6.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS (FASE I)**

La perspectiva cualitativa se orienta a la búsqueda de la comprensión de los discursos personales y grupales que los sujetos expresan en contextos espontáneos y se orienta a la singularidad del ámbito subjetivo, ya que son los propios participantes los que, a través de sus relatos, dan sentido a sus experiencias humanas (Serbia JM, 2007). Por ello, la investigación cualitativa es ideal para explorar temas sobre los que se sabe poco sobre un fenómeno o sobre los que se quiere entender mejor ciertas situaciones complejas; este tipo de diseños se caracterizan por adoptar métodos que son interpretativos y que se centran en el significado (Morse y Richards, 2002). Aunque hay aspectos comunes, la investigación cualitativa incorpora una amplia gama de métodos con diferentes bases ontológicas y epistemológicas, perspectivas y propósitos.

Si bien es cierto, los diseños cualitativos se establecen en disciplinas como la antropología, la sociología y la psicología con métodos tipo etnográficos, teorías fundamentadas y fenomenología (Sandelowski, 2001), pero ya desde hace años este tipo de métodos de investigación ha evolucionado en su aplicación; y con estos nuevos avances cada vez se ha dado más el uso de la cualitativa en las ciencias sociales y de la salud. Estos nuevos avances, suponen nuevos posicionamientos frente a la investigación cualitativa, sin estar basada o tener una alianza definitiva a una postura filosófica específica (Patton, 2002), adoptando así nuevas perspectivas teóricas y utilizando diferentes términos a los que se viene conociendo como: investigación aplicada o investigación en servicios de salud, descripción interpretativa o cualitativa, diseños generales, diseños descriptivos (Sandelowski, 2001; Cooper y Endacott, 2007) o investigación cualitativa genérica (Caelli et al, 2003). A veces las metodologías no son del todo apropiadas para el objeto de estudio y hay que considerar un enfoque cualitativo más general.

En esta tesis en concreto que no tiene el objetivo de entender la cultura y sus reglas generales (Etnografía); ni desarrollar una teoría (Teoría Fundamentada), ni explorar el fenómeno en profundidad interpretativamente (Fenomenología hermenéutica) ni tampoco generar cambios durante el proceso de investigación (Investigación en la acción), se ha considerado optar por un método más genérico, entendiendo que este se centra en las características de la investigación cualitativa pero en lugar de centrarse en las bases epistemológicas de los diferentes métodos, simplemente trata de descubrir y comprender un evento, un proceso, un fenómeno y sus perspectivas y visiones del mundo de las personas involucradas (Caelli et al, 2003) desde una mirada más descriptiva.

Atendiendo al objeto de estudio, la pregunta de investigación y a la elección metodológica que se ha realizado, se discute sobre el empleo de las técnicas de recogida de información seleccionadas para el estudio cualitativo. Por un lado, según la metodología cualitativa se aconseja que el investigador principal conozca el entorno en el que se está moviendo y está estudiando el fenómeno. La incorporación de un cuestionario sociodemográfico en ningún caso sustituye ninguna pregunta a realizar durante la consecución de las entrevistas o grupos focales, sino que, al contrario, sirve para aportar información valiosa para contextualizar y entender mejor el fenómeno a estudiar en la realidad de las personas participantes. Por otro lado, la entrevista semiestructurada es una técnica para obtener información mediante una conversación profesional que tiene una estructura y un propósito. En la investigación cualitativa, la entrevista busca entender el mundo desde la perspectiva del entrevistado, y desmenuzar los significados de sus experiencias (Kvale, S, 1996). Esto implica siempre un proceso de comunicación, en el transcurso del cual, ambos actores, entrevistador y entrevistado, pueden influirse mutuamente, tanto consciente como inconscientemente (Olabuénaga, 1999).

Por ello, la entrevista se entiende como un proceso, a través del cual el entrevistador crea una situación concreta —la entrevista— que, lejos de ser neutral, implica una situación única. En esta situación, intervienen tanto el entrevistador como el entrevistado, dando lugar, con frecuencia, a ciertos significados que sólo pueden expresarse y comprenderse en este mismo marco de interacción mutua. En la entrevista, el investigador busca encontrar lo que es importante y significativo en la mente de los informantes, sus significados, perspectivas e interpretaciones, el modo en que ellos ven, clasifican y experimentan su propio mundo (Olabuénaga, 1999). Tal y como recomienda Kvale (1996) es necesario la preparación de antemano de dicha entrevista, para asegurarse la interacción y el resultado de la misma. Lo que diferencia la entrevista cualitativa de otros tipos de entrevistas es la profundidad de la conversación, que va más allá del encuentro superficial para adentrarse en una rica discusión sobre pensamientos, sentimientos y experiencias acerca de un tema.

Se debe tener en cuenta, que la entrevista principalmente se caracteriza por ser individual, holística y no directiva (Olabuénaga, 1999). Esto se refiere que, aunque siendo individual entendiéndose que la conversación se desarrolla entre entrevistador-entrevistado únicamente, ello no impide que, sobre el mismo tema, se repita la entrevista con «otro» sujeto. Del mismo modo, al hablar de entrevista holística, no se entiende que en ella se deba hablar de 'toda' la vida social de un individuo. Lo que evita este planteamiento, es el foco en torno a un punto diana, de esta manera, el entrevistador recorre panorámicamente el mundo de significados del sujeto, aunque éste se refiera a un solo tema. Finalmente el término «no directiva» es excesivamente vago y, la entrevista en profundidad se desarrolla siempre bajo control y dirección del entrevistador, aunque esto no implica rigidez ni en

cuanto al contenido, ni en cuanto a la forma de desarrollar la conversación-entrevista (Olabuenaga, 1999). La no-dirección no equivale a mantener una conversación con preguntas exclusivamente abiertas, puesto que nada impide que, a lo largo de aquella, se formulen preguntas totalmente cerradas. Menos aún significa lista fija de preguntas cerradas ya que, en este caso, no tendría lugar una auténtica conversación ni comunicación personal, sino que se daría un escueto interrogatorio. Tampoco equivale a prescindir de un guión orientador, todo lo contrario, una entrevista sin guión es un "camino muerto", con frecuencia no conduce a ninguna parte y pierde las mejores oportunidades de captar el significado que se busca (Olabuenaga, 1999).

Por último, los grupos focales, se definen como una reunión de un grupo de individuos seleccionados por los investigadores para discutir y elaborar, desde la experiencia personal, una temática o hecho social que es objeto de investigación (Balcázar et al, 2006). Por tanto, es un tipo esencial de entrevista grupal que se estructura para recolectar opiniones detalladas y conocimientos acerca de un tema particular, vertidos por los propios participantes seleccionados.

Los grupos focales han de estar compuestos por un número entre seis personas mínimo y doce como máximo (Balcazar et al, 2006) y estos se deben conducir de una manera «no directiva» con objeto de establecer un contacto lo más informal posible a fin de que los participantes emitan sus opiniones de la manera más natural y se puedan obtener respuestas a fondo sobre lo que piensan y sienten personas de un grupo de forma libre y espontánea, guiados por un facilitador o moderador. Comparándolo con la entrevista individual, los grupos focales permiten obtener múltiples opiniones y procesos emocionales dentro de un contexto social (Arantzamendi et al, 2012). La utilidad de estos, esta descrita para ser usados desde las etapas preliminares o exploratorias de un estudio, hasta también pueden ser usados para evaluar, desarrollar o complementar un aspecto específico de dicho estudio o incluso para cuando se ha finalizado el mismo, poder evaluar su impacto o para producir nuevas líneas de investigación. Y, sobre todo, son usados como "técnica complemento" de otras, especialmente en las técnicas de triangulación y validación (Balcazar et al, 2006).

En los grupos focales es de vital importancia la elección del lugar y del moderador, así como de los informantes. Al elegir un sitio la literatura recomienda que debe ser lo más "neutro" posible con respecto a los participantes, y que debe reunir características físicas y ornamentales para crear la sensación de cooperación y familiaridad, por tanto, la sala debe permitir acomodar entre 6 y 12 participantes y permitir una relación "cara a cara" entre los participantes (preferiblemente una configuración en U), asimismo, la accesibilidad a la sala es otro de los puntos importantes (Balcazar et al, 2006).

En relación al moderador este debe ser una persona con el suficiente conocimiento del tema y experiencia en el manejo de grupos, de tal manera, que pueda conducir la discusión hacia los

objetivos preestablecidos y lograr información lo más confiable y válida posible. Este debe mantener el control de la discusión, mantenerse neutral, no permitir ser interrogado por los participantes (Arantzamendi et al, 2012), ya que el objetivo es reunir información sobre qué y cuánto sabe el grupo sobre la temática a investigar, y tampoco se ha de llegar a un consenso, pues el objetivo no es estar de acuerdo si no crear la "discusión". Por tanto, el papel del moderador no es el de informar o convencer al grupo sobre tal o cual situación o producto, su papel es el conductor de un grupo de discusión (Balcazar et al, 2006).

En estudios cualitativos, resulta fundamental contextualizar a las personas entrevistadas antes y al terminar la entrevista o grupo focal. Por ello, conviene describir y explicar brevemente el propósito del estudio y de la entrevista, aclarar el uso de la grabadora y preguntar antes de iniciar la entrevista, si la persona tiene alguna duda que desee plantear al entrevistador. Algunos autores recomiendan la existencia de una guía al realizar las entrevistas (Alvarez-Gayou, 2003).

Las notas de campo, en el diario del investigador, es una técnica muy usada en investigación cualitativa que permite recoger la percepción del investigador de todos aquellos acontecimientos y situaciones que suceden durante el período del trabajo de campo. Tiene la ventaja de que es un documento donde se deja constancia de todo lo que va sucediendo, parte de la observación (Mayan, 2001; Balcazar et al, 2006; Olabuénaga, 1999). Sin embargo, la desventaja de esta técnica es que está sujeta al punto de vista de quien observa y anota en el diario lo que sucede, de manera que es necesario que el investigador establezca algunos mecanismos minimizantes del efecto subjetivo.

En esta tesis, este efecto se minimizó con la inclusión de un observador en la ejecución de los grupos focales. Durante los mismos, se anotaban los acontecimientos de la manera más objetiva y rigurosa posible, utilizando siempre las palabras de las personas protagonistas del acontecimiento (Balcazar et al, 2006). Las notas de campo describen las reflexiones del investigador, sobre lo que observa. Esta acción de registrar observaciones puede ayudar al investigador al momento de "hacer sentido" los datos (Mayan, 2001; Arantzamendi et al, 2012).

Algunas otras decisiones como la elección de los sujetos, cabe decir que en investigación cualitativa el tipo de muestreo no busca medir una serie de variables concretas en la población estudiada, ni se pretende una generalización estadística de unos resultados para lo que debería estudiarse la representatividad de la muestra respecto a la totalidad de una población concreta (Arantzamendi et al, 2012). En cualitativa el foco central no es estudiar ni siquiera a sujetos, sino que, a través del análisis de la narración de su experiencia particular y única, se pretende desvelar la esencia de un fenómeno común para ellos (Morse y Richards, 2002; Serbia JM, 2007), en este caso el autocuidado, los comportamientos, necesidades y barreras, adquisición de estilos de vida saludable entre los adolescentes y educación sanitaria recibida, entre otros.

## 6.2 ESTUDIO CUALITATIVO

Durante el primer periodo de la adolescencia, es decir la temprana, los adolescentes se tornan más confidentes con el grupo de iguales y comienza un proceso de distanciamiento del grupo familiar. Tras estos primeros años, y una vez entrados ya en la adolescencia media, las relaciones de los adolescentes con sus iguales se vuelven más íntimas de forma progresiva, generándose mayor nivel de comunicación y soporte en las mismas, convirtiendo la amistad en un valor de mucho peso. Estas relaciones de amistad, que en los primeros momentos se centran en mayor medida en personas del mismo género, se generalizan con el paso de la edad, apreciándose en la adolescencia tardía un mayor desarrollo comunicativo y mayor complejidad e intimidad en las relaciones de amistad, logrando así una autonomía social parecida a la adulta (Piehler, 2011; Salmera-Aro, 2011).

La relación con los iguales posibilita que el adolescente configure y confeccione sus propios valores e ideologías, al mismo tiempo permite que desarrolle y se ponga en funcionamiento una serie de nuevas habilidades sociales basadas en la propia realidad, estas nuevas habilidades hacen referencia a la intimidad, la reciprocidad y el compromiso. Estos son los aspectos concretos que la literatura identifica y que básicamente diferencian las relaciones de amistad adultas de las infantiles, y por ello hace que las vivan de manera diferente en significado y sentido (Piehler, 2011).

Durante estos años de desarrollo, las relaciones de amistad cumplen una trascendental función de apoyo emocional, la cual es valorada muy positiva por este grupo de edad. Los adolescentes encuentran en los amigos referentes con los que compartir experiencias similares, ocupando así un papel importante en el proceso de desvinculación de los padres, resultando ser mucho más fácil debido al hecho de compartir el mismo estatus y además estar atravesando por los mismos procesos de cambio, lo cual facilita que se sientan identificados y se sirvan entre ellos, a su vez de ejemplo y modelo. El grupo de iguales ofrece la posibilidad de una relación igualitaria con una menor propensión a enjuiciamientos acerca de su conducta y con mayor aprobación que en la relación con los adultos, que cumplen en esta edad, en gran medida, el papel de expertos y figuras de autoridad. De acuerdo a esto, la elección del grupo de amigos tiene una gran trascendencia para esta edad, dado que facilitan las formas de pensar, los valores y las conductas llevadas a cabo, convirtiéndose en un grupo no sólo de pertenencia sino también de referencia (Piehler, 2011).

A partir de la pubertad los iguales desempeñan un importante papel a la hora de proporcionar sentimientos de seguridad y de ayudar a regular el estrés en situaciones de dificultad. Algunas características propias de las relaciones de apego, como la búsqueda de proximidad y de apoyo emocional, están presentes en las relaciones de amistad. Es habitual durante esta edad, que se sientan más seguros y confiados a la hora de afrontar situaciones nuevas, como el inicio de las relaciones de pareja, cuando lo hacen en compañía de un buen amigo. Algunos estudios afirman que



de los cuatro componentes del apego (búsqueda de proximidad, apoyo emocional, ansiedad ante la separación y base segura), durante la adolescencia los iguales asumen un papel fundamental sobre todo en los dos primeros de búsqueda de proximidad y apoyo emocional, mientras que padres y madres continúan siendo figuras importantes en los dos restantes (ansiedad ante la separación y base segura) (Oliva, 2011).

Numerosos estudios han encontrado que los inicios de la adolescencia suelen estar caracterizados por un aumento de la conformidad ante la presión del grupo, lo que en algunos casos puede resultar disfuncional y llevar al adolescente a una mayor implicación en algunos comportamientos de riesgo. Los esfuerzos que el niño había realizado para conseguir la aprobación de sus padres serán sustituidos tras la pubertad por los intentos de agradar a los iguales, ya que las necesidades de apoyo no cambian demasiado pues sólo lo hacen las figuras que lo proporcionan (Oliva, 2011).

Los modelos de apego construidos en la infancia también van a guardar relación con los vínculos que el adolescente establezca con los compañeros. De este modo, se observa relación entre la seguridad en el apego y la competencia mostrada en las relaciones con los iguales. Así, algunos estudios encuentran que los adolescentes con modelos de apego seguros se muestran más cómodos en las interacciones afectivas íntimas propias de las relaciones de amistad, y sugieren que la seguridad en el apego es más determinante en relaciones con iguales menos cercanos afectivamente, y existen datos que apoyan la influencia de seguridad del adolescente con medidas globales de competencia social tales como la popularidad y la aceptación social. Mientras que los adolescentes con modelos tipo evitativos suelen mostrar una comunicación distorsionada y expectativas negativas de los demás, todo ello les crea problemas de funcionamiento social, y les provocan malestar en las relaciones interpersonales con sus iguales, llegando a mantener un aislamiento, por lo que suelen ser evaluados como hostiles y distantes. Cuando se trata de modelos de tipo ambivalente su interés se centra en la intimidad y la búsqueda de apoyo, obteniendo así un mejor ajuste social, pero se predisponen a sentirse más ansiosos acerca de cómo actuar en las relaciones íntimas y sobre la disponibilidad y apoyo de los demás lo que le lleva a tener un pobre desempeño de las relaciones sociales, aunque su orientación a ellas es más positiva que el evitativo (Oliva, 2011).

Debido a los cambios a nivel biológico (cambios hormonales y de tipo cognitivo) que se van a dar durante la pubertad, es muy típico que el adolescente impulse a la búsqueda de una relación con un igual. Estas primeras relaciones de pareja son muy importantes para la vida social y emocional de los púberes, pues en ellas aprenden a interactuar con personas de distinto sexo, se divierten, obtienen satisfacción sexual en algunos casos, y mejoran su prestigio ante el grupo de iguales, sobre todo cuando son vistos con una pareja muy deseable. Por ello, no es extraño que para sus primeras citas,

a esta edad se prefieran parejas que tengan mucho prestigio y sean muy valoradas por sus compañeros (Oliva, 2011).

Las relaciones de pareja que se dan durante esta etapa de la vida suelen responder a la voluntad de satisfacción de cuatro tipos de necesidades, como lo son las sexuales, las de afiliación, las de apego, y las de dar y recibir cuidados. Sin duda, el primer tipo de relaciones durante la pubertad servirán para establecer fundamentalmente las necesidades de compañía y diversión que corresponderían a las sexuales y a las afiliativas, pero, en la medida en que vaya transcurriendo la adolescencia estas relaciones serán más estables, y la pareja irá ascendiendo en la jerarquía de figuras de apego. Así, durante la adolescencia tardía y la adultez temprana las relaciones de pareja empezarán a satisfacer necesidades de apoyo y de cuidados (Oliva, 2011).

Durante la adolescencia, el contexto escolar cumple un papel influyente, dado que es en el que se producen la mayor parte de las interacciones con los iguales. La propia estructura y organización escolar y las relaciones que se dan en torno al mismo va variando durante los años de escolarización, y por tanto la influencia del mismo cambia a lo largo de esta etapa.

Pero, sin duda, a lo largo de la escolarización, se pone de manifiesto una serie de relaciones y conductas interpersonales que hacen posible expandir el mundo social del niño y adolescente, desligándolo del grupo familiar (Weist et al, 2007), que, por el momento, es el único referente y con quien mantiene un fuerte impacto en las relaciones y conductas interpersonales.

En los países desarrollados, debido al carácter público e integral de la educación en el momento actual, los centros educativos cumplen el objetivo de formar y preparar a niños y adolescentes desde los 3 años hasta los 16 años, equivalente al cuarto curso de la Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O). Sin embargo, más allá de la función académica, curricular y de adquisición de diferentes cursos educativos, en el contexto escolar también se asimilan ciertas competencias relacionadas con el desarrollo y la maduración cognitiva, así como el aprendizaje de habilidades socioemocionales. Todo ello inherentes a las actividades académicas y sociales que tienen lugar en los centros educativos (Weist et al, 2007).

Pero además de por todo lo expuesto, el entorno educativo se constata como un contexto privilegiado ya que los adolescentes pueden interrelacionarse tanto con profesores (figuras de autoridad) como con sus iguales. Por consiguiente, se considera un lugar determinante para el desarrollo intelectual, emocional y social, facilitando la exploración de diferentes roles, así como la progresiva adquisición y construcción de la propia personalidad (Weist et al, 2007; Harter, 2011), avanzando en la consecución de la autonomía e identidad personal.

En este sentido, el estilo docente que facilita la autonomía del estudiante, ha tomado gran relevancia en las investigaciones de las últimas décadas, constatando que ambientes de aprendizaje de este estilo estimulan los recursos motivacionales internos del estudiante y obtiene beneficios respecto a los estilos más controladores, observándose una mayor competencia percibida, motivación intrínseca, creatividad, aumento de la comprensión conceptual, mayor compromiso, emocionalidad positiva, un mejor rendimiento académico y mayor persistencia académica, en lugar de abandono de los estudios (Moreno-Murcia, 2015).

Así pues, es un entorno en el que además de ofrecer la oportunidad de someter a prueba conocimientos y habilidades, supone no solo la satisfacción de exigencias académicas si no también tales como las sociales, lo cual también implica un esfuerzo personal pudiendo resultar un contexto potencialmente estresante para el adolescente, en relación a su adaptación al medio y sus iguales (Alsaker y Vilén, 2010). Asumiendo el considerable riesgo de sentimiento de rechazo y aislamiento, e incluso situaciones de violencia escolar (*bullying*) tan incidente en los últimos años. Dichos problemas no solo afectarían gravemente al aprendizaje en el aula y de forma más específica a la persona víctima de esta violencia, sino que incluso esto afectaría en las relaciones sociales existentes provocando un desajuste en la construcción de la identidad afectando de este modo al bienestar de la misma.

La entrada a la adolescencia con la pubertad coincide con la transición de la educación primaria a la ESO, y esto puede conllevar cambios de compañeros, profesores e incluso cambios de centro escolar, además de los cambios y exigencias específicas que corresponden al cambio de ciclo educativo. Todo ello, también contribuye a un potencial factor estresante, dado que exige adaptación a nuevos contextos y apertura hacia nuevas relaciones interpersonales, así como a la toma de decisiones al final de la etapa académica, respecto a su futura formación para la preparación profesional (Weist et al, 2007).

Por todo lo expuesto, se objetiva que el contexto escolar es un escenario clave para observar distintos aspectos que se dan de manera natural durante la etapa de la adolescencia y por ello resulta un lugar idóneo para analizar las diferentes capacidades y dificultades o problemáticas que pueden presentarse y derivarse tanto a nivel cognitivo, emocional, psicológico como social del adolescente; aportando valiosa información tanto para los profesores como padres posibilitando una intervención psicoeducativa en función de la situación dada, previniendo así posibles problemas mayores de la persona en etapas adultas (Weist et al, 2007).

Se evidencia a través de la literatura (Espinosa, 2004; Montañés et al, 2008; Oliva, 2011; Moreno-Murcia, 2015) que la familia es uno de los factores más influyentes, determinantes y relevantes que afectan a la conducta del adolescente; regulando sus comportamientos, actitudes y desarrollo de su

etapa evolutiva. Constituye de este modo en primera instancia el componente que permanece en contacto de un modo más directo y estrecho con el adolescente durante toda la etapa evolutiva, con lo que ello implica en todos los niveles.

Los cambios propios de la edad y la evolución en las formas de pensamiento del adolescente, hace que mantengan una actitud más crítica y realista frente a sus padres, cuya nueva percepción les insta a cuestionar y desafiar las decisiones familiares que antes se acataban sin discusión, no por una falta de respeto o amor hacia sus padres, sino que ocurre cómo hecho natural que ayuda al adolescente a reafirmarse en sí mismo como individuos, que no desean ser tratados como niños. De esta forma, también los adolescentes adquieren una visión más madura y realista de sus padres, no necesariamente conflictiva, pero que puede serlo en función de cómo se armonice su deseo de autonomía con la realidad de su dependencia de los padres (Montañés et al, 2008).

La mayoría de adolescentes consideran que la familia es lo más importante en sus vidas, siendo entorno de seguridad y de confianza, donde se expresan las cosas que para ellos son importantes, siendo por todo ello, una fuente reconocida de bienestar psicológico (Moreno-Murcia, 2015). No obstante, aun siendo así, hay aspectos como ahora la vida íntima, que el adolescente lo considera como cuestión de consciencia personal y de su propia intimidad, por tanto, no lo considera de competencia en la comunicación familiar (Montañés et al, 2008), lo que da lugar a que haya temas que no se hablen en la familia. Si bien es cierto, la comunicación suele experimentar un ligero deterioro en torno a la pubertad o adolescencia temprana ya que a estas edades se hablan menos espontáneamente de sus asuntos, las interrupciones son más habituales y la comunicación se torna más difícil, por ello las discusiones y conflictos suelen formar parte de la vida cotidiana en familia (Oliva, 2011).

Por este motivo, se pone de manifiesto que la pubertad es un periodo acompañado de debilitamiento de la relación parental, aumento de conflictos familiares y una mayor implicación del adolescente en la toma de decisiones (Espinosa, 2004). Pese que se trata de un hecho de evolución cognitiva, también lo es social, ya que al ampliar sus horizontes sociales conocen otros estilos parentales de comportamiento, cuyas referencias, hacen someter mayormente a crítica y desde una visión menos idealista, la relación mantenida en el seno familiar hasta el momento. La autonomía del adolescente, con una relación interdependiente con sus padres de manera adecuada, no es excluyente, sino que ambos deben ser complementarios para el desarrollo normal y óptimo de la familia, que sin duda también estará atravesando un periodo de transición, en el que se pasará de tener hijos pequeños para tener hijos adultos (Montañés et al, 2008).

### **6.3 ASPECTOS METODOLÓGICOS Y ESTUDIO EXPERIMENTAL (FASE II)**

En los estudios experimentales se desarrolla un tipo de intervención cuyos resultados se espera que sean diferentes en las medidas posttest, y se utilizan para evaluar la eficacia de diferentes terapias, de actividades preventivas o para la evaluación de actividades de planificación y programación sanitarias. Este tipo de estudios pueden ser considerados terapéuticos o preventivos. Los de tipo preventivos, evalúan si un procedimiento reduce el riesgo de desarrollar una enfermedad, por ello los estudios experimentales de este tipo se realizan entre individuos sanos que pueden estar en riesgo de desarrollar una enfermedad. Y dicha intervención llevada a cabo puede ser sobre una base individual o comunitaria, a toda una población determinada (Burns y Grove, 2004).

Entre los distintos tipos de estudios experimentales, están los ensayos comunitarios, como el realizado en esta tesis, en ellos existe manipulación, pero no aleatorización de la muestra, por ello una o varias comunidades recibirán la intervención mientras otras servirán como control.

El objeto de dichos estudios, no es otro que el de estimar la eficacia de una intervención ya sea ésta preventiva, curativa o rehabilitadora. Estos estudios se caracterizan porque los investigadores tienen control sobre el factor de estudio, es decir, sobre dicha intervención. Los estudios experimentales en epidemiología, se asume que los grupos que se comparan son similares por todas las características pronósticas que pueden influir sobre la respuesta, excepto por la intervención que se está evaluando.

Para poder concluir la eficacia de dicha intervención, resulta necesario realizar una búsqueda de las escalas de medición comúnmente utilizadas y evaluar su calidad y valorar si éstas pueden usarse para dicho estudio. En el caso de esta tesis, tras una revisión del constructo y las escalas existentes, resultó más apropiado crear un nuevo instrumento para llevar a cabo dicho estudio tras valorar la carencia en esta área de conocimiento. Para ello se ha seguido con los protocolos publicados al respecto, tal y como se ha explicado en el capítulo de la metodología.

En esta tesis, la elección de que los sujetos (muestra) estuvieran cursando la ESO, y por tanto estuvieran dentro de la edad escolar obligatoria, fue tomada y respalda por la literatura revisada, la cual recomienda el inicio de actividades de promoción y prevención de conductas de riesgo en edades tempranas, donde resultan más efectivas las intervenciones en salud pública (OMS, 2011; Hernán et al, 2001). Se descartaron las etapas infantiles por la dificultad de explorar a través de entrevistas y grupos focales el fenómeno de estudio descrito en la primera fase de esta tesis debido a la etapa evolutiva de dichos sujetos, y a su vez también se descartó para el estudio experimental las enseñanzas superiores por no ser de tipo obligatoria y por considerarse según datos publicados en la literatura, como los registrados por estudios sobre conductas saludables (descritos en el capítulo 2) edades en las que ya se han instaurado ciertos patrones de conductas y hábitos poco saludables.

La educación debe iniciarse en edades tempranas para facilitar que los jóvenes procuren soluciones a sus propios problemas, busquen ayuda o digan “no” ante la presión social de manera precoz (Hernán et al, 2001). Por ello la intervención diseñada ha sido ejecutada a este grupo poblacional.

La adolescencia ofrece oportunidades para obtener beneficios de salud tanto a través de la prevención como de la intervención clínica temprana. Sin embargo, el desarrollo de sistemas de información de salud para apoyar esta afirmación ha sido débil y hasta ahora el estudio en este grupo poblacional ha quedado atrás de aquellos para la primera infancia y la adultez joven (Patton et al, 2012). Con la disminución del número de muertes en la primera infancia en muchos países y un énfasis creciente en los riesgos de enfermedades no transmisibles, lesiones y salud mental, hay buenas razones para evaluar las fuentes actuales de información de salud y educación sanitaria para los jóvenes. Los riesgos de enfermedades no transmisibles se están propagando rápidamente, con las tasas más altas de consumo de tabaco y sobrepeso, y las tasas más bajas de actividad física, predominantemente en adolescentes que viven en países de ingresos bajos y medianos. Estudios como el de Patton et al (2012) proponen una serie de pasos en este sector, en los que se incluye una mejor coordinación y uso de los datos recopilados entre todos los países, una mayor armonización de las encuestas escolares, un mayor desarrollo de estrategias para los jóvenes socialmente marginados, una investigación específica sobre la validez y uso de estos indicadores de salud, como la información sanitaria dentro de las nuevas iniciativas de salud global y una recomendación de que cada país produzca un informe regular sobre la salud de sus adolescentes de manera anual.

Uno de los temas que más preocupaba era la elección de la metodología para llevar a cabo la intervención educativa. Según la literatura consultada, la metodología es clave, y debe de huir de manipulaciones del comportamiento de los adolescentes, ya que el criterio clarificador que sustenta el “cambio” está fundado sobre el conocimiento consciente de los comportamientos adquiridos y de sus beneficios y consecuencias derivadas, y se señala que una intervención que solo tienda a una inmediata respuesta comportamental no es coherente con tal criterio y por tanto puede interferir en la eficacia de la misma (Serrano, 2002). Por ello esta intervención está basada en los términos del modelo de *Health Literacy* (desarrollado en el capítulo 2). Estas nuevas iniciativas, tal y como apuntan algunos autores expertos en esta área, no solo deben centrarse en las habilidades de los individuos y las demandas del sistema de salud, sin prestar atención a otras tareas, como por ejemplo los materiales de salud utilizados o las habilidades de los agentes de salud si no que éstos también deben atender al contexto y al entorno donde tiene lugar la atención de salud (Rudd, 2013).

Las acciones para la salud de los adolescentes deben extenderse más allá del enfoque predominante en la salud sexual y reproductiva. Patton et al (2016) refuerza la necesidad de dar una perspectiva

más amplia a las intervenciones dirigidas a los jóvenes, y apunta que en la educación secundaria puede ofrecerse grandes oportunidades para intervenciones en salud, ofreciendo acciones de salud que van desde la inmunización hasta la promoción de la alfabetización en salud incluyendo una educación integral y una promoción de la salud mental.

Como ya se ha explicado en capítulos anteriores, en esta intervención se incorpora, además, de forma novedosa, la voz del propio adolescente, pues en el diseño y elaboración se reflejan los principales hallazgos encontrados del estudio cualitativo (primera fase) en relación a la temática a incorporar, al tipo de materiales a utilizar, al formato que dar a cada taller, entre otros aspectos, esto es una de las premisas del modelo de *Health Literacy*, el acceso a la información así como los materiales utilizados (Rudd, 2013).

Es por ello que el desarrollo de cada sesión, no solo en relación al contenido sino al montaje de las mismas y los materiales a utilizar para cada taller, ha sido posible gracias al análisis de la primera fase, que ha proporcionado información valiosa para ir construyendo y diseñando el programa SAS. Entre otros elementos facilitadores destacables para su elaboración ha sido la propia creatividad entendida como la capacidad y destreza personal en crear juegos educativos que estimularán el aprendizaje en torno al autocuidado y que a su vez estos dieran respuesta a los objetivos marcados para esta intervención educativa y fueran apropiados para la etapa evolutiva de los sujetos. Cabe añadir, que algunos de los materiales a utilizar como apoyo, por ejemplo, la pirámide de alimentación o pirámide de la actividad física, entre otros, son proporcionados por los organismos estatales, como por ejemplo la Generalitat de Catalunya entre otras fuentes consultadas, que tienen sus materiales en acceso público. La totalidad de materiales creados para llevar a cabo dicho programa son de elaboración propia, asimismo todas las imágenes utilizadas son de acceso gratuito y libre en internet. Así mismo apuntar, que el formato de los talleres llevados a cabo durante la intervención representan también una novedad en los estilos de recibir educación sanitaria escolar hasta el momento (dicho formato esta descrito en el capítulo de metodología), y se alejan del tradicional método magistral para convertirse en un sistema participativo, motivador e implicador del sujeto que lo recibe.

Como también se ha explicado en capítulos anteriores, y dando respuesta a los objetivos de la tesis, dicho programa se lleva a cabo liderado por enfermeros, con un rol de *coach*. El *health coaching* es una estrategia que puede favorecer un ambiente de trabajo más cooperador entre los adolescentes, y con ello provocar un mayor aprendizaje, en un clima más dinamizador y participativo (Bonal et al, 2012). Y todo ello, representa un escenario ideal de motivación y facilitación de expresión por parte de los jóvenes, quienes de este modo se sienten el centro de la formación, y donde el rol del profesional es más de tipo instructor. Hay evidencia sobre estudios de *health coaching* que sugieren que dicha metodología puede suponer un mayor cambio de comportamiento que otro tipo de

intervención, y estos estudios revelan que dichas intervenciones fueron eficaces gracias a la fijación de metas, entrevistas motivacionales y colaboración con los agentes de salud encargados (Olsen y Nesbitt, 2010).

Dicho programa entiende la educación sanitaria como una atención holística, donde el adolescente y sus padres juegan un papel central. Es por ello, que se incluye una sesión para los padres durante su ejecución. La inclusión de los padres dentro de un programa educativo como este puede favorecer los procesos de toma de decisiones más adecuados y acordes con las necesidades de los adolescentes, ya que estos son del entorno más inmediato con el que conviven los jóvenes. Es casi natural puesto que la salud de los hijos es una motivación para sus padres (Espinosa, 2004).

Esta sesión para padres específica se diseñó con el propósito de que fuera una estrategia de apoyo a conseguir los objetivos del programa SAS. Está demostrado que la implicación, el interés, la motivación, la actitud y el ejemplo de los padres ante los hijos, tal y como se ha visto en los hallazgos de la primera fase de la tesis, influyen positivamente en la conducta de los hijos frente a los estudios, frente a la vida, frente a los hábitos y estilos de vida, etc. Por todo ello, se pensó incluir a los padres dentro del programa SAS, además de que en pediatría los cuidados se dan bajo un marco conceptual centrado en la familia.

Educar, se ha convertido en una de las tareas más importantes de los padres. Por ello, toda ayuda que reciban es fundamental, no cabe señalar que la gran mayoría de los padres entienden la importancia de su labor educativa, en todos los aspectos, y muestran un enorme interés por hacerlo mejor y prepararse para ello. Aquí es donde los profesionales de la salud cuentan con el gran reto de proporcionar herramientas que mejoren y ayuden en la tarea de educar a los hijos en materia de salud. La educación sanitaria, resulta una de las estrategias más importantes dentro de la sanidad, ya que sin duda está mejora los conocimientos y con ello se puede mejorar todo lo demás (actitudes, comportamientos, etc.). Durante la sesión, se dieron consejos y recomendaciones en relación a todos los temas impartidos para los adolescentes: alcohol, tabaco, ocio saludable, actividad física, hábitos, higiene, etc. Se excluyó el tema de primeros auxilios, que únicamente se trabajó con los adolescentes, pero, por otro lado, se incluyó el tema de comunicación, ya que la comunicación familiar es básica para ayudar a los niños a desarrollar una autoestima fuerte, una personalidad saludable y unas buenas relaciones sociales.

Aparte de transmitir herramientas concretas y educar a los padres sobre cómo hacerlo posible y de manera práctica, y con ello mejorar en los estilos educativos, también se informó sobre los propios temas, haciendo hincapié en los beneficios, riesgos y consecuencias que tiene para la salud ciertos hábitos y conductas; destacando principalmente la gran influencia que tienen ellos como padres sobre sus hijos adolescentes, y en cómo ser ejemplares y modelos de conductas.



No cabe duda, que la educación sanitaria es cosa de todos, y cualquier acción en este término requiere necesariamente de un compromiso por parte de varios sectores. Al mismo tiempo que se necesita de mayor inversión y reformas en los servicios de salud, ya que por norma general los adolescentes siguen siendo un grupo de edad con baja cobertura de salud (Patton et al, 2016). La formación en salud no es únicamente necesaria para adolescentes, pues los padres se encuentran muchas veces con necesidades de información poco cubiertas en la difícil tarea de ayudar a sus hijos en la consecución de unos hábitos y estilos de vida saludables. La inclusión de los padres dentro de programas de este tipo garantiza alcanzar un mayor grado de conocimientos en salud (*Health Literacy*) y con ello un mejor autocuidado y ciertos cambios de actitud esenciales como para llevar una vida sana. La influencia y motivación por parte de la familia en la consecución de un estilo de vida adecuado, libre de riesgos para la salud, resulta fundamental para el adolescente, pues la familia es un escenario de aprendizaje para la vida constante (Oliva, 2011).; por ello representan un grupo clave para recibir educación y así ser transmisores del valor del autocuidado para la salud a sus hijos. Sé puede decir, que la primera lección que han de dar los padres a sus hijos es la del ejemplo.

La inclusión de los padres en los órganos de participación de los centros como un derecho y un deber de los mismos ante la educación de sus hijos, está recogido en la constitución española de 1978; dicha participación puede ser de manera individual y/o de forma colectiva a través de asociaciones de madres y padres o escuelas para padres en los centros. Por otro lado, existen trabajos que establecen que cuando concurre una relación padres-escuela y existe una participación de la familia en la vida escolar, ambos hechos son fundamentales en: la mejora del rendimiento académico del alumnado; una mayor autoestima en los niños; se desarrollan actitudes y comportamientos positivos y se mejora también la calidad de las relaciones interpersonales padres-hijos; se generan actitudes positivas hacia la escuela; y el centro mejora su calidad educativa (Flecha, 2009; Hernández y López, 2006; Includ-ed, 2011; Tellado y Sava, 2010). Redding (2000) subraya que cuando las familias se relacionan entre sí, el capital social se incrementa y los niños reciben la atención de un número mayor de adultos y los padres comparten pautas, normas y experiencias educativas. Esto implica que hay que construir un espacio de encuentro, una escuela para todos y de todos, donde se refuercen valores comunes a través de la confianza en la familia y en la educación, donde predomine la responsabilidad compartida, colaboración y cooperación respetando el derecho de todos.

Atendiendo a los resultados obtenidos tras el estudio experimental, estos muestran que la población adolescente, de manera general, tiene un alto interés por la salud y además percibe los posibles riesgos que se pueden derivar de ciertas conductas, lo cual sin duda es un aspecto muy positivo, teniendo en cuenta que ello representa un gran paso para evitar ciertos peligros que se pueden derivar de ciertas conductas poco saludables a esta edad, pudiendo así tomar decisiones en salud favorables para la persona. Algunos estudios han observado que se da una relación entre la

percepción del estado de salud y la imagen corporal percibida, lo que supone que a mejor percepción de la imagen corporal mejor percepción de estado de salud y viceversa (Urrutia et al, 2010). Lo cual podría tener sentido a esta edad, ya que suele ser una etapa de la vida concebida como baja mortalidad y morbilidad, y por norma general se suele gozar de una buena salud. Estudios realizados en edad adulta revelan que la percepción subjetiva de salud se relaciona también con resultados objetivos de salud, con una mayor calidad de vida y con una mayor supervivencia. Por tanto, es posible que en la edad adolescente debido al balance objetivo de la salud de este grupo poblacional se tenga mayor autopercepción de salud (Palenzuela, 2010).

Sin embargo, esta situación se confronta con los resultados obtenidos en diferentes estudios, como los realizados por el HBSC (revisión realizada en el capítulo 2) que presentan datos relevantes en torno a las prácticas de salud de los jóvenes actuales en relación a los hábitos en esta edad (MSSSI, 2016), observando que no siempre las conductas de los adolescentes son saludables, y aportando datos como el inicio del consumo del hábito tabáquico o del alcohol, así como de ciertas conductas insaludables con la higiene y la alimentación se dan a partir de la pubertad. Es por ello, que no parece lógico contar con una población que aparentemente esta sensibilizada y concienciada del valor de la salud y/o de los peligros a los que se exponen al seguir ciertas conductas y sin embargo luego los datos expresan otra realidad. Esta situación generada, puede ser debida, por un lado, a las propias condiciones a nivel psicológico del adolescente hacia la construcción de una identidad adulta que le supone asumir riesgos y experiencias nuevas, debido al tipo de egocentrismo típico en esta edad, así como a su falsa creencia de invencibilidad, haciéndose creer que es inmune a cualquier situación de riesgo (Piehler, 2011). Y, por otro lado, puede considerarse un indicador poco útil (autopercepción de salud) a esta edad, precisamente por este motivo, ya que la percepción subjetiva se ajusta muy poco al estilo de vida adoptado.

Los resultados obtenidos en el estudio sugieren que el programa educativo estimuló una mejora significativa en el autocuidado de los adolescentes en los términos descritos en esta tesis, resultando ser una buena estrategia para fomentar estilos de vida saludable, conocimientos en salud, promocionando la salud y concienciando al adolescente sobre su interés en la salud. Por otro lado, los resultados sobre la satisfacción del programa revelan que este fue significativamente positivo para los adolescentes, tema importante si se quiere conseguir mayor implicación de los mismos en su autocuidado. Estudios similares (Vega et al, 2015) apuntan que la educación para la salud en las escuelas es una estrategia necesaria para favorecer comportamientos saludables en el alumnado, y añaden que la prevención del consumo de drogas, la educación afectivo-sexual, la formación para la seguridad vial, la promoción de la salud física y mental son algunos de los aspectos clave para el desarrollo integral de los adolescentes.

## 6.4 CONTENIDO INTERVENCIÓN EDUCATIVA (TEMAS PROGRAMA SAS)

Alcohol: El alcohol es la sustancia adictiva más consumida y tolerada en nuestra sociedad y una de las que más problemas sociales y de salud ocasionan. El consumo de alcohol se inicia cada vez más pronto, de ahí la importancia de abordar este tema tanto en los propios adolescentes como con las familias. Para poder comprar y/o consumir bebidas alcohólicas la ley establece una edad específica en casi todos los países, esto se debe a que el consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad tiene repercusiones en la salud y desarrollo de la persona. Los estudios revelan que el consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad, los episodios recurrentes de consumo en la adolescencia y beber hasta embriagarse pueden afectar negativamente el desarrollo mental, los hábitos de estudio y el desarrollo de las habilidades necesarias para una correcta transición a la edad adulta (Zeigler, 2005).

Los adolescentes se encuentran en constante riesgo debido a ciertos patrones de consumo social establecidos, y además porque se encuentran todavía experimentando cambios en su desarrollo. Estos importantes cambios biológicos que están sucediendo son la razón de que el cerebro del adolescente sea más vulnerable a los efectos nocivos del alcohol en comparación con un cerebro adulto (Zeigler, 2005). Si bien existe una diversidad entre los diferentes factores que llevan a los adolescentes a consumir alcohol, se encuentran entre las principales fuentes de influencia la familia, los amigos, los medios de comunicación, las normas culturales y la religión, así como las políticas gubernamentales. Todo ello influye para que se de en menor o mayor grado el consumo, y se instaure un patrón en este grupo de edad. Por ello la OMS incide en la necesidad de cambios de tipo gubernamentales como ahora cambio de precios, restricción de abastecimiento, y una mayor regulación de su comercialización (WHO, 2010).

Por otro lado, se incide en la importancia de crear espacios ejemplares, empezando por la familia y por los códigos de costumbres de una sociedad. Por ejemplo, se ha comprobado que la promoción de bebidas alcohólicas en los medios publicitarios influye en la decisión que toman los adolescentes para beber, y existe evidencia que demuestra que esta publicidad aumenta las probabilidades de que los adolescentes y jóvenes comiencen a beber, o aumenten su consumo de alcohol (Obot y Saxena, 2005). Y, en algunos estudios se evidencia la cultura mediterránea como elemento causal del contacto del alcohol en edades muy tempranas, sobre todo en relación al entorno familiar y con ocasión de alguna celebración familiar o como parte de la dieta. Sin embargo, en la adolescencia aparece un patrón de consumo diferente al modelo mediterráneo, donde predomina el vino y de consumo diario, para adoptar un modelo similar al resto de Europa con un consumo intermitente y masivo asociado

al fin de semana y con una ingesta de alcohol de alta graduación ((Palenzuela, 2010; Piedrola, 2015; Sánchez, 2002).

El alcohol al inicio produce euforia y desinhibición, pero en realidad es una sustancia depresora del sistema nervioso central y afecta a la atención y a la coordinación. Por eso, con el consumo de alcohol aumenta el riesgo de accidentes de tráfico y laborales, además del riesgo de desarrollar conductas perjudiciales tales como beber en exceso, problemas en las relaciones de amistad, violencia y la práctica de relaciones sexuales de alto riesgo (OMS, 2010). Estas conductas tienen sus propias consecuencias para la salud y seguridad de las personas, que incluyen daños al desarrollo cerebral, riesgo de lesiones, de muerte y un mayor riesgo de participar en actos de violencia y de contraer enfermedades contagiosas. Algunas de las enfermedades que se pueden producir a largo plazo son: cirrosis hepática, pancreatitis, cáncer de labio, boca, laringe, esófago, hígado, y trastornos psicosociales con la afectación de terceros (familia, trabajo, accidentes de tránsito...), entre otros. La OMS (2010) recomienda la abstinencia absoluta a los menos de 16 años y considera un consumo de riesgo cualquier ingesta realizada durante esta edad.

Tabaco: El tabaquismo es un grave problema de la salud pública en todo el mundo. España sigue estando entre los diez países europeos con mayor número de fumadores, ocupando el noveno lugar entre los países de la unión europea con mayor porcentaje de fumadores (Daniele, 2015). Y, pese a la reducción de adictos que ha disminuido varios puntos en los últimos años y al avance en la Ley de espacios libres del humo del tabaco de 2011, sigue siendo el tabaquismo la principal causa de muerte evitable en el mundo y responsable de una pérdida media aproximada de 10 años de vida (SEOM, 2016).

Con respecto a la población joven, en Catalunya, el último informe de salud (Generalitat de Catalunya, 2017), sitúa la franja de edad entre los 15 y 19 años como la etapa de inicio en el consumo. Sin embargo, a nivel estatal, prosigue la tendencia de ir retrasando la edad de inicio al consumo de tabaco, que se sitúa de manera general a los 13,9 años frente a los 13,2 de hace una década (ESTUDES, 2014). La Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) en 2016 subrayó que el hábito de fumar es el determinante más fuerte de la mortalidad por cáncer en la unión europea, se estima que el efecto carcinógeno del tabaco se asocia al 16-40 % de los casos de cáncer en general, además de a enfermedades respiratorias (75 % de bronquitis crónica, enfisema y asma) y a enfermedades cardiovasculares (25 % de cardiopatía isquémica), por ello reivindica que sean endurecidas las leyes y las advertencias sanitarias a nivel general pero sobre todo en edades críticas de inicio en el consumo, como lo es la adolescencia. .

La mayoría de las personas se concentra en los riesgos a largo plazo y cree que los daños provocados por el cigarrillo aparecen de manera tardía, pero existen muchas consecuencias que pueden aparecer de manera inmediata, como ahora, por ejemplo todos los efectos relacionados con el sistema respiratorio (obstrucción leve de las vías respiratorias, función pulmonar disminuida, tos persistente, mayor duración de los procesos respiratorios y retraso de crecimiento de la función pulmonar, etc.) o los causados en el sistema cardiovascular (taquicardia, aumento de la presión arterial, disminución de la tolerancia al ejercicio, vasoconstricción coronaria, etc). Además de algunos otros de tipo depresión inmunitaria, halitosis, mayor absentismo escolar, disminución del rendimiento en la práctica de deportes, e incluso haberse demostrado que se pueden detectar los primeros signos de enfermedad cardíaca y de accidente cerebrovascular en los jóvenes fumadores (Tobacco free center, 2008)

La adicción al tabaco para toda la vida generalmente comienza antes de los 18 años, y de sobras es sabido que cuanto más precozmente hayan iniciado el consumo de tabaco mayor riesgo de cáncer de pulmón y enfermedades cardiovasculares y respiratorias se tiene (WHO, 2008). Se dice, que para que el joven llegue a establecer el hábito tabáquico, existen una serie de factores que influyen en su consolidación y que tienen que ser conocidos para poder actuar y contrarrestar estas influencias. Como factores predictivos de que el adolescente sea susceptible al hábito dependerá en gran medida del comportamiento tabáquico de los propios padres, hermanos mayores y maestros. El que se inicie en el hábito dependerá de la influencia también de los amigos y los propios compañeros; el que sigan adoptando y manteniendo el uso del tabaco se puede atribuir a una serie de factores externos como la publicidad que contrarresta y anula las influencias positivas de los educadores. En este sentido, la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Semergen), ha afirmado que la prohibición de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco permitiría reducir su consumo en un 7 % de media, y apuesta también por el empaquetado neutro, que disminuye el atractivo de las cajetillas y aumenta la eficacia de las advertencias sanitarias (Semergen, 2016).

Hábitos higiénicos personales: Unos buenos hábitos y conductas higiénicas proporcionan un efecto de bienestar en la persona, produciendo una sensación de autonomía y aceptación social favoreciendo así la propia percepción de la salud. Por ello, una correcta higiene durante la adolescencia es fundamental, no sólo por razones estéticas, sino sobre todo para mantener una buena salud. Así lo demostró la instauración de hábitos de higiene personal en el siglo XX que, junto a otros factores, tuvo un papel decisivo en la disminución de la mortalidad infantil y el aumento de la esperanza de vida en todos los grupos de edad (Moreno Martínez et al, 2015).

Los hábitos y conductas higiénicas resultan la mejor estrategia de defensa contra las enfermedades contraídas por bacterias y agentes infecciosos, ya que unos hábitos deficitarios pueden suponer problemas de salud a nivel individual y comunitario, apareciendo enfermedades infecciosas y parasitarias como por ejemplo la otitis, micosis, diarreas, caries dental, pediculosis, etc. Muchas de estas enfermedades tienen una gran prevalencia en la edad infantil, ya que, por ejemplo, la incidencia de caries en la edad infantil supera el 80% (Gómez, 2006), y problemas de vulvovaginitis en niñas está relacionada en un 76% con una higiene inadecuada (Varona, 2010). Cabe apuntar, que el exceso de higiene, unido a la mejora de las condiciones de salud actuales, podría contribuir también a un aumento de la incidencia de algunos trastornos autoinmunes como por ejemplo enfermedades de tipo alérgicas. Y por ello, la educación sanitaria en este ámbito siempre tiene cabida, ya que el exceso o déficit de higiene puede causar molestias importantes para la persona y su salud.

Además, son muchos los estudios que inciden que la desatención en la higiene no solo afecta a la salud de la persona, sino también está relacionada especialmente con otros factores como ahora el rechazo social, la disminución de la calidad de vida o el estigma social, e inciden que debería ser durante la etapa infantil cuando se diera la adquisición de conocimientos y hábitos relacionados con la higiene personal, y que esta debería de darse de forma temprana tanto en el entorno familiar como escolar (Moreno Martínez et al, 2015).

Pero, esto no siempre es fácil, y en el caso de los adolescentes a veces se olvidan del valor que tienen los hábitos de higiene personal, como ahora el baño, el uso de desodorante o hacerle caso al cepillo de dientes. Y eso se une a que en esta etapa de su vida con todas las alteraciones hormonales de la pubertad llegan los olores fuertes, el exceso de grasa y el aumento de la sudoración, y con ello mayor riesgo de sufrir infecciones y enfermedades. Por todo ello es imprescindible inculcar durante los primeros años de la adolescencia unas buenas medidas de higiene. Cuando esas normas se aprenden temprano es mucho más fácil que se mantengan a lo largo de toda la vida. Además, la promoción de la salud en este aspecto ayudará a que a los adolescentes se hagan más responsables y disciplinados consigo mismos y a entender la importancia de la salud.

Actividad física y deporte: En la actualidad existe una alta incidencia de sobrepeso y de otros factores de riesgo para la salud que podrían contribuir a la disminución de la expectativa y de la calidad de vida en el adulto. La OMS identifica el sedentarismo como un grave problema de salud en los niños y jóvenes de 5 a 17 años (AEP, 2014). Durante la adolescencia, suele ser habitual en algunos casos la apatía y con ello la falta de energía e interés por la actividad física. Entre ir al instituto, estudiar, los amigos y asumir otras responsabilidades puede conllevar a abandonar el deporte que se iba practicando durante la infancia. De la misma manera que el estilo de diversión cambia a estas edades

para convertirse en un sistema algo más sedentario a causa de ordenadores, videoconsolas y otras formas de entretenimiento que hacen que los adolescentes tengan una insuficiente actividad, por ello es fundamental seguir promoviendo la actividad física que se realiza hasta la vida adulta.

No obstante, si se les da la oportunidad y ellos tienen interés, los adolescentes pueden mejorar su salud casi con cualquier actividad con la que disfruten, como el monopatín, el patinaje, el yoga, la natación, el baile o jugar a la pelota en la calle. Se recomienda que los adolescentes hagan una hora de actividad física a ser posible todos los días, como por ejemplo ir andando al instituto, subir escaleras, pasear el perro, entre otras tareas cotidianas. Y, asimismo, practiquen deporte de 2 a 3 veces por semana (OMS, 2010). Participar en deportes de equipo y de carácter individual puede favorecer la confianza en uno mismo, así como ofrecer oportunidades para relacionarse con los demás y mucha diversión, a parte sin duda de llevar una vida saludable. Sin embargo, más allá de la práctica de un deporte, lo que se considera fundamental es mantener una vida activa, y con ello mantener una mínima actividad física diaria (OMS, sf).

La actividad física es esencial para el mantenimiento y mejora de la salud y la prevención de las enfermedades, para todas las personas y a cualquier edad. Esta contribuye a la prolongación de la vida y a mejorar su calidad, a través de beneficios fisiológicos (ayuda a mantener saludablemente las funciones fisiológicas del sistema cardiovascular, el respiratorio o el locomotor, detiene el deterioro causado por el envejecimiento y reduce la posibilidad de patologías crónicas), psicológicos (ayuda a mejorar el estado de ánimo, disminuye el riesgo de padecer estrés, ansiedad y aumenta el autoestima) y sociales (fomenta la sociabilidad, y la integración social) (MSSSI, sf).

De manera inmediata, los beneficios de la actividad física incluyen mantener un peso saludable, sentirse con más energía y tener mejores perspectivas de futuro. Además de que en la infancia y la adolescencia ayuda a tener mejor condición física y coordinación motriz. De bien es sabido que mantener una actividad física adecuada ayuda a prevenir las enfermedades cardíacas, la diabetes y otros problemas de cara al futuro como la obesidad, la hipertensión y la hipercolesterolemia, entre otros. Es en la adolescencia donde se tiene que favorecer un estilo de vida activo para que el hábito se mantenga durante la etapa adulta. De ahí la importancia de hacer educación sanitaria para promover un estilo de vida activo y la práctica de ejercicio físico, y deporte de manera habitual. Esto es necesario a cualquier edad, pero especialmente en el adolescente, ya que otro de los aspectos que influyen en los hábitos son las costumbres de sus amigos y compañeros más próximos, modas, la búsqueda de su identidad y la necesidad de control de su propia actividad, todo ello despertará el interés y el atractivo en este grupo poblacional (AEP, 2014).

Alimentación: La conducta y los hábitos alimenticios se establecen durante la infancia, pero es en la adolescencia cuando aumenta el control y la autonomía del joven. Es también durante esta etapa donde se establecen los patrones de conducta que vienen marcados por el aprendizaje previo, sin embargo, hay que considerar otros patrones que influyen en el modo en que eligen la comida como ahora el entorno, el grupo de amigos, los mensajes de la sociedad en general, los anuncios, la cultura y el nivel de conocimientos que interfieren en los modelos de conducta actual (Moreno y Galiano, 2006). Cada vez es más frecuente que los adolescentes experimenten insatisfacción con sus cuerpos y adopten comportamientos alimentarios para controlar el peso. Estos comportamientos pueden tener consecuencias graves para la salud física pero también psicológica, pudiendo desarrollar trastornos de la conducta alimentaria que son cada vez más frecuentes, y en edades más tempranas.

Y, aunque el papel que tiene la familia en la alimentación del adolescente va perdiendo relevancia, varios estudios han demostrado el efecto positivo de las comidas en familia sobre la calidad de la dieta de los jóvenes, mostrando que aquellos que comían en familia con más frecuencia presentaban un mayor consumo de frutas y verduras, y, por consiguiente, una mayor ingesta de fibra, calcio, vitaminas y otros minerales, disminuyendo así el consumo de grasas y refrescos (Moreno y Galiano, 2006). Además, revelan que comer en familia no influye únicamente en la calidad de la dieta sino en la variedad de los alimentos ingeridos, y en la creación de lazos con la familia, siendo la comida sólo la ocasión para compartir tiempo juntos. El promover una alimentación sana y unas formas correctas de comer (sin televisión, sin ruidos, con un horario regular y comer junto con la familia) intervienen en la prevención primaria para evitar trastornos alimentarios como por ejemplo la anorexia y la bulimia (Moreno y Galiano, 2006).

A menudo, los adolescentes mantienen una alimentación desequilibrada ya que empiezan a comer más fuera de casa o a comer solos, esto hace que escojan alimentos que les apetece, realizando ingestas inferiores a las recomendadas. Un clásico a esta edad, es la omisión de algunas comidas, sobre todo el desayuno, o consumir gran cantidad de alimentos energéticos y superfluos entre horas, lo que hace que la dieta se vuelva monótona, hipercalórica y excesiva en grasas e hidratos de carbono, con insuficientes requerimientos de vitaminas y minerales, como ahora el hierro o el calcio (Martínez Suárez et al, 2009).

De forma general, es habitual que se despreocupen de los hábitos alimentarios adecuados, por consiguiente, hacen un desayuno deficiente, realizan pocas ingestas de frutas y verduras, pocos productos lácteos y cereales, y excesivas ingestas de refrescos, comidas industriales y de *fast-food* (Yngve et al, 2005). En contra, es frecuente también durante esta edad que muestren gran preocupación por el físico y por una alimentación sana y natural, sin embargo sus modos de actuar



exhiben hábitos erráticos, provocando precozmente trastornos de la imagen corporal que originan total despreocupación por hábitos saludables, y con ello instauración de estilos de vida de riesgo: como perseguir un ideal de delgadez excesivo, el sedentarismo, la ingesta de comida rápida, consumo de alcohol, tabaco y no realizando ejercicio físico (Yngve et al, 2005; Martínez Suárez et al, 2009).

Estos patrones de conducta se alejan de la referencia de una nutrición óptima que favorezca la salud y un buen estilo de vida, y es que llevar una mala alimentación puede conllevar a tener efectos a nivel físico, conductual y también psicológico. Presentar una restricción energética durante esta edad puede provocarles un retraso en su crecimiento, en su maduración corporal y en el rendimiento psíquico. Durante la adolescencia se acelera el crecimiento con un importante incremento de la talla y la masa corporal y, por esta razón, aumentan las necesidades nutricionales de proteínas, hidratos de carbono, grasas, vitaminas y minerales. Además del esfuerzo mental que requiere mucha energía y precisa de una alimentación más sana y equilibrada (Martínez Suárez et al, 2009).

Por lo tanto, una alimentación sana y equilibrada que les aporte los diferentes nutrientes que necesiten tiene una influencia positiva en la salud para prevenir enfermedades cardiovasculares en el futuro y la obesidad que cada vez se presenta en edades más tempranas y que, a su vez, esta puede ocasionar otros problemas tales como discriminación escolar, entre otros tipos de trastornos psicosociales.

Higiene bucodental: Es en los periodos de la infancia y la adolescencia es donde reside un mayor riesgo de aparición de caries y problemas de encías, y todo y que en España los estudios epidemiológicos realizados evidencian que en los últimos años se está produciendo un importante descenso en la prevalencia, especialmente en dentición definitiva. Esto podría ser atribuible a la mejoría de los hábitos de salud bucodental de la población, pero todavía en nuestro país la frecuencia de estos hábitos continúa alejada de las recomendaciones de las sociedades científicas (Barriuso et al, 2012).

Los adolescentes son uno de los grupos de mayor riesgo de afecciones bucales, debido a que, en esta edad, comienzan a ser más independientes a nivel general, y con ello un mayor control de su propia higiene bucodental. A menudo, descuidan el cepillado, por no hablar de otros hábitos de higiene como el hilo dental. Muchos a esta edad llevan aparatos de ortodoncia, lo que facilita la acumulación de restos alimentarios y placa dental, por lo que pueden agravarse ciertos problemas. Asimismo, los padres dejan de supervisar y controlar la higiene bucodental que mantenían cuando eran niños. Todo y con ello, la literatura refiere que aquellos padres con mejor salud bucal tienen hijos con mejor salud bucal, y aquellos con mejores hábitos de salud también tienen hijos con mejores

hábitos orales; lo que representa que la familia sigue siendo una influencia en la adquisición de hábitos en este campo (Barriuso et al, 2012).

Pero no es solo la independencia típica de esta edad, sino la confluencia de otros muchos factores asociados como por ejemplo, los cambios en los estilos de vida, empezar a comer fuera de casa, consumir más comida rápida y refrescos, el seguimiento de ciertas modas como la colocación de piercings en la cavidad oral, consumo de productos nocivos como alcohol y tabaco, así como una serie de cambios fisiológicos, como crecimiento maxilar y de las estructuras dentarias, mal oclusiones no corregidas, etc.; hacen que esta sea una época complicada para la salud bucal y su mantenimiento.

Durante el tránsito a la vida adulta, además pueden aparecer algunos problemas dentarios típicos de la adultez en relación al estrés y estilo de vida, como ahora el bruxismo, provocando dolores fuertes y deterioro dentario. Además, durante la adolescencia se inician en sus primeras relaciones afectivas, a través de los besos, y ello puede facilitar la transmisión de bacterias y facilitar el desarrollo de enfermedad periodontales (Barriuso et al, 2012), lo que convierte a la higiene dental en una prioridad durante esta etapa de cambios y paso a la vida adulta.

Es por todo ello que hace que la atención bucodental a esta edad se convierta en todo un reto, y sean un grupo de referencia para promover hábitos y conductas saludables en este ámbito. Sin embargo, concienciar a este grupo poblacional sobre la importancia de tener unos hábitos adecuados que eviten el riesgo de posibles problemas dentarios, resulta muy complicado. Adquirir unos buenos hábitos bucales a tiempo repercute sin duda en una vida sana adulta en varios aspectos, como, por ejemplo, a nivel digestivo; por ello es la adolescencia el momento ideal para empezar a sensibilizar sobre un cuidado regular y minucioso para prevenir problemas futuros.

Toma de decisiones: El adolescente en su tránsito a la vida adulta, se encuentra en un proceso de búsqueda y construcción de su propia identidad para llegar a tener una manera individualizada de ser y encontrarse en la vida. Durante la construcción de su nueva personalidad, surgirá la evolución del propio pensamiento, dando lugar a una serie de cambios de maduración cerebral en los procesos cognitivos, siendo ahora mucho más complejos que en la edad infantil. Es durante la adolescencia donde ciertas habilidades de la inteligencia se reforzarán, permitiendo que el cerebro pueda procesar la información de manera distinta, en forma y calidad diferente, y con ello permitir al adolescente tomar decisiones y llevarlas a cabo de forma responsable (Bernal, et al, 2014).

Pese a que la adolescencia se vive como una verdadera revolución biopsicosocial, es durante esta etapa donde empezarán a marcarse sus propias metas, a planificar y a coordinar los pasos para alcanzarlas, a adaptarse a los cambios, a aprender de las emociones nuevas y pensamientos, etc.; y aunque es algo que se ha de aprender durante toda la vida, sí que es necesario enseñarlo durante esta etapa de desarrollo (Acuña et al, 2013). Tomar decisiones es una de las tareas más habituales del ser humano, tanto que a veces se hace de forma mecánica. Sin embargo, se trata de un proceso con una técnica propia que se debe conocer bien, y que con la edad se torna más compleja. Decidir es un excelente ejercicio del que un adolescente puede aprender mucho, y esto dependerá del estilo educativo que se tenga y de lo estimulado que el adolescente este dentro del núcleo familiar. Los expertos dicen, que la capacidad de tomar decisiones se forja con el apoyo de los padres hacia los hijos, por ello es muy importante que en los núcleos familiares se involucre a los niños en la toma de decisiones dejando que puedan transmitir sus ideas, generando una comunicación segura y positiva (Bernal et al, 2014), donde expresarse sea un deber más que un derecho.

Enseñar a tomar decisiones es enseñar a pensar por ellos mismos, por ello habrá que estimular ciertas capacidades intelectuales como ahora analizar, comparar y valorar distintas opciones, para que en el ejercicio de su libertad puedan decidir sin presiones ajenas, evitando así la influencia de los demás y la presión entre iguales (Acuña et al, 2013). Todos, sabemos que tomar decisiones no es fácil, y que a veces decidir supone renunciar a una de las opciones, por ello es muy importante reflexionar acerca de estas antes de elegir, y sin duda para ello se debe estar preparado, de lo contrario se pueden precipitar o incluso llegar a no saber tomar decisiones, siendo los demás quienes las tomen por nosotros. Este proceso mental es el que el adolescente debe aprender para tener la garantía de una buena toma de decisiones, para ello se debe fomentar la práctica de la escucha activa, el autorespeto y el pensamiento crítico (Acuña et al, 2013). Y, aunque en el curso de la vida, equivocarse es habitual, resulta necesario aprender de los errores, y con ello saber recomponerse y seguir aprendiendo. Por ello, se debe fomentar la autonomía, ofreciéndole consejos e información necesaria, sin ello caer en el error de elegir por ellos u obligarles a hacer lo que otros quieren.

Habilidades sociales (relaciones sociales y humanas): Las habilidades sociales son un conjunto de conductas que hacen que las personas se desenvuelvan eficazmente en lo social cuando interactuamos con otros individuos, nos permiten relacionarnos satisfactoriamente. Estas habilidades parten del aprendizaje previo de las normas sociales básicas, que se aprenden en el contexto familiar, donde el niño inicia su andadura social y aprende habilidades y formas de actuación a lo largo de la infancia y la adolescencia. Es dentro de la familia donde el niño va aprendiendo los hábitos, los valores, las actitudes y las creencias que están en consonancia con las normas de la sociedad en la que vive (Senra, 2010).

Algunas de estas habilidades sociales básicas son referidas a la socialización (como, por ejemplo, escuchar, iniciar una conversación, presentarse, despedirse, hacer cumplidos, dar las gracias, respetar, no interrumpir, etc.), a la cooperación (como, por ejemplo, participar, sugerir, compartir, inserción en un grupo, no agresividad, aceptar posibles negativas, etc.) y por último, a la empatía y asertividad referidas a ofrecer apoyo, ayuda, preocupación por los demás, solidaridad, pedir prestado, expresar sentimientos, etc. Y aunque muchas de estas se aprenden de manera natural conforme se da el desarrollo de la persona, y por tanto se puede decir que son habilidades adquiridas y desarrolladas con la práctica, en ocasiones no va a ser así y dependerá del tipo de vida y experiencia de cada uno en cuanto a su desarrollo; por tanto, se van a ir aprendiendo a lo largo de la vida. También hay algunas otras que resultan ser conductas aprendidas y son las referidas a las habilidades más complejas (por ejemplo, afrontar críticas, admitir la ignorancia, pedir disculpas, convencer a los demás, etc.) y van a estar influenciadas, en general, por la cultura y el entorno en el que nos encontremos, los hábitos y formas de comunicación, nuestras ideas y valores, por el autoconcepto y autoestima, etc. (Betina y Contini, 2011)

Sin duda, las habilidades sociales se encuentran presente en la vida diaria, tanto en ambientes familiares, laborales como entre amigos. Los individuos que manifiestan habilidades sociales adecuadas funcionan mejor en el ámbito escolar, social y emocional, y tienen más facilidades para establecer interacciones positivas con su entorno. Es decir, las habilidades sociales son un requisito necesario para la socialización del niño y del adolescente (Senra, 2010). Aprender y desarrollar estas en uno mismo es fundamental para conseguir unas relaciones óptimas y satisfactorias con los demás en cualquier ámbito, y por consiguiente garantizar una correcta adaptación social. La ausencia de ellas o el escaso desarrollo puede derivar problemas de autoestima, de relación social, escolares, emocionales, etc.; pudiendo desencadenar dificultades para desenvolverse en el mundo social que lo rodea, tener relaciones de amistad sanas, alto riesgo de inadaptación social, de fracaso escolar, de desequilibrio emocional, de autoestima baja y de consumo de tóxicos, entre otros (Senra, 2010).

De hecho, la incompetencia social del adolescente se considera un factor de riesgo para el abuso de alcohol y la literatura apunta que es la base de la multicausalidad del abuso de alcohol en adolescentes, apuntan que el autocontrol juega un papel decisivo en el afrontamiento constructivo de la inseguridad, en la tolerancia ante las frustraciones y en la firmeza para afrontar críticamente cualquier situación y tomar decisiones personales; por ello el autocontrol y la competencia social son la base de las aptitudes críticas del adolescente que le permitirán poner en orden sus sentimientos, controlar sus impulsos y comunicarse eficazmente con los demás, respondiendo a situaciones sociales de forma reflexiva y responsable (Senra, 2010). Algunos estudios apuntan que aquellos con déficit

en sus habilidades sociales presentan una mayor ocurrencia de conductas disruptivas y un mayor riesgo de trastorno psicopatológico en la infancia o la adolescencia (Betina y Contini, 2011), y, por tanto, afirman que un buen perfil socioemocional del adolescente previene no solo sufrir trastornos psicopatológicos, sino reducir el riesgo también de adicciones como el alcohol o el tabaco (Senra, 2010).

Hábitos (beneficios vs consecuencias): La adolescencia es una etapa decisiva en la adquisición y consolidación de los estilos de vida saludables, así como también un tiempo de experimentación y elección de conductas relacionadas con la salud en un sentido amplio, es decir, es un momento que posibilita el aprendizaje e instauración de todo aquello que proporciona al individuo un bienestar y desarrollo a nivel bio-psico-social (Bermejo, 2011). Por ello no cabe duda, que representa una de las etapas más importantes para incidir sobre hábitos y estilos de vida adecuados.

La adopción de un estilo de vida saludable durante la infancia y la adolescencia resulta un elemento crucial para un adecuado desarrollo físico, psicológico y social. Hábitos como la alimentación saludable, la actividad física regular o las horas de sueño actúan como factores de protección ante múltiples problemáticas de salud entre las que se destaca, por ejemplo, la obesidad (Carrion et al, 2016). El sobrepeso y la obesidad son considerados como factores de riesgo importantes para el desarrollo de patologías crónicas de gran prevalencia como la diabetes mellitus tipo II, la hipertensión arterial, la artrosis y algunos tipos de cáncer, entre otras patologías, en los países en desarrollo. De cualquier modo, la complicación más relevante, en los casos de obesidad infantil, es la persistencia de la obesidad en la edad adulta. En España el costo de la obesidad supone el 7% del gasto sanitario, cifra elevada con respecto a países vecinos, como Francia o Portugal, donde representan entre el 2% y el 3,5% del gasto sanitario (Martínez et al, 2017).

Hasta el momento los hábitos de vida negativos que más inciden en la salud de los jóvenes se encuentra el tabaco, el sedentarismo, el consumo de alcohol, presencia de obesidad, consumo de drogas y los accidentes, todo ello repercute en la calidad de vida de este grupo poblacional, siendo todos ellos controlables y modificables por la propia persona (Bermejo, 2011), lo cual los convierte en puntos clave para cambiar y mejorar, y así reducir multitud de riesgos para la salud.

Entre los hábitos que se consideran más favorables para la promoción y desarrollo de la salud durante la infancia y la adolescencia, se señalan los ya conocidos como la alimentación equilibrada, la práctica de ejercicio físico, la ergonomía y la higiene personal debida, pero no obstante los cambios sociales acontecidos en las últimas dos décadas (incremento del consumo de drogas, preocupación por las enfermedades de transmisión sexual, elevado número de accidentes de tráfico, entre otros) unidos

al creciente interés de la OMS por la educación para la salud y la promoción de estilos de vida saludables en la infancia y adolescencia, han propiciado la introducción de nuevas variables a considerar dentro de la valoración de los hábitos y estilos de vida que se deben seguir. Por ello, en los últimos años también se estudian variables en relación a la higiene bucodental, los hábitos de descanso, las conductas de riesgo, así como la prevención de los mismos, las actividades de tiempo libre, la conducta sexual, la apariencia y los hábitos de aseo personal, entre otros (Bermejo, 2011).

Autoestima: El autoconcepto, la autoestima y la percepción de autovalía son tres conceptos fuertemente relacionados entre sí. El autoconcepto hace referencia al sistema de creencias que el individuo considera verdaderas respecto a sí mismo y a la valoración de las propias experiencias, relacionado con componentes como la autoimagen. Sin embargo, la autoestima se refiere al componente global del autoconcepto que aparecería en la cumbre, como un todo, la cual es más transitoria, y depende del contexto y de la estabilidad de los componentes específicos del autoconcepto y la percepción de autovalía que se tenga (Rodríguez y Caño, 2012).

Por tanto, la autoestima fluctúa, y ello dependerá de las circunstancias específicas que experimente el individuo, y sin duda afectará de forma importante a su motivación. En investigaciones donde se ha estudiado la trayectoria de la autoestima global en el ser humano, se ha visto que en la infancia se encuentran los niveles relativamente más altos y por igual en ambos sexos, y que estos empiezan a disminuir al comienzo de la adolescencia y a lo largo de ésta. De la misma manera, que se observa que se vuelven a incrementar desde el comienzo de la vida adulta para volver a decaer desde las edades medias de la vida adulta hasta la vejez (Trzesniewski, Donnellan y Robins, 2003).

Concretamente en la adolescencia se observa más muestras de pérdidas de autoestima por parte de las mujeres que de hombres, ello se debe a que la autoestima de los varones adolescentes depende más de logros personales que ellos pueden comparar con los obtenidos por sus iguales y las mujeres de estas edades se evalúan a sí mismas más en función de la aprobación de los otros. Por consiguiente, la autoestima es un factor crítico que afecta al ajuste psicológico y social de las personas (Trzesniewski, Donnellan y Robins, 2003) principalmente en edad adolescente.

La adolescencia temprana se ha considerado, en particular, un periodo especialmente relevante para la formación de la autoestima, debido a que durante esta edad se muestran vulnerables a experimentar una disminución en la misma. Esta etapa se caracteriza por la experiencia de acontecimientos novedosos y a veces estresantes que suponen un desafío para la visión que los adolescentes tienen de sí mismos y su estabilidad emocional, como ahora cambiar al instituto. Así, los jóvenes de estas edades manifiestan, con frecuencia, no sólo una disminución sino también

fuertes fluctuaciones en sus niveles de autoestima, las cuáles, como se ha comentado, tienden a disminuir conforme avanza la adolescencia.

Los adolescentes con una autoestima inferior son más vulnerables al impacto de los acontecimientos cotidianos que los que presentan una mayor autoestima. Y, estos sufrirán más dificultades en su conducta futura cuanto más breves y rápidas sean las fluctuaciones en autoestima incluso independientemente de su nivel medio de autoestima a lo largo del tiempo (Trzesniewski, Donnellan y Robins, 2003). Así, la inestabilidad de la autoestima refleja las fluctuaciones que se producen como consecuencia de experimentar éxitos o fracasos ante lo que los jóvenes son vulnerables o se sienten así, es decir, que ocurren en circunstancias que son relevantes para ellos. En particular, se producen en áreas que ellos perciben como propias de sus competencias y habilidades, que son las que les llevan a satisfacer su percepción de autovalía, el no hacerlo, puede fluctuar su propia autoestima (Trzesniewski, Donnellan y Robins, 2003).

De manera concreta, una autoestima alta en adolescentes se asocia con una percepción menos negativa del estrés cotidiano, contando así con mayores recursos personales. La literatura apunta que los jóvenes con una autoestima elevada disfrutan de más experiencias positivas y son a su vez más eficaces en el afrontamiento de experiencias negativas, generando respuestas más adaptativas tras el fracaso. Y, además apuntan que, en cuanto a las relaciones interpersonales, aquellos adolescentes con una alta autoestima se muestran menos susceptibles a la presión de los iguales, obteniendo mejores impresiones por parte de éstos, haciendo que los jóvenes se muestren más cercanos (Rodríguez y Caño, 2012).

Otros estudios muestran que adolescentes con una baja autoestima tienden también a tener problemas con sustancias y peores índices de salud. Se puede decir, que los que tienen una autoestima baja en los contextos familiar y escolar, y una autoestima alta en el contexto de relación con iguales, se asocian con un mayor consumo de alcohol y drogas, y actúan como variables mediadoras de la influencia del funcionamiento familiar. Aunque una baja autoestima en el contexto familiar predice conductas de experimentación con alcohol y drogas (Jiménez, Musitu y Murgui, 2008), otros estudios apuntan que una alta autoestima en el contexto de relación con iguales también predice la experimentación con drogas y un abuso continuado del alcohol. Apuntan que los jóvenes que se sienten poco valorados por sus padres presentan un mayor consumo de drogas ya desde la preadolescencia, y que los jóvenes que muestran una autoestima alta en el contexto social presentan un mayor consumo de alcohol y drogas principalmente en las edades medias de la adolescencia. Por otra parte, los jóvenes con baja autoestima se caracterizan también por presentar una peor salud

física, y destacan un mayor rechazo en las adolescentes a mantener relaciones sexuales sin protección y trastornos de anorexia y bulimia (Cava, Murgui y Musitu, 2008), entre otros.

Nuevas tecnologías y salud: El uso de las nuevas tecnologías es una nueva realidad, que ha despertado una considerable preocupación social acerca de su influencia sobre el desarrollo y ajuste personal, especialmente en los adolescentes y jóvenes. Cada vez es mayor el tiempo que estos pasan conectados a internet, usando el móvil o jugando con videoconsolas, con lo que otros pasatiempos y ocupaciones más tradicionales empiezan a quedar arrinconados. Y con ello, crece la necesidad de educación para uso racional y adecuado, evitando así los riesgos que se pueden derivar de un mal uso y ajuste (Echeburúa, Labrador y Becoña, 2009).

En relación a las nuevas tecnologías, por una parte, hay datos que ponen de manifiesto ciertas consecuencias positivas del uso de las nuevas tecnologías en el desarrollo de los menores que, en muchos casos, han nacido con esas herramientas ya presentes. Así, algunos estudios vinculan el uso de videojuegos en la infancia con una mayor cognición espacial y visual, probablemente porque estimulan la percepción visual, la planificación y el desarrollo de estrategias. También se ha encontrado una relación positiva entre el uso de ordenador personal en casa y el rendimiento escolar, siendo también más elevado el porcentaje de chicos y chicas que repiten curso entre quienes no tienen ordenador en casa (Oliva et al, 2012).

Junto a los posibles beneficios que se puedan describir del uso de nuevas tecnologías, también hay datos y estudios que alertan de los riesgos derivados de la masiva presencia de las nuevas tecnologías en la vida cotidiana de adolescentes y jóvenes. La primera preocupación proviene del tiempo total diario dedicado al uso de los aparatos más habituales (televisión, ordenador y móvil) que, según los datos disponibles, podría superar las seis horas diarias, es decir, la cuarta parte del total del día (Echeburúa, Labrador y Becoña, 2009). Ante dicha situación de uso frecuente y en ocasiones desmesurado, generando dificultades personales y sociales en el individuo en edad adolescente con el riesgo de que también estén presente en la edad adulta se hace necesario establecer estrategias preventivas y educativas entre la población más vulnerable.

Una consecuencia evidente de una dedicación tan amplia del tiempo diario a estas nuevas tecnologías es la disminución del tiempo dedicado a la realización de otras actividades antes mucho más habituales (leer, estudiar, salir a pasear, conversar...). Además de la preocupación por la gran cantidad de tiempo y atención que adolescentes y jóvenes dedican a las nuevas tecnologías, la alarma de madres y padres proviene de las dificultades que estos tienen para controlar y supervisar el



contenido de las páginas web o juegos de internet a los que acceden sus hijos e hijas, temiendo que muchos de esos contenidos sean inapropiados (Oliva, 2007).

Probablemente, el mayor riesgo del uso excesivo de las nuevas tecnologías es la posibilidad de generar un comportamiento adictivo que lleve no solo a una dedicación desmedida (lo que puede apartar al adolescente de otro tipo de actividades más saludables y muy necesarias a ciertas edades), sino a una verdadera dependencia y falta de control sobre sus conductas. Esta adicción es más probable que se genere en el adolescente que en el adulto, debido a que su corteza prefrontal se encuentra aún inmadura y su autocontrol no ha alcanzado aún el nivel adulto (Oliva, 2007). Los factores de riesgo que parecen guardar relación con la conducta adictiva, responden a dos grandes bloques de variables, por un lado, las que tienen que ver con las características que definen la individualidad de las personas y sus hábitos de vida, y, por otro, las que tienen que ver con las características de los contextos sociales en las que se crece: la familia, el grupo de iguales, el contexto escolar, el sociolaboral y el comunitario (Oliva et al, 2012). También es sabido, entre las consecuencias asociadas a las adicciones, y en el intento del sujeto por estar más tiempo a solas y conectado a alguna pantalla, están el deterioro de las relaciones con los profesores y el más bajo rendimiento escolar y laboral, además del incremento de problemas en las relaciones familiares, el menor tiempo invertido en actividades con la familia y con los amigos (Oliva et al, 2012). De esta forma, y en relación con los hábitos de vida, se sabe, por ejemplo, que existe una asociación entre el sobreuso de internet y el excesivo tiempo durmiendo durante el día, y algunos estudios apuntan que la adicción a internet es diferente de la de fumar y de la de beber alcohol, e insisten en que está más asociada con la salud física y con los problemas de sueño, que con los hábitos de beber y fumar (Oliva et al, 2012).

También es sabido, entre las consecuencias asociadas a las adicciones, y en el intento del sujeto por estar más tiempo a solas y conectado a alguna pantalla, están el deterioro de las relaciones con los profesores y el más bajo rendimiento escolar y laboral, además del incremento de problemas en las relaciones familiares, el menor tiempo invertido en actividades con la familia y con los amigos. Así como otros datos que advierten que la influencia que ejercen variables como la calidad de la comunicación padres-hijo, la confianza mutua, la relación de apego, los estilos disciplinarios, el clima familiar, las actividades que se realizan en familia, los conflictos y las estrategias que se ponen en marcha para resolverlos, así como la supervisión parental y el conocimiento que los padres y las madres tienen acerca de la vida de sus hijos e hijas parece ser la génesis de estas conductas adictivas (Oliva et al, 2012).

Hábito del sueño: De manera fisiológica, durante la adolescencia se produce una disminución del tiempo de sueño nocturno, que también está influida por factores externos, como el horario escolar

y las salidas nocturnas del fin de semana, cada vez más frecuentes y en horas más tardías en los adolescentes. Como consecuencia de esta disminución del tiempo de sueño nocturno se produce un aumento de la somnolencia diurna, y esto acarrea una deuda relativa de sueño, que en ocasiones suele recuperarse parcialmente durante el fin de semana, a menos que este comience a salir por las noches, y por tanto esta capacidad de recuperación también desaparece. Conforme va aumentando la edad, se retrasa la hora de acostarse durante el fin de semana y el déficit de sueño se acumula. Es habitual, por tanto, que los adolescentes sientan cansancio por falta de sueño y por tener dificultad para dormir bien (Salcedo et al, 2005).

A todo esto, se añaden los cambios producidos en los últimos años en el uso del tiempo libre de forma inadecuada, con un consumo excesivo de televisión y videojuegos, el uso del móvil hasta horas intempestivas, siendo responsables directos del posible desajuste y por tanto problema sobre el descanso. Estos problemas de sueño se relacionan con un peor rendimiento escolar, lo que da una idea de la importancia de inculcar unos hábitos de sueño adecuados en los adolescentes, tarea que debe ser compartida entre la familia y el colegio, con la implicación de los profesionales de la salud. Así, los primeros deben ser conscientes de la importancia de las horas de sueño de sus hijos quienes deben esforzarse para mantener una hora prudente de irse a dormir, y los segundos deben adaptar en lo posible el horario escolar a las necesidades de los adolescentes, como, por ejemplo, retrasar la hora de inicio de las clases, distribuir racionalmente las actividades a lo largo del día, etc. (Salcedo et al, 2005).

Por el momento, una buena solución pasa por recibir educación sanitaria en relación a una buena higiene del sueño que incluya horarios regulares y minimice los numerosos estímulos que reciben por parte de las nuevas formas de entretenimiento y exigencias extraescolares, y así ayudar a prevenir el desarrollo de trastornos del sueño que en la edad adulta pueden convertirse en crónicos. No cabe duda que la reducción del tiempo o la calidad de sueño por malos hábitos o por trastornos del sueño conduce con frecuencia a cansancio o excesiva somnolencia durante el día, y sin duda ello repercute en la calidad de vida, en el menor rendimiento y aprovechamiento general de los adolescentes y en el mayor riesgo de tener accidentes (Salcedo et al, 2005), entre otras consecuencias que afectan al humor de la persona, al estado emocional, a las relaciones sociales, etc.

Los valores (conseguir nuestros propósitos): Los valores son las reglas de conducta y actitudes según las cuales el ser humano se comporta y convive en sociedad, que están de acuerdo con aquello que se considera correcto y ético. Los valores pueden tener su origen en las necesidades vitales de los individuos, pero siempre contienen una gran influencia de la sociedad con la que están en relación. No es que los valores sean distintos en cada lugar, sino que son las formas culturales y las

manifestaciones de esa sociedad, las que los hacen diferentes, por ello los valores son dinámicos. En realidad, no es el valor que cambia, si no el hombre que valora y el que modifica su valoración. Los valores actúan como grandes marcos preferenciales de orientación del sujeto en el mundo y su relación con los demás (Ramos, 2000).

Como cualquier proceso educativo, la educación en valores no es tarea exclusiva de la familia, y es por tanto una responsabilidad compartida de la sociedad en su conjunto, además de por supuesto el colegio ya que su influencia en este campo es muy importante. Por tanto, la educación en valores se inicia en el hogar, promovida por el ser y el hacer de los padres y otros adultos significativos para el niño y adolescente, para más tarde en el colegio ampliar y fortalecerlos. La formación en valores, no solo es esencial en la infancia sino incluso en la adolescencia, etapa donde se está construyendo la nueva identidad adulta, ya que los valores son integrantes del proyecto de vida de cada uno. Significa esto, por tanto, formarse para la vida, plantear metas que servirán para vivir mejor o más felices significa trabajar ciertos valores. Se dice que estos se aprenden por imitación o por ejemplaridad, por ello los adultos del entorno más inmediato a los adolescentes son buenos modelos sobre ello (Ramos, 2000).

Educar en valores, es difícil, pues estos surgen según el sistema de necesidades humanas, por ello la salud, por ejemplo, no tiene el mismo valor para un sujeto sano como para uno que está enfermo, del mismo modo que el trabajo no tiene el mismo valor por uno que lo tiene frente a otro que está en situación de desempleo (Ramos, 2000). De la misma manera, que no todos siguen el mismo orden o importancia, ya que los valores no solo contienen elementos cognitivos, sino que además contienen elementos afectivos muy fuertes. En la medida que un valor está enraizado en una persona, ocupa un lugar privilegiado en su propio sistema y es vivido con intensidad, más es tomando en serio, suscitando emociones y movilizándolo energías. Hay algunos valores por los cuales los seres humanos serían capaces de "dar la vida" (Sandoval, 2007). El modo de organización de un sistema de valores varía de una cultura a otra. Su lógica interna no obedece de igual manera en todas partes, ni sigue las mismas reglas. Por otra parte, esta divergencia es la razón principal de la incompreensión entre las civilizaciones, donde cada una interpreta el mundo en sus propios términos (Ramos, 2000).

Los valores asumen una función central en la edificación y mantenimiento de la identidad de los individuos y de los colectivos. Estos forjan la imagen y la estimación de uno mismo. El individuo que es consciente de sus valores puede considerarse como una persona, encontrar un lugar en el mundo, tener confianza en sí mismo, interpretar y evaluar su entorno social, entre otras competencias. Su status se determina en parte según el valor acordado a su propia posición en la sociedad y para sí mismo. Sus relaciones son gobernadas por los valores que le confiere su calidad de cómo deben de

ser. Los valores alimentan las ideologías y creencias, y estos generan las actitudes y orientan los comportamientos del ser humano (Sandoval, 2007).

Ciertos valores que se aprenden en la infancia y/o adolescencia, pueden perduran como base firme a lo largo de la vida adulta. No cabe duda que algunos de estos valores son predictores para un buen desarrollo para la vida y ser una persona de bien. La ausencia de algunos puede ser riesgo de fracaso personal, laboral o social de la persona.

En relación a la salud, todavía hay países desarrollados donde la salud ocupa un lugar en la escala de valores por debajo de los valores como el poder, el ocio o la satisfacción personal, cada quien le da un significado diferente cuando se le pregunta sobre lo qué es la salud. Por ello es frecuente escuchar que la salud es: estar bien, sentirse satisfecho, ser productivo, no estar enfermo, ausencia de malestar, no presentar dolor, etc (Ramos, 2000). Y es aquí donde los profesionales de la salud tienen la difícil tarea de transmitir el valor por la salud a través de la educación sanitaria, además de poder actuar también como refuerzo en el aprendizaje de los valores esenciales hacia la vida adulta (Sandoval, 2007).

Primeros auxilios: Entre las formas de entretenimiento actual de los jóvenes, se encuentra salir por la noche y con ello beber alcohol y en ocasiones consumir drogas, ambas conductas ponen en peligro la vida de la persona, quien en función de la cantidad de alcohol o de la sustancia consumida aumentara sus probabilidades de sufrir efectos muy peligrosos para la vida.

El botellón, es considerado por los expertos una auténtica bomba de relojería, cuyos efectos comienzan a comprobarse en un periodo corto de tiempo; resulta preocupante que buena parte de los jóvenes se pasen las noches del fin de semana consumiendo bebidas alcohólicas sin ningún control en la vía pública. La clave del fenómeno es, como en el caso del cannabis, la baja percepción de riesgo que los jóvenes tienen respecto de la ingesta del alcohol (Agencia EFE, 2016). Los adolescentes que corren el riesgo de desarrollar problemas serios con el alcohol y las drogas tienen mayor influencia del entorno y presión de iguales, quienes determinarán como es este consumo y en qué condiciones. De sobras es sabido los efectos cardiacos que tienen las drogas debido a su poder vasoconstrictivo provocando arritmias, palpitaciones e incluso infartos. De la misma manera, que beber en exceso sin control tiene riesgos de coma etílico, que en algunos casos puede producir una parada cardiorrespiratoria.

Asimismo, algunas noticias, en los últimos meses se han hecho eco de esta problemática, que, aunque no es un tema nuevo, se siguen registrando que 3 de cada 4 menores de 18 años consumen alcohol, y en formas cada vez más novedosas. En el 2015, Galicia registró más de 400 casos de atención a menores por intoxicaciones, en octubre de 2016 en la comunidad de Madrid murió una niña de 12

años por coma etílico, se registran ingresos hospitalarios por intoxicación etílica cada vez más jóvenes durante los fines de semana; por todo ello, esto se considera un problema de salud importante, con una necesidad de educación sanitaria fundamental. Y, es más, el mensaje no debe acabar en la sensibilización del consumo cero, sino en concienciar que ante una intoxicación se deben llamar a los servicios de emergencias, ya que también se registran casos contraproducentes en los que se actúan con remedios caseros que elevan el riesgo de la víctima (Abet y Montañés, 2016). Por ello ligado a este nuevo modelo de entretenimiento, que asume nuevos riesgos vitales para la persona, y siendo consciente de la falta de educación en primeros auxilios a estas edades, resulta fundamental y clave educar y fomentar ciertas habilidades y conocimientos para saber cuándo y cómo actuar según el caso, y evitar así mayores imprudencias y riesgos para la vida.

Los primeros auxilios son las medidas que se toman inicialmente en un accidente, dónde ha ocurrido, hasta que aparece la ayuda sanitaria, son actividades fundamentales ante una urgencia. Los medios de reanimación de que disponen los centros sanitarios son cada vez más sofisticados pero esos primeros momentos después del accidente, lejos del centro hospitalario, son decisivos para su evolución posterior. Por ello es fundamental que la sociedad, sea cual sea la edad, posea conocimientos para saber actuar en esos instantes, para realizar esos primeros auxilios (Romero et al, 2011). En el caso de la RCP, se refiere a un procedimiento sencillo de aprender y de ejecutar, es por ello que desde una edad temprana en los colegios se deberían impartir conocimientos relacionados con la cadena de supervivencia; y con el paso de los años, ir incrementando estos conocimientos, la edad escolar es sin duda una etapa de desarrollo perfecta para el aprendizaje, pues los niños y adolescentes son fáciles de motivar, aprenden rápido y retienen las habilidades más que un adulto; y lo más importante es que debido a que existe un alto porcentaje de escolarización, ya que es obligatoria hasta los 16 años se llegaría a casi toda la población, asegurando así que están más predispuestos a ejecutar estas maniobras en caso necesario y ello sin duda ayudaría a aumentar la supervivencia y la recuperación neurológica de las posibles víctimas (De Lucas, 2013; Miró et al, 2013).

Las connotaciones pedagógicas positivas de un programa de RCP desarrollado en escuelas e institutos incluyen, al menos, la traslación de conceptos académicos a una actividad práctica, el abordaje de la muerte en el entorno educativo, la toma de conciencia respecto a actitudes de vida saludables, la ayuda a encarar situaciones urgentes en general y la mejora global de la autoestima del alumno (Miró et al, 2012), a parte evidentemente de contar con ciertas habilidades útiles sobre cómo actuar en caso necesario y que pasos seguir.

La Sociedad Española de Cardiología (SEC) considera necesario desarrollar programas de reanimación cardiopulmonar dirigidos a la población en general porque está registrado que la gran mayoría de las paradas cardiorrespiratorias se producen en el domicilio, y presenciadas por familiares o amigos, en cuyos casos es fundamental realizar maniobras sobre la víctima de manera inmediata. Ciertos estudios llevados a cabo por la SEC analizaron que a pesar de que el 76% de las paradas cardiorrespiratorias registradas fueron presenciadas por otras personas sólo se realizó algún tipo de reanimación antes de la llegada de los servicios médicos en el 22% de los casos. Dato alarmante, cuando la realización de estas maniobras es particularmente efectiva cuando se inician de manera temprana (Agencia EFE, 2013). Por ello, resulta también, un elemento importante a enseñar a los adolescentes a actuar en caso necesario.

Ocio saludable: La rutina diaria deja poco espacio para el ocio, sin embargo, es fundamental que el tiempo libre que se genera, aunque sea durante los fines de semana se realicen las actividades que más gusten. Los expertos recomiendan que el tiempo libre debe ser una buena oportunidad para aprender y divertirse en familia, implicando a los padres en un amplio abanico de posibilidades a llevar acabo junto con los hijos. Hablar de ocio es hablar de invertir tiempo en algo positivo, en ocasiones compartido, que incluye un cierto grado de actividad, en el que no hay obligaciones ni presiones, pero que, en cualquier caso, educa y permite que las personas evolucionen. Cuando se disfruta de un tiempo de ocio, se alejan las obligaciones y por tanto hay mayor diversión, disfrute y satisfacción. Si se habla del ocio en familia, no hay ninguna duda de que mejora la calidad de vida de padres e hijos; cualquier actividad es una forma positiva de enriquecer lazos y apegos familiares, aparte de generar multitud de beneficios en los niños o adolescentes, tanto a nivel físico como emocional (Sarrate, 2008).

Sin embargo, en la actualidad, la sociedad está mucho más ocupada, y educar en el tiempo libre saludable es un reto educativo para todos. De hecho, muchos niños dicen aburrirse en el tiempo libre, resultado del tipo de sociedad en la que se vive donde se piensa que los niños deben estar hiperocupados, sin embargo, aburrirse forma parte del tiempo libre y desarrolla la creatividad y el ingenio. No obstante, es importante que desde niños se enseñen diferentes alternativas de ocio, y porque no algunas se empiecen a practicar con los padres, ya que el ocio se inicia en la familia.

El ocio adquiere carácter educativo desde el momento en que se requiere formar a las personas para que consigan un mayor grado de libertad, de autonomía, de satisfacción, de comprensión, de tolerancia y de solidaridad, por encima de lo útil y, con ello, contribuir a la mejora de la realidad personal y social. Desde la vertiente educativa se considera un factor decisivo para lograr la igualdad de oportunidades, la reducción de diferencias y la integración socioeducativa de todas las personas.

En sus inicios, la educación del ocio se preocupaba esencialmente por la dimensión preventiva, no sólo para combatir prácticas de ocio nocivo (conductas antisociales, delictivas, ociopatías y ludopatías), sino también para combatir algunos de los males que aquejan a la sociedad actual como la depresión, el estrés, el aislamiento, el sedentarismo y la drogadicción. Sin abandonar este enfoque, la educación actual pretende ocupar el tiempo libre en actividades que nos ayuden a crecer como personas, y por tanto promueven la salud física, pero principalmente la dimensión psico-social y emocional de la persona (Sarrate, 2008).

A modo de síntesis final, es importante recordar que el ocio puede ser un tiempo formativo y para ello la persona ha de ser educada desde la infancia. Conocer las pautas de ocio de las generaciones más jóvenes resulta esencial para identificar sus intereses y necesidades y, con ello, poder emprender con éxito acciones educativas. El colegio, como centro educativo, se convierte, pues, en uno de los escenarios por excelencia para conseguirlo. Son diferentes profesionales de distintas vertientes, como los educadores sociales, los profesores e incluso los profesionales de la salud, dado sus perfiles y funciones, quienes están llamados a desarrollar una misión importante en las instituciones educativas, al enfrentarse al reto de convertir el tiempo liberado en un espacio de crecimiento personal y social, a la vez que saludable (Sarrate, 2008)., y de la misma manera educar a las familias en como ocupar ese tiempo libre de los hijos pero también el personal.

## 6.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

A pesar de haber incorporado elementos de rigor, calidad y transparencia en todo el proceso de investigación, durante la propia investigación se han dado algunas dificultades y/o limitaciones que hacen referencia a los siguientes aspectos:

En primer lugar, la falta de representatividad en relación a los centros incluidos para el estudio de la segunda fase. A pesar de ser una muestra de casi 600 sujetos, la fase experimental solo se ha llevado a cabo en 6 centros de dos municipios de Barcelona. Lo que no permite inferenciar los resultados debido a la muestra pequeña en relación a todos los colegios que hay en la ciudad de Barcelona, así como municipios que hay en toda la provincia.

En segundo lugar, es en relación al cuestionario desarrollado. Por un lado, el tipo de codificación que se ha llevado a cabo en los cuestionarios, hace que no se pueda ver el seguimiento, es decir, el impacto de la intervención en los propios sujetos de manera individual, ya que la codificación no se ligaba a la persona, sino que únicamente hacía referencia al centro en su conjunto. Uno de los motivos por los que se decidió que así fuese, fue debido a la pérdida posible de sujetos que se podían dar durante la recogida de datos pre y post, al faltar ese día concreto a clase y no poder recoger los datos; además, se decidió así también conjuntamente con el grupo de expertos respondiendo a los objetivos planteados, ya que el foco de interés no era el cambio personal que podría derivarse de la intervención, sino el impacto de ésta en el grupo poblacional (grupo adolescente al completo) viendo así el efecto de una intervención educativa en los términos descritos. Por este motivo no se ligaron los cuestionarios pre y post a los sujetos aun pudiendo ser una posible limitación.

Otra limitación por motivos de anonimato y confidencialidad, es la falta de conocimiento por parte de la investigadora del sujeto concreto que faltó en alguna de las recogidas de datos (tanto del pre como del post), por ello, seguramente ha habido sujetos del grupo intervención de los que no se cuenta con los datos pre (por falta de asistencia ese día) o de la misma manera no se cuenta con los datos de la recogida post (por el mismo motivo), aun estando en las sesiones de la intervención diseñada e implementada. Lo cual quiere decir que no hay seguridad de que todos los sujetos del grupo intervención respondieran al cuestionario pre y/o post.

En relación al formato del cuestionario, aunque la literatura recomienda agrupar las preguntas por temas o dimensiones o variables y numerarlas dentro de cada uno de ellas, no sé puedo hacer, puesto que la inclusión correcta de éstas y no de manera correlativa, mejorando así la percepción de brevedad no se conocía con anterioridad. Dicha información fue aportada por la estadística posteriormente. Asimismo, otra limitación relacionada con el cuestionario, es acabar de comprobar el análisis factorial del cuestionario tras la prueba de discriminación del ítem. Y, así determinar cómo



quedan incluidas las preguntas en cada subescala tras la eliminación de algunas preguntas. De la misma forma, que también quedaría pendiente acabar de estudiar las 25 preguntas que en el análisis factorial tenían un valor menor de 0,3, y comprobar en qué escala quedarían mejor incluidas o si de lo contrario podrían incluirse en otra nueva subescala.

Por otro lado, otra limitación es en relación a la falta de validez de constructo y criterio del cuestionario diseñado MAPAS, que no se ha llevado a cabo porque no es objeto de esta tesis. A pesar de las pruebas estadísticas llevadas a cabo para ver su fiabilidad demuestran ser un instrumento válido y fiable para medir autocuidado, faltaría comprobar la estabilidad que tiene en el tiempo y la concordancia inter-observador de cada una de las preguntas que lo componen.

Otra de las dificultades generadas fue la encontrada por el grupo de expertos docentes para la segunda fase, quienes, de manera generalizada, recomendaron eliminar las preguntas del cuestionario MAPAS relacionadas con hábitos tóxicos y relaciones de pareja. La argumentación hacía referencia a sobre los posibles conflictos que se podrían generar al incluir ese tipo de preguntas con las familias de los alumnos, además, pensaron que quizás los sujetos no serían sinceros al responder debido a la influencia de los amigos en este ámbito, y por tanto contar con información no veraz.

En este sentido también se detecta una limitación en el cuestionario, en relación a la subescala de hábitos y estilos de vida, en la que no se puede registrar si los cambios y/o mejoras percibidos para esta subescala en el cuestionario son después ejecutados por el grupo de adolescentes.

En tercer lugar, otra limitación detectada es en referencia a la propia intervención "Programa SAS". El diseño de esta intervención no deja de ser una prueba "piloto" sobre lo que sería verdaderamente una intervención al completo, dónde se hubiera preferido abarcar más cursos escolares, impartir más talleres y más temáticas (como, por ejemplo: sexualidad, medio ambiente y salud, drogas, etc.), pero las limitaciones de acceso al entorno y la apretada agenda curricular de los centros, hace que se cuente con poco tiempo para temas de salud. Es por ello, que se ha de ser consciente de las limitaciones generadas y mucho más consciente aun sobre las pretensiones a conseguir. El factor tiempo fue sin duda una de las mayores dificultades para la investigadora, pues los centros presentaban muchas dificultades para poder incluir temas extracurriculares (como la inclusión en este estudio) dentro del horario escolar.

En relación a la cantidad de días para llevar a cabo la intervención al completo hace que no se pudieran incluir algunos temas de más para este grupo de edad como por ejemplo afectividad y sexualidad. De haber contado con más días para llevar a cabo la misma, el tiempo dedicado para cada taller también hubiera sido diferente y de esta manera se hubiera dedicado más tiempo a los temas incluidos. Por otro lado, al contar con 7 minutos por taller, los sujetos no tuvieron tiempo para preguntar dudas en relación a los talleres impartidos ya que el tiempo estaba calculado para llevar a

cabo la dinámica establecida. Además, algunos talleres como por ejemplo el taller de los primeros auxilios y RCP también por motivos de tiempo (a pesar de que este taller en concreto era de 14 minutos) no se pudieron incluir otras maniobras de interés como por ejemplo la maniobra de Heimlich o la actuación ante un sangrado, también por el mismo motivo no se llevó a cabo la simulación completa con maniqués de la RCP para las compresiones.

En relación a la sesión que se hizo para padres, una dificultad importante destacada fue la baja participación de los mismos. Los responsables de los centros explicaron a la investigadora que existe una tendencia de baja participación de las familias en proyectos llevados a cabo en la escuela. Por ello, no se pudo recoger ningún dato de satisfacción en relación a la sesión impartida para este grupo. También por este motivo, sólo se diseñó una única sesión de carácter formativa e informativa, de contar con más apoyo y participación, se hubieran incluido más sesiones para las familias, ya que la literatura ha dejado constancia de la gran influencia que genera la familia (básicamente los padres y hermanos) a estas edades.

Otra limitación que se debe tener presente es que no se consigue un cambio de actitud de un solo golpe, y no se aprende a tomar decisiones o a tener un mejor autocuidado en unas sesiones de trabajo limitadas. Si no que todo ello debe ser un proceso educativo, el que es necesario que se retomen los temas y los comportamientos cada cierto tiempo, e incluso en varias ocasiones. Todo ello con el objetivo de ir haciendo surgir reflexiones, experiencias, emociones, e ir sedimentando la experiencia educativa a lo largo del tiempo. Es decir, se trata de ir creando un hilo conductor que constituya una pieza fundamental entre los adolescentes hacia la construcción de la persona adulta que serán. En términos ideales, se debería permitir ir complementando los temas adaptándolos a las necesidades de su edad y capacidad, ofreciendo nuevos puntos de referencia a los adolescentes, que tanto lo necesitan, sobre todo en el proceso de construcción de su identidad adulta.

Y, por último, la no aleatorización de la muestra puede resultar una limitación en los resultados del impacto y efecto de la segunda fase de la tesis. Pero, se decidió que así fuera para evitar tener que dividir los sujetos de un mismo instituto en dos grupos diferentes, y se estimó, que ambos grupos son similares. De esta manera también se evitaba la posible contaminación entre los grupos, al ser todos los sujetos de ese centro de un mismo grupo (control o intervención).

## 6.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS DE LA TESIS

Para garantizar los aspectos éticos relacionados con la tesis, la investigadora principal ha mantenido durante todo el proceso que duró la investigación al completo, el compromiso de honestidad, responsabilidad y rigor para evitar conflictos en consecuencia de un mal uso de los datos, y comunicó el propósito y expectativas respecto a la colaboración de los participantes en el procedimiento de la investigación, para de este modo evitar también conflictos de interés en la relación participante-investigador (Barrio & Simón, 2006).

Por otro lado, se tuvieron en cuenta los siete requerimientos recogidos del artículo de Emanuel (2000). Estos requerimientos fundamentan un marco sistemático y coherente para determinar la calidad ética de un trabajo de investigación.

Por tanto, para la realización de esta tesis se ha tenido en cuenta el interés social y científico, la validez científica, la selección equitativa de sujetos, la relación riesgo-beneficio, el consentimiento informado, el respeto de los participantes y por último la evaluación independiente (Emanuel, 2000). A continuación, se detalla la manera en que se ha tenido en cuenta cada uno de estos aspectos éticos:

- Interés social y científico: Generar no sólo valor y beneficio científico en lo relacionado al conocimiento del objeto de estudio sino también a nivel social-comunitario. Esta investigación puede demostrar no solo tener interés científico, entendido como el interés de conocer un fenómeno mejor y aportar más luz para la comunidad científica en relación a un tema, sino que también tiene relevancia e interés para la sociedad en conjunto desde un punto de vista de salud pública al diseñar una estrategia educativa alternativa e innovadora, y al haberse aplicado a una muestra representativa obteniendo así su eficacia. La presente tesis puede facilitar a los propios profesionales de la salud mayor conocimiento de la realidad actual de los adolescentes en relación al objeto de estudio, y además incorporar nuevas intervenciones educativas que trabajen directamente o indirectamente en el campo de la salud pública y la atención sanitaria al adolescente. Y de manera social puede aportar mayor conocimiento en términos de *Health Literacy* a la comunidad, mejorando así su autocuidado, participación e implicación sobre su salud con un mayor grado competencial en dicha materia.
- Validez científica: Esta investigación sigue una línea coherente tanto epistemológica como metodológica en todo el proceso de la tesis. En el primer y tercer capítulo se ha detallado la manera en que se ha conseguido este requerimiento en cada una de las fases de la investigación.

- Selección equitativa de sujetos: La participación en cada una de las fases de la tesis ha sido totalmente voluntaria, libre y gratuita; en cada fase se ha seguido el criterio de selección determinado para ello (estos criterios se han explicado anteriormente en el capítulo tres).
- Relación riesgo-beneficio: En la planificación del estudio se ha tenido en cuenta que sea pertinente, por ello la selección de los sujetos fue la idónea para la obtención de datos en función de los objetivos marcados para la tesis; para proteger y minimizar el impacto que pueda tener la presencia de la investigadora en el entorno de los participantes, se realizó la primera fase (entrevistas y grupos focales) de forma flexible y en un entorno familiar para los participantes, de la misma manera para la segunda fase (intervención educativa y estudio experimental) también fue en un entorno conocedor para el sujeto de estudio, así la investigadora se adaptó al contexto para proteger esta vulnerabilidad de los sujetos. Asimismo, para evitar dar una imagen falsa en el análisis de los datos de la primera fase (cualitativa) se han utilizado las transcripciones de fragmentos de las entrevistas y grupos realizados, evitando de esta manera manipular los resultados finales. También se guardaron todos los cuestionarios sociodemográficos pasados, y cuestionarios de la fase experimental, y, por último, se ha tenido en cuenta explicitar la relación participante-investigador en cada una de las fases para evitar conflictos de interés.
- Consentimiento informado: En cada una de las fases, a cada participante se les invitó a participar en el estudio de manera individual y voluntaria, informándoles de que podían no participar si no querían o incluso retirarse en cualquier momento si lo deseaban, sin ninguna repercusión negativa. Se entregaron copias del consentimiento y hoja de información a cada participante, según lo requiere la ley de investigación y toda información proporcionada fue veraz para cada participante sobre el estudio por parte de la investigadora. Se entregaron copia por escrito a cada uno de ellos con los datos de contacto de la investigadora por sí hiciera falta.
- Respeto por los participantes: Para asegurar la privacidad, se aseguró el anonimato, la confidencialidad y la intimidad de los mismos, el acceso a los datos ha sido exclusivo para el equipo investigador (doctoranda/investigadora principal y directora de tesis). Para ello se siguió un proceso de codificación asignando un código para cada participante en cada una de las fases, tal y como se explica más adelante. Por otro lado, también se garantiza la destrucción de todo material tras la finalización de la tesis según lo establecido por la ley, así como la publicación de los resultados a la comunidad científica y a los participantes según

así lo deseen libremente. Y, por último, se garantizó la utilización de todos los datos solamente para fines de investigación.

- Evaluación independiente: En este aspecto, se obtuvo la aprobación de la Comisión Académica de Doctorado de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universitat Internacional de Catalunya (ver anexo 46), más tarde se solicitó el permiso del Comité de Ética de la Investigación de la misma universidad obteniendo su aprobación en mayo 2013 (ver anexo 47). Y, por último, también se han solicitado todos los permisos necesarios para llevar a cabo el estudio cualitativo y el experimental:
  - Permisos a los responsables del instituto de enseñanza secundaria (IES El Calamot) donde se realizaron los grupos focales, primero de manera verbal y, posteriormente, por escrito mediante una carta al jefe de estudios y coordinadora de la ESO del centro, solicitando colaboración y permiso para realizar allí los grupos (ver anexo 6).
  - Permisos a los responsables de los institutos que participaron en la segunda fase (estudio experimental). Dichos acuerdos, se realizaron también primero de manera verbal y posteriormente por escrito, mediante una carta a la coordinadora pedagógica del centro y/o director, solicitando colaboración y permiso para el estudio (ver anexo 8).

#### Aspectos relacionados con las fases de la investigación

- Para la primera fase (estudio cualitativo):

A parte del consentimiento del sujeto ya explicado, debido a que estos eran menores, se solicitó aprobación también al padre-madre o tutor legal para la participación de su hijo en la investigación, dicha firma se consideraba al final del documento de consentimiento informado al lado de la del propio participante (ver anexo 5).

Todo y que las teorías evolutivas consideran que la madurez y la conciencia moral de una persona se va adquiriendo progresivamente y no aparecen en un momento concreto de la vida, se entiende que el periodo comprendido entre los 12 y 15 años (edad de los sujetos de la investigación) es donde la persona alcanza los valores sobre la justicia como equidad y los compromisos sociales, alcanzando la madurez, conocido como *menor maduro* (Ogando y García, 2007; Sánchez, 2005), sin embargo puede ser que algunas personas puedan necesitar más tiempo y sigan evolucionando hasta pasados los 18 años. Por lo tanto, no hay una edad definida en la que los menores sean plenamente capaces o incapaces, la Ley de Autonomía establece a los 16 años la "mayoría de edad sanitaria" (Ogando y García, 2007). Por todo lo expuesto, se consideró hacer la consulta al Comité de Ética, quien consideró

también oportuno tener en cuenta la inclusión de esta apreciación en la investigación, y solicitar la firma de los padres/tutores legales para la participación del adolescente.

- Proceso de codificación fase I:

Una última consideración, fue el proceso de codificación para cada participante. Esto aseguraba la privacidad de los datos y el anonimato en cada una de las fases, y además serviría para que la investigadora principal pudiera identificar a cada participante posteriormente.

Esta codificación para la fase I (cualitativa), se realizó con una letra y un número correlativo para cada caso (del número 1 al 14 para las entrevistas y del número 1 al 4 para los grupos focales) evitando así poner el nombre real de la persona. No necesariamente correspondía al orden natural en el que se habían hecho las entrevistas y/o grupos focales, por ejemplo, en caso de las entrevistas los códigos usados eran ENA1 o ENA10 (Entrevista Adolescente y un número hasta el 14, que correspondía al participante) y en el caso de los grupos de adolescentes eran GFA1 o GFA6 (Grupo Focal Adolescente y un número, que correspondía al participante). Cabe decir que el código era idéntico para la entrevista/grupo focal y su cuestionario sociodemográfico que le correspondía.

En el caso de los grupos focales mixtos, se utilizó el mismo formato, añadiendo la letra "S" para referirse a profesional sanitario, añadiendo la letra "D" para referirse a los profesores y añadiendo la letra "P/M" para referirse a los padres o madres, por ejemplo, GFS1 o GFD1 o GFP/M1. También se usó el mismo código para su cuestionario sociodemográfico correspondiente.

Al realizar dos grupos focales para adolescentes y dos para adultos-mixtos, se incluyó el número 1 o el número 2 delante de la codificación para identificar de que grupo eran, quedando así 1GFA3 o 2GFA10; y en el caso de los mixtos se incluyó el número 3 y 4 delante del código para identificar de que grupo eran, por ejemplo: 3GFD1 O 4GFS2.

• Para la segunda fase (estudio experimental):

A parte de los consentimientos a cada participante para su inclusión y de solicitar, como se ha dicho anteriormente, la colaboración y aprobación del propio instituto para la ejecución del estudio; también se creyó oportuno, por la misma justificación anterior del menor maduro, informar a los padres de los adolescentes participantes tanto del grupo intervención como control, mediante una carta. Esto se llevó a cabo primero a través del propio centro mediante una circular, y posteriormente, a través de la propia investigadora mediante una carta entregada en papel a los adolescentes como ya se ha explicado en apartados anteriores.

Una vez se contó con todos los permisos: consentimiento del centro a realizar el estudio, consentimiento del propio participante adolescente y la aprobación de las familias, se inició el estudio experimental.

- Proceso de codificación fase II:

Una última consideración, fue el proceso de codificación para cada participante. Esto aseguraba la privacidad de los datos y el anonimato en cada una de las fases, y además serviría para que la investigadora principal pudiera identificar a cada participante posteriormente.

Para la codificación de la fase II (experimental), se puso un número identificativo (ID) a cada cuestionario, de forma correlativa, empezando por el 1 y así sucesivamente para cada sujeto, de esta manera cada sujeto tiene un número ID.

En los cuestionarios PRE intervención, este número se ligaba además con la identificación del cuestionario sociodemográfico con la inicial del centro al que pertenecían.

Para los cuestionarios POST, finalmente se decidió seguir identificando cada cuestionario con un número correlativo, siguiendo la secuencia anterior (último número del PRE), por lo tanto, en la recogida POST 1m, 6m y 12 meses, no se sabría a qué sujeto corresponde cada cuestionario en relación a la recogida PRE. Esta decisión fue tomada teniendo en cuenta los objetivos e hipótesis de trabajo para esta fase.

Todos los cuestionarios recogidos se identificaban a la inicial del instituto, para así saber si pertenecía al grupo intervención o al grupo control. Dichas codificaciones sólo eran conocedoras por la investigadora principal.

Para la presentación de los resultados obtenidos en esta tesis, se decidió codificar con un número (del 1 al 6) cada centro participante, y así de esta manera garantizar el anonimato.

# **Capítulo 7**

## **CONCLUSIONES**





A continuación, se muestran las conclusiones de esta tesis. Se presentan según el análisis de los objetivos planteados para cada una de las fases, así como teniendo en cuenta las hipótesis planteadas y los resultados obtenidos para cada fase de la investigación. Por todo ello se concluye:

- Para el estudio cualitativo (Fase I):

A través del estudio y análisis descriptivo de la primera fase de esta tesis, se puede concluir que los adolescentes de este estudio:

1. Entienden el autocuidado como un fenómeno que debe darse de manera individual y de forma constante. Desde una visión holística, lo relacionan con el cuidado propio y con el seguimiento de conductas saludables.
2. Refieren comprender el significado y valor del autocuidado como un recurso para una mejor salud futura y calidad de vida.
3. Señalan presentar barreras y dificultades de carácter personal para poder hacer frente a las recomendaciones en este aspecto. Entre ellas se destaca la falta de interés y de motivación, así como de voluntad propia.
4. Refieren ser conocedores de las conductas de mayor riesgo para la salud, pero en la gran mayoría dicen presentar comportamientos poco saludables y actitud de desafío debido a la falta de consecuencias experimentadas en su grupo de edad de manera inmediata.
5. Consideran que la falta de información y de educación sanitaria en la adolescencia es una dificultad para poder participar en la toma de decisiones correctas frente a los estilos de vida y comportamientos.
6. Reconocen que la poca relación y estilo comunicativo de los profesionales de la salud con ellos supone una barrera para la resolución de dudas y la consulta de temas de interés a esta edad.
7. Indican que las influencias para los estilos de vida y comportamientos en la adolescencia vienen determinadas por el entorno en el que se desarrollan, la educación recibida por parte de la familia y el grupo de iguales.
8. Señalan que la educación sanitaria a su edad requiere un nuevo enfoque en metodología, contenido, diseño y materiales. Una mayor participación del adolescente en el diseño, elaboración de materiales y/o programas y sesiones de educación sanitaria debería ser un objetivo prioritario en esta área.
9. Proponen que el adolescente pueda participar activamente en el control y mantenimiento de la salud, planteando por tanto una nueva orientación en su atención.
10. Muestran mayor preferencia e interés si la educación viene por parte de un profesional sanitario, ya que es importante para este grupo que la información venga de un experto, con un estilo comunicativo cercano y empático.

11. Señalan la dificultad para comprender el vocabulario empleado con frecuencia en la educación en salud, la escasez de recursos atractivos, la poca variedad en temas y la falta de sesiones poco participativas.
  12. Describen como necesaria y útil la presencia de una enfermera en el colegio y/o instituto para atender entre otros, a los de su edad.
  13. Identifican a la familia como un elemento clave de ayuda para la educación en materia de salud y un referente para ellos.
  14. Por parte del entorno más próximo al adolescente, sobre todo los padres, reclaman mayor información y ayuda para poder hacer frente a la educación en salud desde casa.
  15. Finalmente, los profesores de instituto, también han mostrado dificultad para hacer frente a la educación sanitaria reclamando mayores recursos y apoyo por parte del sistema. Por otro parte, el personal sanitario aporta que los recursos deben dar respuesta a la visión del adolescente para que sean de utilidad.
- Para el estudio experimental (Fase II):
    1. El cuestionario diseñado y elaborado en esta tesis (Cuestionario MAPAS) se trata de un cuestionario original elaborado en castellano para medir autocuidado en adolescentes. Se puede concluir que el cuestionario MAPAS:
      - a. Es fácil de usar y se requiere de poco tiempo para cumplimentarlo, por lo que se muestra adecuado para su uso en adolescentes.
      - b. Presenta una buena aceptación y comprensión por parte de los adolescentes, en relación a la adecuación lingüística y de contenido.
      - c. Ha mostrado una fiabilidad consistente y buena a través de la consistencia interna con valores  $\alpha=0,854$  para el cuestionario al completo, y con valores por encima de 0,70 para cada subescala del cuestionario por separado.
      - d. Ha mostrado una estructura interna adecuada al constructo del autocuidado, diferenciándose 3 subescalas (conocimientos en salud, percepción de la salud y hábitos y estilos de vida)
    2. Por estos motivos se puede considerar que el cuestionario MAPAS un instrumento válido y fiable para cuantificar el nivel de autocuidado en adolescentes.
    3. Se confirma la hipótesis sobre el uso del cuestionario MAPAS como instrumento fiable para evaluar la eficacia de la intervención educativa implementada en el estudio experimental en términos de *Health Literacy* y promoción de la salud.
    4. La intervención educativa diseñada e implementada (Programa SAS) da respuesta a los temas emergidos del estudio cualitativo (realizado en la fase I) en relación al diseño, metodología, dinámica, contenido y materiales utilizados.

5. El programa SAS (intervención educativa) resulta ser un método de educación sanitaria novedoso, con la incorporación de metodología en *Health coaching*, para fomentar autocuidado y promoción de estilos de vida saludable y formación en salud para adolescentes en términos de *Health Literacy*.
6. Se confirma la hipótesis sobre si la intervención educativa resulta ser un buen recurso para promocionar la salud y la *Health Literacy* entre los adolescentes a través de los resultados obtenidos en la interpretación del cuestionario (puntuaciones del instrumento MAPAS), observando:
  - a. una mejora estadísticamente significativa tras la intervención en el porcentaje de autocuidado total en el grupo experimental (77,9% pre vs 95,1% post intervención), y asimismo una gran diferencia en comparación con el grupo control (75,4% post control vs. 95,1% post intervención), y
  - b. una mejora en la puntuación total obtenida del cuestionario sobre autocuidado para el grupo intervención (233,2 puntos de media en el pre vs 268,7 puntos de media en el post) y en comparación con el grupo control (223,6 puntos de media en el post control vs 268,7 puntos de media en el post intervención).
7. El programa SAS ha resultado igualmente eficaz para todos los centros del grupo intervención, sin diferencias entre centros públicos y/o concertados, pudiendo concluir que puede ser utilizado en cualquiera de los dos contextos.
8. Se observa a través del estudio experimental que la intervención educativa:
  - a. Ha mejorado los conocimientos en salud para el grupo intervención, observándose diferencias entre el pre y post para este grupo en las puntuaciones del cuestionario MAPAS. Y, a su vez, en el análisis de cada pregunta por separado para esta subescala se observa como la intervención, de manera general, favorece a la adquisición de conocimientos confirmándose así su hipótesis.
  - b. Ha mejorado la percepción y creencias sobre la salud entre los adolescentes que han recibido la intervención, observándose diferencias entre el pre y el post a través de la puntuación del cuestionario MAPAS; y también de manera específica para cada pregunta de esta subescala en comparación con el grupo control, confirmándose así su hipótesis.
  - c. Ha mejorado los hábitos y estilos de vida entre los adolescentes que han recibido la intervención, observándose un aumento del porcentaje de sujetos con puntuaciones más altas para esta subescala en el post intervención. Y, a su vez, en el análisis de cada pregunta por separado también se observa el efecto de la intervención, apreciándose cambios tras la misma concienciando al adolescente en esta área, lo que lleva a confirmarse su hipótesis.

9. Los resultados obtenidos en el estudio experimental llevado a cabo determinan que acciones de este tipo (intervención educativa- Programa SAS) resultan ser idóneos para activar al adolescente en materia de salud, ayudándole a mejorar sus conocimientos y percepción sobre la salud, implicándoles más en el autocuidado, en términos de automanejo y autoeficacia.
10. La satisfacción global media obtenida sobre la intervención educativa por el grupo intervención fue de 8,5 puntos sobre 10, lo que representa una alta aceptación.
11. Se confirma la hipótesis sobre la valoración satisfactoria del grupo intervención sobre la intervención educativa en relación al diseño (8,7 puntos), metodología (8,5 puntos) y percepción de aprendizaje (8,3).

# **Capítulo 8**

## **CONSIDERACIONES FINALES**



En este último capítulo se presentan las implicaciones y recomendaciones que se generan para la práctica, así como, las sugerencias para futuras investigaciones.

### **8.1 IMPLICACIONES Y RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA**

Respecto a las implicaciones prácticas de la presente investigación, estas surgen como reflexión de los resultados obtenidos a través de esta tesis. Desde un punto de vista práctico, de esta investigación se obtiene un mayor conocimiento sobre los adolescentes actuales en relación al comportamiento y conductas adoptadas, y de manera general una mayor comprensión de sus principales estilos de vida e influencias. Asimismo, esta tesis aporta luz en relación a las necesidades y barreras que identifican los adolescentes actuales en materia de salud. Además, el estudio cualitativo ha permitido explorar la perspectiva del adolescente sobre la actual educación sanitaria recibida y trazar preferencias en este ámbito. Sin duda, todo ello representa una buena descripción de la situación actual donde poder profundizar y mejorar en la adquisición de competencias en salud a esta edad, con los beneficios que esto repercutiría en la salud adulta. Por ello, la mayor implicación que se deriva de todo este nuevo conocimiento es la gran oportunidad de generar nuevos planes de salud y programas de prevención de riesgos y promoción de la salud más atractivos y efectivos para los jóvenes de esta edad.

En este sentido, esta tesis además contribuye a la comunidad científica con el diseño y elaboración de un nuevo programa de educación sanitaria que fomenta autocuidado y estilos de vida saludable, a través del marco de la Health Literacy. Sin duda esto tiene una gran implicación para la salud pública, ya que representa una formación reglada que dota a las personas de conocimientos y actitudes necesarias para poder gestionar adecuadamente su propia salud, lo que sin duda podría traducirse a largo plazo en menores enfermedades crónicas y por tanto una mejor calidad de vida.

Por otro lado, la incorporación de dicho programa sanitario ofrece un marco de referencia en el que se plantea no sólo una nueva metodología a tener en cuenta o un nuevo formato para impartir talleres sobre salud, sino también una innovación del estilo de enseñar sobre salud, incorporando la propia perspectiva del adolescente y cambiando el rol del educador con técnicas de *Health Coaching*. A nivel práctico, la mayor implicación que se genera de ello, es la aportación de un nuevo estilo de educación sanitaria que nace de y para los adolescentes, todo ello provocando un efecto mayor de motivación e interés sobre la salud para este grupo de edad asegurando una mayor alfabetización sanitaria.

A su vez, este trabajo contribuye también de manera práctica con el desarrollo de un nuevo instrumento (cuestionario MAPAS) que permite medir autocuidado en adolescentes sanos. La mayor implicación representa la posibilidad de abrir una nueva línea de interés ya que, hasta el momento, no existe ningún cuestionario disponible en nuestro idioma que posibilita cuantificar este constructo



y con ello valorar el impacto de ciertas intervenciones aplicadas en este grupo poblacional en estos términos.

A continuación, se presentan algunas recomendaciones a tener en cuenta para la práctica:

- Se recomienda que la educación sanitaria quede incluida durante los años de escolarización obligatoria con la aplicabilidad de programas como el desarrollado en esta tesis (Programa SAS) dentro de las escuelas de manera constante y programada por cursos y de forma progresiva. Con ello, se garantizaría reducir la curva del olvido de información, tal y cómo se ha visto en la revisión de la literatura. Lo recomendable sería mantener sesiones cada 2-3 semanas, y así de este modo se podría reducir el alto índice de olvido sobre educación sanitaria a partir de este tiempo. Ello podría garantizar una promoción de la salud de calidad de manera continuada y paulatina a lo largo de toda la vida escolar, lo que podría suponer un gran avance en prevención de hábitos y estilos de vida inadecuados o de riesgo, y asimismo fomentar conductas saludables y mejores decisiones en salud, asegurando asimismo una buena *Health Literacy*.
- Se recomienda la inclusión de una asignatura específica de salud en el currículo escolar para primaria y secundaria de forma obligatoria junto a las demás materias escolares, ya que esto podría suponer para la salud pública un avance importante, configurándose una herramienta de calidad para la prevención de ciertas enfermedades relacionadas con los estilos de vida no saludables, reduciendo así los posibles factores de riesgo de muertes ligadas a ciertos hábitos y conductas, que además se instauran en la edad pediátrica-juvenil para establecerse en la edad adulta. Por otro lado, supondría un menor gasto sanitario y un uso más sostenible de los recursos sanitarios a largo plazo debido a la educación recibida en dicha asignatura. Y, asimismo un mejor control sobre el autocuidado, y por tanto sobre la propia salud debido a la adecuada formación recibida durante esos años escolares sobre temas de salud.
- Se recomienda profundizar en el desarrollo y diseño de actividades-programas-materiales que combinen metodología participativa con mayor implicación de los iguales y del entorno social cercano (padres y profesores) de los adolescentes y/o niños. Y, asimismo garantizar mayor inclusión de la propia persona y familia en temas de carácter educacional para que resulten ser más eficaces y efectivos. La inclusión de la propia persona y el entorno más próximo en todos estos procesos podría garantizar una mayor motivación y con ello un alto grado de interés en aprender y en mantener un estilo de vida saludable y/o cambiar ciertas conductas.

- Se recomienda incrementar la difusión para este grupo poblacional del valor que tiene la salud, como un bien que hay que mantener y mejorar con mensajes publicitarios y materiales educativos atractivos y adecuados en términos de alfabetización sanitaria respondiendo a los perfiles de los jóvenes y de las necesidades en salud actuales, se pretende con ello mejorar las influencias recibidas para la toma de decisiones de este grupo de edad.
- Se recomienda la inclusión de una enfermera escolar en todos los centros escolares españoles, y no solo en centros de educación especial ni tampoco de manera esporádica, sino de manera constante. La enfermera integrada en la comunidad educativa es un valor añadido, eficaz y eficiente, que junto con el equipo docente trabaja para normalizar la vida diaria del niño/adolescente fomentando hábitos de vida saludables en toda la población escolar y comunidad educativa, con o sin presencia de enfermedad. Y ello garantizaría los cuidados centrado en la familia, con la inclusión del entorno más inmediato en el proceso educativo.
- Por último, se recomienda, a la luz de la bibliografía consultada y revisada, instaurar en el marco español un modelo de transición de la atención de la salud del adolescente al modelo de atención adulto. Ello podría suponer un mejor control y detección de los factores de riesgos que se pueden derivar de esta etapa evolutiva, mejorando asimismo la adherencia a los servicios de salud y mejorando, sobre todo, la percepción de la población joven sobre el valor de la salud y su mantenimiento. Además, con un modelo así se garantizaría mejor la coordinación hacia un equipo de adultos y así se daría continuidad a la atención sanitaria.

## 8.2 SUGERENCIAS PARA FUTURAS INVESTIGACIONES.

- Se sugiere a través de esta tesis analizar la validez de contenido, de constructo y confiabilidad del cuestionario diseñado (cuestionario MAPAS), como instrumento para ser usado para cuantificar el autocuidado en relación a tres dimensiones: conocimientos en salud, percepción de la salud y hábitos y estilos de vida.
- Se sugiere hacer investigaciones al hilo del propósito de esta tesis, de motivar e implicar al adolescente para tomar las mejores decisiones en salud, incorporando la metodología y punto de vista de "persona experta", y formación entre iguales, tan eficaces en pacientes con patología crónica.
- Se sugiere repetir investigaciones similares a la actual, pero tomando una mayor muestra de adolescentes, más representatividad por escuelas y por municipios, y de esta manera poder extrapolar los resultados. De la misma manera se sugiere estudios observacionales y longitudinales que permitan valorar el impacto de este tipo de formaciones en salud en los hábitos y estilos de vida, y observar si realmente todo ello se traduce en una mejor y saludable conducta.
- Se sugiere cribar la necesidad educacional sanitaria que tiene la población adolescente. Instrumentos como el diseñado en esta tesis (cuestionario MAPAS) podrían ayudar a cribar las necesidades formativas en salud y por tanto la necesidad de alfabetización sanitaria en población sana. Se pone de manifiesto la necesidad de crear herramientas que midan *Health Literacy* para este grupo poblacional y del mismo modo desarrollar instrumentos de medición que tengan en cuenta la activación de la persona en el autocuidado y la toma de decisiones.
- Se sugiere seguir investigando y trabajar en la creación de nuevas estrategias educativas que ayuden a generar nuevas formas de comportamiento entre los jóvenes; la edad escolar (etapa primaria y secundaria) se cree que es el mejor momento para ello debido a que aún no se han iniciado ciertos hábitos y conductas. Además, estas nuevas estrategias deben propiciar que los planes de atención en salud mejoren las intervenciones y la integración de la propia persona en todos los procesos; traduciéndose este proceso como eficaz, siendo promotor de la adquisición y aprendizaje de competencias en salud en las personas (*Health Literacy*).

- Se sugiere aportar mayor visibilidad a la práctica y quehacer profesional enfermero como responsable en esta materia (educación sanitaria), evitando así el intrusismo profesional en materia de salud por parte de educadores y otros profesionales.
- Se sugiere la traducción al español de dos instrumentos desarrollados por Denyes en 1980 para medir agencia de autocuidado y la práctica de autocuidado. Por un lado, el instrumento de agencia de autocuidado con el nombre de Denye's Self-Care Agency Instrument (DSCAI), desarrollado en diferentes investigaciones con adolescentes; en él se identifican seis dimensiones en su análisis factorial: la capacidad para tomar decisiones, la valoración relativa de la salud, los conocimientos sobre esta, los niveles de energía física, los sentimientos y la atención a la salud. Y, el segundo instrumento que se sugiere para su traducción y validación es el Denyes' Self-Care Practice Instrument (DSCPI), dicho instrumento ha sido utilizado en población infantil y adolescente, y mide las acciones generales de autocuidado y acciones específicas para satisfacer los requisitos universales (de la teoría de Orem), esta escala diferencia claramente la agencia de autocuidado de las conductas de autocuidado, midiendo así las prácticas de autocuidado.



# **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



AAP. American Academy of Pediatrics, American Academy of Family Physicians and American College of Physicians, Transitions Clinical Report Authoring Group. (2011) Clinical report-Supporting the health care transition from adolescence to adulthood in the medical home. *Pediatrics*, 128(1), 182-200.

Abet, P. & Montañés, E. (2016). Alarma ante el cóctel «explosivo» de alcohol que arrasa en los botellones. *ABC Sociedad*. Recuperado de [http://www.abc.es/sociedad/abci-alarma-ante-coctel-explosivo-alcohol-arrasa-botellones-201611102019\\_noticia.html](http://www.abc.es/sociedad/abci-alarma-ante-coctel-explosivo-alcohol-arrasa-botellones-201611102019_noticia.html)

Achenbach, T. M. (2009). The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA): Development, Findings, Theory, and Applications. Burlington, VT: University of Vermont Research Center for Children, Youth and Families.

Acuña, I., Castillo, D., Bechara, A., & Godoy, J.C. (2013). Toma de decisiones en adolescentes: rendimiento bajo diferentes condiciones de información e intoxicación alcohólica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13, (2), 195-214

AEP. Asociación Española de Pediatría. (2014) Consejos sobre actividad física para niños y adolescentes. Comité de Actividad Física de la AEP.

Agencia EFE. (2013). La probabilidad de sobrevivir a una parada cardiorrespiratoria se reduce a la mitad tras el minuto 6. 20 minutos. Recuperado en: <http://www.20minutos.es/noticia/1782064/0/sobrevivir/parada-cardiorrespiratoria/sexta-minuto>

Agencia EFE. (2016). Los médicos piden prohibir el 'botellón' porque lleva a beber a edad más temprana. *La Vanguardia*. Recuperado en: <http://www.lavanguardia.com/vida/20161220/412754694446/medicos-prohibir-botellon.html>

Allen, J. P., Marsh, P., McFarland, C., McElhaney, K. B., Land, D. J., Jodl, K. M., & Peck, S. (2002). Attachment and autonomy as predictors of the development of social skills and delinquency during midadolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 55-66.

Alsaker, F. D., y Vilén, U. L. (2010). El bullying en la edad preescolar [Bullying in preschool children]. En R. Ortega (Ed.), *Agresividad injustificada, bullying y violencia escolar* (pp. 129-164). Madrid: Alianza Editorial.

Álvarez – Gayou, J.L. (2003) *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México: Paidós Educador. (1º ed).

American Medical Association. (1999) Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs. Health Literacy Report of the Council. *JAMA*, 281(6), 552-557.



- Anderson, V. A., Anderson, V. A., Northam, E., Jacobs, R., & Catroppa, C. (2001). Development of executive functions through late childhood and adolescence in an Australian sample. *Developmental Neuropsychology*, 20, 385-406.
- Antaki, C., Billig, M., Edwards, D. & Potter, J. (2003). El Análisis del discurso implica analizar: Crítica de seis atajos analíticos. *Athenea Digital*, 3, 14-35. Recuperado de <http://antalya.uab.es/athenea/num3/antaki.pdf>
- Antona, A., Madrid, J. & Aláez, M. (2003). Adolescencia y Salud. *Papeles del Psicólogo*, 84, 45-53.
- Arantzamendi, M., López-Dicastillo O. & y G Vivar, C. (2012). Investigación cualitativa. Manual para principiantes. Ediciones Eunate.
- Ariès, P. & Duby, G. (2000). Historia de la vida privada. Tomo I Imperio romano y antigüedad tardía. Tomo II La alta edad Media, Tomo IX la vida privada en el siglo XX y Tomo X el siglo XX: diversidades culturales. Madrid: Taurus.
- Arnett, J.J. (2000). High hopes in a grim world: Emerging adults' views of their futures and of "Generation X". *Youth & Society*, 31, 267-286.
- Balcazar, N.P., González, A.N.I., Gurrola, G.M. & Moysón, A. (2006). Investigación cualitativa. Universidad Autónoma Estado México.
- Barrio-Cantalejo, I.M. & Simón-Lorda, P. (2006). Problemas éticos de la investigación cualitativa. *Med Clin*, 126(11), 418-23
- Barriuso, L., Sanz-Barbero, B., Hernando, L. (2012) Prevalencia de hábitos bucodentales saludables en la población infanto-juvenil residente en España. *An Pediatr*, 76(3),140-7.
- Bas Sarmiento, P., Fernandez Gutierrez, M., Poza Mendez, M. & Pelicano Piris, N. (2015). Propuestas de evaluación de la Alfabetización en Salud. *Psicología Latina*, 6, (1), 1-11.
- Bauer, K.W., Laska, M.N., Fulkerson, J.A. & Neumark-Sztainer, D. (2011). Longitudinal and secular trends in parental encouragement for healthy eating, physical activity, and dieting throughout the adolescent years. *Journal Adolesc Health*, 49(3),306-11
- Bennett, I.M., Robbins, S., Al-Shamali, N., & Haecker, T. (2003). Screening for low literacy among adult caregivers of pediatric patients. *Family Medicine*, 35, 585-590.
- Bermejo, M.A. (2011) Hábitos de vida y adolescencia. Diseño y pilotaje de un cuestionario sobre hábitos de vida en un grupo de adolescentes guipuzcoanos (13-17 años). *Zainak*. 34,75-105
- Bernal, L., César, A.A., Laca A., & Vicente, F.A. (2014). Patrones de toma de decisiones y autoconfianza en adolescentes bachilleres. *Revista de Psicología*, 32, (1),39-65

- Betina Lacunza, A., & Contini de González, N. (2011) Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. *Fundamentos en Humanidades*, XII, (23), 159-182
- Blakemore, S., & Choudhury, S. (2006). Development of the adolescent brain: Implications for executive function and social cognition. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 296-312.
- Blaxter, L., Hughes, C. & Tight, M. (2000) *Cómo se hace una investigación*. Colección Herramientas Universitarias. Barcelona:Gedisa
- Blumer, H. (1969) *Symbolic Interaction: Perspective and Method*. Englewood Cliffs N.J: Prentice Hall.
- Bonal, R.R., Almenares, C.H.B & Marzán, D.M (2012). Health coaching: a new approach to the empowering of the patient with non - communicable chronic diseases. *Medisan*, 16(5),773
- Bonilla, C.E. & Rodríguez, S.P. (1997). Más allá del dilema de los métodos. La investigación en ciencias sociales. Santafé de Bogotá, Ediciones Uniandes. (3ª Ed).
- Burns, N & Grove, S.K. (2004) *Investigación en enfermería*. Elsevier. (3ª Ed).
- Caelli, K., Ray, L. & Mill J. (2003). Clear as mud. Towards a greater clarity in generic qualitative research. *Int J Qualitative Methods*, 2(2)1-23.
- Calderón, C. (2002). Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): apuntes para un debate necesario. *Rev Esp Salud Pública*, 76(5), 473-482.
- Carrion, C., Arroyo Moliner, L., Castell, C., Puigdomènech, E., Gómez, S.F., Domingo, L. & Espallargues M. (2016) Utilización del teléfono móvil para el fomento de hábitos saludables en adolescentes. Estudio con grupos focales. *Rev Esp Salud Pública*, 90,1-11.
- Carter, P.A. (1998). Self-care agency: The concept and how it is measured. *Journal of Nursing Measurement*, 6(2), 195-207.
- Cava, M.J., Murgui, S. & Musitu, G. (2008). Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Psicothema*, 20, 389-395
- CDC. Centers for Disease Control and Prevention (2011). School Health guidelines to promote healthy eating and physical activity. *MMWR Recomm Rep*, 16(60), 1-76.
- CDC. Centers for Disease Control and Prevention. (2010). Simply put: A guide for creating easy-to-understand materials. Atlanta: Department of Health and Human Services. Recuperado de: [http://www.cdc.gov/healthliteracy/pdf/Simply\\_Put.pdf](http://www.cdc.gov/healthliteracy/pdf/Simply_Put.pdf)

- Chari, R., Warsh, J., Ketterer, T., Hossain, J. & Sharif, I. (2014). Health Literacy. Association between health literacy and child and adolescent obesity. *Patient Education and counseling* 94, 61-66
- Charro, E. (2016). La educación para la salud en la formación del maestro de primaria. Un estudio con el método delphi. [tesis doctoral] Universidad de Valladolid.
- Choque Larrauri, R. (2005) Comunicación y educación para la promoción de la salud. Maestría en Gerencia de Proyectos y Programas Sociales, Perú.
- Coleman, J.C. & Hendry, L.B. (2003). Psicología de la adolescencia. ED: Morata. (1ºEd).
- Compas, B.E., Hinden, B.R. & Gerhardt, C.A. (1995). Adolescent development: Pathways and processes of risk and resilience. *Annual Review of Psychology*, 46, 265-293
- Cooper, S. & Endacott, R. (2007). Generic qualitative research: a design for qualitative research in emergency care? *Emerg Med J*, 24(12), 816–819.
- Córdoba, R., Camaralles, F., Muñoz, E., Gómez, J., Díaz, D., Ramírez, J.I., López, A. & Cabezas, C. (2014) Recomendaciones sobre el estilo de vida. Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPS. *Aten Primaria*, 46(4),16-23
- Costa Cabanillas, M. (2000) Educación para la Salud. Barcelona: Pirámide
- Costa, M. & López, E. (1996). Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida. Madrid, España: Pirámide.
- Daniele, L. (2015). España, el país de la UE donde antes se empieza a fumar- ABC Sociedad. Recuperado de [http:// www.abc.es/sociedad/20150530/abci-consumo-tabaco-espana-201505292112.html](http://www.abc.es/sociedad/20150530/abci-consumo-tabaco-espana-201505292112.html)
- Davó, M.C., Gil González, D., Vives Cases C., Alvarez Dardet, C., & La Parra, D. (2008) Las investigaciones sobre la promoción y educación para la salud en las etapas de infantil y primaria de la escuela española. Una revisión de los estudios publicados entre 1995 y 2005. *Gac Sanit*, 22(1),58-64
- De Lucas García, N. (2013) Pediatría Basada en la Evidencia. *Rev Pediatr*, 15,83- 88.
- Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (1994). Handbook of qualitative research. Sage Thousand Oaks.
- Echeburúa, E., Labrador, F. J. & Becoña, E. (2009). Adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes. Madrid: Pirámide.
- Elkind, D. (1984). All grown up and no place to go. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company.

Emanuel, E.J., Wendler, D., & Grady, C. (2000). What makes clinical research ethical? *JAMA*, 283(20), 2701-2711

EPEHLC-European Patient Education and Health Literacy Conference (2008). Organized by: Josep Laporte Foundation UAB- Patients' University Disponible en: [http://www.fbjoseplaporte.org/epec/docs/draft\\_program.pdf](http://www.fbjoseplaporte.org/epec/docs/draft_program.pdf)

Espinosa, J.L. (2004). Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 90, 57-71.

ESTUDES (2014). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias. ESTUDES 2012/2013. Observatorio Español sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Falcón, M. & y Luna, A. (2012). Alfabetización en salud: concepto y dimensiones. Proyecto europeo de alfabetización en salud. *Revista Comunicación y Salud*, 2 (2), 91-98.

Ferguson, B., Lowman, S. G., & DeWalt, D. A. (2011). Assessing literacy in clinical and community settings: The patient perspective. *Journal of Health Communication*, 16(2), 124-134.

Fernández Nuñez, L. (2007). Institut de Ciències de l'Educació. Secció de recerca. Universitat de Barcelona. *Butlletí LaRecerca*, Ficha 8.

Flecha, R. (2009). Cambio, inclusión y calidad en las comunidades de aprendizaje. *Cultura y Educación*, 21(2), 157-169.

Frydenberg, E. (1997). Adolescent Coping. Theoretical and Research Perspectives. New York. Routledge.

Gavidia, V. & Talavera, M. (2012) La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las ciencias experimentales y sociales*, 26,161-175

Geden, E., & Taylor, S. (1991). Construct and empirical validity of the self-as- carer inventory. *Nursing Research*, 40(1), 47-50.

Generalitat de Catalunya, (2017). Informe de salud 2016. Direcció General de Planificació en Salut. Recuperado en <http://salutweb.gencat.cat/informedesalut2016>

Ghaddar, S.F., Valerio, M.A., Garcia, C.M. & Hansen, L. (2012) Adolescent Health Literacy: the importance of credible sources for online health information. *Journal of School Health*, 82,28-36.

- Giannakopoulos, G., Panagiotakos, D., Mihas, C. & Tountas, Y. (2008). Adolescent smoking and health-related behaviours: interrelations in a Greek school-based sample. *Child: Care, Health and Development*, 35, 164–170
- Gómez-Ayala, A.E. (2006). Higiene bucodental. Novedades. *Farm Prof*, 20:38-43.
- González Barrún, R., Montoya Castilla, I., Casullo, M.M. & Bernabeu, V.J. (2002) Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14, (2), 363-368
- González–Garza C; Hernández-Serrano M & Olaiz-Fernandez G. (2005) Perfil del comportamiento sexual en adolescentes de 12 a 19 años: resultados de la ENSA, 2000. *Revista de Salud Pública de México*, 47(3)
- Green, L.W.; Kreuter, M.W. (1999) Health Promotion Planning. An Educational and Ecological Approach. McGrawHill. New York 1999. (3ª ed.)
- Groene, R.O., Rudd, R.E. (2011). Results of a feasibility study to assess the health literacy environment: Navigation, written, and oral communication in 10 hospitals in Catalonia, Spain. *Journal of Communication in Healthcare*, 4(4), 227-237.
- Guba, E.G. & Lincoln, Y.S. (1998). Paradigms in qualitative research. Capítulo 6. En Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (Eds), *The landscape of qualitative research: theories and issues* (pp-195-220) Thousands Oaks: Sage
- Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J. & Anderson, R.E. (2010) *Multivariate Data Analysis. A Global Perspective*, 7th edn. Pearson Education Inc., NJ, USA.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self. A developmental perspective*. New York: The Guilford Press.
- Harter, S. (2011). Self-Development During Adolescence. En B. B. Brown y M. J. Prinstein (Eds.), *Encyclopedia of Adolescence* (Vol. 1, pp. 307-315). Oxford: Elsevier.
- Haun, J. N., Valerio, M. A., McCormack, L. A., Sørensen, K., Paasche-Orlow, M. (2014). Health literacy measurement: An inventory and descriptive summary of 51 instruments. *Journal of Health Communication*, 19, 302-333.
- Healthy People (2010) [with Understanding and Improving Health (vol. 1) and Objectives for Improving Health (vol. 2)]. U.S. Department of Health and Human Services. (2nd ed) Washington, DC: U.S. Government Printing Office

Hernán García M., Ramos Montserrat M., & Fernandez Ajuria, A. (2001). Revisión de los trabajos publicados sobre promoción de la salud en jóvenes españoles. *Rev Esp Salud Pública*, 75, 491-504.

Hernan García, M., Ramos Monserrat, M., & Fernández Ajuria, A. (2001) Revisión de los trabajos publicados sobre la promoción de la salud en jóvenes españoles. *Rev Esp Salud Pública*, 75, 491-504.

Hernán, G.M., Ramos, M.M., & Fernández, A.A. (2001). Revisión de los trabajos publicados sobre promoción de la salud en jóvenes españoles. *Rev Esp Salud Pública*, 75,491-504.

Hernández Prados, M. A. & López Lorca, H. (2006). Análisis del enfoque actual de la cooperación padres y escuela. *Aula Abierta*, 87, 3-26.

Hernández-Aguado, I., Lumbreras, B., & García de la Hera M. (2011) Concepto y funciones de la salud pública. En: Hernández Aguado I, Gil A, Delgado M, Bolumar F. Manual de epidemiología y salud pública para licenciaturas y diplomaturas en ciencias de la salud (Eds). Madrid: Editorial Médica PanAmericana, 2º ed.

Hidalgo Vicario, M.I. (2004) Atención Integral del adolescente. Revisión crítica. XVIII Congreso nacional de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. *Pediatr Integral*, 7(especial), 76-84.

Holman, H & Kate, L. (2004). Patient self-management: a key to effectiveness and efficiency in care of chronic disease. *Public Health Rep*, 119(3), 239–243.

Includ-ed. (2011). Actuaciones de éxito en las escuelas europeas. Madrid: IFIE.

Institute of Medicine (2004). Health literacy: A prescription to end confusion. Washington, DC: The National Academy Press.

Instituto Ateneu instructiu (2017). Recuperado de <http://www.ateneuinstructiu.com>

Instituto El Palau (2011). Recuperado de <http://www.institutelpalau.com>

Instituto Francesc Ferrer i guardia (s.f). Recuperado de <http://www.iesffg.cat/ca>.

Instituto Gran capità (2017). Recuperado de <http://grancapita.com/web>

Instituto Montserrat Roig (s.f). Recuperado de <http://www.iesmontserratroig.com>

Instituto Sant Andreu (2017). Recuperado de <http://agora.xtec.cat/inssantandreu>

Iñiguez, L. (1999). Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Atención primaria*, 23, 496-502.

- Jiménez, T., Musitu, G., & Murgui, S. (2008). Funcionamiento familiar y consumo de sustancias en adolescentes: el rol mediador de la autoestima. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8,139-151
- Jovell A.J. & Navarro Rubio M.D. (2008). La voz de los pacientes ha de ser escuchada. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit*, 22(S1),192-197.
- Jovell A.J., Navarro Rubio M.D., Fernández Maldonado L. & Blancafort S. (2006). Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. *Atención primaria*, 38,234-237.
- Katz, S.J., & Hawley, S.T. (2007). From policy to patients and back: Surgical treatment decision making for patients with breast cancer (Project Hope). *Health Affairs* 26(3) 761-769.
- Koops, W. (1996). Historical developmental psychology of adolescence. En L. Verhofstadt-Denève, Y. Kienhorst y C. Braet (eds.), *Conflict and development in adolescence*, pp. 1-12. Leiden University: DSWO Press.
- Kremers, S. P. J., de Bruijn, G. J., Schaalma, H. & Brug, J. (2004). Clustering of energy balance-related behaviours and their intrapersonal determinants. *Psychology and Health*, 19, 595-606.
- Kvale, S. (1996). *An introduction to qualitative research interviewing*. Thousand oaks, California: sage publications.
- Laframboise, H. L. (1973). Health Policy: breaking the problem down in more manageable segments. *Canadian Medical Association Journal*, 108, 388-393.
- León, J. L. & Medina, S. (2002). *Psicología social de la salud: fundamentos teóricos y metodológicos*. España: Comunicación Social, Ediciones y Publicaciones.
- León, O. & Montero, I (2003). *Métodos de investigación en psicología y educación*. (3ª ed.). Madrid: McGraw-Hill.
- Lerner, R.M., Boyd, M.J., Kiely, M.K., Napolitano, C.M., Schmid, K.L., & Steinberg, L. (2011). The History of the Study of Adolescence. En B. B. Brown y M. J. Prinstein (Eds.), *Encyclopedia of Adolescence* (Vol. 1, pp. 169-176). Oxford: Elsevier.
- López Sánchez, F. (2015) Adolescencia. Necesidades y problemas. Implicaciones para la intervención. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. ADOLESCERE*, 2(3)
- López, F. (2006) *Necesidades en la infancia y adolescencia, Respuesta familiar, escolar y social*. Madrid: Pirámide.

- MacDonald, T.H. (1998). Rethinking health promotion. A global approach. Routledge, London.
- Macdonald-Wallis K. (2011). School-based friendship networks and children's physical activity: A spatial analytical approach. *Soc Sci Med*, 73, 6-12.
- Mancuso, J. M. (2009). Assessment and measurement of health literacy: An integrative review of the literature. *Nursing & Health Sciences*, 11(1), 77-89.
- Manganello, J.A. (2007). Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Education Research*, 23(5),840-847.
- Marco, M., Benítez, R., Medranda, I., Pizarro, C., & Méndez, M. J. (2008). Variaciones fisiológicas normales del desarrollo puberal: edad de inicio, edad de la menarquia y talla. *Anales de Pediatría*, 69(2), 147-153.
- Marriner, T.A., & Rayle-Alligood, M. (2011) Modelos y teorías de enfermería. Madrid, España: Elsevier-Mosby. (7º Ed)
- Marsh, P., McFarland, F. C., Allen, J. P., McElhaney, K. B., & Land, D. J. (2003). Attachment, autonomy, and multifinality in adolescent internalizing and risky behavioral symptoms. *Development and Psychopathology*, 15(2), 451-467.
- Martí, E. (2005). El pensamiento del adolescente. En E. Martí y J. Onrubia (Eds.), Psicología del desarrollo: el mundo del adolescente (pp. 48-71). Barcelona: ICE.
- Martín, A. M.C. (2004) Diseño y validación de cuestionarios. Formación continuada. *Matronas Profesión*, 5(17),23-29
- Martínez Suárez, V., Aranceta Bartrina, J., Dalmau Serra, J., Gil Hernández, A., Lama More, R., Martín Mateos, M.A., Moreno Villares, J.M., Pavón Belinchón, P & Suárez Cortina, L. (2009) Recomendaciones nutricionales en la infancia. *Jano*, (nº1.749) Recuperado en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/00420047>
- Martínez, F. (2002). El cuestionario. Un instrumento para la investigación en las ciencias sociales. Barcelona: Laertes Psicopedagogía.
- Martínez, M., Rico, S., Rodríguez, F., Gil, G., Santano, E. & Calderón, J. (2017). Influencia de los hábitos de ocio sedentario en el estado nutricional en escolares extremeños. *Nure Inv*. 14(87)
- Martínez, M.M. (2006). Validez y confiabilidad en la metodología cualitativa. *Paradigma*, 27(2), 07-33. Disponible en: <http://www.scielo.org>



- Mayan, M.J. (2001). Una introducción a los métodos cualitativos: módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales. Qual Institute Press. International Institute for Qualitative Methodology.
- McBride, S.H. (1991). Comparative analysis of three instruments designed to measure self-care agency. *Nursing Research*, 40(1), 12-16.
- Mead, G.H. (1934) *Mind, Self and Society: from the Standpoint of a Social Behaviorist*. Chicago, University of Chicago Press.
- Millstein, S.G., Petersen, A.C. & Nightingale, E.O. (1994) Promoting the health of adolescents. New directions for the twenty-first century (pp. 119-150). Oxford, Inglaterra: Oxford University Press.
- Miró, O., Díaz, N. & Sánchez, M. (2012) Aprender reanimación cardiopulmonar desde la escuela. *Emergencias*, 24, 432-5.
- Miró, O., Díaz, N., Escalada, X., Pérez-Puello, F. & Sánchez, M. (2013) Puntos clave para introducir la enseñanza de la reanimación cardiopulmonar básica en las escuelas. *Salud y Ciencia*, 20,251-6.
- Monje, A & Arturo, C. (2011) Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica. Universidad surcolombiana. Facultad de ciencias sociales y humanas, Neiva.
- Montañés, R.M., Bartolomé, J., & Montañés, M.P. (2008) Influencia del contexto familiar en las conductas adolescentes. *Ensayos*, 2008 (17), 391-407.
- Moreno- Martinez, F., Ruzafa-Martinez, M., Ramos-Morcillo, A.J., Gomez García, C.I., Hernandez-Susarte, A.M. (2015). Diseño y validación de un cuestionario sobre conocimientos y hábitos en higiene corporal infantil (HICORIN®). *Aten Primaria*, 47(7),419-427
- Moreno Villares, J.M & Galiano Segovia, M.J. (2006) La comida en familia: algo más que comer juntos. *Acta Pediatr Esp*, 64(11), 554-558
- Moreno-Murcia, J.A., Ruiz, M. & Vera, J.A. (2015). Predicción del soporte de autonomía, los mediadores psicológicos y la motivación académica sobre las competencias básicas en estudiantes adolescentes. *Revista de Psicodidáctica*, 20(2), 359-376.
- Morse, J & Richards, L. (2002). README FIRST: For a user's guide to qualitative methods. Thousands Oak: SAGE Publications
- Morse, M.J. (2003). Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín, Colombia. Universidad de Antioquia. Capítulo 3: "Emerger de los datos": los procesos cognitivos del análisis en la investigación cualitativa (pp30-52.)
- Morse. M, J. (2008). Confusing Categories and themes. *Qual Health Res*, 18, (5) 727.

MSSSI. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016. Informes, estudios e investigación 2013. Gobierno de España.

MSSSI. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (s.f) Actividad Física y Salud. Guía para padres y madres. Recuperado en <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/>

MSSSI. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. (2016) Informes, estudios e investigación 2016. Informe técnico de los resultados obtenidos por el Estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2014 en España. Gobierno de España.

Muñoz Mendoza, C., Cabrero García, J., Richart Martínez, M., Orts Cortés, M., & Cabañero Martínez, M. (2005). La medición de los autocuidados: Una revisión bibliográfica. *Enfermería Clínica*, 15(2), 76-87.

Navarro Rubio M.D., Gabriele Muñiz G & Jovell A. (2008). Los derechos del paciente en perspectiva. *Aten Primaria*, 40(7),367-9.

Navarro, M.D., Arrighi, E., Gálvez, P., Gonzalez de Paz, L., Virumbrales, M., Borrás, A & Real, J. (2016) VIII Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico. III Conferencia Nacional del Paciente Nacional del Paciente Activo: Avanzando en resultados. Madrid

Navarro-Rubio, M.D., et al. (1995). Socioeconomic status and preventive health-care use by children in Spain. *Am J Prev Med*, 11, 256-262.

Nunnally JC & Bernstein IH (1994) Psychometric Theory. McGrawhill, NY.

Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13, 349-364.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.

Obot, I.S. & Saxena, S. (2005). Substance Use Among Young People in Urban Environments. World Health Organization, Geneva.

Ogando, D.B & García, P.C. (2007). Consentimiento informado y capacidad para decidir del menor Maduro. *Pediatr integral*, XI (10):877-883

Olabuénaga Ruiz, JI (1999). Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto.

Oliva Delgado, A. (2011). Apego en la adolescencia. *Acción psicológica*, 8, (2),55-65

Oliva, A. (2004). La adolescencia como riesgo y oportunidad. *Infancia y Aprendizaje*, 27, 115- 122.

- Oliva, A. (2007). Desarrollo cerebral y asunción de riesgos durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología*, 25(3), 239-254.
- Oliva, A., Hidalgo, M.A., Moreno, C., Jiménez, L., Jiménez, A., Antolín, L. & Ramos, P. (2012). Uso y riesgo de adicciones a las nuevas tecnologías entre adolescentes y jóvenes andaluces. Sevilla: Agua Clara, S.L.
- Oliva, A., Jiménez, J., Parra, A., y Sánchez-Queija, I. (2008). Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13, 53-62.
- Olsen, J.M. & Nesbitt, B.J. (2010) Health coaching to improve healthy lifestyle behaviors: an integrative review. *Am J Health Promot*, 25(1), 1-12.
- OMS (2010). Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Organización Mundial de la Salud.
- OMS Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. (s.f) La actividad física en los jóvenes. Recuperado en: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_young\\_people/es/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/es/)
- OMS. (1986) Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ottawa: Canadian public health association. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hpp/otawacharterSP.pdf>
- OMS. (1998). Glosario de términos básicos en promoción de la salud. Ginebra: OMS Retrieved from <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
- OMS. Organización Mundial de la salud & OPS. Organización Panamericana de la Salud. (2001) Instrumento de Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública. Iniciativa "La Salud Pública en las Américas".
- OMS. Organización Mundial de la Salud. (2011) Riesgos para la salud de los jóvenes, nota descriptiva nº345. Disponible en <http://www.who.int>
- Orem, D.E. (1993). Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica. España: Masson-Salvat Enfermería.
- Orozco, G.G. (1997) La investigación en comunicación desde la perspectiva cualitativa. México, Instituto mexicano para el desarrollo comunitario, Cap II.
- Palenzuela Paniagua, S. (2010). Hábitos y conductas relacionados con la salud de los escolares de 6º de primaria de la provincia de Córdoba. [Tesis Doctoral]. Córdoba: Universidad de Córdoba. Facultad de Medicina.

Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2001). *Psicología del Desarrollo* (8 ed.). Bogotá, D.C., Colombia: McGraw-Hill.

Patton, G.C., Coffey, C., Cappa C., & et al. (2012) Health of the world's adolescents: A synthesis of internationally comparable data. *Lancet*, 379,1665-75.

Patton, G.C., Psych, M.R.C., Sawyer, S.M., Ross, D.A., Russell, M.V & Santelli, J.S. (2016) From Advocacy to Action in Global Adolescent Health. *Journal of Adolescent Health*, 59, 375-377

Patton, M.Q (2012). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Thousands Oak: SAGE Publications. (3rd ed).

Patton, M.Q. (2002). *Qualitative evaluation and research methods* Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc. (3rd ed).

Paxton, R. J., Valois, R. F., Watkins, K. W., Huebner, E. S., & Drane, J. W. (2007). Sociodemographic differences in depressed mood: Results from a nationally representative sample of high school adolescents. *Journal of School Health*, 77, 180- 186.

Pearson N., et al. (2011). Are parental concerns for child TV viewing associated with child TV viewing and the home sedentary environment? *Int J Behav Nutr phys Act*, 8,(102)

Pelikan, J., & Sørensen, K. (2014). Introduction to the HLSEU-Q measurements. Pre-Conferencia presentada en el 2nd European Health Literacy Conference, Aarhus, Dinamarca

Pérez Jarauta, M.J., Echaury Ozcoidi, M., Ancizu Irure, E., & Chocarro San Martín, J. (2006). *Manual de Educación para la Salud*. Sección de Promoción de Salud. Instituto de Salud Pública. Gobierno de Navarra.

Piedrola. (2015). *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Barcelona: Elsevier (12ª edición ed.).

Piehler, T.F. (2011). Peer Influence. En B. B. Brown y M. J. Prinstein (Eds.), *Encyclopedia of Adolescence* (Vol. 2, pp. 249-259). Oxford: Elsevier.

Pla de Salut de Catalunya. (2015). *Els projectes del Pla de Salut de Catalunya 2016-2010*. Documento de treball. Generalitat de Catalunya.

Pla, M. (1999). El rigor en la investigación cualitativa. *Atención Primaria*, 24(5),295-300

Pleasant, A., Rudd, R.E., O'Leary, C., Paasche-Orlow, M.K., Allen, M.P., Alvarado-Little, W., Myers, L., Parson, K., & and Rosen, S. (2016). Considerations for a new definition of health literacy. Discussion Paper, National Academy of Medicine, Washington, DC. Disponible en <http://nam.edu/wp-content/uploads/2016/04/Considerations-for-a-New-Definition-ofHealth-Literacy.pdf>.

Portero, et al. (2002). La intervención con adolescentes y jóvenes en la prevención y promoción de la salud. *Rev Esp salud Pública*, 76, 577-584

Prochaska, J. & Diclement, C. (1983). Stages and processes of change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of consulting and clinical Psychology and Psychotherapy*, 51, 390-395

Proyecto HLS-EU "European Literacy Survey" (2012). Programa Europeo Salud Pública. Disponible en: <http://www.fundadeps.org/actividades/documentos/362/EHLS-alfabetizacionsanitaria.pdf>

Ramos Valverde, P., Moreno Rodríguez, C., & y Rivera de los Santos, F.J. (2010) Estilos de vida y promoción de la salud: material didáctico. HBSC España. Universidad de Sevilla

Ramos, M.G. (2000). Para educar en valores. Teoría y práctica. Paulinas.

Ramos, M.J. (2008) Violencia y Victimización en Adolescentes Escolares. [Tesis doctoral] Universidad Pablo de Olavide. Facultad de Ciencias Sociales Área de Psicología Social.

Ratzan, S.C., & Parker, R.M. (2000). Introduction. In National Library of Medicine current bibliographies in medicine: Health literacy. NLM Pub. No. CBM 2000-1, edited by C. R. Selden, M. Zorn, S. C. Ratzan, and R. M. Parker. Bethesda, MD: National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services.

Redding, S. (2000). Familias y escuelas. Ginebra: Academia Internacional de Educación, Bélgica, y la Oficina Internacional de Educación.

REEPS. Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud. (2001) Madrid: Ministerio de Educación y Cultura. *Salud Publica Educ Salud*, 1(1), 23-27

Ricoeur, P. (1995). Teoría de la interpretación: discurso y excedente de sentido. México [etc.]: Siglo Veintiuno. pp91.

Riquelme Pérez, M. (2012) Metodología de educación para la salud. *Rev Pediatr Aten Primaria Supl*, (21),77-82

Rodríguez Naranjo, C & Caño González, A. (2012) Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*,12, (3), 389-403

Rodríguez, G.M & Medina Moya, J.L. (2014). Entre la complejidad y el arte: el análisis de datos en cualitativa. *Index de Enfermería*, 23(3), 157-161.

- Rogol, A. D., Roemmich, J. N., & Clark, P. A. (2002). Growth at puberty. *Journal of Adolescent Health*, 31, 192-200.
- Roldan merino, J.F. (2011). Estudio métrico de la Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA), basada en la Teoría de D. Orem para pacientes diagnosticados de esquizofrenia. [Tesis doctoral]. Universidad de Barcelona.
- Romero Indiano, E.M., Lozano-León, T. & Lozano, L.P. (2011) Proyecto de educación para la salud en alumnos de 3º curso de educación primaria: primeros auxilios y prevención de accidentes. *Enfermería Docente*, 95, 4-8
- Rudd, R.E. (2013). Needed action in health literacy. *J Health Psychol*, 18(8),1004-10.
- Rudd, R.E., Groene, O.R., & Navarro-Rubio, M. (2013). On health literacy and health outcomes: Background, impact, and future directions. *Revista De Calidad Asistencial*, 28 (3):188-192.
- Rudd, R.E., Moeykens, A.B., & Colton, C.T. (1999). Health and Literacy. A review of medical and Public Health Literature. Chapter five. Annual review of adult learning and literacy. New York: Jossey-Bass.
- Salcedo, F., Rodríguez, F.M., Monterde, M.L., García, M.A., Redondo, P. & Marcos, A.I. (2005) Hábitos de sueño y problemas relacionados con el sueño en adolescentes: relación con el rendimiento escolar. *Aten Primaria*, 35(8),408-14.
- Salgado AC. (2007) Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13(13),71-78.
- Salleras Sanmartí. L. (1986). Educación Sanitaria: principios, métodos y aplicaciones. Barcelona: Díaz de Santos.
- Salmera-Aro, K. (2011). Stages of Adolescence. En B. Bradford Brown y M. J. Prinstein (Eds.), *Encyclopedia of Adolescence* (Vol. 1, pp. 360-368). Oxford: Elsevier.
- Salmerón Ruiz, M.A & Casas Rivero, J. (2013) Problemas de salud en la adolescencia. *Pediatr Integral* XVII (2), 94-100
- Sánchez Gómez, M. (2015). La dicotomía cualitativo-cuantitativo: posibilidades de integración y diseños mixtos. *Campo abierto*, vol. monográfico,11-30.
- Sánchez Jacob, M. (2005). El menor Maduro. *Bol pediatic*, 45,156-160
- Sánchez Pardo L. (2002). El consumo abusivo de alcohol en la población juvenil española. *Trastornos adictivos*, 4(1),12-19.

Sanchez-Gomez, M.B., Gómez-Salgado, J., & Gonzalo-Duarte, C. (2008). Educación para la salud. Madrid: Enfo Ediciones.

Sandelowski, M. (2001). Real qualitative researchers do not count: the use of numbers in qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 24, (3), 230-240.

Sanders, L.M., Shaw, J.S., Guez, G.B.C & Rudd R.E. (2009). Health literacy and child health promotion: *Implications for research, clinical care, and Public Policy*. *Pediatrics*, 124,306.

Sandoval Manríquez, M. (2007). Sociología de los valores y juventud. *Última Década*, 27,95-118

Sarrate, ML. (2008). Ocio y tiempo libre en los centros educativos. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). *Bordón* 60 (4),51-61.

Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C., Palacios, J., Diaz, G. & Bindman, A. (2002). Association of health literacy with diabetes outcomes. *JAMA*, 288, 475-482

Scott, S., Briskman, J., Woolgar, M., Humayun, S., y O'Connor, T. G. (2011). Attachment in adolescence: Overlap with parenting and unique prediction of behavioral adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52, 1052-1062.

SEMERGEN. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. (2016) Día Mundial sin Tabaco: "El empaquetado neutro disminuye el atractivo de las cajetillas de tabaco" Nota prensa. Recuperado en <http://www.semergen.es>

Senra Varela, María. (2010) Educar en habilidades sociales para prevenir el abuso de alcohol en la adolescencia. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 21, (2), 423-433.

SEOM. (2016). Fumar es la principal causa evitable de cáncer en el mundo. Recuperado de <http://www.seom.org/es/notas-prensa/105591>.

Serbia, J.M (2007). Diseño, muestreo y análisis en la investigación cualitativa. Hologramática - Facultad de Ciencias Sociales UNLZ Año VI,7,(2),123-146.ISSN 1668-5024

Serrano Gonzalez, M.I. (2002). La educación para la salud del siglo XXI: comunicación y salud. 2º edición. Editorial Diaz de santos, 25, (5), 46-47.

Sillas, D.E. & Jordán, M.L. (2011). Autocuidado, Elemento Esencial en la Práctica de Enfermería. *Desarrollo Cientif Enferm*, 19, (2)

Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. & Brand, H. (2012) Health literacy and públic Health: A systematic review and Integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80

Subirats, J. (2010). Los grandes procesos de cambio y transformación social. Algunos elementos de análisis. Cambio social y cooperación en el siglo XXI. Intervida.

Susman, E. J., & Rogol, A. (2004). Puberty and Psychological Development. En R. M. Lerner y Steinberg (Eds.), *Handbook of Adolescent and Psychology* (2nd ed., pp. 15-44). Hoboken, NJ: Wiley.

Tellado, I. & Sava, S. (2010). The role of non-expert adult guidance in the dialogic construction of knowledge. *Revista de Psicodidáctica*, 15(2), 163-176.

Tobacco-Free Kids Campaign for (2008). Los daños que provoca el tabaco en los jóvenes. Recuperado en [www.tobaccofreecenter.org](http://www.tobaccofreecenter.org)

Tobón-Correa, O., & García-Ospina, C. (2004). Fundamentos teóricos y metodología para el trabajo comunitario en salud. Manizales (Colombia): Editorial Universidad de Caldas.

Trzesniewski, K.H., Donnellan, M.B & Robins, R.W (2003). Stability of self-esteem across the life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 205-220

Turkel, S., & Pao, M. (2007) Late Consequences of Pediatric Chronic Illness. *Psychiatr Clin North Am*, 30(4), 819-35

U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2010). National Action Plan to Improve Health Literacy. Washington, DC: Author.

Urrutia, S., Azpillaga, I., Luis de Cos, G & Muñoz, D. (2010) Relación entre la percepción de estado de salud con la práctica físicodeportiva y la imagen corporal en adolescentes. Monográfico Ciencias de la Actividad Física y Deportes Cuadernos de Psicología del Deporte, 10,51-56.

Van Manen, Max. (2003) Investigación educativa y experiencia vivida. Ciencia humana para una pedagogía de la acción y la sensibilidad. Barcelona, España: Idea Books, S.A

Varona, J.A., Alminaque, M.C., Borrego, J.A & Formoso, L.E. (2010) Vulvovaginitis en niñas y adolescentes. *Rev Cuba Obstet Ginecol*, 36:73-85.

Veenstra, R., Dijkstra, J. K., Steglich, C., & Van Zalk, M. H. W. (2013). Network-behavior dynamics. *Journal of Research on Adolescence*, 23, 399-412.

Vega, F.A., Aramendi, J.P., Buján, V.M.K. & Garín, C.S. (2015). La educación para la salud en la ESO: Aportaciones de un estudio sobre el País Vasco. *Educación XXI*,18(1),167-188.

Vega, O.M. & González, D.S. (2007) Teoría del déficit de autocuidado, interpretación desde los elementos conceptuales. *Revista Ciencia y Cuidado*, 4, (4),28-35



Verloigne M., et al. (2011). Self-determined motivation towards physical activity in adolescents treated for obesity: an observational study. *Int J Behav Nutr phys Act*, 8, 97.

Weist, M. D., Rubin, M., Moore, E., Adelsheim, S., y Wrobel, G. (2007). Mental health screening in schools. *The journal of School Health*, 77 (2), 53-58.

Whitlock, E.P., Orleans, C.T., Pender, N. & Allan, J. (2002). Evaluating primary care behavioral counseling interventions: An evidence-based approach. *American Journal of Preventive Medicine*, 22, 267-284.

WHO Tobacco Free Initiative (TFI). (2008). World No Tobacco Day, 31 May 2008: Recuperado en: <http://www.who.int/tobacco/wntd/2008/focus/en/index.html>.

WHO. World Health Organization. (2010) The global strategy to reduce the harmful use of alcohol. World Health Organization, Geneva.

Wismar, M., Brand, H. & Stojanovic, L. (2016) Health Literacy in Europe: getting to the next level. *Eurohealth*, 22 (3), 14-17

Yngve, A., Wolf, A., Poortvliet, E., Elmadfa, I., Brug, J., Ehrenblad, B. & et al. (2005) Fruit and vegetable intake in a sample of 11-year-old children in 9 European countries: the ProChildren Cross sectional Survey. *Ann Nutr Metab*, 49, 236-45

Zeigler, D.W., Wang, C.C., Yoast, R.A., Dickinson, B.D., McCafree, M.A., Robinowitz, C.B., & et al. (2005) The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students. *Preventive Medicine*, 40:23-32.

# **ANEXOS**



# **Anexo 1**

Cuestionarios sociodemográficos (estudio cualitativo)



**CUESTIONARIO: sociodemográfico FASE I**  
**(Adolescentes: Entrevistas y GF)**

El siguiente cuestionario es anónimo y servirá para situar contextualmente la investigación.

Por favor, **marque la opción que mejor describa su situación para cada pregunta.**

- **Género:**
  - masculino
  - femenino
- **Edad:** ----- años.
- **Estado laboral familiar:**
  - Activo (los dos padres trabajando)
  - Desempleo (uno de los dos padres está en paro)
  - Desempleo (los dos padres están en paro)
- **¿Con quién vives?:**
  - Familia Nuclear (padre, madre, hermanos)
  - Monoparental (solo vive con uno de los padres, por ejemplo padres divorciados)
  - Madre soltera
  - Familia extensa (además de padre, madre, etc, vives con abuelos, primos, sobrinos)
  - Otros miembros de la familia ( vives con abuelos, tíos, etc)
- **Curso actual de estudios:**
  - 1º ESO
  - 2º ESO
  - 3º ESO
  - 4º ESO
- **Instituto al que acudes es:**
  - Público
  - Privado
  - Concertado
- **¿Tienes hermanos?:**
  - Sí      ¿Cuántos?
  - No
- **¿Qué posición ocupas en los hermanos?:** ----- de----- hermano/as

Código ENA/GFA:  
Fecha de realización:

### CUESTIONARIO FASE I (GF)

**El siguiente cuestionario es anónimo y servirá para situar contextualmente la investigación.**

Por favor, **marque la opción que mejor describa su situación para cada pregunta. RECUERDE CONTESTAR EN CALIDAD DE DOCENTE.**

- **Género:**
  - masculino
  - femenino
- **Edad:** ----- años.
- **Años de profesión:**
  - De 0 a 2 años de experiencia
  - De 3 a 5 años de experiencia
  - De 6 a 10 años de experiencia
  - Más de 11 años de experiencia

Código GFD:  
Fecha de realización:

### CUESTIONARIO FASE I (GF)

**El siguiente cuestionario es anónimo y servirá para situar contextualmente la investigación.**

Por favor, **marque la opción que mejor describa su situación para cada pregunta. RECUERDE CONTESTAR EN CALIDAD DE PADRE O MADRE.**

- **Género:**
  - masculino
  - femenino
- **Edad:** ----- años.
- **Tiene hijos:**
  - Sí      Número de hijos: \_\_\_\_\_
  - No
- **Tipo de familia:**
  - Familia Nuclear (padre, madre, hermanos)
  - Monoparental (solo vive con uno de los padres, por ejemplo padres divorciados)
  - Madre soltera
  - Familia extensa (además de padre, madre, etc, vives con abuelos, primos, sobrinos)
  - Otros miembros de la familia (vives con abuelos, tíos, etc)

Código GFP/M:  
Fecha de realización:

## CUESTIONARIO FASE I (GF)

**El siguiente cuestionario es anónimo y servirá para situar contextualmente la investigación.**

Por favor, **marque la opción que mejor describa su situación para cada pregunta. RECUERDE CONTESTAR EN CALIDAD DE PERSONAL SANITARIO.**

- **Género:**
  - masculino
  - femenino
- **Edad:** ----- años.
- **Profesión:**
  - Enfermera
  - Auxiliar
  - Pediatra
  - Otro. Indique cual: \_\_\_\_\_
- **Años de profesión:**
  - De 0 a 2 años de experiencia
  - De 3 a 5 años de experiencia
  - De 6 a 10 años de experiencia
  - Más de 11 años de experiencia

Código GFS:  
Fecha de realización:





# **Anexo 2**

Guión entrevistas semiestructuradas (estudio cualitativo)



**GUIÓN de las ENTREVISTAS SEMI-ESTRUCTURADAS (F1) Adolescentes**

(introducir que se van a tratar 7 temas o áreas de interés, para situar al adolescente...)

<b>PREGUNTAS DE ACLARACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Preguntas de desarrollo:</u> para continuar hablando del tema.</li> <li>- ¿me puedes decir algo más sobre esto? Es muy interesante... ¿me puedes explicar algo más sobre este tema?</li> <li>- <u>Preguntas de aclaración:</u> ... ha dicho.... ¿Qué quiere decir con....? No estoy segura de entender qué significa...? Puede explicar....?</li> <li>- <u>Intervenciones feed-back:</u> “eso que ha dicho es muy interesante”</li> </ul>
--------------------------------	---

ÁREAS DE INTERÉS	PREGUNTAS
<b>1.Competencias en autocuidado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué es para ti el autocuidado?</li> <li>- ¿Qué piensas que tendrías que hacer para cuidarte más?</li> <li>- Según lo que tú crees que es autocuidado ¿Qué crees que puede pasar si no lo haces?</li> <li>- ¿Qué crees que puede influir en que te cuides más o menos?</li> <li>- ¿Qué dificultades tienes en comprender temas de salud?</li> <li>- O que dificultades tienes para cuidarte?</li> </ul>
<b>2.Información/conocimiento sobre la propia salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Consideras que tienes buenos conocimientos en salud? ¿Te gustaría saber más sobre salud?</li> <li>- ¿Qué opinión tienes acerca de que la información que se os da sobre salud sea en el colegio/instituto? (dónde)</li> <li>- Es suficiente para ti?</li> <li>- ¿Qué opinión tienes acerca sobre la información (contenido) que se os da sobre salud?</li> <li>- ¿Cuál es tu opinión acerca de <u>cómo</u> (método) se os da la información sobre salud?</li> <li>- ¿De quién recibes más información sobre salud: amigos, familia, sanitarios, maestros...?</li> <li>- ¿En qué temas de salud, crees que necesitarías más formación?</li> <li>- ¿Qué necesitáis los chicos de tu edad sobre esto?</li> </ul>
<b>3.Conductas de salud y de riesgo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Sabes qué son las conductas de riesgo? (¿cómo lo definirías tú?)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Sabes qué son las conductas de salud? (¿cómo lo definirías tú?)</li> </ul> <p>Pon un ejemplo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cuáles crees que son las conductas más saludables que deberíais seguir?</li> <li>- ¿Cuáles son las conductas de más riesgo para ti?</li> <li>- Cuando tienes una conducta de riesgo, sabes qué consecuencias puede tener en tu salud o en tu vida?</li> <li>- ¿Qué influencias tienes (o qué te influencia) para llevar a cabo una conducta u otra?</li> </ul>
<p align="center"><b>4.Toma de decisiones</b></p>	<p>Existe una nueva manera de entender al paciente/personas desde el punto de vista de los profesionales de la salud, y cómo las personas deben tener un papel más activo en su propia salud y una mayor participación en la toma de decisiones, y más responsabilidades.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Consideras que estás preparado-capacitado para tomar decisiones en salud? (los adolescentes en general, estáis preparados para la toma de decisiones relacionadas con la salud?)</li> <li>- ¿Cómo crees que debería de ser la educación para la salud hacia vosotros para poder tomar decisiones?</li> </ul>
<p align="center"><b>5.Automanejo – habilidades en temas de salud</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Crees que los chicos de tu edad hacéis caso de lo que se os dice, en temas de salud?</li> <li>- ¿Qué es lo que hace que un adolescente tenga un tipo de habilidad (conducta, manera de hacer...) en temas de salud u otro?</li> <li>- ¿Qué tipo de habilidades deberías aprender durante el instituto para un buen manejo de tu salud?</li> <li>- ¿De qué depende que tengas un mejor automanejo de la salud?</li> <li>- ¿Crees que tu salud de ahora puede influir en tu futuro?</li> <li>- Cómo crees que puede hacerlo?</li> </ul>
<p align="center"><b>6.Estrategias de mejora</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Crees que la información sobre salud que se ofrece en los folletos y otros materiales son fáciles de entender y aplicar en tu vida diaria?</li> <li>- ¿Consideras que es necesario algún programa de educación en salud específico</li> </ul>

	<p>que se pudiera hacer durante los años del instituto que os ayudase a un mejor autocuidado, y manejo de vuestra propia salud?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De todo lo que hemos ido hablando, ¿qué podríamos hacer los profesionales sanitarios? Que crees que podríamos mejorar? Qué estrategias se te ocurren?</li> <li>- Si tuvieses una asignatura de Educación para la Salud durante tus años de la ESO ¿cómo lo verías? Que te parecería?</li> </ul>
<p><b>7. Comunicación con el sistema sanitario (profesionales sanitarios)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Sabes a quién acudir si tienes alguna duda en salud?</li> <li>- ¿Las veces que has ido al médico o la enfermera, has podido resolver tus dudas? (se ha establecido una relación/clima de confianza)</li> <li>- ¿Cómo te gustaría que fuese la relación con ellos?</li> <li>- ¿Cómo verías que estuviera una enfermera dentro del instituto?</li> </ul>

<p><b>CIERRE DE LA ENTREVISTA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muchas gracias.</li> <li>- Es muy importante lo que me has dicho.</li> <li>- En relación a los temas que hemos estado tratando: ¿Hay algo más que quisieras añadir?</li> <li>- Te agradezco mucho el tiempo dedicado. Me ha resultado de mucha ayuda.</li> <li>- Después de la transcripción, tal vez me dé cuenta que no haber realizado alguna pregunta, o me gustaría saber algo más sobre estos temas... ¿puedo contactar contigo de nuevo más adelante para fijar otro encuentro?</li> </ul>
---------------------------------------	--

<p><b>DIARIO DE CAMPO (anotar después)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impresión del día:</li> <li>- Actitud de la persona entrevistada:</li> <li>- Ambiente:</li> <li>- Interrupciones:</li> <li>- Hora de inicio:</li> <li>- Hora de fin:</li> </ul>
--	--



# **Anexo 3**

Guión grupos focales





## GUIÓN GRUPOS FOCALES: **Adolescentes**

(Introducir que se van a tratar 6 temas o áreas de interés)

ÁREAS DE INTERÉS	PREGUNTAS
<p><b>1. Competencias en autocuidado</b></p> <p>Es el cuidado que se da uno a sí mismo, con iniciativa propia.</p> <p>El cuidado que cada persona le da a su cuerpo/psique con el fin de evitar situaciones que puedan afectar su salud.</p> <p>Nos ayudan a mantenernos en “salud”.</p> <p>El autocuidado se da, por ejemplo, con ciertos hábitos y actitudes de protección de las enfermedades y de protección de la salud, prevención de enfermedades....</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- ¿Os <u>cuidáis bien</u>? ( pensáis que tenéis un buen autocuidado)</li><li>- ¿Qué <u>dificultades</u> encontraréis para poderos cuidar? (en temas de salud)</li><li>- ¿Qué <u>puede pasar</u> si no te cuidas bien?</li></ul>
<p><b>2. Información/conocimiento sobre la propia salud</b></p> <p>Hay mucha información sobre salud.</p> <p>Información de que es bueno y de que es malo. Con los hábitos en según qué temas.</p> <p>Y os enseñan acerca de vuestra salud, y esta como debería de ser, sería entendida, como os tendríais que comportar...</p> <p>Y todo esto os aporta “conocimientos” y “habilidades”, maneras de hacer, para que seáis capaces de desarrollar un buen “autocuidado” y con garantías de seguridad.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- ¿Qué opinión tenéis acerca de la <u>información que se da</u>? (temas, calidad de la información, material ¿es suficiente?...)</li><li>- ¿Consideras que son <u>fáciles de entender</u>? ¿Fácil de <u>aplicar en la vida diaria</u>?</li><li>- ¿Qué os parece el <u>manera</u> (para informar/ o formar) en el que se da la información?</li><li>- ¿De <u>quién recibís</u> más información? (profesores, familia, sanitarios...)</li><li>- ¿Tenéis buenos <u>conocimientos</u> sobre salud?</li><li>- ¿Qué <u>os interesa</u> sobre vuestra salud? ( lista)</li><li>- ¿<u>En qué</u> habría que <u>formaros</u>? (cuáles son las necesidades especiales en formación de salud que necesitan los adolescentes de la sociedad actual)</li></ul>
<p><b>3. Conductas de salud y de riesgo</b></p> <p>Las conductas de salud son las conductas que lleva a cabo con el propósito de prevenir la enfermedad. Estas conductas son: desde dejar de fumar, perder peso, hacer ejercicio, comer adecuadamente, no consumir drogas.... Y las conductas de riesgo que no solo ponen en peligro la salud propia y reducen la expectativa de vida de la persona, sino que, con frecuencia, también afectan a los demás. Serían</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- ¿Qué <u>influencias</u> tenéis los adolescentes para llevar a cabo una conducta u otra?</li><li>- ¿Por qué hay chicos que siguen conductas de riesgo y otros no? (o todos siguen conductas..., conocen sus consecuencias?)</li><li>- ¿Sabéis que os puede pasar si hacéis una conducta de riesgo?</li><li>- ¿Cuáles son las conductas de riesgo para vosotros?</li></ul>

<p><b>conductas insaludables, que tienen consecuencias para la salud.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>¿Cuáles son las conductas más saludables que deberíais de seguir los adolescentes?</u></li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>4. Toma de decisiones</b></p> <p>Desde el punto de vista de los profesionales de la salud, pensamos que las personas deben tener un papel más activo en el control de su propia salud y una mayor participación, y por tanto más responsabilidades. Hemos pasado de ver a la persona como un sujeto pasivo “yo le digo lo que necesita” a un sujeto activo “el demanda, busca, opina, contrasta...”</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>¿Estáis preparados para tomar el control de vuestra salud?</u></li> <li>- <u>¿Qué tendríamos que cambiar para que vosotros participarais más en temas de salud?</u></li> <li>- <u>¿Cómo crees que debería de ser la educación para la salud?</u></li> <li>- <u>¿Hacéis caso de lo que les dicen</u>, en temas de salud?</li> <li>- <u>¿Qué tendríamos que hacer para que cambiaríais conductas de riesgo por conductas saludable?</u></li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>5. Automanejo – habilidades en temas de salud</b></p> <p>Hace referencia a “tomar el control” de tu propia salud. A tomar acciones, a tener actitudes, habilidades, conductas favorecedoras....</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>¿Qué tipo de habilidades se os podría enseñar en el instituto para tener un buen control de tu salud?</u></li> <li>- Un chico que tiene un buen control <u>¿Qué aportaría para el grupo? la sociedad? Para el mundo?</u> (depende en su salud futura, en su vida... en la de todos?)</li> <li>- <u>¿Qué es lo que hace que un chic@ tenga un tipo de habilidad/ manera de hacer/conducta en temas de salud?</u></li> <li>- <u>¿De qué depende que tengas un mejor automanejo?</u></li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>6. Estrategias de mejora</b></p> <p>Para finalizar, vamos a pensar cómo podemos mejorar y que podemos hacer mejor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>¿Qué te parecería un programa de educación para adolescentes que os ayude a tener un mejor autocuidado y manejo de tu propia salud?</u> (como lo diseñarían... quien lo daría...)</li> <li>- <u>¿Cómo verían “confeccionar” una “asignatura” de educación durante los años en el instituto?</u> ( para tratar los temas que hemos hablado)</li> <li>- <u>¿Qué te parecería tener una enfermera dentro del instituto siempre?</u> ( que le contarías)</li> <li>- <u>¿Qué tipo de intervención os gustaría más?</u> Que os serviría mejor? ( sobre salud, temas, ...)</li> </ul>
<p><b>CIERRE DEL GRUPO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muchas gracias.</li> <li>- <u>¿Hay algo más que queráis añadir?</u></li> </ul>

<b>DIARIO DE CAMPO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impresión del día:</li> <li>- Actitudes del grupo:</li> <li>- Ambiente:</li> <li>- Interrupciones:</li> <li>- Hora de inicio:</li> <li>- Hora de fin:</li> </ul>
------------------------	---

### **GUIÓN GRUPOS FOCALES (adolescentes)**

**Bienvenida e introducción del Moderador:** Gracias por venir a nuestra reunión de hoy. Y vuestra participación en esta investigación, en concreto, en este grupo focal o también conocido como grupo de discusión. Me llamo Marian Cerezuela y soy enfermera/investigadora del *Instituto Albert J. Jovell de Salut Pública i Pacients*, y seré la moderadora de este grupo focal. Como moderadora e investigadora, mi función es recoger los datos, facilitar que podáis hablar todos y opinar sobre el tema de discusión. No soy experta en el tema, al contrario, los expertos sois vosotros y mi función es hacer que podáis expresaros y opinar con facilidad.

**Notificación oral de grabación:** En este grupo focal discutiremos vuestras opiniones y percepciones sobre la perspectiva y experiencia de autocuidado en salud y adquisición de habilidades necesarias para elegir las conductas más saludables entre jóvenes de vuestra edad. En vuestra discusión, os recuerdo que es importante el respeto mutuo, tanto de las personas como de las opiniones, evitaremos hacer comentarios o referirnos a alguien por el apellido de las personas presentes, con tal de preservar al máximo la confidencialidad. Por favor, también evitaremos hacer mención a fechas o información personal que pudiera identificar a alguno de los participantes del grupo de discusión de hoy.

Este grupo focal está formado por jóvenes que estudiáis la ESO, pero también se ha realizado un grupo focal con personas claves de vuestro entorno, y entrevistas a otros jóvenes en vuestra situación. El objetivo es básicamente explorar la perspectiva y experiencia de autocuidado en salud y adquisición de habilidades necesarias para elegir las conductas más saludables entre jóvenes de vuestra edad, desde diferentes puntos de vista. Evaluaremos todos los grupos focales juntos para escribir el informe final de investigación.

Toda la información y comentarios que tengan lugar en este grupo focal se grabará mediante esta grabadora. Esta información será transcrita y todos los nombres serán sustituidos por códigos, evitando en todo momento la posible identificación de alguno de vosotros o de los otros participantes. Después de transcribir la información, se analizará. Y una vez finalizada la investigación, todas las grabaciones serán borradas y eliminadas. Por lo tanto, le garantizamos la total confidencialidad y el anonimato de las respuestas.

### **Reglas básicas para el grupo: Quiero recordar que....**

- La información que aporte cada uno tiene un valor excepcional, no siendo una opinión más importante que otra. Debe decirse todo lo que creas que tiene relevancia según tu opinión. Debes decir lo que piensas, y no lo que piensas que quieren oír los demás.
- Es correcto no estar de acuerdo como en desacuerdo con las opiniones de otro de los participantes.
- Es posible decir lo que se piensa respecto a alguna de las intervenciones de algún participante del grupo.
- Por favor, hablar uno a uno, de manera que pueda oírse lo que cada uno quiera aportar.

**Consentimiento:** Cada uno de vosotros acaba de leer y firmar el consentimiento informado. De todas formas, me gustaría asegurarme de que no hay dudas, de que se ha entendido todo. ¿Tenéis alguna pregunta o comentar alguna duda? Es normal tener dudas, y preferiría contestarlas antes de dar comienzo a la sesión. El hecho de tener dudas no invalida la información que podáis aportar durante el grupo. Os hago entrega de una copia de la

hoja de información y de todo lo expuesto hasta ahora. Igualmente, puede decidir dejar de formar parte del estudio en cualquier momento del desarrollo del mismo, si así lo desea.

**Introducción a los participantes:** Me gustaría que os sentarais de forma cómoda y que os presentéis a los demás, facilitando aquella información que consideréis importante que conozcan los demás sobre vosotros, nombre, curso, edad... Por favor, usar solo el nombre, es mejor no decir el apellido, pues como ya sabéis, nos comprometemos a mantener vuestro anonimato.

**Inicio grupo focal/ Formato:** Os iré preguntando vuestras opiniones sobre el tema que queremos analizar e investigar. Formularé una pregunta para empezar la discusión. Estas son las áreas de exploración durante la discusión:

- Competencias en autocuidado
- Información-conocimientos sobre la propia salud
- Conductas de salud y de riesgo
- Toma de decisiones
- Automanejo-habilidades en temas de salud
- Estrategias de mejora

#### **(DESARROLLO DEL GRUPO FOCAL)**

#### **Cierre grupo focal:**

#### **Resumen y validación de puntos clave:**

Gracias por vuestra participación y la visión que habéis aportado hoy. Me gustaría en unos minutos si me lo permitís, resumir los puntos clave y asegurarme de que hemos entendido vuestras visiones y hemos captado lo que queráis transmitirnos.

(Realizar resumen de los puntos clave de la información aportada durante el grupo focal)

#### **Conclusión:**

**Agradecimientos:** Gracias a todos por vuestra participación. Apreciamos vuestra ayuda con este proyecto.

**Preguntas para el moderador:** ¿Tenéis alguna duda o pregunta que podamos resolver sobre el proyecto o el proceso? (Permitir que hagan preguntas si es que las tienen).

**Cierre:** Muchísimas gracias por vuestro tiempo y colaboración. En breve es posible que nos pongamos en contacto con vosotros para pedirnos que validéis el informe de investigación que realicemos. Gracias a todos!

**Cierre:** Gracias por tu participación. Apreciamos tu tiempo y colaboración con este estudio. ¿Deseas agregar algo más? Muchas gracias.

**GUIÓN GRUPOS FOCALES: Mixtos**

(Introducir que se van a tratar 6 temas o áreas de interés)

ÁREAS DE INTERÉS	PREGUNTAS
<p align="center"><b>7. Competencias en autocuidado</b></p> <p>Si entendemos el autocuidado, como el cuidado de una mismo, con iniciativa propia.</p> <p>El cuidado que cada persona le da a su cuerpo/psique con el fin de evitar situaciones que puedan afectar su salud. Y estas puedan ayudar a mantenernos en “salud”.</p> <p>El autocuidado se da, por ejemplo, con ciertos hábitos y actitudes de protección de las enfermedades y de protección de la salud, prevención de enfermedades....</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cómo <u>debería de ser</u> el autocuidado en el adolescente? (como nos gustaría que fuera el autocuidado en los jóvenes en <u>términos ideales</u>)</li> <li>- ¿Se <u>cuidan bien</u> nuestros adolescentes? (se tiene adquirida esta competencia)</li> <li>- ¿Qué <u>dificultades</u> pueden encontrarse nuestros adolescentes de hoy en día? (en temas de salud)</li> <li>- ¿<u>Quién</u> debería de trabajar esta competencia en la adolescencia? ¿<u>Cómo</u> se debería de trabajar? (Qué profesional de la salud debe hacerse cargo)</li> </ul>
<p align="center"><b>8. Información/conocimiento sobre la propia salud</b></p> <p>Hoy en día hay mucha información sobre salud y otras actitudes o hábitos relacionados con la propia salud y autocuidado. Esta se refiere a la transmisión de contenido de interés sobre un tema determinado a una población determinada, sería entendida como “instrucciones sobre algo”. Y por otro lado, también se habla del conocimiento que se tiene acerca de nuestra salud, y esta como debería de ser, sería entendida, a diferencia de la información, como “que espera un cambio en la conducta o actitudinal”</p> <p>Por tanto, la información y la formación son elementos esenciales en la actividad de promoción de la salud. Y estos aportan “conocimientos” y “habilidades” a las personas para que sean capaces de desarrollar sus funciones de “autocuidado” con las mayores garantías de seguridad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué opinión tienes acerca de la <u>información que se da</u> a los adolescentes sobre salud? (temas, calidad de la información, material ¿es suficiente?...)</li> <li>- ¿Consideras que para adolescentes son <u>fáciles de entender</u>? ¿Es fácil de <u>aplicar en la vida diaria</u> de un adolescente?</li> <li>- ¿Cuál es tu opinión acerca del <u>método</u> (para informar/ o formar) en el que se da la información sobre salud?</li> <li>- ¿De <u>quién reciben</u> más información? (profesores, familia, sanitarios...)</li> <li>- Nuestros adolescentes: ¿Tienen buenos <u>conocimientos</u> sobre salud?</li> <li>- ¿<u>En qué</u> habría que <u>formarlos</u>? (cuáles son las necesidades especiales en formación de salud que necesitan los adolescentes de la sociedad actual)</li> </ul>
<p align="center"><b>9. Conductas de salud y de riesgo</b></p> <p>Las conductas de salud son las conductas que lleva a cabo un individuo, cuando goza de buena salud, con el propósito de prevenir la enfermedad. Estas incluyen un amplio abanico de conductas, desde dejar de fumar, perder peso, hacer ejercicio, comer adecuadamente, no consumir drogas.... Y</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué <u>influencias</u> tienen los adolescentes para llevar a cabo una conducta u otra?</li> <li>- ¿Cómo definiría la población adolescente de la sociedad actual, en términos de salud? (le importa su salud, le preocupa lo que hace... le interesa)</li> </ul>

<p>las conductas de riesgo se entienden como aquellas que conductas que no solo ponen en peligro la salud propia y reducen la expectativa de vida de la persona, sino que, con frecuencia, también afectan a los demás. Serían conductas insaludables, que tienen consecuencias para la salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Por qué hay adolescentes que siguen conductas de riesgo y otros no? (o todos siguen conductas..., conocen sus consecuencias?)</li> <li>- ¿Son <u>conocedores de las conductas más saludables</u> para mantener su salud?</li> <li>- <u>¿Cuáles son las conductas más saludables</u> que deberían de seguir los adolescentes?</li> </ul>
<p><b>10. Toma de decisiones</b>          Existe una nueva manera de entender a las personas, desde el punto de vista de los profesionales de la salud, y cómo las personas deben tener un papel más activo en la gestión de su propia salud y una mayor participación en la toma de decisiones, y por tanto más responsabilidades. Hemos pasado de contemplar a la persona como un sujeto pasivo “yo le digo lo que necesita” a un sujeto activo “el demanda, busca, opina, contrasta...”</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Están los adolescentes <u>preparados para gestionar</u> la toma de decisiones relacionadas con la salud?</li> <li>- ¿Qué <u>aspectos deberían de cambiar</u> para tener <u>mejor participación</u> de los adolescentes en temas de salud?</li> <li>- ¿Podemos <u>formar</u> a los adolescentes para que tengan <u>capacidad para tomar decisiones</u> en salud?</li> <li>- ¿Cómo <u>cree que debería de ser la educación para la salud</u> en este tipo de población?</li> <li>- ¿Cree que los adolescentes <u>hacen caso de lo que les dicen</u>, en temas de salud?</li> </ul>
<p><b>11. Automanejo – habilidades en temas de salud</b>          Hace referencia a “tomar el control” de tu propia salud. A tomar acciones, a tener actitudes, habilidades, conductas favorecedoras....</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué <u>tipo de habilidades</u> debería de adquirir un adolescente para tener una buena gestión de su salud?</li> <li>- ¿Qué <u>aporta un adolescente formado en salud con un buen automanejo?</u> Para la sociedad. (depende en su salud futura, en su vida... en la de todos?)</li> <li>- ¿Qué es lo que hace que un adolescente tenga un tipo de habilidad/ manera de <u>hacer/conducta en temas de salud?</u></li> <li>- <u>¿De qué depende</u> que tengan un mejor automanejo?</li> </ul>
<p><b>12. Estrategias de mejora</b>          Para finalizar, le pedimos que, de las áreas que se han tratado en la entrevista identifique qué estrategias de mejora se pueden aplicar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Considera que <u>es necesario algún programa de educación</u> para adolescentes que <u>habilite al adolescente en autocuidado y automanejo de su propia salud?</u> (como lo diseñarían... quien lo daría...)</li> <li>- ¿Cómo verían “confeccionar” una “<u>asignatura</u>” de educación durante los años en el instituto? ( para tratar los temas que hemos hablado)</li> <li>- ¿Qué opinión tienen acerca de la <u>enfermera escolar?</u></li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Se le ocurre alguna estrategia de mejora en relación a todo lo que hemos hablado?</li> </ul>
<b>CIERRE DEL GRUPO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muchas gracias.</li> <li>- En relación a los temas que hemos estado tratando: ¿Hay algo más que quisieran añadir?</li> <li>- Les agradezco mucho el tiempo dedicado. Me ha resultado de mucha ayuda.</li> </ul>
<b>DIARIO DE CAMPO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impresión del día:</li> <li>- Actitudes del grupo:</li> <li>- Ambiente:</li> <li>- Interrupciones:</li> <li>- Hora de inicio:</li> <li>- Hora de fin:</li> </ul>

### **GUIÓN GRUPOS FOCALES (mixtos)**

**Bienvenida e introducción del Moderador:** Gracias por vuestra presencia en nuestra reunión de hoy. Apreciamos enormemente vuestro esfuerzo, tiempo y participación en nuestra investigación, en concreto, en este grupo focal o también conocido como grupo de discusión. Me llamo Marian Cerezuela y soy enfermera/investigadora del *Instituto Albert J. Jovell de Salud Pública i Pacients*, y seré la moderadora de este grupo focal. Como moderadora e investigadora, mi función es recoger los datos, facilitar que podáis hablar todos y opinar sobre el tema de discusión. No soy experta en el tema, al contrario, los expertos son ustedes y mi función es hacer que ustedes puedan expresarse y opinar con facilidad.

**Notificación oral de grabación:** En este grupo focal discutiremos vuestras opiniones y percepciones sobre la perspectiva y experiencia de autocuidado en salud y adquisición de habilidades necesarias para elegir las conductas más saludables entre adolescentes. En vuestra discusión, os recuerdo que es importante el respeto mutuo, tanto de las personas como de las opiniones, evitaremos hacer comentarios o referirnos a alguien por el apellido de las personas presentes, con tal de preservar al máximo la confidencialidad. Por favor, también evitaremos hacer mención a fechas o información personal que pudiera identificar a alguno de los participantes del grupo de discusión de hoy.

Este grupo focal está formado por personas claves del entorno del adolescente, como lo es personal sanitario, padres de adolescentes y docentes. También se ha realizado un grupo focal con los propios adolescentes y un conjunto de entrevistas. El objetivo es explorar la perspectiva y experiencia de autocuidado en salud y adquisición de habilidades necesarias para elegir las conductas más saludables entre adolescentes, desde los diferentes puntos de vista. Evaluaremos todos los grupos focales juntos para escribir el informe final de investigación.

Toda la información y comentarios que tengan lugar en este grupo focal se grabará mediante esta grabadora. Esta información será transcrita y todos los nombres serán sustituidos por códigos, evitando en todo momento la posible identificación de alguno de los participantes en el grupo focal. Después de transcribir la información, se analizará. Y una vez finalizada la investigación, todas las grabaciones serán borradas y eliminadas. Por lo tanto, le garantizamos la total confidencialidad y el anonimato de sus respuestas.

### **Reglas básicas para el grupo: Quiero recordar que....**



- La información que aporte cada uno tiene un valor excepcional, no siendo una opinión más importante que otra. Debe decirse todo lo que crea que tiene relevancia según su opinión. Debe decir lo que piensa, y no lo que usted piensa que quieren oír los demás.
- Es correcto no estar de acuerdo como en desacuerdo con las opiniones de otro de los participantes.
- Es posible decir lo que se piensa respecto a alguna de las intervenciones de algún participante.
- Por favor, hablar uno a uno, de manera que pueda oírse lo que cada uno quiera aportar.

**Consentimiento:** Cada uno de vosotros acaba de leer y firmar el consentimiento informado. De todas formas, me gustaría asegurarme de que no hay dudas, de que se ha entendido todo. ¿Tenéis alguna pregunta o comentar alguna duda? Es normal tener dudas, y preferiría contestarlas antes de dar comienzo a la sesión. El hecho de tener dudas no invalida la información que podáis aportar durante el grupo focal. Os hago entrega de una copia de la hoja de información y de todo lo expuesto hasta ahora. Igualmente, puede decidir dejar de formar parte del estudio en cualquier momento del desarrollo del mismo, sí así lo desea.

**Introducción a los participantes:** Me gustaría que se sentaran de forma cómoda y que se presentaran a los demás, facilitando aquella información que consideren importante que conozcan los demás sobre ustedes. Por favor, usar solo el nombre, es mejor no decir el apellido, pues como ya sabéis, nos comprometemos a mantener vuestro anonimato.

**Inicio grupo focal/ Formato:** Os iré preguntando vuestras opiniones sobre el tema que queremos analizar e investigar. Formularé una pregunta para empezar la discusión. Estas son las áreas de exploración durante la discusión:

- Competencias en autocuidado
- Información-conocimientos sobre la propia salud
- Conductas de salud y de riesgo
- Toma de decisiones
- Automanejo-habilidades en temas de salud
- Estrategias de mejora

## **(DESARROLLO DEL GRUPO FOCAL)**

### **Cierre grupo focal:**

#### **Resumen y validación de puntos clave:**

Gracias por vuestra participación y la visión que habéis aportado hoy. Me gustaría en unos minutos si me lo permitís, resumir los puntos clave y asegurarme de que hemos entendido vuestras visiones y hemos captado lo que queráis transmitirnos.

(Realizar resumen de los puntos clave de la información aportada durante el grupo focal)

### **Conclusión:**

**Agradecimientos:** Gracias a todos por vuestra participación. Apreciamos vuestro tiempo y ayuda con este proyecto.

**Preguntas para el moderador:** ¿Tenéis alguna duda o pregunta que podamos resolver sobre el proyecto o el proceso? (Permitir que hagan preguntas si es que las tienen).

**Cierre:** Muchísimas gracias por vuestro tiempo y colaboración. En breve es posible que nos pongamos en contacto con vosotros para pedirnos que validéis el informe de investigación que realicemos. Gracias a todos!

**Cierre:** Gracias por su participación. Apreciamos su tiempo y colaboración con este estudio. ¿Desea agregar algo más? Muchas gracias.

# **Anexo 4**

Hoja de información participantes del estudio cualitativo





Comitè  
d'Ètica  
de Recerca

Universitat  
Internacional  
de Catalunya

**DOCUMENT D'INFORMACIÓ PARTICIPANT DE**  
**L'ESTUDI D'INVESTIGACIÓ FASE I (adolescentes)**

Codi del protocol d'investigació: INF-2013-01

Versió del protocol: 1.2

Data de la versió del protocol: 9/05/13

Títol del Projecte: *Promoción de la Salud en adolescentes y su incorporación en la toma de decisiones.*

Director/a del Projecte: Dra. Navarro Rubio

**Investigador/a: M<sup>a</sup> Angeles Cerezuela Torre**

Departament: Infermeria

Hemos solicitado su participación en un estudio de investigación. Antes de decidir si acepta participar, es importante que comprenda los motivos por los cuales se lleva a cabo la investigación: como se utilizará su información, en qué consistirá el estudio y los posibles beneficios, riesgos y molestias que puedan comportar.

En caso de que participe en otro estudio, lo tendrá que comunicar al responsable para valorar si puede participar en este.

**¿CUALES SON LOS ANTECEDENTES Y EL OBJETIVO DE ESTE ESTUDIO?**

La educación para la salud de los adolescentes supone un reto de la salud pública en los sistemas sanitarios de la sociedad actual. La atención a la salud se ha convertido en los últimos años, en una tarea importante y compartida entre los profesionales de la salud y el propio paciente. Esta responsabilidad compartida requiere desarrollar nuevas habilidades en la comunicación, así como una nueva educación en salud que permita mejorar este proceso de toma de decisiones. La adolescencia representa una de las etapas más importantes en el desarrollo del ser humano para promover la incorporación de hábitos y estilos de vida saludables que repercutirán en el estado de salud el resto de la vida. La obtención de un buen nivel de salud supone la adquisición de un estilo de vida que se puede aprender en un proceso de continua construcción entre todos, personal sanitario, docente, familia y adolescente; la inclusión del propio paciente de forma activa en los procesos de toma de decisiones no sólo puede mejorar el resultado del tratamiento en un estado de enfermedad si no que también puede incrementar la calidad de vida de él al contar con mayores recursos para el autocuidado.

Es por tanto la educación para la salud una herramienta clave para mejorar la alfabetización sanitaria y fomentar la motivación, las habilidades personales y la autoestima, tan necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. Fomentar la promoción de la salud implica pasar primero por un cambio de actitud y una mejoría en los conocimientos, esta educación no sólo debe centrarse en la transmisión de información sino que también debe referirse a los factores y comportamientos de riesgo lo cual se impregna como parte de un proceso educativo que se debería iniciar desde la preadolescencia y continuarse en la adolescencia y posteriormente en la vida adulta.

Este estudio que se desarrolla en la Universidad Internacional de Catalunya, pretende analizar la perspectiva y experiencia de autocuidado en salud y adquisición de habilidades necesarias para elegir las conductas más saludables entre adolescentes, y junto a ellos los padres, educadores y profesionales de la salud del entorno, con la intención de diseñar una intervención educativa que permita habilitar de conocimientos al adolescente para promocionar estilos de vida saludables en el.

### **¿TENGO LA OBLIGACIÓN DE PARTICIPAR?**

La decisión sobre participar o no en la investigación les corresponde a ustedes. En el caso de no querer participar o bien lo quieran abandonar, no causará ningún perjuicio para usted. Si deciden participar, les daremos el formulario de consentimiento informado para que lo firmen.

### **¿CUALES SON MIS OBLIGACIONES?**

Usted ha sido elegido por cursar ESO (Enseñanza Secundaria Obligatoria) actualmente y cumplir con los criterios de inclusión en este estudio. Se espera que en este estudio su participación sea a través de entrevistas semiestructuradas y/o la inclusión a unas reuniones llamadas "grupos focales" con más participantes como usted.

### **¿CUALES SON LOS POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS, RIESGOS Y MOLESTIAS ASOCIADOS A LA PARTICIPACIÓN?**

No hay riesgo para usted por participar en el estudio.

### **¿CUALES SON LOS POSIBLES BENEFICIOS DE PARTICIPAR?**

Esta investigación quizá no conlleve beneficios tangibles directos para usted pero sí generará información útil para diseñar una intervención educativa que pueda mejorar la atención y adquisición de habilidades en adolescentes, en términos de promoción de la salud.

### **¿COMO SE UTILIZARÁN MIS DATOS DEL ESTUDIO?**

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de los sujetos participantes en el ensayo se ajustan al que dispone la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Estos datos, no incluyen ni su nombre ni su dirección, sino que se le asignará un número de código. Únicamente el equipo investigador, tendrá acceso a la clave del código que permite asociar los datos del estudio con ustedes. No obstante, las autoridades reguladoras, el comité de ética independiente u otras entidades de supervisión podrán revisar sus datos personales. El objetivo de las revisiones comentadas es garantizar la dirección adecuada del estudio o la calidad de los datos del estudio.

Si retiran el consentimiento de utilizar sus datos del estudio, no podrán continuar participando en la investigación. Tienen que tener en cuenta que los resultados del estudio pueden aparecer publicados en la bibliografía, si bien su identidad no será revelada.

**¿COMO PUEDO ESTABLECER CONTACTO SI NECESITO OBTENER MÁS INFORMACIÓN O AYUDA?**

Mediante la firma del consentimiento, asienten que han sido informados de las características del estudio, han entendido la información y se les han clarificado todas las dudas.

En caso de sufrir daño relacionado con el estudio o para obtener respuesta a cualquier pregunta que pueda surgir durante la investigación, contacte con:

Sra. Marian Cerezuela Torre

Universitat Internacional de Catalunya

Dirección: C/ Josep Trueta, s/n, 08195, Sant Cugat del Vallès

Nº de teléfono: 93 504 20 10 (extensión: 5631)



Comitè  
d'Ètica  
de Recerca

Universitat  
Internacional  
de Catalunya

## **DOCUMENT D'INFORMACIÓ PARTICIPANT DE L'ESTUDI D'INVESTIGACIÓ FASE I (padres)**

Codi del protocol d'investigació: INF-2013-01

Versió del protocol: 1.2

Data de la versió del protocol: 09/05/13

Títol del Projecte: *Promoción de la Salud en adolescentes y su incorporación en la toma de decisiones.*

Director/a del Projecte: Dra. Navarro Rubio

**Investigador/a: M<sup>a</sup> Angeles Cerezuela Torre**

Departament: Infermeria

Hemos solicitado su participación en un estudio de investigación. Antes de decidir si acepta participar, es importante que comprenda los motivos por los cuales se lleva a cabo la investigación: como se utilizará su información, en qué consistirá el estudio y los posibles beneficios, riesgos y molestias que puedan comportar.

En caso de que participe en otro estudio, lo tendrá que comunicar al responsable para valorar si puede participar en este.

### **¿CUALES SON LOS ANTECEDENTES Y EL OBJETIVO DE ESTE ESTUDIO?**

La educación para la salud de los adolescentes supone un reto de la salud pública en los sistemas sanitarios de la sociedad actual. La atención a la salud se ha convertido en los últimos años, en una tarea importante y compartida entre los profesionales de la salud y el propio paciente. Esta responsabilidad compartida requiere desarrollar nuevas habilidades en la comunicación, así como una nueva educación en salud que permita mejorar este proceso de toma de decisiones. La adolescencia representa una de las etapas más importantes en el desarrollo del ser humano para promover la incorporación de hábitos y estilos de vida saludables que repercutirán en el estado de salud el resto de la vida. La obtención de un buen nivel de salud supone la adquisición de un estilo de vida que se puede aprender en un proceso de continua construcción entre todos, personal sanitario, docente, familia y adolescente; la inclusión del propio paciente de forma activa en los procesos de toma de decisiones no sólo puede mejorar el resultado del tratamiento en un estado de enfermedad si no que también puede incrementar la calidad de vida de él al contar con mayores recursos para el autocuidado.

Es por tanto la educación para la salud una herramienta clave para mejorar la alfabetización sanitaria y fomentar la motivación, las habilidades personales y la autoestima, tan necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. Fomentar la promoción de la salud implica pasar primero por un cambio de actitud y una mejoría en los conocimientos, esta educación no sólo debe centrarse en la transmisión de información sino que también debe referirse a los factores y comportamientos de riesgo lo cual se impregna como parte de un proceso educativo que se debería iniciar desde la preadolescencia y continuarse en la adolescencia y posteriormente en la vida adulta.

Este estudio que se desarrolla en la Universidad Internacional de Catalunya, pretende analizar la perspectiva y experiencia de autocuidado en salud y adquisición de habilidades necesarias para elegir las conductas más saludables entre adolescentes, y junto a ellos los padres, educadores y profesionales de la salud del entorno, con la intención de diseñar una intervención educativa que permita habilitar de conocimientos al adolescente para promocionar estilos de vida saludables en el.

### **¿TENGO LA OBLIGACIÓN DE PARTICIPAR?**

La decisión sobre participar o no en la investigación les corresponde a ustedes. En el caso de no querer participar o bien lo quieran abandonar, no causará ningún perjuicio para usted. Si deciden participar, les daremos el formulario de consentimiento informado para que lo firmen.

### **¿CUALES SON MIS OBLIGACIONES?**

Usted ha sido elegido por ser padre de un hijo adolescente que cursa ESO (Enseñanza Secundaria Obligatoria) actualmente, y por cumplir con los criterios de inclusión en este estudio. Se espera que en este estudio su participación sea a través de la inclusión a unas reuniones llamadas "grupos focales" con más participantes como usted y otros expertos del entorno del adolescente.

### **¿CUALES SON LOS POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS, RIESGOS Y MOLESTIAS ASOCIADOS A LA PARTICIPACIÓN?**

No hay riesgo para usted por participar en el estudio.

### **¿CUALES SON LOS POSIBLES BENEFICIOS DE PARTICIPAR?**

Esta investigación quizá no conlleve beneficios tangibles directos para usted pero sí generará información útil para diseñar una intervención educativa que pueda mejorar la atención y adquisición de habilidades en adolescentes, en términos de promoción de la salud.

### **¿COMO SE UTILIZARÁN MIS DATOS DEL ESTUDIO?**

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de los sujetos participantes en el ensayo se ajustan al que dispone la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Estos datos, no incluyen ni su nombre ni su dirección, sino que se le asignará un número de código. Únicamente el equipo investigador, tendrá acceso a la clave del código que permite asociar los datos del estudio con ustedes. No obstante, las autoridades reguladoras, el comité de ética independiente u otras entidades de supervisión podrán revisar sus datos personales. El objetivo de las revisiones comentadas es garantizar la dirección adecuada del estudio o la calidad de los datos del estudio.

Si retiran el consentimiento de utilizar sus datos del estudio, no podrán continuar participando en la investigación. Tienen que tener en cuenta que los resultados del estudio pueden aparecer publicados en la bibliografía, si bien su identidad no será revelada.

### **¿COMO PUEDO ESTABLECER CONTACTO SI NECESITO OBTENER MÁS INFORMACIÓN O AYUDA?**

Mediante la firma del consentimiento, asienten que han sido informados de las características del estudio, han entendido la información y se les han clarificado todas las dudas.

En caso de sufrir daño relacionado con el estudio o para obtener respuesta a cualquier pregunta que pueda surgir durante la investigación, contacte con:

Sra. M. Cerezuela Torre

Universitat Internacional de Catalunya

Dirección: C/ Josep Trueta, s/n, 08195, Sant Cugat del Vallès

Nº de teléfono: 93 504 20 10 (extensión: 5631)





Comitè  
d'Ètica  
de Recerca

Universitat  
Internacional  
de Catalunya

## **DOCUMENT D'INFORMACIÓ PARTICIPANT DE L'ESTUDI D'INVESTIGACIÓ FASE I (personal docente)**

Codi del protocol d'investigació: INF- 2013-01

Versió del protocol: 1.2

Data de la versió del protocol: 09/05/13

Títol del Projecte: *Promoció de la Salut en adolescents y su incorporación en la toma de decisiones.*

Director/a del Projecte: Dra. Navarro Rubio

**Investigador/a: M<sup>a</sup> Angeles Cerezuela Torre**

Departament: Infermeria

Hemos solicitado su participación en un estudio de investigación. Antes de decidir si acepta participar, es importante que comprenda los motivos por los cuales se lleva a cabo la investigación: como se utilizará su información, en qué consistirá el estudio y los posibles beneficios, riesgos y molestias que puedan comportar.

En caso de que participe en otro estudio, lo tendrá que comunicar al responsable para valorar si puede participar en este.

### **¿CUALES SON LOS ANTECEDENTES Y EL OBJETIVO DE ESTE ESTUDIO?**

La educación para la salud de los adolescentes supone un reto de la salud pública en los sistemas sanitarios de la sociedad actual. La atención a la salud se ha convertido en los últimos años, en una tarea importante y compartida entre los profesionales de la salud y el propio paciente. Esta responsabilidad compartida requiere desarrollar nuevas habilidades en la comunicación, así como una nueva educación en salud que permita mejorar este proceso de toma de decisiones. La adolescencia representa una de las etapas más importantes en el desarrollo del ser humano para promover la incorporación de hábitos y estilos de vida saludables que repercutirán en el estado de salud el resto de la vida. La obtención de un buen nivel de salud supone la adquisición de un estilo de vida que se puede aprender en un proceso de continua construcción entre todos, personal sanitario, docente, familia y adolescente; la inclusión del propio paciente de forma activa en los procesos de toma de decisiones no sólo puede mejorar el resultado del tratamiento en un estado de enfermedad si no que también puede incrementar la calidad de vida de él al contar con mayores recursos para el autocuidado.

Es por tanto la educación para la salud una herramienta clave para mejorar la alfabetización sanitaria y fomentar la motivación, las habilidades personales y la autoestima, tan necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. Fomentar la promoción de la salud implica pasar primero por un cambio de actitud y una mejoría en los conocimientos, esta educación no sólo debe centrarse en la transmisión de información sino que también debe referirse a los factores y comportamientos de riesgo lo cual se impregna como parte de un proceso educativo que se debería iniciar desde la preadolescencia y continuarse en la adolescencia y posteriormente en la vida adulta.

Este estudio que se desarrolla en la Universidad Internacional de Catalunya, pretende analizar la perspectiva y experiencia de autocuidado en salud y adquisición de habilidades necesarias para elegir las conductas más saludables entre adolescentes, y junto a ellos los padres, educadores y profesionales de la salud del entorno, con la intención de diseñar una intervención educativa que permita habilitar de conocimientos al adolescente para promocionar estilos de vida saludables en él.

### **¿TENGO LA OBLIGACIÓN DE PARTICIPAR?**

La decisión sobre participar o no en la investigación les corresponde a ustedes. En el caso de no querer participar o bien lo quieran abandonar, no causará ningún perjuicio para usted. Si deciden participar, les daremos el formulario de consentimiento informado para que lo firmen.

### **¿CUALES SON MIS OBLIGACIONES?**

Usted ha sido elegido por formar parte del entorno educativo de los adolescentes que cursan ESO (Enseñanza Secundaria Obligatoria) actualmente y cumplir con los criterios de inclusión en este estudio. Se espera que en este estudio su participación sea a través de la inclusión a unas reuniones llamadas "grupos focales" con más participantes como usted y otros expertos del entorno del adolescente.

### **¿CUALES SON LOS POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS, RIESGOS Y MOLESTIAS ASOCIADOS A LA PARTICIPACIÓN?**

No hay riesgo para usted por participar en el estudio.

### **¿CUALES SON LOS POSIBLES BENEFICIOS DE PARTICIPAR?**

Esta investigación quizá no conlleve beneficios tangibles directos para usted pero sí generará información útil para diseñar una intervención educativa que pueda mejorar la atención y adquirir habilidades en adolescentes, en términos de promoción de la salud.

### **¿COMO SE UTILIZARÁN MIS DATOS DEL ESTUDIO?**

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de los sujetos participantes en el ensayo se ajustan al que dispone la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Estos datos, no incluyen ni su nombre ni su dirección, sino que se le asignará un número de código. Únicamente el equipo investigador, tendrá acceso a la clave del código que permite asociar los datos del estudio con ustedes. No obstante, las autoridades reguladoras, el comité de ética independiente u otras entidades de supervisión podrán revisar sus datos personales. El objetivo de las revisiones comentadas es garantizar la dirección adecuada del estudio o la calidad de los datos del estudio.

Si retiran el consentimiento de utilizar sus datos del estudio, no podrán continuar participando en la investigación. Tienen que tener en cuenta que los resultados del estudio pueden aparecer publicados en la bibliografía, si bien su identidad no será revelada.

### **¿COMO PUEDO ESTABLECER CONTACTO SI NECESITO OBTENER MÁS INFORMACIÓN O AYUDA?**

Mediante la firma de este formulario, asienten que han sido informados de las características del estudio, han entendido la información y se les han clarificado todas las dudas.

En caso de sufrir daño relacionado con el estudio o para obtener respuesta a cualquier pregunta que pueda surgir durante la investigación, contacte con:

Sra. M. Cerezuela Torre

Universitat Internacional de Catalunya

Dirección: C/ Josep Trueta, s/n, 08195, Sant Cugat del Vallès

Nº de teléfono: 93 504 20 10 (extensión: 5631)



Comitè  
d'Ètica  
de Recerca

Universitat  
Internacional  
de Catalunya

## **DOCUMENT D'INFORMACIÓ PARTICIPANT DE L'ESTUDI D'INVESTIGACIÓ FASE I (personal sanitario)**

Codi del protocol d'investigació: INF-2013-01

Versió del protocol: 1.2

Data de la versió del protocol: 09/05/2013

Títol del Projecte: *Promoción de la Salud en adolescentes y su incorporación en la toma de decisiones.*

Director/a del Projecte: Dra. Navarro Rubio

**Investigador/a: M<sup>a</sup> Angeles Cerezuela Torre**

Departament: Infermeria

Hemos solicitado su participación en un estudio de investigación. Antes de decidir si acepta participar, es importante que comprenda los motivos por los cuales se lleva a cabo la investigación: como se utilizará su información, en qué consistirá el estudio y los posibles beneficios, riesgos y molestias que puedan comportar. En caso de que participe en otro estudio, lo tendrá que comunicar al responsable para valorar si puede participar en este.

### **¿CUALES SON LOS ANTECEDENTES Y EL OBJETIVO DE ESTE ESTUDIO?**

La educación para la salud de los adolescentes supone un reto de la salud pública en los sistemas sanitarios de la sociedad actual. La atención a la salud se ha convertido en los últimos años, en una tarea importante y compartida entre los profesionales de la salud y el propio paciente. Esta responsabilidad compartida requiere desarrollar nuevas habilidades en la comunicación, así como una nueva educación en salud que permita mejorar este proceso de toma de decisiones. La adolescencia representa una de las etapas más importantes en el desarrollo del ser humano para promover la incorporación de hábitos y estilos de vida saludables que repercutirán en el estado de salud el resto de la vida. La obtención de un buen nivel de salud supone la adquisición de un estilo de vida que se puede aprender en un proceso de continua construcción entre todos, personal sanitario, docente, familia y adolescente; la inclusión del propio paciente de forma activa en los procesos de toma de decisiones no sólo puede mejorar el resultado del tratamiento en un estado de enfermedad si no que también puede incrementar la calidad de vida de él al contar con mayores recursos para el autocuidado.

Es por tanto la educación para la salud una herramienta clave para mejorar la alfabetización sanitaria y fomentar la motivación, las habilidades personales y la autoestima, tan necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. Fomentar la promoción de la salud implica pasar primero por un cambio de actitud y una mejoría en los conocimientos, esta educación no sólo debe centrarse en la transmisión de información sino que también debe referirse a los factores y comportamientos de riesgo lo cual se impregna como parte de un proceso educativo que se debería iniciar desde la preadolescencia y continuarse en la adolescencia y posteriormente en la vida adulta.

Este estudio que se desarrolla en la Universidad Internacional de Catalunya, pretende analizar la perspectiva y experiencia de autocuidado en salud y adquisición de habilidades necesarias para elegir las conductas más saludables entre adolescentes, y junto a ellos los padres, educadores y

profesionales de la salud del entorno, con la intención de diseñar una intervención educativa que permita habilitar de conocimientos al adolescente para promocionar estilos de vida saludables en el.

### **¿TENGO LA OBLIGACIÓN DE PARTICIPAR?**

La decisión sobre participar o no en la investigación les corresponde a ustedes. En el caso de no querer participar o bien lo quieran abandonar, no causará ningún perjuicio para usted. Si deciden participar, les daremos el formulario de consentimiento informado para que lo firmen.

### **¿CUALES SON MIS OBLIGACIONES?**

Usted ha sido elegido por formar parte del entorno sanitario de los adolescentes y cumplir con los criterios de inclusión en este estudio. Se espera que en este estudio su participación sea a través de la inclusión a unas reuniones llamadas "grupos focales" con más participantes como usted y expertos del entorno del adolescente.

### **¿CUALES SON LOS POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS, RIESGOS Y MOLESTIAS ASOCIADOS A LA PARTICIPACIÓN?**

No hay riesgo para usted por participar en el estudio.

### **¿CUALES SON LOS POSIBLES BENEFICIOS DE PARTICIPAR?**

Esta investigación quizá no conlleve beneficios tangibles directos para usted pero sí generará información útil para diseñar una intervención educativa que pueda mejorar la atención y adquisición de habilidades en adolescentes, en términos de promoción de la salud.

### **¿COMO SE UTILIZARÁN MIS DATOS DEL ESTUDIO?**

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de los sujetos participantes en el ensayo se ajustan al que dispone la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Estos datos, no incluyen ni su nombre ni su dirección, sino que se le asignará un número de código. Únicamente el equipo investigador, tendrá acceso a la clave del código que permite asociar los datos del estudio con ustedes. No obstante, las autoridades reguladoras, el comité de ética independiente u otras entidades de supervisión podrán revisar sus datos personales. El objetivo de las revisiones comentadas es garantizar la dirección adecuada del estudio o la calidad de los datos del estudio.

Si retiran el consentimiento de utilizar sus datos del estudio, no podrán continuar participando en la investigación. Tienen que tener en cuenta que los resultados del estudio pueden aparecer publicados en la bibliografía, si bien su identidad no será revelada.

### **¿COMO PUEDO ESTABLECER CONTACTO SI NECESITO OBTENER MÁS INFORMACIÓN O AYUDA?**

Mediante la firma de este formulario, asienten que han sido informados de las características del estudio, han entendido la información y se les han clarificado todas las dudas.

En caso de sufrir daño relacionado con el estudio o para obtener respuesta a cualquier pregunta que pueda surgir durante la investigación, contacte con:

Sra. M. Cerezuela Torre

Universitat Internacional de Catalunya

Dirección: C/ Josep Trueta, s/n, 08195, Sant Cugat del Vallès

Nº de teléfono: 93 504 20 10 (extensión: 5631)



# **Anexo 5**

Consentimiento informado participantes del estudio cualitativo





Comitè  
d'Ètica  
de Recerca

Universitat  
Internacional  
de Catalunya

## **CONSENTIMENT INFORMAT FASE I (adolescentes)**

Codi de l'estudi: INF- 2013-01

Versió del protocol: 1.2

Data de la versió: 09/05/13

Títol del Projecte: *Promoción de la salud en adolescentes y su incorporación en la toma de decisiones.*

Director/a del Projecte: Dra. Navarro Rubio

**Investigador/a: M<sup>a</sup> Angeles Cerezuela Torre**

Departament: Infermeria

Esta hoja de Consentimiento Informado, puede contener palabras que usted no comprenda. Por favor, pregunte a la persona encargada del estudio para que le explique cualquier palabra o información que usted no entienda con claridad.

### **I-INTRODUCCIÓN**

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación. Antes de que decida participar en él, por favor lea bien este consentimiento cuidadosamente y haga todas las preguntas que usted tenga, para asegurarse de que entiende los procedimientos del estudio, incluyendo riesgos y beneficios.

### **II-PROPÓSITO DEL ESTUDIO**

Como una parte del Proyecto de investigación "Promoción de la salud en adolescentes y su incorporación en la toma de decisiones" que se desarrolla en la Universidad Internacional de Catalunya, se está llevando a cabo un estudio que quiere analizar la perspectiva y experiencia de autocuidado en salud y adquisición de habilidades necesarias para elegir las conductas más saludables entre adolescentes, y junto a ellos los padres, educadores y profesionales de la salud del entorno, con la intención de diseñar una intervención educativa que permita habilitar de conocimientos al adolescente para promocionar estilos de vida saludables en él. Para recopilar la información necesaria, se le pide que colabore en esta investigación para aportar sus opiniones en cuanto al tema del estudio mediante su participación.

### **III-PARTICIPANTES DEL ESTUDIO**

Usted ha sido invitado porque cumple con los criterios para incluirlo en el estudio, siendo estudiante de ESO (Enseñanza Secundaria Obligatoria) actualmente.



#### **IV-PROCEDIMENTOS**

Este estudio constará de una primera fase en la que se realizarán entrevistas personales, y reuniones llamadas “grupos focales” sobre la experiencia de autocuidado y grado de implicación del adolescente en la toma de decisiones sobre el cuidado de su salud. También se les pedirá a los participantes que rellenen un cuestionario sobre datos sociodemográficos, que servirán para contextualizar el estudio cualitativo.

Una vez analizada y tratada la información recogida a través de las entrevistas y grupos focales, se diseñará y se impartirá una actividad formativa a los adolescentes y padres de estos que hayan sido seleccionados de manera aleatoria para que participen en el estudio.

Antes y después de realizar la actividad formativa de la segunda fase del estudio, se pedirá a los adolescentes y padres participantes que rellenen unos cuestionarios sobre datos demográficos y socioeconómicos, percepción de nivel de salud y autoestima, hábitos y estilos de vida, conductas de riesgo, y satisfacción de la información recibida hasta el momento.

De esta forma, podremos comparar los resultados de los cuestionarios antes y después de la actividad educativa y ver qué efecto ha causado en los adolescentes y padres que han participado en el estudio.

#### **V-RIESGOS O INCOMODIDADES**

Este estudio no comporta riesgos para usted.

La fase del estudio en la que usted participa consiste en recoger su opinión y experiencias mediante entrevistas personales o grupos focales. Se precisa de su colaboración como estudiante de la ESO (Enseñanza Secundaria Obligatoria). Si accede, se le incluirá para entrevistas o para los grupos focales, no para ambos. En el caso de la entrevista individual, será sobre el tema central del estudio, con una duración aproximada de una hora, la cual será grabada en audio para facilitar la transcripción del contenido. El análisis de los datos servirá para dar soporte para diseñar una intervención educativa para adolescentes. En el caso de los grupos focales, se le pedirá asistir a una reunión llamada grupo focal con más participantes como usted, para hablar de temas relacionados con el estudio. La duración de estas reuniones variará según la dinámica del grupo, pero se prevé que sea aproximadamente de una a dos horas, las conversaciones también serán grabadas en audio, de modo que después se pueda transcribir las ideas que usted y los demás participantes hayan expresado. Sólo el equipo investigador conocerá tal información.

#### **VI-BENEFICIOS**

Aunque usted no reciba ningún beneficio directo de su participación, los resultados del estudio, podrían beneficiar a su comunidad. La información que se recopile, podrá facilitarse a los profesionales de la salud y a programas que trabajen directamente o indirectamente en el campo de la Salud Pública y la Atención sanitaria al adolescente.

#### **VII-COSTES**

No hay ningún coste por su participación en el estudio.

#### **VIII-INCENTIVO PARA EL PARTICIPANTE**

A usted no se le pagará nada por el hecho de participar en el estudio.

## **IX-PRIVACIDAD I CONFIDENCIALIDAD**

Según la Llei de Protecció de Dades 15/1999 (LOPD), la información que usted aporte al estudio, será totalmente anónima y confidencial. Los documentos que sean utilizados en el estudio, serán guardados en un espacio seguro, al cual solo tendrá acceso el investigador principal. Se asignará un código a cada entrevista y/o grupo focal, por tanto, sus datos personales, no serán divulgados en ningún momento. La información obtenida solo se utilizará para cumplir el propósito nombrado en esta carta. Los datos que se recojan, serán analizados en grupo, sin que se pueda identificar a los participantes del estudio.

Esta autorización, servirá hasta el final del estudio, a menos que usted la cancele antes. Usted puede cancelar esta autorización en cualquier momento enviando un aviso escrito o telefónico al Investigador en la siguiente dirección:

Facultat de Medicina i Ciències de la Salut  
Departament d'Infermeria  
UNIVERSITAT INTERNACIONAL DE CATALUNYA  
Carrer Josep Trueta, s/n  
CP 08195 Sant Cugat del Vallès (Barcelona)  
Tél: 935042010

## **X-PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO**

Su participación en este estudio, es totalmente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento. Su decisión, no comportará ninguna penalización ni pérdida de beneficios a los que usted tenga derecho.

## **XI-PREGUNTAS**

Si tiene alguna pregunta sobre este estudio o sobre su participación en el mismo, usted puede contactar con: **M<sup>a</sup> Angeles Cerezuela Torre**

No firme este consentimiento, a menos que usted haya tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas satisfactorias para todas sus preguntas.

**Si usted firma, acepta participar en este estudio, y recibirá una copia.**

## XII-CONSENTIMIENTO

He leído la información de esta hoja de consentimiento, o me la han leído de forma adecuada. Todas mis preguntas sobre el estudio y mi participación, han sido contestadas.

Al firmar esta hoja de consentimiento, no se ha renunciado a ninguno de los derechos legales.

---

Nombre del participante

---

Firma del participante

Fecha

---

Firma de la Investigadora Principal

Yo, madre/padre/tutor legal de \_\_\_\_\_ (nombre del participante)  
con nombre \_\_\_\_\_ (nombre del padre/madre/tutor legal), **doy el consentimiento  
para la participación en este estudio.**

Firma:



Comitè  
d'Ètica  
de Recerca

Universitat  
Internacional  
de Catalunya

## CONSENTIMENT INFORMAT FASE I (padres)

Codi de l'estudi: INF-2013-01

Versió del protocol: 1.2

Data de la versió: 09/05/13

Títol del Projecte: *Promoción de la salud en adolescentes y su incorporación en la toma de decisiones.*

Director/a del Projecte: Dra. Navarro Rubio

**Investigador/a: M<sup>a</sup> Angeles Cerezuela Torre**

Departament: Infermeria

Esta hoja de Consentimiento Informado, puede contener palabras que usted no comprenda. Por favor, pregunte a la persona encargada del estudio para que le explique cualquier palabra o información que usted no entienda con claridad.

### **I-INTRODUCCIÓN**

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación. Antes de que decida participar en él, por favor lea bien este consentimiento cuidadosamente y haga todas las preguntas que usted tenga, para asegurarse de que entiende los procedimientos del estudio, incluyendo riesgos y beneficios.

### **II-PROPÓSITO DEL ESTUDIO**

Como una parte del Proyecto de investigación "Promoción de la salud en adolescentes y su incorporación en la toma de decisiones" que se desarrolla en la Universidad Internacional de Catalunya, se está llevando a cabo un estudio que quiere analizar la perspectiva y experiencia de autocuidado en salud y adquisición de habilidades necesarias para elegir las conductas más saludables entre adolescentes, y junto a ellos los padres, educadores y profesionales de la salud del entorno, con la intención de diseñar una intervención educativa que permita habilitar de conocimientos al adolescente para promocionar estilos de vida saludables en él. Para recopilar la información necesaria, se le pedirá que colabore en esta investigación y a aportar sus opiniones en cuanto al tema del estudio mediante su participación.

### **III-PARTICIPANTES DEL ESTUDIO**

Usted ha sido invitado porque cumple con los criterios para incluirlo en el estudio, siendo padre de un hijo que estudia ESO (Enseñanza Secundaria Obligatoria) actualmente.

#### **IV-PROCEDIMENTOS**

Este estudio constará de una primera fase en la que se realizarán entrevistas personales, y reuniones llamadas “grupos focales” sobre la experiencia de autocuidado y grado de implicación del adolescente en la toma de decisiones sobre el cuidado de su salud. También se les pedirá a los participantes que rellenen un cuestionario sobre datos sociodemográficos, que servirán para contextualizar el estudio cualitativo.

Una vez analizada y tratada la información recogida a través de las entrevistas y grupos focales, se diseñará y se impartirá una actividad formativa a los adolescentes y padres de estos que hayan sido seleccionados de manera aleatoria para que participen en el estudio.

Antes y después de realizar esa actividad formativa de la segunda fase del estudio, se pedirá a los adolescentes y padres participantes que rellenen unos cuestionarios sobre, datos demográficos y socioeconómicos, percepción de nivel de salud y autoestima, hábitos y estilos de vida, conductas de riesgo, y satisfacción de la información recibida hasta el momento.

De esta forma, podremos comparar los resultados de los cuestionarios antes y después de la actividad educativa y ver qué efecto ha causado en los adolescentes y padres que han participado en el estudio.

#### **V-RIESGOS O INCOMODIDADES**

Este estudio no comporta riesgos para usted.

La fase del estudio en la que usted participa consiste en recoger su opinión y experiencias mediante grupos focales. Se precisa de su colaboración como padre o madre de un hijo adolescente que cursa ESO actualmente. El análisis de los datos servirá para dar soporte para diseñar una intervención educativa para adolescentes. En el caso de los grupos focales, se le pedirá asistir a una reunión llamada grupo focal con más participantes como usted, para hablar de temas relacionados con el estudio. La duración de estas reuniones variará según la dinámica del grupo, pero se prevé que sea aproximadamente de una a dos horas, las conversaciones también serán gravadas en audio, de modo que después se pueda transcribir las ideas que usted y los demás participantes hayan expresado. Sólo el equipo investigador conocerá tal información.

#### **VI-BENEFICIOS**

Aunque usted no reciba ningún beneficio directo de su participación, los resultados del estudio, podrían beneficiar a su comunidad. La información que se recopile, podrá facilitarse a los profesionales de la salud y a programas que trabajen directamente o indirectamente en el campo de la Salud Pública y la Atención sanitaria al adolescente.

#### **VII-COSTES**

No hay ningún coste por su participación en el estudio.

#### **VIII-INCENTIVO PARA EL PARTICIPANTE**

A usted no se le pagará nada por el hecho de participar en el estudio.

## IX-PRIVACIDAD I CONFIDENCIALIDAD

Según la Llei de Protecció de Dades 15/1999 (LOPD), la información que usted aporte al estudio, será totalmente anónima y confidencial. Los documentos que sean utilizados en el estudio, serán guardados en un espacio seguro, al cual solo tendrá acceso el investigador principal. Se asignará un código a cada entrevista y/o grupo focal, por tanto, sus datos personales, no serán divulgados en ningún momento. La información obtenida solo se utilizará para cumplir el propósito nombrado en esta carta. Los datos que se recojan, serán analizados en grupo, sin que se pueda identificar a los participantes del estudio.

Esta autorización, servirá hasta el final del estudio, a menos que usted la cancele antes. Usted puede cancelar esta autorización en cualquier momento enviando un aviso escrito o telefónico al Investigador en la siguiente dirección:

Facultat de Medicina i Ciències de la Salut  
Departament d'Infermeria  
UNIVERSITAT INTERNACIONAL DE CATALUNYA  
Carrer Josep Trueta, s/n  
CP 08195 Sant Cugat del Vallès (Barcelona)  
Tél: 935042010

## X-PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Su participación en este estudio, es totalmente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento. Su decisión, no comportará ninguna penalización ni pérdida de beneficios a los que usted tenga derecho.

## XI-PREGUNTAS

Si tiene alguna pregunta sobre este estudio o sobre su participación en el mismo, usted puede contactar con: **M<sup>a</sup> Angeles Cerezuela Torre**

No firme este consentimiento, a menos que usted haya tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas satisfactorias para todas sus preguntas.

Si usted firma aceptando participar en este estudio, recibirá una copia.

## XII-CONSENTIMIENTO

He leído la información de esta hoja de consentimiento, o me la han leído de forma adecuada. Todas mis preguntas sobre el estudio y mi participación, han sido contestadas.

Al firmar esta hoja de consentimiento, no se ha renunciado a ninguno de los derechos legales.

---

Nombre del participante

---

Firma del participante

Fecha

---

Firma de la Investigadora Principal



Comitè  
d'Ètica  
de Recerca

Universitat  
Internacional  
de Catalunya

## **CONSENTIMENT INFORMAT FASE I (personal docente)**

Codi de l'estudi: INF-2013-01

Versió del protocol: 1.2

Data de la versió: 09/05/13

Títol del Projecte: *Promoción de la salud en adolescentes y su incorporación en la toma de decisiones.*

Director/a del Projecte: Dra. Navarro Rubio

**Investigador/a: M<sup>a</sup> Angeles Cerezuela Torre**

Departament: Infermeria

Esta hoja de Consentimiento Informado, puede contener palabras que usted no comprenda. Por favor, pregunte a la persona encargada del estudio para que le explique cualquier palabra o información que usted no entienda con claridad.

### **I-INTRODUCCIÓN**

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación. Antes de que decida participar en él, por favor lea bien este consentimiento cuidadosamente y haga todas las preguntas que usted tenga, para asegurarse de que entiende los procedimientos del estudio, incluyendo riesgos y beneficios.

### **II-PROPÓSITO DEL ESTUDIO**

Como una parte del Proyecto de investigación "Promoción de la salud en adolescentes y su incorporación en la toma de decisiones" que se desarrolla en la Universidad Internacional de Catalunya, se está llevando a cabo un estudio que quiere analizar la perspectiva y experiencia de autocuidado en salud y adquisición de habilidades necesarias para elegir las conductas más saludables entre adolescentes, y junto a ellos los padres, educadores y profesionales de la salud del entorno, con la intención de diseñar una intervención educativa que permita habilitar de conocimientos al adolescente para promocionar estilos de vida saludables en él. Para recopilar la información necesaria, se le pedirá que colabore en esta investigación y a aportar sus opiniones en cuanto al tema del estudio mediante su participación.

### **III-PARTICIPANTES DEL ESTUDIO**

Usted ha sido invitado porque cumple con los criterios para incluirlo en el estudio, siendo personal docente actualmente del entorno del adolescente.

#### **IV-PROCEDIMENTOS**

Este estudio constará de una primera fase en la que se realizarán entrevistas personales, y reuniones llamadas “grupos focales” sobre la experiencia de autocuidado y grado de implicación del adolescente en la toma de decisiones sobre el cuidado de su salud. También se les pedirá a los participantes que rellenen un cuestionario sobre datos sociodemográficos, que servirán para contextualizar el estudio cualitativo.

Una vez analizada y tratada la información recogida a través de las entrevistas y grupos focales, se diseñará y se impartirá una actividad formativa a los adolescentes y padres de estos que hayan sido seleccionados de manera aleatoria para que participen en el estudio.

Antes y después de realizar esa actividad formativa de la segunda fase del estudio, se pedirá a los adolescentes y padres participantes que rellenen unos cuestionarios sobre, datos demográficos y socioeconómicos, percepción de nivel de salud y autoestima, hábitos y estilos de vida, conductas de riesgo, y satisfacción de la información recibida hasta el momento.

De esta forma, podremos comparar los resultados de los cuestionarios antes y después de la actividad educativa y ver qué efecto ha causado en los adolescentes y padres que han participado en el estudio.

#### **V-RIESGOS O INCOMODIDADES**

Este estudio no comporta riesgos para usted.

La fase del estudio en la que usted participa consiste en recoger su opinión y experiencias mediante grupos focales. Se precisa de su colaboración como profesional docente experto en la enseñanza a adolescentes. En el caso de los grupos focales, se le pedirá asistir a una reunión llamada grupo focal con más participantes como usted, para hablar de temas relacionados con el estudio. La duración de estas reuniones variará según la dinámica del grupo, pero se prevé que sea aproximadamente de una a dos horas, las conversaciones también serán gravadas en audio, de modo que después se pueda transcribir las ideas que usted y los demás participantes hayan expresado. Sólo el equipo investigador conocerá tal información.

#### **VI-BENEFICIOS**

Aunque usted no reciba ningún beneficio directo de su participación, los resultados del estudio, podrían beneficiar a su comunidad. La información que se recopile, podrá facilitarse a los profesionales de la salud y a programas que trabajen directamente o indirectamente en el campo de la Salud Pública y la Atención sanitaria al adolescente.

#### **VII-COSTES**

No hay ningún coste por su participación en el estudio.

#### **VIII-INCENTIVO PARA EL PARTICIPANTE**

A usted no se le pagará nada por el hecho de participar en el estudio.



## IX-PRIVACIDAD I CONFIDENCIALIDAD

Según la Llei de Protecció de Dades 15/1999 (LOPD), la información que usted aporte al estudio, será totalmente anónima y confidencial. Los documentos que sean utilizados en el estudio, serán guardados en un espacio seguro, al cual solo tendrá acceso el investigador principal. Se asignará un código a cada entrevista y/o grupo focal, por tanto, sus datos personales, no serán divulgados en ningún momento. La información obtenida solo se utilizará para cumplir el propósito nombrado en esta carta. Los datos que se recojan, serán analizados en grupo, sin que se pueda identificar a los participantes del estudio.

Esta autorización, servirá hasta el final del estudio, a menos que usted la cancele antes. Usted puede cancelar esta autorización en cualquier momento enviando un aviso escrito o telefónico al Investigador en la siguiente dirección:

Facultat de Medicina i Ciències de la Salut  
Departament d'Infermeria  
UNIVERSITAT INTERNACIONAL DE CATALUNYA  
Carrer Josep Trueta, s/n  
CP 08195 Sant Cugat del Vallès (Barcelona)  
Tél: 935042010

## X-PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Su participación en este estudio, es totalmente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento. Su decisión, no comportará ninguna penalización ni pérdida de beneficios a los que usted tenga derecho.

## XI-PREGUNTAS

Si tiene alguna pregunta sobre este estudio o sobre su participación en el mismo, usted puede contactar con: **M<sup>a</sup> Angeles Cerezuela Torre**

No firme este consentimiento, a menos que usted haya tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas satisfactorias para todas sus preguntas.

Si usted firma aceptando participar en este estudio, recibirá una copia.

## XII-CONSENTIMIENTO

He leído la información de esta hoja de consentimiento, o me la han leído de forma adecuada. Todas mis preguntas sobre el estudio y mi participación, han sido contestadas.

Al firmar esta hoja de consentimiento, no se ha renunciado a ninguno de los derechos legales.

---

Nombre del participante

---

Firma del participante

---

Fecha

---

Firma de la Investigadora Principal

## **CONSENTIMENT INFORMAT FASE I (personal sanitario)**

Codi de l'estudi: INF -2013-01

Versió del protocol: 1.2

Data de la versió:09/05/13

Títol del Projecte: *Promoción de la salud en adolescentes y su incorporación en la toma de decisiones.*

Director/a del Projecte: Dra. Navarro Rubio

**Investigador/a: M<sup>a</sup> Angeles Cerezuela Torre**

Departament: Infermeria

Esta hoja de Consentimiento Informado, puede contener palabras que usted no comprenda. Por favor, pregunte a la persona encargada del estudio para que le explique cualquier palabra o información que usted no entienda con claridad.

### **I-INTRODUCCIÓN**

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación. Antes de que decida participar en él, por favor lea bien este consentimiento cuidadosamente y haga todas las preguntas que usted tenga, para asegurarse de que entiende los procedimientos del estudio, incluyendo riesgos y beneficios.

### **II-PROPÒSITO DEL ESTUDIO**

Como una parte del Proyecto de investigación "Promoción de la salud en adolescentes y su incorporación en la toma de decisiones" que se desarrolla en la Universidad Internacional de Catalunya, se está llevando a cabo un estudio que quiere analizar la perspectiva y experiencia de autocuidado en salud y adquisición de habilidades necesarias para elegir las conductas más saludables entre adolescentes, y junto a ellos los padres, educadores y profesionales de la salud del entorno, con la intención de diseñar una intervención educativa que permita habilitar de conocimientos al adolescente para promocionar estilos de vida saludables en él. Para recopilar la información necesaria, se le pedirá que colabore en esta investigación y a aportar sus opiniones en cuanto al tema del estudio mediante su participación.

### **III-PARTICIPANTES DEL ESTUDIO**

Usted ha sido invitado porque cumple con los criterios para incluirlo en el estudio, siendo personal sanitario del entorno del adolescente.

#### **IV-PROCEDIMENTOS**

Este estudio constará de una primera fase en la que se realizarán entrevistas personales, y reuniones llamadas “grupos focales” sobre la experiencia de autocuidado y grado de implicación del adolescente en la toma de decisiones sobre el cuidado de su salud. También se les pedirá a los participantes que rellenen un cuestionario sobre datos sociodemográficos, que servirán para contextualizar el estudio cualitativo.

Una vez analizada y tratada la información recogida a través de las entrevistas y grupos focales, se diseñará y se impartirá una actividad formativa a los adolescentes y padres de estos que hayan sido seleccionados de manera aleatoria para que participen en el estudio.

Antes y después de realizar esa actividad formativa de la segunda fase del estudio, se pedirá a los adolescentes y padres participantes que rellenen unos cuestionarios sobre, datos demográficos y socioeconómicos, percepción de nivel de salud y autoestima, hábitos y estilos de vida, conductas de riesgo, y satisfacción de la información recibida hasta el momento.

De esta forma, podremos comparar los resultados de los cuestionarios antes y después de la actividad educativa y ver qué efecto ha causado en los adolescentes y padres que han participado en el estudio.

#### **V-RIESGOS O INCOMODIDADES**

Este estudio no comporta riesgos para usted.

La fase del estudio en la que usted participa consiste en recoger su opinión y experiencias mediante grupos focales. Se precisa de su colaboración como profesional sanitario experto en la atención a adolescentes. En el caso de los grupos focales, se le pedirá asistir a una reunión llamada grupo focal con más participantes como usted, para hablar de temas relacionados con el estudio. La duración de estas reuniones variará según la dinámica del grupo, pero se prevé que sea aproximadamente de una a dos horas, las conversaciones también serán gravadas en audio, de modo que después se pueda transcribir las ideas que usted y los demás participantes hayan expresado. Sólo el equipo investigador conocerá tal información.

#### **VI-BENEFICIOS**

Aunque usted no reciba ningún beneficio directo de su participación, los resultados del estudio, podrían beneficiar a su comunidad. La información que se recopile, podrá facilitarse a los profesionales de la salud y a programas que trabajen directamente o indirectamente en el campo de la Salud Pública y la Atención sanitaria al adolescente.

#### **VII-COSTES**

No hay ningún coste por su participación en el estudio.

#### **VIII-INCENTIVO PARA EL PARTICIPANTE**

A usted no se le pagará nada por el hecho de participar en el estudio.

## **IX-PRIVACIDAD I CONFIDENCIALIDAD**

Según la Llei de Protecció de Dades 15/1999 (LOPD), la información que usted aporte al estudio, será totalmente anónima y confidencial. Los documentos que sean utilizados en el estudio, serán guardados en un espacio seguro, al cual solo tendrá acceso el investigador principal. Se asignará un código a cada entrevista y/o grupo focal, por tanto, sus datos personales, no serán divulgados en ningún momento. La información obtenida solo se utilizará para cumplir el propósito nombrado en esta carta. Los datos que se recojan, serán analizados en grupo, sin que se pueda identificar a los participantes del estudio.

Esta autorización, servirá hasta el final del estudio, a menos que usted la cancele antes. Usted puede cancelar esta autorización en cualquier momento enviando un aviso escrito o telefónico al Investigador en la siguiente dirección:

Facultat de Medicina i Ciències de la Salut  
Departament d'Infermeria  
UNIVERSITAT INTERNACIONAL DE CATALUNYA  
Carrer Josep Trueta, s/n  
CP 08195 Sant Cugat del Vallès (Barcelona)  
Tél: 935042010

## **X-PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO**

Su participación en este estudio, es totalmente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento. Su decisión, no comportará ninguna penalización ni pérdida de beneficios a los que usted tenga derecho.

## **XI-PREGUNTAS**

Si tiene alguna pregunta sobre este estudio o sobre su participación en el mismo, usted puede contactar con: **M<sup>a</sup> Angeles Cerezuela Torre**

No firme este consentimiento, a menos que usted haya tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas satisfactorias para todas sus preguntas.

Si usted firma aceptando participar en este estudio, recibirá una copia.

## **XII-CONSENTIMIENTO**

He leído la información de esta hoja de consentimiento, o me la han leído de forma adecuada. Todas mis preguntas sobre el estudio y mi participación, han sido contestadas.

Al firmar esta hoja de consentimiento, no se ha renunciado a ninguno de los derechos legales.

---

Nombre del participante

---

Firma del participante

---

Fecha

---

Firma de la Investigadora Principal



## **Anexo 6**

Permiso colaboración Instituto El Calamot para hacer los grupos focales.



Estimado Sr. Jefe de estudios y Sra. coordinadora de la Enseñanza Secundaria Obligatoria;

El propósito de esta carta es presentarle mi estudio de investigación, a fin de solicitar su colaboración en él.

Soy Marian Cerezuela, enfermera y profesora de la Universidad Internacional de Catalunya (UIC), y estoy llevando a cabo el proyecto de investigación *“Promoción de la salud en adolescentes y su incorporación en la toma de decisiones”* como tema de tesis doctoral. Formo parte del equipo investigador del Instituto *Albert J. Jovell de Salud Pública y Pacientes* de la UIC, siendo mi directora de tesis, la Dra. M<sup>ª</sup>Dolors Navarro.

El estudio quiere analizar la perspectiva y experiencia de autocuidado en salud y la adquisición de habilidades necesarias para elegir las conductas más saludables entre adolescentes, con la intención de diseñar una intervención educativa que permita habilitar de conocimientos al adolescente para promocionar estilos de vida saludables en él, y conseguir un mayor grado de implicación y autocuidado en el adolescente.

Este estudio consta de dos fases. Una primera fase en la que se han realizado entrevistas personales a adolescentes estudiantes de la ESO. Y se van a realizar unas reuniones llamadas “grupos focales” sobre la experiencia de autocuidado y grado de implicación del adolescente en la toma de decisiones sobre el cuidado de su salud.

El análisis del contenido recogido a través de las entrevistas y los grupos focales de la fase I, se diseñará y se impartirá una actividad formativa a los adolescentes y padres de estos que hayan sido seleccionados de manera aleatoria para que participen en el estudio, esta será la fase II.

La participación que se solicita de ustedes es en la fase I que consiste en recoger su opinión y experiencias mediante los grupos focales. Se precisa de su colaboración para cuatro grupos focales: dos para adolescentes estudiantes de la ESO (en cualquiera de los cuatro cursos) y dos mixtos, que incluirán perfiles de padres, docentes expertos en la enseñanza a adolescentes, y personal sanitario.

Si accede, cada participante se incluirá para un solo grupo focal. Los asistentes a los grupos focales se les pedirá asistir a una reunión con más participantes, para hablar de temas relacionados con el estudio. La duración de estas reuniones variará según la dinámica del grupo, pero se prevé que sea aproximadamente de dos horas, las conversaciones serán gravadas en audio, de modo que después se pueda transcribir las ideas que los participantes hayan expresado. Siendo sólo el equipo investigador conocedor de tal información.



Me gustaría añadir, que la participación del instituto IES El Calamot en este estudio es totalmente voluntaria. No hay ningún coste para el centro por su participación en el estudio y no se pagará nada por el hecho de participar en él.

Este estudio no comporta riesgos para ningún participante y aunque no se reciba ningún beneficio directo de la participación, los resultados del estudio, de manera global, podrían beneficiar a toda la comunidad. La información que se recopile durante el estudio, podrá facilitarse a los profesionales de la salud que trabajan directamente o indirectamente en el campo de la Salud Pública y la Atención sanitaria al adolescente, y en concreto para este estudio servirá para diseñar una intervención educativa que permita habilitar de conocimientos al adolescente para promocionar estilos de vida saludables en él y conseguir un mayor grado de implicación y autocuidado en el adolescente (fase II).

Si tiene alguna pregunta sobre este estudio o sobre la colaboración en el mismo, usted puede contactar con la investigadora principal: **Marian Cerezuela Torre** ([cerezuela@uic.es](mailto:cerezuela@uic.es)) Teléfono: 93 5042000 (extensión 5631)

Firmado:

Sra. Marian Cerezuela

Investigadora Principal

Sra. Manuela Ramirez

Coordinadora de la ESO IES El Calamot

Sr. Marco Berenguer

Cap d'estudis IES El Calamot

# **Anexo 7**

Carta al director solicitando permiso para realizar estudio experimental



Benvolgut/da director/a del centre,

Em dirigeixo a vostè amb la finalitat de sol·licitar la participació del seu centre escolar en una enquesta i intervenció adreçada als instituts de la ciutat de Sant Cugat del Vallès on s'imparteixen estudis d'ESO. Els centres escolars han estat escollits amb la col·laboració del Servei d'Educació de l'Ajuntament de Sant Cugat i complint amb els criteris de selecció de l'estudi.

Aquest estudi ha rebut el suport institucional per part del Servei d'Educació de l'Ajuntament. La responsable de l'estudi és Marian Cerezuela, infermera i professora de la Facultat de Medicina i Ciències de la Salut a la Universitat Internacional de Catalunya. Així mateix, l'estudi està dins de les línies d'actuació de l'*Institut A. Jovell de Salut Pública i Pacients*, de la UIC Barcelona.

La recerca, que s'emmarca dins d'una tesis doctoral, té com a principal objectiu determinar les reaccions dels adolescents en quant a la presa de decisions sobre hàbits i estils de vida saludables i donar formació en salut. La implicació del centre es concreta en tres instants en el temps.

En un primer moment, els alumnes hauran de respondre una enquesta sobre hàbits de vida. Queda garantit l'anonimat atès que els alumnes en cap cas s'han d'identificar. Està previst que el temps de mitjana per omplir-la no sigui més de 15 minuts.

Per ajudar a participar, una persona de l'equip de l'estudi es posarà en contacte amb vostès per concretar la data exacte per passar l'enquesta.

Un cop passades unes dues setmanes, a la meitat dels instituts participants (mitjançant selecció) els estudiants rebran una formació sobre estils de vida saludable per part de personal sanitari del projecte. Està previst que el temps d'aquesta intervenció no sigui més de tres o quatre hores. En aquesta mateixa segona data també es garanteix l'anonimat.

Per últim, passats tres mesos de la intervenció, tornarem a passar l'enquesta del inici a tots els instituts i es valorarà, per tant, l'impacte d'aquesta intervenció en el temps.

Sabem que disposen de poc temps, i què en reben un nombre considerable de peticions, però els hi agrairíem que participessin atesa la rellevància de la investigació proposada. Aquesta recerca ajudarà a decidir sobre polítiques de Salut Pública que millorin el benestar dels adolescents.

Està previst que dins de l'equip investigador pugui incorporar-se, si així cal, un membre educatiu de cada centre, per garantir la transparència en els temes a tractar i revisar els continguts. Durant els mesos que queden d'aquest curs acadèmic actual (d'abril al juliol), s'acabaran de concretar els detalls ja que la recerca està prevista pel primer trimestre del curs escolar vinent, 2016-2017 (de setembre a desembre).

Per a qualsevol qüestió no dubtin en adreçar-se a la següent adreça: [cerezuela@uic.es](mailto:cerezuela@uic.es). Resto a la seva disposició per tal de mantenir una primera reunió si ho consideren oportú.

En acabar-se l'estudi rebran un informe de les principals conclusions que se n'hagin derivat del mateix.

Moltes gràcies per endavant.



Sra. Marian Cerezuela  
Infermera i professora de la UIC  
Doctoranda i responsable de l'estudi



Dra. Mª Dolors Navarro  
Directora de l'Institut A. Jovell de Salut Pública i Pacients  
Directora de tesis  
UIC

# **Anexo 8**

Permiso colaboración con los 6 centros para el estudio fase II.



Sant Cugat del Vallès, 24 octubre 2016

Estimado director del centro,

El propósito de esta carta es presentarle mi proyecto de investigación a fin de solicitar su colaboración en él. Soy Marian Cerezuela, enfermera y profesora de la Universidad Internacional de Catalunya (UIC), y estoy llevando a cabo el proyecto de investigación *“Promoción de la salud en adolescentes y su incorporación en la toma de decisiones”* como tema de mi tesis doctoral. Formo parte del equipo investigador del Instituto *Albert J. Jovell de Salud Pública y Pacientes* de la UIC, siendo mi directora de tesis, la Dra. M<sup>a</sup> Dolors Navarro.

El proyecto de tesis, consta de dos fases y su población objeto son los estudiantes de la ESO. La primera fase ya se llevó a cabo y se analizó la perspectiva y experiencia de autocuidado en salud y la adquisición de habilidades necesarias para elegir las conductas más saludables entre adolescentes, a través de entrevistas personales y grupos focales, con adolescentes, padres, docentes y personal sanitario. A raíz de esta fase dio lugar el diseño de una intervención educativa dirigida a adolescentes y sus padres.

La segunda fase, tiene como objetivo permitir *habilitar de conocimientos al adolescente para promocionar estilos de vida saludables en él, y conseguir un mayor grado de implicación y autocuidado en el adolescente*; mejorando así muy probablemente su calidad de vida en la etapa adulta, a través de la intervención diseñada.

Para llevar a cabo esta segunda fase se ha optado por una metodología experimental de grupo control y grupo experimental, con recogida de datos pre y post intervención.

La recogida de datos pre y post intervención, está pensada llevarla a cabo a través de un **cuestionario** corto, autoadministrado, de fácil cumplimentación y de respuesta múltiple para que contesten los alumnos sobre temas relacionados con el autocuidado (autoestima, motivación para el autocuidado, habilidades en el autocuidado, conocimientos en salud y creencias, entre otros). Este cuestionario se ha diseñado específicamente para este estudio y se ha contado con un grupo de expertos sanitarios y docentes para su elaboración final. Estos expertos han validado la comprensión y adecuación lingüística del contenido del cuestionario. Además se ha realizado una prueba piloto a un grupo reducido de adolescentes para su última revisión antes de iniciar el estudio.

La recogida de datos se va a dar en cuatro momentos durante el curso escolar: pre-intervención, al mes, a seis meses y al año de la intervención esto es así porque se quiere evaluar la efectividad que ha tenido la intervención educativa en los adolescentes y su impacto en el tiempo.

Para llevar a cabo el estudio, los institutos participantes se han asignado a grupo control o a grupo experimental por el grupo de investigación. Esta asignación nos permitirá comparar entre grupos la efectividad que ha tenido la intervención educativa. De esa manera, el grupo control solo participará en el estudio respondiendo a los cuestionarios en las fechas pactadas; y el grupo experimental además de los cuestionarios recibirá la intervención educativa para adolescentes y padres.

La intervención educativa consta de tres sesiones de una hora de duración cada una de ellas, en tres semanas consecutivas dirigida a estudiantes de 2º de la ESO, y además una sesión de una hora dirigida a sus padres.



El objetivo de estas sesiones es *concienciar en el autocuidado para una mejor salud y mejores hábitos, reforzando y proporcionando conocimientos en salud, a través del trabajo del pensamiento crítico y la toma de decisiones por parte de los adolescentes* en grupos reducidos. Es una intervención activa y participativa en el que el adolescente es el protagonista de la sesión, a través de unos talleres tipo juego liderado por enfermeros que ejercerán de *coach* ayudando a los chicos a reflexionar y pensar acerca de situaciones concretas relacionadas con la alimentación, tabaco, drogas, amigos, deporte, estilos de vida, entre otros temas.

La sesión dirigida a los padres, se impartirá únicamente en los institutos que pertenezcan al grupo experimental, triangulando la formación en salud con el objetivo de seguir dando herramientas de apoyo de autocuidado, y soporte a las sesiones recibidas por sus hijos.

El análisis de los datos recogidos a través de los cuestionarios antes y después se analizará en conjunto, garantizando la confidencialidad de los participantes. Este estudio no comporta riesgos para ningún participante y los resultados del estudio, de manera global, podrían beneficiar a toda la comunidad. La información que se recopile durante el estudio, podrá facilitarse a los profesionales de la salud que trabajan directamente o indirectamente en el campo de la Salud Pública y la Atención sanitaria al adolescente.

Me gustaría añadir que la participación del instituto en este estudio es totalmente voluntaria. No hay ningún coste para el centro por su participación en el estudio y no se pagará nada por el hecho de participar en él.

Se entregará una carta informativa a las familias sobre la inclusión en el estudio, y asimismo se entregará a los alumnos una hoja informativa con la información necesaria sobre la participación en el mismo y firmarán un consentimiento informado. Si tiene alguna pregunta sobre este estudio o sobre la colaboración en el mismo, usted puede contactar con la investigadora principal: **Marian Cerezuela Torre** ([cerezuela@uic.es](mailto:cerezuela@uic.es)) Teléfono: 93 504 20 00 (extensión 5631) o 686 85 99 87

Firmado:

Sra. Marian Cerezuela

Investigadora Principal

Director del centro

**ateneu instructiu**  
Centre Concertat  
E. Infantil · E. Primària · E.S.O. i Batxillerat  
Passeig del Canal, s/n. · Ap. Correus 45  
Tel. 93 373 17 16 · Fax 93 373 41 98  
08970-SANT JOAN DESPÍ (Barcelona)

Jefe de estudios/Coordinador pedagógico

Firmado:

Sra. Marian Cerezuela

Investigadora Principal

Director del centro

Jefe de estudios/Coordinador pedagógico

Firmado:

Sra. Marian Cerezuela

Investigadora Principal

Generalitat de Catalunya  
Departament d'Educació  
Institut  
Francesc Ferrer i Guàrdia

Director del centre

Jefe de estudios/Coordinador pedagógico

Signat:

Sra. Marian Cerezuela

Investigadora Principal

Director del centre

Cap d'estudis/Coordinador pedagògic

Signat:

Sra. Marian Cerezuela

Investigadora Principal

P.O

Director del centre

Cap d'estudis/Coordinador pedagògic

Catalunya  
Generalitat de Catalunya  
Departament d'Ensenyament  
Institut Sant Andreu  
Av. Bonaventura Pedemonte, 2  
Sant Andreu de la Barca. 08740

Signat:

Sra. Marian Cerezuela

Investigadora Principal

Director del centre

C.E.B. Institució Educativa  
GRAN CAPITA  
SANT JOAN DE LES OBES

Cap d'estudis/Coordinador pedagògic



# **Anexo 9**

Características de los institutos participantes.



## Breve descripción de los centros participantes en el estudio

Nombre del centro	Descripción
<i>IES Francesc Ferrer i Guardia</i>	Centro público. Situado en la localidad de Sant Joan Despí. Es un instituto con más de 30 años de historia, con una misión destinada a desarrollar todas las aptitudes y capacidades del alumnado dentro de un proceso integral e interactivo, potenciando la participación a través del diálogo, respeto, capacidad crítica y corresponsabilidad. Su oferta educativa es la ESO, el bachillerato, así como estudios formativos de grado medio y superior (Francesc Ferrer i Guardia, s.f.).
<i>IES Ateneu Instruïtiu</i>	Centro concertado. Situado en la localidad de Sant Joan Despí. Es un instituto con más de 125 años de historia. Se define como centro plural y catalán, que educa a sus alumnos desde el respecto y la tolerancia de manera integral fomentando la igualdad, la solidaridad y la sociabilidad. Su oferta educativa se inicia en la etapa infantil, primaria y ESO, pero también oferta de manera privada el bachillerato humanístico y tecnológico (Ateneu Instruïtiu, 2017).
<i>IE Gran Capità</i>	Centro concertado. Situado en la localidad de Sant Joan Despí. Es un centro con más de 50 años de historia. Su objetivo educativo es la formación integral y plural de sus alumnos, y se focaliza en la educación y aprendizaje personal y social de la persona. Destacan que trabajan potenciando la diversidad, la autonomía, la utilización de lenguas extranjeras, así como el trabajo cooperativo. Su oferta educativa es en la etapa infantil, la primaria y la ESO (Gran Capità, 2017).
<i>Institut El Palau</i>	Centro público. Situado en el municipio de Sant Andreu de la Barca. Centro con más de 32 años de historia. Destaca su misión en la formación, orientación y acreditación de sus alumnos en relación a las leyes educativas vigentes, y apuestan por una educación de calidad con tecnologías innovadoras, promoviendo la participación activa de los alumnos y sus familias. Su oferta formativa se inicia en la ESO, el bachillerato, así como ciclos formativos de grado medio y superior (El Palau, 2011).
<i>IES Montserrat Roig</i>	Centro público. Situado en el municipio de Sant Andreu de la Barca. Cuenta con 18 años de antigüedad, se describe como un centro que trabaja de forma explícita el proceso sociabilizador del alumnado en valores morales como el esfuerzo y la responsabilidad, así como en relaciones interpersonales a través del respeto y el diálogo. Destaca su visión de querer formar personas con capacidad de decidir y autónomas, así como desarrollar al máximo sus capacidades y competencias. Su oferta educativa se centra en la ESO y en el bachillerato científico, humanístico y tecnológico (Montserrat Roig, s.f.).
<i>Institut Sant Andreu</i>	Centro público. Situado en el municipio de Sant Andreu de la Barca. Centro que cuenta con solo 3 años de historia impartiendo la ESO, y su oferta educativa se centra únicamente en esta etapa de enseñanza secundaria. Comparte instalaciones y espacios generales con la Escuela Àngel Guimerà (escuela infantil y primaria), aunque cuenta con entrada y entidad propia (Sant Andreu, 2017).



# **Anexo 10**

Tabla de recogida de datos: pre, post 1mes y 6 meses.





**Tabla Distribución III grupo intervención y control en el PRE y POST intervención 1mes y 6 meses.**

		PRE intervención	POST intervención 1 mes	POST intervención 6 meses
	Centros educativos	Cuestionarios recogidos	Cuestionarios recogidos	Cuestionarios recogidos
GRUPO CONTROL	Instituto 1	101	97	99
	Instituto 2	168	169	161
GRUPO INTERVENCIÓN	Instituto 3	62	59	56
	Instituto 4	81	73	77
	Instituto 5	25	25	24
	Instituto 6	116	110	106
TOTAL		553	533	523
PERDIDOS		23	43	53
TOTAL MUESTRA		576	576	576



# **Anexo 11**

Hoja de información y consentimiento fase II.





Comitè  
d'Ètica  
de Recerca

Universitat  
Internacional  
de Catalunya

## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN FASE II (grup intervenció)

Codi de l'estudi: INF- 2013-01

Versió del protocol: 1.2

Data de la versió: 09/05/13

Títol del Projecte: *Promoción de la salud en adolescentes y su incorporación en la toma de decisiones.*

Director/a del Projecte: Dra. Navarro Rubio

Investigador/a: M<sup>a</sup> Angeles Cerezuela Torre

Departament: Infermeria

A continuación, en este documento encontrarás información relacionada con la participación en el proyecto de investigación, en el que hemos solicitado tu colaboración. Es importante que comprendas los motivos por los cuales se lleva a cabo la investigación, así como se utilizará la información y en qué consistirá el estudio y sus posibles beneficios, riesgos y molestias que puedan comportarte.

### JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La educación para la salud de los adolescentes supone un reto de la salud pública en los sistemas sanitarios de la sociedad actual. La atención a la salud se ha convertido en los últimos años, en una tarea importante y compartida entre los profesionales de la salud y el propio paciente. Esta responsabilidad compartida requiere desarrollar nuevas habilidades en la comunicación, así como una nueva educación en salud que permita mejorar este proceso de toma de decisiones en los jóvenes. La adolescencia representa una de las etapas más importantes en el desarrollo del ser humano para promover la incorporación de hábitos y estilos de vida saludables que repercutirán en el estado de salud el resto de la vida. La obtención de un buen nivel de salud supone la adquisición de un estilo de vida que se puede aprender en un proceso de continua construcción entre todos, personal sanitario, docente, familia y adolescente; la inclusión del propio paciente de forma activa en los procesos de toma de decisiones no sólo puede mejorar el resultado del tratamiento en un estado de enfermedad sino que también puede incrementar la calidad de vida de él al contar con mayores recursos para el autocuidado.

Es por tanto la educación para la salud una herramienta clave para mejorar la alfabetización sanitaria y fomentar la motivación, las habilidades personales y la autoestima, tan necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud.

### ¿CUAL ES EL OBJETIVO DE ESTE ESTUDIO?

La participación en este estudio que se desarrolla en la Universidad Internacional de Catalunya quiere poner en práctica una intervención educativa diseñada para alumnos estudiantes de 2<sup>a</sup> ESO que permita habilitar de conocimientos en salud para promocionar estilos de vida saludables en él, y conseguir un mayor grado de implicación y autocuidado por su parte; mejorando así muy probablemente su calidad de vida en la etapa adulta.

Para ello, las personas participantes en el estudio se han dividido en grupo control y experimental. Esto quiere decir, que algunos participantes recibirán la intervención y otros no, con la intención de poder valorar la efectividad e impacto que ha tenido dicha intervención y poder comparar resultados entre los que la recibieron y los que no.

### **¿TENGO LA OBLIGACIÓN DE PARTICIPAR?**

La decisión sobre participar o no en la investigación es voluntaria. En el caso de no querer participar o bien lo quieras abandonar en algún momento, no habrá ningún problema ni causará ningún perjuicio para ti. Si decides participar, te daremos el formulario de consentimiento informado para que lo firmes junto con la investigadora principal, esto constituye el acuerdo de participación en el estudio. Aunque seas menor de edad, el comité de ética ha valorado tu edad como una situación del “menor maduro”, en el que puedes firmar tu voluntad de participar en él sin necesidad de un adulto.

Así mismo te informo que el centro educativo dónde estudias también ha podido elegir libremente la colaboración y participación en el estudio.

### **¿CUALES SON MIS OBLIGACIONES?**

Has sido elegido por cursar segundo de la ESO actualmente y cumplir con los criterios de inclusión en este estudio. Se espera que en este estudio tu participación sea a través de la asistencia a tres sesiones formativas sobre promoción de la salud y respuestas a un cuestionario en cuatro momentos diferentes durante el curso escolar.

### **¿CUALES SON LOS POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS, RIESGOS Y MOLESTIAS ASOCIADOS A LA PARTICIPACIÓN?**

No hay riesgo de ningún tipo (ni personales, ni físicos, ni emocionales...) por participar en el estudio.

### **¿CUALES SON LOS POSIBLES BENEFICIOS DE PARTICIPAR?**

Esta investigación conlleva beneficios directos para ti, ya que la inclusión como asistente a las sesiones educativas sobre elementos centrales de la promoción de la salud te generará información útil para mejorar y adquirir habilidades en su autocuidado, en términos de promoción de la salud. Además de manera global, podrían beneficiar también a los profesionales de la salud que trabajan directamente o indirectamente en el campo de la Salud Pública y la Atención sanitaria al adolescente para mejorar el cuidado a este grupo poblacional.

### **¿COMO SE UTILIZARÁN MIS DATOS DEL ESTUDIO?**

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de los sujetos participantes en el ensayo se ajustan al que dispone la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Estos datos, no incluyen ni tu nombre ni tu dirección, sino que se te asignará un número de código. Únicamente el equipo investigador, tendrá acceso a la clave del código que permite asociar los datos del estudio con los propios participantes.

Añadir que los resultados del estudio pueden aparecer publicados en la bibliografía científica, pero su identidad personal no será revelada en ningún caso, ni tampoco el centro participante.

### **¿COMO PUEDO ESTABLECER CONTACTO SI NECESITO OBTENER MÁS INFORMACIÓN O AYUDA?**

Mediante la firma de este formulario (consentimiento), asientes que has sido informados de las características del estudio, has entendido la información y te han clarificado todas las dudas relacionadas.

En caso de tener alguna duda con el estudio o para obtener respuesta a cualquier pregunta que pueda surgir durante la investigación, puedes contactar con:

**Sra. Marian Cerezuela Torre**

Facultat de Medicina i Ciències de la Salut

Departament d'Infermeria

UNIVERSITAT INTERNACIONAL DE CATALUNYA

Carrer Josep Trueta, s/n

CP 08195 Sant Cugat del Vallès (Barcelona)

Tél: 935042010// 93 5042000 (extensión 5631) o 686859987

Email: [cerezuela@uic.es](mailto:cerezuela@uic.es)





Comitè  
d'Ètica  
de Recerca

Universitat  
Internacional  
de Catalunya

## DOCUMENTO DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN FASE II (grup control)

Codi de l'estudi: INF- 2013-01

Versió del protocol: 1.2

Data de la versió: 09/05/13

Títol del Projecte: *Promoción de la salud en adolescentes y su incorporación en la toma de decisiones.*

Director/a del Projecte: Dra. Navarro Rubio

Investigador/a: M<sup>a</sup> Angeles Cerezuela Torre

Departament: Infermeria

A continuación, en este documento encontrarás información relacionada con la participación en el proyecto de investigación, en el que hemos solicitado tu colaboración. Es importante que comprendas los motivos por los cuales se lleva a cabo la investigación, así como se utilizará la información y en qué consistirá el estudio y sus posibles beneficios, riesgos y molestias que puedan comportarte.

### JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La educación para la salud de los adolescentes supone un reto de la salud pública en los sistemas sanitarios de la sociedad actual. La atención a la salud se ha convertido en los últimos años, en una tarea importante y compartida entre los profesionales de la salud y el propio paciente. Esta responsabilidad compartida requiere desarrollar nuevas habilidades en la comunicación, así como una nueva educación en salud que permita mejorar este proceso de toma de decisiones en los jóvenes. La adolescencia representa una de las etapas más importantes en el desarrollo del ser humano para promover la incorporación de hábitos y estilos de vida saludables que repercutirán en el estado de salud el resto de la vida. La obtención de un buen nivel de salud supone la adquisición de un estilo de vida que se puede aprender en un proceso de continua construcción entre todos, personal sanitario, docente, familia y adolescente; la inclusión del propio paciente de forma activa en los procesos de toma de decisiones no sólo puede mejorar el resultado del tratamiento en un estado de enfermedad sino que también puede incrementar la calidad de vida de él al contar con mayores recursos para el autocuidado.

Es por tanto la educación para la salud una herramienta clave para mejorar la alfabetización sanitaria y fomentar la motivación, las habilidades personales y la autoestima, tan necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud.

### ¿CUAL ES EL OBJETIVO DE ESTE ESTUDIO?

La participación en este estudio que se desarrolla en la Universidad Internacional de Catalunya quiere poner en práctica una intervención educativa diseñada para alumnos estudiantes de 2<sup>a</sup> ESO que permita habilitar de conocimientos en salud para promocionar estilos de vida saludables en él,

y conseguir un mayor grado de implicación y autocuidado por su parte; mejorando así muy probablemente su calidad de vida en la etapa adulta.

Para ello, las personas participantes en el estudio se han dividido en grupo control y experimental. Esto quiere decir, que algunos participantes recibirán la intervención y otros no, con la intención de poder valorar la efectividad e impacto que ha tenido dicha intervención y poder comparar resultados entre los que la recibieron y los que no.

### **¿TENGO LA OBLIGACIÓN DE PARTICIPAR?**

La decisión sobre participar o no en la investigación es voluntaria. En el caso de no querer participar o bien lo quieras abandonar en algún momento, no habrá ningún problema ni causará ningún perjuicio para ti. Si decides participar, te daremos el formulario de consentimiento informado para que lo firmes junto con la investigadora principal, esto constituye el acuerdo de participación en el estudio. Aunque seas menor de edad, el comité de ética ha valorado tu edad como una situación del “menor maduro”, en el que puedes firmar tu voluntad de participar en él sin necesidad de un adulto.

Así mismo te informo que el centro educativo dónde estudias también ha podido elegir libremente la colaboración y participación en el estudio.

### **¿CUALES SON MIS OBLIGACIONES?**

Has sido elegido por cursar segundo de la ESO actualmente y cumplir con los criterios de inclusión en este estudio. Se espera que en este estudio tu participación sea a respondiendo a un cuestionario en cuatro momentos diferentes durante el curso escolar sobre temas de salud.

### **¿CUALES SON LOS POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS, RIESGOS Y MOLESTIAS ASOCIADOS A LA PARTICIPACIÓN?**

No hay riesgo de ningún tipo (ni personales, ni físicos, ni emocionales...) por participar en el estudio.

### **¿CUALES SON LOS POSIBLES BENEFICIOS DE PARTICIPAR?**

Esta investigación conlleva beneficios directos para ti, ya que la inclusión como asistente a las sesiones educativas sobre elementos centrales de la promoción de la salud te generará información útil para mejorar y adquirir habilidades en su autocuidado, en términos de promoción de la salud. Además de manera global, podrían beneficiar también a los profesionales de la salud que trabajan directamente o indirectamente en el campo de la Salud Pública y la Atención sanitaria al adolescente para mejorar el cuidado a este grupo poblacional.

### **¿COMO SE UTILIZARÁN MIS DATOS DEL ESTUDIO?**

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de los sujetos participantes en el ensayo se ajustan al que dispone la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Estos datos, no incluyen ni tu nombre ni tu dirección, sino que se te asignará un número de código. Únicamente el equipo investigador, tendrá acceso a la clave del código que permite asociar los datos del estudio con los propios participantes.

Añadir que los resultados del estudio pueden aparecer publicados en la bibliografía científica, pero su identidad personal no será revelada en ningún caso, ni tampoco el centro participante.

**¿COMO PUEDO ESTABLECER CONTACTO SI NECESITO OBTENER MÁS INFORMACIÓN O AYUDA?**

Mediante la firma de este formulario (consentimiento), asientes que has sido informados de las características del estudio, has entendido la información y te han clarificado todas las dudas relacionadas.

En caso de tener alguna duda con el estudio o para obtener respuesta a cualquier pregunta que pueda surgir durante la investigación, puedes contactar con:

**Sra. Marian Cerezuela Torre**

Facultat de Medicina i Ciències de la Salut

Departament d'Infermeria

UNIVERSITAT INTERNACIONAL DE CATALUNYA

Carrer Josep Trueta, s/n

CP 08195 Sant Cugat del Vallès (Barcelona)

Tél: 935042010// 93 5042000 (extensión 5631) o 686859987

Email: [cerezuela@uic.es](mailto:cerezuela@uic.es)



Comitè  
d'Ètica  
de Recerca

Universitat  
Internacional  
de Catalunya

## CONSENTIMENT INFORMAT FASE II ( pre-post intervenció)

Codi de l'estudi: INF- 2013-01

Versió del protocol: 1.2

Data de la versió: 09/05/13

Títol del Projecte: *Promoción de la salud en adolescentes y su incorporación en la toma de decisiones.*

Director/a del Projecte: Dra. Navarro Rubio

Investigador/a: M<sup>a</sup> Angeles Cerezuela Torre

Departament: Infermeria

Esta hoja de Consentimiento Informado, puede contener palabras que a lo mejor no comprendas. Por favor, pregunta a la persona encargada del estudio para que te explique cualquier palabra o información que no entiendas con claridad.

### I-INTRODUCCIÓN

Has sido invitado a participar en un estudio de investigación. Antes de que decidas participar en él, por favor lee bien este consentimiento y hazme todas las preguntas que puedas tener, para asegurarse de que entiendes la colaboración en el estudio, incluyendo los riesgos y beneficios que se pueden derivar de él.

### II-PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Como una parte del Proyecto de investigación "Promoción de la salud en adolescentes y su incorporación en la toma de decisiones" que se desarrolla en la Universidad Internacional de Catalunya, se está llevando a cabo un estudio que quiere analizar la perspectiva y experiencia de autocuidado en salud y adquisición de habilidades necesarias para elegir las conductas más saludables entre adolescentes, y junto a ellos los padres, educadores y profesionales de la salud del entorno, con la intención de poner en práctica una intervención educativa diseñada para permitir habilitar de conocimientos al adolescente para promocionar estilos de vida saludables en él. Para recopilar la información necesaria para el estudio, se le pedirá que rellenen un cuestionario y asistan a unas sesiones educativas en el centro donde estudia.

### III-PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

Has sido invitado porque cumples con los criterios para incluirte en el estudio, siendo estudiante de 2º curso de la ESO actualmente . Participarás en el estudio junto a otros participantes como tú, de diferentes centros educativos.

#### **IV-PROCEDIMENTOS**

Esta segunda fase del estudio consistirá en un estudio experimental, con grupo control y experimental (la asignación en un grupo u otro ha sido por parte del equipo investigador). En el cual se pretende pilotar una intervención educativa para alumnos estudiantes de 2ª ESO que permita habilitar de conocimientos al adolescente para promocionar estilos de vida saludables en él, y conseguir un mayor grado de implicación y autocuidado en el adolescente; mejorando así muy probablemente su calidad de vida en la etapa adulta.

Antes y después de realizar esta actividad formativa de la segunda fase del estudio, se pedirá a los adolescentes participantes que rellenen un cuestionario sobre autocuidado. De esta forma, podremos comparar los resultados de los cuestionarios antes y después de la actividad educativa y ver qué efecto ha causado en los adolescentes que hayan participado en el estudio, y qué efecto haya tenido la intervención, comparando entre grupos control y experimental.

#### **V-RIESGOS O INCOMODIDADES**

Este estudio no comporta riesgos para ti como persona.

La fase del estudio en la que participas consiste en:

- Contestar a un cuestionario sobre salud, o
- Además de contestar al cuestionario, asistir a tres sesiones educativas con una duración aproximada de 60 minutos cada una de ellas.

Las preguntas del cuestionario son cerradas y estructuradas, es corto y autoadministrado y de fácil cumplimentación.

Se te solicitará volver a rellenar el cuestionario tres veces más durante el curso, y es posible que se te solicite contestar de nuevo el cuestionario más adelante, como por ejemplo, al año de finalizar la actividad formativa.

#### **VI-BENEFICIOS**

La inclusión como asistente a las sesiones educativas sobre elementos centrales de la promoción de la salud te conllevará beneficios e información útil para mejorar y adquirir habilidades en tu autocuidado.

Aunque tú no recibas ningún beneficio tangible directo de tu participación, los resultados del estudio, podrían beneficiar a toda la comunidad. La información que se recopile, podrá facilitarse a los profesionales de la salud y a programas que trabajen directamente o indirectamente en el campo de la Salud Pública y la Atención sanitaria al adolescente.

#### **VII-COSTES**

No hay ningún coste por tu participación en el estudio.

#### **VIII-INCENTIVO PARA EL PARTICIPANTE**

No se te pagará nada por el hecho de participar en el estudio.

## IX-PRIVACIDAD I CONFIDENCIALIDAD

Según la Llei de Protecció de Dades 15/1999 (LOPD), la información que aportes al estudio, será totalmente anónima y confidencial. Los documentos que sean utilizados en el estudio, serán guardados en un espacio seguro, al cual solo tendrá acceso el investigador principal. Se asignará un código a cada cuestionario, por tanto, tus datos personales, no serán divulgados en ningún momento. La información obtenida solo se utilizará para cumplir el propósito nombrado en esta carta. Los datos que se recojan, serán analizados en grupo, sin que se pueda identificar a los participantes del estudio.

Esta autorización, servirá hasta el final del estudio, a menos que quiera cancelarlo antes. Puedes cancelar esta autorización en cualquier momento enviando un aviso escrito o telefónico al Investigador en la siguiente dirección:

Sra. Marian Cerezuela Torre  
Facultat de Medicina i Ciències de la Salut  
Departament d'Infermeria  
UNIVERSITAT INTERNACIONAL DE CATALUNYA  
Carrer Josep Trueta, s/n  
CP 08195 Sant Cugat del Vallès (Barcelona)  
Tél: 935042010// 935042000 (extensión 5631)  
Email: [cerezuela@uic.es](mailto:cerezuela@uic.es)

## X-PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Tu participación en este estudio, es totalmente voluntaria. Puedes decidir no participar o retirarte del estudio en cualquier momento. Tu decisión, no comportará ninguna penalización.

## XI-PREGUNTAS

Si tienes alguna pregunta sobre este estudio o sobre tu participación en el mismo, puedes contactar con: **Marian Cerezuela Torre**

No firmes este consentimiento, a menos que hayas tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas satisfactorias para todas sus preguntas.

Si firmas estas aceptando participar en este estudio, recibirás una copia de información.

## XII-CONSENTIMIENTO

He leído la información de esta hoja de consentimiento, o me la han leído de forma adecuada y explicado al completo. Todas mis preguntas sobre el estudio y mi participación, han sido contestadas.

Al firmar esta hoja de consentimiento, no se ha renunciado a ninguno de los derechos legales.

---

Nombre del participante

---

Firma del participante

---

Fecha

---

Firma de la Investigadora Principal



# **Anexo 12**

Carta para las familias, estudio experimental





Estimadas familias,

El propósito de esta carta es presentarme y presentarles el proyecto de investigación que se va a llevar a cabo en el instituto dónde estudia su hijo/a. Soy Marian Cerezuela, enfermera pediátrica y escolar, y profesora de la Universidad Internacional de Catalunya (UIC). Estoy llevando a cabo el proyecto de investigación *“Promoción de la salud en adolescentes y su incorporación en la toma de decisiones”* como tema de mi tesis doctoral. Formo parte del equipo investigador del Instituto *Albert J. Jovell de Salud Pública y Pacientes* de la UIC, siendo mi directora de tesis, la Dra. M<sup>a</sup> Dolors Navarro.

El estudio consta de dos fases, y ahora me encuentro en el desarrollo de la segunda fase y última. En una primera fase se realizaron entrevistas personales a adolescentes estudiantes de la ESO y unas reuniones de trabajo con adolescentes, personal sanitario, padres y docentes, en las cuales se habló sobre la experiencia de autocuidado y grado de implicación que tiene el adolescente en la toma de decisiones sobre el cuidado de su propia salud. El análisis de esta primera fase dio lugar al diseño de una intervención educativa, es aquí donde se inicia la segunda fase.

La segunda fase de la tesis, es un estudio experimental para poner en práctica la eficacia de esta intervención educativa. El instituto donde estudia su hijo/a participará en esta segunda fase.

Para ello, se han diseñado tres sesiones educativas para alumnos estudiantes de 2<sup>a</sup> ESO y una sesión para padres, donde se trabajarán los elementos fundamentales del autocuidado como la percepción de la salud, los conocimientos en salud, y las conductas y aptitudes para el autocuidado, a través del pensamiento crítico, la reflexión y la toma de decisiones en salud.

Para acabar de llevar a cabo esta segunda fase se recogerán datos antes y después de recibir las sesiones educativas en diferentes tiempos durante el curso escolar, estos datos se recogerán a través de un **cuestionario** de salud, corto y de fácil cumplimentación para que contesten los alumnos en clase sobre temas relacionados con el **autocuidado** (autoestima, motivación para el autocuidado, habilidades en el autocuidado, conocimientos en salud y creencias, entre otros aspectos). Una pregunta por ejemplo:

¿Cuándo crees que es más importante lavarse los dientes?

- Cuando me levanto
- Después de desayunar
- Después de todas las comidas
- Antes de irme a dormir

El motivo por el cual es necesario pasar el cuestionario antes y después de la intervención es debido a la necesidad de hacer un seguimiento en el tiempo para evaluar dicha efectividad y eficacia de la intervención educativa en los adolescentes y su impacto a lo largo del tiempo.

Para llevar a cabo el estudio, se han clasificado los institutos participantes en “grupo control o grupo experimental”, esto es así para permitir comparar entre grupos (no entre alumnos ni centros) la efectividad que ha tenido la intervención educativa en términos de investigación, es decir, se compara los resultados en los

cuestionarios de los alumnos que recibieron la intervención (grupo experimental) frente a los que no la recibieron (grupo control).

Les informo también que la intervención educativa que recibirán los institutos del grupo experimental, se basa en tres sesiones de una hora de duración durante tres semanas consecutivas en el mes de Noviembre. Es una intervención activa y participativa en el que el adolescente es el protagonista de la sesión, a través de diferentes talleres tipo juego liderado por enfermeros que ejercerán de *coach* ayudando a los chicos a reflexionar y pensar acerca de situaciones concretas, relacionadas con la alimentación, tabaco, amigos, deporte, estilos de vida, entre otros.

La sesión dirigida a los padres, se dará en el mes de diciembre en el instituto de su hijo/a (a los institutos grupo experimental) con el objetivo de seguir dando herramientas de apoyo de autocuidado y soporte a las sesiones recibidas por sus hijos. Esta sesión constituye un anexo a la sesión recibido por los chicos en el instituto. La fecha y hora concreta la conocerán durante el mes de Noviembre, recibirán otra carta como está invitándoles a la sesión, además de que podrán ver algún cartel informativo en el instituto de sus hijos.

La participación del instituto en este proyecto de salud, cuenta con la aprobación de la dirección del centro y del equipo docente. Dicha participación del instituto en este estudio es totalmente voluntaria.

Los institutos participantes en el grupo control, no recibirán las intervenciones educativas ni para estudiantes de la ESO ni para sus padres, la participación es únicamente contestando el cuestionario de salud.

Me gustaría añadir que el análisis de los datos recogidos a través de los cuestionarios se analizará en conjunto, garantizando la confidencialidad de los participantes. El estudio no comporta riesgos para ningún participante. Los beneficios que se pueden generar, de manera global, podrían beneficiar a los profesionales de la salud que trabajan directamente o indirectamente en el campo de la salud pública y la atención sanitaria al adolescente para mejorar el cuidado a este grupo poblacional.

Su hijo/a ha recibido junto a esta carta una hoja de información en relación a la participación del estudio, y que usted podrá leer. Asimismo, le informo que su hijo/a firmará un consentimiento informado conforme participa en el estudio. Al ser un proyecto de investigación, el comité de ética así lo requiere y permite que sea el propio alumno quien lo firme, aludiendo a su capacidad de "menor maduro" y a la tipología de estudio que se va a desarrollar.

Si tiene alguna pregunta sobre este estudio o sobre la colaboración en el mismo, usted puede contactar con la investigadora principal: **Marian Cerezuela Torre**. Teléfono: 93 504 20 00 (extensión 5631) o 686 85 99 87. Email: [cerezuela@uic.es](mailto:cerezuela@uic.es)

Signat:



Sra. Marian Cerezuela

Investigadora Principal

# **Anexo 13**

Cuestionario sociodemográfico estudio experimental



El siguiente cuestionario es anónimo: NO ESCRIBIR NOMBRES NI APELLIDOS. Y confidencial, la información que se recoja aquí solo será utilizada para este estudio.

Por favor, marca la opción que mejor describa tu situación para cada pregunta. No te dejes ninguna sin contestar.

- **Sexo:**
  - masculino
  - femenino
- **Año de nacimiento:** \_\_\_\_\_
- **¿En qué ciudad o país has nacido?:** \_\_\_\_\_
- **Lugar de nacimiento del padre:**
  - Cataluña
  - Resto de España
  - Extranjero
  - No lo sé
- **Lugar de nacimiento de la madre:**
  - Cataluña
  - Resto de España
  - Extranjero
  - No lo sé
- **Estado laboral familiar:**
  - Los dos padres están trabajando
  - Uno de los dos padres no trabaja
  - Los dos padres no trabajan
- **¿Con quién vives?:**
  - Soy hijo único (vivo con mi padre y mi madre)
  - Vivo con mi padre, madre y hermanos
  - Vives solo con uno de los padres, por ejemplo, padres divorciados/ separados, y tus hermanos (si tienes).
  - Padres separados o divorciados y sus nuevas parejas
  - Madre soltera, solo vives con ella, y tus hermanos (si tienes)
  - Padre o madre viudos y hermanos (si tienes)
  - Vives además de padre, madre, con abuelos, primos, sobrinos...
  - Solo vives con abuelos, tíos, hermanos...
  - Tutores legales
  - Otras situaciones: \_\_\_\_\_

- **¿Tienes hermanos?:**
  - Sí
  - No, soy hijo/a único/a
  
- **Marca todas las actividades extraescolares que realizas (puedes marcar varias):**
  - Deporte
  - Idiomas
  - Danza
  - Música
  - Informática
  - Otros: \_\_\_\_\_
  
- **¿Recibes paga semanal?**
  - Si (indica el importe) \_\_\_\_\_
  - No recibo
  
- **¿Recibes paga mensual?**
  - Si (indica el importe) \_\_\_\_\_
  - No recibo
  
- **Cantidad de paga que recibes:**
  - Recibo de 1 a 5€
  - Recibo de 6 a 10€
  - Recibo más de 10€
  - No recibo
  - Pido dinero cuando necesito
  - Además de tener la paga, pido dinero
  
- **¿En qué te gastas la paga semanal o el dinero que pides? (puedes marcar varios si lo necesitas):**
  - Lo ahorro, no gasto nada
  - Caramelos, gominolas, chuches, etc
  - Bollería (bollicao, donuts, galletas...)
  - Refrescos (Coca-Cola, fanta, aquarius, Nestea...)
  - Comida (patatas, palomitas, ganchitos, galletas...)
  - Revistas (de moda, de música, de coches...)
  - Videojuegos
  - Música (compras CD's)
  - Juegos o cromos coleccionables
  - Ropa o complementos (zapatos, bolsos, collares, gorras...)
  - Libros
  - Cine, bolera o ir a los cars
  
- Otras cosas (escribe cuales): \_\_\_\_\_

# **Anexo 14**

Cuestionario exploratorio





**!El siguiente cuestionario es anónimo: NO ESCRIBIR NOMBRES NI APELLIDOS.**  
Y confidencial, la información que se recoja aquí solo será utilizada para este estudio.

**INSTRUCCIONES:**

Por favor, contesta a las preguntas siguientes. Puedes marcar la respuesta con una cruz en la opción que consideres más adecuada para ti. Es importante que seas sincero, no hay respuestas buenas ni malas. No dejes ninguna respuesta sin contestar.

**TE AGRADEZCO TU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO**

**PREGUNTAS EXPLORATORIAS**

1. **¿Qué nivel de conocimiento crees que tienes sobre la salud?**
  - Nada
  - Lo normal
  - Elevado
  - Muy elevado
  
2. **¿Crees que podrías cuidarte mejor de cómo lo haces?**
  - No
  - No lo sé
  - Sí
  
3. **De la siguiente lista qué cosas son las que TE GUSTA MENOS HACER: (puedes indicar más de una opción)**
  - Lavarme los dientes
  - Ducharme
  - Comer pescado
  - Hacer deporte
  - Comer verdura
  - Comer fruta
  - Hablar con los amigos
  - Hacerme respetar por mis amigos
  - Otros: \_\_\_\_\_
  
4. **Si quisieras buscar información sobre temas de salud, ¿dónde irías a buscarla? (puedes indicar más de una opción)**
  - Internet
  - Amigos
  - Profesores
  - Padres
  - Hermanos
  - Enfermera o el médico
  - Tutores del instituto
  - Tutores legales
  - Otros: \_\_\_\_\_
  
5. **De la siguiente lista, ordena por orden de preferencia, del 1 al 10, a quien acudirías primero para preguntarle dudas relacionadas con temas que te puedan interesar sobre la salud (siendo el 1 la primera persona a la que acudirías y el 10 la última)**
  - \_\_ enfermera
  - \_\_ amigos
  - \_\_ madre
  - \_\_ padre
  - \_\_ hermano/a
  - \_\_ un profesor del instituto
  - \_\_ médico, pediatra
  - \_\_ tutor de clase
  - \_\_ otro profesional sanitario
  - \_\_ tutores legales



# **Anexo 15**

Cuestionario MAPAS



El siguiente cuestionario es anónimo: **NO ESCRIBIR NOMBRES NI APELLIDOS.**  
Y confidencial, la información que se recoja aquí solo será utilizada para este estudio.

**INSTRUCCIONES:**

Por favor, **contesta a las preguntas siguientes. Puedes marcar la respuesta con una cruz en la opción que consideres más adecuada para ti. Es importante que seas sincero, no hay respuestas buenas ni malas. No dejes ninguna respuesta sin contestar.**

**TE AGRADEZCO TU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO**

1. **¿Consideras que cada uno de nosotros somos el máximo responsable sobre nuestra salud?**
  - Sí, mi salud es responsabilidad mía
  - No, también es responsabilidad de los médicos o enfermeras
  - No lo sé
  
2. **En general, piensas que tus amigos o familiares respetan tu opinión:**
  - Siempre
  - Muchas veces
  - A veces
  - Pocas veces
  - Nunca
  
3. **Cuando haces algo que sabes que no tendrías que hacer, ¿Cómo te sientes al respecto?**
  - Bien, no me importa
  - Mal, porque yo sé que no lo tendría que haber hecho
  - No lo pienso
  
4. **¿Te sientes bien contigo mismo, aunque tengas opiniones diferentes a los demás?**
  - Sí
  - No
  - Siempre coincido con los demás
  
5. **De los siguientes, ¿cuál es la comida más importante del día para ti? MARCA SOLO UNA RESPUESTA:**
  - Desayuno
  - Almuerzo o media mañana
  - Comida
  - Merienda
  - Cena
  
6. **¿Cuándo crees que es más importante lavarse los dientes?**
  - Cuando me levanto
  - Después de desayunar
  - Después de todas las comidas
  - Antes de irme a dormir
  
7. **Indica el grado de interés que tiene tu salud para ti:**
  - Nada de interés
  - Un poco de interés
  - Bastante interés
  - Mucho interés
  - No lo sé
  
8. **Indica en qué grado estás de acuerdo con alguien que piensa que: “la salud no es importante”?**
  - Nada de acuerdo
  - Un poco de acuerdo
  - Bastante de acuerdo
  - Muy de acuerdo
  - No lo sé
  
9. **¿Te preocupa ponerte enfermo, como, por ejemplo: ¿tener problemas de corazón, tener dolor de espalda... por no seguir unos buenos hábitos de vida?**
  - Mucho
  - Bastante
  - Poco
  - Nada
  
10. **¿Crees que si te cuidas bien ahora puedes tener una vida más saludable cuando seas mayor?**

- Sí
- No
- No lo sé

11. **¿Te preocupa la salud que puedas tener de mayor?**

- Sí
- No
- No lo pienso

12. **¿Cuántas horas al día utilizas las redes sociales: Facebook, instagram, Whatsapp, twitter...?**

- Menos de 2 horas
- Entre 2 y 4 horas
- Entre 5 y 8 horas
- Más de 8 horas

13. **¿Con cuánta frecuencia comes alimentos de “comida rápida” tipo pizzas, hamburguesas, patatas de bolsa...?**

- Casi nunca
- 1 vez al mes
- 1 vez a la semana
- Entre 2 y 3 veces por semana
- Más de 4 veces por semana

14. **En tu entorno de amigos, ¿te ves obligado a hacer lo que ellos hacen?**

- Sí
- No
- A veces, depende de las situaciones

15. **¿Te sientes aceptado por tu grupo de amigos?**

- Sí
- No
- En general, no me importa

16. **¿Puedes expresar abiertamente con tus amigos que no quieres hacer una cosa planteada por los demás, como por ejemplo negarte a fumar un cigarrillo?**

- Sí lo puedo decir, pero acabo haciendo lo mismo que los demás
- No puedo decirlo, mejor no decir nada
- Normalmente puedo expresar mi opinión y se respeta que no quiera hacer algo
- Puedo decir no y no pasa nada

17. **¿Por qué crees que es necesario comer hidratos de carbono (pan, macarrones, patatas, legumbres...) cada día?**

- Porque me aportan energía
- Porque me aportan vitaminas y minerales
- Porque tienen mucha fibra
- Porque me ayudan al crecimiento de mis músculos
- Otros motivos: \_\_\_\_\_

18. **¿Cuántas verduras y frutas crees que se deben de comer al día?**

- 3
- 4
- 5
- 6

19. **¿Te ves capacitado para cuidar de ti mismo?**

- Sí
- No
- No lo he pensado nunca o no lo sé

20. **¿Crees que tu salud futura, cuando seas mayor, puede verse afectada por diferentes cosas que sucedan ahora relacionadas con la salud, por ejemplo: comer poca fruta, que alguien fume delante de ti, no hacer deporte...?**

- Sí
- No
- No lo sé

21. **¿Piensas que es positivo para la salud mantener unos buenos hábitos de vida, como, por ejemplo: comer bien, hacer deporte 3 veces a la semana o ir a dormir pronto?**
- Sí
  - No
  - No lo sé
22. **¿Crees que tienes unos buenos conocimientos sobre salud?**
- Sí
  - No
  - Debería de mejorarlos
23. **¿Consideras que una persona que no hace ejercicio, y lleva una mala dieta puede tener mayor riesgo que otra, por ejemplo, de ser obeso, de tener un infarto de corazón, de ser diabético...?**
- Sí
  - No
  - No lo sé
24. **¿Conoces los riesgos que te puede comportar para tu salud, por ejemplo, no comer bien, o no ducharte cada día, o no lavarte los dientes, o fumar un cigarrillo?**
- No lo sé, ni me importa
  - No lo sé, pero puedo imaginarlos
  - Sí los sé, pero sigo haciéndolo
  - Sí los sé y por eso los evito
25. **¿Cada cuánto crees que es necesario cambiar el cepillo de dientes?**
- Una vez cada 3 meses
  - Una vez cada 6 meses
  - Una vez al año
  - Solo cuando se rompe
26. **¿Crees que el tabaco o el alcohol te pueden aportar algún beneficio?**
- En general no
  - Me puede ayudar a hacer amigos
  - Si, pásármelo bien
  - No lo sé
27. **¿Crees que la higiene personal (lavarte los dientes, peinarte, ducharte, vestir con ropa limpia...) te ayuda a ser más aceptado socialmente por los demás?**
- Sí
  - No
  - No tiene nada que ver
  - No lo se
28. **¿Qué sueles escoger para comer cuando te entra el hambre entre comidas? PUEDES MARCAR VARIAS SI ES NECESARIO:**
- Bollería (galletas, bollicao, donuts...)
  - Lácteos (yogurt, Actimel, batido, leche...)
  - Fruta
  - Patatas, palomitas...
  - Embutido (fuet, chorizo, queso...)
29. **¿Cómo de importante es para ti ser aceptado por los demás?**
- Mucho
  - Bastante
  - Poco
  - Nada
30. **¿A qué hora considerarías que es tarde para irse a dormir un día de clase normal (entre semana)?**
- 22:00 h
  - 23:00 h
  - 24:00h
  - Más tarde de las 24:00h





44. ¿Qué grado de importancia tiene para ti, ir con ropa limpia cada día?

1 NADA	2	3	4	5	6	7	8	9	10 MÁXIMO
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------

45. ¿Qué grado de importancia tiene para ti, ser el más popular entre tus amigos?

1 NADA	2	3	4	5	6	7	8	9	10 MÁXIMO
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------

46. ¿Qué grado de importancia tiene para ti, comer sano?

1 NADA	2	3	4	5	6	7	8	9	10 MÁXIMO
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------

47. ¿Qué grado de importancia tiene para ti, hacer deporte?

1 NADA	2	3	4	5	6	7	8	9	10 MÁXIMO
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------

48. ¿Qué riesgo tiene para ti o para tu salud fumarse un cigarrillo?

1 NADA	2	3	4	5	6	7	8	9	10 MÁXIMO
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------

49. ¿Qué riesgo tiene para ti o para tu salud beber un refresco durante las comidas?

1 NADA	2	3	4	5	6	7	8	9	10 MÁXIMO
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------

50. ¿Qué riesgo tiene para ti o para tu salud beber alcohol?

1 NADA	2	3	4	5	6	7	8	9	10 MÁXIMO
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------

51. ¿Qué riesgo tiene para ti o para tu salud fumarse un porro?

1 NADA	2	3	4	5	6	7	8	9	10 MÁXIMO
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------

52. ¿Qué riesgo tiene para ti o para tu salud saltarse una comida, por ejemplo, la cena o el desayuno?

1 NADA	2	3	4	5	6	7	8	9	10 MÁXIMO
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------

53. ¿En qué grado te interesa saber más (de tener conocimientos) sobre deporte y salud?

1 NADA	2	3	4	5	6	7	8	9	10 MÁXIMO
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------

54. ¿En qué grado te interesa saber más (de tener conocimientos) sobre alimentación?

1 NADA	2	3	4	5	6	7	8	9	10 MÁXIMO
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------

55. ¿En qué grado te interesa saber más sobre (de tener conocimientos) como pasar tu tiempo libre de forma saludable?

1 NADA	2	3	4	5	6	7	8	9	10 MÁXIMO
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------

56. ¿En qué grado te interesa saber más (de tener conocimientos) sobre estudios, posibilidades de futuro...?

1 NADA	2	3	4	5	6	7	8	9	10 MÁXIMO
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------



# **Anexo 16**

Puntuación por pregunta del cuestionario MAPAS.



El siguiente cuestionario es anónimo: NO ESCRIBIR NOMBRES NI APELLIDOS.  
Y confidencial, la información que se recoja aquí solo será utilizada para este estudio.

**INSTRUCCIONES:**

Por favor, **contesta a las preguntas siguientes. Puedes marcar la respuesta con una cruz en la opción que consideres más adecuada para ti. Es importante que seas sincero, no hay respuestas buenas ni malas. No dejes ninguna respuesta sin contestar.**

**TE AGRADEZCO TU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO PUNTUACIÓN EN COLOR VERDE**

53. **¿Consideras que cada uno de nosotros somos el máximo responsable sobre nuestra salud?**
- Sí, mi salud es responsabilidad mía **2**
  - No, también es responsabilidad de los médicos o enfermeras **1**
  - No lo sé
54. **En general, piensas que tus amigos o familiares respetan tu opinión:**
- Siempre **4**
  - Muchas veces **3**
  - A veces **2**
  - Pocas veces **1**
  - Nunca **0**
55. **Cuando haces algo que sabes que no tendrías que hacer, ¿Cómo te sientes al respecto?**
- Bien, no me importa **4**
  - Mal, porque yo sé que no lo tendría que haber hecho **2**
  - No lo pienso **1**
56. **¿Te sientes bien contigo mismo, aunque tengas opiniones diferentes a los demás?**
- Sí **2**
  - No **0**
  - Siempre coincido con los demás **1**
57. **De los siguientes, ¿cuál es la comida más importante del día para ti? MARCA SOLO UNA RESPUESTA:**
- Desayuno **4**
  - Almuerzo o medía mañana **3**
  - Comida **2**
  - Merienda **1**
  - Cena **0**
58. **¿Cuándo crees que es más importante lavarse los dientes?**
- Cuando me levanto **0**
  - Después de desayunar **1**
  - Después de todas las comidas **3**
  - Antes de irme a dormir **2**
59. **Indica el grado de interés que tiene tu salud para ti:**
- Nada de interés **0**
  - Un poco de interés **1**
  - Bastante interés **2**
  - Mucho interés **3**
  - No lo sé
60. **Indica en qué grado estás de acuerdo con alguien que piensa que: “la salud no es importante”?**
- Nada de acuerdo **3**
  - Un poco de acuerdo **2**
  - Bastante de acuerdo **1**
  - Muy de acuerdo **0**
  - No lo sé
61. **¿Te preocupa ponerte enfermo, como, por ejemplo: ¿tener problemas de corazón, tener dolor de espalda... por no seguir unos buenos hábitos de vida?**
- Mucho **3**
  - Bastante **2**
  - Poco **1**
  - Nada **0**

62. ¿Crees que si te cuidas bien ahora puedes tener una vida más saludable cuando seas mayor?
- Sí 2
  - No 0
  - No lo sé 1
63. ¿Te preocupa la salud que puedas tener de mayor?
- Sí 2
  - No 0
  - No lo pienso 1
64. ¿Cuántas horas al día utilizas las redes sociales: Facebook, instagram, Whatsapp, twitter...?
- Menos de 2 horas 3
  - Entre 2 y 4 horas 2
  - Entre 5 y 8 horas 1
  - Más de 8 horas 0
65. ¿Con cuánta frecuencia comes alimentos de “comida rápida” tipo pizzas, hamburguesas, patatas de bolsa...?
- Casi nunca 4
  - 1 vez al mes 3
  - 1 vez a la semana 2
  - Entre 2 y 3 veces por semana 1
  - Más de 4 veces por semana 0
66. En tu entorno de amigos, ¿te ves obligado a hacer lo que ellos hacen?
- Sí 0
  - No 1
  - A veces, depende de las situaciones 2
67. ¿Te sientes aceptado por tu grupo de amigos?
- Sí 2
  - No 0
  - En general, no me importa 1
68. ¿Puedes expresar abiertamente con tus amigos que no quieres hacer una cosa planteada por los demás, como por ejemplo negarte a fumar un cigarrillo?
- Sí lo puedo decir, pero acabo haciendo lo mismo que los demás 1
  - No puedo decirlo, mejor no decir nada 0
  - Normalmente puedo expresar mi opinión y se respeta que no quiera hacer algo 2
  - Puedo decir no y no pasa nada 3
69. ¿Por qué crees que es necesario comer hidratos de carbono (pan, macarrones, patatas, legumbres...) cada día?
- Porque me aportan energía 1
  - Porque me aportan vitaminas y minerales 0
  - Porque tienen mucha fibra 0
  - Porque me ayudan al crecimiento de mis músculos 0
  - Otros motivos: \_\_\_\_\_ 0
70. ¿Cuántas verduras y frutas crees que se deben de comer al día?
- 3 0
  - 10 0
  - 40 0
  - 5 1
  - 6 0
71. ¿Te ves capacitado para cuidar de ti mismo?
- Sí 2
  - No 0
  - No lo he pensado nunca o no lo sé 1
72. ¿Crees que tu salud futura, cuando seas mayor, puede verse afectada por diferentes cosas que sucedan ahora relacionadas con la salud, por ejemplo: comer poca fruta, que alguien fume delante de ti, no hacer deporte...?
- Sí 2
  - No 0
  - No lo sé 1

73. ¿Piensas que es positivo para la salud mantener unos buenos hábitos de vida, como, por ejemplo: comer bien, hacer deporte 3 veces a la semana o ir a dormir pronto?
- Sí **1**
  - No **0**
  - No lo sé **0**
74. ¿Crees que tienes unos buenos conocimientos sobre salud?
- Sí **2**
  - No **0**
  - Debería de mejorarlos **1**
75. ¿Consideras que una persona que no hace ejercicio, y lleva una mala dieta puede tener mayor riesgo que otra, por ejemplo, de ser obeso, de tener un infarto de corazón, de ser diabético...?
- Sí **1**
  - No **0**
  - No lo sé **0**
76. ¿Conoces los riesgos que te puede comportar para tu salud, por ejemplo, no comer bien, o no ducharte cada día, o no lavarte los dientes, o fumar un cigarrillo?
- No lo sé, ni me importa **0**
  - No lo sé, pero puedo imaginarlos **1**
  - Sí los sé, pero sigo haciéndolo **2**
  - Sí los sé y por eso los evito **3**
77. ¿Cada cuánto crees que es necesario cambiar el cepillo de dientes?
- Una vez cada 3 meses **3**
  - Una vez cada 6 meses **2**
  - Una vez al año **1**
  - Solo cuando se rompe **0**
78. ¿Crees que el tabaco o el alcohol te pueden aportar algún beneficio?
- En general no **1**
  - Me puede ayudar a hacer amigos **0**
  - Sí, pásámelo bien **0**
  - No lo sé **0**
79. ¿Crees que la higiene personal (lavarte los dientes, peinarte, ducharte, vestir con ropa limpia...) te ayuda a ser más aceptado socialmente por los demás?
- Sí **3**
  - No **0**
  - No tiene nada que ver **1**
  - No lo sé **2**
80. ¿Qué sueles escoger para comer cuando te entra el hambre entre comidas? PUEDES MARCAR VARIAS SI ES NECESARIO:
- Bollería (galletas, bollicao, donuts...) **0**
  - Lácteos (yogurt, Actimel, batido, leche...) **3**
  - Fruta **4**
  - Patatas, palomitas... **1**
  - Embutido (fuet, chorizo, queso...) **2**
81. ¿Cómo de importante es para ti ser aceptado por los demás?
- Mucho **3**
  - Bastante **2**
  - Poco **1**
  - Nada **0**
82. ¿A qué hora considerarías que es tarde para irse a dormir un día de clase normal (entre semana)?
- 22:00 h **0**
  - 23:00 h **1**
  - 24:00h **2**
  - Más tarde de las 24:00h **3**





95. ¿Qué grado de importancia tiene para ti, ponerte colonia y desodorante cada día?

1 NADA	2	3	4	5	6	7	8	9	10 MÁXIMO
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------

96. ¿Qué grado de importancia tiene para ti, ir con ropa limpia cada día?

1 NADA	2	3	4	5	6	7	8	9	10 MÁXIMO
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------

97. ¿Qué grado de importancia tiene para ti, ser el más popular entre tus amigos?

1 NADA	2	3	4	5	6	7	8	9	10 MÁXIMO
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------

98. ¿Qué grado de importancia tiene para ti, comer sano?

1 NADA	2	3	4	5	6	7	8	9	10 MÁXIMO
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------

99. ¿Qué grado de importancia tiene para ti, hacer deporte?

1 NADA	2	3	4	5	6	7	8	9	10 MÁXIMO
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------

100. ¿Qué riesgo tiene para ti o para tu salud fumarse un cigarrillo?

1 NADA	2	3	4	5	6	7	8	9	10 MÁXIMO
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------

101. ¿Qué riesgo tiene para ti o para tu salud beber alcohol?

1 NADA	2	3	4	5	6	7	8	9	10 MÁXIMO
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------

102. ¿Qué riesgo tiene para ti o para tu salud fumarse un porro?

1 NADA	2	3	4	5	6	7	8	9	10 MÁXIMO
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------

103. ¿Qué riesgo tiene para ti o para tu salud saltarse una comida, por ejemplo, la cena o el desayuno?

1 NADA	2	3	4	5	6	7	8	9	10 MÁXIMO
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------

53. ¿En qué grado te interesa saber más (de tener conocimientos) sobre deporte y salud?

1 NADA	2	3	4	5	6	7	8	9	10 MÁXIMO
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------

54. ¿En qué grado te interesa saber más (de tener conocimientos) sobre alimentación?

1 NADA	2	3	4	5	6	7	8	9	10 MÁXIMO
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------

55. ¿En qué grado te interesa saber más sobre (de tener conocimientos) como pasar tu tiempo libre de forma saludable?

1 NADA	2	3	4	5	6	7	8	9	10 MÁXIMO
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------

56. ¿En qué grado te interesa saber más (de tener conocimientos) sobre estudios, posibilidades de futuro...?

1 NADA	2	3	4	5	6	7	8	9	10 MÁXIMO
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------



# **Anexo 17**

Cuestionario de satisfacción



**INSTRUCCIONES:**

Por favor, contesta a las preguntas siguientes. Puedes marcar la respuesta con una cruz según tu valoración, del 0 al 10 en el lugar que consideres más adecuada.

Es importante que seas sincero, con ello se quiere conocer tu opinión.

No dejes ninguna respuesta sin contestar.

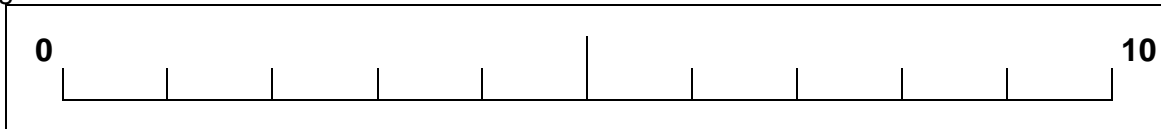
TE AGRADEZCO TU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

**Tu opinión sobre el diseño:**

1. ¿Te **han gustado** los talleres recibidos?

No me gusta  
gusta mucho

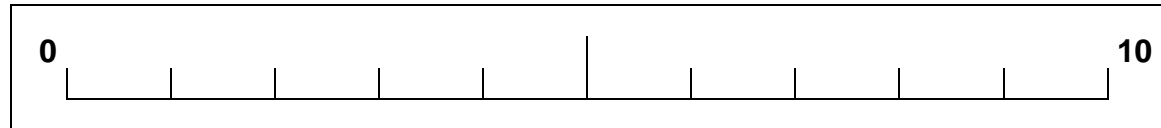
Me



2. ¿Te han parecido **interesantes** los temas tratados?

Poco interesantes  
interesantes

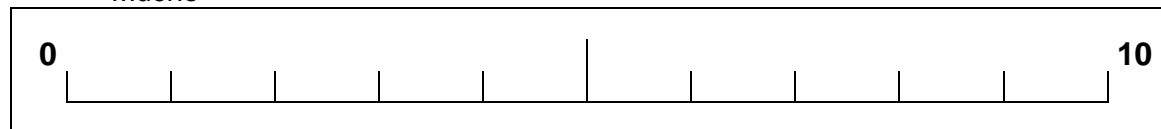
Muy



3. ¿Los **materiales** utilizados te han gustado? (fotos, carteles, ruleta, tablero, juegos...)

Nada

Mucho

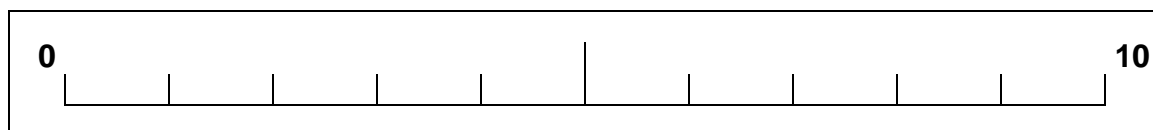


**Tu opinión sobre la metodología:**

4. ¿Te ha gustado que se vaya **rotando** por grupos?

Nada

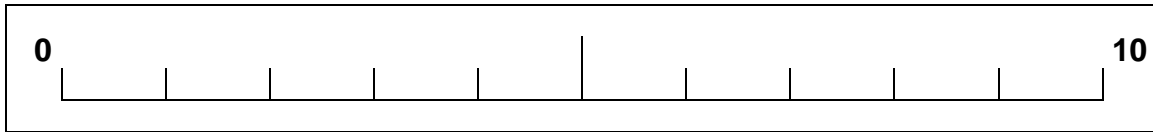
mucho



5. ¿Te ha parecido bien el **tiempo** dedicado a cada taller?

Nada

Mucho

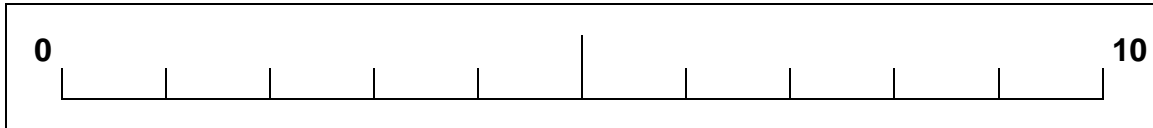


**Tu opinión sobre tu percepción de aprendizaje:**

6. ¿Cuánto has **aprendido** con los talleres?:

Nada

Mucho



**A nivel general:**

7. ¿Harías algún cambio?

No

Si ¿Cuál? \_\_\_\_\_

# **Anexo 18**

Carta para las familias (convocatoria sesión para padres, grupo experimental)





Queridas familias,

Soy Marian Cerezuela, hace unos días me puse en contacto con ustedes a través de sus hijos para presentarles el proyecto de investigación que estoy llevando a cabo en el instituto donde estudia su hijo sobre *“Promoción de la salud en adolescentes y su incorporación en la toma de decisiones”* como tema de mi tesis doctoral.

Ahora, de nuevo contacto con ustedes para invitarles a una **charla sobre salud** que impartiré el próximo día **20 de diciembre** en el instituto donde estudia su hijo. Esta charla dirigida a ustedes constituye un anexo a las sesiones recibidas por los chicos en clase y tendrá una duración aproximada de 60 minutos. El objetivo de esta, es continuar dando herramientas de apoyo para el buen autocuidado de sus hijos con la intención de tener una mejor salud, mejores hábitos y aptitudes, reforzando y proporcionando conocimientos en salud.

La **adolescencia** representa una de las etapas más importantes en el desarrollo del ser humano para promover la incorporación de hábitos y estilos de vida saludables que repercutirán en el estado de salud el resto de la vida, de ahí la relevancia de este estudio. La inclusión de ustedes en estudios de este tipo, favorece la obtención de un buen nivel de salud y adquisición de un estilo de vida saludable, ya que representan el entorno más inmediato en el que viven los chicos. La **educación para la salud** es una herramienta clave para mejorar los conocimientos en salud y fomentar la motivación, las habilidades personales y la autoestima, tan necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud.

Me gustaría que pudieran venir para tener la oportunidad de presentarles de primera mano el contenido de las sesiones educativas que han recibido su hijo/a durante este mes de noviembre en clase.

Les espero el **día \_\_\_\_ diciembre** 2016, a las **18:00 horas**, en el instituto de su hijo.

Como bien saben, la participación del instituto en este proyecto de salud, cuenta con la aprobación de la dirección del centro y del equipo docente. Dicha participación del instituto en este estudio es totalmente voluntaria.

Si tiene alguna consulta sobre la asistencia a la charla sobre salud usted puede contactar conmigo a través del teléfono: 93 504 20 00 (extensión 5631) o 686 85 99 87. Email: [cerezuela@uic.es](mailto:cerezuela@uic.es)

Signat:



Sra. Marian Cerezuela

Investigadora Principal

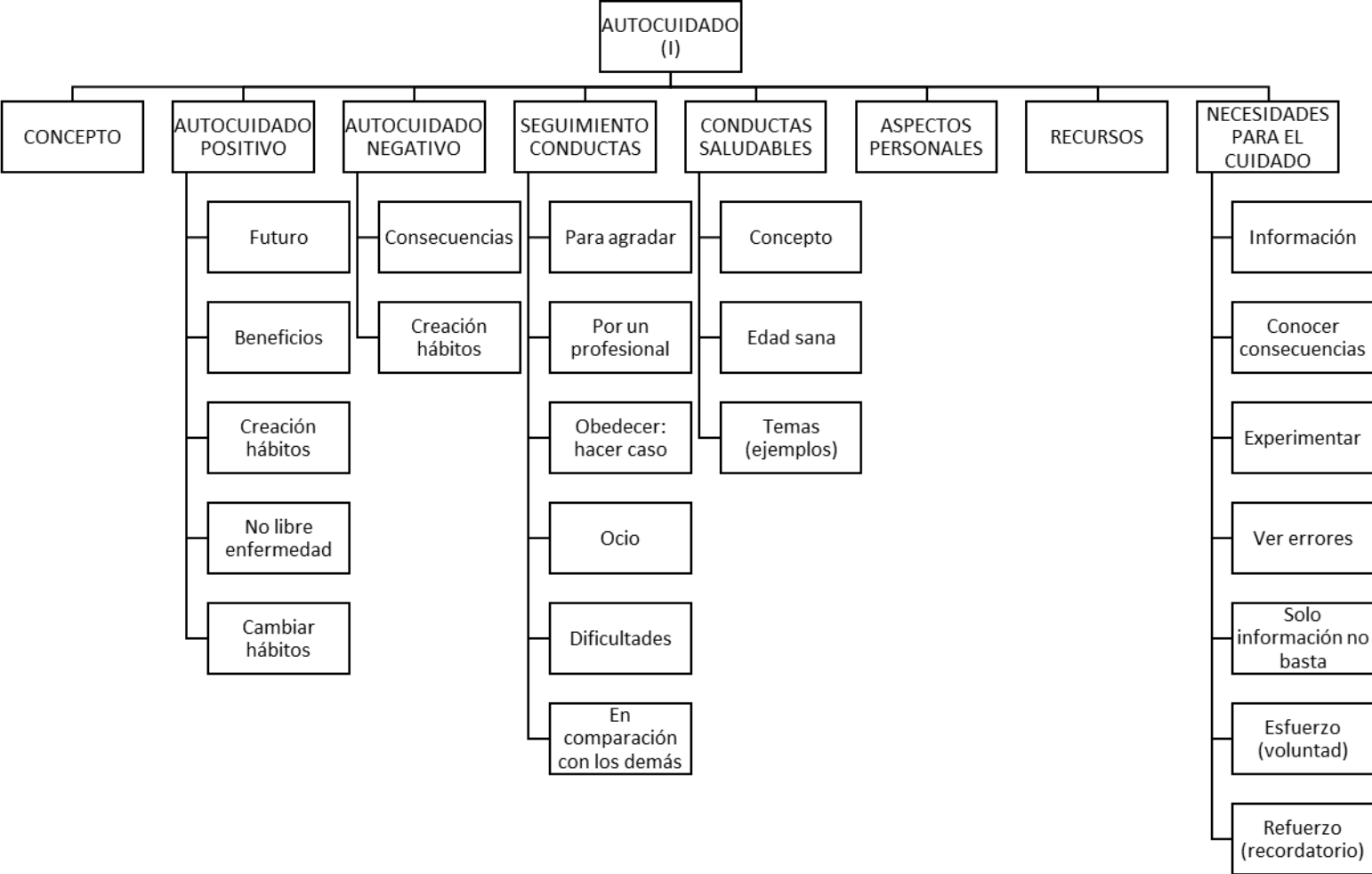


# **Anexo 19**

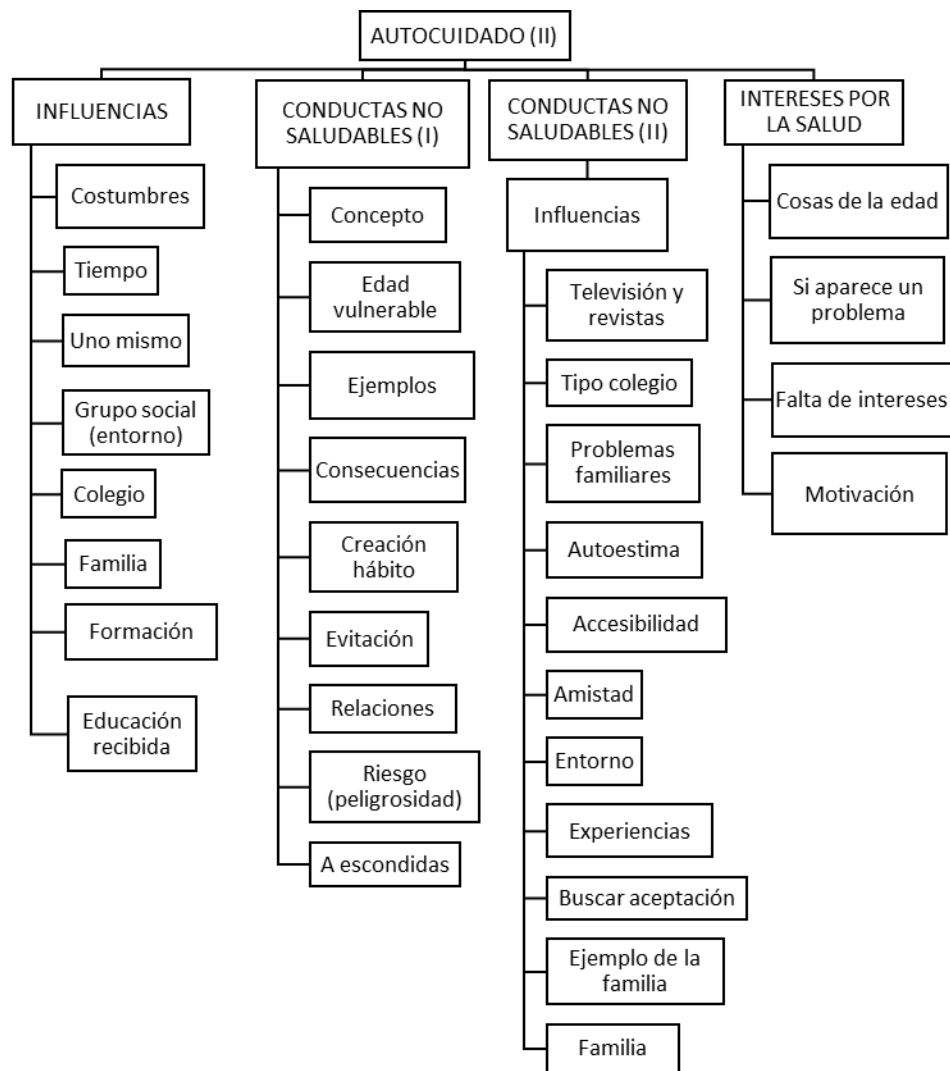
Esquema completa de categorías y subcategorías primarias de las entrevistas



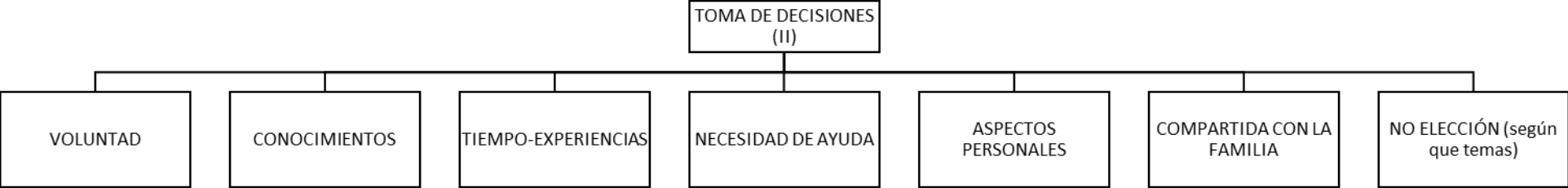
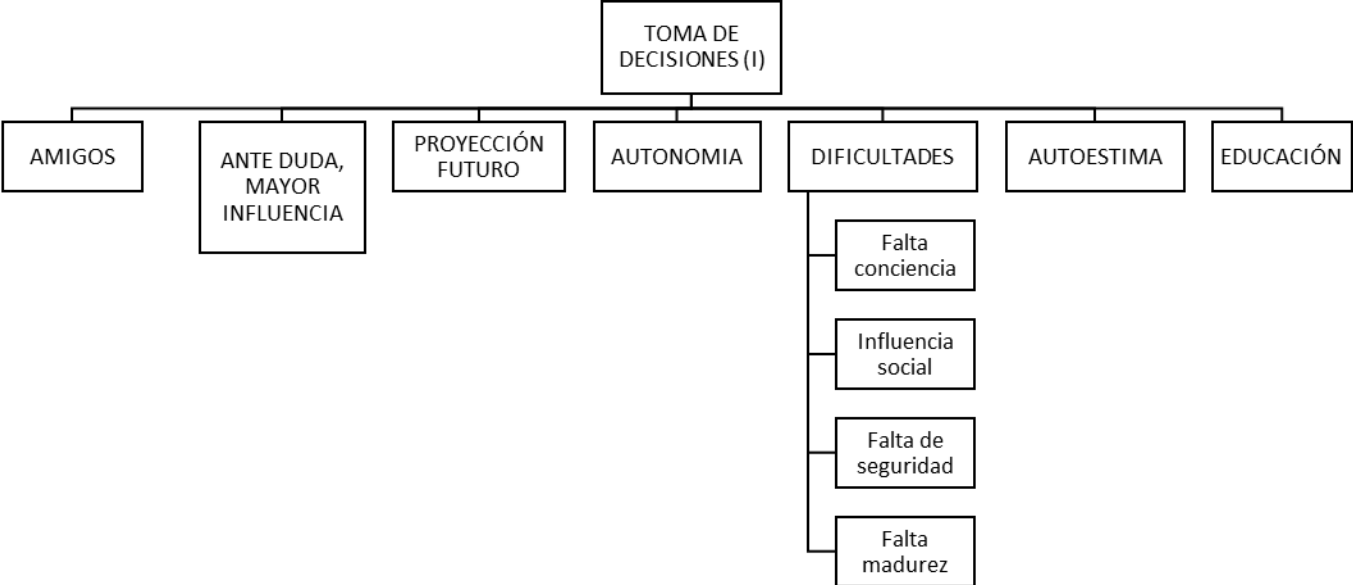
**Figura** Área de autocuidado- entrevistas (I): categorías primarias



**Figura** Área Autocuidado- entrevistas (II) : categorías primarias (Cont.)

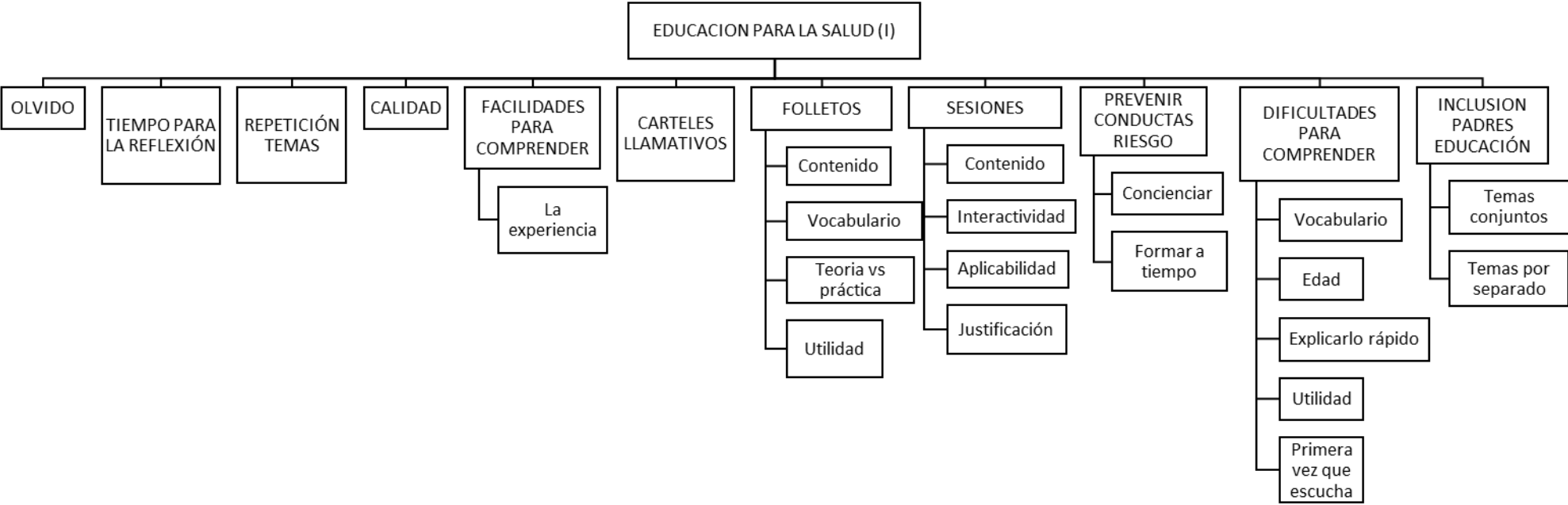


**Figura** Área Toma de decisiones- entrevistas: categorías primarias

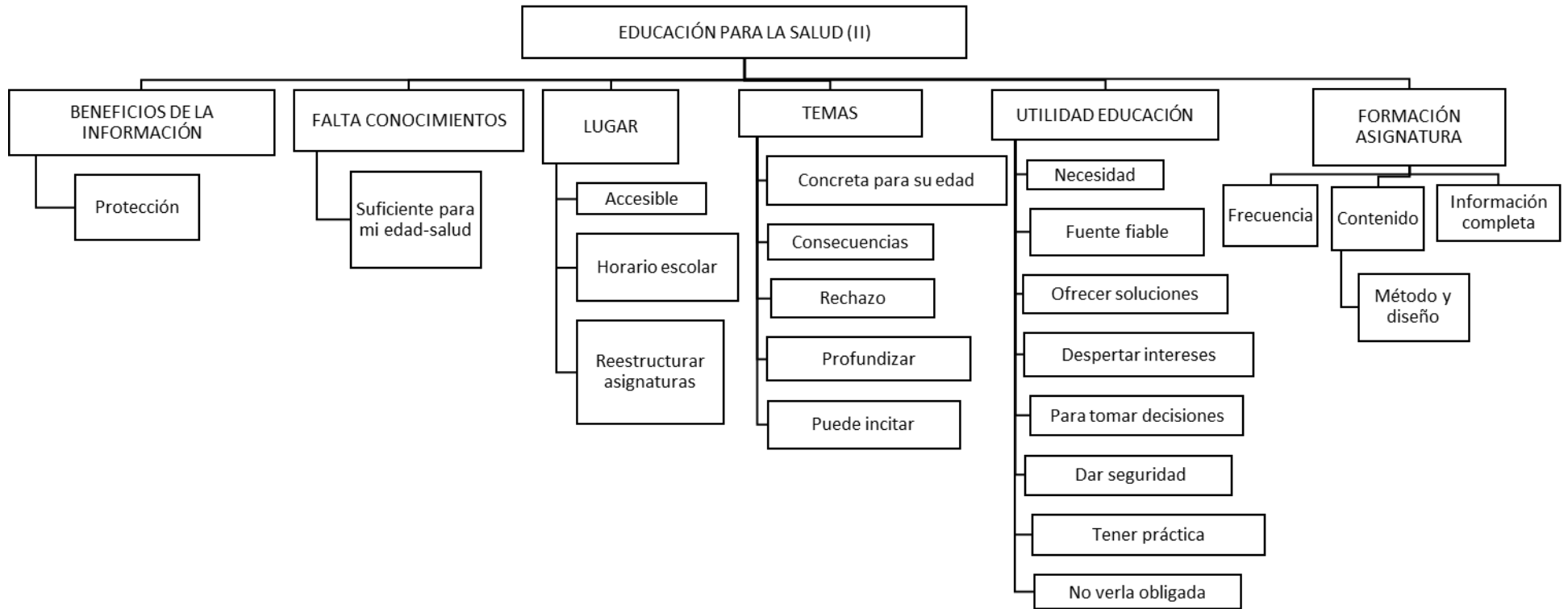




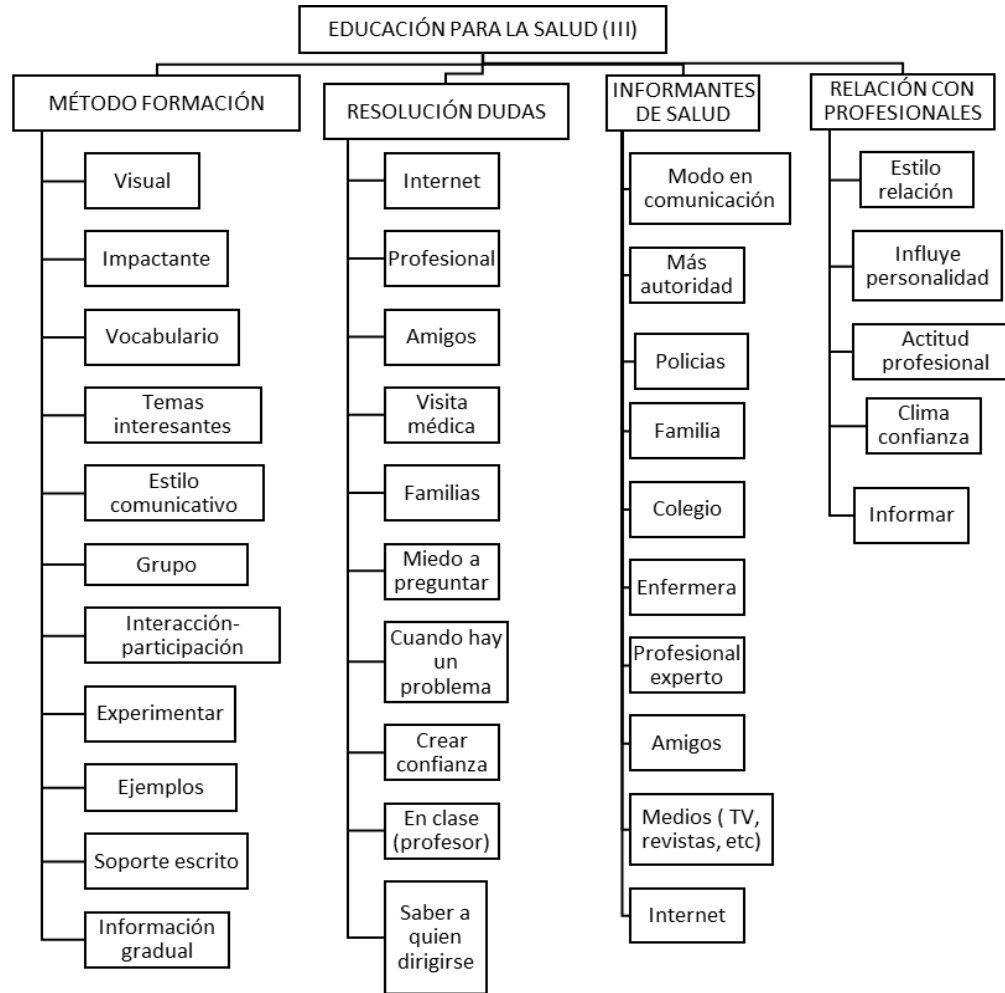
**Figura** Área educación para la salud- entrevistas (I) : categorías primarias



**Figura** Área educación para la salud- entrevistas (II) : categorías primarias (Cont.)



**Figura** Área educación para la salud-entrevistas (III) : categorías primarias (Cont)

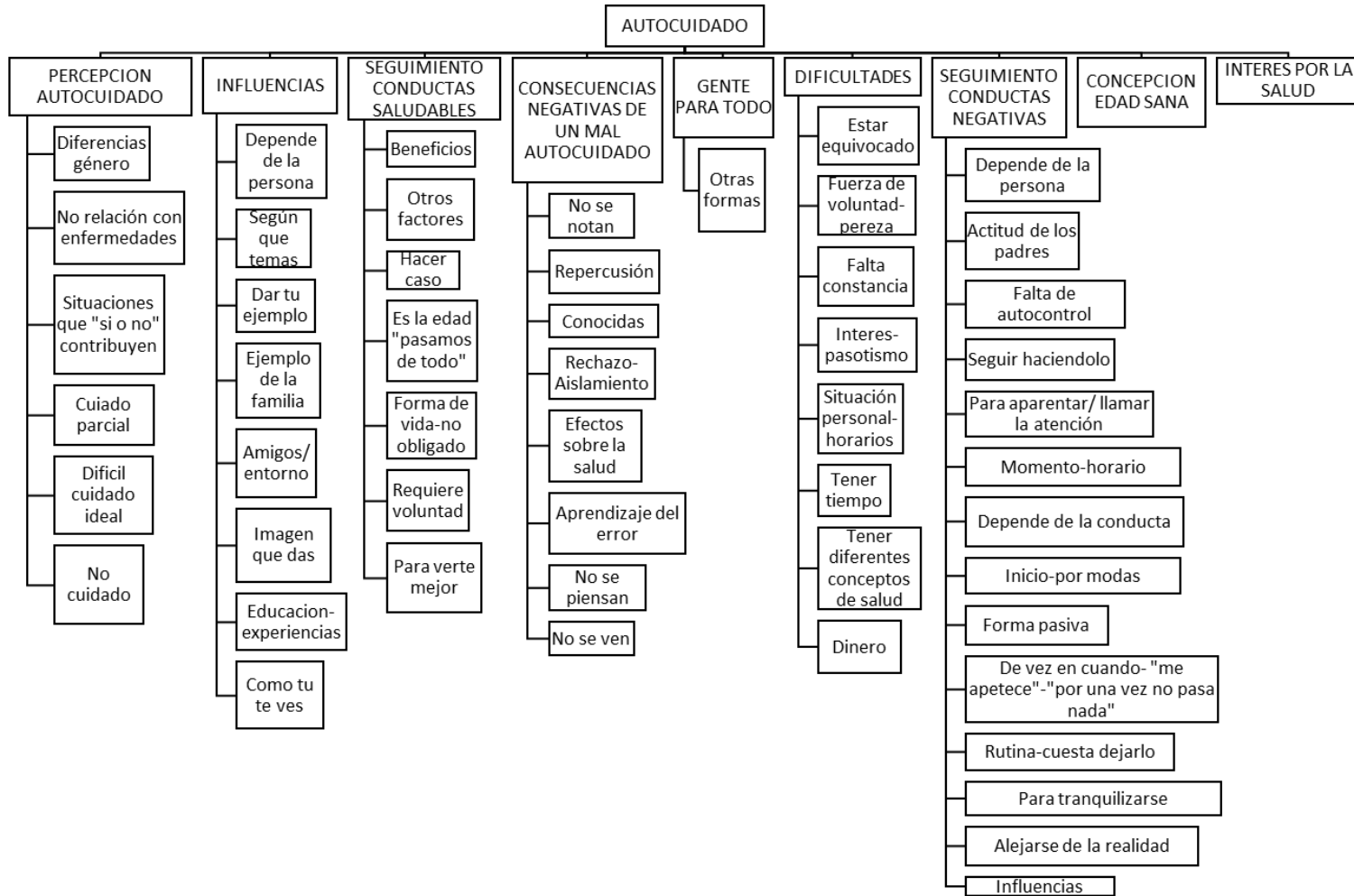


# **Anexo 20**

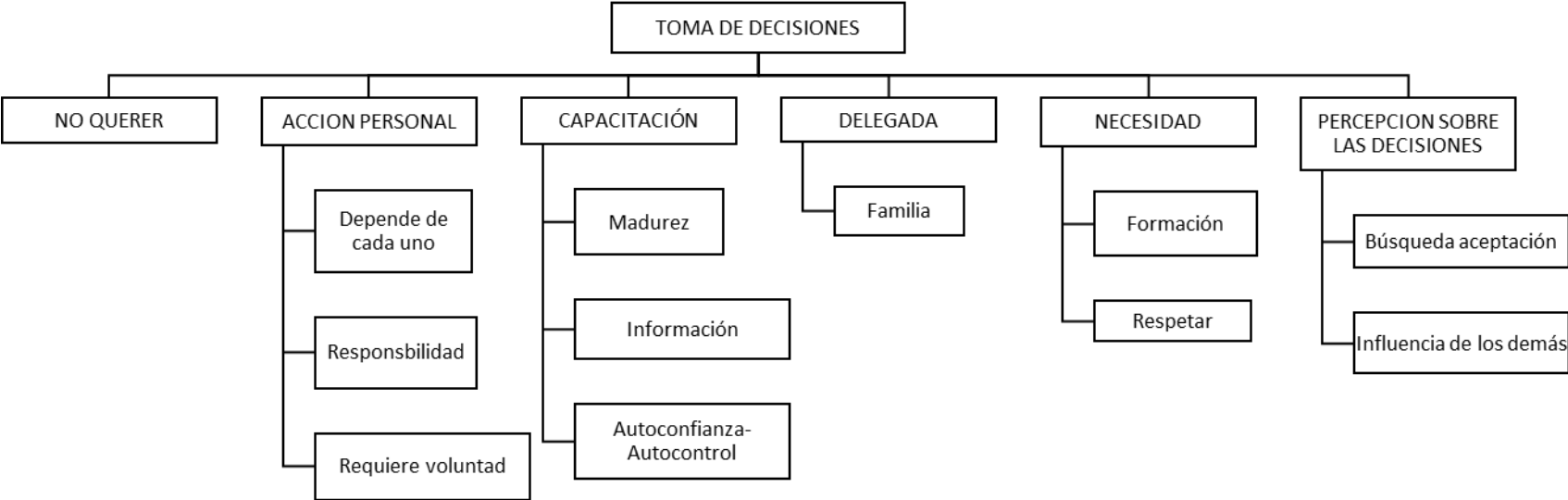
Esquema completo de categorías y subcategorías primarias de los grupos focales



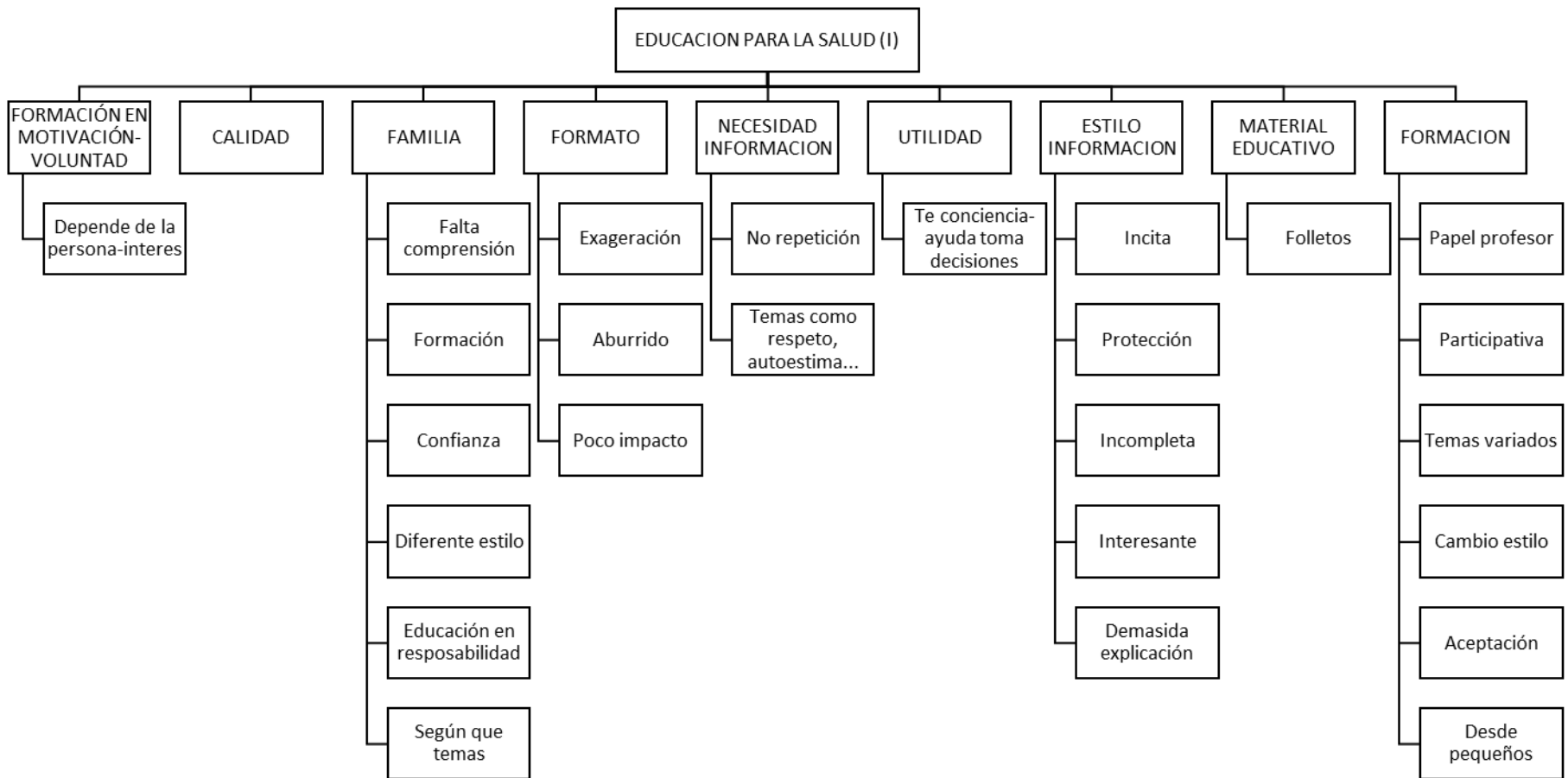
**Figura** Área Autocuidado- Grupos focales adolescentes: categorías primarias



**Figura** Área Toma de decisiones- Grupos focales adolescentes: categorías primarias

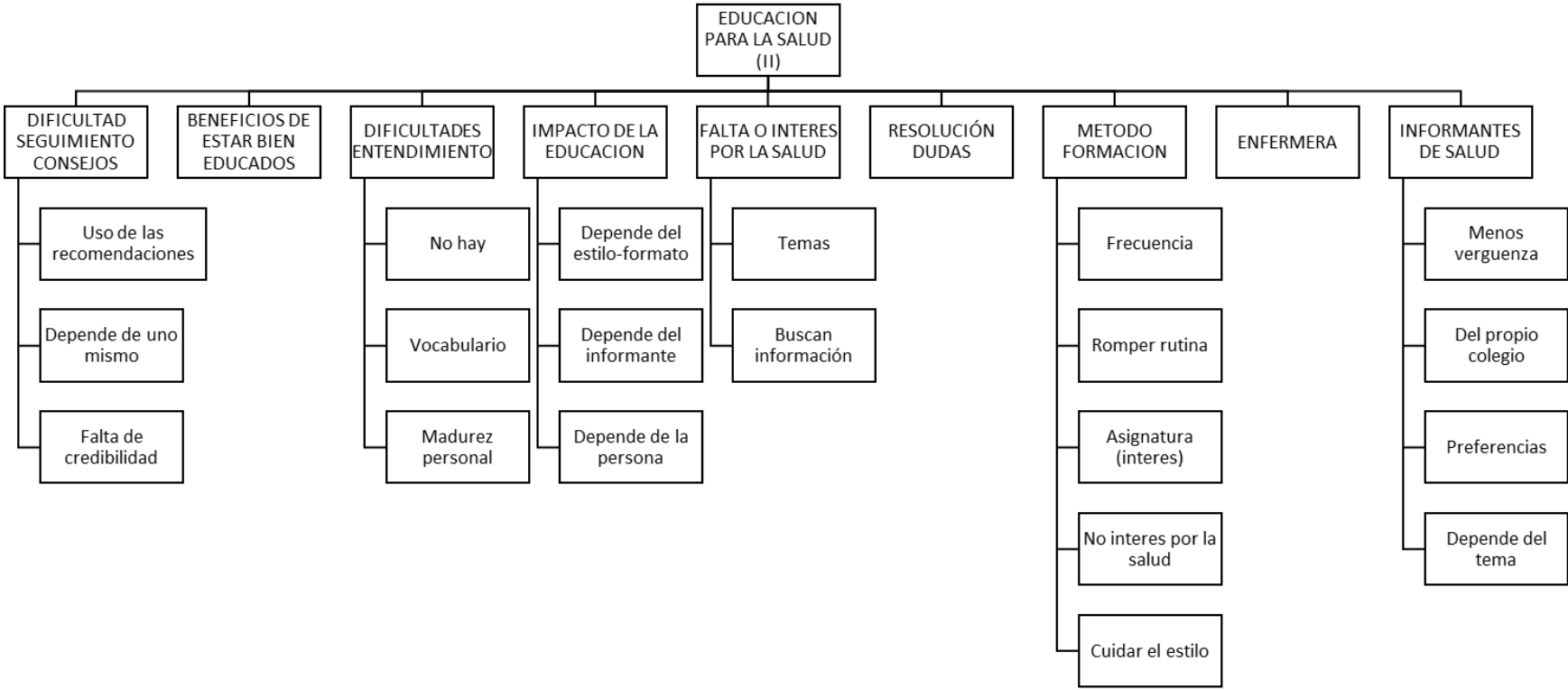


**Figura** Área educación para la salud- Grupos focales adolescentes (I) : categorías primarias

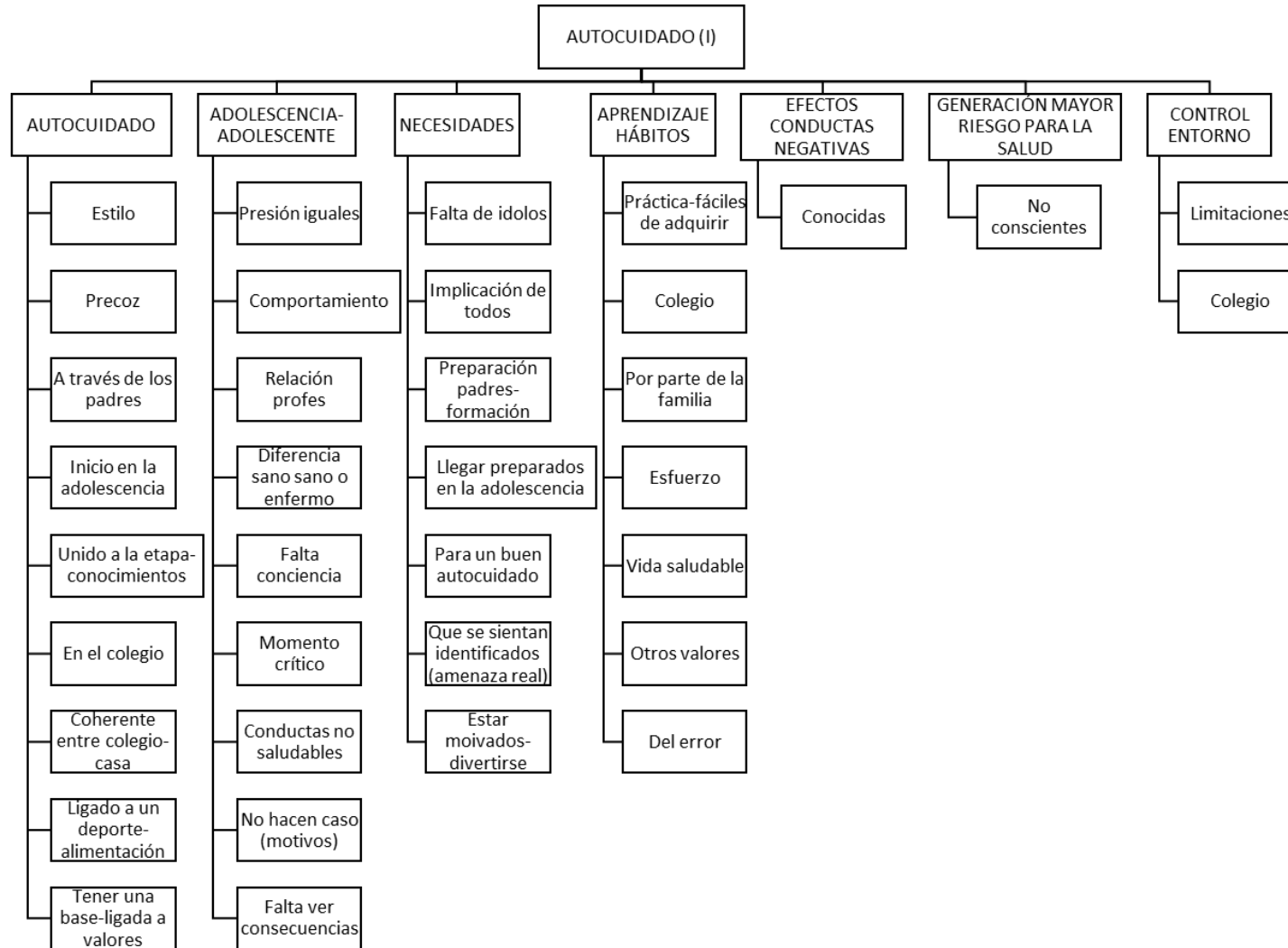




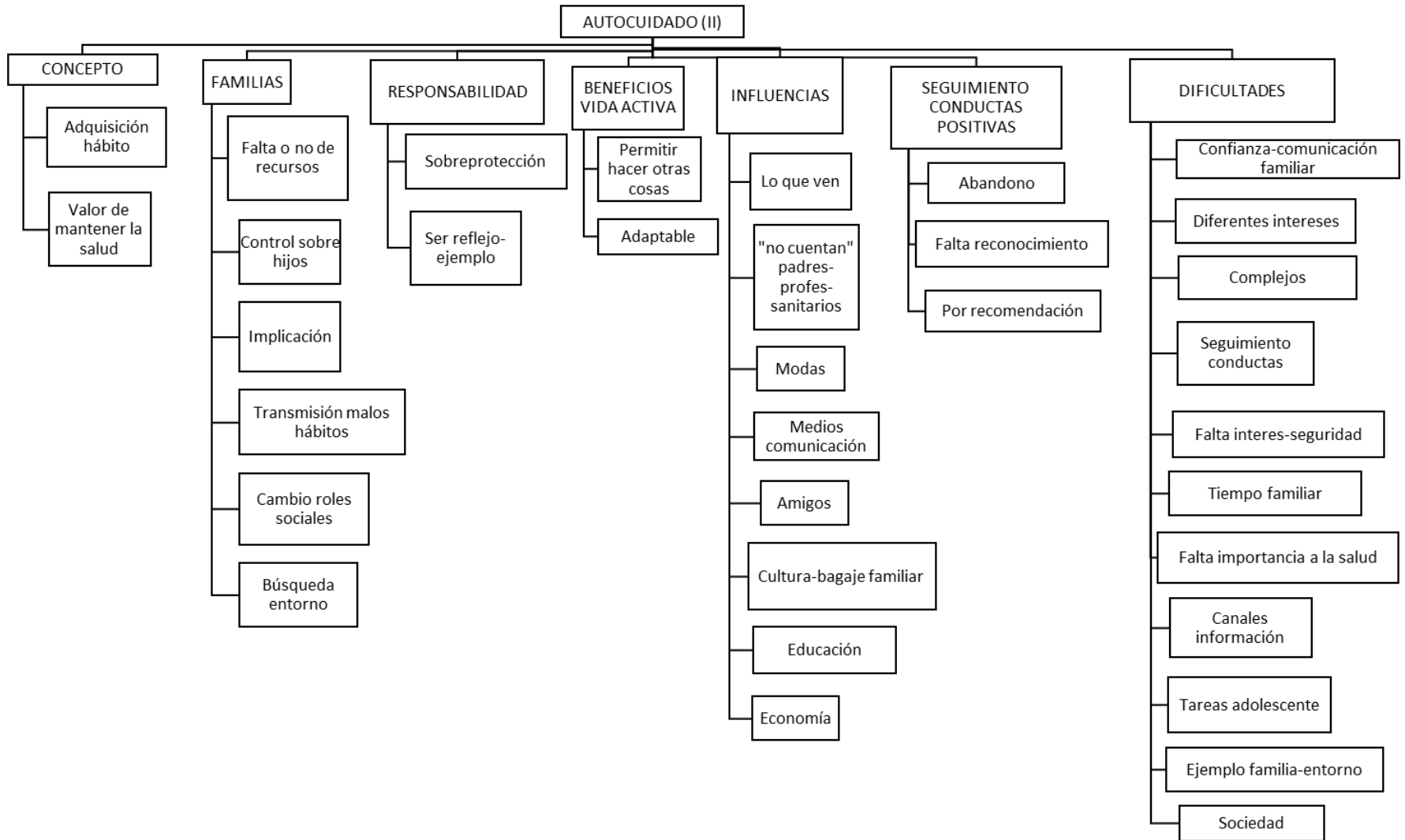
**Figura** Área educación para la salud- Grupos focales adolescentes (II) : categorías primarias (Cont)



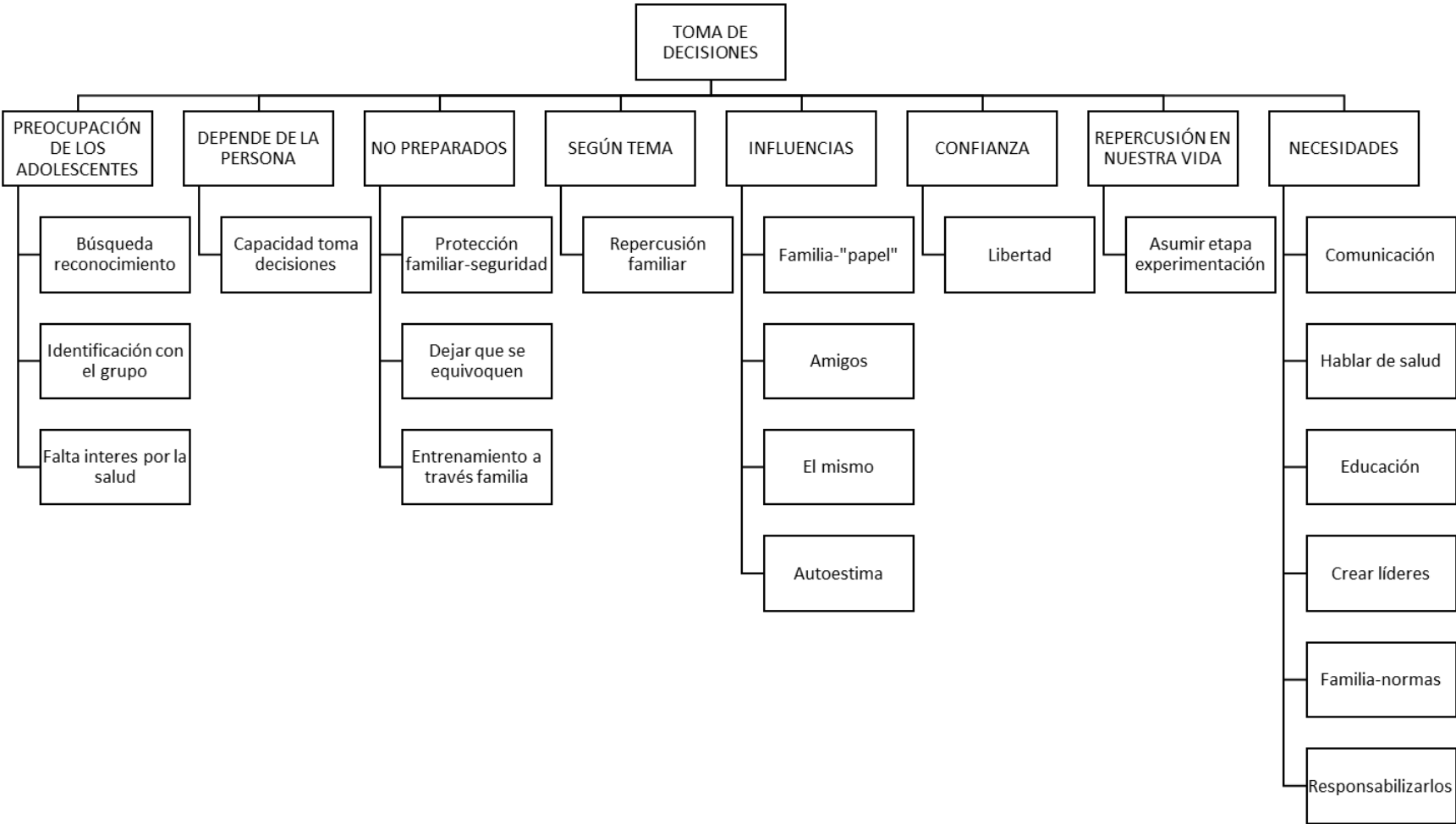
**Figura** Área Autocuidado- Grupos focales mixtos (I) : categorías primarias



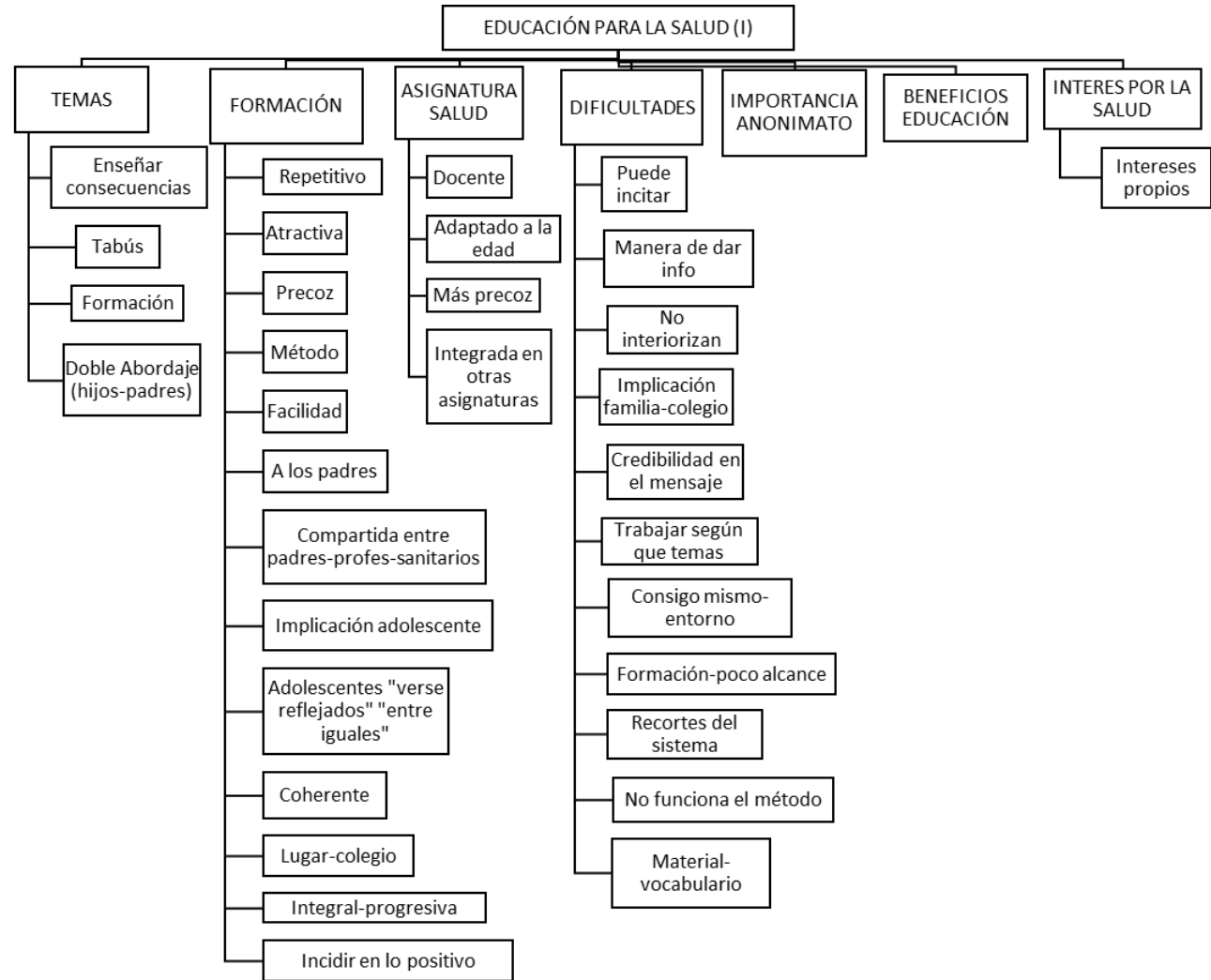
**Figura** Área Autocuidado- Grupos focales mixtos (II) : categorías primarias (Cont.)



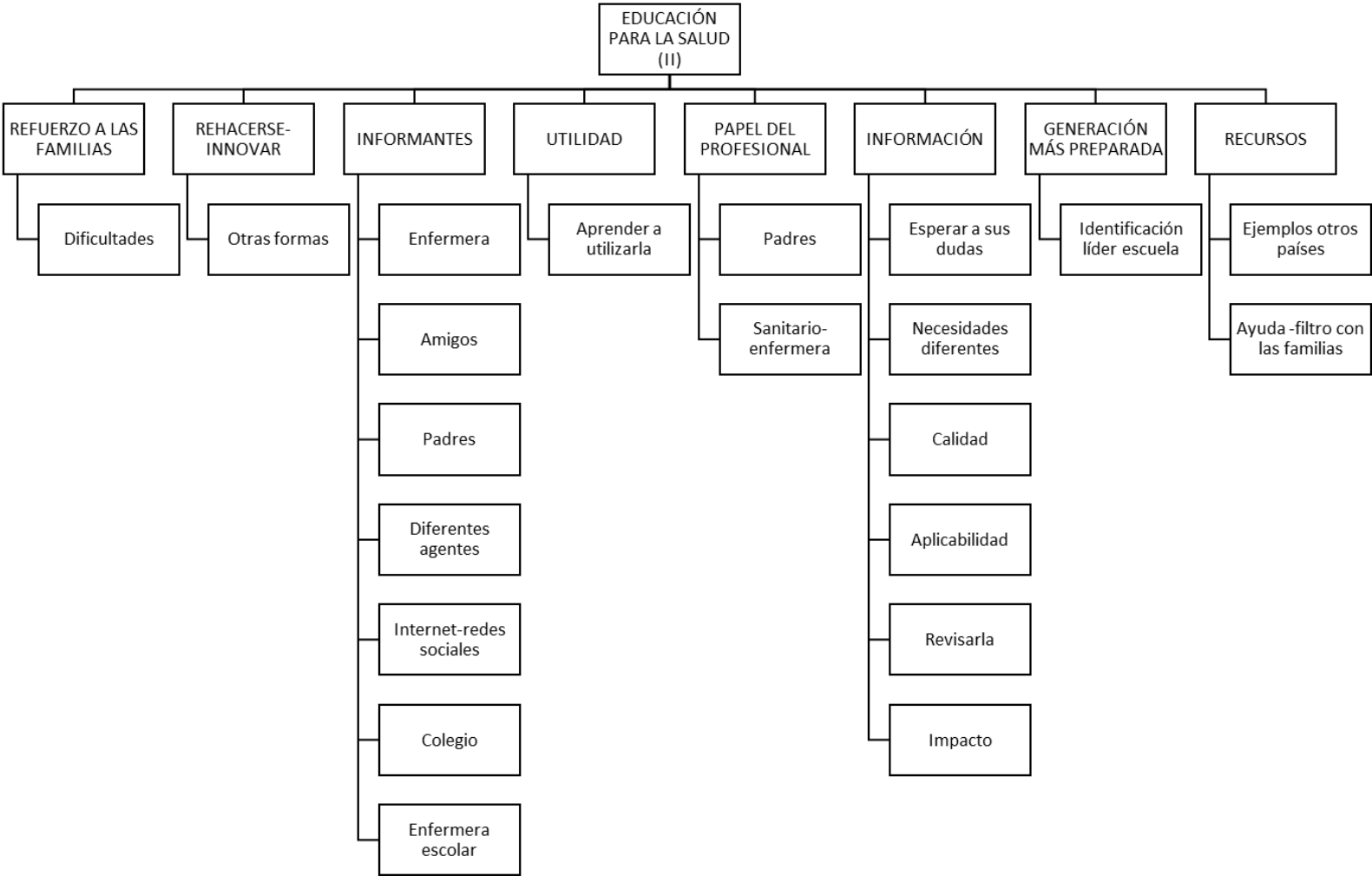
**Figura** Área Toma de decisiones- Grupos focales mixtos: categorías primarias



**Figura** Área educación para la salud- Grupos focales mixtos (I) : categorías primarias



**Figura** Área educación para la salud- Grupos focales mixtos (II) : categorías primarias (Cont.)





# **Anexo 21**

Esquema completo de categorías y subcategorías esenciales de las entrevistas, grupos focales adolescentes y grupos mixtos.

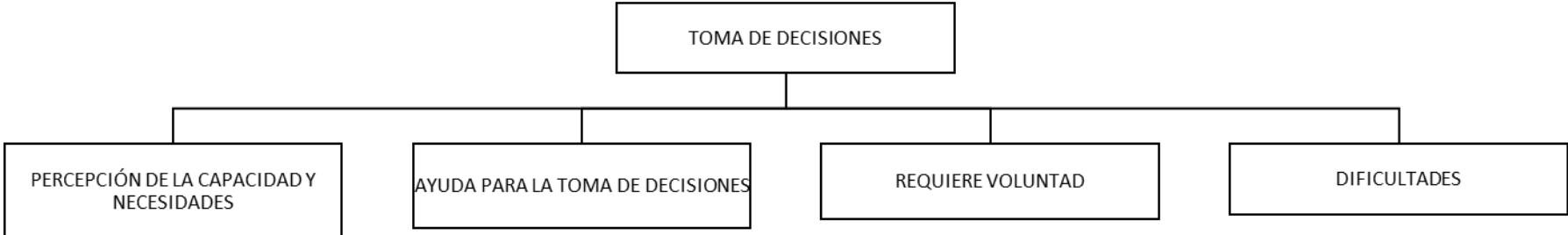




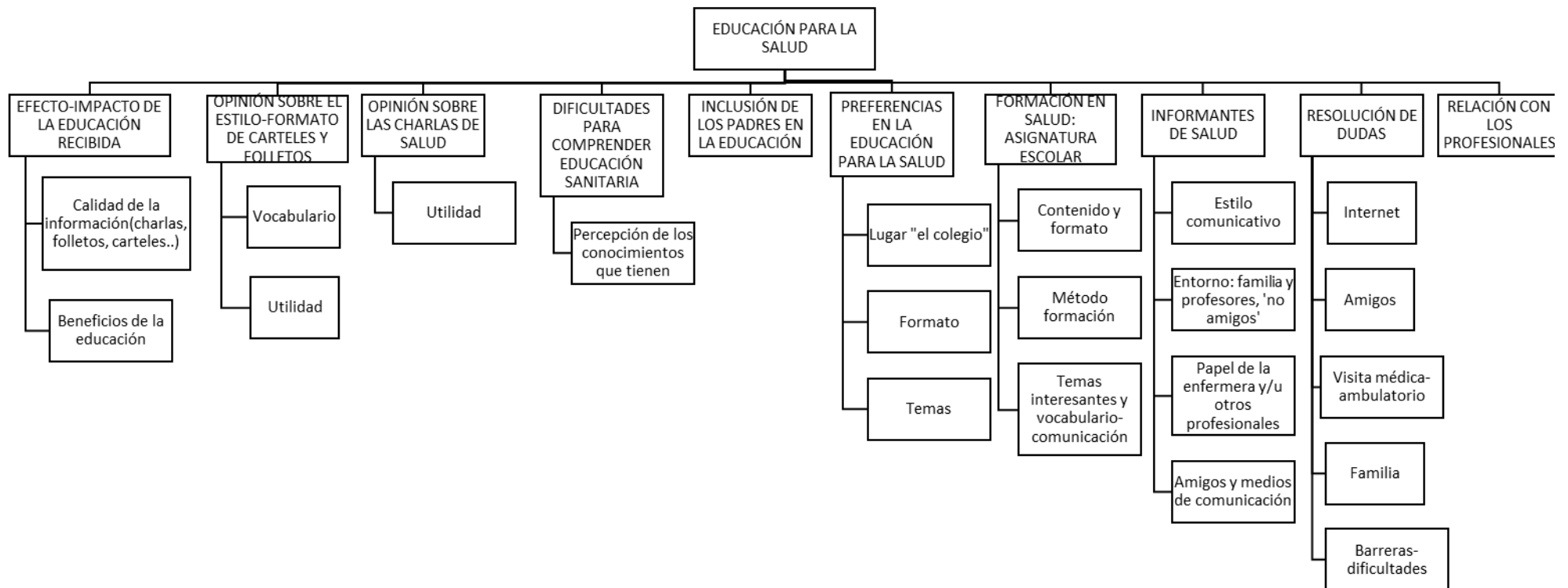
Figura Área de autocuidado- entrevistas (I): categorías esenciales



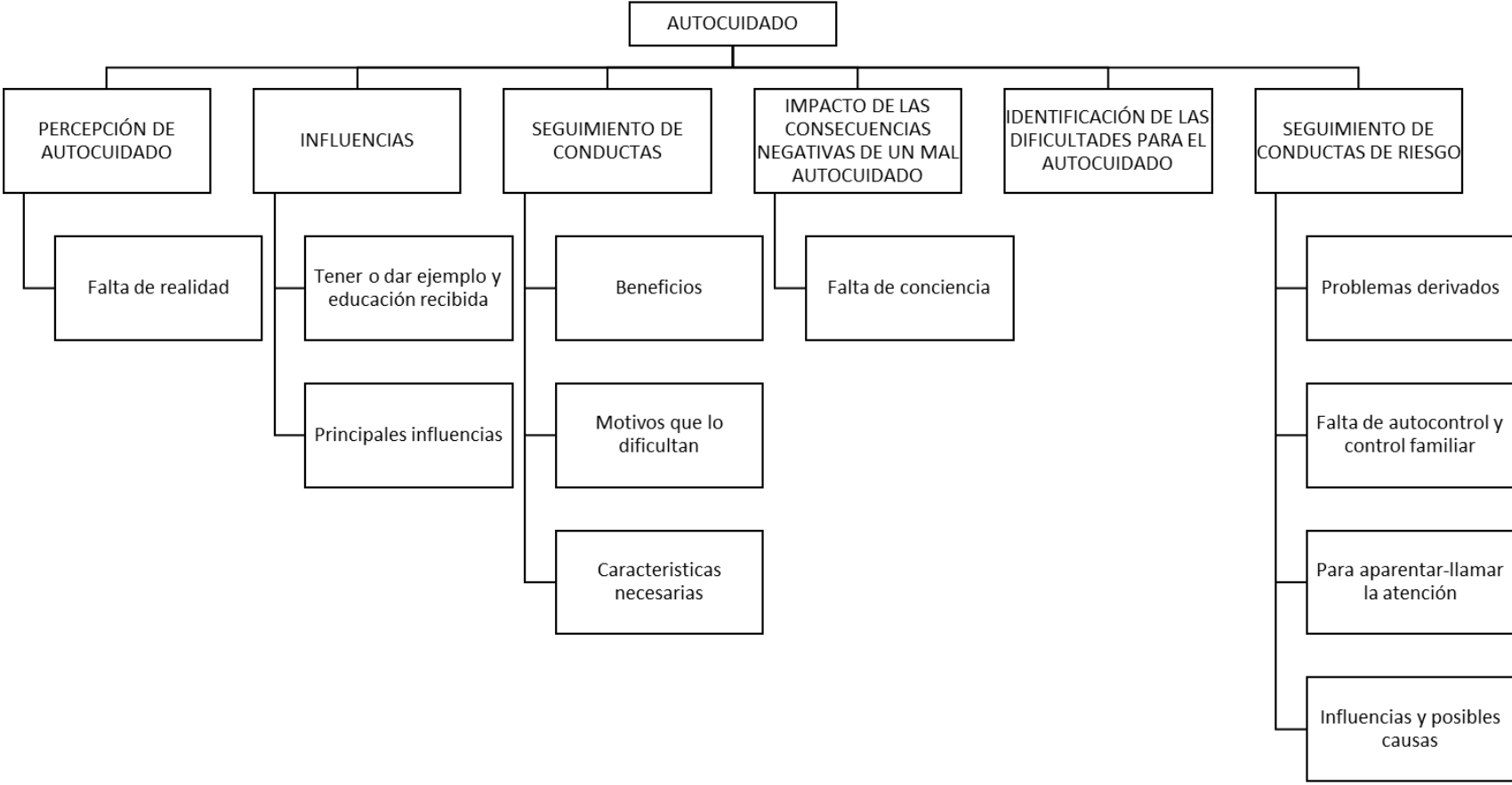
**Figura** Área Toma de decisiones- entrevistas (I): categorías esenciales



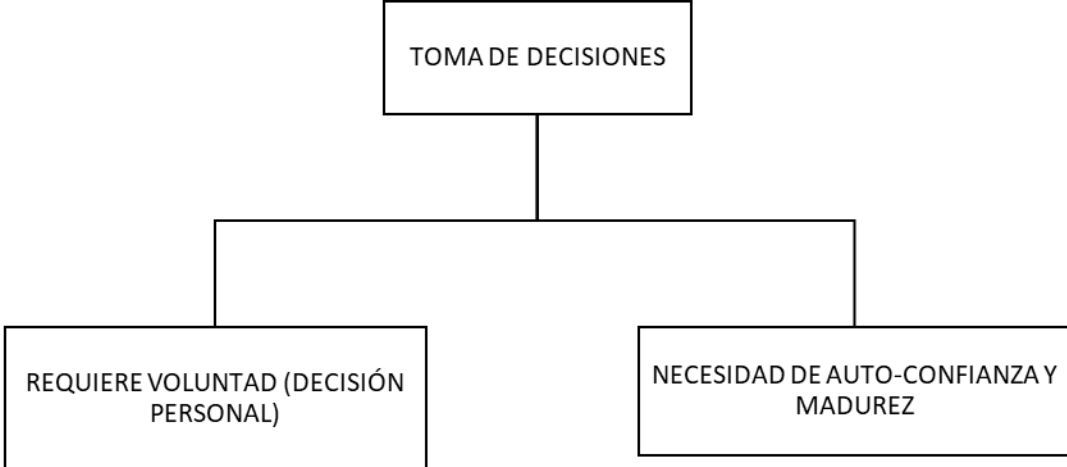
**Figura** Área educación para la salud- entrevistas (I): categorías esenciales



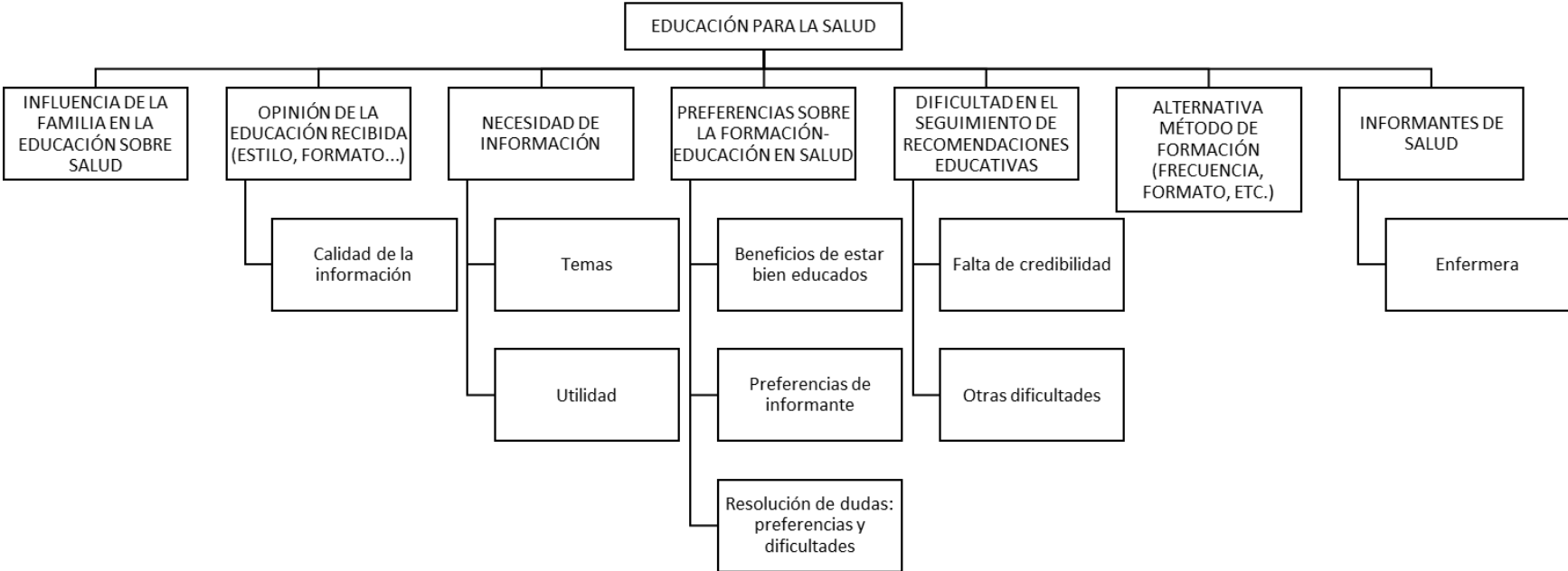
**Figura** Área Autocuidado- grupos focales adolescentes (I): categorías esenciales



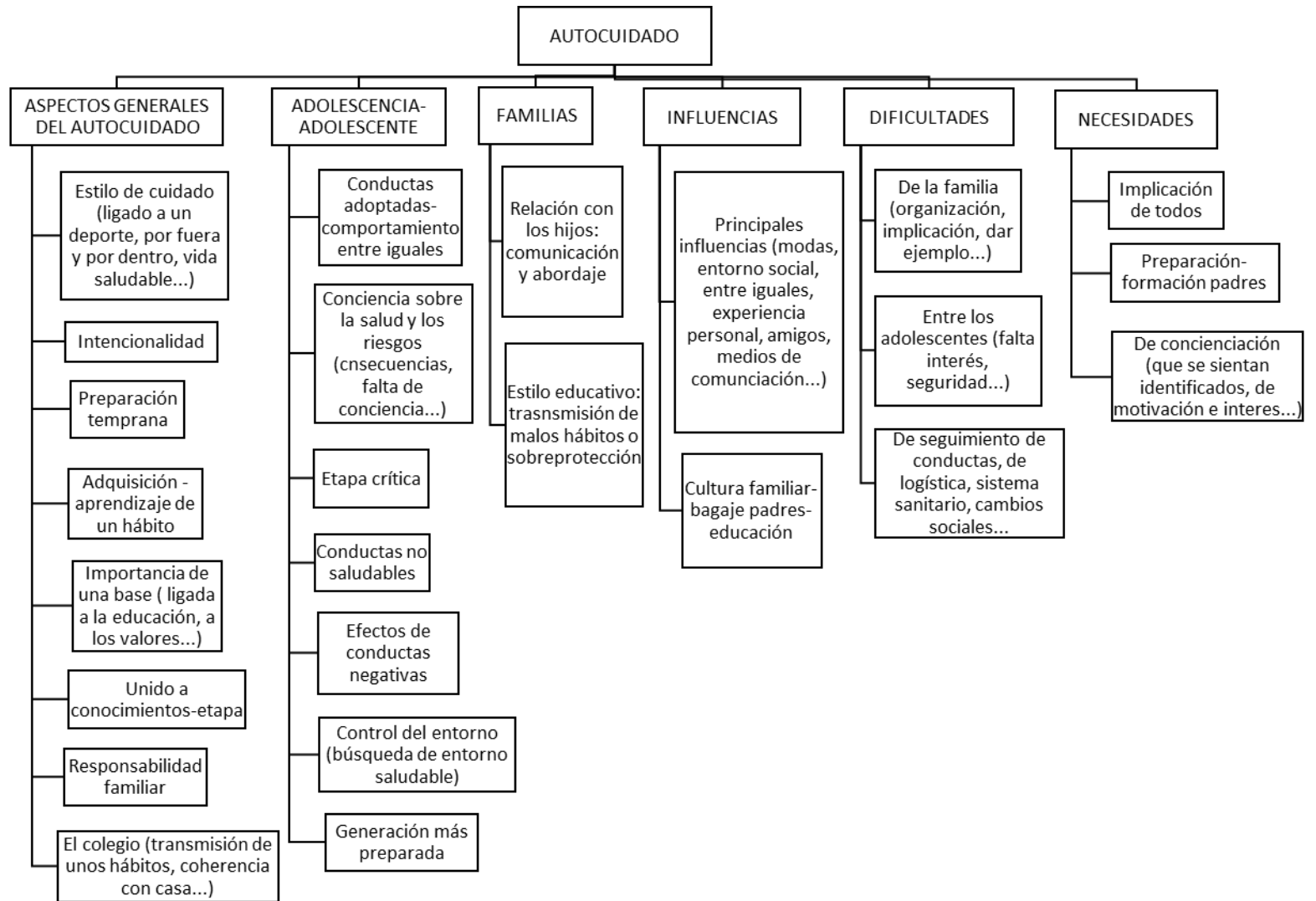
**Figura** Área Toma de decisiones- grupos focales adolescentes (I): categorías esenciales



**Figura** Área educación para la salud- grupos focales adolescentes (I): categorías esenciales

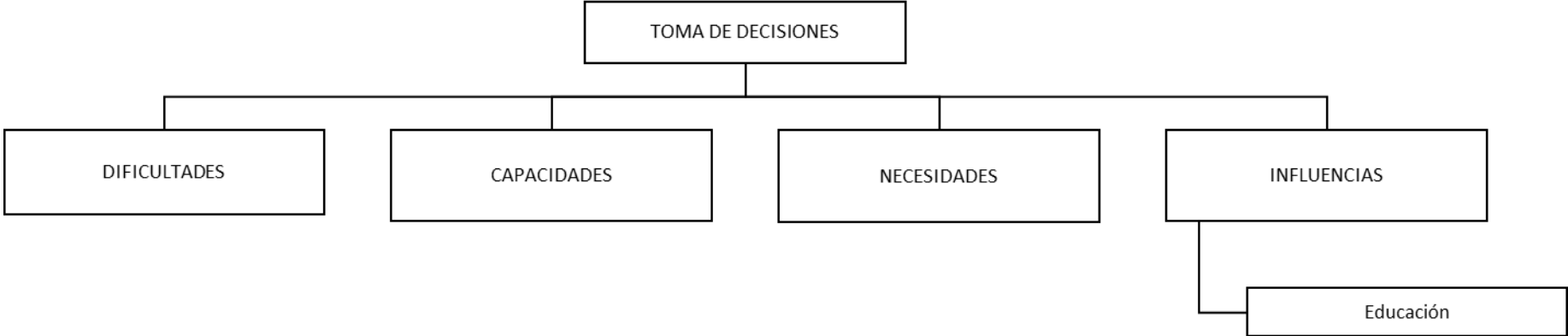


**Figura** Área Autocuidado- grupos mixtos: categorías esenciales

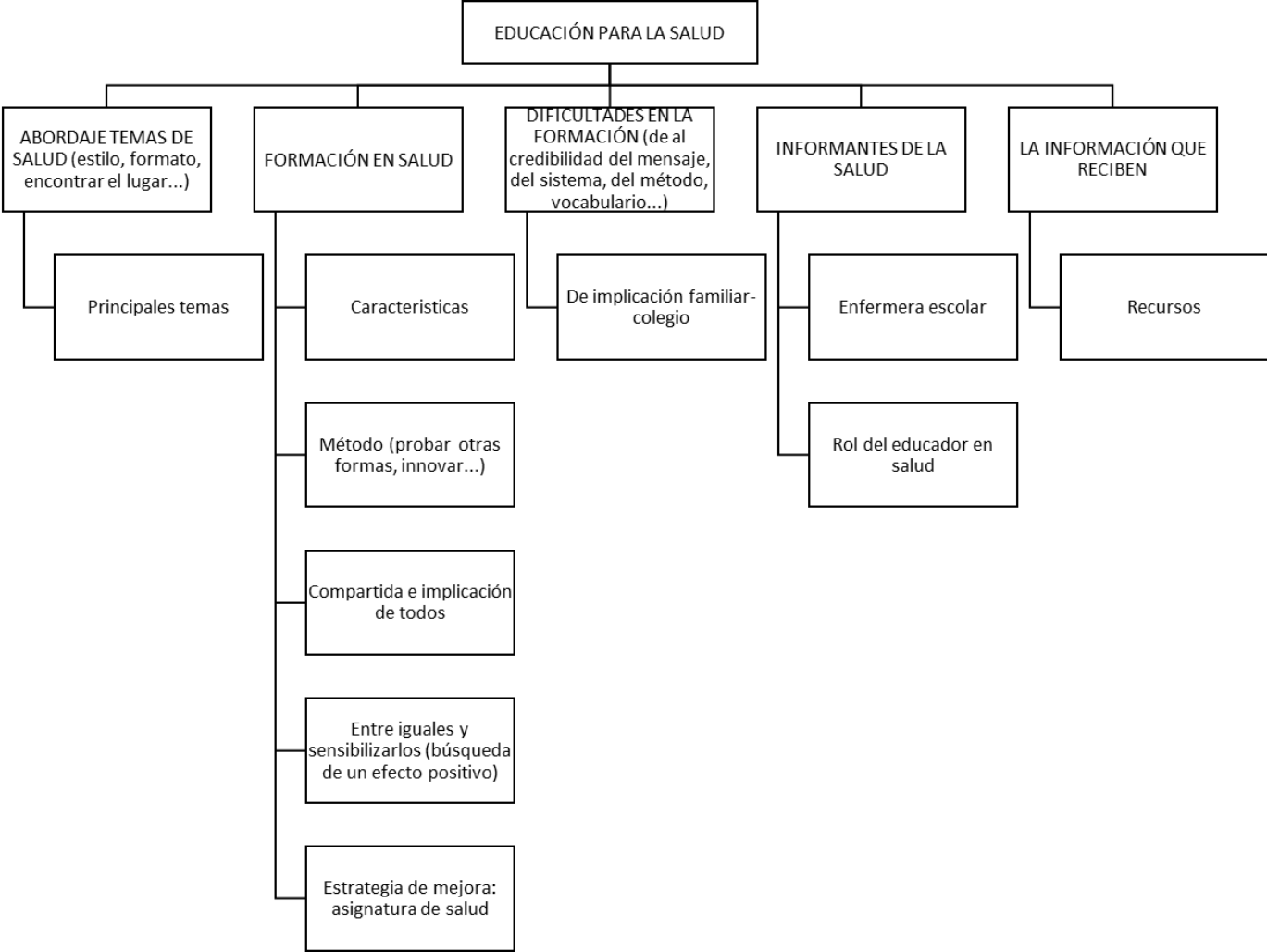




**Figura** Área Toma de decisiones- grupos mixtos: categorías esenciales



**Figura** Área educación para la salud- grupos mixtos: categorías esenciales





## **Anexo 22**

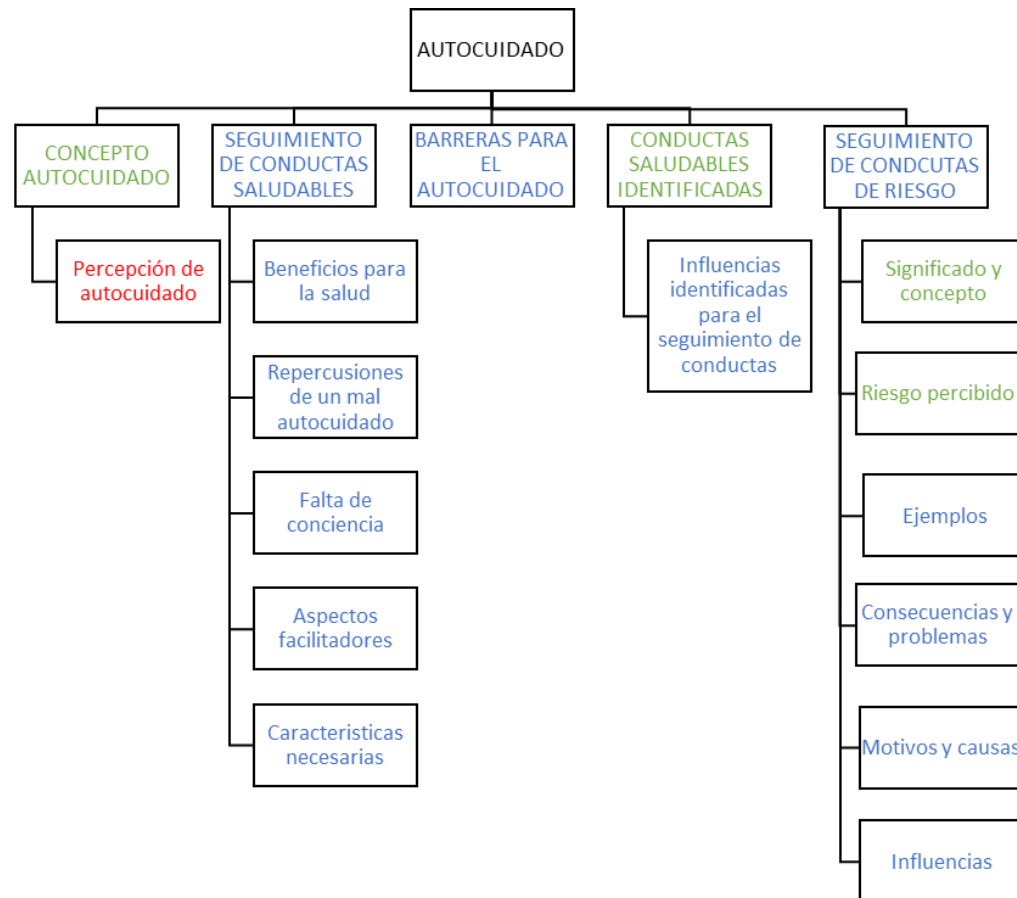
Esquema completo de categorías emergido por el colectivo de adolescentes.



**Figura** Área de autocuidado: triangulación categorías esenciales (análisis conjunto entrevistas y grupos focales adolescentes)

TRIANGULACIÓN CATEGORIAS

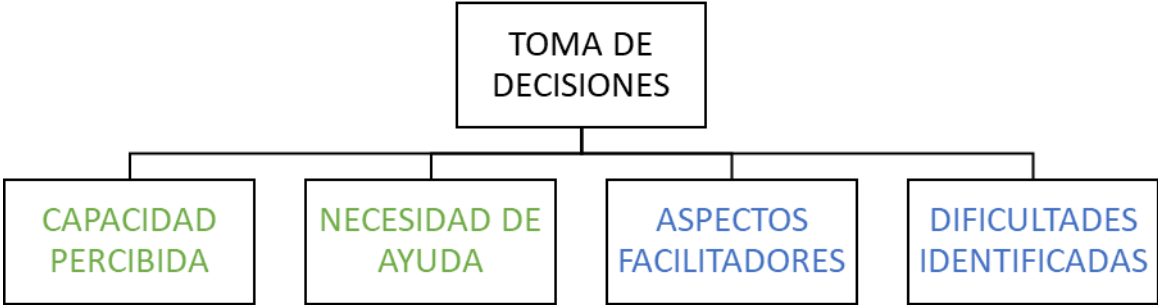
- color azul para las categorías esenciales que se dan de forma conjunta (en ambos casos),
- color verde para las que se dan en las entrevistas,
- color rojo para únicamente los grupos focales.



**Figura** Área Toma de decisiones: triangulación categorías esenciales (análisis conjunto entrevistas y grupos focales adolescentes)

TRIANGULACIÓN CATEGORIAS

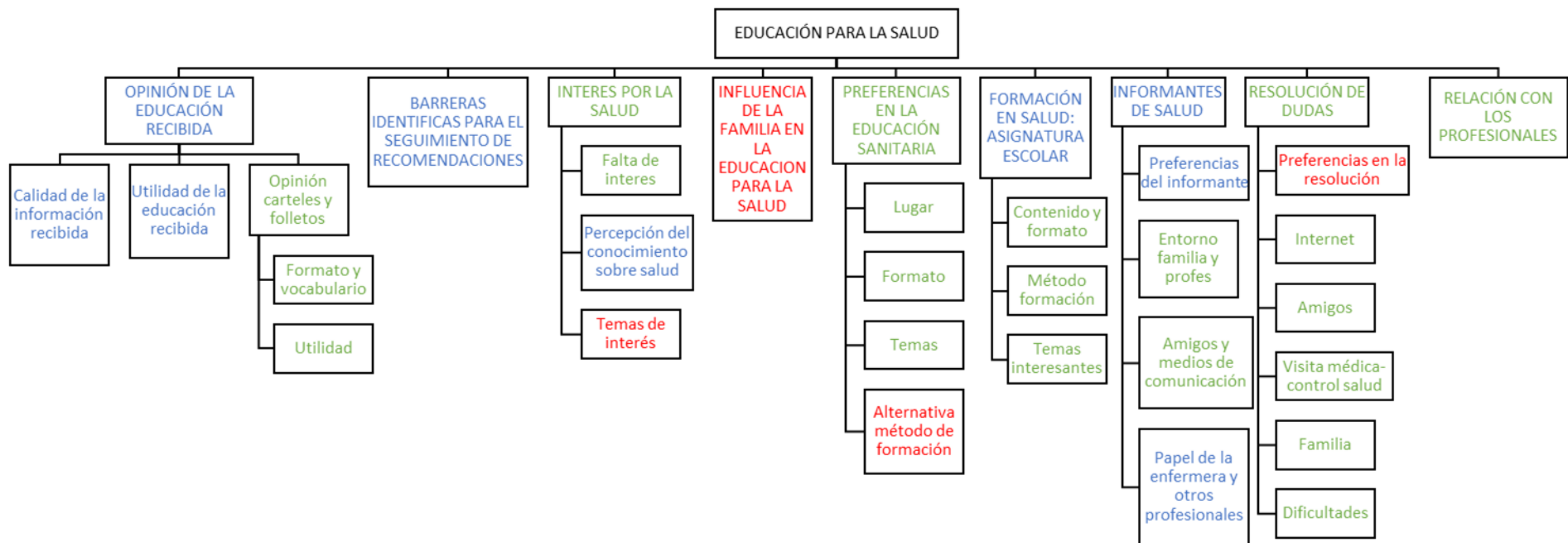
- color azul para las categorías esenciales que se dan de forma conjunta (en ambos casos),
- color verde para las que se dan en las entrevistas,
- color rojo para únicamente los grupos focales.



**Figura** Área educación para la salud: triangulación categorías esenciales (análisis conjunto entrevistas y grupos focales adolescentes)

TRIANGULACIÓN CATEGORIAS

- color azul para las categorías esenciales que se dan de forma conjunta (en ambos casos),
- color verde para las que se dan en las entrevistas,
- color rojo para únicamente los grupos focales.







# **Anexo 23**

Ejemplo imágenes material Programa SAS: Taller 1 (1ºsesión)



# Com ens afectar l'ALCOHOL?



# Com ens afectar l'ALCOHOL?



## PART SOCIAL



# Com ens afectar l'ALCOHOL?



## PARTE CONDUCTUAL



**LA MOTO  
NO VA CON  
ALCOHOL**



**ETS**  
(FERMEADES DE TRANSMICIL SEXUAL)





# **Anexo 24**

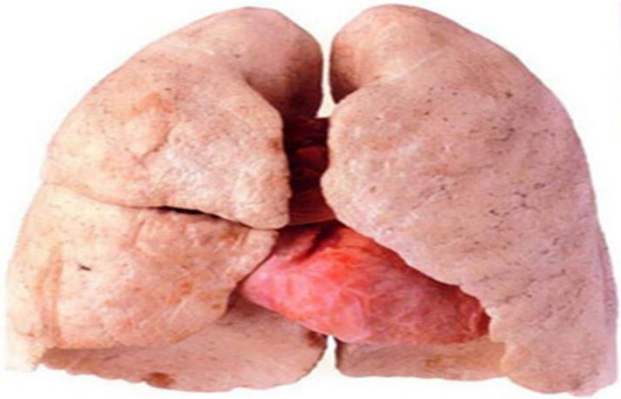
Ejemplo imágenes material Programa SAS: Taller 2 (1ºsesión)



## COMPONENTES DEL CIGARRILLO







# **Anexo 25**

Ejemplo imágenes material Programa SAS: Taller 3 (1ºsesión)





Copyright © iVAhalvaro.com

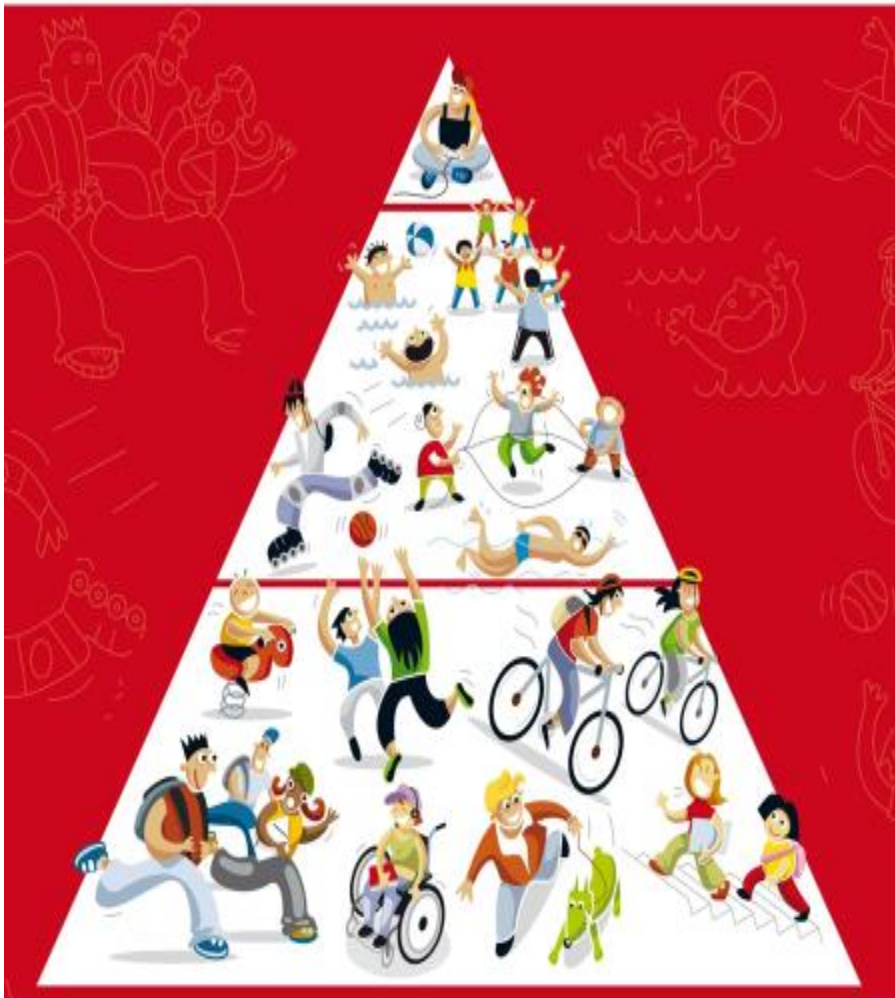




# **Anexo 26**

Ejemplo imágenes material Programa SAS: Taller 4 (1ºsesión)





**NO STRESS**



Mejora la agilidad, potencia los reflejos, aumenta la velocidad y refuerza la resistencia.



Ayuda a tomar conciencia de llevar un estilo de vida saludable



Ayuda al mantenimiento del peso ideal

Ayuda a regular los niveles de glucosa y aumenta el colesterol "bueno"

Aumentan las defensas

**MANTEN-TE SÀ,  
MANTEN-TE ACTIU!!!**







# **Anexo 27**

Ejemplo imágenes material Programa SAS: Taller 5 (1ºsesión)



# ESMORZAR



# DINAR



# SOPAR





ADAM.

# **Anexo 28**

Ejemplo imágenes material Programa SAS: Taller 6 (1ª sesión)



# QUAN ENS HEM DE RESPALLAR LES DENTS?



MATÍ



MIGDIA



NIT

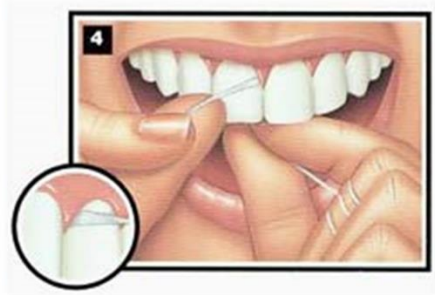
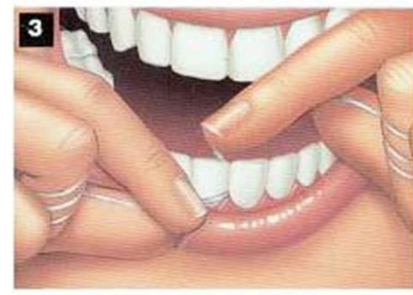
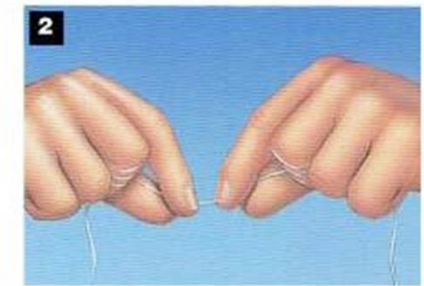
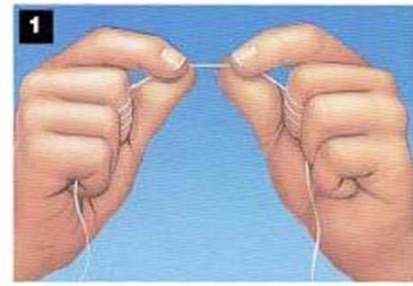




# QUAN S'HA DE CANVIAR EL RESPALL DE DENTS?



3  
meses



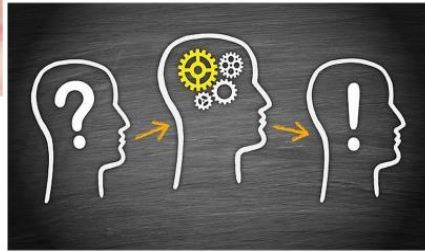
## MATERIAL NECESARIO



# **Anexo 29**

Ejemplo imágenes material Programa SAS: Taller 7 (1ºsesión)



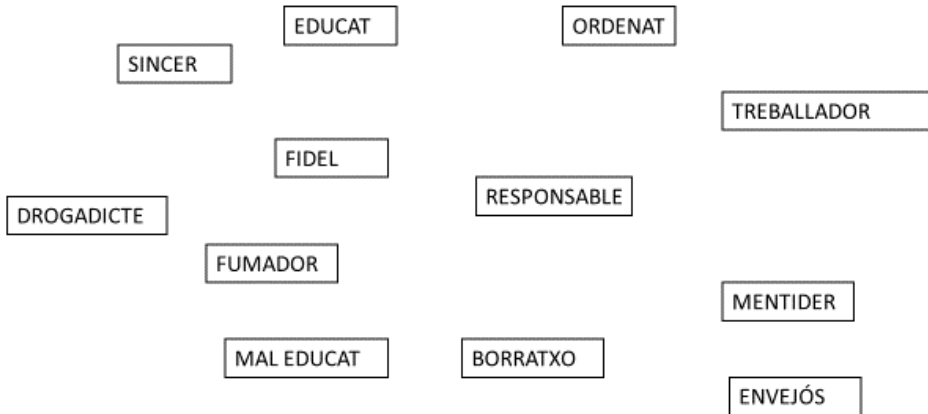




# **Anexo 30**

Ejemplo imágenes material Programa SAS: Taller 8 (1ºsesión)









# **Anexo 31**

Ejemplo imágenes material Programa SAS: Taller 9 (2ºsesión)



Buenos y Malos hábitos de Salud

C	A	N	S	A	N	C	I	O	I
N	A	U	S	E	A	S	F	D	R
L	L	X	X	S	A	L	U	D	R
Q	I	O	L	T	Ñ	D	H	E	I
A	M	B	V	U	S	O	A	P	T
U	E	E	S	D	U	R	U	O	A
T	N	S	O	I	S	M	T	R	B
O	T	I	L	O	P	I	O	T	I
E	A	D	E	H	E	R	C	E	L
S	C	A	D	M	N	S	O	T	I
T	I	D	A	A	S	U	N	D	D
I	O	A	D	R	O	E	T	O	A
M	N	D	V	E	S	Ñ	R	L	D
A	M	I	G	O	S	O	O	O	F
H	I	G	I	E	N	E	L	R	H
T	A	F	A	M	I	L	I	A	X
E	N	F	E	R	M	E	D	A	D

Buenos y Malos hábitos de Salud

C	A	N	S	A	N	C	I	O	I
N	A	U	S	E	A	S	F	D	R
L	L	X	X	S	A	L	U	D	R
Q	I	O	L	T	Ñ	D	H	E	I
A	M	B	V	U	S	O	A	P	T
U	E	E	S	D	U	R	U	O	A
T	N	S	O	I	S	M	T	R	B
O	T	I	L	O	P	I	O	T	I
E	A	D	E	H	E	R	C	E	L
S	C	A	D	M	N	S	O	T	I
T	I	D	A	A	S	U	N	D	D
I	O	A	D	R	O	E	T	O	A
M	N	D	V	E	S	Ñ	R	L	D
A	M	I	G	O	S	O	O	O	F
H	I	G	I	E	N	E	L	R	H
T	A	F	A	M	I	L	I	A	X
E	N	F	E	R	M	E	D	A	D



# **Anexo 32**

Ejemplo imágenes material Programa SAS: Taller 10 (2ºsesión)





SI VAS A CAMBIAR,  
HAZLO POR TI  
Y NO POR  
COMPLACER  
A OTROS.



LO MÁS IMPORTANTE



LO IMPORTANTE ES COMO  
YO ME SIENTO





# **Anexo 33**

Ejemplo imágenes material Programa SAS: Taller 11 (2º sesión)





¡CONÉCTATE!

17:59

18:32



pero hazlo bien



### Desconectar para conectar

En exámenes pedir a una persona de confianza que cambie la contraseña del Facebook y no me la diga hasta acabarlos.

Guardar el móvil cuando estoy con mis amigos tomando algo.

Prueba a desconectar el móvil una hora al día. Será ¡tu hora!



Me gusta



Comentar



### Dueño DE MI TIEMPO

De la misma manera que organizo mi horario para practicar deporte, estudiar, quedar con los amigos, etc. puedo marcarme el tiempo que dedicaré al Facebook u otras redes sociales.



Me gusta



Comentar

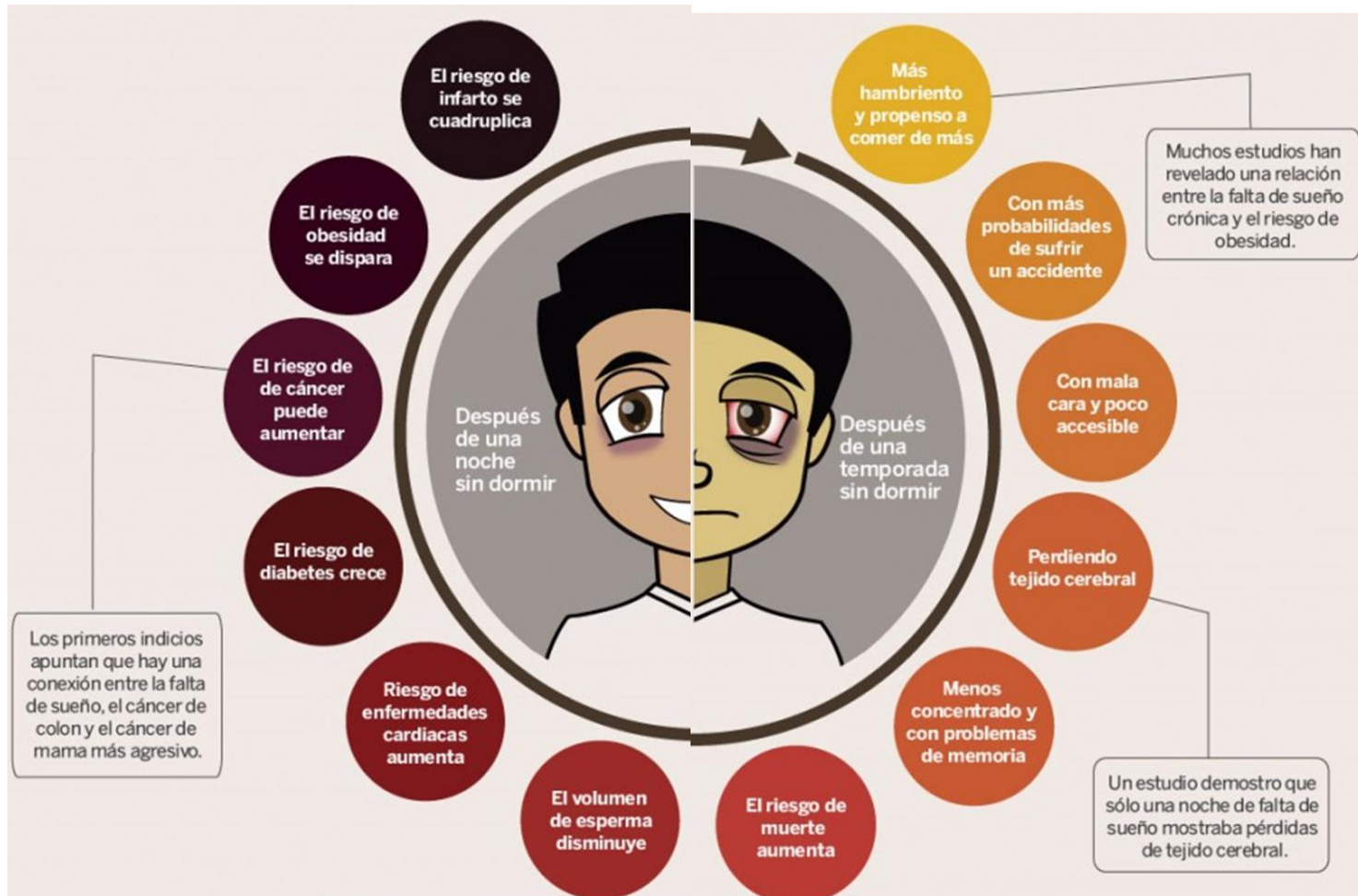
Conéctate, pero hazlo bien.



# **Anexo 34**

Ejemplo imágenes material Programa SAS: Taller 12 (2ºsesión)







¿A que hora te vas a DORMIR?



## ¿CÓMO FUNCIONA EL SUEÑO?

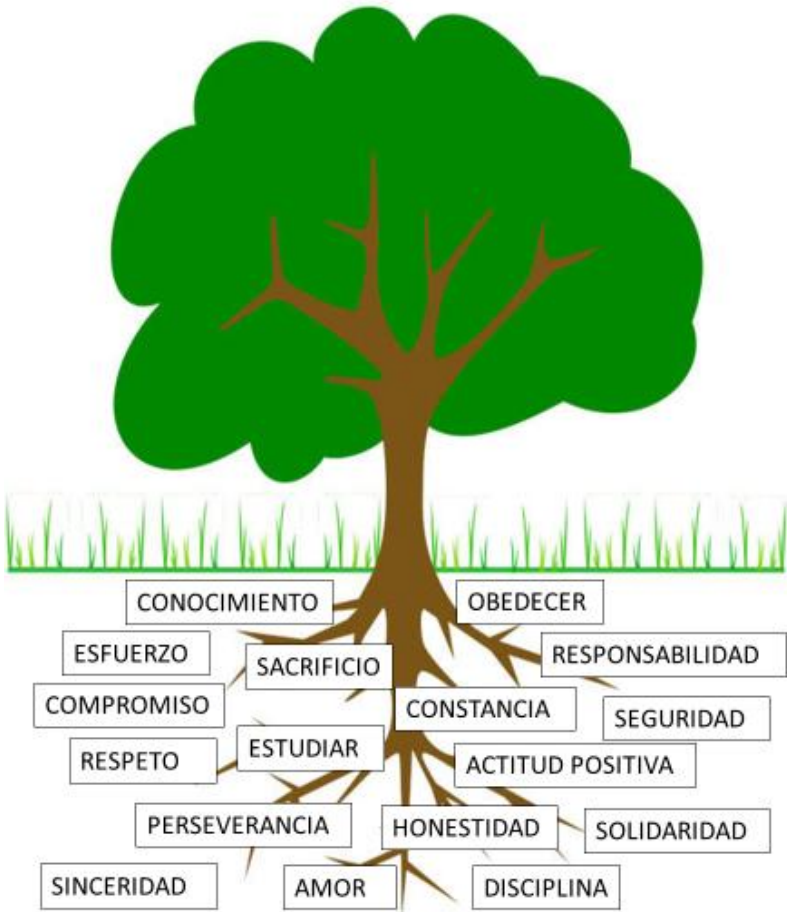


# **Anexo 35**

Ejemplo imágenes material Programa SAS: Taller 13 (2ºsesión)



Construye tu árbol, diseña tu vida





# **Anexo 36**

Ejemplo imágenes material Programa SAS: Taller 14 (2ºsesión)



# Paso 1

## VALORAR CONCIENCIA



1. LLAMAR POR EL NOMBRE
2. GRITARLE
3. ZARANDEAR
4. ESTIMULO "pellizco"
5. PEDIR AYUDA

# Paso 2

## PEDIR AYUDA



emergències  
**112**

1. LLAMAR AL 112

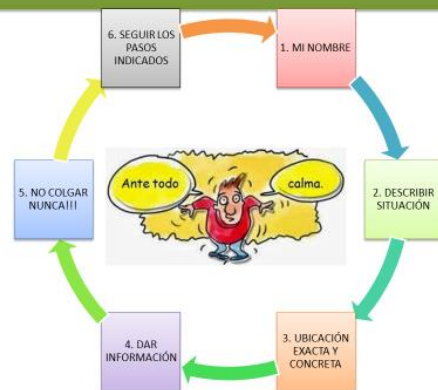


# Paso 3

## POSICIÓN LATERAL DE SEGURIDAD



## ¿QUÉ DECIMOS EN LA LLAMADA?







# **Anexo 37**

Ejemplo imágenes material Programa SAS: Taller 15 (2ºsesión)



# TIEMPO LIBRE Y OCIO SALUDABLE



OCUPA TU TIEMPO CON LAS REDES SOCIALES Y LOS VIDEOCONSOLAS

ELIGE BIEN TUS VIDEOJUEGOS...  
... DIVIÉRTETE CON CABEZA

¿Cuántas veces habéis dicho eso de "un rato más y lo dejo"?



POCAS HORAS A LA SEMANA



CONTROLA TU TIEMPO



OCUPA TU TIEMPO CON LA FAMILIA



# TIEMPO LIBRE Y OCIO SALUDABLE



Voluntariado



OCUPA TU TIEMPO AYUDANDO A LOS DEMÁS



# TIEMPO LIBRE Y OCIO SALUDABLE



OCUPA TU TIEMPO PARA TENER LA MENTE OCUPADA





# **Anexo 38**

Ejemplo imágenes material Programa SAS: Taller juego (3ºsesión)



programa SAS

COMENZAR



SUMAT A LA SALUT

SUMAT A LA SALUT

programa SAS

programa SAS





# **Anexo 39**

Imágenes folleto "Manual para padres Programa SAS"



# Programa SAS

SÚMATE A LA SALUD



**MANUAL PARA PADRES**  
Ayuda a tus hijos a cuidar mejor de su salud

Marian Cerezuela, RN, MsN, PhD©

Cuide y proteja su salud y la de los suyos, porque con una buena salud se vive mucho mejor



**Marian Cerezuela**, enfermera pediátrica y escolar. Compagina su labor asistencial hospitalaria con el área docente como profesora del departamento de Enfermería de la Universitat Internacional de Catalunya. Como experta en materia de Educación para la Salud entre sus áreas de conocimiento se encuentra la promoción y protección de la salud. En la actualidad, desarrolla su tesis doctoral en Salud Pública elaborando programas y estrategias destinadas a favorecer la formación en autocuidado para adolescentes y contribuir en la mejora de los resultados en salud promoviendo la activación de los adolescentes en el sistema sanitario. Contacto: [cerezuela@uic.es](mailto:cerezuela@uic.es)



Algunos links de las principales fuentes de información consultadas sobre el contenido de este folleto:

- Observatorio FAROS Sant Joan de Déu ([www.farosjd.net](http://www.farosjd.net))
  - <http://www.aeped.es/> (Asociación Española de Pediatría)
  - <http://kidshealth.org/>
  - [www.msssi.gob.es](http://www.msssi.gob.es) (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad)
- Icones: [www.flaticon.com](http://www.flaticon.com) y [www.freepik.es](http://www.freepik.es)

## AGRADECIMIENTOS

Deseo agradecer la colaboración de los profesionales de la salud y de la educación que han contribuido en la realización y/o revisión de este material, así como en el desarrollo del programa en sí mismo.

De forma especial, quiero agradecer la colaboración desinteresada de todos los centros educativos que han participado en el estudio de manera voluntaria, y por supuesto, a todos sus alumnos de segundo curso de la Enseñanza Secundaria Obligatoria y sus familiares en la participación del programa de salud SAS.

IES Francesc Ferrer i Guardia ( Sant Joan Despi)  
IES Ateneu Instructiu ( Sant Joan Despi)  
IES El Gran Capità ( Sant Joan Despi)  
IES El Palau (Sant Andreu de la Barca)  
IES Montserrat Roig (Sant Andreu de la Barca)  
IES Institut Sant Andreu (Sant Andreu de la Barca)

Por último, agradecer a los miembros del *Instituto A. Jovell de Salud pública y pacientes* de la Universitat Internacional de Catalunya por el apoyo metodológico en el desarrollo de este trabajo.

Muchas gracias a todos

Este folleto pretende ser una guía de apoyo sobre algunos temas de salud incluidos en el Programa SAS, y únicamente recoge elementos clave a tener en cuenta en el autocuidado y el manejo de la salud para hijos adolescentes.

Ser padres no es tarea fácil y la educación ( en cualquier ámbito) es algo que siempre preocupa mucho, pero sin duda todos los esfuerzos por hacerlo lo mejor posible se verán recompensados. Aunque la adolescencia es una etapa difícil y puede llegar a ser conflictiva, también es sin duda una etapa llena de oportunidades y de desarrollo.

Cuando hablamos de la importancia de la salud y de tener un buen manejo sobre ella, nos estamos refiriendo al valor que la salud tiene para que una persona pueda llevar una buena calidad de vida en todos sus diversos aspectos.

Llevar una VIDA SANA puede parecer complicado, pero todo esta conectado, si se mueves más, reduce el estrés, si duerme mejor también suele comer mejor. Un cambio lleva a otro cambio. Y muy pronto las decisiones saludables pueden hacerle sentir mejor consigo mismo. Si en cuatro puntos clave hace pequeños cambios puede conseguir grandes resultados para usted y su familia.

ENSEÑE A SUS HIJOS EL VALOR QUE TIENE LA SALUD



16

## ¿Cómo educar en salud a sus hijos?

Educar y cuidar de un hijo en cualquier etapa de la vida siempre representa nuevos retos que afrontar como padres.

Los adolescentes pueden ser difíciles de cuidar por diversos motivos, la mayoría de la veces es porque están expuestos a muchas cosas nuevas, o también porque están desarrollando ideas y opiniones propias, y su personalidad puede estar cambiando.

La salud es un fenómeno que se logra a partir de un sinnúmero de acciones y que puede mantenerse por mucho tiempo o perderse debido a diversas razones.

Si desea saber cómo abordar estas situaciones y ayudar a su hijo adolescente a llevar una vida saludable, este folleto puede ser de utilidad para usted.

Temas que se incluyen en este folleto:

1. Nuevas tecnologías
2. Conductas de riesgo: alcohol y tabaco
3. Toma de decisiones
4. Ocio saludable
5. Alimentación y vida saludable
6. Comunicación con los hijos
7. Educación para el éxito
8. Autoestima

2

## PROLOGO

La pubertad-adolescencia es un período de rápido desarrollo en el que se adquieren nuevas habilidades y oportunidades de progreso. Se considera una etapa de oportunidad.

Por otro lado, puede considerarse también una etapa de crisis si no se recibe la formación en salud necesaria y podrían instaurarse hábitos que pueden poner en riesgo la salud a corto, medio o largo plazo.

Al ser una etapa puente entre la infancia y la edad adulta, el adolescente se enfrenta a retos y vivencias similares a los de la edad adulta y, sin embargo, no cuenta todavía con el desarrollo psicosocial suficiente para superar esas vivencias.

Cuidar de las personas en esta etapa vital puede ser fundamental a la hora de que tomen decisiones que les afecten el resto de su vida, adquieran hábitos de vida saludables y terminen de desarrollar aspectos de su personalidad determinantes para un buen control sobre su propia salud y autocuidado.

Es por ello que los años de escolarización obligatoria suponen un momento ideal para FORMAR en salud. La educación sanitaria es clave para que las personas adquieran mejor control sobre su propia salud.

También durante la adolescencia los comportamientos más saludables no son lo bastante atractivos para ser seguidos con regularidad, y la información por sí sola no es suficiente para que se produzca el cambio duradero de conducta. Para ello es necesario la formación concreta en salud y autocuidado. De esta idea nace el programa SAS (súmate a la salud).

Este folleto pretende ser una ayuda a las familias y un complemento a las estrategias y herramientas llevadas a cabo durante el programa SAS con algunas pautas y consejos educativos sobre algunos temas.

1

La adolescencia corresponde a un período evolutivo complejo, tanto por los cambios de tipo fisiológico que se producen, como por los de tipo social que aparecen y a los que se tienen que enfrentar. Es tiempo de cambios.

Una **buena inteligencia emocional** consigue que la persona que la tiene se conozca mejor a sí misma y sea más capaz de dirigir su vida de forma exitosa.

Algunos expertos le dan tanta importancia a la inteligencia emocional que calculan que solo un **20% del éxito en la vida se debe a la inteligencia intelectual** y el resto, el **80%, depende** de que se tenga una **buena inteligencia emocional**.

La inteligencia emocional comienza a desarrollarse desde la niñez pero el período clave para ella es la adolescencia. Un entorno seguro y en el que exista amor y respeto es el marco perfecto para que todo sea posible.

Querer a los hijos adolescentes y demostrárselo es fundamental, como también lo es que existan normas que los adolescentes conozcan y comprendan.

### ¿Cómo se desarrolla la inteligencia emocional?

- ✓ Enséñele a reconocer las emociones propias. No es bueno enseñar a los niños a reprimir las. Es mucho más sano dejar que las vivan y que aprendan a conocerlas.
- ✓ Ayúdele a encontrar las herramientas que necesita para que la frustración no domine su vida.
- ✓ Sea positivo. Unos padres positivos enseñarán a sus hijos a ser positivos.



15

## 8. AUTOESTIMA

¿Qué influye en la construcción de la AUTOESTIMA?

### INFLUENCIA DE OTRAS PERSONAS.

- El tipo de relaciones que su hijo tenga en casa, con el entorno, los amigos... sin duda influye en la adolescencia.

### LENGUAJE AFECTIVO

- Las palabras dejan huellas. Es importante cuidar el mensaje, la actitud, la intencionalidad, el tono...

### COMPARACIONES FAMILIARES Y SOCIALES

- La generación de expectativas y búsqueda de aprobación

### EL PROYECTO DE VIDA

- Automotivación o la regresión constante al fracaso.

- ❑ Sustituya el verbo **ser** por **estar**. No juzgue ni ataque su autoestima y solo señale la conducta incorrecta. Cambie el “eres un **desordenado**” por un “**tu habitación está desordenada**”
- ❑ No minimice sus problemas con “**venga, que esto no es nada... o ojalá mis problemas fueran así de pequeños**”. Para cada edad, los problemas tienen una significación distinta. Y los problemas de sus hijos son realmente importantes para ellos.
- ❑ Sea **positivo y recompensante**: “**me gusta cómo has...**”, “**te felicito por...**”, “**yo sabía que serías capaz de...**”, “**estoy muy orgulloso de ti...**” Pero sin

## 2. Conductas de riesgo: ALCOHOL Y TABACO

Se trata de dos drogas muy integradas culturalmente en el uso y costumbres de la población española, en general. De hecho muchas personas no consideran el tabaco o el alcohol como drogas.

Es muy importante destacar que la adolescencia es una etapa muy vulnerable frente a las adicciones, son muchos los adolescentes que se sienten atraídos por las sensaciones que produce el alcohol o el tabaco, en un principio.

Sin embargo, esas primeras emociones se traducen luego en consecuencias que pueden llegar a ser muy graves y causar daños irreparables para la salud a corto, medio o largo plazo.

El tabaco y el alcohol son dos factores independientes de daño cerebral y sus efectos se potencian mutuamente, de forma que las lesiones producidas por ambos tóxicos son mayores cuando se consumen a la vez.

### ¿Por qué QUIERE FUMAR y/o BEBER mi hijo?

- ✓ Curiosidad propia de la edad
- ✓ Imitación de conductas
- ✓ Inducción del grupo de amigos
- ✓ Fácil disponibilidad
- ✓ Probar “lo prohibido”
- ✓ Deseo de sentirse mayor
- ✓ Sensaciones de: desinhibición, euforia, aumento de la sociabilidad...

## 1. NUEVAS TECNOLOGÍAS

El uso de las nuevas tecnologías como el móvil, el ordenador o la tablet por sí mismas no son malas, el problema mayor recae sobre el abuso que se hace de ellas.

Sin duda han revolucionado el estilo de vida de la sociedad actual, y son numerosos los beneficios que ofrecen, siempre que su uso sea el adecuado.

Ustedes como padres juegan un papel importante en este aspecto. Y aunque pueda parecer complicado hay algunos pocos consejos que se pueden seguir para que sus hijos utilicen de forma racional y responsable las nuevas tecnologías, y así eviten los efectos negativos para la salud de su uso inadecuado.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que 1 de cada 4 personas sufre algún trastorno de conducta relacionado con adicciones sin sustancias.

### Beneficios del uso ADECUADO de las nuevas tecnologías:

- + Permiten manejar y disponer de todo tipo de información
- + Representan un buen recurso para establecer lazos familiares
- + Facilitan nuevas maneras de comunicarse y relacionarse
- + Permiten gran cantidad de posibilidad de ocio y entretenimiento
- + Proporcionar un alcance inmediato de conocimiento

### ¿Cómo afecta el uso INADECUADO de las nuevas tecnologías la salud?

- + Sedentarismo
- + Riesgo de obesidad
- + Enfermedad ocular
- + Enfermedades mentales
- + Dolores musculares
- + Adicciones



## 7. EDUCACIÓN PARA EL ÉXITO

**“Ayude a su hijo a estar motivado y despertar su interés por seguir aprendiendo”**

- ✓ **Descúbrale un buen libro:** leer fragmentos de sus libros favoritos puede ser una idea excelente
- ✓ **Trasmítale valores:** fomentar la tolerancia, el respeto y la conciencia social pueden motivarlo
- ✓ **Dele voz y escúchele:** practicar la empatía, tratar de entenderles y prestar atención a sus necesidades es clave. Busque minutos de diálogo y conversación semanalmente
- ✓ **Mantenga una actitud positiva:** el humor es imprescindible, riase con ellos y trasmítale el entusiasmo por las cosas.
- ✓ **Actúe con justicia:** Exija, castigue si es necesario, pero mantenga la calma, deje claro los motivos y actúe con justicia.
- ✓ **Enséñele a aprender:** profundizar en los temas que les interesen puede ser una idea fantástica.
- ✓ **Acostúmbrele a pensar:** Anímale a analizar lo que ocurre a su alrededor a cuestionar y argumentar.
- ✓ **Muéstrele el lado práctico del conocimiento:** Acerque la teoría al día a día, a su realidad cotidiana con excursiones, anécdotas...
- ✓ **Sorpréndale:** Que no se acomode en la rutina, busque nuevas ideas diferentes e inesperadas.

## 6. COMUNICACIÓN CON LOS HIJOS

Entenderse con su hijo es posible

1. Escoja el **lugar indicado**. Mejor evitar según qué conversaciones en público o delante de los amigos. **Un clima seguro y relajado es lo ideal.**
2. Escoja el **momento**. Deje pasar los momentos de rabia o estrés para hacerle crítica. Conversar con su hijo abiertamente sobre temas antes de que se vea expuesto a ellos aumenta las probabilidades de que actúe de forma responsable cuando llegue el momento. Evite decir **"ahora no tengo tiempo"**.
3. **Evite las "etiquetas"**. Es mejor concretar sobre un tema y hablarlo de manera clara. Cambie un **"eres un vago"** o un **"no vales para nada"** por **"estoy observando que necesitas ayuda con las matemáticas"**. No generalice, y cambie un **"quiero que seas más educado"** o **"quiero que me respetes"** por un **"me gustaría que quitarás los pies de la mesa"** o **"quiero que cuando hablo me mires a los ojos"**.
4. **Admita su punto de vista**. Le ayudará a tener más cosas de las que hablar. **"¿qué se te ocurre que podemos hacer?"** o **"me gustaría conocer tu opinión sobre esto"** o **"qué te parece si hoy..."**
5. **Empatice y escuche con atención** lo que nos expliquen. Puede contestar con **"ajá"**, **"entiendo"** **"¡qué interesante!"**, **"¿en serio? ¿eso te ha pasado?"** **"cuéntame más"** **"no me digas!"**. Observe su cara y sus gestos. Responda del tipo: **"Entiendo que tendrás tus razones para sentirte así"**, **"parece que eso es muy importante para ti"**, **"comprendo que te haya afectado"**, **"yo en tu lugar me hubiera sentido igual"**, **"ya sé que no te gusta lo que hemos decidido tu padre y yo..."** **Evite los sermones.**
6. **No haga comparaciones**. Es importante evitar, **"a tu edad yo..."** o poner como ejemplo a otras personas **"mira tu hermano como..."**, **"deberías aprender de tu primo"**. En todo caso compárelo con él mismo **"seguro que lo conseguirás, como cuando hiciste..."**.
7. **Supervise**, pero sin hacer un tercer grado.
8. **Fije normas y límites**, pero a través del diálogo, para que sus hijos acepten y asuman compromisos.

12

## ¿Cuál es la edad media de inicio del consumo?

Las sustancias que en la actualidad tienen una edad de inicio de consumo más temprana son el tabaco y el alcohol, entorno a los 13 años.

A continuación el cannabis, con una edad media de inicio alrededor de los 15 años.

Y a partir de los 15 se inician los consumos de estimulantes como la cocaína o anfetaminas, alucinógenos como el LSD, drogas de síntesis como el éxtasis y opiáceos como la heroína.

### ¿Cómo EVITAR el consumo?

+ Educación  
+ Confianza  
+ Dar ejemplo  
+ Fortalecer autoestima  
+ Diálogo y comunicación

### Algunos consejos:

1. Explicar los riesgos del consumo de drogas, incluyendo el alcohol y el tabaco.
2. Promover la comunicación en casa.
3. Mantener las reglas y normas claras.
4. Permanecer cerca de su hijo/a respetando su espacio.
5. Conocer a sus amigos.
6. Establecer un hogar libre de consumo.



### BENEFICIOS DE NO FUMAR y NO BEBER



Para prevenir que los hijos sean víctimas del tabaco, es importante que lleven un estilo de vida saludable y que los padres les motiven a hacer ejercicio todas las semanas, y disfrutar de actividades alternativas que les divierten y les hacen felices.

**De esta manera descubrirán que las drogas no son necesarias para disfrutar de la vida.**

6

Llevar una vida sana requiere modificar o reforzar hábitos alimenticios, comenzar a hacer ejercicio diario y prestar atención a un buen descanso. Muchos adolescentes se sienten cansados por falta de sueño, lo que sin duda repercute en la calidad de vida y el rendimiento escolar.

Para tener una vida saludable, es necesario llevar una vida disciplinada:

- ✓ comer alimentos nutritivos
- ✓ hacer ejercicio físico regularmente
- ✓ mantenerse alejado de los hábitos poco saludables
- ✓ Beber agua
- ✓ Dormir lo necesario
- ✓ También es esencial mantener la mente sana, fomentar la clase correcta de pensamientos y manejar adecuadamente el estrés.

**Seguir una vida saludable, en definitiva, nos hace tener una vida mejor.**

### BENEFICIOS DE UNA VIDA ACTIVA

- ✓ Mejor descanso **"los buenos días empiezan con buenas noches"**
- ✓ Menor riesgo de enfermedades cardiovasculares
- ✓ Mantenerse en el peso saludable
- ✓ Más energía
- ✓ Mejor rendimiento intelectual
- ✓ Mejor calidad de vida
- ✓ Aspecto más saludable

**Adolescentes saludables, adultos más sanos**

11

#### 4. OCIO SALUDABLE

**El ocio saludable tiene una gran repercusión sobre nuestro bienestar y tiene raíz en nuestra voluntad y motivación.**



Saber aprovechar el tiempo libre es algo con el que sus hijos no nacen: lo aprenden de usted. Lo que haga y cómo viva su ocio va a tener una influencia positiva o negativa en sus hijos. Ayude a sus hijos a gestionar su tiempo libre de forma SALUDABLE.

Es importante buscar núcleos de interés comunes en la familia, adaptados a los niveles de desarrollo de todos sus miembros.

**PASARLO BIEN ES COSA DE TODOS**

8

#### ¿QUÉ OPCIONES TENEMOS PARA OCUPAR NUESTRO TIEMPO LIBRE?

Hay diferentes tipos de ocio que se pueden hacer:

- Al aire libre: excursiones, actividades...
  - Juegos tradicionales
  - Los videojuegos en algunas ocasiones
  - Cualquier rutina del hogar: regar las plantas, cocinar, ordenar...
  - Salidas culturales: cine, teatro, museos...
  - Deporte
  - Arte: manualidades, música, baile, fotografía...
  - Favorecer el aprendizaje: lecturas, idiomas...
  - Socializarse: salir con los amigos u otros miembros de la familia
- Se debe evitar que se establezca una relación entre tiempo libre e inactividad.**
- PUEDEN SER UN TIEMPO DE DESCANSO, DIVERSIÓN Y DESARROLLO**

#### ¿Por qué es importante crear espacios de ocio familiar?

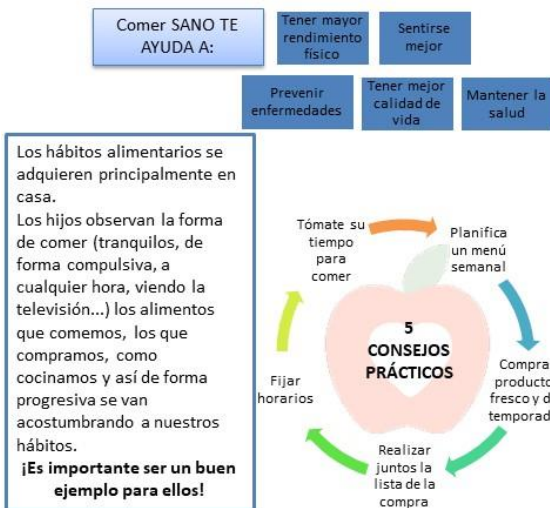
- Favorece el crecimiento personal.
- Evita conductas de riesgo
- Fomenta la creación y/o utilización del tiempo libre de manera saludable
- Incrementa la autoestima y autoconfianza.
- Aumenta la autonomía personal y los procesos de toma de decisiones.
- Ayuda a la comunicación y confianza.
- Promueve el desarrollo de aficiones.
- Reduce la sensación de aburrimiento.

9

#### 5. ALIMENTACIÓN Y VIDA SALUDABLE

Una alimentación saludable requiere, en muchos casos, de una educación nutricional que debe promoverse desde la infancia, pues los hábitos adquiridos durante esta etapa son fundamentales para una correcta nutrición en las edades adultas y una prevención de las enfermedades vinculadas a los trastornos alimenticios.

Los efectos positivos o negativos de la alimentación tendrán repercusión, tarde o temprano, en la salud.



10

#### 3. TOMA DE DECISIONES

La adolescencia es el periodo de la vida en que los hijos/as desarrollan las habilidades de toma de decisiones y de resolución de problemas.

Enséñele el valor y la importancia de decir ¡NO!, cuando se encuentre en situaciones en las que no se sientan cómodos.

Elegir con criterio es lo mejor que puede aprender un hijo porque eso le va a dar mayor capacidad de autonomía y le aportará mayor satisfacción consigo mismo. Pero a veces los padres, incluso con la intención de ahorrarles sufrimientos, suelen ser sobreprotectores, con lo cual acaban impidiendo el desarrollo de esa capacidad de "tomar decisiones con criterios propios"

#### TRES SENCILLOS CONSEJOS

- ❖ Ofrécele responsabilidades, y no le premie constantemente por cumplirlas.
- ❖ Fomente su independencia. No por ser menores tienen menos capacidad para hacer cosas, opinar, ...
- ❖ Enséñele a tomar decisiones y siempre que sea posible, enséñele a aprender de sus errores y a exponer sus ideas.

**Enseñar a tomar decisiones es enseñar a pensar**



7





# **Anexo 40**

Análisis P5 cuestionario exploratorio. Ranking pregunta.



**PREGUNTA 5 CUESTIONARIO EXPLORATORIO** "¿A quién acudirías primero para preguntarle dudas relacionadas con temas que te puedan interesar sobre salud?",

Posición	CONTROL N = 534				INTERVENCIÓN N = 550			
	PRE N = 269		POST N = 265		PRE N = 284		POST N = 266	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Amigos								
1	22	8,8	22	8,6	22	8,4	12	4,6
2	5	2,0	3	1,2	9	3,5	6	2,3
3	17	6,8	17	6,6	23	8,8	33	12,5
4	31	12,4	30	11,7	35	13,4	34	12,9
5	20	8,0	10	3,9	18	6,9	18	6,8
6	20	8,0	33	12,9	32	12,3	21	8,0
7	32	12,8	37	14,5	24	9,2	32	12,1
8	25	10,0	20	7,8	23	8,8	31	11,7
9	32	12,8	<b>42</b>	<b>16,4</b>	25	9,6	38	14,4
10	<b>47</b>	<b>18,7</b>	<b>42</b>	<b>16,4</b>	<b>50</b>	<b>19,2</b>	<b>39</b>	<b>14,8</b>
Total	<b>251</b>	<b>100,0</b>	<b>256</b>	<b>100,0</b>	<b>261</b>	<b>100,0</b>	<b>264</b>	<b>100,0</b>

Tanto para el grupo control como para el grupo intervención, los amigos se han mantenido en la última posición antes y después de la intervención a la hora de acudir para preguntar dudas relacionadas sobre salud.

Posición	CONTROL N = 534				INTERVENCIÓN N = 550			
	PRE N = 269		POST N = 265		PRE N = 284		POST N = 266	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hermano/a								
1	4	1,6	5	2,0	6	2,3	7	2,6
2	13	5,3	15	5,9	11	4,3	7	2,6
3	36	14,6	<b>58</b>	<b>22,8</b>	<b>49</b>	<b>19,1</b>	<b>52</b>	<b>19,6</b>
4	13	5,3	25	9,8	29	11,3	25	9,4
5	20	8,1	22	8,6	21	8,2	19	7,2
6	<b>45</b>	<b>18,2</b>	35	13,7	25	9,7	29	10,9
7	24	9,7	20	7,8	17	6,6	25	9,4
8	27	10,9	21	8,2	25	9,7	29	10,9
9	32	13,0	26	10,2	41	16,0	39	14,7
10	33	13,4	28	11,0	33	12,8	33	12,5
Total	<b>247</b>	<b>100,0</b>	<b>255</b>	<b>100,0</b>	<b>257</b>	<b>100,0</b>	<b>265</b>	<b>100,0</b>

Para el grupo control, los hermanos/as han pasado de la sexta a la tercera posición a la hora de acudir para preguntar dudas relacionadas sobre salud, mientras que para el grupo

intervención ya partía de la tercera posición y se ha mantenido en ésta después de la intervención.

Posición	CONTROL N = 534				INTERVENCIÓN N = 550			
	PRE N = 269		POST N = 265		PRE N = 284		POST N = 266	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Un profesor del instituto</b>								
1	3	1,2	2	0,8	4	1,5	0	0,0
2	4	1,6	7	2,7	4	1,5	5	1,9
3	9	3,6	4	1,6	8	3,1	7	2,7
4	22	8,8	12	4,7	15	5,8	14	5,3
5	22	8,8	19	7,4	29	11,2	27	10,2
6	30	12,0	36	14,0	35	13,5	31	11,7
7	39	15,6	29	11,3	<b>49</b>	<b>18,9</b>	46	17,4
8	<b>44</b>	<b>17,6</b>	<b>58</b>	<b>22,6</b>	40	15,4	<b>52</b>	<b>19,7</b>
9	42	16,8	48	18,7	41	15,8	41	15,5
10	35	14,0	41	16,0	34	13,1	41	15,5
<b>Total</b>	<b>250</b>	<b>100,0</b>	<b>257</b>	<b>100,0</b>	<b>259</b>	<b>100,0</b>	<b>264</b>	<b>100,0</b>

Para el grupo control, el profesor del instituto partía de la octava posición (pre) y se ha mantenido en ésta (post), mientras que para el grupo intervención partía de la séptima posición y la intervención ha hecho que baje una posición situándose en la octava posición a la hora de acudir para preguntar dudas relacionadas sobre salud.

Posición	CONTROL N = 534				INTERVENCIÓN N = 550			
	PRE N = 269		POST N = 265		PRE N = 284		POST N = 266	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Tutor de clase</b>								
1	0	0,0	3	1,2	1	0,4	2	0,8
2	7	2,8	2	0,8	4	1,5	1	0,4
3	8	3,2	4	1,6	4	1,5	7	2,7
4	14	5,6	5	2,0	14	5,4	14	5,3
5	19	7,5	21	8,3	17	6,5	17	6,4
6	32	12,7	24	9,5	45	17,3	29	11,0
7	40	15,9	53	20,9	41	15,8	49	18,6
8	51	20,2	55	21,7	<b>57</b>	<b>21,9</b>	52	19,7
9	<b>56</b>	<b>22,2</b>	<b>62</b>	<b>24,4</b>	49	18,9	<b>57</b>	<b>21,6</b>
10	25	9,9	25	9,8	28	10,8	36	13,6
<b>Total</b>	<b>252</b>	<b>100,0</b>	<b>254</b>	<b>100,0</b>	<b>260</b>	<b>100,0</b>	<b>264</b>	<b>100,0</b>

Para el grupo control, el tutor de clase se ha mantenido en la novena posición en el pre y en el post. Mientras que para el grupo intervención ha bajado de la octava a la novena posición a la hora de acudir para preguntar dudas relacionadas sobre salud.

Posición	CONTROL N = 534				INTERVENCIÓN N = 550			
	PRE N = 269		POST N = 265		PRE N = 284		POST N = 266	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Otro profesional sanitario								
1	8	3,2	10	3,9	3	1,2	4	1,5
2	14	5,5	9	3,5	14	5,4	6	2,3
3	43	17,0	44	17,1	32	12,3	39	14,8
4	19	7,5	23	8,9	17	6,5	22	8,3
5	45	17,8	39	15,1	39	15,0	44	16,7
6	40	15,8	33	12,8	34	13,1	34	12,9
7	33	13,0	38	14,7	50	19,2	45	17,1
8	19	7,5	27	10,5	27	10,4	25	9,5
9	21	8,3	21	8,1	33	12,7	31	11,7
10	11	4,4	14	5,4	11	4,2	14	5,3
<b>Total</b>	<b>253</b>	<b>100,0</b>	<b>258</b>	<b>100,0</b>	<b>260</b>	<b>100,0</b>	<b>264</b>	<b>100,0</b>

Para el grupo control, otro profesional sanitario ha pasado de la quinta a la tercera posición a la hora de acudir para preguntar dudas relacionadas sobre salud, mientras que para el grupo intervención se ha mantenido en la séptima posición antes y después de la intervención.

Posición	CONTROL N = 534				INTERVENCIÓN N = 550			
	PRE N = 269		POST N = 265		PRE N = 284		POST N = 266	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tutores legales								
1	5	2,0	3	1,2	2	0,8	4	1,5
2	6	2,4	1	0,4	4	1,6	5	1,9
3	7	2,8	5	2,0	10	3,9	5	1,9
4	13	5,2	17	6,7	15	5,8	15	5,7
5	12	4,8	8	3,2	11	4,3	15	5,7
6	28	11,2	29	11,5	24	9,3	29	10,9
7	35	14,1	36	14,2	30	11,7	29	10,9
8	45	18,1	42	16,6	49	19,1	39	14,7
9	29	11,7	40	15,8	38	14,8	37	14,0
10	69	27,7	72	28,5	74	28,8	87	32,8
<b>Total</b>	<b>249</b>	<b>100,0</b>	<b>253</b>	<b>100,0</b>	<b>257</b>	<b>100,0</b>	<b>265</b>	<b>100,0</b>

Tanto para el grupo control como para el grupo intervención, los tutores legales se han mantenido en la última posición antes y después de la intervención a la hora de acudir para preguntar dudas relacionadas sobre salud. Cabe apuntar que esto es así porque la gran mayoría de la muestra no está en esta situación de tutores legales.

De manera general, las dos primeras posiciones y las dos últimas se mantienen estables, el resto van variando como se observa en las tablas de ranking por separado.

Posición	CONTROL N = 534		INTERVENCIÓN N = 550	
	PRE N = 269	POST N = 265	PRE N = 284	POST N = 266
1	Madre	Madre	Madre	Madre
2	Padre	Padre	Padre	Padre
3	Otro profesional sanitario	Hermano/a	Hermano/a	Hermano/a
4	Médico, pediatra	Médico, pediatra	Enfermera	Enfermera
5	Otro profesional sanitario	Médico, pediatra	Médico, pediatra	Otro profesional sanitario
6	Hermano/a	Profesor instituto	Tutor de clase	Médico, pediatra
7	Tutor de clase	Tutor de clase	Otro profesional sanitario	Tutor de clase
8	Tutor de clase	Profesor instituto	Tutor de clase	Profesor instituto y tutor de clase
9	Tutor de clase	Tutor de clase	Tutor de clase	Tutor de clase
10	Tutor legal	Tutor legal	Tutor legal	Tutor legal

A continuación, se presentan los datos originales a partir de los que se ha creado la tabla anterior:

**Grupo control pre:**

Posición	Enfermera	Amigos	Madre	Padre	Hermano/a	Profesor instituto	Médico pediatra	Tutor de clase	Otro profesional sanitario	Tutor legal
1	22.2	8.8	33.5	12.3	1.6	1.2	16.2	0.0	3.2	2.0
2	15.1	2.0	20.7	30.2	5.3	1.6	15.8	2.8	5.5	2.4
3	15.5	6.8	10.8	11.9	14.6	3.6	13.8	3.2	17.0	2.8
4	15.9	12.4	13.2	9.9	5.3	8.8	18.2	5.6	7.5	5.2
5	12.7	8.0	5.2	13.9	8.1	8.8	14.2	7.5	17.8	4.8
6	6.4	8.0	2.8	4.0	18.2	12.0	9.9	12.7	15.8	11.2
7	3.6	12.8	4.4	2.8	9.7	15.6	7.5	15.9	13.0	14.1
8	4.4	10.0	4.0	5.2	10.9	17.6	1.6	20.2	7.5	18.1

9	2.4	12.8	2.8	4.8	13.0	16.8	1.6	22.2	8.3	11.7
10	2.0	18.7	2.8	5.2	13.4	14.0	1.2	9.9	4.4	27.7

**Grupo control post:**

Posición	Enfermera	Amigos	Madre	Padre	Hermano/a	Profesor instituto	Médico pediatra	Tutor de clase	Otro profesional sanitario	Tutor legal
1	17.1	8.6	38.0	10.9	2.0	1.2	17.8	1.2	3.9	1.2
2	18.2	1.2	20.9	34.4	5.9	2.7	11.2	0.8	3.5	0.4
3	14.3	6.6	8.9	14.5	22.8	1.6	10.9	1.6	17.1	2.0
4	14.7	11.7	16.3	8.2	9.8	4.7	17.4	2.0	8.9	6.7
5	15.1	3.9	7.4	13.7	8.6	7.4	18.2	8.3	15.1	3.2
6	8.5	12.9	2.7	4.7	13.7	14.0	9.3	9.5	12.8	11.5
7	5.4	14.5	1.6	3.9	7.8	11.3	5.4	20.9	14.7	14.2
8	2.3	7.8	1.6	1.9	8.2	22.6	4.7	21.7	10.5	16.6
9	2.3	16.4	1.2	3.1	10.2	18.7	3.5	24.4	8.1	15.8
10	1.9	16.4	1.6	2.7	11.0	16.0	1.6	9.8	5.4	28.5

**Grupo intervención pre:**

Posición	Enfermera	Amigos	Madre	Padre	Hermano/a	Profesor instituto	Médico pediatra	Tutor de clase	Otro profesional sanitario	Tutor legal
1	14.5	8.4	48.1	9.2	2.3	1.5	13.4	0.4	1.2	0.8
2	13.0	3.5	19.9	40.6	4.3	1.5	9.6	1.5	5.4	1.6
3	18.3	8.8	6.5	12.6	19.1	3.1	14.6	1.5	12.3	3.9
4	16.0	13.4	8.8	13.0	11.3	5.8	14.6	5.4	6.5	5.8
5	13.4	6.9	6.5	11.1	8.2	11.2	17.2	6.5	15.0	4.3
6	8.4	12.3	3.8	2.7	9.7	13.5	9.6	17.3	13.1	9.3
7	5.0	9.2	2.7	3.8	6.6	18.9	6.9	15.8	19.2	11.7
8	7.3	8.8	1.5	2.3	9.7	15.4	5.8	21.9	10.4	19.1
9	1.9	9.6	1.5	1.9	16.0	15.8	4.6	18.9	12.7	14.8
10	2.3	19.2	0.8	2.7	12.8	13.1	3.8	10.8	4.2	28.8



**Grupo intervención post:**

Posición	Enfermera	Amigos	Madre	Padre	Hermano/a	Profesor instituto	Médico pediatra	Tutor de clase	Otro profesional sanitario	Tutor legal
1	18.9	4.6	47.2	8.3	2.6	0.0	14.0	0.8	1.5	1.5
2	16.2	2.3	17.4	42.1	2.6	1.9	13.2	0.4	2.3	1.9
3	13.2	12.5	9.1	9.9	19.6	2.7	13.6	2.7	14.8	1.9
4	16.2	12.9	10.6	12.5	9.4	5.3	14.7	5.3	8.3	5.7
5	14.7	6.8	7.2	9.5	7.2	10.2	14.7	6.4	16.7	5.7
6	10.2	8.0	2.3	5.7	10.9	11.7	16.6	11.0	12.9	10.9
7	3.8	12.1	2.6	2.7	9.4	17.4	6.4	18.6	17.1	10.9
8	3.4	11.7	0.4	4.2	10.9	19.7	3.0	19.7	9.5	14.7
9	2.3	14.4	1.1	2.7	14.7	15.5	2.6	21.6	11.7	14.0
10	1.1	14.8	2.3	2.7	12.5	15.5	1.1	13.6	5.3	32.8

# **Anexo 41**

Análisis preguntas cuestionario MAPAS (Conocimientos en salud)



A continuación, se presenta el análisis de las otras 12 preguntas de esta subescala.

**Pregunta 21. ¿Piensas que es positivo para la salud mantener unos buenos hábitos de vida, como por ejemplo comer bien, hacer deporte 3 veces a la semana o ir a dormir pronto?**

	CONTROL N = 534					INTERVENCIÓN N = 550					DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS
	PRE N = 269		POST N = 265		p-valor <sup>1</sup>	PRE N = 284		POST N = 266		p-valor <sup>1</sup>	Cambio intervención – Cambio control (IC 95%) <sup>2</sup>
	N	%	N	%		N	%	N	%		
Sí	248	92,2	228	86,1	0,059	263	92,6	250	94,0*	0,231	-7,5 [-17,0; 1,9]
No	5	1,9	12	4,5		4	1,4	7	2,6		1,4 [-3,9; 6,8]
No lo sé	16	5,9	25	9,4		17	6,0	9	3,4*		6,1 [-2,0; 14,2]
<b>Total</b>	<b>269</b>	<b>100,0</b>	<b>265</b>	<b>100,0</b>		<b>284</b>	<b>100,0</b>	<b>266</b>	<b>100,0</b>		

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

No se observa un cambio en la respuesta de la pregunta ni para el grupo control y tampoco para el grupo intervención.

**Pregunta 22. ¿Crees que tienes unos buenos conocimientos en salud?**

	CONTROL N = 534					INTERVENCIÓN N = 550					DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS
	PRE N = 269		POST N = 265		p-valor <sup>1</sup>	PRE N = 284		POST N = 266		p-valor <sup>1</sup>	Cambio intervención – Cambio control (IC 95%) <sup>2</sup>
	N	%	N	%		N	%	N	%		
Sí	128	47,9	120	45,8	0,597	114	50,9	171	64,3*	<b>0,005</b>	-15,9 [-32,6; 0,8]
No	20	7,5	26	9,9		21	7,4	11	4,1*		5,6 [-3,0; 14,3]
Debería de mejorarlos	119	44,6	116	44,3		118	41,7	84	31,6*		9,5 [-7,0; 26,0]
<b>Total</b>	<b>267</b>	<b>100,0</b>	<b>262</b>	<b>100,0</b>		<b>283</b>	<b>100,0</b>	<b>266</b>	<b>100,0</b>		

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

Para el grupo intervención el porcentaje de alumnos que creen que tienen unos buenos conocimientos en salud ha aumentado de manera estadísticamente significativa después de la intervención (50,9% pre vs. 64,3% post) y por el contrario el porcentaje de alumnos que

no piensan que tienen unos buenos conocimientos en salud o que no lo saben ha disminuido (no: 7,4% pre vs. 4,1% post; no lo sé: 41,7% pre vs. 31,6% post), en cambio esta mejora no se observa para el grupo control que no ha recibido la intervención.

**Pregunta 23. ¿Consideras que una persona que no hace ejercicio, y lleva una mala dieta puede tener mayor riesgo que otra, por ejemplo, de ser obeso, de tener un infarto de corazón, de ser diabético...?**

	CONTROL N = 534					INTERVENCIÓN N = 550					DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS
	PRE N = 269		POST N = 265		p-valor <sup>1</sup>	PRE N = 284		POST N = 266		p-valor <sup>1</sup>	Cambio intervención – Cambio control (IC 95%) <sup>2</sup>
	N	%	N	%		N	%	N	%		
Sí	222	83,5	212	80,0	0,382	234	82,4	229	86,1*	0,424	-6,2 [-19,0; 6,5]
No	19	7,1	18	6,8		24	8,4	20	7,5		0,7 [-8,2; 9,5]
No lo sé	25	9,4	35	13,2		26	9,2	17	6,4*		6,7 –[3,2; 16,5]
<b>Total</b>	<b>266</b>	<b>100,0</b>	<b>265</b>	<b>100,0</b>		<b>284</b>	<b>100,0</b>	<b>266</b>	<b>100,0</b>		

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

No se observan diferencias estadísticamente significativas ni para el grupo control ni para el grupo intervención en el porcentaje de alumnos que consideran que una persona que no hace ejercicio, y lleva una mala dieta puede tener mayor riesgo que otra, por ejemplo, de ser obeso, de tener un infarto de corazón, de ser diabético, etc. Sí que se observa un aumento en el grupo intervención (82,4% pre vs. 86,1% post) pero no llega a ser estadísticamente significativo (p-valor=0,424).

### Pregunta 26. ¿Crees que el tabaco o el alcohol te pueden aportar algún beneficio?

	CONTROL N = 534					INTERVENCIÓN N = 550					DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS
	PRE N = 269		POST N = 265		p- valor <sup>1</sup>	PRE N = 284		POST N = 266		p- valor <sup>1</sup>	Cambio intervención – Cambio control
	N	%	N	%		N	%	N	%		(IC 95%) <sup>2</sup>
En general no	227	84,4	216	82,1	0,373	236	84,3	228	85,7*	0,258	-5,5 [-18,0; 7,0]
Me puede ayudar a hacer amigos	6	2,2	3	1,2		4	1,4	9	3,4		-3,1 [-7,8; 1,7]
Sí, pásámelo bien	16	6,0	25	9,5		14	5,0	13	4,9*		3,5 [-4,6; 11,7]
No lo sé	20	7,4	19	7,2		26	9,3	16	6,0		2,9 [-6,0; 11,7]
<b>Total</b>	<b>269</b>	<b>100,0</b>	<b>263</b>	<b>100,0</b>		<b>280</b>	<b>100,0</b>	<b>266</b>	<b>100,0</b>		

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

No se observa un cambio estadísticamente significativo en esta pregunta ni para el grupo control y tampoco para el grupo intervención.

### Pregunta 31. Si un amigo te pidiera consejo para perder peso, ¿qué le aconsejarías?

	CONTROL N = 534					INTERVENCIÓN N = 550					DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS
	PRE N = 269		POST N = 265		p- valor <sup>1</sup>	PRE N = 284		POST N = 266		p- valor <sup>1</sup>	Cambio intervención – Cambio control
	N	%	N	%		N	%	N	%		(IC 95%) <sup>2</sup>
Hacer deporte	3	1,1	7	2,6	0,219	4	1,4	2	0,8	0,687	2,2 [-1,9; 6,2]
Comer menos	23	8,6	27	10,2	0,516	25	8,8	19	7,1	0,473	3,3 [-6,2; 12,8]
Comer saludable	205	76,2	198	74,7	0,689	223	78,5	205	77,1	0,682	-0,04 [-14,3; 14,2]
Tomar pastillas	137	50,9	122	46,0	0,258	147	51,8	127	47,7	0,347	-0,9 [-17,7; 16,0]

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

No se observa un cambio en lo que aconsejarían los adolescentes si un amigo les pidiera consejo para perder peso ni para el grupo control y tampoco para el grupo intervención.

**Pregunta 33. ¿Piensas que mantener una alimentación variada y equilibrada es beneficioso para la salud?**

	CONTROL N = 534					INTERVENCIÓN N = 550					DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS
	PRE N = 269		POST N = 265		p-valor <sup>1</sup>	PRE N = 284		POST N = 266		p-valor <sup>1</sup>	Cambio intervención – Cambio control (IC 95%) <sup>2</sup>
	N	%	N	%		N	%	N	%		
Sí	255	94,8	235	88,7	<b>0,027</b>	267	94,4	253	95,1*	0,292	-7,2 [-15,7; 1,2]
No	2	0,7	7	2,6		4	1,4	7	2,6		0,7 [-3,9; 5,2]
No lo sé	12	4,5	23	8,7		12	4,2	6	2,3*		6,2 [-1,0; 13,4]
<b>Total</b>	<b>269</b>	<b>100,0</b>	<b>265</b>	<b>100,0</b>		<b>283</b>	<b>100,0</b>	<b>266</b>	<b>100,0</b>		

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

Para el grupo intervención el porcentaje de alumnos que piensan que mantener una alimentación variada y equilibrada es beneficioso para la salud se ha mantenido igual antes y después de la intervención (94,4% pre vs. 95,1% post), en cambio para el grupo control, que no ha recibido la intervención, este porcentaje ha disminuido de manera estadísticamente significativa (p-valor=0,027).

**Tabla 8. ¿En qué grado te interesa saber más sobre ...? (P53, P54, P55, P56, P57, P58)**

	CONTROL N = 534					INTERVENCIÓN N = 550					DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS
	PRE N = 269		POST N = 265		p- valor <sup>1</sup>	PRE N = 284		POST N = 266		p- valor <sup>1</sup>	Cambio intervención – Cambio control
	N	Media (de)	N	Media (de)		N	Media (de)	N	Media (de)		(IC 95%) <sup>2</sup>
... deporte y salud?	267	8,1 (2,2)	263	7,2 (2,8)	<0,001	281	8,0 (2,2)	266	8,3 (2,2)*	0,040	-1,2 [-1,9 -0,4]
... alimentación?	267	7,4 (2,4)	264	6,8 (2,6)	0,002	280	7,4 (2,2)	265	7,8 (2,3)*	0,012	-1,0 [-1,8 -0,2]
... como pasar tu tiempo libre de forma saludable?	268	7,4 (2,5)	263	6,8 (2,9)	0,007	283	7,2 (2,5)	266	7,8 (2,4)*	0,002	-1,2 [-2,0 -0,3]
... estudios, posibilidades de futuro?	268	8,6 (2,0)	264	8,2 (2,5)	0,016	282	8,6 (2,0)	266	9,0 (1,6)*	0,010	-0,8 [-1,5 -0,1]
... hacer amigos, saber relacionarse?	268	7,7 (2,5)	265	6,8 (2,9)	<0,001	283	7,8 (2,2)	266	7,9 (2,3)*	0,210	-1,1 [-1,9 -0,2]
... los peligros del uso de las nuevas tecnologías y redes sociales?	268	7,0 (2,8)	263	6,4 (3,1)	0,011	283	6,9 (2,8)	266	7,6 (2,5)*	0,002	-1,3 [-2,2 -0,3]

El grado de interés se mide en una escala del 1 (nada de interés) al 10 (máximo interés).

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

de: desviación estándar

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

Para el grupo intervención aumenta de manera estadísticamente significativa el grado de interés entre los adolescentes de saber más (tener conocimientos) sobre deporte y salud (8,0 pre vs. 8,3 post, p-valor=0,040), alimentación (7,4 pre vs. 7,8 post, p-valor=0,012), como pasar su tiempo libre de forma saludable (7,2 pre vs. 7,8 post, p-valor=0,002), estudios y posibilidades de futuro (8,6 pre vs. 9,0 post, p-valor=0,010), y los peligros del uso de las nuevas tecnologías y redes sociales (6,9 pre vs. 7,6 post, p-valor=0,002), después de la intervención. Solo se mantiene igual el grado de interés de saber más sobre hacer amigos y saber relacionarse (7,8 pre vs. 7,9 post, p-valor=0,210). En cambio, para el grupo control, que no ha recibido la intervención, el grado de interés de saber más en todos los aspectos disminuye de manera estadísticamente significativa para todas las preguntas.





# **Anexo 42**

Análisis preguntas cuestionario MAPAS (Percepción de la salud)



A continuación, se presenta el análisis de las otras 16 preguntas de esta subescala.

**Pregunta 1. ¿Consideras que cada uno de nosotros somos el máximo responsable en nuestra salud?**

	CONTROL N = 534					INTERVENCIÓN N = 550					DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS
	PRE N = 269		POST N = 265		p-valor <sup>1</sup>	PRE N = 284		POST N = 266		p-valor <sup>1</sup>	Cambio intervención – Cambio control (IC 95%) <sup>2</sup>
	N	%	N	%		N	%	N	%		
Sí	219	83,3	209	79,2	0,209	240	84,5	225	84,6*	0,835	-2,6 [-15,5; 10,2]
No	25	9,5	24	9,1		24	8,5	25	9,4		-1,2 [-10,9; 8,5]
No lo sé	19	7,2	31	11,7		20	7,0	16	6,0*		5,7 [-3,4; 14,7]
<b>Total</b>	<b>263</b>	<b>100,0</b>	<b>264</b>	<b>100,0</b>		<b>284</b>	<b>100,0</b>	<b>266</b>	<b>100,0</b>		

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

No se observa un cambio estadísticamente significativo en la respuesta de esta pregunta ni para el grupo control ni tampoco para el grupo intervención. Pero, si se observa que mayoritariamente la muestra si considera que ellos son los máximos responsables en su salud.

**Pregunta 2. En general, piensas que tus amigos o familiares respetan tu opinión.**

	CONTROL N = 534					INTERVENCIÓN N = 550					DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS
	PRE N = 269		POST N = 265		p-valor <sup>1</sup>	PRE N = 284		POST N = 266		p-valor <sup>1</sup>	Cambio intervención – Cambio control (IC 95%) <sup>2</sup>
	N	%	N	%		N	%	N	%		
Siempre	91	33,8	98	37,5	0,594	104	36,6	111	41,7	0,229	-2,0 [-18,2; 14,3]
Muchas veces	95	35,3	89	34,1		100	35,2	100	37,6		-4,1 [-20,2; 12,0]
A veces	72	26,8	58	22,2		68	24,0	43	16,2		2,9 [-11,1; 16,9]
Pocas veces	9	3,4	13	5,0		10	3,5	9	3,4		1,7 [-4,7; 8,1]
Nunca	2	0,7	3	1,2		2	0,7	3	1,1		-0,04 [-3,3; 3,2]
<b>Total</b>	<b>269</b>	<b>100,0</b>	<b>261</b>	<b>100,0</b>		<b>284</b>	<b>100,0</b>	<b>266</b>	<b>100,0</b>		

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

No se observa un cambio estadísticamente significativo en la respuesta de esta pregunta ni para el grupo control ni para el grupo intervención.

**Pregunta 3. Cuando haces algo que sabes que no tendrías que hacer, ¿Cómo te sientes al respecto?**

	CONTROL N = 534					INTERVENCIÓN N = 550					DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS  Cambio intervención – Cambio control  (IC 95%) <sup>2</sup>
	PRE N = 269		POST N = 265		p- valor <sup>1</sup>	PRE N = 284		POST N = 266		p- valor <sup>1</sup>	
	N	%	N	%		N	%	N	%		
Bien, no me importa	15	5,7	25	9,5	0,070	20	7,1	23	8,6	0,421	2,3 [-6,7; 11,2]
Mal, porque sé que no debería hacerlo	207	78,1	184	69,7		211	74,8	205	77,1		-10,3 [-25,0; 4,4]
No lo pienso	43	16,2	55	20,8		81	18,1	38	14,3		8,4 [-4,3; 21,2]
<b>Total</b>	<b>265</b>	<b>100,0</b>	<b>264</b>	<b>100,0</b>		<b>282</b>	<b>100,0</b>	<b>266</b>	<b>100,0</b>		

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

No se observa un cambio estadísticamente significativo en cómo se sienten los adolescentes cuando hacen algo que saben que no deberían hacer ni para el grupo control ni tampoco para el grupo intervención. Aunque la gran mayoría dice sentirse mal, porque saben que no deberían hacerlo.

**Pregunta 4. ¿Te sientes bien contigo mismo, aunque tengas opiniones diferentes a los demás?**

	CONTROL N = 534					INTERVENCIÓN N = 550					DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS
	PRE N = 269		POST N = 265		p- valor <sup>1</sup>	PRE N = 284		POST N = 266		p- valor <sup>1</sup>	Cambio intervención – Cambio control
	N	%	N	%		N	%	N	%		(IC 95%) <sup>2</sup>
Sí	235	87,7	237	89,4	0,729	252	89,7	232	87,2	0,050	3,6 [-7,3; 14,8]
No	22	8,2	17	6,4		24	8,5	19	7,1		-0,5 [-9,4; 8,5]
Siempre coincido con los demás	11	4,1	11	4,2		5	1,8	15	5,6		-3,8 [-10,3; 2,7]
<b>Total</b>	<b>268</b>	<b>100,0</b>	<b>265</b>	<b>100,0</b>		<b>281</b>	<b>100,0</b>	<b>266</b>	<b>100,0</b>		

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

No se observa un cambio estadísticamente significativo en cómo se sienten los adolescentes con ellos mismos, aunque tengan opiniones diferentes a los demás ni para el grupo control y tampoco para el grupo intervención, aunque la mayoría dice sentirse bien consigo mismo.

**Pregunta 5. De los siguientes, ¿cuál es la comida más importante del día para ti?**

	CONTROL N = 534					INTERVENCIÓN N = 550					DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS
	PRE N = 269		POST N = 265		p- valor <sup>1</sup>	PRE N = 284		POST N = 266		p- valor <sup>1</sup>	Cambio intervención – Cambio control
	N	%	N	%		N	%	N	%		(IC 95%) <sup>2</sup>
Desayuno	108	42,0	134	51,3	0,126	127	46,7	168	63,2*	0,003	-8,0 [-24,6; 8,6]
Almuerzo o media mañana	42	16,4	30	11,5		37	13,6	30	11,3		-2,5 [-13,8; 8,7]
Comida	91	35,4	84	32,2		91	33,5	58	21,8*		8,1 [-7,3; 23,5]
Merienda	9	3,5	4	1,5		6	2,2	3	1,1		-0,9 [-5,6; 3,9]
Cena	7	2,7	9	3,5		11	4,0	7	2,6		2,0 [-3,8; 7,9]
<b>Total</b>	<b>257</b>	<b>100,0</b>	<b>261</b>	<b>100,0</b>		<b>272</b>	<b>100,0</b>	<b>266</b>	<b>100,0</b>		

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

Para el grupo intervención el porcentaje de alumnos que piensan que el desayuno es la comida más importante del día ha aumentado de manera estadísticamente significativa después de la intervención (46,7% pre vs. 63,2% post), en cambio esta mejora no se observa estadísticamente significativa para el grupo control que no ha recibido la intervención.

### Pregunta 6. ¿Cuándo crees que es más importante lavarse los dientes?

	CONTROL N = 534					INTERVENCIÓN N = 550					DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS
	PRE N = 269		POST N = 265		p- valor <sup>1</sup>	PRE N = 284		POST N = 266		p- valor <sup>1</sup>	Cambio intervención – Cambio control (IC 95%) <sup>2</sup>
	N	%	N	%		N	%	N	%		
Cuando me levanto	44	16,4	41	15,5	0,780	37	13,0	31	11,7	0,625	0,5 [-11,2; 12,2]
Después de desayunar	11	4,1	8	3,0	0,504	15	5,3	17	6,4	0,579	-2,2 [-9,2; 4,9]
Después de todas las comidas	97	36,1	75	28,3	0,055	81	28,5	84	31,6	0,434	-10,8 [-26,4; 4,8]
Antes de irme a dormir	152	56,5	162	61,1	0,277	182	64,1	168	63,2	0,821	5,5 [-10,9; 22,0]
<b>Total</b>	<b>269</b>	<b>100,0</b>	<b>263</b>	<b>100,0</b>		<b>284</b>	<b>100,0</b>	<b>266</b>	<b>100,0</b>		

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

No se observa un cambio estadísticamente significativo en cuando creen los adolescentes que es más importante lavarse los dientes ni para el grupo control ni tampoco para el grupo intervención. Pero si se observa que el mayor porcentaje de la muestra opina que el momento más importante es antes de irse a dormir.

**Pregunta 8. Indica en qué grado estás de acuerdo con alguien que piensa que: “la salud no es importante”**

	CONTROL N = 534					INTERVENCIÓN N = 550					DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS
	PRE N = 269		POST N = 265		p-valor <sup>1</sup>	PRE N = 284		POST N = 266		p-valor <sup>1</sup>	Cambio intervención – Cambio control (IC 95%) <sup>2</sup>
	N	%	N	%		N	%	N	%		
Nada de acuerdo	225	84,3	221	83,4	0,959	248	87,3	240	90,2	0,653	-3,1 [-14,7; 8,4]
Un poco de acuerdo	13	4,9	15	5,6		15	5,3	9	3,4		2,7 [-4,5; 9,9]
Bastante de acuerdo	10	3,7	10	3,8		8	2,8	4	1,5		1,4 [-4,3; 7,0]
Muy de acuerdo	4	1,5	6	2,3		6	2,1	7	2,6		0,3 [-4,6; 5,1]
No lo sé	15	5,6	13	4,9		7	2,5	6	2,3		-0,5 [-6,8; 5,9]
<b>Total</b>	<b>267</b>	<b>100,0</b>	<b>265</b>	<b>100,0</b>		<b>284</b>	<b>100,0</b>	<b>266</b>	<b>100,0</b>		

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

No se observa un cambio estadísticamente significativo en el grado en el que los adolescentes están de acuerdo con alguien que piensa que “la salud no es importante” ni para el grupo control y tampoco para el grupo intervención.

**Pregunta 11. ¿Te preocupa la salud que puedas tener de mayor?**

	CONTROL N = 534					INTERVENCIÓN N = 550					DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS
	PRE N = 269		POST N = 265		p-valor <sup>1</sup>	PRE N = 284		POST N = 266		p-valor <sup>1</sup>	Cambio intervención – Cambio control (IC 95%) <sup>2</sup>
	N	%	N	%		N	%	N	%		
Sí	212	79,4	201	75,9	0,092	213	75,5	229	86,1*	0,004	-14,1 [-27,8; -0,4]
No	24	9,0	17	6,4		17	6,1	13	4,9		-1,4 [-9,7; 6,9]
No lo pienso	31	11,6	47	17,7		52	18,4	24	9,0*		15,5 [3,8; 27,2]
<b>Total</b>	<b>267</b>	<b>100,0</b>	<b>265</b>	<b>100,0</b>		<b>282</b>	<b>100,0</b>	<b>266</b>	<b>100,0</b>		

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

Para el grupo intervención el porcentaje de alumnos a los que les preocupa la salud que puedan tener de mayores ha aumentado de manera estadísticamente significativa después de la intervención (75,5% pre vs. 86,1% post) y asimismo el porcentaje de alumnos a los que no les



preocupa o no piensan sobre ello ha disminuido (no: 6,1% pre vs. 4,9% post; no lo pienso: 18,4% pre vs. 9,0% post), en cambio esta mejora no se observa para el grupo control que no ha recibido la intervención.

**Pregunta 17. ¿Por qué crees que es necesario comer hidratos de carbono (pan, macarrones, patatas, legumbres, ...) cada día?**

	CONTROL N = 534					INTERVENCIÓN N = 550					DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS
	PRE N = 269		POST N = 265		p- valor <sup>1</sup>	PRE N = 284		POST N = 266		p- valor <sup>1</sup>	Cambio intervención – Cambio control
	N	%	N	%		N	%	N	%		(IC 95%) <sup>2</sup>
Porque me aporta energía	119	48,8	144	57,2	0,314	153	58,0	177	66,8*	0,284	-2,6 [-19,2; 14,0]
Porque me aportan vitaminas y minerales	62	25,4	55	21,8		50	18,9	38	14,3*		1,0 [-12,1; 14,2]
Porque tiene mucha fibra	29	11,9	19	7,5		36	13,6	27	10,2		-1,1 [-11,3; 9,1]
Porque me ayudan al crecimiento de mis músculos	18	7,4	18	7,1		16	6,1	13	4,9		0,8 [-7,2; 8,9]
Otros motivos	16	6,5	16	6,4		9	3,4	10	3,8		-0,5 [-7,6; 6,6]
<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100,0</b>	<b>252</b>	<b>100,0</b>		<b>264</b>	<b>100,0</b>	<b>265</b>	<b>100,0</b>		

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

No se observa un cambio estadísticamente significativo en el por qué creen los adolescentes que es necesario comer hidratos de carbono cada día ni para el grupo control ni para el grupo intervención, aunque si se observa que a mayoría ha respondido “porque me aporta energía”, en incluso se observa que este porcentaje ha aumentado en el post para los dos grupos (control e intervención).

**Pregunta 18. ¿Cuántas verduras y frutas crees que se deben de comer al día?**

	CONTROL N = 534					INTERVENCIÓN N = 550					DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS
	PRE N = 269		POST N = 265		p-valor <sup>1</sup>	PRE N = 284		POST N = 266		p-valor <sup>1</sup>	Cambio intervención – Cambio control (IC 95%) <sup>2</sup>
	N	%	N	%		N	%	N	%		
3	98	37,4	111	42,2	0,733	131	46,4	92	34,7*	<b>0,001</b>	17,0 [0,5; 33,4]
4	47	17,9	39	14,9		35	12,4	41	15,5		-5,8 [-17,9; 6,2]
5	61	23,3	60	22,8		71	25,2	97	36,6*		-11,5 [-26,3; 3,3]
6	17	6,5	19	7,2		12	4,3	19	7,2		-2,1 [-10,2; 6,0]
1	39	14,9	34	12,9		33	11,7	16	6,0		3,9 [-6,6; 14,5]
<b>Total</b>	<b>262</b>	<b>100,0</b>	<b>263</b>	<b>100,0</b>		<b>282</b>	<b>100,0</b>	<b>265</b>	<b>100,0</b>		

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

Para el grupo intervención el porcentaje de alumnos que piensan que se deben comer 4, 5 o 6 verduras y frutas al día ha aumentado de manera estadísticamente significativa después de la intervención (4 verduras y frutas: 12,4% pre vs. 15,5% post; 5 verduras y frutas: 25,2% pre vs. 36,6% post; 6 verduras y frutas: 4,3% pre vs. 7,2% post) y asimismo el porcentaje de alumnos que piensan que se deben comer solo 1 o 3 verduras y frutas al día ha disminuido en el post intervención, en cambio esta mejora no se observa para el grupo control que no ha recibido la intervención.

### Pregunta 19. ¿Te ves capacitado para cuidar de ti mismo?

	CONTROL N = 534					INTERVENCIÓN N = 550					DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS  Cambio intervención – Cambio control  (IC 95%) <sup>2</sup>
	PRE N = 269		POST N = 265		p- valor <sup>1</sup>	PRE N = 284		POST N = 266		p- valor <sup>1</sup>	
	N	%	N	%		N	%	N	%		
Sí	204	76,1	190	72,0	0,549	221	77,8	202	75,9	0,471	-2,3 [-16,8; 12,3]
No	10	3,7	12	4,5		9	3,2	14	5,3		-1,3 [-8,0; 5,4]
No lo he pensado nunca	54	2,2	62	23,5		54	19,0	50	18,8		3,5 [-10,0; 17,1]
<b>Total</b>	<b>268</b>	<b>100,0</b>	<b>264</b>	<b>100,0</b>		<b>284</b>	<b>100,0</b>	<b>266</b>	<b>100,0</b>		

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

No se observa un cambio estadísticamente significativo en cómo se consideran los adolescentes de capacitados para cuidarse ellos mismos ni para el grupo control ni para el grupo intervención. Aunque la mayoría de porcentajes tanto para el control como el post si se ven capacitados para cuidar de sí mismos.

### Pregunta 20. ¿Crees que tu salud futura, cuando seas mayor, puede verse afectada por las cosas que suceden ahora relacionadas con la salud, por ejemplo: comer poca fruta, que alguien fume delante de ti, no hacer deporte...?

	CONTROL N = 534					INTERVENCIÓN N = 550					DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS  Cambio intervención – Cambio control  (IC 95%) <sup>2</sup>
	PRE N = 269		POST N = 265		p- valor <sup>1</sup>	PRE N = 284		POST N = 266		p- valor <sup>1</sup>	
	N	%	N	%		N	%	N	%		
Sí	177	65,8	198	75,0	<0,001	209	73,9	207	77,8	0,306	4,7 [-10,2; 19,6]
No	43	16,0	16	6,1		32	11,3	20	7,5		-6,2 [-16,4; 4,0]
No lo sé	49	18,2	50	18,9		42	14,8	39	14,7		0,8 [-11,8; 13,3]
<b>Total</b>	<b>269</b>	<b>100,0</b>	<b>264</b>	<b>100,0</b>		<b>283</b>	<b>100,0</b>	<b>266</b>	<b>100,0</b>		

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

Para el grupo intervención el porcentaje de alumnos que creen que su salud futura, cuando sean mayores, puede verse afectada por las cosas que suceden ahora relacionadas con la salud (por ejemplo: comer poca fruta, que alguien fume delante de ellos, no hacer deporte, etc.) se ha mantenido prácticamente igual antes y después de la intervención (73,9% pre vs. 77,8% post). En cambio, para el grupo control, que no ha recibido la intervención, se observa una diferencia estadísticamente significativa (p-valor=0,001) en aquellos que piensan que si les puede afectar a su salud futura ciertas cosas que sucedan ahora (65,8% pre vs 75% post).

### Pregunta 36. ¿En qué grado te preocupa ...?

	CONTROL N = 534					INTERVENCIÓN N = 550					DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS
	PRE N = 269		POST N = 265		p- valor <sup>1</sup>	PRE N = 284		POST N = 266		p- valor <sup>1</sup>	Cambio intervención – Cambio control  (IC 95%) <sup>2</sup>
	N	Media (de)	N	Media (de)		N	Media (de)	N	Media (de)		
... acabar borracho en una fiesta?	269	7,6 (3,0)	263	7,8 (2,9)	0,205	283	8,0 (2,7)	266	8,7 (2,0)	<0,001	-0,5 [-1,4; 0,4]

El grado de preocupación se mide en una escala del 1 (nada de preocupación) al 10 (máxima preocupación).

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

de: desviación estándar

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

Para el grupo intervención el grado en el que a los alumnos les preocupa acabar borrachos en una fiesta ha aumentado de manera estadísticamente significativa después de la intervención (8,0% pre vs. 8,7% post), en cambio esta mejora no se observa para el grupo control que no ha recibido la intervención.

**Pregunta 41, 46 y 47. ¿Qué grado de importancia tiene para ti, ...?**

	CONTROL N = 534					INTERVENCIÓN N = 550				DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS	
	PRE N = 269		POST N = 265			PRE N = 284		POST N = 266			Cambio intervención – Cambio control
	N	Media (de)	N	Media (de)	p- valor <sup>1</sup>	N	Media (de)	N	Media (de)		
... cepillarte los dientes?	267	8,6 (1,8)	263	8,3 (1,9)	<b>0,045</b>	283	8,6 (1,8)	266	8,9 (1,6)*	<b>0,029</b>	-0,5 [-1,1; 0,1]
... comer sano?	267	8,3 (1,7)	262	8,1 (1,9)	0,176	282	8,2 (1,9)	266	8,7 (1,7)*	<b>0,003</b>	-0,6 [-1,2; 0,04]
... hacer deporte?	263	8,3 (2,0)	265	8,0 (2,5)	0,052	283	8,7 (1,9)	266	8,7 (1,8)*	0,425	-0,3 [-1,0; 0,3]

El grado de interés se mide en una escala del 1 (nada de interés) al 10 (máximo interés).

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

de: desviación estándar

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

Para el grupo intervención aumenta de manera estadísticamente significativa el grado de importancia que tiene para los adolescentes cepillarse los dientes (8,6 pre vs. 8,9 post, p-valor=0,029) y comer sano (8, 2pre vs. 8,7 post, p-valor=0,003), después de la intervención. Solo se mantiene igual el grado de importancia que tiene hacer deporte (8,7 pre vs. 8,7 post, p-valor=0,425). En cambio, para el grupo control, que no ha recibido la intervención, el grado de importancia que tienen todos los aspectos disminuye, aunque solo lo hace de manera estadísticamente significativa para cepillarse los dientes.

# **Anexo 43**

Análisis preguntas cuestionario MAPAS (Hábitos y estilos de vida)



A continuación, se presenta el análisis de las otras 13 preguntas de esta subescala.

**Pregunta 12. ¿Cuántas horas al día utilizas las redes sociales: Facebook, Instagram, Whatsapp, twitter, ...?**

	CONTROL N = 534					INTERVENCIÓN N = 550					DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS
	PRE N = 269		POST N = 265		p- valor <sup>1</sup>	PRE N = 284		POST N = 266		p- valor <sup>1</sup>	Cambio intervención – Cambio control
	N	%	N	%		N	%	N	%		(IC 95%) <sup>2</sup>
Menos de 2 horas	102	38,8	78	29,8	0,150	95	33,9	97	36,8*	0,498	-11,5 [-27,5; 4,5]
Entre 2 y 4 horas	73	27,8	91	34,7		101	36,1	102	38,6		4,4 [-11,5; 20,3]
Entre 5 y 8 horas	55	20,9	58	22,1		50	17,9	42	15,9*		3,3 [-9,9; 16,4]
Más de 8 horas	33	12,5	35	13,4		34	12,1	23	8,7*		4,3 [-6,5; 15,0]
<b>Total</b>	<b>263</b>	<b>100,0</b>	<b>262</b>	<b>100,0</b>		<b>280</b>	<b>100,0</b>	<b>264</b>	<b>100,0</b>		

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

No se observa un cambio estadísticamente significativo en el número de horas al día en que los adolescentes utilizan las redes sociales ni para el grupo control y tampoco para el grupo intervención. Pero si se puede observar que la mayoría están entre 2 y 4 horas al día.



**Pregunta 13. ¿Con cuánta frecuencia comes alimentos de “comida rápida” tipo pizzas, hamburguesas, patatas de bolsa, ...?**

	CONTROL N = 534					INTERVENCIÓN N = 550					DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS
	PRE N = 269		POST N = 265		p- valor <sup>1</sup>	PRE N = 284		POST N = 266		p- valor <sup>1</sup>	Cambio intervención – Cambio control
	N	%	N	%		N	%	N	%		(IC 95%) <sup>2</sup>
Casi nunca	39	14,8	36	14,0	0,954	13	4,6	28	10,6	<b>0,008</b>	-6,9 [-17,1; 3,4]
1 vez al mes	56	21,3	61	23,7		60	21,3	63	23,8		-0,4 [-14,4; 13,6]
1 vez a la semana	114	43,3	112	43,6		119	42,3	120	45,3		-3,3 [-20,0; 13,4]
Entre 2 y 3 veces por semana	48	18,3	42	16,4		78	27,8	48	18,1		7,4 [-5,9; 20,8]
Más de 4 veces por semana	6	2,3	6	2,3		11	3,9	6	2,3		1,7 [-3,8; 7,1]
<b>Total</b>	<b>263</b>	<b>100,0</b>	<b>257</b>	<b>100,0</b>		<b>281</b>	<b>100,0</b>	<b>265</b>	<b>100,0</b>		

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

Para el grupo intervención el porcentaje de alumnos que declaran que casi nunca comen alimentos de “comida rápida” ha aumentado de manera estadísticamente significativa después de la intervención (4,6% pre vs. 10,6% post), en cambio esta mejora no se observa para el grupo control que no ha recibido la intervención.

**Pregunta 14. En tu entorno de amigos, ¿te ves obligado a hacer lo que ellos hacen?**

	CONTROL N = 534				p- valor <sup>1</sup>	INTERVENCIÓN N = 550				p- valor <sup>1</sup>	DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS  Cambio intervención – Cambio control  (IC 95%) <sup>2</sup>
	PRE N = 269		POST N = 265			PRE N = 284		POST N = 266			
	N	%	N	%		N	%	N	%		
Sí	1	0,4	7	2,7	0,099	9	3,2	13	4,9	0,261	0,6 [-4,8; 5,9]
No	202	75,4	197	74,6		215	75,7	209	78,6		-3,6 [-18,0; 10,8]
A veces, depende de las situaciones	65	24,2	60	22,7		60	21,1	44	16,5		3,1 [-10,7; 16,8]
<b>Total</b>	<b>268</b>	<b>100,0</b>	<b>264</b>	<b>100,0</b>		<b>284</b>	<b>100,0</b>	<b>266</b>	<b>100,0</b>		

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

No se observan diferencias estadísticamente significativas ni para el grupo control ni para el grupo intervención en la respuesta que los alumnos dan a la pregunta de si en su entorno de amigos se ven obligados a hacer lo que ellos hacen. Se puede observar que la gran mayoría de ellos dicen no sentirse obligados hacer lo que hacen los demás.

### Pregunta 15. ¿Te sientes aceptado por tu grupo de amigos?

	CONTROL N = 534					INTERVENCIÓN N = 550					DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS
	PRE N = 269		POST N = 265		P- valor <sup>1</sup>	PRE N = 284		POST N = 266		P- valor <sup>1</sup>	Cambio intervención – Cambio control
	N	%	N	%		N	%	N	%		(IC 95%) <sup>2</sup>
Sí	245	91,7	235	89,0	0,252	257	90,5	235	88,4	0,326	-0,3 [-10,5; 10,0]
No	9	3,4	7	2,7		14	4,9	11	4,1		0,09 [-6,3; 6,5]
En general, no me importa	13	4,9	22	8,3		13	4,6	20	7,5		0,5 [-7,6; 8,7]
<b>Total</b>	<b>267</b>	<b>100,0</b>	<b>264</b>	<b>100,0</b>		<b>284</b>	<b>100,0</b>	<b>266</b>	<b>100,0</b>		

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

No se observan diferencias estadísticamente significativas ni para el grupo control ni para el grupo intervención en la respuesta que los alumnos dan a la pregunta de si se sienten aceptados por su grupo de amigos. Aunque se observa que la mayoría dicen sí sentirse aceptados por los amigos.

**Pregunta 16. ¿Puedes expresar abiertamente con tus amigos que no quieres hacer una cosa planteada por los demás, como por ejemplo negarte a fumar un cigarrillo?**

	CONTROL N = 534					INTERVENCIÓN N = 550					DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS
	PRE N = 269		POST N = 265		p- valor <sup>1</sup>	PRE N = 284		POST N = 266		p- valor <sup>1</sup>	Cambio intervención – Cambio control
	N	%	N	%		N	%	N	%		(IC 95%) <sup>2</sup>
Sí lo puedo decir, pero acabo haciendo lo mismo que los demás	9	3,4	18	6,9	0,135	16	5,8	21	7,9	0,712	1,2 [-6,7; 9,1]
No puedo decirlo, mejor no decir nada	10	3,8	16	6,1		7	2,5	8	3,0		1,8 [-4,6; 8,2]
Normalmente puedo expresar mi opinión y se respeta	71	27,0	59	22,6		65	23,4	65	24,4		-5,7 [-20,1; 8,7]
Puedo decir no y no pasa nada	173	65,8	168	64,4		190	68,3	172	64,7		1,3 [-14,8; 17,4]
<b>Total</b>	<b>263</b>	<b>100,0</b>	<b>261</b>	<b>100,0</b>		<b>278</b>	<b>100,0</b>	<b>266</b>	<b>100,0</b>		

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

No se observa un cambio estadísticamente significativo en la respuesta de esta pregunta ni para el grupo control y tampoco para el grupo intervención. Se observa que mayoritariamente los adolescentes han respondido que pueden decir no y por ello no pasa nada.

**Pregunta 28. ¿Qué sueles escoger para comer cuando te entra el hambre entre comidas?**

	CONTROL N = 534					INTERVENCIÓN N = 550					DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS
	PRE N = 269		POST N = 265		p- valor <sup>1</sup>	PRE N = 284		POST N = 266		p- valor <sup>1</sup>	Cambio intervención – Cambio control
	N	%	N	%		N	%	N	%		(IC 95%) <sup>2</sup>
Bollería	110	41,0	126	47,6	0,131	118	41,6	117	44,0	0,564	4,1 [-12,7; 20,8]
Lácteos	90	33,5	107	40,4	0,098	83	29,2	83	31,2*	0,614	4,9 [-10,9; 20,8]
Fruta	108	40,2	101	38,1	0,630	100	35,2	77	29,0*	0,116	4,2 [-11,9; 20,3]
Patatas, palomitas, ...	85	31,6	94	35,5	0,343	105	37,1	103	38,7	0,696	2,3 [-13,9; 18,4]
Embutido	90	33,5	87	32,8	0,878	87	30,6	104	39,1	<b>0,037</b>	-9,1 [-25,0; 6,9]

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

No se observa un cambio estadísticamente significativo en lo que suelen escoger los adolescentes para comer cuando les entra el hambre entre comidas, ni para el grupo control ni para el grupo intervención. Aunque se observa que lo que más suelen escoger es bollería tanto en el grupo control como intervención.

### Pregunta 29. ¿Cómo de importante es para ti ser aceptado por los demás?

	CONTROL N = 534					INTERVENCIÓN N = 550					DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS
	PRE N = 269		POST N = 265		p-valor <sup>1</sup>	PRE N = 284		POST N = 266		p-valor <sup>1</sup>	Cambio intervención – Cambio control (IC 95%) <sup>2</sup>
	N	%	N	%		N	%	N	%		
	Total	267	100,0	264	100,0	282	100,0	266	100,0		
Mucho	114	42,7	82	31,1	<b>0,035</b>	121	42,9	100	37,6	0,346	-6,4 [-22,8; 9,9]
Bastante	89	33,3	106	40,1		110	39,0	104	39,1		6,5 [-9,8; 22,9]
Poco	53	19,9	58	22,0		40	14,2	52	19,5		-3,3 [-16,4; 9,9]
Nada	11	4,1	18	6,8		11	3,9	10	3,8		2,8 [-4,2; 9,9]

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

Para el grupo intervención la respuesta que los alumnos dan a esta pregunta se ha mantenido igual antes y después de la intervención, en cambio para el grupo control, que no ha recibido la intervención, la respuesta ha variado de manera estadísticamente significativa en el post (p-valor=0,035).

### Pregunta 30. ¿A qué hora considerarías que es tarde para irse a dormir un día de clase normal?

	CONTROL N = 534					INTERVENCIÓN N = 550					DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS
	PRE N = 269		POST N = 265		p-valor <sup>1</sup>	PRE N = 284		POST N = 266		p-valor <sup>1</sup>	Cambio intervención – Cambio control (IC 95%) <sup>2</sup>
	N	%	N	%		N	%	N	%		
	Total	268	100,0	255	100,0	283	100,0	265	100,0		
22:00h	47	17,5	33	12,9	<b>0,009</b>	25	8,8	35	13,2	0,084	-9,4 [-20,6; 1,9]
23:00h	98	36,6	67	26,3		96	33,9	95	35,9		-13,1 [-28,8; 2,7]
24:00h	69	25,7	85	33,3		83	29,3	83	31,3		4,4 [-10,9; 19,8]
Más tarde de las 24:00h	54	20,2	70	27,5		79	27,9	52	19,6		14,6 [0,3; 28,9]

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

Para el grupo intervención la respuesta que los alumnos dan se ha mantenido igual antes y después de la intervención sin diferencias estadísticamente significativas, aunque se observa un mayor porcentaje de adolescentes que piensan que a las 22 horas ya es una hora tarde para irse a dormir un día de clase normal tras la intervención. En cambio para el grupo control, que no ha recibido la intervención, la respuesta ha variado de manera estadísticamente significativa en el post disminuyendo dicho porcentaje (p-valor=0,009).

### Pregunta 32. ¿Cómo te resulta hacer nuevas amistades?

	CONTROL N = 534					INTERVENCIÓN N = 550					DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS  Cambio intervención – Cambio control  (IC 95%) <sup>2</sup>
	PRE N = 269		POST N = 265		p- valor <sup>1</sup>	PRE N = 284		POST N = 266		p- valor <sup>1</sup>	
	N	%	N	%		N	%	N	%		
Fácil	154	57,7	150	57,7	0,831	136	48,6	139	52,6	0,389	-5,0 [-21,8; 11,8]
A veces difícil	78	29,2	80	30,8		86	30,7	82	31,1		0,6 [-14,8; 16,1]
Me da mucho vergüenza	35	13,1	30	11,5		58	20,7	43	16,3		2,6 [-9,5; 14,6]
<b>Total</b>	<b>267</b>	<b>100,0</b>	<b>260</b>	<b>100,0</b>		<b>280</b>	<b>100,0</b>	<b>264</b>	<b>100,0</b>		

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

No se observa un cambio en cómo les resulta a los adolescentes hacer nuevas amistades ni para el grupo control y tampoco para el grupo intervención. Se observa que a la mayoría les resulta fácil.

**Tabla XX. ¿En qué grado te preocupa ...? (P37, P38, P39, P40)**

	CONTROL N = 534					INTERVENCIÓN N = 550					DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS
	PRE N = 269		POST N = 265		p- valor <sup>1</sup>	PRE N = 284		POST N = 266		p- valor <sup>1</sup>	Cambio intervención – Cambio control
	N	Media (de)	N	Media (de)		N	Media (de)	N	Media (de)		(IC 95%) <sup>2</sup>
... tener problemas con las drogas?	269	8,9 (2,6)	264	9,0 (2,4)	0,317	282	9,2 (2,1)	266	9,5 (1,5)*	<b>0,041</b>	-0,2 [-0,9; 0,6]
... quedarte sin amigos?	269	8,2 (2,6)	263	8,0 (2,6)	0,138	283	8,5 (2,4)	266	8,5 (2,2)*	0,407	-0,3 [-1,1; 0,5]
... no acabar tus estudios?	268	9,0 (1,8)	265	8,8 (1,9)	0,109	284	9,2 (1,7)	266	9,1 (1,6)*	0,383	-0,2 [-0,7; 0,4]
... no tener una buena imagen personal? (pelo feo y sucio, dientes sucios, oler mal, ...)	269	8,7 (2,0)	265	8,5 (2,0)	0,094	283	8,7 (2,0)	266	8,8 (1,5)	0,122	-0,4 [-1,1; 0,2]

El grado de preocupación se mide en una escala del 1 (nada de preocupación) al 10 (máxima preocupación).

<sup>1</sup> p-valor al comparar pre y post dentro de los grupos control e intervención.

<sup>2</sup> El cambio entre post - pre para el grupo intervención menos el cambio entre post - pre para el grupo control. De manera que una diferencia negativa indica un cambio mayor en el grupo intervención.  
de: desviación estándar

\* p-valor < 0,05 al comparar el post del grupo control vs el post del grupo intervención

Para el grupo intervención el grado en el que a los alumnos les preocupa tener problemas con las drogas ha aumentado de manera estadísticamente significativa después de la intervención (9,2% pre vs. 9,5% post), en cambio esta mejora no se observa para el grupo control que no ha recibido la intervención. No obstante, después de la intervención el grado en el que a los alumnos les preocupa quedarse sin amigos, o no acabar sus estudios, o no tener una buena imagen personal, no ha variado respecto a la opinión que tenían antes.





# **Anexo 44**

Análisis preguntas cuestionario satisfacción (sobre el diseño)



Si analizamos las preguntas 1, 2 y 3 por separado se observa en las tres preguntas la misma tendencia, que el centro 6 y 4 son los que presentan valores más altos en las respuestas, mientras que los centros 3 y 5 presentan valores menores de manera estadísticamente significativa (p-valor<0,05).

De manera global, la puntuación media de la pregunta 1 fue de 8,6 (de: 1,5), de la pregunta 2 también fue de 8,6 (de: 1,6) y de la pregunta 3 fue de 8,8 (de: 1,5).

**Tabla 4. Adolescentes según si les han gustado o no los talleres recibidos.**

	N	Sin datos	Mínima puntuación	Media	Desviación estándar (de)	Máxima puntuación
<b>P1. ¿Te han gustado los talleres recibidos?</b>	288	8	1	8,6	1,5	10
Instituto 6	117	2	4	8,9	1,2	10
Instituto 3	62	1	3	8,0*	1,7	10
Instituto 5	27	1	1	8,0*	2,2	10
Instituto 4	82	4	5	8,8	1,2	10

\* p-valor<0,05

**Tabla 5. Adolescentes según si les han parecido interesantes los temas tratados.**

	N	Sin datos	Mínima puntuación	Media	Desviación estándar (de)	Máxima puntuación
<b>P2. ¿Te han parecido interesantes los temas tratados?</b>	288	8	1	8,6	1,6	10
Instituto 6	117	2	4	8,9	1,4	10
Instituto 3	62	1	3	8,1*	1,7	10
Instituto 5	27	1	1	7,8*	2,2	10
Instituto 4	82	4	5	8,8	1,2	10

\* p-valor<0,05

**Tabla 6. Adolescentes según si les han gustado o no los materiales utilizados.**

	N	Sin datos	Mínima puntuación	Media	Desviación estándar (de)	Máxima puntuación
<b>P3. ¿Los materiales utilizados te han gustado?</b>	288	8	1	8,8	1,5	10
Instituto 6	117	2	3	9,0	1,3	10
Instituto 3	62	1	4	8,3*	1,7	10
Instituto 5	27	1	1	8,4*	2,0	10
Instituto 4	82	4	5	8,9	1,5	10

\* p-valor<0,05



# **Anexo 45**

Análisis preguntas cuestionario satisfacción (metodología)



Si analizamos las preguntas 4 y 5 por separado se observa, para la pregunta 4, la misma tendencia que se ha venido dando hasta ahora, que el centro 6 y el 4 son los que presentan valores más altos en las respuestas, mientras que los centros 3 y 5 presentan valores menores de manera estadísticamente significativa ( $p\text{-valor}<0,05$ ). En cambio, para la pregunta 5, solo el centro 6 es el que presenta valores más altos de manera estadísticamente significativa en las respuestas respecto a los otros tres centros.

De manera global, la puntuación media de la pregunta 4 fue de 8,6 (de: 1,9) y de la pregunta 5 también fue de 8,3 (de: 2,0).

**Tabla 8. Adolescentes según si les ha gustado o no que se vaya rotando por grupos.**

	N	Sin datos	Mínima puntuación	Media	Desviación estándar (de)	Máxima puntuación
<b>P4 ¿Te ha gustado que se vaya rotando por grupos?</b>	288	8	0	8,6	1,9	10
Instituto 6	117	2	1	8,9	1,6	10
Instituto 3	62	1	0	8,1*	2,1	10
Instituto 5	27	1	0	7,7*	2,7	10
Instituto 4	82	4	2	8,7	1,6	10

\*  $p\text{-valor}<0,05$

**Tabla 9. Adolescentes según si les ha parecido bien o no el tiempo dedicado a cada taller.**

	N	Sin datos	Mínima puntuación	Media	Desviación estándar (de)	Máxima puntuación
<b>P5. ¿Te ha parecido bien el tiempo dedicado a cada taller?</b>	288	8	0	8,3	2,0	10
Instituto 6	117	2	0	9,1	1,5	10
Instituto 3	62	1	0	7,6*	2,2	10
Instituto 5	27	1	1	7,3*	2,8	10
Instituto 4	82	4	2	8,1*	2,0	10

\*  $p\text{-valor}<0,05$





# **Anexo 46**

Aprobación Comisión académica de doctorado de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de  
la Universitat Internacional de Catalunya



Sra. Marian Cerezuela Torre  
Av. Francesc Macià 143, esc A, 2n 4a  
08292 Esparraguera - BARCELONA

Benvolguda Sra.

Per la present, li comunico que la Comissió Acadèmica del Doctorat en Recerca en Salut, en la seva sessió del 22 de novembre de 2012, i un cop estudiada la seva sol·licitud ha acordat:

S'acorda admetre a la Sra. María de los Ángeles Cerezuela Torre al Període de Recerca del Doctorat en Recerca en Salut.

S'acorda aprovar el Projecte de Tesi titulat "Promoción de la salud en adolescentes y su incorporación en la toma de decisiones", i nomenar la Dra. Maria Dolors Navarro Rubio com a Directora de la Tesi.

Adicionalment, s'informa que la normativa de la UIC estableix que cal obtenir una avaluació favorable del Comitè d'Ètica en la Recerca, abans de la posada en marxa de la investigació. Haurà d'aportar aquest informe quan l'obtingui.

Aprofito l'avinentesa per saludar-la cordialment,



Carlos Velilla Giménez  
Secretari Acadèmic  
Facultat de Medicina i Ciències de la Salut

Sant Cugat del Vallès, 29 de novembre de 2012



# **Anexo 47**

Aprobación Comité de ética de la Investigación de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de  
la Universitat Internacional de Catalunya





Comitè  
d'Ètica  
de Recerca

Universitat  
Internacional  
de Catalunya

### CARTA APROVACIÓ PROJECTE PEL CER

Codi de l'estudi: INF-2013-01

Versió del protocol: 1.2

Data de la versió: 09/05/13

Títol: "Promoción de la salud en adolescentes y su incorporación en la toma de decisiones"

Sant Cugat del Vallès, 17 de maig de 2013

**Investigadora: M<sup>a</sup> Angeles Cerezuela Torre**

**Títol de l'estudi: "Promoción de la salud en adolescentes y su incorporación en la toma de decisiones"**

Benvolgut(da),

Valorat el projecte presentat, el CER de la Universitat Internacional de Catalunya, considera que, des del punt de vista ètic, reuneix els criteris exigits per aquesta institució i, per tant, ha

**RESULT FAVORABLEMENT**

emetre aquest CERTIFICAT D'APROVACIÓ per part del Comitè d'Ètica de la Recerca, per que pugui ser presentat a les instàncies que així ho requereixin.

Em permeto recordar-li que si en el procés d'execució es produís algun canvi significatiu en els seus plantejaments, hauria de ser sotmès novament a la revisió i aprovació del CER.

Atentament,

**Dr. Josep Argemí**  
**President CER-UIC**





