

Recontextualización de los discursos sobre salud en los escolares

Recontextualisation of speeches on health to schoolchildren

"

Miguel Company Morales^{1*}

¹Servicio Andaluz de Salud, Universidad de Almería. España.

*Correo electrónico: miguelcompanymorales@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Es poco lo que se conoce sobre cómo son recibidos e interpretados por los escolares los mensajes sobre promoción de la salud emitidos por las instituciones sociales.

Objetivo: Analizar la influencia de los mensajes procedentes del discurso de las instituciones sociales en la construcción de las ideas sobre la salud de los escolares.

Método: Estudio observacional descriptivo e interpretativo bajo el paradigma cualitativo de investigación. La muestra es no probabilística intencionada o racional, no discriminante y equitativa, compuesta por 27 escolares de la enseñanza secundaria obligatoria. El trabajo de campo se ha desarrollado en tres centros educativos. Como instrumentos principales se seleccionaron el grupo focal, la observación participante y las notas de campo, lo que permitió realizar una triangulación de los datos. Se realizó un análisis de contenido del discurso de los escolares con la ayuda del software QRS N-Vivo 10. Para describir este proceso pedagógico de adaptación del discurso social sobre la salud se tuvieron en cuenta los conceptos de recontextualización y biopedagogía desarrollados por Basil Bernstein y Valerie Harwood, basados en Michael Foucault.

Resultados: La madre de los escolares y los medios de comunicación son los agentes sociales más influyentes en sus ideas sobre salud. Los escolares vinculan estar delgado con estar sano y tener obesidad con estar enfermo.

Conclusiones: Tras la recontextualización realizada, los escolares asumieron que se puede conseguir un estado óptimo de salud mediante el control del peso corporal. La asunción de estos discursos biopedagógicos puede favorecer relaciones conflictivas entre los escolares y su cuerpo.

Palabras clave: salud pública; obesidad; recontextualización; biopedagogía; insatisfacción corporal.

ABSTRACT

Introduction: We know little about how the messages about health promotion issued by social institutions are being received and interpreted by schoolchildren.

Objective: To analyze the influence of messages from the discourse of social institutions in the construction of ideas about the health of schoolchildren.

Method: Observational, descriptive and interpretative study under the qualitative research paradigm. The sample is non-probabilistic, intentional or rational, non-discriminatory and equitable composed by 27 students of compulsory secondary education. Fieldwork has been developed in three educational centers. As main tools were chosen the focal group, participating observation and field notes, thus allowing to perform a triangulation of the data. A content analysis of the discourse of schoolchildren was carried out with the help of QRS N-Vivo 10 software. To describe this pedagogical process of adapting the social discourse on health were taken into account the concepts of recontextualisation and biopedagogy that has been developed by Basil Bernstein and Valerie Harwood based on Michael Foucault researches.

Results: The mother of schoolchildren and the media are the most influential social agents in their ideas about health. Schoolchildren link being thin with being healthy and obesity with being sick.

Conclusions: After the recontextualisation, the students assume that an optimal state of health can be achieved by controlling body weight. The assumption of these biopedagogical discourses can favor conflicting relations among the schoolchildren and their body.

Keywords: public health; obesity; recontextualisation; biopedagogy; body dissatisfaction.

Recibido: 14/04/2017

Aceptado: 16/05/2017

INTRODUCCIÓN

Actualmente existe en el discurso público de España una gran preocupación en torno a los temas de salud.⁽¹⁾ Estas preocupaciones impulsan campañas y estrategias que prescriben el estilo de vida asociado con las actitudes que los ciudadanos deben adoptar, particularmente con la actividad física y la alimentación.^(2,3) Las autoridades sanitarias atribuyen la mayoría de problemas de salud a una supuesta disminución en la actividad física, una dieta incorrecta y el exceso de sedentarismo.^(4,5,6)

Como sugieren diferentes autores, el objetivo de la promoción de la salud es mejorar las condiciones de salud de la población mediante estrategias que provean a las personas de las habilidades y conocimientos necesarios para adoptar un estilo de vida saludable.^(7,8,9) En este escenario, se desarrollan estrategias de promoción de la salud para fomentar hábitos saludables en la población escolar, basados en el fomento de la actividad física y una alimentación equilibrada.⁽¹⁰⁾ Por otro lado, se está empezando a poner de relieve que un gran número de personas, tanto jóvenes como adultos, están experimentando sentimientos de insatisfacción corporal y una relación problemática con la alimentación.^(11,12) Estas circunstancias plantean interrogantes en cuanto a si las iniciativas de las instituciones oficiales, originadas para la promoción de la salud, en realidad están ayudando a la población, y concretamente a la población escolar, a tener una mejor calidad de vida física, psíquica y social.

A pesar de la enorme variedad y el volumen de iniciativas políticas asociadas a estos imperativos de salud, es conocido relativamente poco de la forma en que esas condiciones están siendo adaptadas en cada contexto. Es decir, se sabe poco sobre cómo están siendo recibidas, interpretadas y reconfiguradas por los usuarios de las instituciones sanitarias y educativas. Para explorar e interpretar este proceso de adaptación del discurso oficial sobre la salud en el contexto específico de la escuela, se utilizó el concepto de “recontextualización” desarrollado por Bernstein.^(13,14) Este autor hizo un análisis detallado del discurso pedagógico y ofreció una descripción compleja de la recontextualización del conocimiento. Ese análisis del discurso pedagógico aborda la producción, distribución y reproducción del conocimiento oficial.

Los procesos pedagógicos en los que el cuerpo se convierte en materia prima para el conocimiento y las normas que regulan la calidad de vida son examinados en el presente trabajo. Para explorar estos procesos se asumió el concepto de “biopoder” desarrollado por Foucault.^(15,16,17,18,19) También se tuvo en cuenta el término “biopedagogía”, para añadir las

prácticas pedagógicas a la idea de biopoder, atendiendo a Wright y Harwood.⁽²⁰⁾ Estas prácticas biopedagógicas sobre el cuerpo se realizan en diferentes espacios sociales que no están forzosamente relacionados con las instituciones educativas y sanitarias. Los podemos encontrar todos los días alrededor nuestro, en la web, en la televisión, la radio, pancartas publicitarias, etc. En estos sitios se enseña a los escolares a dar sentido y explicar sus vidas como seres humanos, influyendo en su manera de actuar sobre sí mismos y sobre otras personas.

La presente investigación tiene como objetivo explorar el impacto que sobre los escolares tienen los discursos sobre promoción salud. Así también, analizar la influencia que los mensajes sobre la salud, procedentes del discurso de las instituciones sociales, tienen en la construcción del conocimiento y las ideas que los escolares poseen sobre el cuerpo y la salud.

MÉTODOS

Diseño

El proceso de formación de las ideas sobre salud en las personas viene estructurado por fenómenos discursivos que incluyen prácticas personales y grupales que engloban diferentes dimensiones y variables sociales.⁽²¹⁾ Con la intención de explorar las percepciones de los escolares sobre la salud y su cuerpo se ha diseñado la presente investigación bajo los criterios de un estudio social, siguiendo una metodología cualitativa. En el presente estudio se tuvieron en cuenta las recomendaciones sobre investigación cualitativa descritas por diferentes autores^(22,23,24) y, por ello, se ha intentado captar el significado en el discurso de los escolares de una forma flexible e inductiva, de lo particular a lo general.^(25,26)

Como instrumento principal se eligió el grupo focal, porque presenta numerosas ventajas:

- promueve la interacción,
- ofrece información de primera mano,
- estimula la participación,
- posee un carácter flexible y abierto,
- presenta la posibilidad de observar los comportamientos no verbales, y
- favorece la intersubjetividad y la reflexividad.

El diseño de los grupos focales siguió las recomendaciones metodológicas de varios autores.^(23,25,27,28,29,30,31) Los grupos estuvieron compuestos por diez, nueve y ocho escolares, respectivamente. Las notas de campo y la observación en profundidad sobre el tema de estudio han completado los instrumentos metodológicos, permitiendo realizar una “triangulación” entre métodos que han verificado o refutado los datos de los grupos focales.⁽²³⁾

Muestra, participantes y contexto

Tanto la muestra de los centros educativos, como los escolares participantes en la investigación, se seleccionaron mediante muestra no probabilística intencionada o racional.⁽³²⁾ Se realizó una selección equitativa y no discriminante de la muestra, pues era la que mejor representaba el objeto de estudio y no solo la más accesible.

El estudio se realizó en tres centros educativos de diferentes puntos geográficos de la provincia de Almería, con el objetivo de obtener una representación social amplia. No se convocó un cuarto grupo por saturación de la información.^(29,30,31) Los veintisiete escolares que participaron en el estudio pertenecen a 1º, 2º, 3º y 4º curso de la enseñanza secundaria obligatoria (ESO). Las invitaciones y consentimiento para participar se recogieron con una semana de antelación para poder cubrir cualquier eventualidad.

Para realizar el trabajo de campo se contactó con personas que sirvieran de enlace con la dirección de los centros educativos. Se realizaron tres reuniones con los colaboradores para ofrecerles información sobre el proyecto, la metodología que seguirían los grupos y la necesidad de participantes. Esta etapa del trabajo se desarrolló entre los meses de diciembre de 2015 y marzo de 2016.

En cada reunión con los grupos el moderador daba la bienvenida e informaba a los participantes y se aseguraba de tener el consentimiento para grabar la voz y video de los escolares. Posteriormente el moderador hacía preguntas claves para la investigación con la intención de orientar la discusión. Al finalizar un tema de discusión, el moderador hacía un pequeño resumen del discurso del grupo y exponía los consensos y disensos. Esto daba lugar a finalizar el discurso y poder orientar la conversación hacía otras temáticas. Durante las reuniones también estaban presentes dos investigadores realizando observación. Estas anotaciones se triangulaban posteriormente con las transcripciones de los discursos de los escolares. Las reuniones duraban entre 50-55 minutos.

Categorización y análisis de los datos

Los discursos producidos por los escolares fueron grabados en formato digital de audio y video. Dos de los investigadores tomaron notas y observaron el lenguaje no verbal de los participantes mientras otro investigador realizaba labores de moderación. La observación ayudó a referenciar la intervención de cada uno de los participantes reseñando el minuto de intervención, el nombre del escolar y las palabras claves de su intervención. Las transcripciones de los grupos fueron realizadas por un transcriptor profesional. Para realizar la codificación del contenido de los discursos de los escolares se utilizó el programa informático QRS N-Vivo 10.

Siguiendo los esquemas analíticos en investigación cualitativa recomendados por Atkinson y Hammersley,⁽¹⁸⁾ Ruíz⁽¹⁹⁾ y Flick,⁽²¹⁾ fue desarrollado un proceso de análisis que sirvió de soporte para explicitar la realidad de los discursos de los escolares, describir las relaciones entre los discursos y sintetizar los datos en un todo organizado. Durante el trabajo de codificación se realizó un proceso de síntesis y agrupamiento en diferentes categorías analíticas que trataban sobre un mismo tema discursivo.⁽²³⁾

Finalmente, tras el examen de contenido estuvieron creadas las bases para realizar un análisis interpretativo del discurso desde una visión hermenéutica.⁽³³⁾ Esta visión global de los grupos de discusión ayudó a relacionar los valores y creencias emanadas de los discursos de los escolares con diferentes teorías sociales. Ello permitió fluir desde el entorno “micro” de los discursos de los escolares al entorno “macro” de la teorización social, desde la categorización “emic” a la conceptualización “etic”, por lo tanto, desde lo particular a lo general.⁽³⁴⁾

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El discurso de los escolares

El contenido del discurso de los escolares se ha codificado en 21 categorías analíticas, las que, a su vez, se han agrupado en seis grandes temáticas. Las temáticas con mayor codificación en el discurso de los escolares han versado sobre las “Ideas sobre salud” y los “Comentarios sobre su cuerpo”, como puede corroborarse en la figura 1. La categoría que más referencias de codificación obtuvo fue “Autoestima y autoconcepto”. Le siguen las categorías “Concepto sobre salud” y “Actividad física y alimentación equilibrada”.

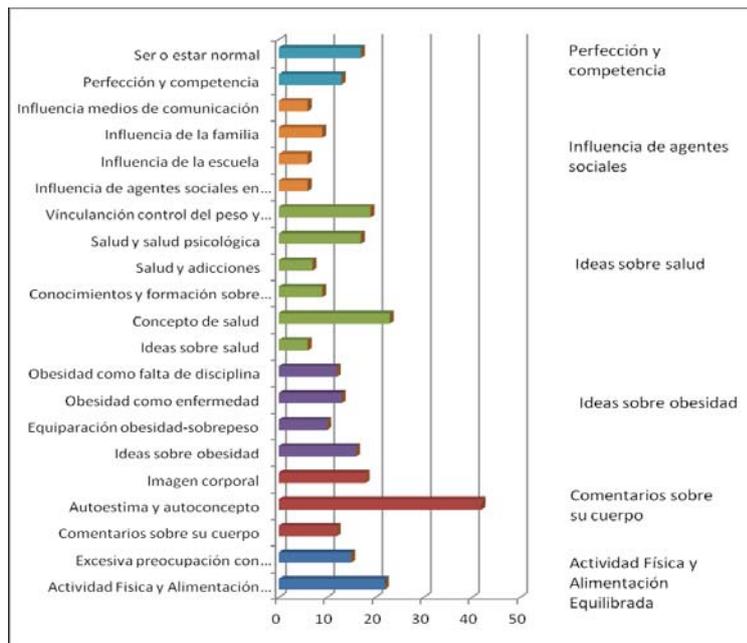


Fig. 1. Principales temáticas y categorías de análisis en los tres grupos de discusión

Las niñas y los niños han tenido una presencia similar en la discusión de la mayoría de las temáticas. Aunque en la figura 2 puede observarse que el discurso de las niñas fue más relevante en varias de las categorías de análisis. Las niñas hicieron referencia en más ocasiones a temas relacionados con “Imagen corporal”, “Ideas sobre obesidad”, “Vinculación control del peso y salud” y “Concepto de salud”. En el caso de los niños su discurso tuvo más presencia en los temas, “Actividad física y alimentación equilibrada”, “Excesiva preocupación con ejercicio y alimentación” y “Salud y salud psicológica”.

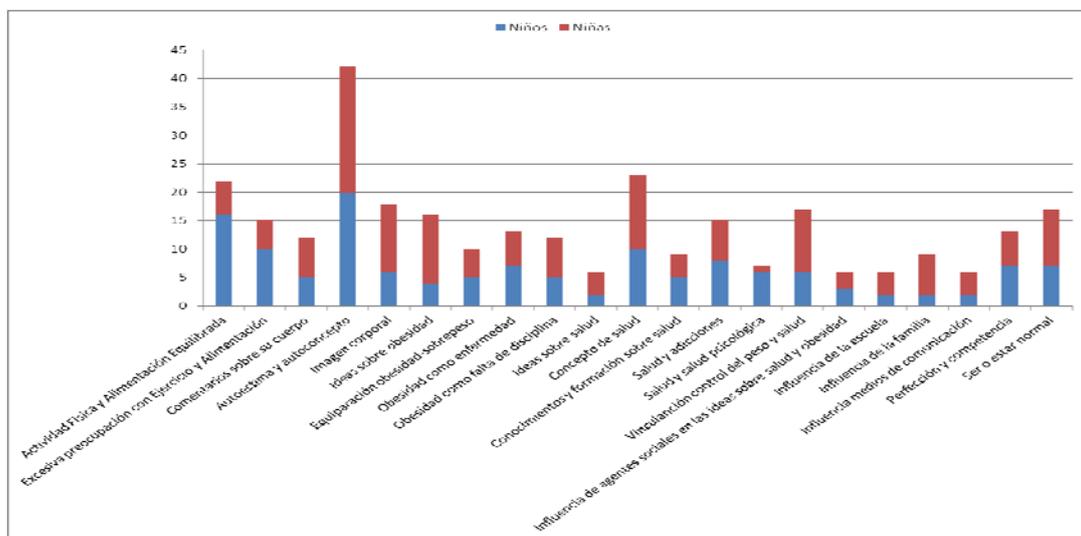


Fig. 2. Participación según sexo en las categorías de análisis de los tres grupos focales.

La influencia de la familia en las ideas sobre la salud

En su discurso, la mayoría de los escolares afirmaron que las ideas sobre la salud las obtenían de sus padres, principalmente de su madre. Estos resultados están en consonancia con Marina⁽³⁰⁾ y Coloma,⁽³¹⁾ que indican que la familia es la primera fuente de socialización y aprendizaje para los niños y niñas.

Atendiendo a las reflexiones de los participantes de nuestro estudio, se observó que los escolares son dirigidos diariamente desde diferentes “espacios pedagógicos”. Los conocimientos sobre salud se transmiten por medio de una pedagogía de la vida, a la cual es posible llamar biopedagogía. La familia se presenta como la primera institución social que ejerce prácticas biopedagógicas sobre los escolares. Pero, según las respuestas del alumnado, los medios de comunicación, y la televisión en concreto, son la segunda influencia después de la familia.

Los medios de comunicación como agente normalizador del concepto salud

Diferentes autores concluyen que, en la actualidad, las campañas publicitarias y los medios de comunicación son las fuentes de información habituales para las familias en temas de salud.⁽³⁵⁾ Los medios de comunicación como agentes colaboradores en campañas sanitarias o como divulgadores científicos recontextualizan el discurso oficial emitido desde la ciencia médica. Estos discursos de los medios de comunicación pueden llegar a los escolares directamente, pero en un primer momento parece más influyente la opinión recontextualizada de sus padres.⁽¹⁴⁾

Los medios de comunicación mantienen discursos sobre la salud que probablemente están asentando prácticas biopedagógicas que son recontextualizadas por las familias de los escolares. Estos discursos infunden una necesidad de control corporal que produce insatisfacción en la mayoría de los adolescentes del estudio, principalmente en las niñas. Evans, Rich y Devis^(6, 35) mantienen que con estas prácticas discursivas se corre el riesgo de que los jóvenes entiendan que se puede alcanzar un estado perfecto de salud con el control corporal del peso.

Se detectó que se está produciendo una normalización de las ideas sobre la salud vinculadas al autocontrol del peso corporal como vehículo para alcanzar la salud.

Vinculación de la salud con el control del peso corporal

La mayoría de los escolares opinan que para estar sano la clave se encuentra en mantener un equilibrio entre la ingesta calórica y el gasto de energía corporal. Sin embargo, obvian otros determinantes en salud como el bienestar psíquico y social. Los escolares reproducen un modelo biomédico mecanicista del cuerpo humano transmitido en la formación de los profesionales sanitarios.⁽³⁶⁾ Sin embargo, este resultado no es exclusivo de la presente investigación, pues en otros estudios sociológicos se han obtenido conclusiones similares.⁽³⁵⁾ La importancia otorgada por los escolares al control del peso corporal está influenciada por la importancia que nuestra sociedad otorga al control del cuerpo. Autores como el filósofo francés Michael Foucault⁽¹⁵⁻¹⁹⁾ también exploraron los discursos que fomentan el control social y la medicalización del cuerpo como extensión de la medicalización de los problemas sociales.^(15,16,17,18,37) En esta línea, Wright y Harwood⁽²⁰⁾ plantean que estos discursos se enmarcan dentro de una pedagogía de la vida (biopedagogía).

La promoción de la salud basada en el control corporal y el miedo a enfermar es un claro ejemplo de esta medicalización. Los discursos en promoción de la salud se basan habitualmente en mensajes impactantes con la finalidad de fomentar cambios conductuales en materia de salud. Esta visión catastrofista del cuidado de la salud parece contraproducente. Pensamos que desde el punto de vista de la bioética es cuestionable la legitimidad de estos discursos. Estos mensajes orientan a los individuos hacia la consecución de unos objetivos en salud sin preocuparse del proceso de fomentar una verdadera conciencia de valores sobre la persona y su cuerpo. Este tipo de visión puede generar consecuencias que favorezcan otros problemas de salud. Algunos estudios indican que cada vez más personas jóvenes están experimentando sentimientos de insatisfacción corporal y una relación problemática con la alimentación.⁽¹¹⁾ Esta relación problemática puede desembocar en una percepción de la imagen corporal fuera del patrón social de normalidad.⁽¹⁵⁾ Otros investigadores han concluido que los adolescentes, y las niñas en particular, suelen percibirse con mayor peso al real, lo que está asociado a un nivel de autoestima más bajo y un mayor grado de insatisfacción corporal.⁽³⁸⁾

CONCLUSIONES, UTILIDADES Y LIMITACIONES

Las ideas que los escolares tienen sobre la salud han sido recontextualizadas a partir de los conocimientos que les transmiten su entorno familiar y los medios de comunicación,

principalmente, una visión del cuerpo contenida dentro de un concepto mecanicista del mismo.

La educación para salud basada en programas de promoción de la actividad física y la alimentación equilibrada parece insuficiente para fomentar hábitos saludables y la consecución de un estado integral de salud física, psíquica y social. Además, se entiende que puede fomentar procesos de estigmatización y exclusión social sobre todo en niñas. Nuestra investigación ha perseguido la comprensión de las percepciones de los escolares sobre la salud. Esta contribución al conocimiento de este fenómeno puede ayudar a orientar las estrategias en educación para la salud entorno a otras estructuras que no estén cimentadas exclusivamente en el cuerpo y la vida. La salud debe convertirse en parte de nuestro proyecto biográfico y el aprendizaje de hábitos saludables debe ser un proceso y no un objetivo finalista.

Nuestra investigación ha tenido la limitación de no explorar el contexto de recontextualización de los discursos realizado por las familias de los escolares, principalmente su madre. Una vez terminado este trabajo de investigación emerge la necesidad de conocer la voz del entorno familiar de los escolares para poder dar significación contextualizada a sus ideas sobre la salud.

Agradecimientos

Se agradece la participación de los escolares y los centros educativos. Sin su voz, este estudio no se hubiera podido realizar.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
2. Organización Mundial de la Salud. Estrategia global sobre dieta, actividad física y salud. Ginebra: OMS; 2004.
3. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso; 2015. Acceso: 03/02/2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

4. Gard M, Wright I. The obesity epidemic. Science, morality and ideology. Londres: Routledge; 2005.
5. Gard M. The end of the epidemic obesity. New York: Routledge; 2011.
6. Evans J, Rich E, Davies B. Education, Disordered Eating and Obesity Discourse. Fat fabrications. Londres: Routledge; 2008.
7. García DS. Promoción de salud de carácter gerontagógico en la atención primaria. Revista Cubana de Salud Pública; 2017.
8. Álvarez-Dardet C. Treinta años de la promoción de la salud. Un desafío vigente; 2017. Acceso: 25/01/2018. Disponible en: <https://web.ua.es/es/congreso-iupsalud-alicante2017/documentos/sintesis-conferencias/conferencia-1-carlos-alvarez.pdf>
9. Franco JV, Doria NG, Karageorgiadis EV, Bógus CM, Akerman M. Mapa conceptual como herramienta de debate sobre la política nacional de la promoción de salud. Universidad de Alicante. Proyecto Universidad Saludable; 2017.
10. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de promoción de la salud en la escuela. Madrid; 2017. Acceso: 02/08/2017. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Promocion_Salud_Escuela.htm
11. Goñi A, Rodríguez A. Trastornos de la conducta alimentaria, práctica deportiva, y autoconcepto físico en adolescentes. Actas Españolas de Psiquiatría 2004; 32:29-36.
12. Díaz Martínez X, Mena Bastías C, Chavarría Sepúlveda P, Rodríguez Fernández A, Valdivia-Moral P. Estado nutricional de escolares según su nivel de actividad física, alimentación y escolaridad de la familia. Revista Cubana de Salud Pública 2017;39:640-50.
13. Bernstein B. Clases, códigos y control: la estructura del discurso pedagógico. Madrid: Morata; 1990.
14. Bernstein B. Pedagogía, control simbólico e identidad. Madrid: Morata; 1998.
15. Foucault M. El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica. Madrid: Siglo XXI; 2007.
16. Foucault M. Nacimiento de la biopolítica. Curso en el Collège de France 1978-1979. Buenos Aires: Fondos de Cultura Económica; 2007.
17. Foucault M. La arqueología del saber. Buenos Aires: Siglo XXI; 2005.
18. Foucault M. Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión. Buenos Aires: Siglo XXI; 2005.
19. Foucault M. La vida de los hombres infames. Buenos Aires: Altamira; 1993.
20. Wright J, Harwood V. Biopolitics and the “Obesity Epidemic”. Governing Bodies. New York: Routledge; 2009.

21. Boixareu RM. De la antropología filosófica a la antropología de la salud. Barcelona: Herder; 2008.
22. Atkinson P, Hammersley M. Ethnography and Participant Observation. In: Denzin N, Lincoln Y, eds. Handbook of Qualitative Research. California: Thousand Oaks; 1994:248-61.
23. Ruíz JI. Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto; 2003.
24. Velasco H, Díaz de Rada A. La lógica de la investigación etnográfica. Un modelo de trabajo para etnógrafos de escuela. Madrid: Trotta; 2004.
25. Flick U. Introducción a la investigación cualitativa. Madrid: Morata; 2007.
26. Cadenas DM. El rigor en la investigación cualitativa: Técnicas de análisis, credibilidad, transferibilidad y confirmabilidad. Sinopsis Educativa Revista venezolana de investigación 2016;7:17-26.
27. Prieto Rodríguez MA, March Cerdá JC. Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. Atención Primaria. 2002;29:366-73.
28. García Calvente MM, Mateo Rodríguez I. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. Atención Primaria. 2000;25:115-22.
29. Rolfe G. Validity, trustworthiness and rigour: quality and the idea of qualitative research. Journal of advanced nursing 2006;53:304-10.
30. Denzin N, Lincoln Y. The Sage Handbook of Qualitative Research. In: Introduction The Discipline and Practice of Qualitative Research. Thousand Oaks: Sage Publications; 2005.
31. Corbin J, Strauss A. Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory: Sage publications; 2014.
32. Vélez R, Ramos E, Hernández V, Carmena E, Navarro J. Métodos estadísticos en ciencias sociales. Madrid: Ediciones Académicas; 2004.
33. Van Dijk T. El discurso como interacción social. Barcelona: Gedisa; 2008.
34. Harris M. El desarrollo de la teoría antropológica. Una historia de las teorías de las culturas. Madrid: Siglo XXI; 2003.
35. Martín E, Moreno JL. Conflictos sobre lo sano: un estudio sociológico de la alimentación en las clases populares en Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud; 2005.
36. Ávila NLP, Gómez LCH, Labrador CP, González RO, Toledo SH. La formación médica en Promoción de Salud desde el enfoque de los determinantes sociales. Revista Cubana de Medicina General Integral 2017; 36.

37. Forcades i Vila T. La medicalización de los problemas sociales. Revista Cubana de Salud Pública. 2012; 38:803-9.

38. Perrin EM, Boone-Heinonen J, Field AE, Coyne-Beasley T, Gordon-Larsen P. Perception of overweight and self-esteem during adolescence. International Journal of Eating Disorders. 2010; 43:447-54.

Conflictos de intereses

El autor del presente artículo declara que no tiene conflictos de intereses.