PARANINFO DIGITAL
MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
ISSN: 1988-3439 - AÑO VIII – N. 20 – 2014
Disponible en: http://www.index-f.com/para/n20/169.php

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.
Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "JÓVENES Y SALUD ¿Combatir o compartir los riesgos?" **Cualisalud 2014 - XI Reunión Internacional – I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud**, reunión celebrada del 6 al 7 de noviembre de 2014 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Competencias y activos en salud de los adolescentes marroquíes en el sureste español**

Autores Diego *Ruiz Salvador*, Encarnación *Soriano Ayala*
Centro/institución Grupo de Investigación HUM-665, Universidad de Almería
Ciudad/país Almería, España
Dirección e-mail rsd375@ual.es

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

El tradicional enfoque de la salud pública orientado a la prevención está dando un cambio hacia la salud positiva. La antigua tendencia, centrada en la protección, la prevención y el énfasis en la reducción de los factores de riesgo o generación de barreras para la enfermedad se está reorientando hacia una forma de ver las acciones en salud, focalizada en lo biopsicosocial, muy ligado al origen y desarrollo de la Atención Primaria de Salud y en aquello que hace que las personas, las familias y las comunidades aumenten el control sobre su salud y la mejoren. En este modelo que revitaliza la promoción de la salud va a ganar valor la idea de activos para la salud o el patrimonio de las personas y las sociedades para tener, mantener o mejorar la salud.[1]

En los primeros años de la vida de las personas, esta visión positiva de la salud encuentra un espacio idóneo para su comprensión. En los momentos y contextos más idóneos del desarrollo vital, el abordaje de la promoción de la salud desde la óptica de los activos será más proclive a dar resultados en salud. Concentrar esfuerzos en las etapas o situaciones clave del crecimiento facilita aprender a vivir más saludablemente. Por eso destacamos el trabajo de la promoción de la salud hacia la Infancia y la adolescencia, en busca del aprendizaje y las competencias para afrontar retos de la vida.[2] Por otro lado, la potencialidad del crecimiento y desarrollo vital saludable puede ser fortalecida si existe una base segura para vivir. Pensar en una base segura para crecer nos permite otro enfoque de los activos para la salud basado en el apego y estímulo del proceso de desarrollo de niños y niñas a partir de los primeros años de vida.[3]

La salud positiva es una forma de ver las acciones en salud focalizando la mirada hacia aquello que hace que las personas, las familias y las comunidades aumenten el control sobre su salud y la mejoren. Aunque pueda parecer utópico, por medio de la búsqueda de un enfoque de salud positiva lo que hacemos es trabajar para que las personas vivan más felices. En esta forma de planificar y actuar en la salud pública gana valor la idea de los activos para la salud y las teorías relacionadas con la Salutogénesis y el origen de la salud, que avalan que las personas son capaces de hacer cosas por su salud aprendiendo a responder a los retos del ambiente.[1] Un activo para la salud se puede definir como cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar.[4,5]

El reto actual consiste en potenciar la capacidad para colaborar y detectar los recursos, costumbres y elementos culturales y ambientales ya existentes en las comunidades y en las personas que las integran y conectar mejor nuestros conocimientos y habilidades con la ciudadanía e instituciones para responder a las necesidades e intereses de las personas a lo largo de todo el devenir de su vida.[1]

Los comportamientos en salud de los individuos, familias y comunidades (Modelo Factorial del Sentido de la Coherencia) implican:

1. la comprensión de lo que acontece,
2. la visión de las propias habilidades para manejarlo
3. la capacidad de convertir lo que se hace en satisfactorio y con significado para la vida; además identificó la capacidad de resistir(resistencia o resiliencia) entendida como respuesta a los retos del ambiente.[6]

Esta base segura de crecimiento en salud está fuertemente ligada a las relaciones parentales, ayudar a las personas menores de edad a sentirse miembros de una familia, a tener confianza, para controlar o gestionar sus sentimientos, a ser competentes (desarrollar sus propias competencias) y cooperativos, o generar un clima social y familiar en el que los niños y niñas se sientan responsables y aceptados puede predecir un futuro más saludable.

Los trabajos e investigaciones de Lindstrom y Eriksson sobre hábitos de salud, salutogénesis en los escolares han permitido obtener e identificar la lista de activos para la salud en los escolares. La lista se obtuvo desarrollando una investigación empírica que permitió saber cuáles eran los activos que de modo más redundante aparecían entre la opinión de los chicos y chicas.

- Desarrollo de actividad física
- Peso en rango normalizado
- Salud sexual
- Autopercepción de salud
- Autopercepción de felicidad
- Contribuir con la comunidad
- Relaciones positivas en la familia
- Valores sociales positivos
- Buenas relaciones con los pares
- Percepción significativa de la vida
- Satisfacción con la vida
- Interrelación con otros
- No evidencia de depresión
- No tentativas de suicidio
- No problemas de salud mental o emocional
- No embarazo precoz.[2]

En la actualidad, el Search Institute (www.search-institute.org/assets/forty.htm) está generando ejemplos e identificando 40 activos a reforzar en la infancia, la adolescencia y la juventud que se sustentan sobre la base de cuatro bloques de activos externos o "sociales" y otros cuatro bloques de activos internos o "personales".

Activos externos

• Apoyo
• Seguridad y respeto
• Límites y expectativas
• Uso constructivo del tiempo

Activos internos

• Compromiso de aprendizaje
• Valores positivos sanos
• Capacidad social
• Identidad positiva y control.[1]

Otras investigaciones en líneas similares aportan ejemplos en Nicaragua y España, sobre los activos para la salud (figura tanto personales, como sociales, que han sido identificados por los jóvenes. En Nicaragua, a partir de la Encuesta Nacional de Juventud y en Huelva (España) a partir de una investigación etnográfica diseñada expresamente para ello.[7,8.]

Podemos definir cuatro estrategias básicas para la promoción de la salud:

- Educación sanitaria. Son actuaciones dirigidas por profesionales para modificar las conductas de las personas. Por ejemplo: una clase de preparación al parto en que la matrona informa a embarazadas sobre la dieta que deben seguir.
- Medidas legislativas. Actuaciones dirigidas a proteger las comunidades, pero dirigidas por profesionales o políticos. Por ejemplo: la directiva del Parlamento Europeo acerca de la prohibición de publicidad sobre el tabaco.
- Empoderamiento: Tratan de conseguir el desarrollo personal de los individuos para que sean capaces de llevar una vida saludable. Parten de las necesidades de las personas involucradas y los profesionales actúan como facilitadores y prestan apoyo. Por ejemplo: talleres sobre práctica de sexo más seguro con jóvenes mediadores en población de riesgo.
- Desarrollo comunitario: Se dirigen a la comunidad en su conjunto. Directamente o a través de líderes para aumentar sus conocimientos en salud y sus habilidades sociales para participar en el control de los factores que les afectan.[9]

Como grupo de investigación orientado al análisis de la salud intercultural observamos cómo en muchos de los fracasos en gestión sanitaria aparece un denominador común en el que suelen repetirse situaciones de:

- Dificultad para identificar cuándo la orientación cultural influye sobre las competencias en salud.
- Falta de entendimiento del comportamiento de personas culturalmente distintas, con objetivos y motivaciones dispares a los nuestros.
- Dificultad para adaptarse a la perspectiva de otra cultura.
- Dificultades para adaptar los conocimientos de nuestra cultura.
- Escasa conciencia de las características y sesgos más importantes de la cultura propia.[10]

Nuestro objetivo es determinar las competencias y/o activos en salud que presentan los adolescentes marroquíes en la provincia de Almería. Este análisis forma parte del proyecto: Educación para la Salud Transcultural en los Jóvenes Inmigrantes y Autóctonos de Almería: Análisis e intervención para su optimización y mejora, financiado por le Plan Nacional de I+D+I del Ministerio de Economía y

Competitividad (Ref: EDU2011-26887) del grupo de investigación HUM-665 de la Universidad de Almería.

Metodología

A través del análisis descriptivo – interpretativo de tipo cualitativo tanto del discurso como de las imágenes aportadas por quince informantes marroquíes de la provincia de Almería (Anexo 1). Lo cualitativo cobra sentido dado que el objetivo no reside únicamente en el acto de conocer la salud de los adolescentes sino que intentamos dar cuenta de la realidad y comprender su naturaleza más que explicarla o predecirla.[11] Por todo ello, resulta obvio que el interés de la investigación no reside en la generalización de los resultados.

En la investigación con adolescentes destaca la necesidad de estrategias para enfrentarse a los retos de forma creativa. Destaca las herramientas relacionadas con el uso del ordenador y de la imagen como photo-elliciting, video dialogue, photo voice – como formas para potenciar la creación de relaciones con las que las y los jóvenes parecen sentirse más a gusto.[12]

El concepto de photo voice fue desarrollado por Wang y Burris en 1994 y fue definido por los mismos como un:

> "*proceso en el que los individuos utilizan la cámara para fotografiar sus actividades de salud diaria y sus realidades de trabajo, centrándose en los temas de mayor preocupación con el fin de comunicar estas cuestiones a los responsables políticos, proveedores de salud y defensores influyentes con posibilidades de movilización para llegar a lograr cambios al respecto*"[13].

El carácter de esta técnica facilita enormemente el proceso de triangulación, básico y dar validez y credibilidad a un estudio, al protegerse de las tendencias del investigador y de confrontar y someter a control recíproco relatos de diferentes informantes.[14]

En nuestro caso se ha procedido a una triangulación de datos procedente de una técnica multifásica (como es la photo voice) ya que se toman como fuentes de información las fotos aportadas por las y los participantes, las entrevistas semi-estructuradas realizadas en base a las fotografías y las notas de la investigadora. A su vez también se lleva a cabo una triangulación teórica e interdisciplinar al emplear varias perspectivas interpretativas procedentes de diferentes disciplinas para analizar los datos.

Por último, mencionar que la photo voice ha sido identificada como una de las técnicas de participación comunitaria seleccionadas por su adecuación para explorar los activos en salud.[15] Esto refuerza la decisión de utilizarla como herramienta de investigación en este estudio. Para el análisis del discurso se ha utilizado el paquete informático ATLAS.ti 7.1.8

Resultados

En el caso de los Activos Externos en nuestros informantes debemos destacar:

• Apoyo: En este ámbito cabe destacar tres pilares básicos: Por un lado, el apoyo de amigos y compañeros del entorno; en este caso, encontramos que no hay grandes dificultades para establecer relaciones con iguales de diferente cultura; sin embargo para aspectos que atañen a valores profundos les resulta más fácil contar con personas de su grupo cultural al tiempo que, a nivel familiar, se ofrecen menos reticencias a las

relaciones entre marroquíes que aquellas que incluyen a iguales de otros orígenes:

> *En mi grupo de amigos estamos marroquíes, españoles e incluso guineanos. Pero sólo estoy con los marroquíes en su casa y salimos, con el resto sólo me relaciono en el instituto. Ir a casa de una española por ejemplo no, sólo me dejarían mis padres si es amiga y conocida por ellos; pero si no, si ellos no conocen a sus padres no. Cuando es una chica marroquí aunque no la conozcan si les digo que es una chica muy buena y demás sí que me dejan. Con los guineanos y demás igual que con los españoles.* 425:475 (ID)

En lo que respecta a la salud, son conscientes de la influencia que las relaciones pueden tener sobre la adquisición y mantenimiento de hábitos salubres y no:

> *…no tengo muchas amistades, no salgo mucho, sólo con los niños buenos, hay muchos niños malos que tienen trece años y ya fuman. En cambio los amigos del fútbol no fuman, si fumas no se puede entrenar, ellos no fuman.* 27:475 (SN)

La familia es un pilar importante como fuente de apoyo, la mayor parte de las decisiones importantes deben ser consensuadas con la familia pero al tiempo es origen de discrepancias, choque generacional y distintos niveles de aculturación dan lugar a distintos puntos de vista:

> *En la familia nos llevamos bien no hay problemas importantes. A mis padres hay cosas que no se las explico porque son cosas de españoles y no las entienden. También si tengo conflictos en el instituto, cuando tengo problemas suelo consultarlo con los hermanos, y algunas cosas con mi madre*. 296:475 (OS)

> *En la familia fenomenal, con mis hermanos y demás. Cuando tengo que contar algo íntimo cuentos con mis amigas, he tenido compañeros pero no tengo novio, … También otras chicas pero no son muy amigas del alma. Sólo marroquíes españolas no tengo amigas sólo compañeras, no creo que tenga nunca porque no estoy acostumbrada a sus cosas, es más difícil las marroquíes nos entendemos mejor.* 380:475 (HH)

• Seguridad y respeto: En el caso de las chicas es reiterativa la percepción de inseguridad en entornos externos en los que temen tanto por su integridad física como a ser evaluadas en cuanto a su identidad y valores como mujer marroquí:

> *Del entorno a veces no me gusta que haya mucha gente, cuando salgo a pasear a veces no me gusta Algunos son mala gente y como a otros no los conozco, mis padres entonces no me dejan salir a pasear, sólo puedo salir a la calle con mi hermana o mi madre. Si quiero ir sola al final me dejan pero entonces la gente (también marroquíes) me miran como yo no sé…[] … te miran de otra forma. Cuando son casi todos marroquíes te miran mal y de otra forma y no te gusta…. Sobre todo por la noche, y cuando hay mucha gente; entonces no tengo ganas de pasear con tanta gente por allí. Cuando vas sola los marroquíes te miran de otra forma, como si fueras mala, como si no tuvieras padre, se creen que como tú no tienes padre o eres mala pues sales con los hombres. Piensan mal,*

empiezan a hablar entre ellos, los hombres y no me te sientes bien…(59:475) *(NA)*

Es más habitual en el caso de los varones la percepción de cómo las relaciones, y su vinculación con conductas poco saludables, influyen directamente como condicionante de su propia seguridad y respeto. Perciben la presión de grupo a la hora de tomar decisiones que repercutan a su propia salud y esto es interpretado como un peligro:

Del entorno creo que es peligroso el tabaco, el alcohol o las drogas, no me importa estar con gente que lo hagan pero si mi ofrecen yo no quiero. Cuando salimos los fines de semana a veces hay peleas porque la gente cuando bebe se pone agresiva ahí. 138:475 (KH)

• Límites y expectativas: En este caso, se evidencia un gran interés por aprovechar el proyecto migratorio como recurso para obtener el mayor éxito profesional posible. Valores que son reiterados por sus progenitores, y que los adolescentes expresan como compromiso hacia su grupo familiar, aunque a veces aparecen discrepancias:

..estudio segundo de ESO, de mayor quiero ser médico o policía, mis padres prefieren que sea médico. 32:475 (SN)

*Con mis amigos y familia bien, aunque a veces la familia te exigen cosas como no entrar tarde a casa, que estudie y todo eso porque mi padres trabajan en la agricultura y me dicen: " Mira queremos que seas algo más que nosotros".*142:475 (KH)

De mayor me gustaría ser mecánico, se me da bien, a veces arreglo algunas cosas. 302:475 (OS)

De mayor me gustaría hacer algún ciclo sobre administración o algo así. 338:475(FA)

• En cuanto al uso constructivo del tiempo, los adolescentes marroquíes relatan cómo deben aprovecharlo para obtener un buen nivel académico en relación al compromiso familiar que hemos definido previamente:

Estudio por la tarde cuando llego a casa, a veces unas dos horas. Saco buenas notas pero en geografía no muy buenas, el viernes tengo en examen. Lo que más me gusta son las matemáticas, ciencias, tecnología, dibujo, ...la lengua no la entiendo mucho. 34:475 (SN)

En el caso de tiempo de ocio obtenemos resultados interesantes. Si bien el denominador común a todos es el desarrollo de actividades vinculadas a las nuevas tecnologías y otras actividades que implican poco desgaste físico; en el caso de los

chicos, la práctica de actividades deportivas cobra un gran protagonismo como actividad lúdico-deportiva que contrasta con la ausencia prácticamente absoluta de actividad física para el caso de las chicas. Es desarrollo de estas actividades físico-deportivas por parte de los chicos fomentan los vínculos entre pares e incrementan los recursos sociales de los mismos en contraposición a la situación de las chicas.

> *Por las tardes y noches juego al fútbol entreno los lunes, miércoles y jueves y jugamos los sábados y domingos. Hemos quedado los décimos de la liguilla. 284:475 (OS)*

> *En mi tiempo libre entreno boxeo, y también juego al fútbol, ... y también a videojuegos. 445:475* (SM)

> *En mi tiempo libre me gusta jugar:l Internet, Facebook, Tuenti, también salir con los amigos a El Ejido, Roquetas y a veces por las noches al botellón. Vamos marroquíes pero también hay españoles, compramos muchas cosas, pero yo tomo Redbull, Fanta, yo no tomo nada de alcohol porque si mis padres se enteran .... Entrar en casa borracho ... eso no. Vuelvo a casa a la hora que quiero, vamos en coche a El Ejido con algún amigo. 126:475* (KH)

Discursos con matices respecto a las chicas: ellas, además del tipo de actividad desarrollada en los tiempos de ocio, exponen pinceladas en referencia a su identidad cultural y tiempo libre al tiempo que expresan aquellas actividades que han incorporado en sus horas libres y son propias del país receptor:

> *En mi tiempo libre me gusta escuchar música, ver la tele, a veces incluso bailar. Pero también me gusta mucho hacer dulces, pasteles o algo nuevo, hago pasteles típicos de Marruecos con azúcar, aceite, harina, levadura, huevos, y miel por fuera…*407:475 (ID)

> *Hay mucho trabajo en casa, mi madre trabaja tenemos que hacernos cargo de las tareas de casa mi hermana y yo, y de los hermanos pequeños.*411:475 (ID)

> *Me encanta comprarme compra, calzado, en El Corte Inglés., ... me gusta la ropa occidental pero cuando bajo a Marruecos me tengo que vestir tradicional y no me gusta porque no estoy acostumbrada a ella. Desde que soy pequeña que me vine a España he vestido así y no estoy acostumbrada, en el instituto no se me ocurre ponerme ropa de Marruecos me gusta ser una mas con la ropa occidental.*372:475 *(HH)*

En lo que respecta a los Activos Internos encontramos:

• Valores positivos sanos: Destaca un gran interés por la salud y su mantenimiento. Se establece una relación directa entre conductas saludables y patrones culturales marroquíes acertados en algunos casos, y no tanto en otros.

> *Para estar sano es bueno comer bien, el deporte es importante y el desayuno*108:475 (KH)

> *Los alimentos buenos son la ensalada, el té, café, un poquito de carne y pescado*

*y ya está. Tambien los dulces de Marruecos que se hacen para las fiestas con azúcar, harina, un poco de levadura, un vaso de aceite y ya está, y caca , lo que no es bueno es tomar mucho aceite.*40:470 (NA)

Mi salud es buena, como sano, no fumo ni nada, no me gusta, yo paso de eso. Tomo la cachimba que da menos problemas, tiene menos malo que el tabaco o los porros imagínate lo que lleva. 344:475 (FA)

La alimentación buena es la rfisa, sopa, cuscus, tallin, y todo lo que me da de comer mi familia. 156:475 (YB)

• La capacidad social está íntimamente ligada a la información obtenida en activos como relaciones o identidad. A pesar de que hay intercambio de gran cantidad de pautas culturales españolas, sí que es verdad que aún se mantiene para las chicas marroquíes un rol más centrado en el hogar y familia. Sin embargo, en los varones es visible una mayor orientación hacia el exterior, lo que incrementa su capacidad de establecer relaciones con autóctonos e incorporar hábitos que desde su perspectiva consideran saludables aunque no siempre es el caso. Se mantiene un equilibrio inestable entre los valores de origen y los incorporados:

Cuando nos juntamos vamos de fiesta al Ejido, Roquetas, en pizzerías, nos sentamos,… vamos de botellón y tomamos de todo, hasta alcohol. Vamos en coche y volvemos a las cinco y media o las seis de la mañana. No fumo, no lo he probado nunca, la cachimba sí que me gusta. 327:475 (FA)

• Identidad positiva y control: En este sentido encontramos como norma general una óptima percepción propia y control del mismo con las situaciones críticas propias de la edad. Se defienden los rasgos identitarios propios y contemplan diferentes puntos de vista frente a su grupo cultural:

Me encuentro feliz casi siempre. Me encuentro bien 308:475 (OS)

A veces me encuentro triste cuando suspendo, me peleo con algún amigo o compañero me hace sentir mal, aunque en general me encuentro bien. 243:475 (MA)

Hay personas a las que nos les gusta nuestra cultura y tradiciones, pero las tienen que aceptar también, creen que venimos de un país pobre y nos dicen que nos volvamos allí, hay alguno racista, pero la mayoría son buena gente. 384:475 (HH)

Siempre visto con una bufanda o un pañuelo pues me hace bien cuando me lo pongo por mi religión. Cuando lo llevo puesto me siento bien, cuando no me siento rara porque estoy acostumbrada a llevarlo. 243:475 (MA)

A la gente les molesta a veces que llevemos el pañuelo bajo porque no se mira a lo ojos, pero no es una falta de respeto. 386:475 (HH)

En la familia nos llevamos bien no hay problemas importantes. A mis padres hay cosas que no se las explico porque son cosas de españoles y no las entienden. También si tengo conflictos en el instituto, cuando tengo problemas suelo consultarlo con los hermanos, y algunas cosas con mi madre. 296:475 (OS)

• Compromiso de aprendizaje en general presentan predisposición por incorporar conocimientos y competencias que puedan serles útiles. El problema surge en situaciones de choque cultural, en tales casos son totalmente conscientes de la importancia que les brindan aquellas personas que poseen competencia cultural y son capaces de abordar ciertos aspectos desde la perspectiva de la sensibilidad cultural:

Los mejores sitios y momentos del instituto son el recreo y con el orientador porque me explica muchas cosas que me gustan y Educación Física. 188:475 (YB)

En casa sí que estudio pero suspendo porque a veces no me entero, sobre todo ámbito lingüístico que me suspendió. 190:475 (YB)

Si bien el intercambio de conocimientos y competencias es más evidente en el caso de los varones, encontramos indicios suficientes para afirmar que se está produciendo un cambio importante en las chicas.

…lo único es que no hay mucho contacto con la familia y eso, por ejemplo con mi hermana, ella está en su habitación y yo en la mía pero no hablamos. Con mi madre sólo hablo si es algo importante, con mi hermana pequeña sí que me peleo y demás.
*Para las cosas importantes cuento con mis amigas y mi novio. Lo conocí hace tiempo que era amigo de una amiga mía, le dije a mi amiga que parecía muy tranquilo y guapo y se lo dijo. Yo no quería relación porque tenía miedo de lo que dijeran mis padres, nos cambiamos los números de teléfono y empezamos a hablar. A mi madre no le gustó porque decía que aún soy joven para tener novio, pero yo no quiero casarme ni nada de eso, ni siquiera estamos prometidos nos gusta estar juntos y ya está. No nos dejan salir solos, solamente hablamos por teléfono, a veces nos vemos a escondidas,…*96:475(FM)

Culturalmente responsabilizadas del mantenimiento de la identidad cultural y los valores propios del grupo, si bien de forma aparente se mantiene este rol, ahondando un poco en el discurso obtenemos indicadores interesantes. Nos llamó la atención en la revisión de las fotos que un tema que se repetía asiduamente en las habitaciones de las chicas es la ornamentación con mariposas. Al realizar las entrevistas en profundidad encontramos respuestas del tipo:

En mi habitación tengo pegada en la pared una flor y mariposas, las mariposas expresan la libertad. 388:475(HH)

Sin embargo, una vez se han analizado temas profundos y se llega a una mayor complicidad con las informantes, incluso llegan a expresar que las mariposas expresan la fuerza y delicadeza que a la vez ostentan. Como ejemplo de ello citan un viejo

proverbio chino:

> *"el aleteo de una mariposa se puede sentir al otro lado del mundo o puede causar un Tsunami"*

Llegando incluso a citar a la feminista islámica *Nasreen Amin:*

> *"Una mujer mariposa, pero no frágil, con mucha fuerza para seguir luchando, creando y enredando, utilizando el activismo digital y las herramientas que nos proporcionan la tecnología para seguir concienciando y visibilizando la situación de las mujeres en su religión: el Islam".*

> *"Nuestro destino es ser mariposas. Sin importar nuestras metas personales, para alcanzarlas hay que salir de nuestros capullos. Capullos que se llaman silencio, abuso, violencia, analfabetismo, discriminación, abandono. Capullos impuestos por el poder de otros sobre nosotras, no siempre con buenos resultados."*[16]

Discusión y Conclusión

Ya en el análisis desarrollado en 2009 sobre las estrategias adaptativas al concepto de salud en la población marroquí en el sureste de España obtuvimos resultados significativos. Una fácil adaptación a las premisas de los ámbitos periféricos (asimilando e integrando competencias) tratando de preservar y mantener los centrales como regla general (presentando una actitud predominante de separación). Pero sin una actitud de aculturación única, sino que a través de procesos adaptativos complejos con actitudes y estrategias dispares y múltiples.[17]

Ahora hemos trabajado con los descendientes de aquellos informantes, si bien las estrategias son similares, el hecho de haber y estar recibiendo un proceso educativo común a la población autóctona despierta nuevas perspectivas y puntos de vista que se hacen evidentes una y otra vez en su discurso.

Los adolescentes marroquíes cuentan con una serie de competencias y activos en salud específicos que obliga al abordaje de la promoción en los mismos de una forma individualizada. Presentan características propias no sólo respecto al grupo cultural dominante sino que incluso a sus propios progenitores al haber establecido relaciones con la cultura española de forma diferente a sus padres tanto cualitativa como cuantitativamente.

Partiendo de una idealización de los patrones de vida marroquí como cliché de vida saludable, son conscientes de la importancia de no incorporar conductas poco saludables de la cultura española que además son reprobadas en su grupo cultural; sin embargo, en este sentido, a veces las estrategias de aculturación se orientan hacia una tendencia a la asimilación sobre todo cuando dichas conductas las identifican como periféricas o poco identitarias de su grupo cultural.

Sí que merece especial mención la situación de las adolescentes de origen marroquí, consideradas garantes y con mayor responsabilidad en el mantenimiento de la identidad cultural que los varones, y a la vez conscientes de las diferentes alternativas que pueden en algún caso entrar en controversia con los patrones culturales. En definitiva, un proceso continúo adaptativo de pautas culturales propias y conocimientos y competencias identificadas como beneficiosas en relación a la salud.

Bibliografía

1. Hernán, M., Lineros, C., Morgan, A. Los activos para la salud personales, familiares y comunitarios .En: Hernán, M., Morgan, A., Mena, A. L. (Ed.) Formación en Salutogénesis y activos para la salud. Escuela Andaluza de Salud Pública Eds. 2013.

2. Lindstrom, B. & Eriksson, M. The salutogenic approach to the making of HiAP/healthy public policy: illustrated by a case study Global Health Promotion; 16; 17. 2009.

3. Bowlby, J. Apego y pérdida... Barcelona. Paidós Ibérica 1998.

4. Morgan, A. & Ziglio, E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. Promotion & Education, 2, 17-22. 2007.

5. Morgan, A., Davis, M. & Ziglio, E. Health assets in a global context: theory, methods, action. New York: Springer. 2010.

6. Antonovsky, A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International vol. 11, pp. 11-18. 1996.

7. Sánchez, D.Y., Lineros C. & Hernán M. Potenciales activos para la salud de la juventud Nicaragüense captados por la primera encuesta nacional de juventud. Gaceta Sanitaria. 33, 303. 2009.

8. Botello, B. & Hernán, M. Opiniones de los jóvenes sobre la salud mental en Huelva según el modelo de activos. Gaceta Sanitaria. 33. 96. 2009.

9. Colomer, C. Álvarez-Dardet, C. Promoción de la salud: concepto, estrategias y métodos. En Colomer, C. y Álvarez-Dardet, C. Promoción de la Salud y Cambio Social. Barcelona. Masson. 2010.

10. Ruiz Salvador, D. et al. Planificación de cuidados en población infanto-juvenil desde la perspectiva intercultural. Evaluación de competencias en salud: revisión de la bibliografía disponible. Rev. Paraninfo Digital, 2013; 19. Disponible: http://www.index-f.com/para/n19/174d.php.

11. Buendía, L., & Colás, M. P. Métodos de investigación en Psicopedagogía. Madrid. Mc Graw-Gill Interamericana de España. 1998.

12. Ricart i Masip, M. De la observació a la col.laboració. Creant dinàmiques de recerca reflexives i creatives amb joves i adolescents. En F. Hernández, Investigar con los jóvenes. Cuestiones temáticas, éticas, metodológicas y educativas (págs. 142- 146). Barcelona: ESBRINA-RECERCA. Universitat de Barcelona. 2011.

13. Wang, C. C., Morrel-Samuels, S., Hutchison, P. M., Bell, L., & Pestronk, R. M. Flint Photovoice: Community Building Among Youths, Adults, and Policymakers. American Journal of Public Health, 94(6), 911-913. 2004.

14. Aravena, M., Kimelman, E., Micheli, B., Torrealba, R., & Zúñiga, J. Investigación educativa I. Universidad Arcis. 2006.

15. Botello, B., Palacio, S., García, M., Margolles, M., Fernández, F., Hernán, M. Cofiño, R. Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. Gaceta sanitaria, 1-4. 2012.

16. Nasreem, A. Una "Mariposa en la Tormenta": Vanesa Rivera de la Fuente: Nasreem Amina. Gaceta Independiente LVI Ed. Oct-Nov 2012. Disponible en: http://lagacetaindependiente.com/una-%e2%80%9cmariposa-en-la-tormenta%e2%80%9d-vanessa-rivera-de-la-fuente-nasreem-amina/.

17. Ruiz Salvador, D. et al. Población marroquí en el sureste de España: la aculturación como estrategia adaptativa al concepto de salud. Rev. Paraninfo Digital, 2009; 6. Disponible en: http://www.index-f.com/para/n6/d001.php.