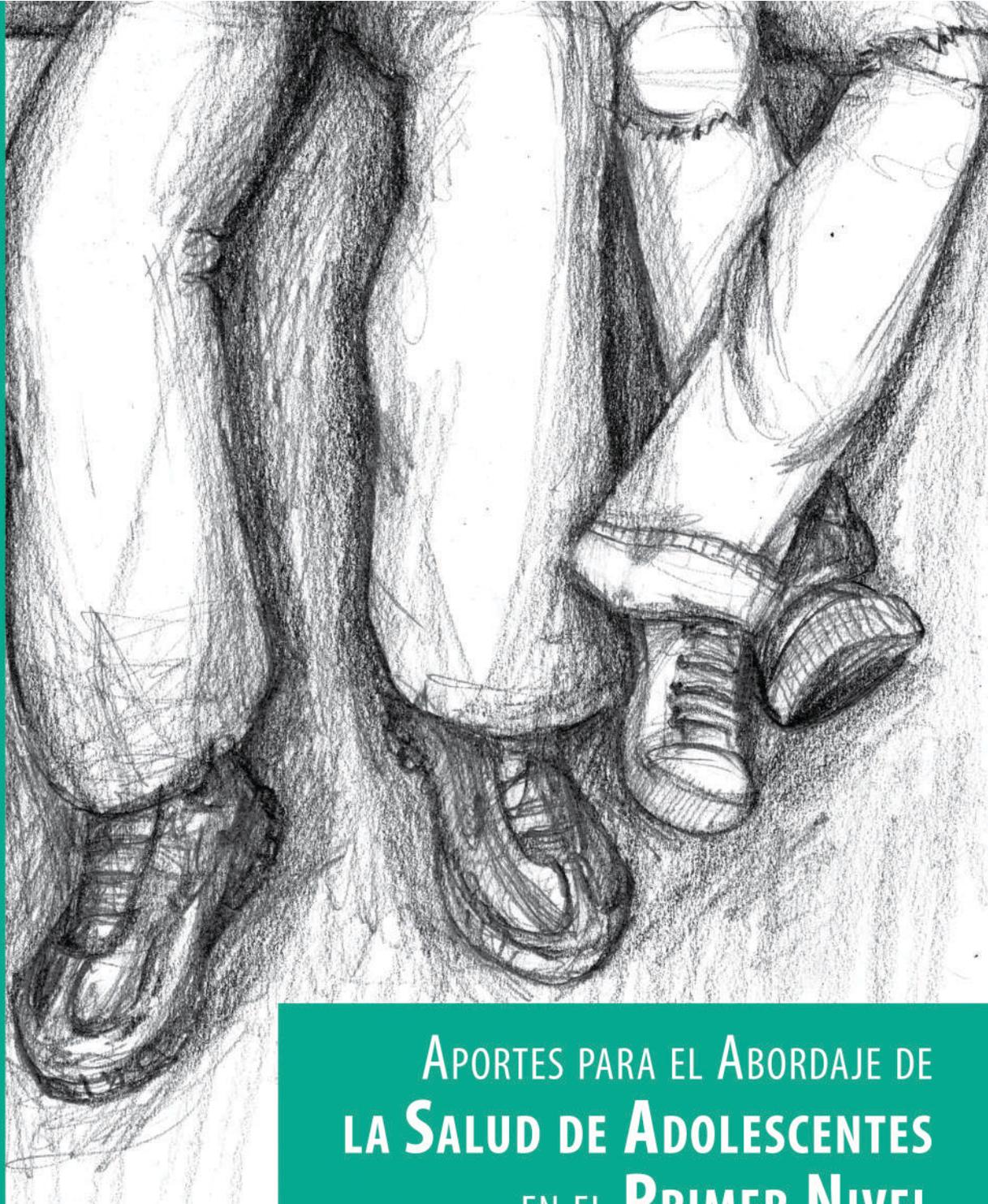


APORTES PARA EL ABORDAJE DE LA SALUD DE ADOLESCENTES EN EL PRIMER NIVEL



APORTES PARA EL ABORDAJE DE LA SALUD DE ADOLESCENTES EN EL PRIMER NIVEL



Programa Nacional
de Salud de Adolescencia
y Juventud



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



Fondo de Población
de las Naciones Unidas

APORTES PARA EL ABORDAJE DE
LA **SALUD DE ADOLESCENTES**
EN EL **PRIMER NIVEL**

APORTES PARA EL ABORDAJE DE
LA **SALUD DE ADOLESCENTES**
EN EL **PRIMER NIVEL**

AUTORIDADES:

Ministra de Salud Pública Dra. María Susana Muñiz Jiménez

Vece ministro de Salud Pública Prof. Dr. Leonel Briozzo

Directora General de la Salud Dra. Marlene Sica Márquez

Directora División de Programación en Salud Dra. Ana Noble

Directora Departamento de Ciclos de Vida Dra. Zully Olivera

Responsable Programa Nacional de Salud de Adolescencia
y Juventud Dra. Susana Grunbaum

Esta publicación se realizó con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA. Los textos no reflejan necesariamente las opiniones del UNFPA, su Junta Directiva o Estados miembros. Este documento es para distribución gratuita. Se reservan los derechos de autoría y se autorizan las reproducciones y traducciones siempre que se cite la fuente. Queda prohibido todo uso de esta obra, sus reproducciones o traducciones con fines comerciales.

ÍNDICE

PRÓLOGO, Dra. Susana Muñiz 07

INTRODUCCIÓN, Susana Grunbaum 09

Módulo 1

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LAS ADOLESCENCIAS EN EL MARCO DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD (SNIS), Dra. Yeni Hortonedá 11

CONTROL DE SALUD ADOLESCENTE, Dra. Yeni Hortonedá 34

ATENCIÓN EN SALUD FAMILIAR EN ADOLESCENTES, Lic. Vilma Magnone 50

CONSULTA DE ADOLESCENTES TRAÍDOS POR SUS PADRES O ADULTOS REFERENTES, Dra. Silvia Graña 60

Módulo 2

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, Dra. Leticia Rieppi, Dra. Stella Sollier 67

LA INCLUSIÓN DE LA DIVERSIDAD SEXUAL EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD DE ADOLESCENTES, Mag. Valeria Ramos Brum 76

EMBARAZO NO DESEADO E INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA, Dra. Mónica Gorgoroso 82

Módulo 3

SALUD MENTAL EN LA ADOLESCENCIA, Dra. Susana Grunbaum, Lic. Sandra Misol 89

SUICIDIO EN ADOLESCENTES Y JÓVENES DE 10 A 24 AÑOS EN URUGUAY, EN EL AÑO 2009, Dra. Susana Grunbaum, Dra. Silvia Graña, Dra. Adriana Misa 99

Módulo 4

CONSUMO DE SUSTANCIAS EN LA ADOLESCENCIA, Dra. Susana Grunbaum 109

Módulo 5

ATENCIÓN A LAS VIOLENCIAS EN LA ADOLESCENCIA, A.S. Mariela Solari Morales, Psc. Gabriela Bentancor 121

Módulo 6

PROMOCIÓN Y PARTICIPACIÓN EN SALUD, Maestro Diego Rossi 141

PRACTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTIVA EN LA ADOLESCENCIA, Mag. Maria Lucía Stefanelli de Bertolotto 154

GLOSARIO DE SIGLAS UTILIZADAS A LO LARGO DE LA PUBLICACIÓN 159

COORDINADORES, DOCENTES Y TUTORES A LO LARGO
DE LAS CUATRO EDICIONES DEL CURSO:

Mauricio Arduss, Mariella Bazzano, Marcos Barcellos,
Mirtha Belamendía, Gabriela Bentancour, Ruben Bouza,
Susana Cabrera, Enrique Cal, Estela de Armas, Verónica
Delbono, Andrea Fabbiani, Ana Fraga, Laura García, Andrea
Giménez, Alejandra Girona, Mónica Gorgoroso, Silvia
Graña, Susana Grunbaum, Adriana Guisolfi, Carlos Güida,
Pablo Haberkorn, Yeni Hortonedá, Patricio López, Adriana
Machado, Vilma Magnone, Sandra Misol, Pilar Moreira,
Jorge Mota, María Luz Osimani, Sergio Paz, Martha Penzo,
Julia Perea, Valeria Píriz, Valeria Ramos, Sandra Romano,
Diego Rossi, Gabriel Rossi, Leticia Rieppi, Mariela Solari,
Stella Solier, Lucía Stefanell.

AGRADECIMIENTOS:

Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer, Dirección
Departamental de Salud de Colonia, Instituto Nacional de
Juventud, Laboratorio Roemers, Liceo Nº30 de Montevideo,
Universidad de la República, OPS, UNFPA.

Diseño, maquetación e ilustraciones: **Denisse Torena**
Corrección de gramática: **Lucía Arrieta**

PRÓLOGO

Nuestros adolescentes y jóvenes son el presente y no solamente los guardianes del futuro.

Los adultos somos responsables de que encuentren un lugar creativo e innovador en la sociedad. Para ello se requiere, entre otras condiciones, que la salud en sentido amplio y la atención de salud específicamente, ofrezcan espacios para el crecimiento y desarrollo adecuado de todos los y las adolescentes del país.

El propósito de la capacitación es brindar herramientas y estimular el intercambio y la información sobre temas tan complejos y frecuentes como el consumo de alcohol y otras conductas de riesgo, encarar cuestiones como la salud mental, los vínculos con la familia y los pares, conocer las consultas por enfermedades frecuentes, graves o crónicas, prevenir y detectar la violencia en todos los ámbitos, respetar e informar sobre la sexualidad, la diversidad y la promoción de estilos de vida saludables.

Las capacidades que se adquieren en los cursos deben traducirse en acciones y programas desde el solitario lugar de un consultorio hasta las actividades participativas con cientos de jóvenes.

Por lo tanto el compromiso esperado de los profesionales de la salud con la población adolescente es inmenso y profundo!

Saludamos la publicación de este material y esperamos responda a las necesidades y expectativas de todos.

DRA. SUSANA MUÑOZ
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

“LOS JÓVENES ESTÁN MEJOR PREPARADOS PARA DESARROLLAR TODO SU POTENCIAL CUANDO ESTÁN SANOS Y BIEN FORMADOS, Y CUANDO TIENEN LA OPORTUNIDAD DE PROSPERAR Y CUMPLIR SUS ASPIRACIONES. SI CUENTAN CON EL APOYO ADECUADO PARA DESARROLLAR SU POTENCIAL, DEFINIDO MEDIANTE DECISIONES BASADAS EN SU PARTICIPACIÓN, PUEDEN SER UNA ENORME FUENTE DE PRODUCTIVIDAD, INNOVACIÓN Y DINAMISMO CREATIVO QUE ACELERE EL DESARROLLO”.

El poder de 1.800 millones. Los adolescentes, los jóvenes y la transformación del futuro. Informe de estado de la población mundial 2014, UNFPA.

INTRODUCCIÓN

El Programa Nacional de Salud de la Adolescencia y Juventud tiene entre sus cometidos contribuir a la formación de los profesionales de salud que atienden a los adolescentes.

La Reforma de la Salud que viene impulsando el Ministerio de Salud Pública en los últimos dos periodos de Gobierno, ha colocado la atención de salud de la población más joven en un lugar destacado, en el cual la atención desde el primer nivel de atención es capital.

Para lograr una atención de calidad se requiere, entre otras condiciones, profesionales preparados y motivados para abarcar los diferentes aspectos de la salud integral.

Es así que durante los años 2010 - 2013 se han realizado cuatro cursos dirigidos a los profesionales de las instituciones del Sistema Integrado de Salud para actualizar los conocimientos sobre las características de esta etapa de la vida, sus problemas de salud más frecuentes y los abordajes más adecuados.

Se presentan en esta publicación los módulos y principales temas trabajados durante estos años.

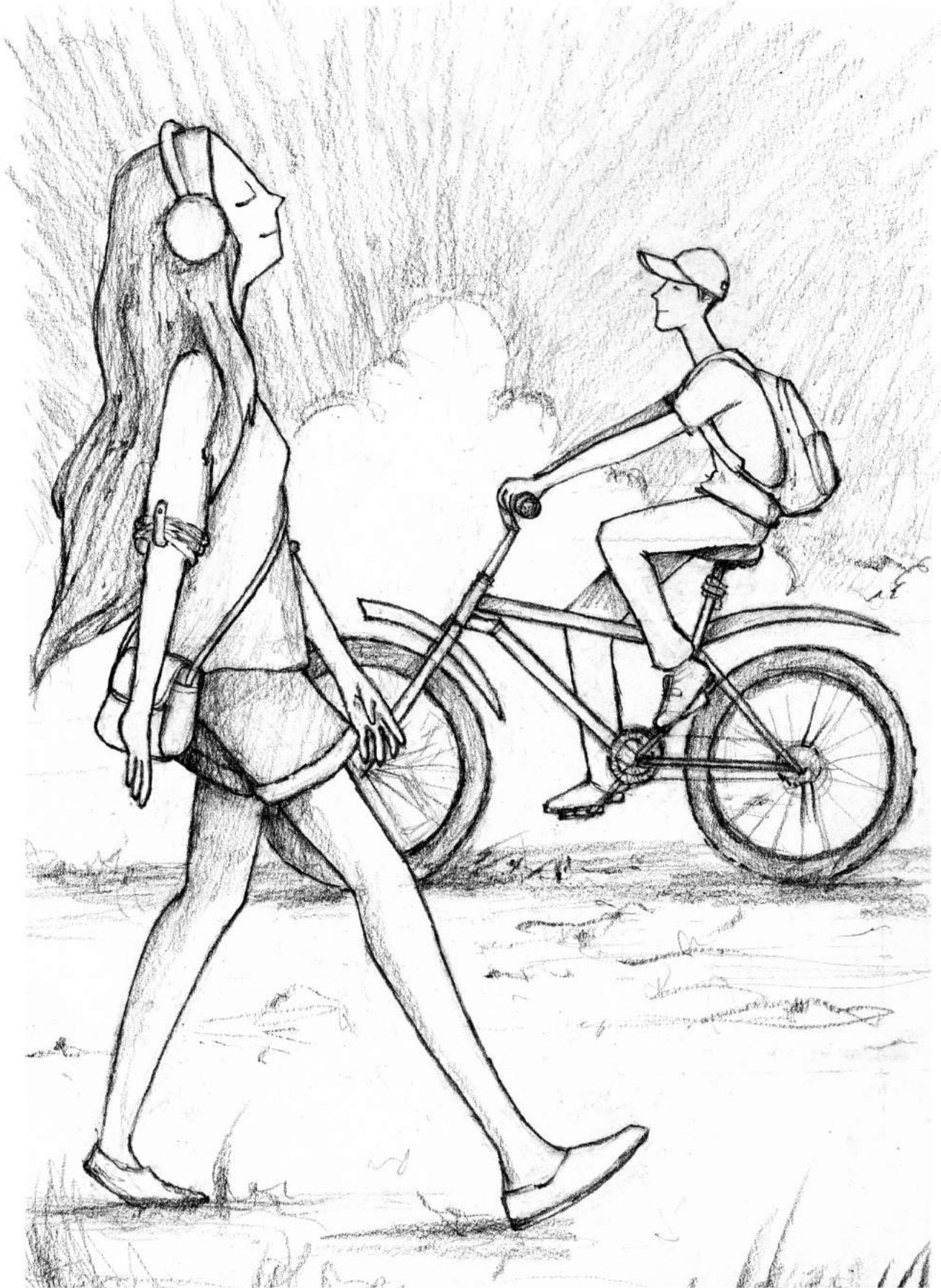
Cabe destacar la riqueza del intercambio entre y con los participantes ya sea a través de las metodologías presencial o virtual.

Se ha contado con profesionales de muy diversas disciplinas e instituciones, Programa APEX de la Universidad de la República, ONG's como Gurises Unidos, el Centro de Participación Popular y técnicos de diversas áreas del MSP. Destacamos asimismo el apoyo constante de UNFPA.

La cambiante realidad del mundo en que vivimos, los avances en la investigación, la construcción de ciudadanía y el trabajo interdisciplinario nos obligan a revisar permanente los conocimientos adquiridos cuestionando su estatus de verdad absoluta.

Por lo tanto, el presente material se ofrece abierto e inacabado para ser enriquecido con las praxis de todos.

DRA. SUSANA GRUNBAUM



MODULO I

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LAS ADOLESCENCIAS EN EL MARCO DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD (SNIS)

Dra. **Yeni Hortonedá**

El Programa Nacional de Adolescencia y Juventud agradece los aportes realizados por la Dra. Mirtha Belamendia en la elaboración de aportes para el **Abordaje de la Salud de Adolescentes en el Primer Nivel** y en particular en este capítulo, los que seguirán siendo parte del capital de conocimiento acumulado de todas y todos los profesionales que atiendan adolescentes.

INTRODUCCIÓN

En esta Unidad transitaremos por el crecimiento y desarrollo biopsicosocial de las adolescencias, priorizando los aspectos físicos, y analizaremos las Políticas Públicas que, en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), el país ha instalado para este grupo etario.”

Adolescencia en términos históricos es una noción relativamente reciente. Actualmente debemos concebirla como una categoría evolutiva con derecho propio y atravesado por dinamismos psicosociales extremadamente específicos. El siglo XXI encuentra a los adolescentes cómodamente instalados allí desde los 8-9 años y hasta prácticamente el final de la década de los 20 años, fenómeno determinado por factores tales como: la revolución científico-tecnológica, la llamada “condición posmoderna”, “la globalización del mercado y los mass media, la crisis de las funciones protectoras del Estado Nación y de sus instituciones y los cambios en la familia y la subjetividad.”¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1990) operacionalmente la ha definido como el período de la vida que transcurre desde los 10 a los 19 años.² Su inicio se relaciona con los primeros cambios corporales de la pubertad y su finalización, con la adquisición de la madurez física, emocional, vocacional –laboral– y económica de la adultez.

Según Dina Krauskopf, en la adolescencia “...los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzando su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo, recuperando para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propia.”³

Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas (INE)⁴ la población de adolescentes y jóvenes del país al 2011 asciende, aproximadamente a un 25%: el 16% es adolescente.

Dadas las diferencias, dentro de la misma etapa la adolescencia se subdivide en **adolescencia temprana** (10 a 13 años), **adolescencia intermedia** (14 a 16 años) y **adolescencia tardía** (17 a 19 años). En cada una de ellas y dentro de las mismas el proceso de crecimiento y desarrollo es heterogéneo.

Edad	Varones	Mujeres	Total
10 a 14	136260	130656	266916
15 a 19	137804	132006	269810
20 a 24	121322	127489	258811
Total	395386	390151	795537

Tabla 1 - Número de Adolescentes y jóvenes de Uruguay por etapa y sexo

5. DULANTO Gutiérrez E; *El Adolescente*; Ed. Mac Graw-Hill; México; 2000.

Crecimiento y desarrollo son fenómenos simultáneos e interdependientes: sin embargo, lo biológico, cognitivo, emocional, social, psicosexual puede ser asincrónico⁵. En el logro de cada uno de estos aspectos suelen haber oscilaciones hasta que se consolida el cambio.

Solo a manera de facilitar la lectura los dividiremos en crecimiento y desarrollo físico y psicosocial.

CARACTERÍSTICAS DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO FÍSICO

En los últimos 150 años se ha observado una tendencia marcada de los individuos a ser cada vez más altos y presentar su pubertad en edades más tempranas. Estos cambios en el patrón del crecimiento y desarrollo corporal entre una generación y otra es lo que se define como **tendencia secular del crecimiento y desarrollo**.

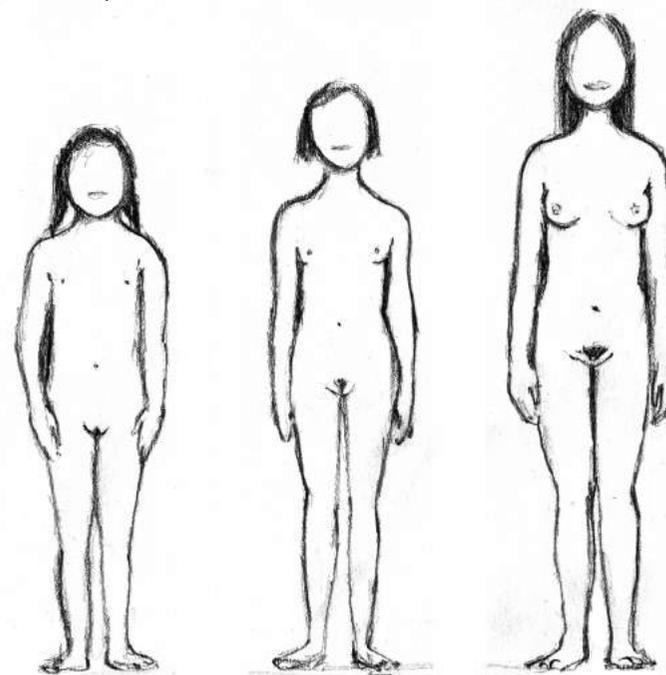


Figura 1

Adolescentes normales de 13 años con distinta velocidad de maduración.

Los procesos de crecimiento y desarrollo tienen características comunes a todos los individuos de la misma especie, lo que los hace predecibles y a su vez, presentan amplias diferencias dadas por el carácter individual del patrón de crecimiento y desarrollo de cada individuo. Este patrón emerge de la interacción de factores genéticos y ambientales, que establecen, por una parte, el potencial del crecimiento y por otra, la magnitud en que este potencial se expresa.

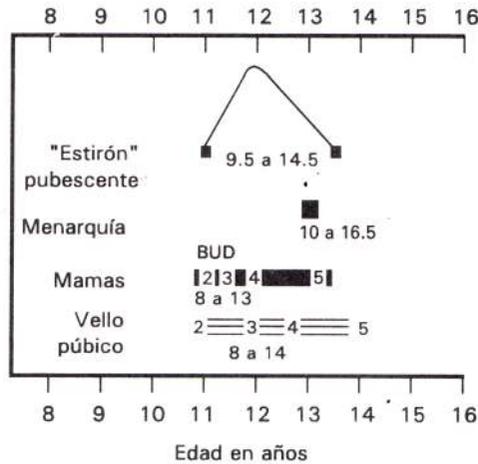
Cada adolescente tiene su propia velocidad de crecimiento, el que se espera que sea ascendente y que se mantenga en un mismo carril. Las variaciones

del proceso de crecimiento y desarrollo, causan preocupación, y pueden afectar la formación de la autoimagen y el desarrollo de la autoestima.

La herencia no sólo influye en la talla final y proporciones corporales de un individuo, sino también en diversos procesos madurativos, tales como secuencia de maduración ósea y dentaria, edad de menarquía, velocidad de crecimiento.

Figura 2

Grado de desarrollo pubescente femenino.
Tomada de: BIANCULLI, CH y García, S. Eds. *Atención integral del adolescente y jóvenes*; Sociedad Argentina de Pediatría; Buenos Aires; 1990.



Existen adolescentes que maduran muy rápido (maduradores precoces), otros en forma normal, y un tercer grupo de maduradores tardíos. Los que maduran rápido durante la adolescencia alcanzan tallas mayores que los más lentos, pero al término del crecimiento ambos alcanzan la misma estatura, si su carga genética es similar. El fenómeno "tempo" se aplica a las diferentes velocidades de maduración que pueden presentar los adolescentes normales y se refleja en las variaciones de la edad en la cual se inicia la pubertad, en la edad de inicio del estirón puberal, en la edad de la menarquía y en el período de tiempo necesario para completar el crecimiento somático.

ROL DE LAS HORMONAS EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Las hormonas son ejecutantes del programa genético. Los cambios puberales obedecen fundamentalmente a la maduración del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y a la reactivación del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal. En esta etapa se producen modificaciones neuroendocrinas, anatómicas y fisiológicas únicas.

La pubertad representa la culminación de un proceso madurativo que se inicia *in útero*. Las neuronas secretoras de hormona liberadora de gonadotrofinas (LHRH), están activas desde los 80 días de vida intrauterina hasta la mitad de la gestación. Después del nacimiento, la caída del estradiol circulante estimula la secreción de gonadotrofinas, induciendo niveles puberales de esteroides sexuales durante los primeros meses de vida hasta alrededor del primer año en el varón y los dos años en las niñas; en este momento se produce un freno del generador del pulso hipotalámico debido a una alta sensibilidad hipotálamo-hipofisaria a los esteroides sexuales. Esta frenación comienza a disminuir alrededor de los ocho años,

permitiendo el inicio de la secreción pulsátil de LHRH, que representa el evento central en el inicio puberal. Estos pulsos, inicialmente nocturnos, estimulan la síntesis y liberación de gonadotrofinas hipofisarias (LH y FSH), las cuales a su vez determinan un aumento de la secreción de esteroides sexuales por las gónadas. Posteriormente aparece pulsatilidad diurna y se adquiere el patrón adulto, caracterizado por pulsos de LH y FSH cada 90 a 120 minutos durante las 24 horas del día. Ocurre un nuevo equilibrio entre las gonadotrofinas y las concentraciones de esteroides sexuales.

La adrenarquia (maduración del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal) ocurre alrededor de los seis a ocho años de edad y precede a la gonadarquia-reactivación del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal en aproximadamente dos años. Se caracteriza por un aumento en el grosor de la zona reticular de la corteza suprarrenal, aumento de las vías enzimáticas que llevan a la formación de andrógenos y un cambio en el olor del sudor corporal.

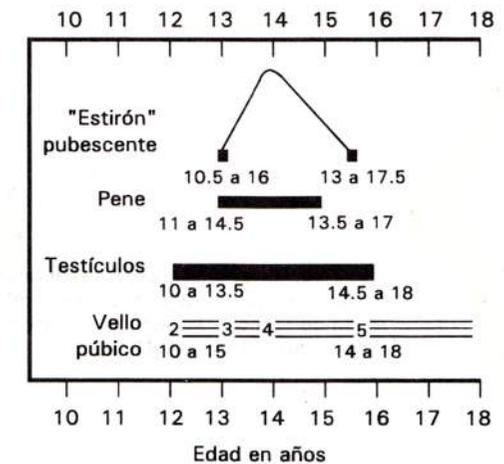
En el varón, la hormona folículo estimulante (FSH) estimula el desarrollo del epitelio germinativo, espermatogénesis y aumento de los túbulos seminíferos, lo que se traduce en aumento del tamaño testicular. La hormona luteinizante (LH) estimula las células de Leydig, aumentando la producción de testosterona y se convierte a dihidrotestosterona para ejercer su acción virilizante en los genitales externos, aparición de vello púbico, facial y axilar, acné, desarrollo muscular y laríngeo, estímulo del crecimiento óseo y cierre epifisiario. Los estrógenos son responsables de la ginecomastia y probablemente del crecimiento estatural.

En la mujer la FSH promueve la maduración de folículos ováricos y estimula la producción de estrógenos en las células de la granulosa. La LH estimula la formación de cuerpo lúteo, la ovulación y producción de progesterona, y en las células de la teca promueve la producción de testosterona. Los estrógenos inducen el desarrollo mamario, uterino y vaginal, el cierre epifisiario y el crecimiento estatural. La progesterona estimula el desarrollo lobuloadvoelar de la mama y ejerce una acción madurativa en el endometrio, transformándolo de proliferativo a secretor. Los andrógenos suprarrenales, sumados a los andrógenos gonadales, inducen el crecimiento del vello corporal, pubiano y axilar, la aparición del acné y la aceleración del cierre epifisiario.

El inicio de la **pubertad** en niños normales insertos en un medio ambiente adecuado, está determinado principalmente por factores genéticos. Existe una fuerte correlación entre la edad de menarquía de madres e hijas, entre mellizas monocigóticas y entre los miembros de grupos étnicos. Cuando el ambiente es desfavorable, el patrón genético se modifica.

Figura 3

Grado de desarrollo Edades y variaciones del comienzo pubescente en niños. Tomada de: BIANCULLI, CH y García, S. Eds. *Atención integral del adolescente y jóvenes*; Sociedad Argentina de Pediatría; Buenos Aires; 1990.



SECUENCIA DE LOS EVENTOS PUBERALES EN EL SEXO FEMENINO

En el 85% de las mujeres el primer signo de desarrollo puberal es la aparición del botón mamario o telarquia, seguido muy de cerca por el crecimiento del vello púbico. La telarquia puede ser unilateral por varios meses, a veces bastante sensible y de consistencia firme. La edad promedio de aparición son los 10.5 años, completando su desarrollo en aproximadamente 4 años. En un 95%, la telarquia y el vello púbico aparecen entre los 8 y 13 años.

La menarquia se presenta 1.5 a 2 años después de la telarquia, generalmente entre los grados III y IV del desarrollo mamario. Durante los dos años posteriores a la menarquia, alrededor de un 50% de los ciclos son anovulatorios, lo que explica la irregularidad de las menstruaciones durante este período.

En los genitales externos, se observa crecimiento de los labios mayores y menores, la mucosa se torna húmeda, brillante y más rosada.

SECUENCIA DE LOS EVENTOS PUBERALES EN EL SEXO MASCULINO

En el varón, el primer signo puberal es el aumento de tamaño testicular, producto fundamentalmente de la proliferación de los túbulos seminíferos. Se considera puberal un tamaño testicular igual o mayor de 2.5 cm de largo (excluyendo el epidídimo), lo que corresponde a 4 ml. Medida con orquidómetro de Prader. Este volumen testicular se alcanza a una edad promedio de 11.6 años, aumentando gradualmente hasta llegar a 20 o 25 ml. Que es el tamaño adulto. El crecimiento testicular habitualmente es simétrico.

Poco después del crecimiento testicular se inicia el crecimiento peneano y del vello púbico. El desarrollo del pene y testículos se completa en alrededor de 3,5 años; el vello axilar aparece en promedio dos años después del pubiano. El desarrollo del vello facial ocurre en etapas tardías, habitualmente después de los cambios en la voz y de la aparición del acné.

La espermatogénesis es un evento puberal relativamente precoz, se inicia habitualmente entre las etapas 2 y 3 de vello púbico, pudiendo encontrarse espermios en orina en varones incluso con testes de 3 ml, y sin otra manifestación puberal. La concentración, morfología y movilidad de espermios del adulto se alcanza a una edad ósea de 17 años. La edad de los primeros orgasmos y eyaculaciones varía, en dos tercios de los varones ocurre alrededor de los 14 años.

La ginecomastia es un fenómeno normal en la pubertad, ocurre en el 75% de los varones. Habitualmente se presenta 1 a 1.5 años después del inicio puberal y persiste por 6 a 18 meses.

TALLA

El análisis de los coeficientes de correlación familiar sugiere que los factores determinantes del crecimiento provienen de ambos progenitores y que cada uno de ellos tiene una injerencia teórica de un 50% en la talla de los hijos. La influencia ambiental está determinada por diversos factores del ambiente físico, pico-social y sociocultural de los individuos.

Las variaciones más notables en cuanto a sexo son las que ocurren en la época de la pubertad, y tienen relación tanto con el momento del inicio del incremento en talla como con su magnitud y duración. En las mujeres el aumento de la velocidad de crecimiento ocurre precozmente, incluso puede preceder a la aparición del botón mamario. La máxima velocidad de crecimiento en talla se presenta antes de la menarquia, lográndose después de ella un crecimiento no mayor de 5 a 7,5 cm, pudiendo haber una variación de 1 a 11 cm. La ganancia total en talla es de 22 a 25 cm. Pudiendo alcanzar una velocidad máxima de 9 cm/año.

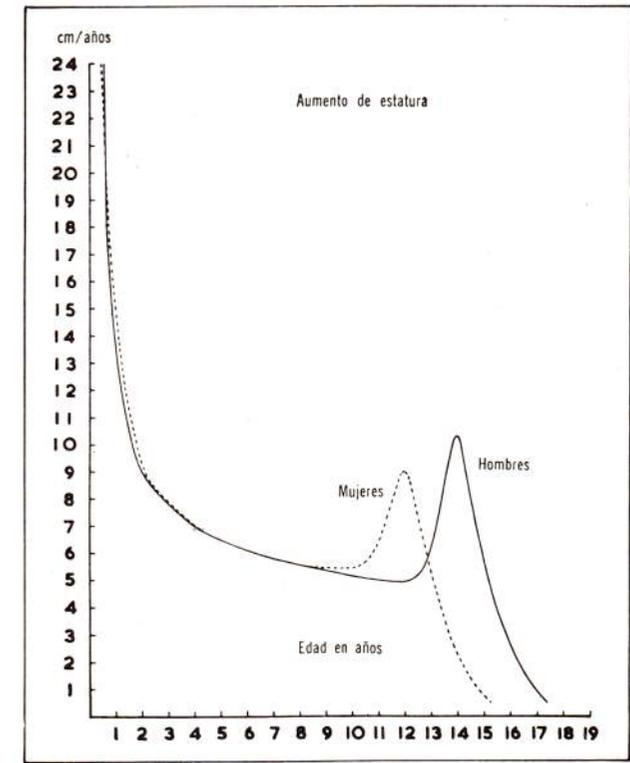


Figura 4

Curva de velocidad de crecimiento en ambos sexos.

Tomado de Universidad pontificia de Chile; Curso Salud y Desarrollo del adolescente, modalidad on line; Módulo 1, Lección 1: "Crecimiento y desarrollo puberal durante la adolescencia".

El estirón puberal en el hombre es más tardío y de mayor magnitud que en la mujer. Se inicia alrededor de los 13 años, alcanzando una velocidad máxima de 10 a 12 cm/año, aproximadamente dos años después de iniciada la pubertad. La ganancia promedio en talla es de 28 a 30 cm.

VELOCIDAD DE CRECIMIENTO

Definida como el incremento de talla en un determinado período de tiempo, tiene variaciones significativas según edad, sexo y estaciones del año. Hay adolescentes que pueden tener incrementos imperceptibles durante algunos meses del año, característica que debe considerarse al interpretar una velocidad de crecimiento. El máximo crecimiento ocurre durante la primavera y verano, alcanzando velocidades hasta 2,5 veces mayores que en otoño e invierno.

LOS CAMBIOS EN LOS SEGMENTOS CORPORALES

Son la expresión de las distintas velocidades de crecimiento que presentan la cabeza, tronco y extremidades, las que crecen asincrónicamente. Primero, crecen manos y pies, luego los miembros –brazos y piernas– y luego el tronco. En los varones, crecen más los hombros, y en las mujeres, las caderas. Todos estos cambios generan torpeza motora, incoordinación, lo que puede ocasionar trastornos emocionales y conductuales de manera transitoria. Al final de la pubertad se establece la relación SS/SI tipo adulto, de 0,95 a 1. El comienzo de este proceso tiene que ver con el «estirón».

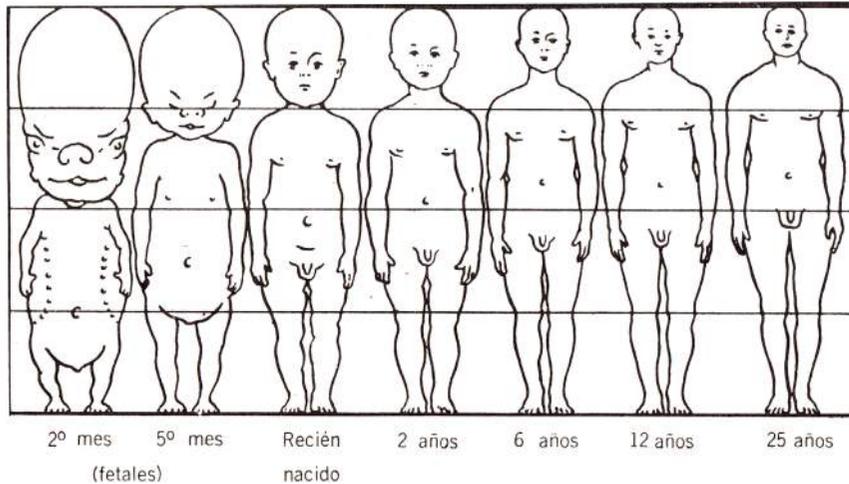


Figura 5 - Segmentos corporales desde la concepción a la adultez

Concomitantemente se producen **cambios en la composición corporal**. Aumenta la velocidad de crecimiento de los músculos y de las vísceras.

Las mujeres tienen mayor proporción de grasa corporal que los hombres. Entre el inicio del brote del crecimiento y la menarca, la cantidad de grasa corporal en las niñas aumenta casi un 120%. Para que la menarca tenga lugar, las mujeres necesitan que un 17% de su peso corporal este constituido por masa grasa y, para una ovulación adecuada, necesitan un 22% de grasa corporal. La ganancia de peso, junto con la distribución de la grasa en caderas, muslos y nalgas, suele ser 6 a 9 meses más tardía que el incremento de la talla. La máxima ganancia de peso ocurre entre los 12.1 y 12.7 años. El índice de masa corporal promedio durante la pubertad, aumenta de 16.8 a 20.

En los varones, aumenta la masa magra y disminuye la masa grasa hasta un valor de 12%. El máximo aumento de la fuerza en el desarrollo muscular, tiene lugar tardíamente en el desarrollo de los varones. Concomitantemente habrá aumento de la capacidad de transporte de oxígeno, maduración de los pulmones y el corazón, dando por resultado un mayor rendimiento y recuperación más rápida frente al ejercicio físico.

MADURACIÓN ÓSEA

En la pubertad se produce la osificación de los cartílagos de crecimiento. La pubertad se suele iniciar cuando se alcanza una edad ósea de 10,5 a 11 años en la niña y 11,5 a 12 años en el varón. La determinación de la edad ósea es un buen indicador del potencial de crecimiento, tiene valor pronóstico y está estandarizada mediante radiografías desde antes del nacimiento hasta el final de la pubertad.

DESARROLLO Y MADURACIÓN BUCAL

Entre los 5 y 7 años la dentición es mixta. Entre los 8 y 13 años aparecen los primer y segundo premolares, caninos y segundos molares. La erupción del tercer molar ocurre al final de la adolescencia o al inicio de la juventud (de los 18 a 25 años). En esta etapa se puede presentar un aumento en la actividad de caries y de enfermedad periodontal, debido a los cambios biológicos y de estilo de vida.

CAMBIOS CUTÁNEOS

La piel en la adolescencia forma parte de las manifestaciones de crecimiento y desarrollo biopsicosocial. Los cambios cutáneos se producen en gran medida por los andrógenos y estrógenos circulantes. Las glándulas sebáceas las que bajo la influencia hormonal aumentan de tamaño e incrementan su producción de sebo.

EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

El desarrollo cerebral no es lineal. Aunque el tamaño final y el número de neuronas y axones disponibles parecen estar establecidos, la plasticidad del cerebro continúa durante la adolescencia. El volumen del cerebro decrece entre la adolescencia y la adultez joven al mismo tiempo que se incrementa la materia blanca pre frontal.

La sustancia gris se desarrolla rápidamente en la niñez, alcanza su pico de crecimiento a los 11 años en las mujeres y a los 13 en los varones. Hay un rápido crecimiento neuronal-gliar con formación de nuevas conexiones sinápticas. El cerebro madura de atrás hacia adelante. La evidencia que surge de estudios basados en técnicas de imágenes muestra que partes del cerebro asociadas con funciones básicas, tales como áreas motoras y sensoriales, maduran más temprano, mientras que las regiones involucradas en el planeamiento y toma de decisiones, tales como la sustancia gris de los lóbulos frontales y temporales relacionada con la memoria operativa, la capacidad de concentrarse, de planificar a largo plazo, de reconocer los riesgos, el control de impulsos y emociones, no presentan características adultas sino hasta los 20 años de edad. Después del pico de crecimiento, se observa una declinación y se supone que aquellas conexiones que no se usan son eliminadas a la manera de una **poda sináptica**. La reducción de la materia gris pre frontal observada en la pos adolescencia es selectiva, y sería guiada por la influencia del ambiente durante esta etapa. Prevalecerán aquellas sinapsis que han sido utilizadas.⁶

6. GIEDD, et al.; *Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study*; 1999.

CADA CAMBIO Y ADQUISICIÓN FUNCIONAL EN CUALQUIERA DE LAS ÁREAS TIENE UN ANTECEDENTE MOTIVADOR Y EN CADA SECUENCIA HAY UN FACTOR TIEMPO, ESTE SE MANEJA LIBREMENTE ENTRE LAS PECULIARIDADES GENÉTICAS Y PERSONALES DE LA PERSONA, ASÍ COMO LAS CONDICIONES PROPUESTAS POR EL AMBIENTE PARA QUE SE LLEVE A CABO LA MADURACIÓN.

CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL

La adolescencia es la etapa del sentido naciente del **Yo**, en que se delinear y proyectan sentimientos y aspiraciones y se los trata de adecuar a las expectativas y necesidades del medio. En esta etapa, la persona debe saber quién es, como se conduce y que espera de ella misma. La construcción de la **identidad** dependerá de los sistemas de valores, del contexto sociocultural (localidad, clase social a la que pertenece, nivel de educación) y del contexto familiar (diversidad de roles y vínculos familiares, hábitos, sistemas de creencias). La introspección facilita un mejor planeamiento del futuro y del actuar en consecuencia. El adolescente se busca a sí mismo, se interroga sobre su propia identidad y cuestiona al mundo que lo rodea. Los

proyectos y sueños permiten elaborar conflictos, compensar frustraciones, afirmar el **Yo**, imitar modelos adultos. Se producen procesos de separación e individuación con confrontación con los padres. La pertenencia grupal facilita el desarrollo adolescente. Es una época de egocentrismo: hay sentimientos de omnipotencia y labilidad emocional.

A medida que la inteligencia se desarrolla, la persona va superando el egocentrismo inicial y puede integrar diferentes puntos de vista. Los intercambios entre sujeto y mundo circundante se vuelven más eficaces. Es la edad de los grandes ideales: al principio tiende a compartir sus teorías (filosóficas, musicales, religiosas) con los pares que piensan como él. La discusión con los otros le permite el descentramiento: aceptar que su verdad es un punto de vista, que puede haber otras válidas, y que puede estar equivocado.

Los cambios corporales, influenciados entre otros, por las hormonas y los mandatos sociales y culturales, inciden en la construcción de la identidad de varones y mujeres. La imagen corporal es la imagen que se tiene de uno mismo y el sentimiento que despierta su cuerpo en ese sujeto en particular. Influye en esta imagen, toda la historia previa y, también, las actitudes familiares y culturales. El aspecto corporal influye en el sentimiento que tienen los adolescentes dentro de sí, de su propia capacidad de atraer; no siempre alcanzan la imagen idealizada por la cultura, y esto es una realidad difícil de aceptar.

SEXUALIDAD

La **sexualidad** es la expresión a lo largo de la vida de: nuestra naturaleza biológica; estilos de vida; roles sexuales y formas de relacionarse con el entorno. Incluye intercambio afectivo; comunicación; preocupación por las necesidades del otro; crecimiento mutuo a través de la relación. De la interacción de todos estos factores surge, en un momento dado, el comportamiento sexual.

La sexualidad en la adolescencia se potencia a partir de las nuevas sensaciones corporales y, al decir de Françoise Dolto, *se produce una mutación, por la cual dejan de ser las figuras parentales el centro de la existencia y adquieren relevancia los pares, los ídolos del mundo cultural y otros adultos*. La evolución en la sexualidad va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad.

IDENTIDAD SEXUAL

La **identidad sexual** es la integración de factores cognitivos, emocionales y sociales que dan a la persona el sentido de sí misma. Los componentes del desarrollo de la identidad sexual incluyen:

- **La identidad de género:** capacidad para reconocerse como niño o como niña.
- **El rol sexual:** expectativas sociales y culturales que se atribuyen a este sexo.
- **Los valores y actitudes sociales personalidad:** donde confluyen todos los rasgos individuales y de predisposición.
- La orientación sexual: se define como el objeto de atracción. Las formas de orientación sexual pueden ser Heterosexual, Homosexual o Bisexual.

El camino hacia la identidad sexual no es continuo ni constante, ni progresivo. Se trata de alcanzar unos objetivos sin que sea preciso un orden determinado, a lo largo de toda la vida (va más allá de la culminación de la adolescencia y la juventud) que conducen a la madurez.

Aprender a pensar: es un proceso en el que lo afectivo y lo cognoscitivo son inseparables e irreductibles; el primero implica las motivaciones de las conductas, el segundo, tiene que ver con las estructuras que posibilitan el proceso de comprender.

7. PIAGET, J. y INHELDER, B.; *Psicología del niño*; Ediciones Morata; Madrid; 1981.

Jean Piaget⁷, describe el cambio de orientación de niño a adolescente como un movimiento del pensamiento concreto hacia la capacidad de las operaciones formales de la adolescencia, la cual le permite razonar en forma abstracta. El cambio de orientación de los procedimientos intelectuales permite al adolescente pensar en términos de posibilidades, desarrollar y utilizar el razonamiento hipotético. Pensar acerca de lo que está pensando y utilizar el pensamiento enfocando hacia el futuro. Será capaz de razonar sobre lo real, lo presente y lo posible. El crecimiento/desarrollo, en interacción con el medio, determinarán el acceso a una estructura de pensamiento cada vez más compleja. La mayoría de los adolescentes obtendrán estas capacidades en la adolescencia media y tardía. Muchos jóvenes no logran alcanzar el pensamiento operatorio formal. En otros, coexisten pautas que corresponden al período de las operaciones concretas junto a otras del operatorio formal.

En la **esfera social** se intensifican las actitudes que conducen a roles adultos. La dependencia con la familia de origen disminuye, y aumenta la intensidad de las relaciones con pares y adultos fuera de la familia. Transfieren al grupo de pares gran parte de la dependencia que antes mantenían con la familia.

Es la época de la vida donde se debieran desarrollar competencias sociales y habilidades necesarias para la vida saludable: asertividad, autonomía, toma de decisiones, responsabilidad y derechos, capacidad de adaptación ante nuevos retos, actitud crítica, conocimiento personal y autoestima, empatía, manejo de emociones, solidaridad, trabajo en equipo, aceptación de las diferencias. La transformación en la capacidad de pensar va a intervenir, en la forma en que ese sujeto accederá a una posición autónoma, en el tipo de relaciones sociales que establecerá y estará, asimismo, presente a la hora de definir su proyecto de futuro.

La **autonomía** es el proceso de desarrollo de las capacidades evolutivas de cada individuo singular, que posibilitará el ejercicio pleno de los derechos. Cada adolescente será capaz de efectuar una elección sin que nadie lo obligue o manipule y considerar detalladamente la cuestión por sí mismo. Esta capacidad se adquiere paulatinamente.

“Los aprendizajes configuran el proceso de socialización, el cual tiene por objeto asegurar la conformidad del nuevo miembro de la sociedad con los patrones de la cultura local. Unos patrones son culturales, tales como aquellos que pautan la expresión de la sexualidad adolescente; otros son económicos, por ejemplo, la necesidad de explorar un mercado de consumidores adolescentes educados en la afección por modas. Al menos en los países occidentales u occidentalizados, los valores y conductas de los adolescentes no siempre se generan desde el segmento social adolescente. Parte de ellos se genera en el segmento adulto. Los valores introyectados desde la televisión y otros medios de comunicación de masas, son proyectados desde el mundo de los intereses adultos de la sociedad. Otros son simplemente efecto de la socialización realizada por padres y profesores. Si se acepta esta perspectiva, la pregunta respecto de cómo cambiar a los adolescentes para que obtengan una mejor salud podría reformularse para decir de qué modo cambiar a los adultos, que educan formal o informalmente a los adolescentes, de manera que éstos reciban una socialización generadora de más salud”⁸

8. SALAZAR ROJAS, Diego; *El problema de asumirse como causa de sí mismo: el pensamiento etiológico en la niñez y la adolescencia*; PhD;1994,

RESUMIMOS ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE CADA ETAPA SUJETAS A LA VARIABILIDAD INDIVIDUAL Y DE LOS ENTORNOS:

ADOLESCENCIA TEMPRANA DE 10 A 13 AÑOS

- ▬ Pubertad.
- ▬ Adaptación al cuerpo nuevo. Imagen corporal.
- ▬ Pensamiento concreto.
- ▬ Impulsividad.
- ▬ Familia - ambivalencia, separación.
- ▬ Pares-interacción con el mismo sexo.
- ▬ Influencia de opinión de pares, medios.

Se desarrollan las características biológicas.

Aparecen cambios en el estado de ánimo. Se presentan intentos de autonomía desafiando la autoridad parental en simultaneidad con conductas infantiles. Según Winnicott, «los adolescentes son desafiantes por momentos y, en otros, muestran una dependencia pueril».

Buscan experimentar emociones nuevas, cuestionando las normas de los adultos. Es frecuente el aspecto desaliñado y sucio como expresión de rebeldía o desajuste con su nueva imagen corporal.

Continúan ligados a sus amigos de la infancia; prevalece la pertenencia al grupo de pares, generalmente, del mismo sexo.

Progresan el área cognitiva. Se va construyendo el pensamiento abstracto, manteniéndose, al mismo tiempo, procesos psíquicos que corresponden al pensamiento concreto. Se desarrolla paulatinamente la capacidad de introspección y de reflexión.

ADOLESCENCIA MEDIA DE 14 A 16 AÑOS

- ▬ Se completan los cambios puberales.
- ▬ Intensa preocupación por apariencia física, influencia del medio sobre la imagen - autoestima.
- ▬ Pensamiento abstracto
- ▬ Pensamiento operativo formal- hipotético-deductivo.
- ▬ Identidad-personalidad, orientación sexual.
- ▬ Emocional- fluctuaciones extremas del humor.
- ▬ Egocentrismo- no sujeto a leyes naturales.
- ▬ Familia - distanciamiento, conflicto.
- ▬ Pares - amigos de ambos sexos, grupos de pares, primeros noviazgos.

Se profundizan los vínculos con el grupo de pares. Es de gran importancia la función del "amigo". Se agudiza la confrontación con los adultos.

A partir de las primeras relaciones de pareja, que suelen ser de corta duración, se debilitan los lazos afectivos con el grupo; sin dejar de ser éste el espacio privilegiado durante toda la etapa adolescente.

ADOLESCENCIA TARDÍA DE 17 A 20 AÑOS

- ▬ Maduración biológica.
- ▬ Aceptación de la imagen corporal.
- ▬ Consolidación de la identidad – personalidad, orientación sexual.
- ▬ Pensamiento operativo formal.
- ▬ Escala de valores propios y desarrollo moral consolidado.
- ▬ Familia- acercamiento.
- ▬ Pares – capacidad de sostener relaciones interpersonales.
- ▬ Novio/a, pareja.

Los eventos claves del final de la adolescencia y los primeros años de la juventud están caracterizados por: la salida del sistema educativo, el ingreso al mercado laboral, el abandono del hogar de origen y la formación de la propia familia. Paulatinamente, se van insertando en el mundo laboral. Hay un pasaje del jugar al trabajar. Se afianzan en su independencia y tratan de obtener logros económicos. Las relaciones con los padres se tornan más adultas.

POLÍTICAS PÚBLICAS

9. Ley de Sistema Nacional Integrado de Salud disponible en http://www.presidencia.gub.uy/_web/

La ley del Sistema Nacional Integrado de Salud⁹ crea un marco de oportunidad para la atención a la salud de la población con enfoque de derecho y de equidad. Para la población adolescente el Programa Nacional de Salud Adolescente impulsó la construcción de un modelo de atención integral e integrador que se ha ido plasmando mediante el estímulo de estrategias y capacidades institucionales.

10. VILLAR, Hugo y CAPOTE, Roberto; en ídem VI.

Villar y Capote definen a la **Salud** como: "una categoría biológica y social, que se encuentra en unidad dialéctica con la enfermedad, resultado de la interacción del individuo con su medio, que se expresa en valores mensurables de normalidad física, psicológica y social, que permite al individuo el cumplimiento de su rol social, que está condicionada al modo de producción y a cada momento histórico de la sociedad; es un derecho humano fundamental y constituye un inestimable bien social."¹⁰

11. Determinantes Sociales

Las acciones del sector salud son importantes pero no son suficientes. El concepto de Determinantes Sociales de la Salud¹¹ se refiere, por una parte, a los factores sociales que promueven o menoscaban la salud de

individuos o de grupos, pero también a los procesos sociales que subyacen la distribución diferencial de dichos factores entre grupos que ocupan posiciones desiguales en la sociedad. Diversas investigaciones sustentan este modelo y demuestran que existe un gradiente social en salud: mientras más baja es la posición socioeconómica de un individuo peor es su salud. Este enfoque postula que para mejorar la salud y reducir las inequidades sociales, es necesario actuar sobre las causas sociales subyacentes, reduciendo el gradiente social en salud.

Cada etapa del **ciclo vital** es una síntesis de los acontecimientos vividos y un pronóstico de lo que será el futuro.

Anthony Lake, Director Ejecutivo de Unicef comentó “Invertir en los adolescentes, en primer lugar, es lo que se debe hacer en virtud de los **derechos humanos**, incluyendo la Convención sobre los Derechos del Niño –que abarca a cerca del 80% de los adolescentes– y la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, que abarca a todas las adolescente, invertir en los adolescentes es la manera más efectiva de consolidar los importantes logros que se han registrado en todo el mundo desde 1990, en la infancia pero la insuficiente atención y los escasos recursos que se destinan a los adolescentes a nivel mundial amenazan con invalidar parcialmente, en la segunda década de vida, los logros alcanzados en la primera. En el marco de los esfuerzos mundiales para salvar vidas infantiles, se habla poco sobre la adolescencia. Dada la magnitud de los peligros que pesan sobre los niños y las niñas menores de 5 años, tiene sentido invertir en ellos; además, la atención que se ha prestado a este sector de la población ha producido resultados sorprendentes. Desde luego, es muy triste salvar niños en su primera década de vida sabiendo que muchos morirán en la segunda.”¹²

El adolescente es un **sujeto de derecho en desarrollo** que adquiere progresivamente la capacidad de ejercicio.

La Constitución de la República dispone que el objetivo último que debe perseguir el Estado es el de garantizar a todas las personas su pleno desarrollo. La sanción por parte de la comunidad internacional, de la Convención sobre los Derechos del Niño ratificada en nuestro país en el Código de la Niñez y la Adolescencia¹³ ha determinado la consagración de un nuevo paradigma respecto de la condición jurídica de las personas menores de edad, titulares de derechos y de responsabilidades específicas, sujetos en desarrollo que progresivamente van adquiriendo la capacidad de ejercer directamente sus derechos y de ir asumiendo las responsabilidades. Este nuevo paradigma trae aparejado el reconocimiento de la autonomía progresiva conforme a la etapa de desarrollo que esté viviendo. La esfera de autonomía personal se va ampliando a medida que el niño va creciendo, en tanto va desarrollando sus capacidades de discernir y determinarse por sí mismo. Dicha esfera de autonomía, resulta mucho más amplia en la adolescencia que en las primeras etapas de la niñez.

12. UNICEF *La adolescencia: Una época de oportunidades*; 2011.

13. Ley 16.137 del 28 de setiembre de 1990.

14. KRAUSKOPF, Dina; *Las conductas de riesgo en la fase juvenil*, Conferencia del Encuentro Internacional sobre Salud Adolescente; Cartagena de Indias; mayo de 1995.

15. ALDERSON, P.; *Competent children Minors' consent to health care treatment and research. Social Science & Medicine*; 2007; 67: 2272–2283.

En el marco de los enfoques de derechos y equidad deberemos analizar las oportunidades del adolescente y su familia. El grado de oportunidad de las diferentes adolescencias es en función de su historia anterior, de las debilidades o fortalezas inducidas por los cambios biopsicosociales de la etapa en sí misma y está influenciado por el entorno. Dina Krauskopf¹⁴ señala “la posibilidad de establecer una autoestima positiva, basada en logros, cumplimiento y reconocimiento de responsabilidades, oportunidades de desarrollar destrezas sociales, cognitivas y emocionales para enfrentar problemas, tomar decisiones y prever consecuencias, incrementar el locus de control interno (esto es reconocer en sí mismo la posibilidad de transformar circunstancias de modo que respondan a sus necesidades, preservación y aspiraciones) son factores personales protectores que pueden ser fomentados y que se vinculan con el desarrollo de la resiliencia.” No se puede dejar de mencionar, que en el desarrollo de la autonomía y capacidad, influirían además de la edad o etapa del desarrollo en que se encuentran, aspectos tales como las propias experiencias biográficas¹⁵ Adolescentes, que han sido víctimas de deterioro social, familiar, enfermedades crónicas, etc., puedan ser más maduros frente a una determinada situación que implique la toma de decisiones, comparados con sus pares de una misma edad cronológica.

Todas las personas sin excepción alguna y sin distinción de ninguna especie, han de gozar de la misma protección a sus derechos. Lo que no obsta a que grupos de personas que se encuentren en situación de particular **vulnerabilidad**, requieran de acciones concretas por parte del Estado, tendientes a brindarles una especial protección con el objeto de colocarlas en un plano de igualdad efectiva con respecto a las demás personas en el pleno ejercicio de sus derechos.

TABLA 1. FACTORES PROTECTORES DEL ADOLESCENTE, FAMILIA Y COMUNIDAD

ADOLESCENTE	FAMILIA	COMUNIDAD
Buena salud física y estado nutricional adecuado.	Necesidades básicas: comida, hogar, ropa, seguridad satisfechas.	Provee oportunidades educacionales y vocacionales de calidad.
Buen desarrollo psicosocial.	Coherencia entre el hablar y el actuar.	Da apoyo a las familias.
Alta autoestima.	Apoyo en las tareas escolares o en otras que emprenda.	Provee actividades para adolescentes: recreativas, educacionales, deportivas, sociales.
Experimentar esperanza, alegría, éxito y amor.	Comunicación recíproca con por lo menos uno de los padres Dedicar tiempo al adolescente.	
Buena relación con sus compañeros.	Supervisa las actividades, horarios y amistades.	Ofrece servicios de salud y educación integrales y diferenciadas.
Habilidades sociales hábitos de salud apropiados.	Monitorea el uso de medios masivos de comunicación, películas, videojuegos.	Ofrece educación para la salud.
Autonomía apropiada a su edad.	Desarrolla equilibrio entre apoyo, tolerancia y límites apropiados Premia los logros.	La legislación protege a los adolescentes.
Manejar el estrés y la angustia.	Busca apoyo para mejorar las actividades inherentes al rol.	Observa como la familia y /o la institución escolar viven las adolescencias y como pueden colaborar en su abordaje.
Tiene metas y deseos y establece un sistema de valores.	Proveer un sistema de valores y modelos.	

FACTORES DE VULNERABILIDAD INDIVIDUAL Y FAMILIAR	
ADOLESCENTE	FAMILIA
Problemas de desarrollo físico o psicosocial.	No provee necesidades básicas: comida, hogar, ropa, seguridad.
Baja autoestima Experimenta desesperanza, tristeza, no se siente querido, ideación suicida, autoagresión.	Confusión de valores y de roles. Incoherencia entre el Hablar y el actuar. Formas de comunicación conflictiva.
Problemas de aprendizaje, bajo rendimiento, abandono o rezago escolar	No apoyo las tareas escolares u otras que emprenda.
Amigos con actividades delictivas, consumos, violencias.	Modelos adictivos, delincuencia, violencia familiar No supervisa las actividades, horarios y amistades.
Promiscuidad sexual, actividad sexual sin protección, embarazo precoz sin apoyo.	Sobrepotección Figura paterna sobre involucrada. No fomenta la autonomía.
Pobreza Poca socialización.	Dificultad para fijar límites, sobre exigencia o ausencia de figuras con autoridad.

Es necesario diferenciar situaciones propias del proceso de desarrollo adolescente, de aquellas que implican comportamientos de riesgo, pasaje al acto, donde hay riesgo de vida o de la calidad de vida. Las conductas de riesgo son comportamientos que si persisten en la conducta o por su implicancia en la salud pueden generar problemas de salud.

El Modelo de "Atención Integral"^{18, 19} a la salud de las y los adolescentes uruguayos basado en la estrategia de Atención Primaria a la Salud pauta los lineamientos de atención establecidos en la ley del SNIS.

En este marco el Programa Nacional de Salud Adolescente y Juventud propone un modelo de atención que ubica al ser adolescente en el centro y lo vincula con su micro, macro entorno, en el que se privilegia la promoción de estilos de vida saludable y la prevención de condiciones o problemas de salud. A él, se accede no solo en los servicios tradicionales de salud sino también en los ámbitos donde las y los jóvenes habitan, estudian, trabajan o se recrean promoviendo su participación.

Dentro del modelo de atención planteado se basa en el marco conceptual y operativo de la estrategia de Atención Primaria en Salud.¹⁷

Por una parte considerará a la persona adolescente como un ser que integra una unidad biopsicosocial. Los y las adolescentes serán tenidos en cuenta por los servicios de salud en cuanto a decisiones sobre su propia salud,

18. PÉREZ MANRIQUE, R.; Conferencia: *Derecho a la Confidencialidad. Marco Legal*; Primer encuentro nacional de espacios adolescentes; Programa Nacional de Salud Adolescente; DIGESA; MSP; Gurises Unidos; Uruguay, 2008.

19. Ley 18.335: *Derechos y Deberes de los usuarios*.

serán considerados al momento de implementar servicios específicos, tomando en cuenta sus necesidades. Las adolescencias no sólo son parte de los riesgos o problemas de salud sino también de la solución.

“El grado en el que una persona participa y comparte la toma de decisiones con relación a su propia atención aporta a la construcción de su salud. A partir de la Convención quedó establecido en el ámbito normativo que las facultades que se les atribuye a los padres y responsables están fundadas en el cumplimiento de la función de orientación y guía. Este concepto de desarrollo progresivo es una innovación esencial, a tener en cuenta cuando se planteen los problemas de expresión de la voluntad de los niños y niñas”. Según expresiones del Dr. Duarte¹⁸ “el marco legal uruguayo actual consagra la Doctrina de Protección Integral del Niño que significa que se ampara en el plano jurídico a un sector de la humanidad (menores de 18 años) reconociéndoles el carácter de sujetos de derechos, cuyo interés superior debe ser contemplado en todas las instancias; de aquí que niños, niñas y adolescentes tienen derecho a expresar su opinión y a que se les tenga en cuenta. Con este concepto y con esta actitud está de acuerdo la Cátedra de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de la Udelar; el/ la adolescente tiene derecho a que se respete la “confidencialidad” y a dar su “consentimiento” habiendo recibido previamente la información necesaria. Esto se traduce en la necesidad de recabar el consentimiento de las personas menores de edad para la intervención médica toda vez que ello sea posible. Lo que implica a su vez garantizarle el acceso a una información adecuada, sin lo cual no podrán manifestar válidamente su consentimiento.

Frente a este marco, el sector salud tiene el deber de brindar una atención de calidad, mediante la implementación de dispositivos que garanticen los derechos de acceso a los servicios de atención, de recibir información, de expresar su voluntad y a que esta sea debidamente atendida en un marco de confidencialidad y protección.

En todos los casos que se le requiera al médico la reserva de la información, este deberá guardar estricta privacidad. Y aún sin que medie dicha solicitud, salvo causas especiales de justificación, el técnico deberá guardar secreto profesional.

Ninguna institución médica deberá entregar la historia clínica de un adolescente, a ninguna persona sin el previo y expreso consentimiento de éste, único titular del referido historial clínico, salvo que medie orden judicial expresa; así lo dispone la ley número 18.335¹⁹ en su artículo 18 literal D en protección del derecho a la privacidad de todas las personas.

La **integralidad** también refiere a la medida en la cual se proveen los servicios necesarios a la población, aun aquellos menos frecuentes. Supone la provisión de servicios de promoción, prevención de la enfermedad, cuidado curativo, rehabilitación, soporte físico, psicológico y social acorde con la mayoría de los problemas de salud en una población dada. Aquellos servicios no disponibles se proveen a través del componente de coordinación y referencia.

16. Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Ministerio de Salud Pública, Uruguay 2007.

17. Organización Panamericana de la Salud; “Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS”; OPS; Washington; 2008.

En su capítulo V, la ley 18211 “Red de atención en salud” plantea que el SNIS se organizará por niveles de atención, en base a la estrategia APS y con prioridad del primer nivel de atención. Destaca la necesidad de dar **continuidad** a la atención tanto entre los niveles de atención como dentro de cada nivel de acuerdo a la realidad local, tanto con instituciones de salud como con el resto de las instituciones y sectores presentes en las comunidades y sus organizaciones ciudadanos. El modelo promueve la atención mediante procesos que sostengan la **longitudinalidad** (proceso de atención tanto en salud como en enfermedad a lo largo del ciclo de la vida) y la **continuidad** de la atención (proceso de atención orientado al seguimiento de una situación o problema de salud de un individuo) potenciando el rol de equipos básicos y diferenciados de referencia que articulen desde y hacia el primer nivel, la atención en salud-enfermedad, de adolescentes que ingresen o sean referidos al resto de los niveles de atención. Se refiere a la atención prestada durante el tiempo por un solo profesional o por un equipo y a la comunicación efectiva y oportuna de la información de eventos clínicos, riesgos, asesorías y transferencia de pacientes a diferentes niveles por un amplio rango de profesionales de la salud. Implica seguimiento clínico y seguimiento de los registros. Se deberá asegurar la continuidad de la atención en base a **mecanismos de referencia-contrareferencia** adecuados y sostenibles en el tiempo. En este proceso se requerirán acciones de coordinación - medida concertada por el personal responsable, a través de la organización entre los servicios, incluyendo los recursos de la familia y de la comunidad.

En este complejo entramado, donde circulan las adolescencias utilizando diversas puertas de entrada; la atención de necesidades y problemas indiferenciados, con alto grado de incertidumbre y escasa intervención de altas tecnologías, implica necesariamente un **enfoque interdisciplinario de proximidad**²⁰. El **equipo de salud** se constituye así en el dispositivo tecnológico principal del primer nivel de atención. La atención brindada por un equipo de técnicos de distintas disciplinas mediante procesos de interdisciplina e intersectorialidad será la herramienta para el abordaje integral de las diferentes adolescencias.

El Dr. Enrique Dulanto ha dicho: “Los desafíos multidimensionales sociales y de salud que afectan a la adolescencia y que devienen en muertes prematuras, incapacidades y reducción de la eficiencia humana, enfermedades crónicas, accidentes, alcoholismo etc., no son problemas que puedan controlar técnicos de la salud bien intencionados. El camino es fortalecer a los equipos para que puedan generar acuerdos con el resto de las instituciones y sectores de la comunidad. (...) La interdisciplina es la acción conjunta de visiones diferentes sobre temas que desbordan los saberes individuales. Es la posibilidad de delimitar entre todos un campo plural. Es hacer compatibles las diversas miradas.”

20. Organización Panamericana de la Salud; “Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS”; OPS; Washington; 2008.

21. *Ibidem* 20.

Lleva a cada una de las ciencias que se relacionan a reposicionarse con respecto a su objeto de estudio y a su visión de sí mismas como disciplinas formales. Cada disciplina pone a disposición de las otras sus esquemas conceptuales, prestándolos al interjuego de asimilación y reformulación de los mismos, de los que resulta un nuevo esquema.

Lo que define a un equipo de salud es la forma organizativa a través de la cual, su estructura y funcionamiento, se adecuan para solucionar las necesidades del individuo, la familia y la comunidad.

El trabajo en equipo²¹ debe estar caracterizado por:

- Ser coordinado y no jerarquizado
- Ser programado
- Tener alta participación de todos los componentes del equipo en las actividades de planificación, ejecución y evaluación de las actividades explicitando objetivos.
- Contar con actividades que ayuden a mantener las destrezas así como también las capacidades relacionales y de armonía entre los componentes.

En toda la red de salud, desde la Emergencia, el piso, las policlínicas, hasta los servicios diferenciados, los y las profesionales que atienden adolescentes debieran estar motivados y capacitados para el trabajo con y para este grupo etario y su familia. Conjuntamente con ello, deberán manejarse cómodamente con sus adolescencias y las diferencias actuales, asumiendo el rol de adultos sin actuar como amigos, pares o padres. Los equipos de salud, deberán conocer el proceso de crecimiento y desarrollo, y las condiciones y problemas más frecuentes de esta etapa, junto con el marco universal y nacional de la ética y los derechos. Conocer las características de la etapa permite: acercarse en forma oportuna, anticipada y adecuada y, predecir los eventos en el proceso secuencial del ciclo vital realizando acciones anticipatorias con los /las adolescentes, sus familias, escuelas y otros organismos de las comunidades antes de que estos eventos se presenten.

22. Canada, Department of National Health and Welfare. *A New Perspective on the Health of Canadians: a Working Document 1981*. ed. Ottawa.

La carta de Ottawa (1986)²² establece que: la **promoción de la salud** tiene como propósito proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Involucra a la población como un todo en el contexto de su vida cotidiana y promueve la acción sobre los determinantes de la salud. En la adolescencia, se realiza tanto a nivel individual como comunitario, trabajando en intersectorialidad e interinstitucionalidad en los espacios de pertenencia de las adolescencias.

Las **actividades preventivas** estarán presentes en un continuo de promoprevención de acuerdo a necesidad.

Se dividen en varias categorías:

- Prevención Primordial:** se refiere a la prevención de la emergencia de condiciones sociales y medioambientales predisponentes o facilitadoras del desarrollo de una enfermedad.
- Prevención Primaria:** se encarga de reducir la susceptibilidad de las personas a enfermar. La vacuna contra la hepatitis B, el uso del preservativo, la prohibición de la venta de alcohol a menores de 18 años son algunos ejemplos.
- Prevención Secundaria:** se dedica a detectar precozmente las enfermedades para que el tratamiento llegue antes que se produzcan daños irreversibles. Ejemplos: screening en el control de salud, las postas a nivel rural.
- Prevención Terciaria:** se ocupa de potenciar el autocuidado y el manejo adecuado de la enfermedad ya establecida con el fin de minimizar sus consecuencias o evitar complicaciones.
- Prevención Cuaternaria:** Son «las acciones que se toman para identificar a los pacientes en riesgo de sobretratamiento, para protegerlos de nuevas intervenciones médicas y para sugerirles alternativas éticamente aceptables».

El enfoque familiar y comunitario²³ concibe la atención de las personas en el contexto de sus familias y su ambiente. Debemos entender al adolescente formando parte del sistema familiar. Un individuo puede ser portador de un cambio en su grupo pero estos cambios no serán posibles si el grupo no permite que se produzcan transformaciones. Desde esta perspectiva, trataremos de ver al comportamiento individual como la manifestación del funcionamiento del sistema y tener presente que todos los integrantes de una familia pueden tener impacto en su salud. El funcionamiento familiar constituye la síntesis de las relaciones familiares como un todo interactivo, que condiciona el ajuste al medio social y al bienestar de sus integrantes. La calidad de las relaciones intrafamiliares actúa como prisma que refracta, modula o regula las condiciones de vida, la vivencia de procesos críticos, la convivencia compleja, el afrontamiento y el apoyo social de sus integrantes.²⁴ La salud de la familia no es una condición que se alcanza por adición de las condiciones individuales de sus miembros.

En el entorno cercano al adolescente se ubican los pares, los vínculos intergeneracionales y de las instituciones de pertenencia. Cuando hablamos de comunidad o grupos de población, referimos a un conjunto de personas con localización territorial que comparten percepciones sobre la realidad, tienen intereses y objetivos comunes, e interactúan en una compleja red de interacciones para abordar problemas que les son comunes. “Si las personas no se sienten ciudadanas, sujetos de derechos y obligaciones para consigo mismos, la comunidad,... si no se garantizan espacios reales para el ejercicio ciudadano, no se estará promoviendo la salud. Esto supone que las relaciones asimétricas con la población, relaciones en las que la profesional

manda y las personas obedecen, haciendo de ellos sus asistentes, ayudantes de limpieza del servicio u operadores de las iniciativas no van a conducir a la categoría planteada”.²⁵

La transformación de las condiciones que conducen a la salud – enfermedad no depende exclusivamente de soluciones técnicas, sino del empoderamiento entendido como el desarrollo de capacidades y acción colectiva por parte de la ciudadanía en su conjunto, para que puedan alcanzar su máximo potencial en salud. La realización de un diagnóstico de salud participativo es una herramienta que, por un lado, nos da insumos para el trabajo en salud con y para los vecinos y por el otro lado sienta las bases para el empoderamiento porque permite la incorporación de la comunidad desde el reconocimiento de los problemas – situación a resolver – y sus múltiples soluciones.

ESTAS DEFINICIONES CONCIBEN A LA SALUD NO COMO UN BIEN A DAR, SINO COMO UNA CATEGORÍA A CONSTRUIR POR LOS GRUPOS HUMANOS. SE DEBERÍA TENER SIEMPRE PRESENTE, QUE LA COMUNIDAD NO “NACE” CUANDO LLEGAN LOS TÉCNICOS.

Es de destacar, que el Programa Nacional de Salud Adolescente es publicado en el año 2007 conteniendo propuestas que se ensamblan con los contenidos normativos que la Ley del Sistema Nacional de Salud y la estrategia que APS proponen en relación al cambio de modelo de atención.

Dentro del proceso de accesibilidad y universalidad generada a través de la implementación de la Ley 18.211 se normatiza el derecho de cobertura de los hijos de cualquier beneficiario del Seguro Nacional de Salud a los menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad. Este amparo cesará el primer día del mes siguiente al que cumpla 18 años, los jóvenes entre los 18 y los 21 años tendrán derecho a la cobertura pagando una cuota diferencial más el aporte al Fondo Nacional de Recursos (FNR).²⁶

La ley 18.211, en su artículo 45, establece que las entidades públicas y privadas que integran el SNIS están obligadas a brindar a sus usuarios los programas integrales de prestaciones que apruebe el MSP. La reglamentación debe definir taxativamente las prestaciones incluidas, que serán descritas en términos de sus componentes y contarán con indicadores de calidad de los procesos y resultados. Estos planes integrales son de cumplimiento obligatorio por parte de los prestadores integrales del SNIS sin perjuicio del cobro de tasas moderadoras cuando no esté explicitado su no cobro. Por su cumplimiento, las instituciones reciben un componente de capitales que se ajustan por riesgo, asignando diferentes pagos por grupo de población las que son un derecho que debemos conocer e informar. En este Paquete Integral de Prestaciones (PIAS) están comprendidos los controles de salud de los 12 a los 19 años y 364 días integrales, con odontólogo, oftalmólogo y ginecología. Por Decreto 464/2008 (Compromisos de Gestión) en relación a la Salud de Adolescentes se exonera del pago de tasas a los controles de salud obligatorios, en las disciplinas de Medicina General, Medicina Familiar y Pediatría, Odontología, Oftalmología y Ginecología, entrega obligatoria

23. MARTIN ZURRO, A. y CANO PÉREZ, J.; *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*; Vol 16.

24. LOURA BI,; *Atención familiar; Temas de medicina General Integral*; Vol 1; Ed. Ciencias Médicas; La Habana; p 209 - 238.

25. LA ROSA, L. *Modelos de atención de salud para adolescentes en el sector público. Estudio de 10 experiencias en el Perú*; Ed. Spaj; Lima; 2002.

26. *Guías para el abordaje integral de la salud de adolescentes en el primer nivel de atención. Programa Nacional de Salud Adolescente, Uruguay, 2009.*

del carné de salud del adolescente y gratuidad de controles de embarazo según pauta.

El Plan de Prestaciones de la Salud Mental prevé la inclusión de adolescentes (de 10 a 19 años) en los tres modos de atención que comprenden trabajo grupal e individual de acuerdo a necesidad. En el contrato de gestión se ubica sin límite de tiempo el acceso a la internación por patología psiquiátrica a los menores de 18 años.

Se prevé entrega de píldoras anticonceptivas y condones mediante el pago de una tasa moderadora.

En relación al embarazo, las adolescentes gozan de los mismos derechos que las adultas en cuanto a la Ordenanza 369, al control del embarazo y al acompañamiento en el parto.

El Contrato de Gestión prevé que los Prestadores deberán contar con equipos de atención para adicciones y violencia doméstica.

Los adolescentes portadores de enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, algunas afecciones psiquiátricas) tienen los mismos derechos que los adultos en relación a la prescripción de medicamentos.

En el año 2009, acompañando el proceso de cambio de atención se publican las Guías de Atención Integral a la Salud Adolescente en el Primer Nivel de Atención, y se decreta el uso obligatorio del Carné de Salud Adolescente como requerimiento para la realización de Deportes no federados.

Por otra parte, el componente de Meta Asistencial de la cuota salud establece incentivos para el desempeño asistencial de los prestadores en áreas programáticas concretas. Consiste en un pago por desempeño asistencial, por el logro de resultados en salud que han sido definidos por la autoridad sanitaria.²⁷ En ese marco, el MSP implementa en el 2010 el rol del médico de referencia en un proceso que conlleva a la integración y consolidación de equipos de salud en el 1º nivel de atención, preparados para el abordaje integral de los programas de salud ministeriales a poblaciones de usuarios referenciados.

En ese contexto, el Programa Nacional de Salud Adolescente realiza capacitaciones a profesionales que trabajen dentro de los Espacios Adolescentes o como médicos de referencia, o como parte de alguno de los equipos de atención diferenciada por temática. A la fecha, se han formado en Guías, Historia SIA y uso del carné de adolescentes a 400 profesionales de la salud de todo el país de efectores público-privados. En este marco, se promueve la atención integral a adolescentes en Espacios de Salud formados por Equipos interdisciplinarios que trabajen en horario y lugar común. En el año 2011, se realizaron 4 reuniones regionales que contribuyeron a afianzar las necesidades, fortalezas y debilidades de la atención a adolescentes a nivel nacional acompañados de una encuesta que arrojó la presencia en el país de 108 Espacios Adolescentes distribuidos en todo el país, al menos 1 por Departamento.

A partir del año 2010, la Meta II integra a la población adolescente de 15 a 19 años con una consulta anual y registro en el SIA formato papel anverso. En el año 2012, se amplía la edad de control de salud a partir de los 12 años y se establece una segunda meta que inicia el pago por cumplimiento de la pauta de control anual. En 2013, se establece una meta de promoción de salud, y en 2014, se suma a estas metas la capacitación de profesionales que atienden adolescentes en 4 temáticas, a saber: salud mental, consumo problemático de alcohol, aspectos de la nutrición adolescente, herramientas para la promoción de salud.

Dentro de la atención al recién nacido, la Meta I establece un incentivo para el cumplimiento de la visita domiciliaria al recién nacido en los 3 primeros días si la madre es menor de 17 años.

En el año 2014, el Programa Nacional de Adolescencia elabora el Protocolo de creación de Espacios Adolescentes y la Ordenanza Ministerial N° 541, esta última, en relación a la atención de adolescentes y jóvenes con episodios de Consumo de alcohol.

En el marco de la promoción de la más alta calidad de atención a la salud de adolescentes, genera una estrategia de Buenas Prácticas la que está siendo avalada por 6 Prestadores del ámbito público-privado, Montevideo e interior. Creemos que esta estrategia aumentará las capacidades institucionales y reforzará la participación de las adolescencias y sus familias. ■

27. MSP; *La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud, 2005-2009.*

CONTROL DE SALUD ADOLESCENTE

La adolescencia es un período de intensos cambios físicos, psicológicos y sociales; comienza con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, y termina cuando cesa el crecimiento somático y la maduración psicosocial. Su duración es imprecisa y ha ido aumentando, debido al comienzo más precoz de la pubertad, y a la prolongación del período de formación e iniciación laboral.

Se sabe que, en esta etapa, el mayor comportamiento de uso de los servicios de salud es por consultas no programadas y en los servicios de emergencia y urgencia. Para propiciar la atención de la salud mediante un encuentro periódico y programado, el Ministerio de Salud Pública (MSP) generó el derecho contenido en el Paquete de Prestaciones Integrales de Atención a la Salud²⁸ y el Decreto de Carné de Salud Adolescente²⁹.

EL EQUIPO DE REFERENCIA DEBERÁ REALIZAR LOS CONTROLES ESTIPULADOS PARA LA EDAD, AUNQUE LA ATENCIÓN POR UNA SITUACIÓN O PROBLEMA DE SALUD SE REALICE EN OTRO NIVEL DE ATENCIÓN.

El hecho de que una o un adolescente viva una situación aguda, subaguda o crónica, que requiera atención en un servicio específico no debe contraponer el control en salud integral (embarazo, enfermedad física o mental, discapacidad).

Si el motivo de consulta es por orientación o problema de salud, se focalizará en la demanda y se aprovechará la oportunidad para generar el vínculo para el siguiente encuentro.

Los controles de salud son actividades destinadas a evaluar el crecimiento y desarrollo integral, detectar algún problema o variante de la normalidad biopsicosocial, y una oportunidad para realizar actividades de orientación y preventivas. La evaluación integral del crecimiento y desarrollo incluye una adecuada anamnesis, exploración física, procedimientos de educación para la salud y preventivos y actuación y /o referencia frente a situaciones que así lo requieran.

Trabajar con y para los y las adolescentes, implica tener en mente los procesos de crecimiento y desarrollo, maduración, diferenciación y adaptación biopsicosocial, considerando la interacción con los entornos: familia, escuela, amigos, el núcleo de pares, las relaciones intergeneracionales y las instituciones y sectores en territorio.

En esta etapa se produce un cambio en la relación técnico-persona-familia con respecto a la que se tenía en la infancia. El adolescente requiere de una atención multi e interdisciplinar con destrezas para una comunicación efectiva que abarque la complejidad de sus necesidades, aunque deposite su confianza en un profesional, el que se encargará de coordinar su atención.

A partir de esta premisa podremos orientar y anticiparnos frente a las situaciones que devienen en las diferentes etapas de la adolescencia y reconocer precozmente las desviaciones de lo considerado normal.

PROPONEMOS UN ABORDAJE INTEGRAL E INTEGRADO EVITANDO LAS BARRERAS DE ACCESO Y SIN PERDER OPORTUNIDADES.

Muchos autores y comités recomiendan: una visita anual, ya que favorece una mejor evaluación, educación continuada, y una temprana intervención (si va a iniciar una conducta de riesgo o lo está pensando).

Para este encuentro se requiere como mínimo de 30 minutos.

Desde el inicio de la entrevista, se trabajará con los instrumentos de registro y se pondrá en conocimiento el hecho de que tanto la Hoja del Sistema Informático del/la adolescente (SIA) como el Carné de Salud Adolescente son propiedad del adolescente, mientras uno permanece en custodia en la institución, el otro lo acompaña.

Los Objetivos de los controles de salud en la adolescencia son:

- Crear un vínculo de confianza entre el equipo de salud-adolescente-familia.
- Evaluar el crecimiento y desarrollo biosicosocial.
- Realizar educación para la salud. Estimular la responsabilidad, la autonomía y los factores protectores.
- Identificar y atender precozmente las necesidades, situaciones y/o problemas de salud evidentes o potenciales.
- Estimular al adolescente para que se haga responsable de su propia salud. Contar con la familia, educadores y otros recursos comunitarios.
- Adaptar "guías anticipadas" para el joven y para los padres. Explicar los cambios inherentes a su desarrollo y los riesgos a los que está expuesto según la etapa. Asegurar una adecuada inmunización.
- Tranquilizar al adolescente que está preocupado por sus cambios y problemas.

Algunos aspectos a tener en cuenta para un encuentro con enfoque de derechos:

- Privacidad. En algún momento de la consulta es necesario hablar a solas con el adolescente.
- Confidencialidad. Las entrevistas entre adolescente - técnico - equipo de salud, no serán comentadas con los padres sin su permiso, a excepción de situaciones de peligro para su vida, o la de otros. En ese caso, le ayudaremos a compartir el problema.
- Asumir un rol profesional implica cultivar una relación de confianza, presentándose como técnico de la salud y no como par ni como madre-padre.

28. Decreto 465/008
Prestaciones Integrales
de Atención en Salud,
MSP.

29. Decreto 295/009

Los adolescentes tienen el derecho a que sus padres o referentes acompañen su crecimiento y desarrollo. Tanto si concurren solas como acompañadas, les informaremos de la importancia que tiene para su salud el que conozcamos aspectos de su vida familiar.

La familia con integrantes adolescentes es un complejo sistema de relaciones que está en alguna medida en crisis, reformulando sus fronteras y recalibrando sus reglas.

Deberemos conocer:

- Composición y ciclo vital familiar.
- Percepción familiar del adolescente y viceversa.
- Funcionamiento de la familia desde la perspectiva sistémica.
- Como se está adaptando la familia a los cambios de la adolescencia.
- Recursos económicos, sociales y afectivos con los que cuenta la familia.

Durante la entrevista se observarán:

- Confirmaciones, descalificaciones, ambigüedades.
- Lugar que cada integrante ocupa.
- Contacto físico, miradas, alianzas.
- Temas tabú, mitos y creencias.
- Interacciones en condiciones de salud/enfermedad.

Las fases de la entrevista serán:

- INICIO** – Se establecerá el vínculo de confianza.
- FASE INTERMEDIA** - Se explicitará el motivo de consulta y se definirán las áreas a trabajar.
- CIERRE** - Se formularán acuerdos y conclusiones. Se establecerá un plan de acción.

TENER EN CUENTA QUE LAS ACCIONES EN SALUD NO EMPIEZAN NI TERMINAN EN UNA SOLA CONSULTA. NO SOLO ES NECESARIO EL TIEMPO EN CADA CONSULTA, SINO EL ACOMPAÑAMIENTO EN EL TIEMPO.

Al **INICIO** el profesional de la salud, se presentará y explicará su función y la del equipo del que forma parte asegurando el carácter confidencial de la consulta. Conversará sobre los derechos y deberes de adolescentes, profesionales y familia, en relación a la consulta adolescente. En ese marco, se acordarán momentos de privacidad. Respetando sus tiempos, iremos trabajando nuevos canales de comunicación evitando la triangulación. Todos deberán saber que, el profesional, de común acuerdo con el adolescente, ante situaciones de “riesgo” buscará el momento oportuno para que estén enterados.

En relación al motivo de consulta, no olvidemos tener presente y detectar “el motivo oculto” que aparecerá en cualquier momento de la entrevista.

De la **FASE INTERMEDIA** recordaremos:

Identificar quién impulsó la consulta.

Hacer preguntas abiertas, escuchar con interés, respeto y empatía.

Explicitar que este encuentro consta de una conversación y un examen físico.

Tener presente, que el examen físico debe ser sostenido por la entrevista. Siempre se respetará la resistencia al examen lo que no implica no hacerlo. Encontrar el delicado equilibrio entre la no agresión y la pérdida de la oportunidad para diagnóstico y tratamiento oportuno requiere formación y experiencia.

Identificar en forma temprana fortalezas y riesgos aporta al acompañamiento. Frente a una condición o situación problemática en cualquier aspecto: evaluar cómo se ubica el adolescente en la “situación problemática”.

Evaluar cómo se ubica la familia frente a la situación problema.

Identificar apoyos.

Al **CIERRE DE LA ENTREVISTA** se formularán acuerdos y conclusiones.

Se explicitará el plan y la agenda de nuevos encuentros con el profesional, otros profesionales del equipo o la referenciación y seguimiento.

Los factores protectores y de vulnerabilidad, se interrelacionarán con la compleja red de factores e intereses sociales, culturales económicos y ambientales de cada persona.

Si detectamos la probabilidad de que una condición o problema de salud la trabajaremos con el adolescente y/o su familia en el marco de la confidencialidad. Puede ocurrir que el adolescente niegue o infravalore sus problemas. El pensamiento de omnipotencia e inmortalidad, hace que piense que “a él no le va a pasar”.

TENDREMOS EN CUENTA QUE NO SE PUEDE RESOLVER TODO DESDE EL SECTOR SALUD Y QUE GENERAR FALSAS EXPECTATIVAS MULTIPLICA LA EXCLUSIÓN.

Los controles de salud son una oportunidad para orientar según preferencias, conocimientos y habilidades. Los profesionales brindarán información en el marco de la ética y el derecho, promoviendo la adquisición de actitudes y comportamientos en forma oportuna y dosificada. No se trata de dar consejos o brindar información unidireccionalmente, sino de acompañar para que el adolescente y sus familias tomen sus decisiones en forma autónoma, informada y responsable.

Es un proceso de diálogo e interacción que facilita la comprensión y solución de situaciones, generando un espacio de apoyo donde se promuevan cambios de conducta y desarrollo de fortalezas para la toma de decisiones.

Proporcionar apoyo en momentos de crisis, responde a necesidades específicas del adolescente, y se centra en el tema específico según necesidad con enfoque integral.

Es deseable que el adolescente reconozca que está involucrado en la decisión, que conozca acerca de lo que acuerda, que pueda identificar y elegir opciones, que sea capaz de reconocer temores, mitos, dudas, y que reconozca sus motivaciones. De esta manera, se sentirá parte de la solución.

A PESAR DE QUE EXISTEN EVIDENCIAS DE SU EFICACIA EN LA PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES Y MORTALIDAD, HAY ESTUDIOS DONDE SE APRECIA QUE HASTA EL 70-80% DE LAS CONSULTAS DE ADOLESCENTES CON LOS PROFESIONALES DE LA SALUD NO INCLUYEN CRIBAJES NI CONSEJOS.

Los y las profesionales que atienden adolescentes deberían estar dispuestos y ser capaces de mantener un diálogo con escucha atenta, lenguaje claro y de acuerdo a la etapa evolutiva de la persona, sin usar juicios de valor, realizando preguntas abiertas, respuestas en espejo y resumiendo.

Es recomendable realizar orientaciones de forma positiva, utilizando aspectos estéticos, recreativos, deportivos o económicos. Este proceso debiera ser continuo, adecuado a la personalidad del joven y dado por diferentes profesionales si fuera posible, valorando los recursos para la prevención, tratamiento y la derivación si estuviesen indicados.

30. Preventive Services Task Force; Estrategias para el asesoramiento y la información de las personas; US.

A continuación presentamos un paquete de actividades de promoción de prevención que contiene procedimientos de consejo y cribado según evidencia.³⁰

Verificaremos si el la adolescente recibió todas las vacunas recomendadas para su edad, sexo y/o condición. Indicaremos de acuerdo al Certificado Esquema de Vacunación Nacional. A partir de febrero de 2012, se incorpora el componente pertusis a la doble bacteriana de los 12 años (dpaT) y se elimina la dosis antihepatitis B a los 12 años. A partir del año 2013 se incorpora el ofrecimiento de la vacuna contra VPH en 3 dosis con un intervalo mínimo de 0,2 y 6 meses y sin intervalo máximo.

La investigación y consejo de consumo de alcohol incluyendo a embarazadas, se realizará al menos una vez al año en todas las actividades preventivas, en consulta, en las grupales sobre hábitos de vida saludables y también en la consultas oportunistas sobre problemas de salud. Se registrará en la historia.

Sexualidad - Muchos comités (Task Force americana y canadiense, GAPS, etc.) recomiendan intervenciones sobre embarazo no deseados (END) e infecciones de transmisión sexual (ITS) en adolescentes, incorporadas a los controles de salud. Se recomienda incluir recomendaciones a los padres. En relación a los programas de educación en el medio escolar existe evidencia tipo I de su efectividad en el incremento de conocimientos, y contradictoria respecto a los comportamientos.

ALGUNAS SUGERENCIAS EN RELACIÓN A LA ORIENTACIÓN EN EL ACOMPAÑAMIENTO.

Limitar la información de acuerdo a la etapa de la adolescencia en la que se encuentran.

Informar sobre los propósitos y los efectos que cabe esperar de las conductas propuestas.

Sugerir pequeños cambios, en vez de cambios grandes.

Ser concreto.

A veces es más fácil añadir nuevos comportamientos que eliminar otros ya establecidos.

Enlazar nuevas conductas con las antiguas.

A veces es preferible que los mensajes sean firmes y directos.

Obtener de la familia y el adolescente compromisos explícitos.

Utilizar una combinación de varias estrategias (consejo individual, material escrito, material audiovisual, reuniones de grupo, recursos de la comunidad).

Implicar a todo el equipo que trabaja en el servicio.

Remitir a la familia a otros recursos educativos (libros, grupos de autoayuda, etc.).

Vigilar el progreso.

BASADOS EN LA EDAD, NECESIDADES Y DESEOS PREGUNTAR E INFORMAR:

Pautas culturales que implican diferencias en la construcción de: roles, valores y experiencias.

Inquietudes sobre el amor, la pareja, formas de reaccionarse, formas de diálogo y mecanismos para establecer una relación respetuosa e igualitaria.

Toma de decisiones sobre la iniciación sexual y habilidades para enfrentar las presiones sociales que reciben los adolescentes de pares y de familiares.

Como negociar las expresiones de afecto y sexualidad que se está dispuesto a aceptar y prodigar en una relación de noviazgo. Como se ha sentido en esas relaciones? Habilidades para reconocer y manejar los celos y la violencia verbal y física.

Como diferenciar caricias saludables de otras, como enfrentar el abuso sexual y o explotación sexual en varones y mujeres adolescentes.

Importancia y como negociar la protección frente a infecciones de transmisión sexual

Opciones de anticonceptivos existentes (según normas establecidas).

Frente a un embarazo habilidades para asumirlo o interrupción voluntaria en soledad o con la pareja y la familia, reelaboración de los proyectos de vida.

Frente a la orientación sexual homosexual, maneras de establecer relaciones de respeto y aceptación formas de resolución de problemas con familias y grupos de pares.

Valorar según riesgo individual cribado de ITS.

CON QUIEN CREE QUE PUEDE HABLAR DE ESTOS TEMAS?

Siniestralidad – Preguntar sobre uso de medidas de seguridad y proponer procedimientos de prevención de forma práctica y comprensible como: medidas de seguridad vial y deportiva, cinturón, casco, seguridad en piscinas, protectores deportivos. Evitar alcohol y otras drogas ligado a la conducción. Se debe actuar en la consulta individual y en diferentes ámbitos (escuela, centros deportivos).

Detección precoz de HTA La AAP, Bright Future, GAPS, American Heart Association, recomiendan tomar la TA cada uno o dos años durante los CS. A la fecha utilizamos las tablas de PA relacionadas con percentiles de talla-edad, recomendadas por el National Heart, Lung, and Blood Institute Second Task Force on Blood Pressure in Children. Se considera HTA una cifra de presión arterial (sistólica o diastólica) superior al Percentil 97, Tensión alta las cifras entre el P90 y P97 y Tensión normal cuando está por debajo o igual al P90 de su talla. Para la detección en la adolescencia basta con una sola medición; si ésta es superior al P90, se deben realizar otras 2 mediciones con un intervalo semanal calculando el promedio de las 3 cifras. Las estrategias individuales o poblacionales recomendadas son programas educativos en la escuela y estrategia ambiental favoreciendo la dieta y el ejercicio.

LA ATROSCLEROSIS SE INICIA EN LA INFANCIA Y SE ACELERA DURANTE LA ADOLESCENCIA. LOS CRITERIOS DE HIPERCOLESTEROLEMIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES (NCEP 1992) SON:

CATEGORIA	COLESTEROL TOTAL MG/DL	COLESTEROL LDL MG/DL
Aceptable	<170	<110
Limite alto	170 - 199	110 - 129
Elevado	>200	>130

No existe evidencia científica para recomendar la detección sistemática universal de CT en niños y adolescentes, ya que niveles elevados en esta época no siempre se correlacionan con niveles elevados en la edad adulta. La estrategia individual será la determinación de CT a partir de los 2 años a los **grupos de alto riesgo**.

- Riesgo genético: hijos de padres con CT > 240, HCT familiar, padres y abuelos afectos de cardiopatía, vasculopatía o enfermedad cerebrovascular antes de los 55 años.
- Grupo multiriesgo; niños y adolescentes que presentan otros factores de riesgos: hábito tabáquico, obesidad grave, HTA, diabetes, sedentarismo

La estrategia poblacional será: recomendación dietética, realización de ejercicio y consejo antitabaco.

La mayoría de los grupos recomiendan realizar en los CS una adecuada educación alimentaria, abordaje familiar, promocionar educación física y detección precoz de los aumentos exagerados de peso. Se orientará según necesidad en: alimentación saludable. Higiene de alimentos. Causas y consecuencias del sobrepeso y obesidad, enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación: causas y consecuencias de la talla baja. Se detectarán hábitos alimentarios y conductas que orienten a trastornos del apetito.

La anamnesis alimentaria permite conocer cuali-cuantitativamente el consumo real de los alimentos de los adolescentes. Es importante consignar el número de comidas, incluyendo jugos, bebidas, golosinas y extras ingeridos entre comidas, dentro y fuera de la casa, determinar con qué frecuencia come en familia y cuántas veces solo, quién selecciona el plan alimentario. Permite identificar costumbres y hábitos familiares, frecuencia de las ingestas, ansiedad y gratificación con las comidas, picoteos, comidas irregulares, selectividad, consumo de comidas rápidas. Solicitaremos a la persona que anote durante un lapso variable de 1 a 7 días y a medida que va sucediendo, la ingesta diaria de alimentos incluyendo algún día festivo.

En otros Módulos se profundizarán aspectos relacionados a áreas psicosociales y de la sexualidad.

EN ESTE MÓDULO TRABAJAREMOS ASPECTOS DE LA EXPLORACIÓN DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO FÍSICO:

La piel es una carta de presentación en este grupo etario. Muchos adolescentes concurren al servicio sólo por un problema de su piel o pueden presentarse con un gran componente de ansiedad manteniendo el motivo de consulta oculto.

Una pequeña lesión, desapercibida para el común de las personas, puede pesar más que todos sus atributos positivos, al darle una autoimagen distorsionada. Los problemas son los mismos que los de la etapa adulta pero se vivencian de manera diferente.

Se orientará frente a la exposición al sol y a las temperaturas extremas. Exploremos la presencia o deseos de realizarse tatuajes, piercing, zonas de punción. Orientaremos frente a la toma de decisión.

Cabeza y cuello: buscar dismorfías, glándulas tiroideas aumentadas de tamaño, salivares, tortícolis, adenopatías cervicales, supraclaviculares, axilares, inguinales.

RECORDAR QUE LOS TUMORES SON LA PRIMERA CAUSA MÉDICA DE MORTALIDAD Y DE ÉSTOS EL 50% DEL TEJIDO LINFOIDE Y ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS (HODGKIN EL MÁS FRECUENTE)

Según pauta del Programa Nacional de Salud Bucal se considerará "**Boca Sana**": haber tenido un control con odontólogo en los últimos seis meses, ausencia de caries, ausencia de periodonciopatías, presencia de todas las piezas dentales, ausencia de mala oclusión severa. Se observará la cronología de la erupción y los problemas más comunes de la edad: falta de alguna pieza permanente, presencia de sarro, flemones, abscesos, gingivitis, caries, análisis de oclusión; así como lesiones traumáticas de alguna pieza dentaria. Orientaremos en el cepillado diario después de cada comida, control en la ingesta de alimentos azucarados. Reforzaremos la prevención de accidentes y educaremos sobre cómo actuar cuando ocurre un traumatismo.

Cribaje de la audición Estudios en EE.UU y Europa han mostrado déficits en el 1-6% de los adolescentes, más en varones y debidos a defectos congénitos, enfermedad crónica del oído medio o déficit sensorial por el ruido. Varios grupos de expertos, entre ellos el PAPPS, recomiendan la evaluación auditiva durante la adolescencia.

Cribaje de la visión³¹ La visita al oftalmólogo en la adolescencia está pautada a los 12 años. El control a esa edad permitirá detectar problemas de salud iniciados en la niñez, evaluar el campo visual y medir la agudeza visual.

La agudeza visual a partir de los 6 años alcanza 10/10. Se usarán carteles de visión del tipo de Snellen. Será monocular.

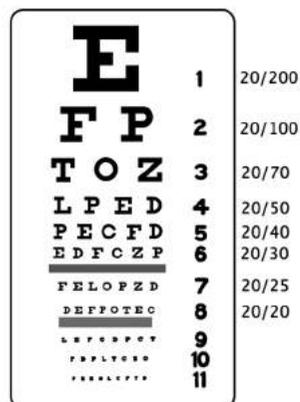


Figura 6
Optómetro de Snellen

Uno de cada 5 niños que a los 7 años tienen visión normal desarrollará miopía a los 16 años.

En la adolescencia se inician patologías propias del ojo, como el glaucoma juvenil, o generales que afectan los ojos como la diabetes I y II y la artritis idiopática juvenil. Se prestará atención a la historia familiar.

Traumas oculares mecánicos, procesos infecciosos e inflamatorios (chalazios, orzuelos). Problemas de aprendizaje, tortícolis, ojos entrecerrados, lagrimeo persistente son motivos de consulta frecuente.

Brindaremos orientación en relación al uso de la computadora para que minimicen los efectos relacionados con la visión y con la postura. El uso de la computadora genera molestias oculares tales como cefalea, ardor, enrojecimiento ocular, sensación de ojo seco, lagrimeo, visión borrosa.

Si se detectan anomalías visuales o factores de riesgo familiares o personales se deberá iniciar y documentar un plan de seguimiento con referencia al nivel que corresponda independiente del momento en el que se detecte según pautas.

La **antropometría** consistirá en medición de peso, talla, IMC, segmentos y velocidad de crecimiento y se relacionaran los datos con los de maduración puberal.

Talla con relación a edad (talla/edad) El crecimiento lineal continuo es el mejor indicador de alimentación adecuada y de estado nutricional a largo plazo. La talla/edad depende de factores genéticos y nutricionales.

La **velocidad de crecimiento** se calcula observando el incremento de la talla entre dos medidas sucesivas. Debe evaluarse durante un período de mínimo seis meses a un año según la edad del y la adolescente.³²

33. World Health Organization, *Growth reference data for 5-19 years*. Disponible en: <http://www.who.int/childgrowth/en/>. Acceso 30 de Setiembre de 2014.

Medida de los Segmentos corporales El segmento inferior se calcula por sustracción. midiendo la talla en posición sentado (distancia vértex-isquion) con los muslos perfectamente horizontales.

Índice de masa corporal con relación a edad (IMC/edad), peso/talla² o Peso/talla/talla. Es la razón entre el peso (kg) y el cuadrado de la estatura (metros).

Uso de las gráficas de IMC y Talla para la edad³³ Las gráficas son de utilidad para el monitoreo del crecimiento por parte del personal de salud y permiten evaluar la tendencia de la curva de crecimiento y la detección oportuna de riesgo de malnutrición.

PROCEDIMIENTO:

- ▬ Ubicar en la línea horizontal de la gráfica el dato de la edad en años y meses cumplidos.
- ▬ Ubicar en la línea vertical el valor de IMC de el o la adolescente.
- ▬ Graficar un punto en la intersección de las dos líneas, sobre una de las líneas verticales y no entre dos líneas.
- ▬ Si un punto graficado cae exactamente en la línea de un percentil o DS, se clasifica en la categoría menos severa.
- ▬ En el registro de IMC un punto graficado entre dos líneas percentilares se lee como cercano al percentil más cercano a la mediana.

El IMC por edad, no considera el grado de desarrollo puberal por lo que se deberá ajustar la valoración con la Escala de Tanner en mujeres hasta los quince años de edad y en varones hasta los dieciséis años de edad. Cuando la edad cronológica y la edad biológica presenten una diferencia menor de un año se evaluará el estado nutricional según el IMC por edad (edad cronológica). Si existe una diferencia mayor de un año, se evaluará el estado nutricional según el IMC por edad biológica. Esta corrección es necesaria porque entre las etapas de Tanner hay un aumento del IMC de 0.5 unidades en el varón y 1 unidad en la mujer. Para el cálculo de la edad biológica, se considerará la equivalencia que ella tiene con los diferentes estadios de Tanner según los datos de Burrows R y Muzzo S. (Rev Chil Nutr 1999; 26: 95S-101S).

MUJERES		VARONES	
INDICE TANNER	EDAD BIOLÓGICA	INDICE TANNER	EDAD BIOLÓGICA
Mama 1	< 10 a y 6 meses	Genitales 1	< 12 a
Mama 2	10 a y 6 meses	Genitales 2	12 años
Mama 3	11 años	Genitales 3	12 a y 6 meses
Mama 4	12 años	Genitales 4	13 a y 6 meses
Menarquia	12 años y 8 meses	Genitales 5	14 a y 6 meses
Postmenarquia	12 a y 8 meses + tiempo desde la menarquia		

Se considera

Delgadez cuando IMC/edad por debajo del 3 percentil o -2 DS.

Si el IMC/edad se encuentra por debajo del 15 percentil o -1 DS es necesaria una evaluación nutricional integral.

Riesgo de sobrepeso – IMC/edad entre los percentiles 85 a 96 Sobrepeso- IMC/edad a nivel o por encima del 97 percentil o > 2 DS de la media. Indica un exceso de grasa corporal.

Recuerde

Antes de la menarca, se realizará una orientación en cuanto a una alimentación adecuada, ordenada, pero no hipocalórica. La mujer requiere de un porcentaje de masa grasa mínimo para iniciar la menarca y que la ovulación sea adecuada

Cuando el IMC/EDAD normal varía en $\pm 1,5$ o más en 6 meses o cuando haya un cambio en la clasificación de IMC/EDAD en sentido opuesto a lo Normal en dos controles realizaremos monitoreo.

En relación a la Talla

Talla baja: Talla $<$ a percentil 3

Se prestará atención frente a:

Incremento en talla $> 3,5$ cm.

Talla que no varía entre 2 controles (con distancia de 6 meses). Adolescente con pubertad iniciada que incrementa < 3 cm en 6 meses Adolescente sin pubertad iniciada que incrementa < 2 cm en 6 meses.

Considerando que el factor hereditario es fundamental en cuanto a la determinación de la talla final, se han establecido algunas fórmulas que permiten correlacionar cuán adecuado es el canal de crecimiento de un adolescente en relación al promedio de talla de sus padres. Los padres deberán ser medidos.

Si es mujer: [(talla paterna $- 13$) + talla materna]: 2

Si es varón: [(talla materna + 13) + talla paterna]: 2

El resultado de estas fórmulas, se lleva a la curva de talla/edad al nivel de los 18 años y se ve si el canal de crecimiento del adolescente corresponde al que se ha calculado con los datos de sus padres. Se acepta que puede haber una diferencia de ± 7.5 cm en los varones y ± 6 cm en las niñas, entre el resultado de la fórmula y el canal de crecimiento.

RECUERDE

Cuando la tendencia del crecimiento cambia de carril o se establece una meseta hay que realizar un seguimiento.

La interpretación del riesgo y la desviación de lo esperable depende de dónde empieza el cambio de la tendencia, de la dirección de la tendencia y la historia de salud de la persona y su entorno asociadas a la carga genética familiar.

Toda persona con un estado de malnutrición por déficit o exceso deberá iniciar un monitoreo programando la frecuencia de las visitas, siendo atendido por un equipo en el que se incluirá a la nutricionista.

Todo adolescente con una talla bajo el Percentil 3, o 2 desviaciones estándar bajo el promedio, se considera portador de Talla Baja y debe investigarse su causa.

Los adolescentes pequeños con talla adecuada a su carga genética, con padres patológicamente pequeños (-3 DS), debieran ser estudiados puesto que estos pueden ser portadores de una patología que esté afectando también al hijo.

En varones, dos motivos de consulta frecuentes son: menor estatura en relación con sus compañeros y el tamaño del pene, especialmente, si está excedido de peso. Es importante realizar una historia completa, averiguar antecedentes familiares y, si el diagnóstico coincide con el de madurador lento, señalar que si bien su desarrollo está retrasado con respecto a otros varones de su misma edad, probablemente, cuando complete su crecimiento será similar o más alto que los compañeros con los cuales se compara.

Tener en cuenta que algunas enfermedades crónicas afectan el crecimiento por diferentes motivos:

- ▬ hipoxia, en enfermedades cardíacas congénitas y pulmonares graves y crónicas.
- ▬ procesos metabólicos alterados, en algunas enfermedades renales y hepáticas.
- ▬ dificultades en la absorción de alimentos, en la enfermedad celíaca, giardiasis.
- ▬ trastornos endocrinológicos tales como hipotiroidismo, enfermedad de Cushing, enfermedades de hipotálamo o hipofisis.

Desarrollo puberal - Para evaluar el estado de desarrollo puberal se utilizan las tablas diseñadas por Tanner, quien dividió en 5 grados el desarrollo mamario, el de vello púbico y genital. Estas tablas son usadas universalmente y permiten una evaluación objetiva de la progresión puberal. (Ver anexo xxx). Todo adolescente que inicie el desarrollo puberal antes o después de los límites normales o que retrase el avance de los cambios puberales debe ser estudiado.

EXAMEN DE MAMAS

En mujeres: Con objeto de conocer el desarrollo sexual, descartar masas y enseñar autoexploración.

En Varones: Frente a una ginecomastia (si es mayor de 2 cms. de tejido subareolar) descartar patología tumoral o hipogonadismo.

Abdomen: Frente a un abdomen doloroso en adolescente sexualmente activa: descartar enfermedad inflamatoria pélvica. El dolor abdominal recurrente es un motivo frecuente de consulta.

EXAMEN DE GENITALES:

En varones: Se realiza Tanner para conocer el desarrollo sexual., inspección y palpación de genitales (buscar fimosis, prepucio redundante, varicocele más frecuente a izq., hernias, tumores). Descartar masas y enseñar el autoexamen.

En Mujeres. Tanner, inspección y orientación sobre el control ginecológico

Osteoarticular – Simetría global del cuerpo en visión posteroanterior y lateral; exploración de la marcha. Movilidad, dolor articular, deformaciones. Pie - apoyo plantar.

Cribaje de escoliosis - El 70% son idiopáticas o esenciales con cierto componente hereditario, el 15% forma congénita. Es más frecuente en el sexo femenino. La prevalencia depende de los criterios para el diagnóstico: curvaturas de 5 - 10 grados es del 4 - 14% en niños y adolescentes, si se incluyen > de 10 grados baja al 2% y más de 20 grados del 0,2 - 0,3%. El control debe ser hecho en la pubertad, ya que la evolución de la escoliosis se asocia a períodos de crecimiento rápidos y maduración puberal. En mujeres el crecimiento espinal se completa 18 a 24 meses postmenarquia.

Diferentes comités aconsejan preguntar por antecedentes familiares y explorar la columna en los ES mediante el test de Adams.

Examen de columna vertebral Evaluar presencia de escoliosis, hipercifosis dorsal (dorso-curvo) y/o hiperlordosis lumbar. En caso de escoliosis determinar si se trata de un trastorno

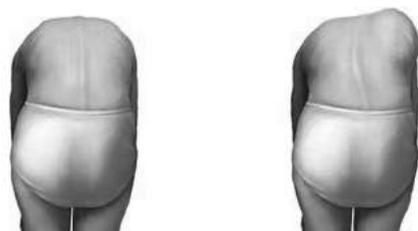


Figura 7

Test de Adams

Actitud escoliótica

escoliosis

funcional o verdadero. Adolescentes con curvas escolióticas mayores de 15 grados deben ser referidos.

Dentro de la evaluación del **sistema nervioso**: Examinar pares craneanos, reflejos superficiales y profundos, coordinación estática y dinámica, fondo de ojo (de ser necesario). Aparte del daño del SNC producido por accidentes o por intoxicación por drogas, la patología neurológica más frecuente son las cefaleas (vasculares y psicósomáticas). Tener presente que los tumores intracraneales son los tumores sólidos más frecuentes y la segunda causa de cáncer (astrocitoma supratentorial, el más frecuente: sintomatología neurológica tardía, inicialmente da cambios en la conducta y disminución rendimiento escolar).

REFERENCIAS DE LA TABLA EXÁMENES DE LABORATORIO

1. Algunos comités recomiendan su realización anualmente en las mujeres con menstruación
2. Solo indicada en población de riesgo.
3. Población sexualmente activa y con situaciones de riesgo.
4. Todas las mujeres sexualmente activas un frotis Papanicolau como parte del cuidado preventivo de su salud.
5. Homosexuales/bisexuales Uso alcohol y drogas.
6. En personas con antecedentes familiares R: cuando está más recomendado; M: mujer; V: varón.

La **Historia Clínica** pertenece el/la adolescente y facilita el registro y evaluación integral de su salud, mediante la participación del o de la adolescente, y de acuerdo a la percepción de vida que él/ella tenga. Es un documento confidencial entre el adolescente y el equipo de salud. Será utilizado por todos los profesionales que participen de la atención: médicos, psicólogos, nutricionistas, trabajadoras sociales, educadores, enfermeras, coordinando las distintas intervenciones según las normas del servicio de salud. No es un cuestionario auto administrado.

El objetivo de este instrumento es³⁴:

- Mejorar la calidad de la atención.
- Sustener un abordaje integral.
- Identificar signos que pueden llevar a riesgos.
- Favorecer el conocimiento epidemiológico, la evaluación y el desarrollo de programas.

Se sugiere iniciarla en consulta externa o internación. Se llenará una vez por año o cuando lo justifican los cambios. En estas dos situaciones se deberá iniciar una nueva hoja de consulta principal que se adosará a la primera.

El formulario se caracteriza por estar constituido por preguntas con respuestas en su mayoría cerradas. Los cuadrados se llenan con "cruces". Los rectángulos con números. Consta de un sistema de advertencia: casilleros "amarillos" = "observaciones". Los espacios abiertos están destinados para registrar las observaciones, cambios relevantes, impresión diagnóstica, indicaciones e inter consultas

Como toda Historia Clínica médica consta de una anamnesis y un examen físico. La distribución por módulos nos orienta al registro de motivos de consulta del adolescente y o de la familia, antecedentes personales y familiares, características de la familia, de la vivienda, educación, trabajo, hábitos, consumo y accidentabilidad.

El familiograma es una representación esquemática de la familia, la cual provee información sobre sus integrantes, en cuanto a su estructura y sus relaciones. Ha sido diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia. Los datos, se registran a través de un conjunto de símbolos, la mayoría de los cuales son internacionalmente aceptados. Permite desarrollar al profesional de la salud una visión integrada de los puntos fuertes y débiles de la familia en su situación actual, así como del modo en

34. CLAP, SMR, OPS, OMS; *Sistema Informático del Adolescente*; 2010.

EXÁMENES LABORATORIO						
ETAPA EXAMEN	TEMPRANA		MEDIA		TARDIA	
	M	V	M	V	M	V
SEXO	M	V	M	V	M	V
Hb/Hto (1)	x	n/c	x	n/c	x	n/c
Colesterol (2)	x	x	x	x	x	x
Cultivos ITS, HIV (3,5)	R	R	R	R	R	R
Frotis papanicolau(4)	R	n/c	R	n/c	R	n/c
TOG, TPG, serología hepatitis B (5)	R	R	R	R	R	R
Enfermedad genética (6)	x	x	x	x	x	x

que su desarrollo histórico puede estar influyendo en las interacciones actuales. Al retratar las características de tres generaciones, ofrece una perspectiva longitudinal teniendo en cuenta que las familias suelen repetir sus atributos, característica conocida como continuidad o alternancia, según si ésta ocurre sin interrupción entre padres e hijos o hermanos, o se salta una generación para aparecer en la otra. Además, permite conocer en qué etapa del ciclo de vida familiar se encuentra. También es un medio para el intercambio de información, entre los profesionales que se encargan de ofrecer atención integral a la familia.

En la impresión diagnóstica se deberá consignar la edad, el sexo, un resumen de los ejes biosociales destacando: fortalezas y debilidades, factores de riesgo, diagnósticos o sospechas a trabajar. Deberán firmar todos los técnicos que atendieron al adolescente.

EL CARNÉ DEL / DE LA ADOLESCENTE

Según Decreto Presidencial N°295/09 el acceso al carné de salud del y de la adolescente, de 12 a 19 años es universal, gratuito, confidencial único instrumento válido que certifica aptitud física.

El carné puede ser llenado por cualquier integrante del equipo en relación a tópicos de la salud psicosocial: a antropometría o medida de la Presión Arterial. También puede ser llenado por el adolescente, en aspectos que vinculen a percepciones.

ES UN DOCUMENTO LEGAL EN EL QUE SE REQUIERE DE LA ATENCIÓN MÉDICA PARA LA CERTIFICACIÓN DE APTITUD FÍSICA PARA DEPORTE. SE CIERRA CON LA FIRMA Y SELLO DEL O LA MÉDICA DE REFERENCIA. EN SU INTERIOR REQUIERE DE LA FIRMA DE ODONTÓLOGO Y DE OFTALMÓLOGO.

No debe extenderse un certificado sin tener Historia Clínica.

El «Certificado de favor» es una trasgresión ética.

Cuando existan antecedentes familiares o personales que no sean conocidos por el o la adolescente, se requerirá de la presencia de un adulto referente o se propiciará el interrogatorio familiar por parte del adolescente.

Frente a situaciones que requieran atención a la salud-enfermedad: tener presente la importancia de la realización de actividad física. Se entregará el carné con fecha de próximo control. En todo caso, habrá que aceptar los mecanismos en relación a la capacidad de coordinación interinstitucional y el seguimiento de adolescentes y sus familias lo que no debe de ir en desmedro de actividades saludables.

Frente a situaciones que requieran atención a la salud enfermedad, y contraindiquen la realización de actividad física en la institución educativa el o la médica de referencia deberá explicitar la no aptitud para la realización de dicha actividad y entregará el carné con fecha de seguimiento y firma y sello profesional.

En base al diagnóstico integral se trabajará la adherencia al plan, las referencias necesarias, las coordinaciones interinstitucionales y o intersectoriales.

La referencia contra referencia, es el conjunto de normas técnicas y administrativas que permitan prestar atención adecuada al usuario según el nivel y grado de complejidad de los servicios con la debida oportunidad y eficacia.

Para ello es deseable usar dispositivos e instrumentos formales institucionales, acompañar el proceso de manera de saber lo que pasa con adolescente en otros niveles, preparar la contra referencia habilitando la consulta de adolescente mediante agenda programada y o espontánea, de manera de ser controlados oportunamente.

EN BASE A LA PROPUESTA PLANTEADA Y EN EL CONTEXTO DE LA PROFUNDIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD LOS ACTORES DEBEREMOS ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE QUE EL INGRESO DE LAS Y LOS ADOLESCENTES, POR CUALQUIERA DE LAS PUERTAS DE ENTRADA A LA SALUD, NO SE CONVIERTA EN UNA OPORTUNIDAD PERDIDA.

DURANTE EL PROCESO DE ATENCIÓN LAS PERSONAS ADOLESCENTES TIENEN DERECHO A ELEGIR. LAS OPCIONES DEBERÍAN SER HECHAS CON CONOCIMIENTO Y EN UNA MATRIZ DE OPORTUNIDAD.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dulanto Gutiérrez E. El Adolescente. Méjico: Ed. Mac Graw-Hill; 2000
2. Atención integral del adolescente. Revisión crítica M.I. Hidalgo Vicario Pediatra. Centro de Salud "Barrio del Pilar". Madrid Castellano Barca G, Hidalgo Vicario MI, Redondo Romero AM (eds). Medicina de la Adolescencia. Atención integral. SEMA. Madrid: de. Ergon SA; 2004 (en prensa).
3. Curso Salud y Desarrollo del adolescente. Modulo I Lección 1 Crecimiento y desarrollo puberal durante la adolescencia. Universidad pontificia de Chile modalidad on line <http://escuela.med.puc.cl/paginas/OPS/Curso/IntroModulos/IntroModulo1.html>
3. Burrows R, Muzzo S. Estándares de crecimiento y desarrollo del escolar chileno. Rev Chil Nutr 1999;26:95S-101S.
4. Coelho K, Sichiari R, Gonzáles HC. Peculiaridades de la Historia Clínica y Exploración Física en la Adolescencia.
5. Norma Técnica de Evaluación Nutricional del niño de 6 a 18 años. Año 2003. Rev Chil Nutr 2004; 31 (2):128-37. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S07175182004000200007&script=sci_arttext acceso al 15 de Julio del 2014.
6. Expresiones de la identidad sexual y la sexualidad adolescente T. Silber, P. Castells. Revista Pediatría de Atención Primaria Volumen IV. Número 14. Abril/junio 2002
7. Centers for Disease Control (CDC). Youth risk behavior surveillance. United States, 2003. MMWR 2004; 53 (SS-2): 1-29.
8. American Academy of Pediatrics (AAP). Recommendations for preventive pediatric health care (RE9939). Committee on practice and ambulatory medicine; 2000. Website: <http://www.aap.org/policy/pprgtoc.cfm>.
9. American Medical Association. Department of Adolescent Health Guidelines for Adolescents Preventive Services (GAPS). En: Elster AB, Kuznets MJ (eds.). Recommendations and rationales. Baltimore: Williams & Wilkins; 1994.
10. Preventive Services Task Force (USPSTF). En: US Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services: report of the US. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996.
11. US Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services. Periodic Updates. Electronic Archive. 3rd ed. 2000-2004.
12. The Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHO). 2001-2004. Electronic Archives. <http://www.ctfphc.org>.
13. Bright Futures. Guidelines for Health Supervision. 2002. <http://www.brightfutures.org>.
14. Centres for Disease Control and Prevention. Adolescents and teens. <http://www.gov/health/adolescent.htm>

ATENCIÓN EN SALUD FAMILIAR EN ADOLESCENTES

Lic. Vilma Magnone
(Trabajadora Social. - Esp. en Familia – Esp. en Políticas Sociales)

Setiembre, 2013

El presente trabajo, da cuenta de la presentación realizada en ocasión al 4° Curso: “Guías para el abordaje integral de la salud de adolescentes en el primer nivel de atención” año 2013. La misma considera: I. los objetivos del curso, características del modelo de atención en salud, de acuerdo al SNIS y en este sentido se basa en la Ley 18 211; II. las prioridades que el Programa Nacional de Adolescencias y Juventudes conceden, a la consideración de la familia de los y las adolescentes; III. las concepciones de la OMS – OPS; IV. la visualización que desde las políticas sociales y de acuerdo a las matrices institucionales se construyen para el diseño de las políticas públicas y las orientaciones que desde este enfoque se brindan; VI. Brevemente se exponen marcos teóricos y expresiones de los mismos actores en territorio.

La finalidad de esta presentación es visualizar la importancia, y oportunidad de considerar a las familias de las adolescencias, interpelando y/o problematizando el lugar que ocupan en el modelo de atención, en los servicios de salud, en la propia etapa, en especial desde el ciclo vital personal y familiar.

Si nos preguntamos ¿por qué? incluir o no a las familias en la atención de las adolescencias, se genera: ¿qué es integrarlas y/o incluirlas en la atención en salud de las adolescencias?, ¿cómo incide integrarlas?, ¿cómo se integran? ¿cómo considerar el desarrollo adolescente y su derecho al ejercicio de la autonomía progresiva, al considerar a la familia en su atención en salud?

El modelo de atención en salud se encuentra orientado en lo normativo a la atención en salud integrando a las familias, territorios y comunidades; pero su implementación se centra casi exclusivamente en el individuo.

Consideramos, brevemente lo siguiente:

- El individuo es un ser social e histórico que no existe en forma aislada, y sin ningún contexto.
- Las personas satisfacen sus necesidades vitales en su medio familiar primero, y social después.
- La familia es el principal sistema social que configura el crecimiento y desarrollo del individuo, desde los aspectos bio-psico-social.

■ La familia forma parte de un territorio, con diversos acercamientos entre los distintos actores individuales e institucionales, se establecen redes, con diversidad de tamices participativos.

■ La familia desarrolla procesos, intra e inter familiares de participación a fin de lograr el desarrollo y bienestar de todos y cada uno de sus integrantes.

Es desde estos posicionamientos, que pretendemos compartir las lógicas jurídicas, políticas/institucionales y técnicas, que posibiliten re pensar y construir en los mismos servicios de salud la mirada, la perspectiva, el enfoque familiar; con el propósito de mejorar la calidad de vida y la calidad de la atención en salud, de las adolescencias en cuestión.

TRAYECTORIAS INSTITUCIONALES

LÓGICAS POLÍTICAS / INSTITUCIONALES QUE REFIEREN A LA ATENCIÓN EN SALUD DE LAS FAMILIAS

1. SECTORIALIDAD: MSP

1.1 LEY 18 211. ART. 36

“EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN ESTÁ CONSTITUIDO POR EL CONJUNTO SISTEMATIZADO DE ACTIVIDADES SECTORIALES DIRIGIDAS A LA PERSONA, LA FAMILIA, LA COMUNIDAD Y EL MEDIO AMBIENTE, TENDIENTE A SATISFACER CON ADECUADA RESOLUTIVIDAD LAS NECESIDADES BÁSICAS DE SALUD Y EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA, DESARROLLADAS CON LA PARTICIPACIÓN DEL NÚCLEO HUMANO INVOLUCRADO Y EN CONTACTO DIRECTO CON SU HÁBITAT NATURAL Y SOCIAL...”³⁵.

35. MSP – Ley 18 211 Publicada D.O. 13 dic/007 - N° 27384

En este sentido se comprende, que en el primer nivel de atención, deben desarrollarse actividades orientadas a la familia. Agregando “con la participación” (...), de ella, si consideramos al núcleo humano involucrado como familia. Pensando en familia en el sentido de vínculos que sostienen, brindan contención, apoyo. Aún en aquellas situaciones donde las familias no pueden desempeñar las funciones nutritivas y normativas de protección; y hasta a veces el proceso vincular que generan, provocan lesiones y/o daños; deben considerarse los tipos de vínculos, protecciones, ausencias, que las familias desarrollan entre sus miembros y para con ellos.

Esto permite visualizar: - Las capacidades y/o debilidades de las familias. Con respecto a la atención en salud brindada, en lo que refiere a los involucramientos que con la atención en salud se tengan. - Las complicidades, los obstáculos, el allanamiento de las trayectorias que las familias realizan en las atenciones en salud, a sus propios adolescentes. ¿Cuánto de esta atención en salud se relaciona con la vida cotidiana familiar?, ¿con las culturas familiares?, ¿cuántos apoyos interaccionan entre sí? ¿Cómo permiten las distintas familias que el o la adolescente puedan cuidarse a sí mismo? ¿Cuánto y cuándo las familias impiden que el o la adolescente reciba la atención integral en salud, en forma oportuna?

1.2 PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD EN ADOLESCENTES

Al respecto el mismo refiere que: “La mayor parte de los problemas que se presentan a esta edad tienen que ver con el comportamiento, la conducta, las emociones y los vínculos con y entre sus familiares, sus pares, y con el mundo adulto en general.”³⁶

En referencia al Modelo de atención Integral de Adolescentes, se expresa que: “se centra no solo en la familia sino también en el soporte social existente”³. (pág.38).

En su planificación determina como Objetivos generales: “IV Promover y liderar la creación de un Plan de Adolescencia y Juventud, con carácter intersectorial dando participación a la comunidad y a las familias.”⁴ (pág.42)

Comprendemos que la familia, se constituye como el sistema social primario, donde las personas aprenden, desaprenden, construyen, se crean, se re – crean. Sistema social primario, que se constituye por los distintos sub sistemas simbólicos³⁷, (valores, creencias, formas de comunicaciones) de interacción, y sub sistemas materiales y/o reales de interacción e integración.

Entonces cuáles son los procesos comunicacionales que la familia desarrolla, ¿cómo establece los límites? ¿cómo se determina la jerarquización de los roles?, ¿cómo desarrolla sus funciones y funcionamiento en pro de la salud de la totalidad del sistema familiar y del o la adolescente en particular?

OMS - OPS

Se expresa que “las instituciones y los profesionales de salud han adoptado al individuo como el centro de la prestación de los servicios de salud; en consecuencia, las necesidades de la familia en su conjunto no se toman en cuenta de manera adecuada. Es importante reconocer esta deficiencia, pues la participación activa de las familias y la comunidad, para promover y proteger su propia salud mejora la eficacia. **El empoderamiento de las familias y las comunidades aumenta la concientización y la demanda de servicios de salud de calidad**”

Desde la estrategia de APS – Redes integrales de servicios de salud/ RISS, se concibe que: “Atención integral, integrada, apropiada, continua, con énfasis en la prevención y la promoción; garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción”

“El cuidado centrado en la persona significa que el cuidado se centra sobre la “persona como un todo”, es decir, el cuidado considera las dimensiones físicas, mentales, emocionales y sociales de la persona”

“El enfoque familiar y comunitario significa que el cuidado no se basa exclusivamente en una perspectiva individual o clínica solamente implica que el cuidado aborda los problemas del individuo en el contexto de sus circunstancias familiares, de sus redes sociales y culturales, y de las circunstancias en las cuales las personas viven y trabajan”

“Emplea la perspectiva de la salud pública al hacer uso de la información familiar para desmitificar riesgos y decidir el orden de la prioridad de las intervenciones. La familia y la comunidad son los ejes principales de la planificación y la intervención del sistema”. 5. Promoción de la responsabilidad individual, familiar y comunitaria.

Desde éste marco institucional, la matriz conceptual, expresa que las acciones en salud consideran a la persona en el contexto de sus relaciones e interacciones sociales, como forma de aprehender las complejidades, de las dimensiones que integran la vida personal, en este caso del /la adolescente. Por lo cual el cuidado del mismo debe concebir a las redes primarias, priorizando a la familia, como sujeto de atención.

La familia incide, en que se desarrolle una atención integral, habilitada y legitimada en sus propias acciones cotidianas. Simultáneamente es generadora y portadora de recursos, lo cual reeditúa en el bien común y por ende en la responsabilidad del estado como tal.

TRAYECTORIAS INTERSECTORIALES

ASESORÍA JOSÉ E. FERNÁNDEZ

En el marco de la Sub comisión de abordajes familiares, perteneciente al Consejo de Políticas Sociales, a fines del 2010, se contrata la asesoría técnica a cargo del Mag. José Fernández (6), desde donde surge:

- existencia de un conjunto de Políticas Sociales que implican una serie de programas y proyectos que han significado un avance importante para reducir la vulnerabilidad social”.
- “Estos programas y proyectos han desarrollado marcos teóricos y metodológicos que sobre todo han podido avanzar en los niveles individual y comunitario de la intervención social, pero han tenido dificultades para lograr resultados en el abordaje del nivel familiar.”

“HAY UNA DIFERENCIA ENTRE EL HECHO DE INCORPORAR A LA FAMILIA COMO UN ELEMENTO IMPORTANTE EN UNA INTERVENCIÓN SOBRE UN SUJETO INDIVIDUAL, O SIMPLEMENTE TOMAR EL CONTEXTO FAMILIAR CON UN DATO, A TOMAR A LA FAMILIA COMO SUJETO.”

Tomar a la familia como sujeto implica:

- tener claro un posicionamiento teórico – ético –filosófico sobre el rol de la familia a nivel macro-social (reproducción social).
- tener una estrategia clara para operar sobre las condiciones micro-sociales dentro de las familias.

Entonces, **definir hasta dónde es admisible intervenir, definir en qué situaciones** la sociedad a través de los organismos competentes, puede abordar a un grupo familiar y **realizar una intervención técnica tendiente a resolver un problema.**” (6)

APROXIMACIONES CONCEPTUALES

Mónica de Martino (2009) plantea que “la familia es un fenómeno histórico en su propio curso de vida. Reglas y modos de relación entre los sexos y las generaciones, se transforman continuamente, espacio de reproducción biológica y social no solo en su dimensión material

36. Guía de Atención en salud. MSP – Programa Nacional de Salud Adolescente 2, 3, 4, 11, 12, 13

37. Mecanismos cuyo funcionamiento son códigos o estructuras de signos que constituyen los modos de relación entre las personas. Esos esquemas de integración suponen procesos de comunicación para constituir un sentido de realidad del mundo, que incluye nuestras nociones éticas, estéticas y lógicas para nuestro accionar social. En los términos de Pierre Bourdieu, son estructuras estructurantes de las sociedades.

Los bienes simbólicos son productos de las maneras de sentir, pensar, hacer, valorar de las comunidades, que se indican en sus músicas, sus vestidos, su lenguaje, su comportamiento, sus utensilios, construcciones, etc.

sino también en la dimensión simbólica, como espacio de generación de identidad y construcción de subjetividades.”

Filgueira: “un núcleo básico de carácter comunitario y solidario que asegura a sus miembros estabilidad, seguridad y un sentido de identidad, al mismo tiempo que los provee de recursos instrumentales para su desempeño en otras esferas de la sociedad.”

Raquel Vidal habla de “la familia como un sistema abierto, una estructura organizada de individuos que tienen entre sí vínculos estrechos, estables, que están unidos por necesidades básicas de sobrevivencia, que comparten una historia y un código singular.”

CONSENSO EN CIERTAS CONCEPTUALIZACIONES

LA FAMILIA ES:

- una construcción social.
- cambia cuando cambia la sociedad pero no necesariamente hay una relación uni-causal y los tiempos no están acompasados.
- mediatiza la relación entre el individuo y la sociedad.

Forma parte de un territorio, con distintos acercamientos entre los actores individuales e institucionales.

Integra redes con diversidad de tamices participativos

Desarrolla procesos, intra e interfamiliares, que le permite generar diferentes modalidades de participación a fin de lograr el desarrollo de cada uno y de todos sus integrantes.

FAMILIAS Y ATENCIÓN EN SALUD

Doc. “Familias Sanas” de P.J. Fontaine, expresa:

- “Conocer los funcionamientos adecuados en su diversidad, antes de estudiar las disfunciones. Teniendo en cuenta la vida cotidiana y los funcionamientos familiares sanos.”
- “Haley expresa: “la importancia de utilizar las fuerzas vivas de las familias y tener presente los valores que puede transmitir el sistema familiar.”³⁸

La salud de las familias no es un estado estático, sino que se encuentra en un proceso sincrónico en constante movimiento, de estabilidad – cambio.

Las Familias Sanas: presentan capacidades que le permiten enfrentar las dificultades, problemas. Las crisis, generan un proceso de movimientos que permitirán nuevamente la estabilidad simultáneamente con el crecimiento y el desarrollo de la totalidad del grupo familiar y de cada uno de sus integrantes.

38. FONTAINE, P.J., *Familias Sanas*; Revista: Familia y Sociedad; Ed. Contexto Zaragoza; 1984.

39. BERNAL, Louro, et al; *La salud familiar: caracterización en un área de salud*; Rev. Cubana: Méd. Cuba; 1999.

DIAZ USANDIVARAS: “CONCIBE A LA FAMILIA COMO UNA TOTALIDAD ORGANIZADA, SUJETO A CREENCIAS, CON ROLES E IDENTIDADES INDIVIDUALES COMPLEMENTARIOS CON LOS DE LOS OTROS MIEMBROS, CAPAZ DE IMPLEMENTAR SOLUCIONES A LAS DIFICULTADES Y PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA” (...) AGREGA QUE ES “EL SEGUNDO ÚTERO.”³⁹

SISTEMA FAMILIAR

Los postulados descritos en la Teoría General de los Sistemas son aplicables al Sistema familiar.

- 1. TOTALIDAD - No es prestar atención a cada uno, sino a la totalidad, como un todo
- 2. PROTECCIÓN - Nos referimos con ello, a la necesidad de mantener el equilibrio entre la estabilidad y el cambio; para ello además deben considerarse la permeabilidad de los límites, en el sentido de los inputs y outputs. Es decir la permanente interacción, entre estabilidad y cambio; entre el adentro familiar y el afuera familiar, entre las informaciones, y diversidades de creencias.
- 3. CAUSALIDAD CIRCULAR - Es el análisis desde la complejidad de las dimensiones, es decir no es una mirada lineal, ni única, ni de causa – efecto. Lo que le ocurre a un integrante de la familia es causa y efecto simultáneamente; y viceversa.
- 4. IDENTIDAD - Es todo aquello que permite al sistema familiar y/o a cada uno de sus miembros la denominación de “suyo”. Esto hace que existan las finalidades de “sentirse perteneciente a”, y “distinto de”, lo cual conforman la identidad de un colectivo.
- 5. ORDEN JERÁRQUICO - Implica la distribución del poder, se relación con la distribución de responsabilidades, obligaciones, cuidados y protecciones. La distribución del poder y la determinación del orden jerárquico permite que una familia funcione adecuadamente.

Cabe señalar la importancia del eje tiempo, ya que constituye el equilibrio entre mantenimiento – cambio; relacionado con el eje espacio flexibilidad – rigidez - estabilidad – desorganización

ESTRUCTURA Y PROCESOS

La estructura, se constituye con los tres subsistemas, que interactúan entre sí.

SUBSISTEMA CONYUGAL - SUBSISTEMA PARENTAL - SUBSISTEMA FRATERNAL

Otros subsistemas a considerar son: roles, sexo, edad, etc. Estos subsistemas establecen normas para la regulación de su funcionamiento

Considerando que la familia es un sistema abierto, semi permeable, el proceso está dado, por la dinámica familiar; por los movimientos de “vida”

que la familia despliega para su funcionamiento y desarrollo; expresado en el desempeño de sus normas, reglas, roles y formas de comunicarse.

Normas y reglas, estas se relacionan con los procesos comunicacionales y con el desempeño de las funciones; y hacen que el sistema familiar genere o no capacidades de desarrollo, cuidado y protección de sus miembros.

FUNCIONES

Díaz Usandivaras expresa que se encuentran las normativas y las nutritivas. Que las “funciones parentales nutritivas: aquellas que tienden a satisfacer las necesidades de los hijos y funciones parentales normativas: aquellas que tienen que ver con las reglas propiamente dichas. Podemos señalar que las nutritivas son primarias y esenciales para la supervivencia. Gratificantes para padres e hijos, y por esto simbiotizantes ya que generan apego. Buscan la gratificación inmediata. Su tiempo es el presente. Pueden darse, independientemente, por parte de cada uno de los progenitores. Las normativas son: secundarias, frustrantes y estresantes para ambos. Limitantes de las satisfacciones inmediatas, tienden a impulsar el crecimiento y la individuación, requiriendo, para no ser saboteadas, del acuerdo y participación conjunta de ambos progenitores. Su tiempo es el futuro. En términos freudianos serían aquellas, estructurantes del psiquismo, que desarrollan el “Principio de Realidad”. Es fácil advertir, por estas características, que las últimas son más difíciles de cumplir que las primeras y son por esto más inestables y abdicables. En realidad exigen más amor parental las normativas que las nutritivas para su ejecución.”

Surge que es sumamente pertinente para el desarrollo de una familia sana el establecimiento de límites claros, entre las generaciones, los subsistemas y los roles de cada uno. Considerando en cada momento el ciclo vital familiar y personal.

COMUNICACIÓN HUMANA

Se mencionaran brevemente los cinco Axiomas de la Comunicación Humana de Watzlawick.
1. Toda relación humana es comunicación. 2. Existe una comunicación gestual/análoga y digital/verbal; en este aspecto es importante la coincidencia al transmitir el mensaje entre estas dos formas. 3. En la comunicación se expresa un contenido pero lo que es más importante es la forma o manera de relación que establecemos o determinemos para comunicar ese mensaje. 4. En esta relación, se establece una puntuación en los mensajes, este aspecto es importante porque permite llegar a acuerdos en la relación que se desarrolla en la atención en salud. 5. Las relaciones en la comunicación pueden darse en la complementariedad o en la igualdad; los equipos de salud al igual que los referentes adultos establecen relaciones de comunicación complementarias, respetuosas y confiables; en este sentido porque existen competencias, responsabilidades y protecciones hacia y para con el o la adolescente y la familia.

REDES EN SALUD

Las redes son aquellos subsistemas que permiten a la familia interactuar hacia el exterior de su propio sistema. Lo que nos hace diferenciar en Redes: Familiares - Personales – Primarias – Secundarias y Terciarias.

El actual sistema de salud, determina las redes de salud, constituidas en los territorios, es decir los servicios de salud, a través de complementaciones, configuran una trama que llega a los y las adolescencias, sus familias en los mismos territorios

TIPOS DE FAMILIAS

- 1) Nuclear.
- 2) Extendida.
- 3) Familia unipersonal o monoparental por decisión de una persona.
- 4) Familia monoparental por ruptura del subsistema conyugal.
- 5) Familia adoptante.
- 6) Familia reconstituida: varios modos.
 - Nuevos cónyuges sin hijos.
 - Un nuevo cónyuge con hijos y el otro no.
 - Ambos cónyuges con hijos de anteriores relaciones (una, dos, tres).
- 7) Familia acogedora.
 - Propios.
 - De anteriores relaciones.
 - Por T.R.A.
 - Adoptados.
- 8) Parejas homosexuales con hijos.

ATENCIÓN – INTERVENCIÓN ENFOQUE – PERSPECTIVA

Señalaremos, tres dimensiones en el proceso de atención en salud:

- Atención en salud adolescente
- Atención en salud familiar
- Atención en salud familiar adolescente

ATENCIÓN EN SALUD DE ADOLESCENTES

Comprenderemos tres pilares: adolescentes, integrantes de la familia y técnicos referentes; priorizando el vínculo adolescente – familia y el rol fundamental que ésta cumple (...)

Propiciando la consolidación de grupos de familias, que reflexionando y compartiendo dificultades, problemáticas comunes, sean capaces de generar efectos de sostén recíprocos.

Seguimiento y evaluación del entorno familiar y/o social de las/los adolescentes mediante consultas programadas, visitas domiciliarias y/o coordinaciones interinstitucionales.

ATENCIÓN EN SALUD FAMILIAR

Entendemos que la atención en salud, que centra a la familia como sujeto, debe:

- Unificar las intervenciones individuales, integrarlas a los distintos espacios comunitarios, territoriales como sujeto de derecho
- Articular las acciones en salud individual y familiar – DDHH, ciclo vital, diversidad familiar, roles de cada integrante -
- Brindar y fortalecer un posicionamiento en el proceso salud – enfermedad, como parte y como el todo del proceso, desde la perspectiva de derechos individuales, colectivos y familiares.
- Aprender el relacionamiento de la familia con cada institución prestadora de servicios, “cuidadoras” (salud, educación, vivienda, alimentación, trabajo) territoriales y nacionales.

CONSIDERAR: Familia y ciclo de vida en relación con las redes sociales de protección Familia desde sus propios contextos, sociales, cultura, territoriales

ATENCIÓN EN SALUD FAMILIAR EN ADOLESCENTES

Siguiendo el proceso de atención expuesto, se fortalecerá el desarrollo vital e integral de las adolescencias, integrando lo individual a lo familiar – lo familiar a lo individual.

Aprehendiendo su dinámica, donde interaccionan las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, culturales, históricas, de crecimiento y desarrollo.

Capacidades familiares inciden en:

- el desarrollo de una atención en salud integral, habilitada y legitimada con y en sus propias acciones cotidianas
- la misma salud familiar

Es generadora y portadora de recursos, lo cual reedita en el bien común y por ende en la responsabilidad del Estado como tal.

La familia saludable es la que fomenta la autonomía progresiva del y la adolescente.

“Cuando la familia pierde la capacidad funcional ocurren alteraciones en el proceso salud – enfermedad.”

TALLER. - - DINÁMICA: FAMILIAS Y ADOLESCENCIAS

A partir de ésta, se interpelean aspectos, desde donde los cursantes expresan lo siguiente

¿CONSIDERAMOS Y/O VISUALIZAMOS A LA FAMILIA EN LA ATENCIÓN EN SALUD DE LOS Y LAS ADOLESCENTES? ¿CÓMO?

Se considera, se visualiza, se trabaja “con”; muchas veces se toma como pilar.

¿Cómo? Durante la entrevista indagando.

¿En qué? Incluyendo la familia para recabar información, y poder integrarla. Se realizan genogramas.

Generalmente tenemos la visión de la familia; y se toma en cuenta principalmente luego de detectada una situación problema.

Dependiendo de la formación de los integrantes del equipo será la forma de visualizar y considerar a la familia; en forma principalmente prioritaria.

Esto depende del equipo de salud y de la entrevista.

¿ES POSIBLE INTERVENIR, ATENDER EN SALUD FAMILIAR A LOS Y LAS ADOLESCENTES? ¿CÓMO? ¿EN QUÉ?

Se expresa que existe atención individual, que lo familiar es “pensado” e implementado por profesiones tales como trabajadores sociales y planes sociales.

La atención familiar no es habitual.

Espacio adolescente, médico de familia, expresan que las intervenciones en ese sentido se realizan cuando se considera que el adolescente debe ser acompañado por su familia.

Psicóloga de área: expresa que se realizan talleres de sexualidad para niños, niñas y adolescentes y en forma paralela con padres.

Importancia de las Redes

Médico expresa que “el contacto es con trabajadores sociales”

“Los servicios se encuentran más centrados a individuos”

Se presentan resistencias en adolescentes,

La práctica se dirige a “buscar redes de sostén, referentes adultos” Interrogar y acercarse a la realidad familiar”

¿EN SUS PRÁCTICAS PROFESIONALES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD, REALIZA ACCIONES ORIENTADAS A LA ATENCIÓN FAMILIAR Y/O A LA INTERVENCIÓN FAMILIAR? ¿CÓMO? ¿EN QUÉ?

Una característica de los sistemas de salud, es que nos vinculamos con las familias a través del usuario que viene a la consulta.

No vienen en familia

No es invadir ni sustituir roles, ni gerenciar.

Generar redes de sostén. La intervención modifica, para dar respuesta al motivo de consulta; entienden que la atención sin embargo recibe, es decir sin modificaciones. ■

BIBLIOGRAFÍA

BERTALANFFY VON, L.; *Teoría General de los Sistemas*; Editorial Fondo de Cultura Económica; México; 1976.

DABAS, E.; *Red de redes*; Paidós; Bs. As.; 1993.

DÍAZ USANDIVARAS, C. ; VÁZQUEZ, M. y equipo de C.I.P.A.M.E.R. *¿Quién se hace cargo del menor?* Premio Enrique Pichon Riviere al mejor trabajo sobre Terapia Familiar en el Vº Congreso de Psiquiatría Infantil, Adolescencia y Familia; Bs. As; 1987.

GÓMEZ COBO, E. *Adolescencia y familia*. Rev. Intercontinental de psicología y educación, vol10, no.2, julio diciembre 2008 pp 105 - 122.

HALEY, J.; *Terapia no convencional*; Amorrortu; Bs.As.; 1980.

MINUCHIN, P., COLAPINTO, J., MINUCHÍN, S. *Pobreza, institución, familia*; Amorrortu; Bs.As.; 2000.

VIDAL Raquel, *Conflicto Psíquico y Estructura Familiar*; Ed. Psicolibros Montevideo; 2001.

WATTZLAWICK, P., et al.; *Teoría de la comunicación Humana*; Herder; Barcelona; 1983.

LA CONSULTA DEL ADOLESCENTE TRAÍDO POR SUS PADRES O ADULTOS REFERENTES

Silvia Graña

Cabe señalar que cuando se alude en el texto a adolescentes, se incluye mujeres y varones. Entiéndase por adolescentes a la franja etaria que se encuentra entre los 10 a 19 años. El uso del masculino genérico obedece a un criterio de economía de lenguaje y procura una lectura más fluida, sin ninguna connotación discriminatoria.

INTRODUCCIÓN

El control de salud en la niñez, se realiza generalmente en forma periódica, y el mismo se ha naturalizado en la población.

Esta periodicidad se pierde al llegar a la adolescencia, probablemente consecuencia de concebir a esta población como “sana”, pero también de comenzar para el adolescente un período de autonomía creciente, en el cual no hay una “necesidad sentida” de concurrir a los servicios de salud. Muchos adolescentes no perciben a los servicios de salud como lugares que den respuesta.

Sin embargo se asiste a una realidad cada vez más frecuente, la consulta de “adolescentes traídos” por sus padres. Es habitual escuchar frases como lo “traigo porque no sé qué hacer con él”, “me dijeron en el liceo, que lo traiga a consulta para pedir pase a psicólogo”, “no sé qué le pasa, se enoja por todo”, “pasa durmiendo, no tiene ganas de hacer nada, se queja de estar cansado y ni siquiera estudia”.

Las demandas verbalizadas por los padres, podrían corresponder a problemas de salud, que colocan al profesional médico en una posición privilegiada para realizar la evaluación, diagnóstico y planificación de la intervención, en forma acordada con el adolescente y su familia. Algunas veces también estas demandas corresponden a una medicalización de los problemas en el vínculo padres-hijos frecuentes en esta etapa, siendo tarea del médico poder orientar a los padres, promoviendo la mejora en la comunicación para puesta de límites y la negociación. Es importante informar sobre estrategia en educación de “Habilidades para la vida” propuesta desde hace años por la OMS para la educación, cuyos principales objetivos son contribuir a la promoción del desarrollo personal y social, la protección de los derechos humanos y la prevención de problemas psicosociales y de salud.

Los equipos de atención de adolescentes necesitan adquirir herramientas para el manejo de los problemas de salud y sus determinantes sociales, sobre todo si pensamos la salud como una capacidad humana básica que permite a las personas realizar sus proyectos de vida.⁴⁰

Por lo tanto, muchas veces será necesario trabajar en red con los actores de otros ámbitos, donde se desarrolla la vida del adolescente. Es el caso de la educación, socio clave a este respecto, así como todos los diferentes operadores en territorio.

Por último, debemos recordar que si bien la consulta es originada por los padres que son los que demandan, es imprescindible informar, que en primera instancia la misma será en conjunto, siendo luego necesaria la entrevista a solas con el adolescente, donde indagaremos su percepción sobre el problema. Informar sobre la confidencialidad y privacidad de la consulta es imprescindible al igual que aclarar que esto no significa ser cómplices del adolescente y si vemos que existe un problema que ponga en riesgo su vida o integridad, en acuerdo con él, hablaremos con el adulto que el elija para compartirlo.

Abordaremos entonces algunos de los motivos de consulta por los cuáles, los padres o referentes adultos, traen a los adolescentes a la consulta.

CAMBIOS EN EL ESTADO DE ÁNIMO Y LA CONDUCTA

1. ASTENIA

La apatía, desgano o astenia que presentan algunos adolescentes es un motivo cada vez más frecuente en la consulta.

Debe alarmar al médico tratante si esta consulta proviene del propio adolescente, ya que esta etapa se caracteriza por la energía y vitalidad que poseen. Como suele pasar con tantas consultas aparentemente orgánicas, el adolescente que consulta por cansancio, la mayoría de las ocasiones nos está pidiendo ayuda.⁴¹

Cuando nos enfrentamos a un adolescente con astenia debemos pensar en tres etiologías probables, orgánicas, fisiológicas y psicológicas.⁴²

CAUSAS ORGÁNICAS Dentro de ellas, es la clínica la que nos orientará y la paraclínica la que nos ayude a confirmar o descartar nuestro diagnóstico. Tendremos en cuenta que si bien las causas orgánicas de astenia son poco frecuentes algunas patologías deberán tenerse en cuenta y ser descartadas como:

- Infecciosas como hepatitis, mononucleosis, tuberculosis y Sida.
- Consumo de sustancias psicoactivas, como alcohol, marihuana y otras, no olvidando los medicamentos como antihistamínicos de prescripción habitual en la población alérgica.
- Enfermedades endócrinas como hipotiroidismo, colagenopatías y enfermedades inflamatorias como colitis ulcerosa o enfermedad de crohn.
- Neoplasias.

41- Neinstein LS. Adolescent health care. A practical guide. 5ª ed. Philadelphia: Lippincott-Williams-Wilkins; 2008.
42- J.P. Valdés Rodríguez. Protocolo diagnóstico de la astenia del adolescente. *Medicine*, ISSN 0304-5412, Serie 10, N.º. 61, 2010 fecha de acceso 17 de octubre 2014 (Ejemplar dedicado a: Medicina de la adolescencia), págs. 4231-4233

40. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/OMS, Agosto del 2005 fecha de acceso 17 de octubre 2014 URL disponible en: http://www.comepa.com.uy/escuela/pluginfile.php/563/mod_resource/content/1/ops_renovaci_n_de_la_aps.

CAUSAS FISIOLÓGICAS Dentro de ellas debemos indagar los hábitos:

- Horas de sueño, recordando que lo aconsejable en esta edad es dormir de 8 a 11 horas diarias. Siendo frecuente que duerman menos por la actividad frente a pantallas ya sea chat o videojuegos.
- Los adolescentes "hiperocupados" con doble horario y múltiples actividades deportivas, se enfrentan a largas jornadas y habitualmente no realizan una dieta con alto valor energético como la que requieren.
- Malos hábitos alimentarios pueden llevar a déficits vitamínicos y sobre todo de hierro con la consecuente anemia.
- Si la causa de la astenia fuese fisiológica debemos informar al adolescente tratando de motivarlo para el cambio, buscando acuerdo en pequeñas metas lo que requiere un seguimiento para evaluar logros y sostener los cambios.

Por último, como se mencionó más arriba la causa más frecuente de astenia en esta franja etaria es la psicológica. Luego de lograr el vínculo de confianza necesario, indagaremos diferentes motivos que puedan ocasionar trastornos depresivos reactivos.

Se indagará, violencia en todos sus manifestaciones, no olvidando que el bullying y la violencia en el noviazgo son dos entidades que los adolescentes suelen naturalizar, no asociando que puedan contribuir a su estado de displacer, menos aún pensarlas como la etiología de su astenia.

Es importante conocer cómo se siente consigo mismo y si está conforme con su manera de ser. Los cambios corporales, sobre todo en la adolescencia temprana llevan a veces a mucho sufrimiento por no aceptación. Teniendo en cuenta que es la etapa donde estructuran su identidad, la autoestima puede verse disminuida, requiriéndose trabajar en habilidades para la vida.

En resumen, hay varios cambios críticos que se dan desde la niñez media hasta la adolescencia. Las transformaciones biológicas de la pubertad, los cambios psicológicos que acompañan el despertar de la sexualidad, las relaciones cambiantes con los pares y con la familia, y la habilidad creciente de los jóvenes en la adolescencia temprana para pensar en forma abstracta, para considerar diferentes dimensiones de los problemas y para reflexionar sobre sí mismos y los demás representa un momento crítico en el desarrollo humano. La posibilidad de que los jóvenes puedan transitar estos cambios adquiriendo las habilidades requeridas para realizar una transición saludable a la adultez depende en gran parte de las oportunidades que su medio ambiente les ofrezca.⁴³

"Con los cambios rápidos existe una gran posibilidad de que surjan resultados tanto positivos como negativos, creando oportunidades importantes para

44. Eccles, J. (1999). "The Development of Children Ages 6 to 14." *The Future of Children*. Otoño. 9(2). 30-44.

45. MIARAHÍ, Ma.E. et al. Informe de Gestión 2012. (2012) *Sistema de Protección a la Infancia y Adolescencia contra la violencia Uruguay*.

46. I. Piñuel, A. Oñate .2007 *La Violencia y sus manifestaciones silenciosas entre los jóvenes: estrategias preventivas* fecha de acceso 17 de octubre 2014 http://www.adolescenciasema.org/ficheros/curso_ado_2009/B-La_violencia_y_sus_manifestaciones_en_jovenes.pdf

que los programas familiares, escolares y extracurriculares interactúen con los adolescentes en manera tal que fomenten el crecimiento y desarrollo."⁴⁴

II) LA VIOLENCIA

"Como problema social, la violencia es de dominio público y merece el compromiso responsable del Estado, que además de sancionar y contener debe desarrollar políticas educativas y de promoción de los derechos que abarquen a todos los ámbitos. Una perspectiva de género y una promoción del vínculo saludable, la mirada crítica de procesos de violencia naturalizados en la historia y la gestión de nuevos modos de vinculación en lo social son fundamentales para un tratamiento integral de la problemática. La violencia en nuestra sociedad se sustenta en las relaciones de poder interpersonales. Estas relaciones de poder implican la naturalización de las relaciones de dominación basadas en las inequidades de género, generación, clase social y etnia. En este sentido, las personas que se encuentran en posiciones más vulnerables son: las niñas, niños, adolescentes, las mujeres y/o personas en situación de dependientes."⁴⁵

Los adolescentes pueden sufrir violencia o ejercerla en los diferentes ámbitos de su vida cotidiana Para Olweus, la victimización o maltrato psicológico entre iguales se corresponde con una conducta de persecución física y/o psicológica que realiza el alumno o alumna contra otro u otro, a los que elige como víctimas de repetidos ataques.⁴⁶

El ámbito escolar es un lugar de privilegio dónde poder deconstruir conductas violentas promoviendo vínculos saludables y espacios de mediación para la resolución de los conflictos. Pero en oportunidades, la institución educativa es el lugar dónde se genera o manifiesta la violencia. Toda situación de violencia en el ámbito escolar, es denominada Bullying del inglés "embestida" (Dan Olweus, 1993 es el creador del término)

La aceptabilidad de las conductas violentas varía según los grupos y las épocas El riesgo es, que se transformen en "conductas aceptadas" dada su cotidiana presencia, normalizándose así conductas reñidas con los valores de solidaridad y altruismo que deben sostenerse desde los centros educativos para asegurar el ejercicio de la ciudadanía. El proceso de regulación de los aspectos o actos agresivos, se hace difícil ya que muchas veces pasa desapercibido para los adultos. La adolescencia comprende una etapa evolutiva en donde las conductas adquiridas y ejercidas van configurando maneras de pensar, sentir y actuar. Las reglas y normas son imprescindibles para poner en el eje central el derecho y la obligación colectiva. Se sabe que la conducta agresiva de un estudiante en la institución educativa tiende a ser repetida muchos años después en otro ámbito. Por otro lado los acosados tienen muy pocas probabilidades de escapar de esta situación si no se producen esfuerzos que hagan efectivos cambios. La baja autoestima y los trastornos depresivos aparecían con mayor frecuencia en los que habían sido víctimas de Bullying en la adolescencia según una investigación realizada por Olweus, en 1979 Los estudios difundidos a nivel

43. L. Mangrulkar, C. Whitman ,M. Posner *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. OPS.2001 fecha de acceso 17 de octubre 2014 <http://www.documentacion.edex.es/docs/0310MANenf.pdf>

47. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Violence and Injury Prevention and Disability. Violence prevention: The evidence. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598507_eng.pdf

48. D'ANGELO L. A., FERNÁNDEZ D. (2011) *Clima, conflictos y violencia en la escuela*, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) – Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO)

49. OLWEUS DAN (1993) *Bullying at school, What we know and what we can do* <http://books.google.com.uy/books?id=50wSk71uQz0C&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

50. *Guía para el abordaje de situaciones de violencia*. Programa de Violencia y Salud, MSP, 2009

51. PASQUALINI, D. (2009) *Salud y bienestar de adolescentes y jóvenes: una mirada integral*, acceso 17 de octubre <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/saludbienestaradolescente.pdf>

mundial revelan que este problema se presenta en un 15% del estudiantado tanto a nivel de primaria como de secundaria

La Encuesta Mundial de Salud Estudiantil (EMSE) realizada en su segunda edición en Uruguay en 2012, da cuenta de que el 33% de los encuestados percibe que el bullying es frecuente o muy frecuente entre los estudiantes. A su vez cuando se les pregunta sobre si han sufrido intimidación el 16% responde que sí con una frecuencia de 1 a 9 veces en el último mes. La mayoría de las veces los problemas que presentan los adolescentes como ansiedad, contracturas musculares, fatiga crónica, embotamiento, baja autoestima, depresión, trastornos del sueño, bajo rendimiento curricular, ausentismo escolar, irritabilidad con ataques de ira, sentimientos de culpa, no son identificados o vinculados al sufrir acoso, ni por el adolescente ni por sus familiares o profesores.⁴⁷

Brindar herramientas a los adolescentes, profesores y familiares proponiendo formas de intervención que prevengan y erradiquen el Bullying promoviendo formas de vínculo saludable. En el universo de la violencia escolar, la más visible y aparente (violencia física y agresiones) es la menos frecuente y lesiva. Siendo la que menor stress postraumático produce.⁴⁸

El acoso escolar, representa una conducta de maltrato o falta de respeto al adolescente que viola su derecho reconocido a gozar de un entorno escolar libre de violencia. Los vínculos violentos se presentan muchas veces como el modelo esperado y habilitado de relación en y con el entorno del adolescente, no percibiéndose el daño que esto genera en su identidad.⁴⁹

“No dañar”. Las actitudes no solidarias o que culpan a la víctima pueden reforzar el aislamiento y la culpa de las personas agredidas, debilitar la confianza en sí misma y restar probabilidad de que las personas se abran para buscar ayuda.

Especialmente en aquellas situaciones donde existen secuelas físicas y/o emocionales evidentes, el primer nivel de atención y el diagnóstico deberían ser realizados por los servicios de salud a nivel local. No es posible generalizar en este tipo de situaciones por la complejidad y particularidad de cada una de ellas. Es esencial tener en cuenta las especificidades del caso para determinar el camino a seguir.⁵⁰

La identificación de la víctima y su inserción en programas de cuidados y sostén. El apoyo psicosocial, alejarlas del agresor y disminuir los efectos de la violencia reducen las consecuencias, como enfermedades mentales, estrés postraumático, aislamiento social, que contribuyen a mantener el círculo de la violencia y a su transmisión intergeneracional.⁵¹

III) LA CONFRONTACIÓN CON LOS ADULTOS REFERENTES

Es probable que la queja de los padres sea “no se qué hacer, no puedo con él”.

Es necesario explicar a los padres que sus hijos atraviesan un momento de cambios no sólo físicos sino importantes cambios psíquicos y es esperable que vean el mundo hasta ahora aceptado, con otros ojos y comiencen a confrontar a estos adultos hasta ahora idealizados.

52. Winnicot D. *Psicoterapia de los trastornos de carácter*. In: *El proceso de maduración en el niño*. Barcelona: Laja, 1965; 11: 247-65.

53. Le Breton, David (dir.): *Adolescencia bajo riesgo. Cuerpo a cuerpo con el mundo*, Trilce, Montevideo, 2003

“Hace falta de la contención de los adultos si se quiere que los adolescentes tengan vida y vivacidad; esa contención no tiene que poseer características de represalia, de venganza, pero sí tener su propia fuerza”.⁵²

“La confrontación generacional se dificulta si los adultos quieren parecerse a sus hijos y renuncian a brindarle al adolescente un marco simbólico, esencial para la puesta de límites, por lo cual algunos jóvenes para construirse como sujetos, asumen conductas de riesgo que interrogan a la muerte, y así surgen los diferentes comportamientos que pueden poner en riesgo la vida.”⁵³

Los médicos podemos orientar a los padres a resignar sus propias adolescencias para dar paso al rol paterno que les corresponde, sabiendo que esto es una condición necesaria y fundamental para que el adolescente construya su identidad.

IV) INTERNET

Si bien el uso de internet no es un motivo de consulta por lo que sean traídos sí es un motivo de preocupación de los padres, que surge en la consulta con frecuencia.

Mientras por un lado el discurso de los padres es de preocupación por el uso de internet tantas horas, por otro lado refieren un sentimiento de seguridad, porque mientras sus hijos están frente a la pantalla “están seguros” y “no se arriesgan a los peligros de la calle, que en la actualidad se ha perdido como espacio de socialización.

Por otro lado, la brecha generacional y el hecho de que los adolescentes sean nativos en las TICs, hacen que exista un desconocimiento del manejo de internet y la navegación. Por lo tanto la mayoría de los padres no saben que páginas visitan sus hijos ni quiénes son sus amigos en internet.

Sumado a esto está el problema de la privacidad. Aquí se pone en juego el derecho del adolescente a mantener conversaciones virtuales privadas versus, el derecho de los padres a conocer quiénes son sus amigos en las redes. Es importante informar a los padres sobre la necesidad de hablar con sus hijos al respecto, explicándoles que son cosas diferentes y que si bien debe respetarse la privacidad de las conversaciones también es importante conocer sus amigos virtuales.

Informar que utilicen los filtros de seguridad que están a disposición en internet, los principales navegadores cuentan con ellos. El objetivo es limitar el acceso a páginas no aptas para menores, y poner una contraseña para acceder a Internet. Dichos filtros permiten incluir palabras claves que impidan la conexión a sitios pornográfico, de propaganda racista, o que promuevan cualquier tipo de violencia online, colaborando de esta forma a que el adolescente navegue en forma segura.

Por último hay que informar a los padres que es necesario promover actividades recreativas, sobre todo el ejercicio aeróbico y actividades deportivas que permitirán a estos adolescentes desarrollarse saludablemente, disminuyendo de esta manera, las horas de internet diarias. ■



MODULO II

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Dra. Leticia Rieppi, Dra. Stella Sollier

INTRODUCCIÓN

La importancia de la Salud Sexual y Salud Reproductiva es innegable, y más en esta etapa de la vida, donde los cambios que se producen en lo biológico, psicológico y sociocultural, hacen de la adolescencia una etapa vibrante y vulnerable en todos los sentidos.

La salud sexual y salud reproductiva han tenido jalones muy importantes en la Historia de la Humanidad, pero estos jalones son recién en el siglo XX, y es en la década del 60, donde se hacen vertiginosos. En la década de los 60, aparecen los primeros métodos hormonales orales (píldora) y donde se presentan los primeros estudios sobre sexualidad humana.

En 1994, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en el Cairo, configura otro avance relevante en derechos fundamentales de las personas, es aquí donde se consolida los derechos reproductivos, así como los derechos a la salud sexual y reproductiva, en derechos humanos inalienables e inseparables de otros derechos básicos. Se consolida la necesidad de los servicios de salud sexual y reproductiva. Es por ello, que transcribimos del Resumen del Programa de acción de la conferencia Internacional sobre la población y el desarrollo Capítulo 7 (D-E) Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva (Naciones Unidas Nueva York 1995).

SEXUALIDAD HUMANA

El objetivo es doble: promover el desarrollo adecuado de una sexualidad responsable que permita el establecimiento de relaciones de equidad y respeto mutuo entre ambos sexos, y velar por que el hombre y la mujer tengan acceso a la información, la educación y los servicios necesarios para lograr una buena salud sexual y ejercer sus derechos y responsabilidades en lo tocante a la procreación. Entre las medidas recomendadas, se incluye el apoyo a actividades en servicios en materia de educación sexual integrada para los jóvenes, con la asistencia y orientación de sus padres y en consonancia con la Convención sobre los Derechos del Niño, en que se destaque la responsabilidad de los varones en cuanto a su propia salud sexual y su fecundidad y los ayude a ejercer esas responsabilidades.

Las actividades educacionales, deberían comenzar en la unidad familiar, pero también debe abarcar a los adultos, en particular a los hombres, mediante la educación no académica y diversas actividades con base en la comunidad. Los programas educacionales también deberían alentar y apoyar el debate activo y abierto sobre la necesidad de proteger a las mujeres, los jóvenes y los niños contra los abusos, incluido el abuso sexual, la explotación, el tráfico con fines sexuales y la violencia. Se aconseja a los gobiernos y las comunidades que adopten medidas con carácter urgente de la mujer y proteger a las mujeres y las niñas contra todas las prácticas de mutilación genital de la mujer y proteger a las mujeres y las niñas contra todas las practicas innecesarias y peligrosas de esa índole.

Las cuestiones relativas a la salud reproductiva y sexual en la adolescencia, en particular los embarazos no deseados, el aborto en malas condiciones (según la definición de la OMS) y las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/Sida, se abordan mediante el fenómeno de una conducta reproductiva y sexual responsable y sana, sin olvidar la abstinencia voluntaria, y la prestación de los servicios y la orientación apropiada para ese grupo de edad concretamente. También se intenta reducir sustancialmente todos los embarazos de adolescentes.

En el texto se hace hincapié en que los países deben asegurar que los programas y las actitudes de los proveedores de servicios de salud no limiten el acceso de los adolescentes a los servicios, apropiados, y a la información que necesiten. Esos servicios deben salvaguardar los derechos de los adolescentes a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento basado en una información correcta y respetar los valores culturales y las creencias religiosas, así como los derechos, deberes y la responsabilidad de los padres. Los países, con la asistencia de la comunidad internacional, deberían proteger y promover los derechos de los adolescentes a la educación, la información y la asistencia en materia de la salud reproductiva, y reducir considerablemente el número de embarazos entre las adolescentes. Se insta a los gobiernos a que, en colaboración con las organizaciones no gubernamentales, establezcan los mecanismos apropiados para atender las necesidades especiales a los adolescentes.

Es importante enfatizar el gran avance en salud sexual pero no así en derechos sexuales de la conferencia del Cairo 1994. Es por ello, que los avances de los países han sido diferentes, dependiendo del reconocimiento de este derecho para cada estado en particular.

Nuestro país ha progresado mucho en estos últimos 18 años, esencialmente en salud reproductiva, siendo los últimos los avances vertiginosos y cambiando el paradigma de la salud reproductiva orientada a lo demográfico a la salud como derecho.

La salud de las mujeres se ha visto con lupa y prioridad, la anticoncepción está integrada como derecho de las mujeres y sus parejas. Se ha avanzado legislativamente y en la implementación de las diferentes leyes, así como regulaciones que están orientadas en acciones en salud sexual y reproductiva.

La violencia doméstica es reconocida como Problema Salud Pública, conformándose Equipos de Referencia de Violencia Domestica, promoviendo cursos de sensibilización y conformándose red de Equipos de Referencia de Violencia Domestica, Ley 17514/2002.

Se han realizado acciones sobre el diagnóstico precoz y tratamiento de los ciudadanos y ciudadanas con enfermedad de transmisión sexual, acciones concretas sobre VIH/Sida.

Se ha logrado la disminución de la Mujeres Muertas por Causa Obstétrica, con el mejoramiento de las prácticas del personal de salud e iniciativa sanitarias contra el aborto en condiciones de riesgo de reciente premiación y extensión a otros países.

La Ley de Derechos Sexuales y Reproductivos (18426/2008), que se reglamenta en el 2010, Ley donde se mandata la implementación de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva, donde la Integralidad, Accesibilidad, Universalidad, Calidad y reafirmación de la confidencialidad de la atención a la salud. Esta ley, va más allá de lo referido a la salud, involucra la importancia de la educación sexual para el logro de los derechos.

La anticoncepción, todos los métodos, son un derecho y tienen acceso mujeres y varones uruguayos, cualquiera sea su lugar de residencia.

En el año 2012 se promulga la Ley 18.987 donde se despenaliza la Interrupción Voluntaria del Embarazo y se reglamenta e implementa en el mismo año.

Es importante recordar el rol fundamental que tuvo Uruguay en el Consenso Montevideo de agosto de 2014 - 1era. Conferencia regional de la CEPAL, donde los Estados de América firman el compromiso de respeto a los derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

SALUD REPRODUCTIVA

“La Salud Reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Las personas son capaces de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgo y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia. El hombre y la mujer tienen el derecho a obtener información y tener acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección para la regulación de la fecundidad, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgo. La atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuye a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva”

(Organización Mundial de la Salud, Capítulo 7 de la plataforma de acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. Cairo 1994)

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Son derechos humanos inalienables e inseparable de los otros derechos básicos tales como, el derecho a la alimentación, a una vivienda, a la salud, la seguridad a la educación y la participación política. Pueden definirse en “términos de poder y recursos: el poder para tomar decisiones informadas sobre la propia fertilidad, la procreación y el cuidado de los hijos, la salud ginecológica y la actividad sexual así como los recursos para llevar a la práctica dichas decisiones de manera segura y efectiva”.

DERECHOS SEXUALES

Refiere a la libertad de las personas a expresar su sexualidad en condiciones dignas, placentera y segura, así como el derecho a no sufrir violencia o abuso sexual. Implica el ejercicio autónomo de la sexualidad de acuerdo a las preferencias, y a protección legal de la misma, incluida o no la finalidad reproductiva e independientemente, de la edad o estilo de pareja, sin prácticas de riesgo para la salud.

DERECHOS REPRODUCTIVOS

Abarcar los derechos humanos reconocidos en los documentos nacionales e internacionales sobre derechos humanos, entre ellos: el derecho de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos y espaciamiento de hijos y a disponer de la información, la educación para ello; el derecho a alcanzar el nivel más elevado de la Salud Sexual y Reproductiva; el derecho a adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción ni violencia (Plataforma de acción Cairo 94 y 4ta conferencia Mundial de la Mujer, Beijing 95).

SALUD SEXUAL

“La salud sexual está encaminada al mejoramiento de la vida y de las relaciones personales, y los servicios de la salud sexual no deberían estar meramente orientados al asesoramiento y a la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual” (Plataforma de Acción de Cairo 94).

ENTREVISTA Y EXAMEN CLINICO DE LA ADOLESCENTE.

Es fundamental como en todo acto en que las personas se relacionan, que este logre ser empático. En las consultas con las adolescentes la empatía es fundamental. Debemos recordar que somos el equipo de salud y la relación debe ser en ese sentido. No debemos buscar la amistad, sino que debemos ser coherentes, dar seguridad y transmitir que las acciones que realizamos son basadas en el conocimiento.

Dar seguridad a la adolescente de la confidencialidad de la entrevista, del respeto de su cuerpo, de la información que le aportamos es para que ella tome sus propias decisiones. Insistimos mucho en el cambio de la relación sanitaria.

La atención a la adolescente debe ser integral, multidisciplinaria e interdisciplinaria. Con el fin de realizar brevemente este capítulo es que solo realizaremos el encare desde la atención referida al área de salud sexual y salud reproductiva de la mujer. Ya se han realizado consideraciones referidas al desarrollo y a la atención integral. La entrevista a la que nos referimos está integrando la atención integral

En la consulta hay muchos y variados motivos, explícitos y encubiertos, así como son variados la forma en que llegan a la consulta, por interés de ellas, de su madre, padre, abuela, abuelo o persona que es un referente, o enviada por profesionales de la salud.

Los motivos de consulta son varios. ¿Por qué consultan las adolescentes?

- “Control” y asesoramiento.
- Asesoramiento sobre método anticonceptivo.
- Inicio de Relaciones Sexuales, edad, relaciones deseadas o no.
- Flujo, infecciones genitales.
- Alteración del ciclo menstrual.
- Alteraciones Morfológicas o Tumorales a nivel vulva.
- Alteraciones en las mamas.
- Sexualidad.
- Embarazo.
- Violencia doméstica, violencia sexual .

Cada uno de estos motivos de consulta requiere un capítulo. Solo se realizará una breve mención de la entrevista y consideraciones sobre ciclo menstrual y la anticoncepción.

ENTREVISTA

La entrevista debe ser en ambiente adecuado con confidencialidad y privacidad.

El tono de voz debe ser sin inflexiones pero que no haga pensar en aprobación o desaprobación ante la información que la adolescente manifieste.

Las preguntas deben ser precisas y sin dejar opción a dudas, y si no es bien comprendida realizar las aclaraciones necesarias. La gestualidad debe ser positiva y profesional.

Siempre hay que tener en cuenta el síntoma, cuando apareció, como evolucionó, en cuanto tiempo, si se relaciona con el ciclo menstrual o con las relaciones sexuales, si existieron acciones terapéuticas, cuáles y cuál fue la respuesta.

La importancia de la familia para el adolescente es real, así como el grupo de pares. Todos aquellos que aporten para la buena evolución de la salud de la adolescente deben estar involucrados en la medida que la adolescente lo necesite y lo quiera.

Debemos recordar el artículo 7 de la ley 18426 (De los Derechos Sexuales y Reproductivos) "Incorporase al Código de la Niñez y la Adolescencia el siguiente artículo: Artículo 11bis. (Información y acceso a los servicios de salud).

Todo niño, niña o adolescente tiene derecho a la información y acceso a los servicios de salud, inclusive los referidos a la salud sexual y reproductiva, debiendo los profesionales actuantes respetar la confidencialidad de la conducta y ofrecerle las mejores formas de atención y tratamiento cuando corresponda.

De acuerdo a la edad del niño, niña o adolescente se propenderá a que las decisiones sobre métodos de prevención de la salud sexual u otros tratamientos médicos que pudieran corresponder, se adopten en concurrencia con sus padres u otros referentes adultos de su confianza, debiendo respetarse en todo caso de autonomía progresiva de los adolescentes.

En caso de existir riesgo grave para la salud del niño, niña o adolescente y no pudiera llegarse a un acuerdo con este o con sus padres o responsables del mismo sobre el tratamiento a seguir, el profesional podrá solicitar el aval del juez competente en materia de derechos vulnerados o amenazados de niños, niñas y adolescentes, quien a tales efectos deberá recabar la opinión del niño o adolescente, siempre que sea posible."

Este artículo es fundamental que lo conozcan quienes trabajan con niños, niñas y adolescentes, no con el criterio de excluir a la familia, pero sí con el criterio de garantizar la atención de los niños, niñas y adolescentes, y que ella sea de excelencia con confidencialidad y privacidad, resguardando los derechos a la atención a la salud.

Estas consultas pueden requerir que sea primero solo con la adolescente y luego con ella y con quien la acompañe, insistiendo en la necesidad del espacio de privacidad.

Es importante que el equipo de salud funcione como un elemento de mediación en caso que sea necesario entre la adolescente y su familia, dependiendo de lo que surja en la entrevista y el examen clínico, resguardando, siempre, la confidencialidad de la entrevista, y asegurando la atención y asistencia.

La anamnesis debe iniciarse con el motivo de consulta, pero deben evaluarse todos los otros signos, síntomas o circunstancias no expresamente planteadas, que permitirán identificar otros motivos de consulta o conflictos ocultos.

EXÁMEN FÍSICO

El examen físico dependerá del motivo de consulta, y de si inició o no las relaciones sexuales. Es necesario, siempre aclararle a la adolescente que no se realizarán maniobras que ella no admita. Para ello, hay que explicar cuáles son las maniobras del examen que se realizarán.

Del examen físico se identificarán los estadios de Tanner de Mama, y vello pubiano.

Consideramos que es importante contar con este esquema de Caroll Cowell; Con éste, es posible identificar rápidamente los aspectos relevantes en el desarrollo madurativo en lo anatómico y fisiológico, de la niña y adolescente.

Estadio evolutivo de acuerdo a:

- 1) La función ovárica.
- 2) Características de vagina, útero y genitales externos.
- 3) En la Recién nacida (RN) por la acción de los estrógenos maternos:

Desde el nacimiento a las 6 semanas: Vagina de 4 cts. ,pH ácido a neutro secreción blanca, presencia de Lactobacilli. Útero en posición indiferente Relación cuello/Cuerpo 3/1 Labios mayores tumefactos, labios menores engrosados y procidentes, clítoris grande Índice clitorideo menor 6 mm, himen grueso, diámetro del orificio himeneal de 4mm. Pueden aparecer, sangrado vaginal neonatal, leucorrea, ingurgitación y secreción mamaria. Los ovarios son órganos abdominales en este período.

De las 8 semanas, en adelante: Vagina de 5cm de log, mucosa fina. Flora patógena no mixta Labios mayores chatos Los ovarios se ubican en el reborde superior de la pelvis

Los 5 años recobra el tamaño del nacimiento: Labios menores finos. Clítoris pequeño menor de 6 mm. Himen fino orificio de 7mm pequeño en la cúpula vaginal parece un pliegue, no palpable. Fondos vaginales no se forman hasta la pubertad.

A los 7 años: Long. 8 cm Crecimiento Se rellena el Monte de Venus. El útero adquiere una posición indiferente, con relación cuerpo -cuello de 1/1 Los labios mayores se redondean ,los labios menores también El himen tiene un orificio de 7mm

Primera respuesta al comenzar el estímulo estrogenico: Perimenarca. Long. 10-12cm. Relación cuerpo cuello. 1/2 Orificio himeneal 1cm. Cérvix protruye en la vagina y es palpable. Se invirtió el útero. Descenso de los la ovarios a la pelvis. Vagina húmeda. Leucorrea. Empuje puberal y botón mamario

CICLO MENSTRUAL:

No es el fin de este documento realizar una exposición sobre el ciclo menstrual y sus variaciones o alteraciones. Pero sí exponer la información que pueda ser útil para la atención de las adolescentes.

A modo de introducción, Kid Steward 1995 dice que en casi todos los contextos humanos la menarca es considerada el comienzo de la vida fértil – la sucesión de menstruaciones son vividas como signo de fertilidad. Hay una significación inconsciente que relaciona el buen funcionamiento del aparato genital y reproductor con la identidad femenina.

Las alteraciones del ciclo menstrual son un motivo de consulta muy frecuente y de preocupación compartida por la adolescente y su familia.

Es relevante relacionar la edad de la menarca con el inicio de la pubertad. Esta es una pregunta que preocupa habitualmente, desde que se inició la telarca ¿cuándo iniciará sus menstruaciones?, habitualmente se produce en los 2 años subsiguientes a la aparición del botón mamario.

Una vez iniciada las menstruaciones hay que informarle que pueden existir variaciones de la regularidad y que esas variaciones hay que conocerlas y graficarlas. Es así que le solicitamos que confeccionen un calendario menstrual, logrando tener una clara idea de sus ciclos menstruales. Se realizará un cuadro con 31 columnas con los días del mes y 12 filas con los meses, y allí se coloca un punto en cada día de la menstruación que nos orientará gráficamente sobre las menstruaciones. Así como realizar alguna identificación relacionada con el aumento de sangrado (por ej.: dos cruces)

El conocer las características de los ciclos menstruales nos orientará a si es la evolución natural, o estamos frente a patología que debemos priorizar.

Hipermenorrea: puede orientar junto con otros síntomas de sangrado a la Enf. de Von Willebrand

Oligo amenorrea o amenorrea, obesidad, acantosis nigricans, acné orienta a síndromes relacionados con el hiperandrogenismo hiperinsulinemia y síndrome de ovario poli quístico, patologías que se deberán diagnosticar y tratar.

Con referencia a la solicitud de paraclínica, está discutido si en el primer control de una adolescente en la que la historia clínica no amerite, solicitarle igualmente una Ecografía pelviana. Hay quienes plantean solicitarla puesto que no es un método cruento y puede ser orientador: características del útero (deformaciones, tabiques, relación cuerpo -cuello), de los ovarios (tamaño, contenidos). Otro grupo de profesionales plantea que no es necesario hacerla de rutina.

ANTICONCEPCIÓN

Al igual que para el ciclo menstrual destacaremos algunos puntos de importancia.

La edad por sí misma no constituye una razón para no darle un método anticonceptivo a un adolescente que lo solicita. La elección del método deberá ser tomada por el/la adolescente. (Nuevo Código del Niño y adolescente 2004 y Carta de Otawa)

El rol del profesional es acompañar este tipo de consultas para orientar, aconsejar o desaconsejar el uso del método elegido, según cada caso en particular.

Para ello deberá tener en cuenta que es un grupo etario que tiene determinadas características:

- Impulsividad.
- Omnipotencia.
- Vulnerabilidad. Conductas de riesgo.
- Conflictos con su cuerpo.
- Dificultades en la previsión.
- Mandatos culturales.
- Prejuicios. Rechazos.
- Temores.
- Distintos grados de madurez psicosexual.
- Manejo incompleto o errado de la información.
- Conocimiento de los métodos.
- Hay que evaluar en cada caso:
 - Edad ginecológica.
 - Presencia de patologías.
 - Ingesta de medicamentos.
 - Antec. familiares.
 - Motivación.
 - Pautas culturales.
 - Medio socioeconómico.
 - Pareja/s.

La elección del método resultará del balance entre la preferencia, la necesidad y el riesgo-beneficio.

El doble método: Anticoncepción hormonal más preservativos es el más aconsejable en términos generales para este grupo etario.

La finalidad de este tipo de Consejería es lograr que utilicen la información, los conocimientos y las destrezas adquiridas para actuar libremente y contribuir así a su bienestar y al de su pareja.

Es importante que cuando la adolescente se retire reconozca el lugar de la consulta como un lugar al que puede recurrir ya sea acompañada como sola, en donde la confidencialidad y privacidad estarán aseguradas, donde se le informa sobre los diagnósticos y se dialoga sobre aquellas cosas que son de su interés y de aquellas que surgen aunque ella no las evidenciara.

Una experiencia buena y satisfactoria abre la puerta para futuros encuentros con el equipo de salud y con la consulta ginecológica específicamente. ■

LA INCLUSIÓN DE LA DIVERSIDAD SEXUAL EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD DE ADOLESCENTES

Mag. Valeria Ramos Brum

Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA.

Las “Guías para el abordaje integral de la salud de adolescentes en el primer nivel de atención” del Ministerio de Salud Pública plantean la necesidad de contemplar los enfoques transversales de derechos, género y diversidad. Se establece que incluirlos implica ubicar a las y los adolescentes como sujetos de derechos y protagonistas de su propia salud y vida, así como ofrecer garantías de una atención de calidad amparada en los marcos legales a nivel nacional e internacional y de carácter obligatorio. El presente apartado se centra en el abordaje del enfoque de diversidad sexual en la atención de la salud de adolescentes.

DIVERSIDAD Y DIVERSIDAD SEXUAL:

El concepto de diversidad implica diferentes formas de ser, estar, sentir y manifestarse a nivel socio cultural, sexual, étnico – racial, entre otros, y evidencia la riqueza, heterogeneidad y complejidad humana. A pesar de ello cuando estas formas no se corresponden a los mandatos hegemónicos de la cultura se producen importantes segregaciones, discriminaciones, tratos desiguales y violaciones. Los modelos hegemónicos de género, etnia – raza, sexualidad, etc., conllevan relaciones desiguales de poder y múltiples formas de inequidad que obturan el acceso a oportunidades, posibilidades, servicios y ejercicio de los derechos humanos. Incluir el enfoque de diversidad supone una transformación de las relaciones de poder y de las prácticas sociales y profesionales en los distintos sectores.

La diversidad sexual incluye a todo el conjunto de manifestaciones, sentimientos, intereses, prácticas, subjetividades, orientaciones e identidades en el campo de la sexualidad. Algunas conceptualizaciones de diversidad sexual la circunscriben a aquellas manifestaciones, orientaciones e identidades sexuales y de género que se encuentran por fuera del modelo hegemónico de sexualidad que establece el patrón heterosexual como el “único posible, natural y normal”. Sin embargo, la heterosexualidad también es parte de la diversidad, y a la vez no es una categoría homogénea sino que por el contrario existen diferentes formas de vivir, sentir y ejercer la heterosexualidad. Para hacer referencia a aquellos grupos y personas que en función de su orientación sexual y/o identidad de género han sido ubicados por fuera de los mandatos y convenciones sociales, a la vez que ha sufrido profundas discriminaciones y segregaciones se habla de colectivos LGBTI (lesbianas, gays, bisexuales, intersexuales y trans).

Orientación sexual e identidad de género son dos conceptos centrales en el campo de la diversidad sexual, que frecuentemente son confundidos e interrelacionados de manera causal. La orientación sexual refiere a la orientación del deseo erótico, es decir por quien/ quienes se sienten atraídas sexualmente las personas. En base a ello han sido construidas tres categorías: heterosexualidad, homosexualidad y bisexualidad. Estas tres categorías son construcciones ideológicas y socioculturales que surgen en distintos momentos socio - históricos y como forma de controlar y disciplinar el campo de la sexualidad. Lo que hasta cierto momento histórico eran simplemente formas de vivir y ejercer la sexualidad, en la Modernidad pasan a categorizarse, nominarse y entenderse en términos de normal - anormal, natural - antinatural y pecaminoso. Sin embargo la complejidad de la sexualidad humana evidencia que estas tres categorías no son suficientes para abarcar toda la diversidad que implica. A modo de ejemplo una persona puede tener prácticas heterosexuales y homosexuales; y considerarse heterosexual y no bisexual ya que su orientación es hacia personas del otro sexo y las prácticas homosexuales son circunstanciales. De esta forma se pueden citar un sin fin de ejemplos que evidencian la insuficiencia de estas tres categorías para abordar el abanico complejo que es la sexualidad humana. Es importante diferenciar la orientación sexual de las prácticas sexuales que no necesariamente se vinculan en todos los casos. A su vez, la orientación sexual puede cambiar a lo largo de la vida, lejos de ser una categoría estanca supone transformaciones y contradicciones. El tema es que las orientaciones sexuales han sido construidas desde una lógica binaria, hegemónica y excluyente de la cual es necesario escapar para visualizar y comprender la sexualidad. Finalmente, es importante subrayar que la orientación sexual no es una opción ya que no refiere a una elección voluntaria pues ninguna persona decide la orientación de su deseo erótico, sino que el mismo surge de bases inconscientes.

La identidad de género es un concepto que ha sido desarrollado fundamentalmente desde la Psicología, Psicoanálisis y Medicina, abarca aspectos bio – psico sociales y alude a la percepción subjetiva y el sentir que una persona tiene sobre sí misma en cuanto a ser hombre o mujer. Así, una persona puede nacer biológicamente niño y sentirse hombre, pero otra puede sentirse mujer y viceversa, y en otros casos sentirse trans. Las identidades trans que engloban al conjuntos de identidades transexuales, travestis y transgénero, también implican diversidades y diferencias, no son un todo homogéneo. Asimismo, de la identidad de género no se depende de la orientación sexual. Es muy común la confusión acerca de que los hombres homosexuales se sienten mujeres, o las lesbianas se sienten hombres. Esto no es así pues la construcción de la identidad de género no depende de la orientación sexual ni a la inversa.

En este recorrido, resulta interesante introducir los conceptos de heterosexualidad obligatoria y heteronormatividad. Adrienne Rich introdujo el concepto de heterosexualidad obligatoria en tanto régimen social que plantea a la heterosexualidad como el modelo hegemónico de relacionamiento sexual y de parentesco, impuesto por el patriarcado mediante diversos mecanismos e instituciones⁵⁴. Al decir de la feminista

54. RICH, A. “Compulsory Heterosexuality and Lesbian Existence”. En *Signs: Journal of Women in Culture and Society*. 1980.

55. BUTLER, J. *Sujetos de sexo, género, deseo.* Feminaria, Año X, N°19. Argentina. 1997. pp. 46.

56. WARNER, M. *Fear of a queer planet.* Social text.

francesa Monique Wittig, “la restricción binaria del sexo colabora con los objetivos de reproducción de un sistema de heterosexualidad obligatoria; en ocasiones, afirma que el abandono de la heterosexualidad obligatoria inaugurará un humanismo verdadero de “la persona” liberada de la cadenas del sexo”⁵⁵. A su vez, la heteronormatividad, concepto introducido por Michael Warner, refiere a una institución social, que no debe ser confundida con la heterosexualidad en tanto orientación erótico sexual. Alude al conjunto de normas sociales y relaciones de poder por medio del cual la sexualidad se normaliza, reglamenta e institucionaliza bajo los parámetros de heterosexualidad, que trascienden la orientación sexual y refiere a una categoría política e ideológica⁵⁶.

57. Los planteos expuestos a continuación provienen de las reflexiones y experiencia de trabajo del Proyecto Centros de Salud libres de homofobia implementado desde 2010 por el Colectivo Ovejas Negras, el Ministerio de Salud Pública, la Red de Atención Primaria de la Administración de Servicios de Salud del Estado, y el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina con apoyo del UNFPA.

DIVERSIDAD SEXUAL Y SALUD⁵⁷

El campo de la salud no ha estado exento de las consideraciones expuestas anteriormente. Las discriminaciones que se producen hacia quienes no se encuentran dentro de los modelos hegemónicos que la cultura impone, impactan en la salud y se reproduce en las lógicas de los sistemas sanitarios. Esto se traduce, por ejemplo, en barreras para el acceso a los servicios, en una atención que no contempla las diferencias o que se basa en prejuicios, en la falta de producción de información adecuada para la toma de decisiones, etc. Un sistema de salud que no incorpore este enfoque en sus políticas y prácticas será un sistema inequitativo, ya que invisibilizará, excluirá y discriminará a grupos y personas.

Incluir el enfoque de diversidad sexual en la atención de la salud implica tener presente las diferentes orientaciones, prácticas e identidades sexuales y de género más allá de los prejuicios y preconceptos, a la vez que atender los diferentes intereses, necesidades, demandas y procesos de salud y enfermedad en base a la diversidad sexual. Es importante comprender a las orientaciones sexuales e identidades de género como determinantes sociales de la salud: implican prácticas sexuales o sociales que impactan en la salud, así como problemas de salud resultantes del estigma y la exclusión social de los grupos que se encuentran por fuera del mandato hegemónico. Se recomiendan los siguientes videos como disparadores para la comprensión de los problemas que acarrea la no inclusión de la perspectiva de diversidad sexual en la atención en salud: “¿Cuál es la diferencia?” y “Centros de Salud libres de homofobia” <http://www.unfpa.org.uy/album/index.php?Multimedia=1>

Además del marco legislativo nacional presentado anteriormente, en lo que refiere a salud se destacan las Guías de Salud Sexual y Reproductiva - Capítulo Diversidad Sexual elaboradas y publicadas en 2009 por el Ministerio de Salud Pública, la Intendencia de Montevideo y varias organizaciones LGBT con apoyo de UNFPA. Otras guías del MSP como las de atención integral a adolescentes y las de servicios de salud sexual y reproductiva incorporan la diversidad sexual. Estas guías proveen de lineamientos para avanzar en la inclusión de la diversidad sexual en la atención en salud. A continuación se presentan algunas consideraciones específicas a tener en cuenta en la consulta en salud con adolescentes:

HABILITAR LA EXPRESIÓN Y EVITAR PRECONCEPTOS: es frecuente que en la consulta con adolescentes, especialmente a la hora de abordar su sexualidad o salud sexual y reproductiva se realicen preguntas asumiendo que la persona es heterosexual. Esto se puede apreciar claramente en el video ¿Cuál es la diferencia?. Estas asunciones generan fuertes barreras e inhiben la posibilidad de encuentro con el/la adolescente, ya que generan desde el primer momento una distancia importante. Por el contrario, plantear preguntas inclusivas

MARCO LEGISLATIVO EN URUGUAY SOBRE DIVERSIDAD SEXUAL:

2004	Ley 17.817 contra el racismo, la xenofobia y toda otra forma de discriminación.	Declara de interés nacional la lucha contra el racismo, la xenofobia y toda otra forma de discriminación. Crea la Comisión Honoraria contra el Racismo, la Xenofobia y toda otra forma de Discriminación.
2007	Ley 18246 de Unión Concubinaria	Reglamenta la unión concubinaria, inclusive entre personas del mismo sexo.
2008	Ley 18426 de Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva (Reglamentada en 2010 Decreto 293/010).	Nuclea y legaliza guías y prestaciones desarrolladas hasta el momento. La reglamentación plantea la conformación de Equipos Coordinadores de Referencia en SSyR en todas las instituciones prestadoras de salud lo que constituyen un paso más hacia el cambio de modelo de atención, garantizando servicios integrales e inclusivos. Expresa elementos vinculados a la diversidad sexual y no discriminación.
2009	Ley 18437 General de Educación Ley 18620 derecho a la identidad de género y al cambio de nombre y sexo en documentos identificatorios.	Código de la Niñez y Adolescencia. Se modifican disposiciones relativas a Adopción: Ley 18590 Institucionaliza la educación sexual en todos los niveles de enseñanza y la incorpora como eje transversal. Las personas pueden solicitar la adecuación de la mención registral de su nombre, sexo, o ambos, cuando los mismos no coincidan con su identidad de género en los documentos Pueden adoptar personas en forma individual, el nuevo cónyuge o concubino del padre o madre del hijo habido dentro de matrimonio o habido fuera del mismo reconocido del otro cónyuge o concubino, y parejas en unión concubinaria o matrimonial, por lo tanto también parejas del mismo sexo.
2013	Ley 19075 de Matrimonio Igualitario	Legaliza el matrimonio entre personas del mismo sexo e introduce aspectos en materia de familia.

como por ejemplo ¿tenes pareja?, ¿mantenes relaciones sexuales con varones, con mujeres o con ambos?, ¿tenes novia o novio? habilita el espacio para el diálogo y la expresión de los sentimientos y prácticas de ese/a adolescente, incluso si siente atraído hacia personas del otro sexo. Cada profesional definirá la pregunta con la que se siente más cómodo/a. Teniendo presente que muchos adolescentes pueden sentir vergüenza o incomodidad ante estos temas por lo cual es crucial generar un espacio amigable y habilitante, tanto a través del lenguaje como con la disposición de afiches y folletería inclusiva.

En este punto es importante tener en cuenta dos elementos clave: a) que el abordaje de la sexualidad implica un terreno íntimo por lo cual es fundamental garantizar privacidad y confidencialidad cuando se realicen estas preguntas; y b) que la adolescencia es el período del inicio de las relaciones sexuales por lo cual muchos adolescentes pueden no definirse aún como hetero, homo o bisexuales, pero eso en realidad no es relevante. Lo que sí saben es por quien o quienes se sienten atraídos/as. Es posible que quienes se encuentren atraídos y/o mantengan relaciones sexuales con personas del mismo sexo lo puedan vivir con tensión producto de la sociedad homofóbica y de los mandatos hegemónicos sociales y familiares. Incluso pueden estar viviendo situaciones de acoso y violencia, por lo cual es fundamental que los equipos de salud estén atentos e indaguen sobre estas áreas para poder acompañar y abordar estos aspectos como parte de la atención integral de la salud.

SALIDA DEL ARMARIO, LA FAMILIA Y EL ENTORNO: “salir del armario” refiere a la visibilidad y a la declaración de las personas en tanto homosexuales. Se trata de un proceso que va desde una dimensión subjetiva vinculada a identificar y asumir que es atraído por personas del mismo sexo, hasta el expresarlo con la familia, los amigos y la sociedad. La salida del armario va a estar fuertemente condicionada por las características del entorno, y cuán hostil o amigable - habilitante este sea. Cada persona lo vive y procesa de manera diferente, y esto es una pieza clave en la salud que impacta en la identidad, vínculos y autoestima. La adolescencia es la etapa donde comienza este proceso, por lo que resulta fundamental indagar en qué momento del mismo está el/la adolescente y cómo lo está viviendo. También es importante el acompañamiento del equipo de salud a las familias que lo requieran para transitar el proceso de manera más saludable. Es fundamental que se identifiquen el tipo de reacciones del entorno de cada adolescente, y en los casos de mayor rechazo y homofobia tener presente la detección de conductas de riesgo, depresión en incluso intentos de autoeliminación. En estos casos también son importantes la coordinación con otras instituciones de pertenencia y referencia como por ejemplo el centro educativo.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: es sustancial que a la hora de abordar la sexualidad y la salud sexual y reproductiva se indague entorno a las prácticas sexuales del/la adolescentes, del uso o no de métodos de prevención y de cómo vive su sexualidad en términos de disfrute, coerción, etc. Más allá de la orientación sexual planteada, es importante conocer las prácticas para atender elementos

vinculados a la prevención, detección precoz y tratamiento de infecciones de transmisión sexual y patologías prevalentes, así como promoción de salud sexual y reproductiva. También es una buena oportunidad para indagar entorno a posibilidades de violencia en el noviazgo. Esta también se produce en parejas del mismo sexo y en las parejas que conforman las personas trans. A su vez es importante tener presente que si la relación de pareja se da en secreto para las personas cercanas y familiares, aumenta la vulnerabilidad de quien se encuentra en situación de violencia.

ADOLESCENTES TRANS: si bien las consideraciones planteadas anteriormente son válidas para las personas trans, hay consideraciones específicas a tener en cuenta. A diferencia de la orientación sexual que no se exterioriza físicamente, las identidades de género trans frecuentemente son visibles por las transformaciones corporales que implican, más aun en la adolescencia que es cuando en general comienzan a producirse estos cambios. Por lo que a todo lo referido anteriormente y a los elementos psicosociales, es fundamental sumarle el indagar y abordar los aspectos relacionados a los procesos de hormonización y a las posibles intervenciones quirúrgicas e implantes. Frecuentemente estos procesos se dan por fuera del sistema de salud conllevando importantes riesgos y problemas de salud. Asimismo la población de adolescentes trans está más expuesta aún a las situaciones de violencia por lo que es crucial indagar y acompañar en esta área. Aquí también la coordinación con otras instituciones y el trabajo con la familia o referentes es crucial.

Para finalizar, resulta importante recalcar que no se trata de crear espacios o servicios específicos para atender a la población de lesbianas, homosexuales y trans, sino de incluir el enfoque de diversidad sexual en la atención a la salud de todos y todas las adolescentes. Este enfoque enriquece el abordaje de la sexualidad y salud sexual y reproductiva. La hoja SIA (Sistema Informático del/la Adolescente) cuenta con un módulo específico sobre sexualidad, salud y relaciones sexuales, este es un buen momento para incorporar esta perspectiva. Si bien este apartado se centra en la consulta, es fundamental incluir esta mirada también en las estrategias de educación y promoción en salud realizadas desde los servicios. ■

EMBARAZO NO DESEADO E INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Mónica Gorgoroso

Según cifras oficiales del Ministerio de Salud Pública, el 15 % de las usuarias que accedieron a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) según lo previsto en la Ley 18.987 son adolescentes.

El embarazo en la adolescencia, no siempre es una situación no deseada.

No obstante, la mujer adolescente que considera esta opción, debe acceder a los servicios de IVE y ejerciendo su derecho a la salud, ser respetada en todos los términos de su decisión.

De singular importancia en este sentido es el contexto en el que se toma la decisión de abortar.

En general el embarazo no deseado y el aborto se viven como una "situación vital estresante" en la que coexisten sentimientos de angustia, ansiedad, desesperación, temor, culpa y vulnerabilidad.

Agravando estos sentimientos, cuando el proceso transcurre en la clandestinidad, la soledad y la estigmatización social, ello a menudo determina el ocultamiento del embarazo y la búsqueda tardía de atención médica, aumentando los riesgos biológicos, psicológicos y sociales.

En este contexto las mujeres adolescentes pueden sentir en mayor medida el castigo social, pudiendo experimentar abandono y soledad, vinculado a la familia y a la pareja.

El apoyo familiar, siempre necesario, hace la diferencia en esta etapa de la vida, en todas las decisiones y en esta en particular.

Los equipos de salud tienen también un rol fundamental, al propiciar espacios de reflexión, contención y cuidado hacia la adolescente.

Los riesgos psicológicos y sociales se disminuyen generando espacios habilitantes para la toma de decisiones (entrevistas con equipos multidisciplinarios) en los que la mujer pueda examinar para sí misma porque y como esta tomando esta decisión, discutir alternativas y detectar factores de riesgos adicionales que requieran un seguimiento más estrecho

En este documento se abordarán los contenidos de la Ley 18.987, su Decreto Reglamentario y el Manual de procedimientos para el manejo sanitario de la IVE, que aplican a la atención de la usuaria adolescente.

1. GENERALIDADES DE LA LEY 18.987

¿QUIÉNES PUEDEN SOLICITAR LA IVE?

TODA MUJER que cumpla los siguientes requisitos, independientemente de su edad:

- Expresar verbalmente su voluntad de interrumpir el embarazo.
- Ser ciudadana uruguaya natural o legal, o extranjera residente en el país al menos por un año previo a la consulta.
- Estar cursando un embarazo durante las primeras 12 semanas de gestación para las situaciones generales, o las primeras 14 semanas en caso que el embarazo sea producto de violación o, independiente de la edad gestacional si el embarazo pone en grave riesgo la salud de la mujer o existen malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina.

SITUACIONES GENERALES

Interrupción de embarazos durante las primeras 12 semanas de gestación, inclusive, solicitada por mujeres con situaciones de penuria económica, sociales, familiares o etarias que a su criterio le impiden continuar con el embarazo en curso.

- SITUACIÓN 1. Mujeres que manifiestan su decisión de interrumpir voluntariamente la gestación, mayores de 18 años o menores habilitadas.⁵⁸
- SITUACIÓN 2. Mujeres menores de 18 años no habilitadas que manifiesten su decisión de interrumpir voluntariamente la gestación.
- SITUACIÓN 3. Mujer declarada incapaz judicialmente cuyo curador/a solicita la interrupción voluntaria de la gestación.

SITUACIONES EXCEPCIONALES

En las tres situaciones siguientes la definición de la IVE no exige la actuación del equipo interdisciplinario previsto por la ley, requiriendo sí la expresión de la voluntad de la mujer.

- SITUACIÓN 4. Violación: Mujeres que manifiestan su decisión de interrumpir voluntariamente el embarazo producto de una violación, acreditada con constancia de denuncia judicial dentro de las 14^a semanas de gestación.
- SITUACIÓN 5. Grave riesgo para la salud de la mujer: Mujer cuya condición de gravidez implique un grave riesgo para su salud bio-psico-social, independiente de la edad gestacional.
- SITUACIÓN 6. Proceso patológico que provoque malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina: Mujer embarazada en quien se verifiquen malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina, independiente de la edad gestacional.

58. Según el CÓDIGO CIVIL, arts. 91, 302, 305: se consideran habilitadas las mujeres menores de 18 años casadas, divorciadas o viudas aún en caso que se haya producido esta condición dentro de la minoridad (la ley habilita a consentir el matrimonio a la mujer a los 12 años, con consentimiento de tutores o judicial).

¿CUÁL ES EL PROCESO ASISTENCIAL PREVISTO EN LA LEY 18.987 (SITUACIONES GENERALES)?

IVE 1. 1ª consulta con médico. RECEPCION DE LA VOLUNTAD DE LA MUJER. Se verifican los requisitos, se solicita paraclínica (Ecografía, Grupo y Rh) y se refiere en forma responsable a la 2ª consulta.

IVE 2. 2ª consulta con equipo interdisciplinario. ASESORAMIENTO. Tres profesionales con actuación articulada (ginecobotetra, profesional del área social y del área de salud mental), realizan asesoramiento e informan sobre el lapso de reflexión propuesto por la ley - no menor de 5 días corridos.

IVE 3. 3ª consulta con ginecólogo. EXPRESION FINAL DE VOLUNTAD DE LA MUJER. Se inicia el procedimiento de IVE definido en la Guía Técnica. Aborto farmacológico o quirúrgico, ambulatorio o institucional según indicación del ginecólogo.

En el proceso de atención la mujer recibirá asesoramiento sobre los procedimientos previstos en la Ley 18987, sus derechos sexuales y reproductivos, las características, métodos, ventajas y riesgos de la IVE. También se informará sobre las alternativas al aborto voluntario, incluyendo los programas de protección social disponibles, y la posibilidad de dar al recién nacido en adopción. Y finalmente, se orientará a la mujer sobre los medios para prevenir embarazos futuros, y el acceso a los mismos.

Se deberá respetar el derecho de la mujer a decidir sobre la continuidad o no de su gestación, según las condiciones previstas por la Ley. El personal de salud no deberá emitir juicios de valor con relación a la decisión consciente y libre basada en la voluntad informada de la usuaria.

IVE 4. 4ª consulta con ginecólogo, médico de familia u obstetra partera: SEGUIMIENTO POSTERIOR AL ABORTO. Evaluar la eficacia del procedimiento, la salud y seguridad de la paciente, y brindar consejería en anticoncepción y provisión del método elegido.

2. ASPECTOS ESPECÍFICOS DE LA APLICACIÓN DE LA LEY DE IVE EN LAS MUJERES ADOLESCENTES

Las usuarias adolescentes que soliciten la IVE deberán cumplir los requisitos y realizar el proceso asistencial ya descripto.

Además se tendrán en cuenta los siguientes aspectos específicos (Ley 18.987, artículo 7).

AUTONOMÍA PROGRESIVA DE NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES

El concepto de la autonomía progresiva está inspirado en la nueva condición jurídica del niño por tanto reconoce la calidad de sujeto de derecho, que significa que cada niño y/o adolescente, tiene la capacidad de ejercer sus derechos y de asumir responsabilidades específicas conforme a la edad que esté viviendo.

DEFINICIÓN DE AUTONOMÍA PROGRESIVA

Proceso del desarrollo de las capacidades evolutivas de cada individuo singular, que posibilitará el ejercicio pleno de todos los derechos.

Son características de este proceso:

- Capacidad de formarse un juicio propio.
- Habilidad para comprender y comunicar informaciones relevantes y habilidad de reflexionar y elegir con un cierto grado de independencia.

— La mujer adolescente debe ser capaz de efectuar una elección sin que nadie lo obligue o manipule y considerar detalladamente la cuestión por sí misma.

— Capacidad de comprender cuáles son las alternativas disponibles, manifestar una preferencia, formular sus preocupaciones y plantear las preguntas pertinentes.

— Se adquiere paulatinamente.

En el área de la salud y específicamente en la temática que nos convoca esto se traduce en la necesidad de recabar el consentimiento, garantizando el acceso a una información adecuada sin lo cual no podrán manifestar válidamente su consentimiento.

La adolescente deberá ser capaz de efectuar una elección sin que nadie la obligue o manipule y considerar detalladamente la cuestión por sí misma.

¿QUIÉN DEBE EVALUAR SI LA ADOLESCENTE HA ADQUIRIDO LA AUTONOMÍA PROGRESIVA NECESARIA PARA CONSENTIR LA IVE?

La concurrencia de una adolescente menor de 18 años no habilitada obliga a la consideración de su autonomía progresiva prevista por las Leyes 18987, 18426 y el código de la Niñez y la Adolescencia (Ley 17.826)

Esta evaluación será preferentemente realizada por los técnicos del equipo interdisciplinario.

Si el equipo considera que la mujer adolescente es capaz de tomar decisiones autónomas, su sola voluntad definirá la continuidad del proceso.

Si a juicio del equipo esa adolescente no configura condición de autonomía, más allá de considerar su opinión, deberá realizarse consulta con sus padres, o de estar éstos ausentes, otro adulto referente.

Si existe coincidencia de opinión, será conveniente que padres y/o adulto acompañen el proceso de asesoramiento.

De no coincidir la voluntad de padres o adulto referente con la de la adolescente, y agotados los esfuerzos por lograr consensos, la adolescente podrá optar por concurrir ante Juez a dirimir la decisión. (Juzgado de Familia en Montevideo, Juzgado de Paz en el interior).

En ningún caso la voluntad de interrupción de la gestación por parte de padres/adulto podrá imponerse a la voluntad contraria de la adolescente.

La condición de autonomía de la adolescente debe quedar claramente explicitada en el Formulario IVE, 2ª consulta y en la historia clínica. En caso de evaluación positiva, tanto la Constancia de Asesoramiento como el Consentimiento Informado serán firmados por ella.

En caso de evaluación negativa de su autonomía, pero existiendo acuerdo con padres o adulto referente, todos registrarán su firma.

CONFIDENCIALIDAD Y DDSSRR EN LA ADOLESCENCIA

En todos los casos, incluyendo a las usuarias adolescentes, la gestión del proceso de atención por IVE, debe asegurar la privacidad de la atención y la máxima confidencialidad, en el marco de la atención a la salud sexual y reproductiva.

Todos los registros, historia clínica, Formulario IVE, Constancia de Asesoramiento y Consentimiento Informado se apoyarán en la identificación exclusiva por documento de identidad.

En caso que la mujer manifieste su deseo que no quede registro alguno en la historia clínica, derecho garantizado en la Ley 18331, se le explicará que si bien pueden no adjuntarse los registros antedichos en la historia clínica, y no realizarse registros específicos, los anteriores formularios deberán permanecer en custodia por parte de Registros Médicos de la institución. Serán enviados aparte de la historia clínica, con el rótulo “confidencial” para su custodia separada, según lo tenga establecido la Institución.

LA LEY 18.426, DE DEFENSA DEL DERECHO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DISPONE EN SU ARTÍCULO 7º:

“INCORPÓRASE AL CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA EL SIGUIENTE ARTÍCULO:

ARTÍCULO 11 BIS. (INFORMACIÓN Y ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD).- TODO NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE TIENE DERECHO A LA INFORMACIÓN Y ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD, INCLUSIVE LOS REFERIDOS A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, DEBIENDO LOS PROFESIONALES ACTUANTES RESPETAR LA CONFIDENCIALIDAD DE LA CONSULTA Y OFRECERLE LAS MEJORES FORMAS DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO CUANDO CORRESPONDA.

DE ACUERDO A LA EDAD DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE SE PROPENDERÁ A QUE LAS DECISIONES SOBRE MÉTODOS DE PREVENCIÓN DE LA SALUD SEXUAL U OTROS TRATAMIENTOS MÉDICOS QUE PUDIERAN CORRESPONDER, SE ADOPTEN EN CONCURRENCIA CON SUS PADRES U OTROS REFERENTES ADULTOS DE SU CONFIANZA, DEBIENDO RESPETARSE EN TODO CASO LA AUTONOMÍA PROGRESIVA DE LOS ADOLESCENTES

EN CASO DE EXISTIR RIESGO GRAVE PARA LA SALUD DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE Y NO PUDIERA LLEGARSE A UN ACUERDO CON ÉSTE O CON SUS PADRES O RESPONSABLES DEL MISMO EN CUANTO AL TRATAMIENTO A SEGUIR, EL PROFESIONAL PODRÁ SOLICITAR EL AVAL DEL JUEZ COMPETENTE EN MATERIA DE DERECHOS VULNERADOS O AMENAZADOS DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, QUIEN A TALES EFECTOS DEBERÁ RECABAR LA OPINIÓN DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE, SIEMPRE QUE SEA POSIBLE”.

En observancia de lo anterior cabe destacar, que si bien es deseable que la usuaria adolescente este acompañada durante el proceso de atención por IVE, no es condición necesaria para asistirle.

Ante la ausencia de referentes adultos que la acompañen y apoyen el equipo de salud debe examinar esta situación con la usuaria, preguntar si los referentes adultos saben que está embarazada y cual es la calidad del vínculo con la adolescente e informar sobre la importancia de estar acompañada en estas instancias y durante el procedimiento.

Si la adolescente aún no ha comunicado en su entorno que esta embarazada y/o que está considerando la IVE es necesario indagar por qué no lo ha hecho

¿Los adultos en su entorno, son de su confianza?, ¿Tiene miedo de contarles sobre el embarazo?, ¿Se siente presionada para abortar o continuar con el embarazo? ¿Existe violencia en el vínculo, en cualquiera de sus expresiones? ¿Con qué otros apoyos cuenta: amigos, pareja, etc?

Es fundamental habilitar la comunicación, contener a la usuaria y garantizar su confidencialidad y privacidad, para que pueda expresar estos y otros temas de la esfera íntima

Ello permitirá desarrollar estrategias de negociación y emponderamiento, para que la usuaria pueda y acceda a comunicar a sus referentes la situación que está viviendo

Si la adolescente es capaz de consentir, no es ético comunicar información confidencial a los padres, tutores u otros referentes sin su autorización.

¿CÓMO PROCEDER SI LA ADOLESCENTE QUE SOLICITA LA IVE NO CUMPLE LOS REQUISITOS PREVISTOS EN LA LEY DE IVE?

Si la usuaria cursa un embarazo no deseado, solicita la IVE y no cumple los requisitos contenidos en la Ley, el equipo de salud deberá asesorarla según lo dispuesto en la Ley 18.426, Ordenanza 369/04, brindando asesoramiento integral y contención con el objetivo de disminuir los riesgos y los daños del aborto inseguro. Siempre y en todos los casos deberá respetarse la decisión autónoma de la mujer adolescente. ■



MODULO III

SALUD MENTAL EN LA ADOLESCENCIA

Dra. Susana Grunbaum

Lic. Sandra Misol

59. MSP/DIGESA/ Programa Nacional de Salud Adolescente. Guía para el abordaje integral de la salud de adolescentes en el primer nivel de atención. Tomo I.

60. O'CONNOR, J. PNL para la Salud. Editorial Urano. Barcelona. 1996.

61. DAMASIO. La sensación de lo que ocurre. Cuerpo y emoción en la construcción de la conciencia. Editorial Debate. Madrid. 2001..

“La salud mental implica la capacidad de las personas de adaptarse, críticamente a su medio, manejando adecuadamente los factores de estrés. Se destaca también la habilidad de participar activamente en la sociedad, la capacidad para disfrutar y actuar solidariamente.”⁵⁹

Esta definición implica para quiénes tienen el compromiso de velar por la salud de los adolescentes, desarrollar la capacidad de formular estrategias de promoción, prevención y atención desde “una perspectiva compleja, integral, interdisciplinaria, de derechos, género y diversidad”, integrando a “las/ los adolescentes como protagonistas activos de su vida y proyectos presentes y futuros”

“Hace veinticinco siglos, Hipócrates enseñaba que estar sano era la prueba de que un individuo había alcanzado un estado de armonía consigo mismo y con el entorno y que aquello que afecta la mente afecta también el cuerpo.” La salud era concebida como un estado de equilibrio.”Cada uno de nosotros es único y también lo es nuestro estado de equilibrio. No existe ninguna receta de salud apropiada para todo el mundo...Nadie escapa por completo a la enfermedad, a la sensación de pérdida, a la plena preocupación”⁶⁰

Los ajustes necesarios para mantener dicho equilibrio son mayores en la adolescencia , por constituir una crisis vital en el cual el/la joven busca encontrar su lugar en el mundo adulto con todos los desafíos que ello implica. Los desafíos a sortear varían de acuerdo al contexto social, a la mayor o menor presencia de redes sociales y a la fortaleza del soporte familiar.

Cada adolescente llega a esta etapa después de recorrer un itinerario diferente por tanto con diferente grado de vulnerabilidades y fortalezas. Los aportes de los estudios psicoanalíticos, teorías interaccionistas del desarrollo, las investigaciones sobre el apego , las neurociencias entre otras, evidencian que los cimientos de la salud mental se construyen desde la primera infancia y requieren de un ambiente emocional disponible y aportes nutricionales y de salud que permitan el desarrollo óptimo para asegurar una salud mental adaptativa.

Es claro que son muchos los que crecen con déficit en uno o dos de estos ámbitos, por lo cual el acompañamiento a las diferentes situaciones requerirá esfuerzos disímiles.

La regulación afectiva base de la salud mental , tiene por un lado un aspecto vinculado al temperamento (la reactividad propia que trae cada ser, respecto a la actividad , sensorialidad, afectividad y atención) y otro que se construye a través del vínculo con otros, en el que se van aprendiendo formas de auto calmarse y modelos alternativos de resolver conflictos.

“La regulación del afecto es un principio organizador central del desarrollo y la motivación humana”⁶¹

Para poder desplegar esta capacidad, la persona necesita, tomar distancia de sus emociones, darse cuenta de lo que experimenta, serenarse, para poder elegir la respuesta más adaptativa.

Cuando la persona reacciona (es decir responde sin mediar pensamiento reflexivo) las consecuencias pueden exceder la capacidad de afrontamiento.

Contribuir a este proceso de autorregulación requiere de otro que genere un espacio de escucha: expresar lo que se siente tiene además de un valor catártico, el de posibilitar tomar distancia y reflexionar sobre lo que aflige o conmueve, tornándolo más manejable. Así como en algunas culturas poder nombrar el demonio era una forma de evitar su influencia destructiva, poder ponerle un nombre a los sentimientos y narrar los hechos es un comienzo. No se trata de no sentir, sino de elegir ¿qué hago con lo que siento, y para qué?

ADOLESCENCIAS

Cuando nos referimos a “adolescencias” hacemos hincapié en señalar que hay varias maneras de transitar esta etapa de la vida y nos lleva a pensar las adolescencias más allá de los criterios etéreos (De tal edad a tal otra). Esto nos lleva a poner énfasis en factores que complejizan y enriquecen introduciendo otras variables como lo socioeconómico, lo cultural, etc.

Los adolescentes no conforman un grupo homogéneo, tienen en común un parámetro un momento evolutivo pero cada adolescente esta sometido a circunstancias, contextos y condiciones de vida diferentes y esto se pone en juego para configurar este ser adolescente.

Ejemplo: Un adolescente que vive en un entorno que le brinda protección, respeto, posibilidades de desarrollo, escucha, seguramente curse una adolescencia diferente a otro que tenga amenazada su integridad personal por situaciones de privación y violencia.

Una de las dificultades para acompañar esta etapa de parte de la familia está relacionada a los cambios sociales, al respecto Sergio Sinay afirma:

“...Nuestra sociedad, el estilo de vida predominante en ella, los paradigmas éticos reinantes, el modelo hegemónico en las relaciones humanas (de sujeto a objeto antes que de sujeto a sujeto) han ido generando en una significativa mayoría de los padres y de los adultos involucrados con niños y adolescentes una inclinación al temor, la negligencia, el desentendimiento, al facilismo en el ejercicio de esa crianza y esa educación...Están rodeados de adultos que se comportan como ellos, que los imitan, ..que tratan de huir del tiempo, se mimetizan con los chicos y adolescentes, tienen horror a la responsabilidad de criarlos, educarlos, guiarlos, limitarlos , ordenarlos. ..”Los hijos huérfanos de esta sociedad están siendo criados por la televisión basura, por los fabricantes de comida chatarra, por los productores de una tecnología vacía e inútil que discapacita para muchas funciones de la vida cotidiana, están siendo criados por artilugios cibernéticos que banalizan sus mentes, sus destrezas de aprendizaje y sus habilidades para la comunicación real...están siendo abandonados en total indefensión ante las estrategias perversas de diferentes mercadócratas dispuestos ahogarlos sin piedad en la marea consumista en que ya hundieron a sus padres....Las consecuencias son estremecedoras, violencia infantil y adolescente, obesidad epidémica, drogadicción y alcoholismo a edades cada vez más bajas, notables índices en chicos y adolescentes respecto de cuestiones elementales para saber en qué mundo viven y cómo se gestó ese mundo.”⁶²

62. SINAY, S. La Sociedad de los hijos huérfanos. Ediciones B. Bs As. 2008.

Pensamos entonces estas adolescencias como el resultado de una construcción socio – histórica que transmite a los/las adolescentes y a las instituciones implicadas una serie de valores, creencias, prácticas y formas de pensarse, productoras de subjetividad.

La adolescencia como proceso y alejada de la noción de problema.

Proceso durante el cual los adolescentes tienden a asumir una actitud de independencia y autonomía frente al entorno social. Pasando a conformar un recurso esencial para la comunidad en la cual están insertos.

Esta forma de conceptualizar la adolescencia critica los paradigmas tradicionales que centran la temática adolescente en la dimensión de problema (carencia de algo que no se ha consolidado aún, etapa de transición, etc.)

LOS NUDOS DE LOS PARADIGMAS⁶³:

De una perspectiva de problema a una perspectiva de desarrollo

VIEJO PARADIGMA

- Aborda la adolescencia exclusivamente desde la problemática (por ejemplo: embarazo adolescente, abuso de drogas o alcohol, violencia, suicidio).
- Se centra en la conducta de riesgo —conducta que pone en peligro la vida— como una enfermedad que demanda tratamiento (atención y prevención).
- Ignora los atributos positivos y fortalezas de los adolescentes, impidiendo su desarrollo.

NUEVO PARADIGMA:

- Promueve el desarrollo integral y la participación adolescente.
- Desarrolla las aptitudes personales y da cabida a las contribuciones de los adolescentes.
- Tiene en cuenta la diversidad de conductas y la heterogeneidad adolescente.
- Apuesta por los factores de desarrollo positivo mientras se van reduciendo los factores de riesgo (aquellos que inciden en la vulnerabilidad de los adolescentes).

En vez de centrarse en un particular aspecto de la vida de los adolescentes, esta nueva visión los concibe como personas plenas. Esto implica que los reconozcamos como hombres y mujeres jóvenes capaces, y no que los limitemos sólo a las aptitudes, conductas y conocimientos que nosotros queremos que adopten.

En definitiva, ya no se hace énfasis en sus problemas sino en su potencial.

Esto implica poner en el centro el reconocimiento del adolescente como sujeto, sujeto que se encuentra sintiendo, pensando, actuando en una palabra viviendo y no preparándose para vivir.

TAREAS EN LA ADOLESCENCIA

El concepto “tareas” remite a que en el tránsito por el proceso adolescente se deben realizar una serie de tareas o trabajos psicológicos donde se juegan una serie de logros que apuntan al desarrollo de las capacidades y recursos para asumir diferentes exigencias vitales.

Al decir de Rodulfo “la adolescencia es una perspectiva de trabajos simbólicos a cumplir.”

Los cambios biológicos y los requerimientos sociales empujan este proceso y promueven al adolescente a desarrollar las siguientes tareas:

- Separarse de los padres, el alejamiento paulatino de las dependencias infantiles. Esto impone una tarea fundamental a la familia. ayudar, facilitar la autonomía del hijo/a.
 - Los adolescentes a su vez tienen la tarea de buscar espacios fuera de la familia (procurar espacios extra familiares), espacios fuera de la esfera de los vínculos y relaciones de la infancia.
- Es así que el adolescente comienza una búsqueda de otros grupos de pertenencia donde por lo general se tiene mayor autonomía, donde precipitan nuevas relaciones y se toman decisiones propias.
- Estos ambientes extra familiares son.
 - Espacios que favorecen la individuación.
 - Que posibilitan la puesta a prueba de capacidades y recursos propios.
 - Que ayudan a la elaboración de conflictos.
 - Y se consolidan como un “espacio transicional.”

Una cita de Erikson ilustra esto “La función del grupo extra familiar es generar un espacio donde se pone en juego las defensas de la adolescencia como el sentimiento de pérdida de identidad y sirve de ayuda en las dificultades y para comprobar las capacidades y rasgos del adolescente.”

La tarea del entorno es ayudar al adolescente apoyarlo en la concreción de su proyecto de vida.

Otra tarea es la reorganización psíquica que conlleva este proceso:

- La consolidación de una nueva identidad diferente a la identidad infantil.
- Se trata de un proceso de creciente diferenciación, donde se resignifican experiencias pasadas y se asume un nuevo lugar.

IMPORTANCIA DEL GRUPO DE PARES

El grupo de pares constituye una referencia importante en la construcción de la identidad adolescente.

Es un espacio de diferenciación del mundo adulto diferente a los espacios de la familia y a otras instituciones.

Tienen carácter espontáneo, transitorio, voluntario, son espacios de participación muchas veces no visualizados por los adultos de esta manera, quienes muchas veces anteponen sus propios modelos de participación.

PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

La atención de la salud mental de adolescentes presenta importantes desafíos para los equipos de salud.

1. Elaborar estrategias de promoción y prevención desde una perspectiva integral interdisciplinaria de derechos genero y diversidad.
2. Integrar a los adolescentes como protagonistas en la construcción de su vida y sus proyectos presentes y futuros.
3. Entender y atender la salud mental como productos de factores que se articulan de manera compleja: históricos como personales, familiares y sociales con el momento particular del desarrollo que atraviesan los adolescentes.
4. Asumir la dificultad de definir con certeza cuando una situación planteada es francamente patológica o está dentro de los parámetros esperados para el momento y las circunstancias, ya que iguales signos y síntomas pueden estar presentes en una u otra situación.
5. Considerar al cuerpo humano como soporte de tensiones, cuya expresión no siempre encuentra como canalizarse. Es frecuente que los adolescentes no tengan con quien hablar, o no puedan hacerlo. Se debe tener siempre presente el impacto en el cuerpo y la traducción en lo somático del proceso adolescente, con sus angustias deseos y necesidades. **Más que nunca en esta etapa de la vida lo mental y lo físico está interrelacionado.**

La atención de salud mental es diferente a la atención psiquiátrica y comienza en la entrevista que cualquier integrante del equipo de salud mantiene con el adolescente que consulta por su control anual o por cualquier problema de salud. Es imprescindible por lo tanto crear un clima de escucha.

En el primer nivel de atención se deberán priorizar las estrategias de prevención y promoción, así como el diagnóstico situacional: individual, de experiencias personales y de familia o referentes, de pareja, amistades, estudio, trabajo y comunidad. A partir del mismo se elaboraran las estrategias adecuadas de acompañamiento y se planificaran las intervenciones necesarias.

LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL DE LOS ADOLESCENTES PUEDEN TENER TRES ORÍGENES EN EL TIEMPO:

- La continuación de una situación ya detectada en la niñez y que en esta etapa de la vida adquiere otras dimensiones;
- Síntomas exacerbados de los que se considera propio en este momento del desarrollo;
- Síntomas, que aparecen en la adolescencia, que no corresponden a ninguna etapa previa o actual del desarrollo.

POR ESTO, EN LA ENTREVISTA CON ADOLESCENTES SE DEBERÁ CONOCER SU HISTORIA INFANTIL Y OBSERVAR LA PERSISTENCIA DE DETERMINADAS CONDUCTAS O SEÑALES, QUE AÚN SIENDO TÍPICAS EN ESTA ETAPA DE LA VIDA, CUANDO SE PRESENTAN EN FORMA INTENSA O REITERADA A LO LARGO DEL TIEMPO, Y AFECTAN SU VIDA PERSONAL, FAMILIAR O SOCIAL, MERECE SER CONSIDERADAS DE FORMA ESPECIAL.

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS CONDUCTAS

Datos del Ministerio de Salud Pública muestran que el 60% de la mortalidad en el tramo de 10 a 24 años es provocado por causas externas, de las cuales la mayor parte son por accidentes y suicidios. Estas causas se relacionan en forma significativa con los problemas de salud mental.

Según Marcelli y Braconnier, la encuesta realizada en Francia por el INSERM entre adolescentes escolarizados entre edades comprendidas entre 11 y 19 años, en la que se ha estudiado diferentes aspectos de la vida cotidiana muestra que existe un 26% de los jóvenes que no ha presentado ningún problema de salud mental. Se denomina a este grupo 'sin problemas aparentes'. La aparición de problemas en este grupo está relacionada sobre todo con eventos estresantes de su vida personal y familiar.

Existe un 10% de los jóvenes con más de cuatro problemas: consumo de alcohol, drogas, peleas, alteraciones psicósomáticas, del humor, alteraciones del sueño, ideas depresivas, nerviosismo y otros. La mayoría de estos adolescentes perciben a su familia como difícil o indiferente e incomprensivos con ellos.

En tercer lugar existe un grupo intermedio que se deduce de los dos anteriores. Este grupo podría representar a la mayoría de los adolescentes. Es decir que al presentar algunos problemas están indicando la vulnerabilidad individual de los adolescentes relacionada al trabajo psíquico de esta etapa de la vida.

En nuestro país, según la Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud (ENAJ 2008), existe un 11% de los encuestados (12 a 29 años) que refieren haber estado tristes más de quince días seguidos en el último año con repercusión en sus actividades cotidianas. Sin embargo, solo 23% de ellos ha consultado con un profesional de salud mental.

En la última encuesta mundial de salud estudiantil (EMSE 2012), 10% de los adolescentes encuestados (muestra de estudiantes de 2°, 3° y 4° de liceos públicos y privados de Montevideo e interior) dice haber intentado quitarse la vida al menos una vez en el último año.

En esta misma encuesta existen diferencias significativas con otras conductas entre los que intentaron o no quitarse la vida. Como muestra el siguiente cuadro, 37,4% de quienes

sufrieron abuso sexual realizaron un IAE frente a un 9,2% de quienes no lo sufrieron. En cuanto a quienes experimentaron una situación de bullying, 18,4% tuvieron un IAE con relación a un 8% que no lo sufrieron. El consumo de alcohol y de marihuana también se asocia en forma estadísticamente significativa. Se debe destacar que estas asociaciones no representan una causalidad lineal ni temporal, no obstante es necesario profundizar en los factores que las relacionan.

SOBRE EL MALESTAR EN LA ADOLESCENCIA

Las teorías que explican el funcionamiento psíquico hacen hincapié en diferentes enfoques:

- Hereditario
- Biológico
- Psicológico
- Social
- Epocal

Consideramos que estos enfoques no son excluyentes sino que representan niveles de integración que están relacionados entre sí.

La expresión de malestar en la adolescencia puede presentarse como manifestaciones somáticas, por ejemplo quejas y comentarios de los adolescentes acerca de su cuerpo, fatiga, insomnio, pesadillas, dolores de espalda, cefalea, dolor abdominal, problemas dermatológicos.

Manifestaciones psicológicas concernientes a su estado anímico: nerviosos, deprimidos, con ganas de llorar, aburrimiento, irritabilidad, soledad, ideas de suicidio, sensación de inadecuación, problemas de estudio.

Percepción del cuerpo: se encuentran gordos, delgados, con defectos, con problemas en la identidad sexual.

Problemas de conducta como autolesiones, heteroagresividad, trastornos en la alimentación, consumo de alcohol y sustancias, y otras conductas de riesgo incluyendo relaciones sexuales sin protección.

Muchas conductas de riesgo en la adolescencia están determinadas por la búsqueda del sentido de la vida, y el límite entre la vida y la muerte. A menudo, la percepción de vulnerabilidad conduce a la exposición, a riesgos elevados o graves como forma de no mostrarse vulnerables. Por ejemplo, las autolesiones pueden interpretarse como un signo de alivio de la tensión, así como una demostración de tolerar el sufrimiento. Llevar una marca en la piel muestra el sacrificio realizado.

Estas conductas de riesgo que pueden ser graves, no siempre están motivadas por el deseo de morir. El concepto de muerte requiere la idea de irreversibilidad que, aunque en la adolescencia puede estar ya instalado se experimenta en forma difusa. Adolescentes que han realizado un intento de autoeliminación luego expresan "yo solo quería dormir y alejarme..."

SÍNTOMAS Y SIGNOS A TENER EN CUENTA

La depresión en la adolescencia es una de las causas asociadas al intento de autoeliminación, por lo que detectar a tiempo los siguientes síntomas y signos es importante no solo para prevenir los suicidios sino para terapéuticamente lo antes posible frente a este sufrimiento.

- Cambios en los hábitos de dormir y comer (en más o en menos).
- Retraimiento de sus amigos, familia y actividades habituales.
- Actuaciones violentas, irritabilidad, fugas.
- Abuso de drogas incluyendo alcohol.
- Abandono importante de su apariencia habitual.
- Cambios pronunciados en la personalidad.
- Aburrimiento persistente, dificultades de concentración o deterioro en la calidad del trabajo escolar.
- Quejas frecuentes de dolores físicos: cefaleas, dolor abdominal, fatiga.
- Pérdida de interés en actividades que antes daban placer.
- Aislamiento.

El sentimiento de tristeza puede acompañar estos síntomas, o puede no estar presente.

Frente a la existencia de uno o varios de estos síntomas es necesario consultar con profesionales de salud mental. Los desencadenantes que se describen en general en el intento de autoeliminación son las discusiones con los padres, la ruptura de lazos de amistad o pareja, y el mal desempeño educativo.

Para algunos autores los sentimientos que llevan a un posible IAE forman parte de las vivencias comunes de los adolescentes, pero para otros existe un diagnóstico psiquiátrico de base como la depresión, trastornos de conducta, trastornos de la personalidad borderline, esquizofrenia.

Cabe destacar la importancia de no minimizar nunca el acto suicida y reconocer que la expresión 'el que lo dice no lo hace' es solo un mito.

Como muestra el cuadro anterior (EMSE 2012), quienes tienen más de tres amigos, o están seguros de terminar el liceo, o no se sienten solos o se sienten comprendidos por sus padres realizan menos IAE.

Existen entonces factores protectores que es importante y necesario detectar, como por ejemplo, la presencia de una familia, que reconoce el problema, que brinda apoyo, y ha contribuido a resolver crisis en el pasado. Además de la familia hay amigos y otras redes de sostén disponibles como el centro educativo, clubes de deportes, iglesias, y otras personas que brinden apoyo.

LA SALUD MENTAL EN LA CONSULTA CON ADOLESCENTES

No existe salud sin salud mental. Aunque hay que realizar un esfuerzo para que la salud mental esté incorporada en la salud integral. En la atención de adolescentes la consideración de las emociones, conductas y comportamientos se tiene que realizar en diferentes ámbitos.

El control de salud anual es uno de ellos pero no el único. Las consultas ambulatorias por patología tienen que tener tiempo suficiente para explorar diferentes aspectos de la vida cotidiana. Ya se trate de adolescentes con problemas puntuales como aquellos que presentan enfermedades crónicas o graves. Del mismo modo, las consultas en la emergencia, en la internación por causas médicas o en el domicilio deben tomar en cuenta aspectos básicos de la salud mental.

PROMOVER LA SALUD MENTAL, EL BIENESTAR O FELICIDAD EN LA ADOLESCENCIA DEPENDE DE:

Acciones propiamente de la salud junto a otras acciones intersectoriales.

En la atención de salud, la detección de problemas y el reconocimiento de los síntomas oportuna y precozmente, junto a una actitud solidaria de pares, educadores y familia es uno de los principales factores.

El control anual de salud de los adolescentes utilizando la Historia Clínica del Sistema Informático del Adolescente (SIA) es una buena herramienta para evaluar la situación psicoemocional, los hábitos de vida cotidiana y la historia personal del adolescente, las características familiares, y la existencia de cualquier tipo de violencia. Conocer la percepción de los adolescentes sobre ellos mismos y sobre cómo creen que los ven sus amigos es de relevancia para realizar diagnósticos oportunos sobre la autoestima. Una buena entrevista permite realizar una adecuada derivación al equipo de salud mental de ser necesario. ■

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

II Encuesta Mundial de Salud Adolescente, Adolescencias: un Mundo de preguntas. GSHS, 2012, MSP – MIDES – JND – OPS

Psicopatología del adolescente. Marcelli, D. y Braconnier, A. Ed. Masson. 2005

Trastornos de conducta social y trastornos psicóticos en la infancia y la adolescencia. Tomàs, J. (ed.), Ed. Laertes. 2000

REFERENCIAS

Ministerio de Salud Pública. Primeros datos a 6 meses de la implementación de la ley de IVE. Período diciembre 2012- mayo 2013. Disponible en <http://www.msp.gub.uy>

C. Stapff, L. Ivana, M. Gorgoroso, V. Fiol. Integralidad de la consulta en el servicio de salud sexual y reproductiva del CHPR. Iniciativas Sanitarias. Poster en: XV Congreso Uruguayo de Ginecología y Obstetricia. Montevideo, 26-29 de mayo de 2009.

Ley 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo, del 22 de octubre de 2012

Decreto Reglamentario CM/604, del 22 de noviembre de 2012

Ministerio de Salud Pública. Manual de procedimientos para el manejo sanitario de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)

SUICIDIO EN ADOLESCENTES Y JÓVENES DE 10 A 24 AÑOS EN URUGUAY, EN EL AÑO 2009

Dra. Susana Grunbaum - Responsable Coordinación - Programa. Nacional de Adolescencia y Juventud

Dra. Silvia Graña - Responsable de Investigación

Dra. Adriana Misa - Epidemióloga asesora

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Uruguay presenta la tasa de mortalidad por suicidio más elevada del continente junto a Cuba, observándose a partir del año 1989 un aumento constante y sistemático de la misma, lo que constituye un problema de salud pública. Esto cobra mayor peso si consideramos la población joven, en los que los años de vida perdidos por causas externas ocupan el primer lugar. Los jóvenes son la población que presenta la tasa más alta de suicidio. Según el estudio realizado en el MSP por el programa Adolescencia junto con Economía de la Salud en el año 2009, en la franja de 15 a 19 años, el suicidio es la primera causa de muerte. Se hace necesario como elemento básico para la prevención y para realizar recomendaciones, conocer el perfil de los adolescentes y jóvenes que se suicidaron, así como la forma en que previamente han usado el sistema de atención en salud.

OBJETIVOS: Conocer las características socio-demográficas y clínicas de adolescentes y jóvenes que cometieron suicidio en Uruguay en el año 2009.

MATERIALES Y MÉTODO:

1. Tipo de estudio: descriptivo transversal.
2. Población de estudio: adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, que cometieron suicidio en el Uruguay en 2009.
3. Variables de estudio:
 - a) socio demográficas (edad, sexo, nivel de instrucción, ocupación, departamento de residencia habitual).
 - b) Caracterización del suicidio (mes de defunción, lugar de ocurrencia del suicidio, método utilizado, causas contribuyentes a la muerte).
 - c) Historial de salud. Prestador de salud, motivos de consulta en el último año, enfermedades crónicas, trastornos psiquiátricos, abuso sexual, consumo de sustancias, IAE

previo, referencia a profesional de la salud mental, antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos, antecedentes familiares de IAE, antecedentes familiares de suicidio.

d) Caracterización de episodio de IAE previos (ubicación del intento, mecanismo, atención en la urgencia con psiquiatra, tratamiento efectivamente cumplido, tiempo transcurrido entre el episodio y la consulta de control. Se usó una fuente secundaria.

Método: revisión de registros.

Técnica: revisión de certificados de defunción y de historia clínica con recolección de los datos de interés.

Instrumento: se diseñó un formulario para la recolección de los datos.

SE REGISTRÓ: sexo, edad, nivel de instrucción, ocupación, residencia habitual, fecha de defunción, lugar donde ocurre la muerte, causa directa de la muerte, causas que contribuyen a la misma, prestador de salud al que pertenece. Motivos de consulta en el último año, enfermedades crónicas, trastornos psiquiátricos, o psicológicos, violencia doméstica, violencia entre pares, abuso sexual, consumo de sustancias. Referencia a profesional de salud mental antecedentes de IAE previos existencia de consulta con psiquiatra en el episodio, temporalidad del IAE con respecto al suicidio.

Tratamiento con psicofármacos. Antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos, antecedentes familiares de IAE, antecedentes familiares de suicidio.

RESULTADOS: Se estudiaron el total de 79 casos. El 83,5 % pertenecían al sexo masculino y 16,5% al sexo femenino. (tabla1) El 68,3% pertenecían al grupo de 20 a 24 años (gráfico 1)

La tasa de mortalidad por suicidio es mayor en el interior del país 10.9/100000 adolescentes y jóvenes que en Montevideo 8.3 cada 100.000 adolescentes y jóvenes (tabla2)

En el 81% de los casos, el mecanismo utilizado fue el ahorcamiento tanto en sexo masculino como femenino. (tabla 3). El dato de ocupación no estaba registrado en el 24% de los certificados de defunción. De los 60 casos que sí tenían el dato, el 30% estaban desocupados mientras que el 70% tenían ocupación al momento de la muerte.

Octubre fue el mes con mayor número de casos 11, seguido de enero, julio y diciembre, con 9, 8 y 7 casos respectivamente. El registro del nivel educativo alcanzado al momento de la muerte faltó en el 100% de los certificados de defunción.

TABLAS Y GRÁFICOS

TABLA 1 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ADOLESCENTES Y JÓVENES QUE SE SUICIDARON SEGÚN EDAD Y SEXO. URUGUAY, AÑO 2009

EDAD (EN AÑOS)	SEXO		TOTAL	
	Masculino	Femenino	FA	%
10 - 14	0	1	1	1.3
15 - 19	21	3	24	30.4
20 - 24	45	9	54	68.3
Total	66	13	79	100

GRÁFICO 1 DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES Y JÓVENES QUE SE SUICIDARON SEGÚN EDAD, URUGUAY 2009

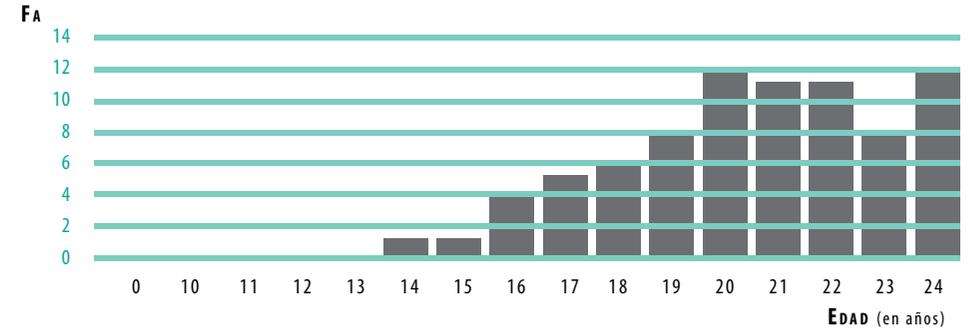


TABLA 2 NÚMERO DE FALLECIDOS Y TASA DE MORTALIDAD POR SUICIDIO EN LA POBLACIÓN DE 10 A 24 AÑOS, URUGUAY, 2009

URUGUAY	Población de ambos sexos de 10 a 24 años	Nº de adolescentes y jóvenes fallecidos por suicidio	Tasa /100.000 Adolescentes y jóvenes fallecidos por suicidio
MONTEVIDEO	299.883	25	8.3
INTERIOR	492728	54	10.9
TOTAL	792611	79	9.97

GRÁFICO 2 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ADOLESCENTES Y JÓVENES QUE SE SUICIDARON SEGÚN SEXO, URUGUAY 2009

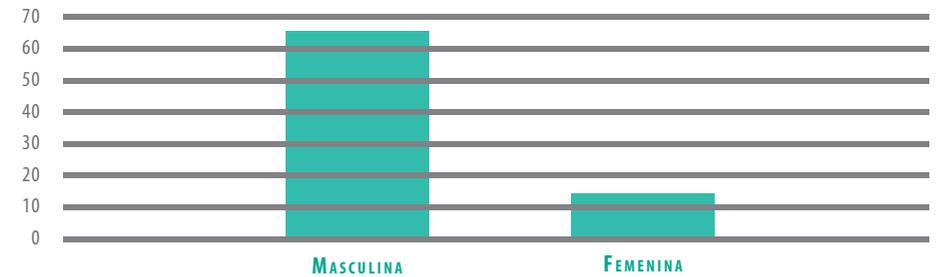


TABLA 3 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ADOLESCENTES Y JÓVENES DE AMBOS SEXOS QUE SE SUICIDARON, SEGÚN MECANISMO UTILIZADO. URUGUAY, AÑO 2009.

Mecanismo	FA	%
Ahorcamiento	64	81
Herida por arma de fuego	12	15
Ingestión de psicofármacos	2	2.5
Asfixia por sumersión	1	1.5
Total	79	100

INFORME DE REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS. SEGUNDA FASE, 17 DE JULIO 2013

De los 79 casos se solicitaron las historias clínicas obteniéndose 26 de las mismas.

En 28 casos la institución informó que no eran usuarios.

En 11 casos la institución informó que no se encontraron historias clínicas abiertas que coincidan con los datos filiatorios enviados, pero sí eran usuarios. En 3 casos del hospital del departamento de San José, no se pudo asegurar la inexistencia de historia clínica abierta ya que el archivo sufrió inundaciones, perdiéndose la mayoría de las historias archivadas. En 11 casos no se obtuvo respuesta. Por lo tanto el presente informe se base en 26 HC enviadas por los prestadores del sector público y privado de todo el país.

De las 26 historias revisadas se identificaron 15 (57,6%) en las que los adolescentes y jóvenes tienen consultas en los diferentes servicios, en el último año, antes del suicidio. En las 11 restantes (42,4%) no hay registro de consulta en el último año (tabla1).

El 23 % de los que consultaron lo hicieron al menos en 3 oportunidades en el último año (tabla2).

En cuanto al lugar donde realizaron la última consulta antes del suicidio (tabla3): El 40% lo hicieron en un servicio de psiquiatría, el 33,4% en emergencia y el 26,6% en diferentes policlínicas.

En las 26 historias estudiadas se contabilizaron en total 57 consultas realizadas en el último año. Con respecto a los motivos de ese total de consultas, el 49% corresponden a trastornos de la esfera psíquica como ansiedad, depresión, crisis de pánico, crisis de hetero y autoagresión. El 16% son consultas por IAE. El 7% de las consultas correspondieron a episodios agudos de consumo abusivo de sustancias psicoactivas: benzodiacepinas, pasta base, alcohol, marihuana, solventes. La mayoría de las veces estos episodios se caracterizan por policonsumo. Otro 7 % (4 casos) correspondió a lesiones de entidad (dos casos corresponden a lesiones severas por agresión en vía pública con TEC⁶⁴ con pérdida de conocimiento y traumatismo facial y otros dos casos por accidente de tránsito (accidente en moto posterior a ingesta abusiva de alcohol y caída en bicicleta con TEC pérdida de conocimiento). El 21% restante de las consultas corresponden a otros motivos (tabla 4).

El 35 % de los adolescentes cuya historia se revisó eran portadores de enfermedad crónica no psiquiátrica como: epilepsia, alergia, asma, dermatosis, bocio, discapacidad por retraso mental. tumor óseo con dolor crónico. En el 19 % se constataba en la historia la no presencia de patología crónica, pero se destaca que en un 46% no existía este dato (tabla5).

Del total de adolescentes el 50%, tenían trastornos psiquiátricos diagnosticados mientras que un 8% no lo tiene y un 42% no se consigna el dato en la historia clínica (tabla 6).

En cuanto al consumo de sustancias el 46 % presenta consumo de sustancias como alcohol, marihuana, pasta base, solventes, psicofármacos, tabaco y en un caso (4%) se explicita el no consumo. Se destaca que el 50 % no presenta el dato en la historia.(tabla 7)

Como ya se mencionó hay registro en las historias de consumos habituales y episodios de abuso, que han sido motivo de consulta en emergencia, en 4 casos.

En cuanto a intentos de autoeliminación previo al suicidio, 8 adolescentes y jóvenes de las 26 historias revisadas tuvieron dichos episodios, lo que corresponde a 31%. En 2 historias se consignaba la inexistencia de IAE previo al suicidio. (tabla8). En 16 historias (62%) no existe el dato.

De los 8 que tuvieron IAE registrados, uno tuvo 4 intentos, el primero lo realizó a los 11 años. Otro tuvo 3 intentos y otros dos presentan 2 intentos cada uno. Los otros 4 adolescentes y jóvenes presentaron un intento antes del suicidio. Todos los que presentaron IAE fueron referenciados a Psiquiatra y consta la consulta realizada.

En cuanto a antecedentes familiares de trastornos psiquiátrico, de IAE y de suicidio, no está el dato en ninguna de las historias revisadas, salvo en tres casos donde consta antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos "padre bipolar", trastornos del humor y suicidio.

En cuanto al dato de violencia sólo en tres historias esta constatado correspondiendo a Bullying, violencia doméstica y abuso sexual. En el resto no existe el dato.

En 7 de los 26 existe el dato de uso de psicofármacos aunque el registro es deficiente en cuanto a especificación de dosis y frecuencia, siendo difícil identificar los cambios en la indicación (comienzo y fin de una medicación), así como si estaban tomando medicación y cual era al momento de la última consulta. El 73% de las historias no tienen el dato.

Por último se relevó una variable que denominamos "situaciones vitales adversas".

La definimos como los incidentes que sufre el individuo a nivel personal o de su entorno que, por perjudiciales podrían favorecer la determinación de cometer suicidio, sobre todo teniendo en cuenta que de la revisión surge la concurrencia de varias de estas situaciones en una sola persona, lo que aumentaría la vulnerabilidad.

En 20 de las 26 historias revisadas surgían situaciones o condiciones de vida desfavorables por las que había estado o estaba transitando el adolescente o joven, previo al suicidio. (tabla9)

Estas situaciones generalmente afectaban los tres niveles, personal, familiar y del entorno de la cotidianidad del adolescente o joven (tabla9).

En 6 historias por la falta de datos registrados no puede descartarse su presencia.

CONCLUSIONES

Luego de la revisión de las historias clínicas podemos concluir que más de la mitad de los adolescentes y jóvenes que se suicidaron en el año 2009 habían consultado en un servicio de salud en el último año.

La cuarta parte de ellos habían consultado al menos en tres oportunidades. Uno de cada tres consultó en el servicio de emergencia.

Los motivos de consulta en su mayoría correspondían a trastornos de la esfera psíquica, como ansiedad, angustia, crisis de pánico, lesiones de hetero y autoagresión.

Pero también consultaron por síntomas físicos y dentro de ellos el más frecuente el dolor.

La mitad de estos adolescentes y jóvenes tenían diagnóstico de trastorno psiquiátrico. Mientras que 35% era portador una enfermedad crónica.

Casi la mitad de ellos tenían consumos de sustancias psicoactivas.

El 31% habían tenido intentos previos. No pudiéndose pesquisar por falta de datos en la historia el tiempo transcurrido entre los episodios de intentos previos y la comisión del suicidio.

En un 77% presentaron situaciones adversas personales o de su entorno que pudieron haber contribuido en la decisión de suicidio.

RECOMENDACIONES

Más de la mitad de los adolescentes y jóvenes realizaron consultas en diferentes servicios y más de una vez en el último año, siendo una oportunidad para realizar un diagnóstico oportuno y realizar la intervención necesaria con el objetivo de prevenirlo.

Se debería pesquisar síntomas de desesperanza, ideación y planeación suicida en todos los adolescentes, siendo la Historia Clínica del SIA, la herramienta ideal en el control anual de salud para preguntarlo.

Considerar muy especialmente a los adolescentes con enfermedades crónicas y a quienes sufren eventos adversos en la esfera personal y sociofamiliar.

Es indispensable el registro de los IAE a fin de poder dar seguimiento a los casos, que asegure la continuidad de la atención.

Contar con protocolo de intervención que se registre en HC en los diferentes servicios facilitaría la identificación de los casos para poderle dar seguimiento.

Por último es necesario extremar el cuidado en el registro en la historia clínica de datos que permitan evaluar el riesgo, como antecedentes familiares de IAE, variable esta que quiso relevarse y no se encontró registro al respecto.

TABLAS

CONSULTAS	FA	Fr%
Si	15	57,6
No	11	42,4
TOTAL	26	100
Nº DE CONSULTAS/ÚLTIMO AÑO	FA	Fr %
0	11	42,4
1	1	3,8
2	3	11,5
3	6	23
4	2	7,6
6	1	3,8
7	1	3,8
11	1	3,8
TOTAL	57	100

TABLA 1 DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES Y JÓVENES QUE SE SUICIDARON, SEGÚN CONSULTA EN EL ÚLTIMO AÑO ANTES DEL SUICIDIO. URUGUAY, 2009.

LUGAR DE LA ÚLTIMA CONSULTA	FA	FR %
Policlínica de psiquiatría	6	40
Servicio de emergencia	5	33,4
Otra Policlínica	4	26,6
TOTAL	15	100

TABLA 2 DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES Y JÓVENES, QUE SE SUICIDARON SEGÚN Nº DE CONSULTAS ANUALES EN EL ÚLTIMO AÑO URUGUAY, 2009.

MOTIVO DE CONSULTA	Nº CONSULTAS REALIZADAS EN EL ÚLTIMO AÑO	Fr %
Trastornos de la esfera psíquica: ansiedad depresión crisis de pánico insomnio, lesiones por hetero o autoagresion	28	49
IAE	9	16
Episodio agudo de consumo abusivo de sustancias psicoactivas	4	7
Lesiones severas por accidente de tránsito o agresión en vía pública	4	7
Otros	12	21
TOTAL	57	100

TABLA 3 DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES Y JÓVENES CON CONSULTA EN EL ÚLTIMO AÑO SEGÚN LUGAR DE ÚLTIMA CONSULTA. URUGUAY, 2009.

ENFERMEDAD CRÓNICA NO PSQUIATRICA	FA	Fr %
si	9	35
no	5	19
No consignado	12	46
TOTAL	26	100

TABLA 4 DISTRIBUCIÓN DE CONSULTAS REALIZADAS EN EL ÚLTIMO AÑO SEGÚN MOTIVO DE CONSULTA. URUGUAY, 2009

CONSUMO	FA	FR %
si	12	46
no	1	4
No consignado	13	50
TOTAL	26	100

TABLA 6 DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES Y JÓVENES CON HC SEGÚN PADECIMIENTO DE TRASTORNOS PSQUIATRICOS, URUGUAY 2009

TRASTORNO PSQUIATRICO	FA	FR%
si	13	50
No	2	8
No consignado	11	42
TOTAL	26	100

TABLA 5 DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES Y JÓVENES CON HC, SEGÚN ENFERMEDAD CRÓNICA NO PSQUIATRICA.

IAE	FA	FR%
si	8	31
no	18	69
TOTAL	26	100

TABLA 7 DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES Y JÓVENES CON HC, SEGÚN CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, URUGUAY, 2009

TIPO DE SITUACIONES VITALES CONSIGNADAS EN HISTORIAS CLÍNICAS
Suicidio del primo+ operación materna+ procesamiento x lesiones.
Accidente laboral.
Privación de libertad.
Abandono materno+ Violencia familiar+ discusiones con tío y abuelo frecuentes.
Desescolarización.
Problemas fliares no especificados, sale en moto alcoholizado, luego de discusión (conductas de riesgo).
Privado de libertad sale con transitoria +padre violento.
Familia disfuncional.
Vive en Hogar de Inau desde 3 años antes+ Fuga.
No adaptación a separación parental+ stress por nacimiento de hermano+ uso de benzodicepinas por depresió.
Abuso sexual en niñez+ policonsumo+ prostitución+ privación de libertad.
Relación de pareja conflictiva, uso de benzodiazepinas.
Discapacidad, vive solo.
Trabajadora sexual, tres embarazos, tres abortos, uno reciente.
TEC severo por accidente en moto luego de ingesta de alcohol.
Residencia durante dos años en INAU.
Duelo por muerte familiar + stress laboral.
Enfermedad materna +no referente adulto+ inhala solvente.
Situación de calle+ antec de rapiña y hurto+ consumo.

TABLA 9 DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES Y JÓVENES CON HC, SEGÚN SITUACIONES VITALES ADVERSAS CONSIGNADAS EN HISTORIA CLÍNICA. URUGUAY, 2009



MODULO IV

CONSUMO DE SUSTANCIAS EN LA ADOLESCENCIA

Dra. Susana Grunbaum

65. POMMERAU, X. Cap. "Las Adicciones". En: LE BRETON, D. "Adolescencia bajo riesgo" (comp). Trilce. 2004

La palabra "adicción" – que ha dado el adjetivo adictivo- designa en el lenguaje especializado una conducta de dependencia a una sustancia o a una práctica de la cual el sujeto se convierte en esclavo, con todos los riesgos que esa sujeción, acarrea en su vida personal, familiar y social. El término en sí es un préstamo del inglés to addict, "depender de una droga" aunque primero fue una palabra francesa, hoy en desuso que figura todavía en la edición de 1864 del Bescherelle; la adicción término jurídico y del derecho romano, designa allí especialmente el "arresto subsidiario" ejercido sobre un sujeto debido a una deuda que no puede pagar. El sustantivo latino addictus, del cual deriva, significa además "deudor" después de haber tenido el significado fuerte de "esclavo por deuda".⁶⁵

Como dice la definición, el término adicción se puede referir a varios objetos de dependencia, además de las sustancias psicoactivas (SPA), la comida, el juego, la internet, o las compras compulsivas...

En este texto nos vamos a referir al consumo de sustancias psicoactivas, es decir aquellas que introducidas en el organismo provocan, a través de su efecto en el sistema nervioso central, cambios en la conducta, la percepción, el estado de ánimo o de vigilia.

El consumo de SPA es considerado por todos los estudiosos del tema, un problema complejo y multidimensional que requiere la mirada y comprensión de diferentes disciplinas: desde lo social, lo político - económico, la salud, lo jurídico-penal.

Se reconoce que el consumo de drogas como tal no es un fenómeno nuevo de esta época sino que existe desde la antigüedad. Su uso se describe en rituales religiosos; como búsqueda de placer; y en algunos casos también con finalidad terapéutica.

Desde la década del 60 del siglo pasado –sobre todo en Europa y EEUU - se reconoce que la adicción es una problemática que abarca diversos aspectos de la persona, su familia, entorno, comunidad a los que el Estado no puede ser ajeno.

Generalmente se habla de dos dimensiones: una vinculada a la reducción de la oferta, y otra en relación a la disminución de la demanda.

En la primera intervienen todas aquellas medidas y leyes tendientes al control y la regulación, a la prohibición, al control del narcotráfico, al lavado de activos, etc.

En la segunda se ubican las medidas tendientes a la prevención, la promoción de salud, el tratamiento y la reinserción social de las personas con uso problemático de sustancias (UPD). En este eje integrado por la salud, también estarían las acciones en el ámbito educativo, comunitario y familiar.

Según la publicación "Sobre ruidos y nueces" de la Junta Nacional de Drogas, el 95% de los adolescentes escolarizados han probado alcohol alguna vez en su vida antes de los 18 años.⁶⁶

66. OBSERVATORIO URUGUAYO DE DROGAS. JUNTA NACIONAL DE DROGAS. *Sobre ruidos y nueces. Consumo de drogas legales e ilegales en la adolescencia.* Julio 2011.

El consumo de alcohol está extendido y es natural su presencia familiar en cada ocasión festiva. Es así que niños y niñas crecen con la visión de que la alegría y diversión de cualquier festejo está unido a la ingesta de alguna bebida alcohólica.

Sin duda, la publicidad del alcohol contribuye en gran medida a construir este imaginario ya que toda propaganda sobre las bebidas incluye personas jóvenes y felices que se reúnen para socializar, atraerse y animarse para generar situaciones de encuentros sexuales.

67. ídem "El alcohol "nos relaja", "nos divertimos más", desinhibe, es decir, es un gran regulador de las emociones que actúa sobre la autoestima y la integración."⁶⁷

Esto favorece que exista una gran tolerancia social al consumo, y que se naturalice al punto de que se acepta que alguna borrachera es parte de lo cotidiano. En los varones se asocia a una confirmación de su masculinidad.

Se ha colocado a la pasta base como el "flagelo" de la sociedad y a los jóvenes, particularmente a aquellos de menores recursos como portadores de esta "enfermedad social". Se ha asociado en forma lineal y mecánica a estos adolescentes con la delincuencia y la inseguridad.

Sin embargo, es el consumo problemático de alcohol, el que provoca mayores daños tanto del punto de vista físico como psíquico, y en los vínculos familiares y sociales.

La marihuana es una de las drogas más usadas por adolescentes y jóvenes, que en general la consideran inocua sin que sean percibidos sus riesgos.

TEORÍAS EXPLICATIVAS ACERCA DEL USO PROBLEMÁTICO

Desde el enfoque biológico se sostiene que existirían mecanismos asociados a los neurotransmisores que estarían involucrados en los comportamientos adictivos.

La dopamina, serotonina y noradrenalina estarían en juego en el origen y evolución de estas conductas. Estos mecanismos están en proceso de investigación, se deben desarrollar aun más pero en la comprensión de que su expresión requiere no solo de los factores biológicos.

Desde la psicología dinámica existen diversas teorías que tratan de dar cuenta de los motivos subyacentes concientes e inconcientes que derivan en las conductas de dependencia en esta etapa de la vida.

El propio proceso de cambio psíquico en la adolescencia tiene que ver con el abandono de la dependencia infantil y con los cambios que muchos autores definen como duelos de la adolescencia.

Posibles sentimientos de angustia o ansiedad, baja autoestima, así como la frustración por no alcanzar la imagen que supuestamente se debería, o personalidades con rasgos de impulsividad o dificultades de mentalizar pueden llevar a la búsqueda fuera de sí mismo de algo que ayude a calmar y alivie la tensión interna.

La necesidad de tener un objeto externo hasta cierto punto controlable, pretende invertir los términos de la dependencia para manejar, aunque de forma ineficaz, esta angustia.

Aspectos propios de la adolescencia como el sentimiento de omnipotencia, necesario para la construcción del Yo, pueden contribuir a las conductas de riesgo.

Está claro que los y las adolescentes necesitan probar cosas nuevas y tener otras experiencias diferentes a las infantiles por lo que a menudo las llamadas conductas de riesgo son transitorias.

El rol de la familia y los límites que se establezcan es capital.

Como ya se sabe, el menor involucramiento de los padres o referentes adultos se asocia fuertemente con la dependencia a las sustancias.

Y por otra parte como dicen Marcelli y Bracconier: "¿Hay algo más normal a esta edad que una actitud de curiosidad, un intento de evasión o un desafío a la sociedad?"

Desde la sociología se plantea en primer lugar que las propias miradas desde el mundo adulto, las reacciones y las medidas que se tomen influyen en la construcción del problema.

Se manejan diversas hipótesis para comprender el fenómeno actual del abuso de sustancias.

Para algunos, formaría parte de una subcultura juvenil en un mundo en el que destaca la sociedad de consumo y el uso generalizado de psicofármacos para calmar todo malestar.

Para otros, se trata de una respuesta contracultural en la cual el uso de drogas es una forma de protesta.

Finalmente, otras determinantes (mas allá de la edad), como por ejemplo las características socioeconómicas, culturales, educativas, las familias con graves vulnerabilidades sociales, contribuyen a generar situaciones de exclusión social en la que la historia de deprivaciones y carencias afectivas y materiales puede llevar al abuso de sustancias y a un circuito de marginación, frustración y mayor consumo.

¿De qué depende que el consumo sea más o menos peligroso o perjudicial?

Se diferencian distintos tipos de consumo. Para distinguirlos, entre otros aspectos, se toma en cuenta la relación de la persona con la sustancia.

Esta es una clasificación transitoria, útil sobre todo para evitar considerar a quien tiene un consumo esporádico como un adicto.

Esto adquiere un sentido especial en la adolescencia dada la necesidad de experimentación que sienten muchos adolescentes y la frecuencia mayor de consumidores ocasionales en relación a consumidores problemáticos.

Como muestra el esquema de la pirámide, hay una base que está representada por las personas que han probado alguna sustancia alguna vez, podemos decir que han tenido un consumo experimental. A veces la presión de los amigos, la barra, o la curiosidad por algo prohibido lleva a realizar esta experiencia.

Después de estos primeros contactos algunos abandonan mientras otros seguirán consumiendo en forma ocasional, es decir de vez en cuando asociado a circunstancias especiales. Si bien estos tipos de consumo no son los de mayor riesgo, siempre existe la posibilidad de que se configure una situación grave.

Por ejemplo, el consumo excesivo de alcohol en una sola ocasión, si se da bajo ciertas condiciones, puede derivar en una serie de consecuencias desgraciadas: desde accidentes, violencias, abuso sexual, incluso coma etílico.

Por ese motivo no conviene catalogar el uso problemático solamente por la cantidad o la frecuencia. Esto es especialmente relevante en la adolescencia.

El consumo habitual refiere al que ocurre en aquellas personas para las que el consumo se ha transformado en una situación cotidiana. Cuando invade parte de la vida diaria afectando la inserción educativa o laboral generando problemas en los vínculos afectivos y familiares estamos sin duda frente a un consumo problemático. Si el sujeto pasa a vivir en función del consumo, requiriendo cada vez mayor cantidad de sustancia para lograr el mismo efecto y colocando la búsqueda compulsiva de la sustancia en primer lugar en su vida, hablamos de dependencia.

Conviene desde ya mencionar que si bien la mayoría de los adolescentes prueba en algún momento de su vida alcohol u otras sustancias, no es la mayoría la que continúa con el uso problemático de drogas.

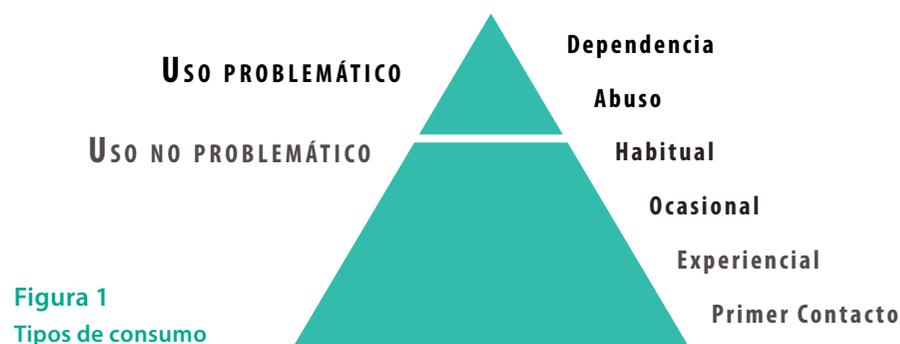


Figura 1
Tipos de consumo

Es importante destacar las tres dimensiones que intervienen en la construcción del problema: la sustancia, las personas, el contexto.

Hay que tener en cuenta al menos estos tres ejes a la hora de definir políticas y acciones para el abordaje. Está comprobado que hacer hincapié en una sola de esas variables no se traduce en los resultados esperados.

Una acción o programa cuyo objetivo esté centrado sólo en la prohibición del uso de una droga, sin tener en cuenta quiénes la usan, cuándo, de qué forma y en qué condiciones sociales o culturales, muy probablemente vaya al fracaso.

Incluso para los enfoques de reducción de riesgos y daños, también es importante tomar en cuenta las tres dimensiones.

Pensando en las personas, no es igual el consumo en niños, niñas y adolescentes que en adultos, o sea la edad es un factor que cuenta y no es lo mismo el consumo en varones y en mujeres.

Existe un grado de mayor toxicidad del alcohol en mujeres, aun cuando la cantidad y el tipo de bebida sea el mismo.

SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS DROGAS

El siguiente cuadro es una clasificación según el efecto que la sustancia produce sobre el sistema nervioso central. Cabe señalar que las consecuencias no dependen solo de las características químicas de las sustancias, sino entre otros factores, de la vía de utilización, el estar solo/a o acompañado/a, las condiciones previas físicas y psíquicas de la persona, la cantidad consumida y las mezclas entre sustancias.

Como ya fue mencionado tanto la edad como el sexo influyen en los efectos.

Más grave si es menor y más grave si es mujer.

	DEPRESORAS	ESTIMULANTES	DISORCIONADORAS
DEFINICIÓN	Disminuyen y/o enlentecen el funcionamiento del sistema nervioso central.	Aceleran la actividad del Sistema Nervioso Central.	Actúan sobre el sistema nervioso central, produciendo alucinaciones o ensueño, alteran la senso-percepción
TIPOS DE DROGAS	Alcohol, opio y sus derivados (morfina, codeína, heroína, metadona), barbitúricos, tranquilizantes.	Tabaco, cocaína (pasta base y crack), anfetaminas, cafeína, drogas de diseño (éxtasis).	Marihuana y hachís, ácido lisérgico dietilamídico (LCD), peyote y mezcalina, hongos, inhalables.
EFFECTOS	Alteración de la concentración y, en ocasiones, del juicio. Disminución de la aparición de los estímulos externos. Relajación, sensación de bienestar. Apatía. Disminución de la tensión. Desaparición de la angustia.	Euforia. Desinhibición. Menor control emocional, irritabilidad y agresividad. Menor fatiga. Disminución del sueño. Excitación motora. Inquietud.	Modificación del estado de vigilia. Modificación de la noción de tiempo y espacio. Exageración de las percepciones sensoriales, en especial de los sentidos de la vista y el oído.

ESQUEMA EXTRAÍDO DE "ORIENTACIONES PARA ABORDAR LOS PROBLEMAS DE CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS EN EDUCACIÓN MEDIA", CONACE, 2002.

PERFIL GENERAL DE LOS ADOLESCENTES QUE CONSUMEN

"Las pautas de consumo adolescente aparecen habitualmente ubicadas en determinados espacios y tiempos y cobran sentido relacionadas con el binomio fin de semana-prácticas de ocio dominante. Gran parte del fenómeno de usos de drogas entre los adolescentes tiene que ver con su especial manera de divertirse, concentrado en sus actividades de fin de semana y en un contexto de liberación y descontrol".⁶⁸

Según diversos estudios nacionales e internacionales se ha producido en los últimos años un aumento en el consumo de sustancias en la adolescencia

68. CONACE – Drogas. Tratamiento y rehabilitación de niños, niñas y adolescentes. Orientaciones técnicas desde una mirada comprensiva evolutiva.

pero que tienen poco que ver con el tradicional perfil del "toxicómano".

Se trata de un consumo que requiere un enfoque diferente al modelo preventivo tradicional.

Se menciona a menudo la incidencia del policonsumo, sobre todo de alcohol y marihuana dos de las sustancias más ampliamente consumidas.

Este perfil tendría las siguientes características: sujetos que se inician en el consumo de drogas a edades tempranas, más o menos estables en lo personal; que realizan alguna actividad normal (estudio o laboral); que conviven o dependen de la familia; que realizan un uso social de sustancias con un consumo ligado a su contexto de tiempo libre (consumo centrado en el fin de semana que busca acompañar y ampliar sus actividades recreativas en este período de tiempo), para luego retornar a sus actividades rutinarias entre semana, a sus estudios o a sus trabajos; la mayor parte de las veces con policonsumo (sobre todo alcohol, cannabis y estimulantes); con poca percepción de riesgos de las sustancias que toman; alta percepción de control al tratarse de un consumo centrado en el fin de semana y no diario (pensando que esta pauta de consumo no genera dependencia) y, por último con una percepción del uso de drogas como algo masivo y muy extendido en su generación (Arbex, 2002).⁶⁹

69. Idem

¿QUIÉNES ESTÁN EN MAYOR RIESGO DE CONSUMO PROBLEMÁTICO?

Adolescentes con historia infantil de dificultades personales familiares o en la escuela.
Quienes hubieran sufrido abuso sexual, maltrato y otra forma de violencia.
Adolescentes con diagnóstico de patología psiquiátrica.
Familias con múltiples problemas, incluyendo madres o padres adictos.
Situaciones de abandono, muertes u otras situaciones traumáticas sin apoyo para su elaboración.
Niños, niñas y adolescentes en situación de calle o extrema pobreza.
Madres y/o padres poco involucrados con la vida de sus hijos/as.

El cuadro anterior señala algunos de los factores que influyen para que algunos de los y las adolescentes tengan un consumo problemático, ya sea como un síntoma de abuso desde el inicio o como instalación progresiva desde el uso no problemático.

En el caso que se presenten más de una de las condiciones simultáneamente el riesgo aumenta.

Estos factores deben ser tomados en cuenta como signos de alerta, pero de ningún modo significa que exista una asociación mecánica con un resultado negativo (en este caso con el uso problemático de sustancias).

Las condiciones que se mencionan en el cuadro no son inamovibles, si bien es cierto que los hechos reales de la historia pasada no se pueden modificar, hay que hacer el mayor esfuerzo para ayudar al adolescente a comprender, y elaborar su historia a partir de sus fortalezas.

Si esos factores son reconocidos precozmente y trabajados por el equipo de salud, sus efectos traumáticos podrían ser menores.

En este sentido el trabajo de equipo es capital puesto que no todos los integrantes pueden estar preparados para abordar esta temática.

Además del trabajo de equipo, las redes interinstitucionales adquieren relevancia ya que tanto desde el ámbito comunitario como desde la emergencia hospitalaria es vital estar comunicados para poder interactuar en forma eficaz.

Las puertas de entrada al sistema de salud pueden ser muy variadas.

Es frecuente que el síntoma consumo no sea el principal problema para el o la adolescente en un determinado momento.

Si la persona acude a la policlínica, centro de salud, espacio adolescente para la realización del control de salud, esta es una condición ideal que permite abordar el tema.

Si fue llevado o llevada a la puerta de emergencia por un cuadro de intoxicación, o por otras consecuencias relacionadas con abuso de sustancias, es necesario realizar las coordinaciones pertinentes para referir al adolescente al equipo pertinente en su localidad.

Esta puede ser una oportunidad única de establecer contacto con el sistema de salud y en especial con el área de salud mental.

Entre los factores que menciona el cuadro, está el diagnóstico de patología psiquiátrica. Es importante evaluar la existencia de esta posibilidad dada la frecuencia de la asociación de estos problemas. Se denomina comorbilidad o patología dual.

La mayor asociación se da con los trastornos de conducta y los cuadros depresivos. Esta asociación entre consumo problemático y trastornos psicoemocionales es muy importante de detectar, son pocos los equipos que sepan o acepten manejar ambas condiciones, e incluso a menudo los centros que atienden una condición son excluyentes para la otra.

Los intentos de autoeliminación y los suicidios tienen una prevalencia alta en la población con uso problemático de sustancias, pero si se asocia un diagnóstico psiquiátrico este riesgo es mucho mayor.

En estos casos se deberá realizar un tratamiento a medida de la persona, posiblemente tendrá que asistir – al menos durante un tiempo - a dos espacios de tratamiento en forma simultánea.

Lo mismo puede suceder para aquellas personas con HIV, TBC u otras condiciones físicas asociadas.

La situación de la embarazada, y de la puérpera merece un espacio mayor que el alcance de este documento. Pero al menos podemos decir que es un momento delicado y complejo en el que pueden darse muy diferentes respuestas por parte de la joven. Es posible que desee dejar de consumir para criar a su hijo, es posible que quiera darlo en adopción, y es posible que no diga nada a nadie acerca de su condición por temor a que se le quite el hijo.

Uno de los aspectos centrales es la actitud del personal de salud. Es común que se reaccione con rechazo, enojo, y hostilidad. La muchacha es vista como una mala madre, que nunca podrá

hacerse cargo de su bebé, ni de si misma. Puede haber también un sentimiento de compasión y tristeza que lleva a sobreproteger a la joven.

Es bueno que el equipo pueda reconocer estos sentimientos para tomarlos en cuenta y no actuarlos.

Es necesario tomar contacto con la familia o con otros referentes que la apoyen.

¿POR QUÉ EL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA MUJER ES MÁS GRAVE QUE EN EL HOMBRE?

Existen varias razones por las cuales el consumo de alcohol es más grave en las mujeres que en los hombres.

Por un lado, desde el punto de vista biológico, la menor proporción de los líquidos corporales en la mujer hace que las sustancias desaparezcan del cuerpo en forma más lenta. La enzima que metaboliza el alcohol está en menor proporción y eso contribuye a que el efecto sea mayor aún tomando misma cantidad.

Se ha descrito también, que las enfermedades del hígado son más frecuentes en las mujeres y que el tiempo entre el consumo experimental y la dependencia es más corto en ellas

Por otro lado, es fundamental destacar lo que sucede del punto de vista afectivo, familiar y social.

Las mujeres que consumen son vistas como malas personas y malas madres. Este rechazo y falta de comprensión crea más angustia de la que ya se padece y más obstáculos para buscar ayuda lo cual no contribuye a salir del circuito del consumo.

En numerosas investigaciones de diferentes países se ha descubierto que las mujeres con consumo problemático de sustancias, han vivido en su niñez o adolescencia situaciones de abuso sexual y maltrato.

Es muy frecuente en las mujeres que consumen la existencia de sentimientos depresivos.

De hecho el abuso de sustancias y los síntomas depresivos coexisten a menudo en las mujeres que han sufrido abuso sexual y violencia.

Hoy en día se sabe que estos episodios negativos de la infancia influyen en la salud en general y en la salud mental y en las adicciones en particular.

Así como se señalan los factores de riesgo, también hay que mencionar los factores de protección porque en ellos es que se tiene que basar la prevención y el tratamiento.

Los factores protectores se pueden ubicar en los siguientes niveles:

- Recursos personales.
- Relaciones con la familia.
- Relaciones con el grupo de pares.
- Relaciones con el centro educativo.
- Comunidad-Barrio.
- Ocio y tiempo libre.

ABORDAJE DESDE EL CONTROL DE SALUD

La historia clínica del sistema informático del adolescente (SIA) contiene específicamente el espacio para preguntar y responder sobre consumo de alcohol y otras sustancias.

El siguiente es un tipo de formulario autoaplicado que ayuda a que los propios adolescentes identifiquen si tienen problemas con el consumo.

Pero también puede ser usado como parte de la entrevista una vez que se ha establecido un vínculo de confianza entre el profesional de salud y el adolescente.

PREGUNTAS *	Si	No
¿Has tenido problemas con tu familia por el consumo de drogas?		
¿Te han llamado la atención en el centro educativo por el consumo de drogas?		
¿Has sufrido algún tipo de accidente por consumir drogas?		
¿Te ha ocurrido alguna vez que hayas consumido más de lo que pensabas?		
¿Has tenido problemas legales o con la justicia por el consumo de drogas?		
¿Has necesitado consumir drogas para disminuir nerviosismo, irritabilidad o tensión?		
¿Ocupas gran parte del día en buscar o conseguir droga?		
¿Has sentido molestias físicas cuando dejas de consumir drogas?		
¿Te ha pasado que has necesitado consumir cada vez más cantidad para conseguir el mismo efecto?		

* MODIFICADO DE "TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES" CONACE - CHILE

Si hay al menos una respuesta afirmativa se recomienda informar, conversar acerca del consumo de sustancias buscando prevenir los riesgos.

Si hay dos o más preguntas afirmativas se sugiere al adolescente la consulta especializada.

SUGERENCIAS:

En caso de encontrarnos con adolescentes con consumo excesivo y/o no responsable, se puede invitar al adolescente a concurrir al servicio nuevamente para tener una consulta con personal que lo podrá ayudar (del propio equipo de adolescencia, del servicio de salud mental, del equipo de adicciones).

SIEMPRE MOTIVAR PARA EL ABANDONO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS

En relación con la prevención, es importante realizar la difusión de las siguientes recomendaciones:

- No subir a un automóvil si se sospecha que el conductor bebió alcohol o utilizó alguna otra droga.
- No aceptar bebidas de extraños en boliches o fiestas.
- Recordar que con ciertas drogas aumentan los deseos sexuales y se pierde la inhibición de la conducta, por lo tanto es necesario prever la protección y llevar condones.
- Afirmar que es bueno poder decir que NO.
- Si conocen amigos, amigas, familiares u otras personas de su entorno que están con problemas de consumo, pueden ayudarlas mucho si las acompañan a una consulta de orientación.

SIEMPRE ES IMPORTANTE CONSIDERAR LA PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA.

PARA ELLO SE DEBE EXPLORAR CON PRUDENCIA Y EN CONJUNTO CON LOS ADOLESCENTES CUÁL ES EL MOMENTO ADECUADO PARA INVOLUCRAR A MADRES, PADRES U OTROS REFERENTES.

BIBLIOGRAFÍA

CONACE; *Tratamiento y rehabilitación de niños, niñas y adolescentes*. Orientaciones técnicas desde una mirada comprensiva evolutiva.

JND/ODJ; *Sobre ruidos y nueces. Consumo de drogas legales e ilegales en la adolescencia*; julio 2011.

MARCELLI, D; BRACCONIER, A. ; *Psicopatología del adolescente*; Ed. Masson; 2005.

LE BRETON, David; *Adolescencia bajo riesgo*; Trilce; 2004.



MODULO V

ATENCIÓN A LAS VIOLENCIAS EN LA ADOLESCENCIA

A.S. Mariela Solari Morales,
Psc. Gabriela Bentancor

INTRODUCCIÓN:

Dada la complejidad y amplitud conceptual sobre el tema violencias, en el presente documento se recortará el objeto de análisis a las situaciones de violencia que pueden vivir adolescentes y aquellas que pueden ser parte de los temas de salud que se presentan cotidianamente al personal de este sector.

El documento consta de tres partes:

- a) una breve introducción conceptual sobre violencia,
- b) análisis de la violencia y el sector salud, y una última parte sobre
- c) la intervención en las situaciones de violencia que viven adolescentes desde el sector salud.

VIOLENCIA:

La violencia, en los últimos tiempos en nuestro país, está presente en los discursos, en la preocupación cotidiana, asociada fundamentalmente a la inseguridad. Existen en torno a ello, numerosos tabúes, prejuicios, ideas hechas y estereotipos que arrastran los enfoques que habitualmente se adoptan al abordar este problema. Una de las mayores dificultades que afrontamos, al momento de analizar las situaciones, radica en descontextualizar las conductas violentas de sus causas y efectos (Piñuel, Oñate, 2007:36). Se tiende a presentar el fenómeno del "acto de violencia" como un objeto de estudio y de intervención aislado del contexto en el que se despliega. La violencia no existe aislada del espacio y del tiempo, no surge de la nada, no es un gen, un impulso, ni un mero reflejo del aprendizaje. Si algo es la violencia es más una dinámica que un acto, más un espiral dinámico que un punto fijo determinado.

Si la violencia se produce en el ámbito privado de la familia o en ámbitos públicos, se trata de un problema que se inscribe en una estructura social y siempre que se genere una situación de abuso de poder que genere daño a otra persona, estamos ante una violación de Derechos. La violencia, en los distintos escenarios donde se despliega, se inscribe en una cultura patriarcal y adultocéntrica, legitimada por contextos de dominación, discriminación, desigualdad e inequidad.

Desde la teoría de la complejidad y la teoría eco sistémica, entendemos que estas situaciones van mucho más allá de un problema personal entre quien abusa del lugar de poder y quien es abusado, y que se inscribe en contextos más amplios e interrelacionados. En general, estas situaciones se nos presentan, a partir de un acontecimiento o un acto violento que deja ubicados a los actores en esos lugares. Ahora bien, sabemos que esa es la punta del ice berg y que nuestra intervención no es sólo describir o juzgar, sino también comprender la trama de relaciones en que se perpetúan esas situaciones para poder generar medidas de protección y cambio efectivas.

ES ASÍ QUE ENTENDEMOS QUE EXISTE UNA SITUACIÓN DE VIOLENCIA CUANDO LA RELACIÓN SE BASA EN EL ABUSO DE PODER QUE UNA DE LAS PERSONAS EJERCE SOBRE LA OTRA, A TRAVÉS DE LA FUERZA FÍSICA, PSICOLÓGICA O SEXUAL, GENERANDO SOMETIMIENTO, SUFRIMIENTO Y DAÑO.

¿CÓMO SE GENERAN Y SOSTIENEN LAS RELACIONES ABUSIVAS?

Esta pregunta no tiene una única respuesta universal, pero si nos ayudan las conceptualizaciones realizadas por varios autores que han trabajado sobre ello. Consideraremos el esquema planteado por C. Ravazzolla (1997) donde se destaca claramente que para que exista una situación de violencia se basan en circuitos de abuso donde al menos coexisten tres polos: quien abusa, quien es abusado y los terceros (personas, instituciones, escenarios). Los terceros son aquellos que ven y hacen que no ven, o que no pueden ver. Son quienes con su acción u omisión legitiman y sostienen o interrumpen estas situaciones. Como plantea la autora, esos tres polos comparten creencias, valores y acciones que permiten sostener el circuito. Existe un acuerdo implícito de las razones y teorías que explican por qué suceden las cosas de esta manera y no de otra. Esto se da a través del lenguaje y la forma de comunicación compartida. Estos lugares son circulares y quien en un escenario hoy es violento, puede ser víctima en otro. Por lo tanto, el problema está en la forma de vincularse en un polo o en el otro.

VIOLENCIA Y SALUD:

Según la OMS, (2002) la violencia refiere al "uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones".

Por otra parte, es importante destacar el análisis de las situaciones en los escenarios donde se despliegan, a modo de ejemplo: si un adolescente durante toda su vida ha sufrido malos tratos en el ámbito de su familia, y hoy en el centro educativo agrede a sus compañeros, ¿lo tratamos como víctima o cómo agresor? Por esta complejidad, es necesario comprender que nuestra intervención tiene como objeto la relación entre las personas y no solo las personas en sí.

Los escenarios en los que es posible que las/os adolescentes vivan estas situaciones:

- Intrafamiliar: en su familia, en tanto rol de hijos/as y/o en la pareja, en su rol de novio/a (violencia en el noviazgo).
- Institucional: en la educación, salud, internados, otras. En especial en las instituciones educativas, puede ser violencia entre pares (Bullying), uso inseguro de TICs, otras.
- Social, en los espacios públicos, entre otros.

En lo que refiere a los tipos de violencia que pueden vivir los adolescentes, se puede discriminar en:

- VIOLENCIA PSICOLÓGICA,
- VIOLENCIA FÍSICA,
- VIOLENCIA SEXUAL (ABUSO SEXUAL, EXPLOTACIÓN SEXUAL COMERCIAL Y NO COMERCIAL),
- ABANDONO Y NEGLIGENCIA (VIOLENCIA POR OMISIÓN).

70. Síntesis realizada por la Dra. Sandra Romano Fozul (2008). Coordinadora Programa Violencia y Salud - MSP.

71. Esta iniciativa estuvo a cargo del Programa de la Mujer, la Salud y el Desarrollo de la OPS. Actualmente esta línea de trabajo la continúa la Unidad Género Etnia y Salud de OPS/OMS

72. OPS. Publicaciones sobre la Ruta Crítica.

73. ROMANO, S. Programa de Violencia y Salud - MSP. 2008

74. STARK, E. FLITCRAFT, A. Spouse abuse in Violence in America. N.Y. Oxford Univ. Press. 1991.

75. OPS/OMS. Hoja informativa de la Unidad de Género, Etnia y Salud. Marzo 2005.

Para OPS la violencia interpersonal es un problema de salud pública regional, en setiembre de 1993 plantea el Plan Regional de Acción sobre Violencia y Salud. En noviembre de 1994 organiza la Conferencia Interamericana sobre Sociedad y Violencia.⁷⁰

En 1996 la 49a Asamblea Mundial de la Salud plantea que “la violencia es una prioridad, de salud pública” recomienda “acometer el problema de la violencia contra la mujer y los niños y abordar sus consecuencias para la salud, y crea ese mismo año el Grupo Especial de la OMS sobre Violencia y Salud.”

A comienzos de los 90, OPS con la contraparte de los ministerios de salud de siete países latinoamericanos realizan una serie de evaluaciones de la salud de las mujeres. Los resultados identificaron la violencia de género como una prioridad en salud. Se formula⁷¹ una estrategia integral para abordaje del problema, comenzando con un análisis que abarcó una serie de estudios llamado. “La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina”. Este estudio generó conocimiento acerca de la situación de las mujeres que viven violencia, acerca de las estrategias y recursos para enfrentarla y de los obstáculos que encuentren las sociedades para dar respuesta al problema.⁷²

En el 2003, en la publicación “La violencia contra las mujeres responde el sector salud”, a partir de los resultados y lesiones aprendidas de estas experiencias, se plantea el modelo integral propuesto por OPS para la atención.

En octubre de 2002, la OMS publica el reporte mundial sobre Salud y Violencia, en el que el capítulo 4 se dedica al tema de violencia en la pareja.

“La violencia puede definirse de muchas maneras, según quién lo haga y con qué propósito.” La clasificación utilizada en el Informe mundial sobre la violencia y la salud (2002) divide a la violencia en tres grandes categorías según el autor del acto violento: violencia dirigida contra uno mismo, violencia interpersonal y violencia colectiva.

SEGÚN EL PROGRAMA DE VIOLENCIA Y SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (2008) DENTRO DE LAS CONSECUENCIAS QUE GENERAN LAS SITUACIONES DE LA VIOLENCIA SE DESTACAN⁷³:

En el caso de la violencia de género y hacia las mujeres:

- homicidio, en Uruguay desde 1992 mueren en promedio 36 mujeres por año por esta causa.
- suicidio, los intentos de suicidio, son cinco veces más probables en presencia de violencia⁷⁴.
- mortalidad materna, se estima que entre un 4 y un 29% de las mujeres embarazadas sufren violencia doméstica en los países en vías de desarrollo.⁷⁵

■ SIDA, las enfermedades de transmisión sexual incluyendo la infección por el VIH/SIDA son más frecuentes.

DENTRO DE LOS EFECTOS NO MORTALES DE LA VIOLENCIA SE DESTACAN:

- Lesiones, alteraciones funcionales, síntomas físicos inespecíficos, en particular síndromes dolorosos crónicos, fibromialgia, obesidad severa.
- El aumento de frecuencia o agravación de enfermedades crónicas como trastornos gastrointestinales, colon irritable, hipertensión, diabetes, se pueden vincular tanto al mayor estrés como a dificultades para mantener un cuidado adecuado de su salud.
- La salud reproductiva y sexual está particularmente afectada, aumento de patologías del embarazo, bajo peso al nacer, parto prematuro y aborto. El embarazo adolescente no deseado es 3 veces más frecuente.⁷⁶
- Existe una mayor vulnerabilidad a otras enfermedades, dolor pélvico crónico⁷⁷, problemas menstruales, infección de las vías urinarias.
- La afectación de la salud mental es de los hallazgos más frecuentes, baja autoestima, angustia; aumento de la frecuencia de enfermedades como la ansiedad generalizada y crítica, depresión, trastornos del sueño, trastorno por estrés posttraumático.
- La salud se ve afectada por la presencia de comportamientos negativos como tabaquismo, abuso de alcohol y sustancias psicoactivas, incluidos los tranquilizantes prescritos, comportamientos sexuales arriesgados, inactividad física, comer en exceso.
- La alteración del estado de salud aún en ausencia de enfermedad, es la constante, deterioro de la calidad de vida, disminución de los logros personales, pérdida de autonomía y dificultad para el desarrollo personal.

EL INFORME DE CHILE 2006 Y OTROS AUTORES (MILLER, BARUDY) PLANTEAN ALGUNAS DE LAS RAZONES POR LAS QUE NO SE DEBE MALTRATAR A LOS NIÑOS/AS PORQUE:

- a) atenta contra los Derechos básicos de los sujetos.
- b) afecta su desarrollo integral (físico, emocional, cognitivo).
- c) los niños/as aprenden a golpear a través del ejemplo.

76. ZIERLER, S. et. al. American journal of public health, 1991.

77. DELLENBACH, P. REMPP, C. HAERINGER, MT. SIMON, T. MAGNIER, F. MEYER, C. Chronic pelvic pain. Another diagnostic and therapeutic approach, Gynecologie, Obstetrique & Fertilité.

d) Aprenden que los golpes y la humillación es una forma de imponerse y resolver conflictos y que es “natural” que así sea.

e) El castigo y la humillación da el mensaje de que “es una forma adecuada de expresar los sentimientos y solucionar problemas”

f) El castigo sólo funciona para cambiar la conducta del niño a corto plazo, pero sólo se actúa por miedo y no por respeto ni por comprensión.

g) “Las emociones, como el miedo y la rabia, que se reprimieron durante la infancia permanecen almacenadas en nuestro cuerpo y pueden provocarle al adulto síntomas más o menos graves”. (Miller, 2009:136). En este sentido, Miller plantea que *en la mayoría de los casos los adultos no reconocen los orígenes del sufrimiento, porque una completa anestesia oculta el recuerdo de las palizas y humillaciones recibidas, para, en primer lugar, proteger el cerebro del niño. Los niños/as creen que todo lo que los padres les hacen nace de su amor.* (Miller, 2009:143)

NORMATIVA E INSTITUCIONALIDAD PARA EL ABORDAJE DE LA VIOLENCIA EN URUGUAY.

En Uruguay, en el año 2002 se aprueba la Ley N° 17.514 de Violencia Doméstica que marca un hito en la definición de políticas y programas en la materia y que se enmarca en la normativa internacional con la que Uruguay se ha comprometido.

A partir del 2005, funciona el Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la violencia doméstica, liderado por el Instituto Nacional de las Mujeres – MIDES e integrado por las instituciones públicas con competencia en el tema y la sociedad civil. En el año 2007, se crea el SIPIAV que nuclea a los organismos públicos con responsabilidad en dar respuesta a la violencia que viven niños/as y adolescentes y está liderado por el INAU.

A partir del año 2007, se han creado al menos 9 protocolos y guías institucionales que brindar orientaciones para la intervención en estas situaciones en los sectores educativos, salud, servicios sociales y protección infantil y adolescente.

Específicamente en el en el sector salud – Ministerio de Salud Pública, se cuenta con las siguientes herramientas e instrumentos:

- Abordaje de Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer. Guía de Procedimientos en el Primer Nivel de Atención de Salud. MSP, 2006.
- Formulario de Tamizaje/ indagatoria de Violencia Doméstica (Formulario Violeta).
- Decreto de MSP 494/2006.
- Decreto de MSP 299/2009.
- Mapa de ruta para la prevención y la atención de situaciones de maltrato y abuso sexual infantil en el sector salud. MSP – SIPIAV – UNICEF, 2009.
- Guía para el abordaje integral de la salud de adolescentes en el primer nivel

de atención. Programa Nacional de Salud Adolescente. Direcciones General de Salud, MSP. Capítulo: Violencias. (2009).

— METAS en el marco del SNIS: A. Capacitación en VD al personal de salud – 2009, B. Indagatoria – formulario VD mujeres entre 20 y 45 años- 2011. C. metas prestaciones en salud mental que incluyen la atención a niños y adolescentes en las problemáticas de maltrato y abuso sexual – 2011.

Si bien en los últimos años (desde 2002 a la fecha) se ha avanzado en la normativa referente a los mecanismos de prevención y sistemas de protección ante las situaciones de violencia, aún sigue instalada como un fenómeno invisible y naturalizado en los diversos escenarios por los que transitan los y las adolescentes. En este sentido, el rol de los terceros se hace fundamental en la interrupción de estas situaciones y en especial se destaca la necesidad de incidir en aquellos aspectos referidos a las inequidades en las relaciones de género y las relaciones inter generacionales como base para su perpetuación.

c) La intervención desde el sector salud, en las situaciones de violencia que viven los/as adolescentes.⁷⁸

78. Basado en: SOLARI, M. “Rutas al abordaje a la violencia intrafamiliar”. *Revista de Ciencias Sociales. Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Católica del Uruguay (UCUDAL)*. En: RECSO “Violencia”. Volumen 1, número 1. Marzo, 2010.

“LA IMPORTANCIA DE ESTE ESQUEMA RADICA EN QUE, SI COMO ACTORES CONTEXTUALES LOGRAMOS INTRODUCIR UN CUESTIONAMIENTO EN LAS IDEAS, UNA ALTERNATIVA Y FRENO EN LAS ACCIONES, O EN LAS EMOCIONES, YA ESTAMOS INTRODUCIENDO UNA POSIBILIDAD DE CAMBIO EN EL SISTEMA.

(C. Ravazzola 1997).

Es importante considerar cómo se siente la persona que vive una situación de violencia, a la hora de pensar las estrategias de intervención.

— **MIEDO**, de las posibles represalias del agresor/a, de su entorno inmediato. Miedo a que nadie le va a creer. Miedo del daño físico y de su futuro (en ocasiones cuando se trata de niños/as se teme por su orientación sexual, por lo que le sucederá a sus hermanos/as).

— **ANGUSTIA** - Ambivalencia y confusión porque el abusador es una persona de su confianza a quien también quiere, y con quien tiene una relación muy cercana. Se siente querido y “especial”, tiene ciertos privilegios pero a la vez se siente lastimado, agredido. El sentimiento de ambivalencia es el que predomina en quienes viven estas situaciones, provocando mucha angustia y crisis emocional. A su vez, el miedo y el terror de que romper el silencio puede provocar la ruptura de la familia, la pérdida del cariño y apoyo de sus seres más cercanos /hijos/as, padres, otros), o que no le van a creer los paraliza – anestesia en esta situación.

- **VERGÜENZA.** Siente vergüenza de lo que pasó de lo que “hizo”. Siente ganas de ocultarse, de ocultar su cuerpo. No quiere que lo/a toquen.
- **CULPA.** Siente que lo que sucede es por su culpa, que de alguna manera lo provocó y se lo merece. En los casos que se reveló la situación siente culpa por haber roto con la lealtad de su familia, por haber traicionado ese silencio que sostenía el circuito de abuso.

Cuando la situación se conoce en la familia, ésta no siempre reacciona apoyando a la persona que sufre la situación y en general se instala la intervención “contra” el agresor/as, más que el apoyo a la víctima. Muchas veces comienzan a aparecer creencias y prejuicios justificando o minimizando lo que sucede.

Debemos considerar que en el caso de los adolescentes que viven situaciones de violencia, en muchas situaciones, se presentan las dos caras de la misma moneda. Se demanda por el problema de violencia del adolescente en tanto violento, y basta con indagar en la historia y en contexto de las relaciones para advertir como este mismo adolescente ha sufrido situaciones de violencia a lo largo de su infancia. Esto nos muestra la necesidad de focalizar la mirada en el problema de la violencia como objeto de intervención y en los actores que intervienen en la misma desde distintos lugares en las relaciones de abuso de poder y a lo largo de la historia.

EL LUGAR DE LOS OPERADORES⁷⁹:

Ante estas situaciones los técnicos y personal de salud pueden plantearse “¿Por qué debemos intervenir en algo que es responsabilidad de la familia, o de otras instituciones que trabajan con estos problemas?”, “Yo no soy especialista en estos temas”, “si me meto después todo sigue igual y yo soy quien me enfrente a la madre/padre”, “prefiero no saber lo que la pasa... me hace mal”.

Quienes receptionan estas situaciones y además conviven cotidianamente en la institución, en este caso con adolescentes, y que además en varias oportunidades, mantienen un vínculo cercano con las familias, se llegan a sentir atrapados y con una gran carga por “resolver el problema”. Como plantean varios autores los operadores tienen los mismos sentimientos que quienes están viviendo la situación de violencia y eso es lo que provocaría parálisis ante la situación.

ALGUNOS DE ESOS SENTIMIENTOS SON:

- Angustia, dolor, sufrimiento, rabia, ambivalencia.
- Omnipotencia. Los operadores muchas veces y en especial cuando se trata de niños, consideran que pueden combatir los problemas y se lanzan a ser intervenciones basadas en

una reacción frente al impacto que les causa la situación. Basada en la mejor intención de brindar ayuda, pero teñido de la urgencia que tiene el operador por “solucionar el problema ya”, se generan estrategias que tienden, en muchas ocasiones, a “pasar el problema”, “a derivarlo a otro que sepa”, aún sin tener la información suficiente de qué y cómo sucede la situación.

- Impotencia. Sentirse atrapado/a, sin salida, que la situación no tiene solución, que ya se ha intentado todo y no funciona, que la persona no tiene recursos propios ni en su entorno, atribuyendo a quien agrede un lugar de omnipresente tal como se lo atribuye quien que nos pide ayuda.
- Minimizar la situación. Las actuaciones que han frustrado a los equipos y/o aquellos equipos que enfrentan cotidianamente la violencia, generaran mecanismos de “acomodación y defensa” que les lleva, muchas veces, a minimizar algunas de estas situaciones. Tal como lo vimos en los efectos del ciclo de abuso, se produce, también en los operadores un corrimiento en la tolerancia y se anestesia el registro de sufrimiento que se va generando. Se escuchan frases como “Solo le pegó una vez, no es para tanto, esperemos a ver que pasa”, “bueno, la tocó pero no sabemos si fue tan así”.
- Identificarse masivamente con quien sufre la situación, quedando tan implicado que sólo es posible pensar en estrategias “contra el Otro, para defender a quien sufre”. Esta forma de posicionarse como tercero no contribuye a romper con el circuito de abuso, sino que perpetua la creencia y los lugares de poder.
- Miedo. En muchas ocasiones los equipos sienten miedo de ser víctimas de agresiones de quien esta ubicado en el lugar de agresor/a en la relación en la que se interviene. En este sentido, es de destacar que esta sensación que transmite quien sufre la violencia logra impregnar a los equipos al punto que temen al agresor tanto como la víctima, sin poder generar un espacio de diálogo que permita contar con mayor información sobre la situación. Si bien, no se debe desconocer la situación de peligro que muchas veces implica intervenir en este tipo de situaciones, se hace necesario que para poder brindar un espacio de ayuda, el operador, como tercero, no comparta la creencia de máximo poder y omnipresencia que tienen quien agrede. Como explicitaremos más adelante, se hace necesario incluir a quien agrede (esto debe evaluarse según el tipo de situación) en las estrategias de intervención, desde la etapa de diagnóstico. Despojarnos de nuestra rabia y miedo “contra” el Otro para poder generar un espacio de intervención que contribuya al cambio en la forma de relacionamiento y no que perpetúe los lugares de “los buenos y los malos”.

Si no se trabajan con los equipos estas emociones y se brinda herramientas para enfrentar las situaciones, es probable que cómo terceros no puedan ver, porque emocionalmente están afectados. Es necesario que se trabajen estos aspectos, para cuidar a quienes se enfrentan al problema y fortalecer el sentido que tiene su tarea.

79. Basado en: SOLARI, M. “Rutas al abordaje a la violencia intrafamiliar”. *Revista de Ciencias Sociales. Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Católica del Uruguay (UCUDAL)*. En: RECSO “Violencia”. Volumen 1, número 1. Marzo, 2010.

QUÉ PUEDEN HACER LOS TRABAJADORES DE SALUD⁸⁰

Los trabajadores de salud tienen un papel crucial que desempeñar en cuanto a ayudar a las mujeres, los niños/as y adolescentes que son objeto de violencia.

- Estar atentos a los posibles signos y síntomas de violencia que se demuestran en la consulta y hacer un seguimiento. Desarrollar las capacidades y habilidades de “ver” lo que le pasa a quien consulta, más allá del motivo explícito de la consulta.
- En el mismo sentido, “no dañar”. Las actitudes no solidarias o que culpan a la víctima pueden reforzar el aislamiento y la culpa de las personas agredidas, debilitar la confianza en sí misma y restar probabilidad de que las personas se abran para buscar ayuda.
- Cuando sea factible, preguntar con regularidad a todos/as los/as usuarios/as sobre sus experiencias de violencia, como parte de las historias y vivencias de relacionamiento en su entorno de convivencia. Incluirlo dentro de la consulta como parte natural de la documentación de la historia y no como un aspecto “al pasar”, burocrático o generando un clima de dramatismo y control. Es necesario que se genere un clima y un vínculo de confianza y distensión para hablar del tema.
- Ofrecer atención médica y documentar en la historia clínica las circunstancias de las situaciones de violencia.
- Remitir a las pacientes a los recursos disponibles en la comunidad.
- Mantener la privacidad y el carácter confidencial de la información y los registros del paciente. Atendiendo a que si es necesario se podrá facilitar el contacto con otro profesional, siempre consultando al/la usuario/a y explicitando cual será la información de su vida que se compartirá con otros profesionales.
- Advertir pruebas de la violencia cuando la persona se hace atender por otras afecciones.
- Pueden ser los primeros en examinar a una persona lesionada por violación o violencia en el hogar.
- Formular normas para los trabajadores de salud con el fin de identificar y responder apropiadamente a las mujeres, los niños/as y adolescentes que han sido maltratados.

Los administradores de salud pueden también dar visibilidad al tema, recursos para recoger datos, formular normas para mejorar la identificación y el manejo del maltrato, además de adiestramiento y sensibilización del personal.

El sector de la salud no puede resolverlo por sí solo. Pero la sensibilidad y el compromiso pueden empezar a marcar una diferencia.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN:

Podemos pensarlas en dos planos:

- a) Acciones de promoción y prevención de una cultura de Derechos y Buen Trato. Prevención de las situaciones de violencia. Tal como plantea la Guía de adolescentes (2009) “la acción a favor de la no violencia así como la promoción de la consulta a tiempo, puede ser el inicio del proceso de mejora de la calidad de vida de el o la adolescente”.
- Desarrollar actividades de capacitación dirigidas a los equipos de salud. Esto es una responsabilidad institucional y organización una función del equipo de referencia en VD (Guía Procedimientos para el primer nivel atención. PNSMG, 2006).
 - Brindar información y asesoramiento sobre la temática, en el marco de la consulta.
 - Desarrollar estrategias de comunicación y educación intra servicio y en comunidad en articulación con otros servicios (apoyados en materiales disponibles en salas de espera y consultorios).
 - Implementar actividades para fortalecer el rol de las y los adolescentes como agentes de cambio en su propia familia y con sus grupos de pares.
 - Promover la participación de los y las adolescentes en espacios de la comunidad y de las instituciones y en la toma de decisiones de asuntos sociales, familiares y personales que les competen.
 - Promover la promoción de salud tanto de carácter puntual como permanente vinculados a otros temas que forman parte de la prevención de la violencia (sexualidad, relaciones de género e inter generacionales, autoestima, auto cuidado y mutuo cuidado, noviazgo, pautas de crianza, entre otros)
 - Desarrollar acciones de promoción de salud y prevención de la violencia dirigidas a adultos referentes de adolescentes, atendiendo las relaciones de la población adulta entre sí y con las y los adolescentes.
 - Incluir la temática en las actividades dirigidas a todos los grupos poblacionales, de modo de prevenir la violencia inter generacional y el desarrollo de vínculos no violentos.
- b) Un plan de actuación (protocolo institucional) ante las situaciones de crisis – cuando una persona, equipo técnico, detectan una situación donde está ocurriendo o ha ocurrido un episodio de violencia. Tal como plantea la Guía para el abordaje integral de la salud de adolescentes en el primer nivel de atención (2009) podrá centrarse en la detección y atención de las situaciones.

Como criterios generales es importante advertir que cuando nos planteamos intervenir en situaciones de violencia que viven niños/as y adolescentes podemos hacernos las siguientes preguntas:

¿Para qué intervenimos? El objetivo prioritario de la intervención debe ser: a) detener la situación de violencia, b) apoyar a generar medidas de protección hacia los más vulnerables y c) generar estrategias que permitan cambios en la forma de relacionarse de los actores involucrados en mediano y largo plazo.

¿Con quiénes realizo la intervención? Para ello es necesario identificar todos los actores que intervienen, no recayendo sólo en quien es víctima o agresor en la situación. Identificar otras personas de referencia afectiva y también los actores institucionales que podrán conformar una red de apoyo en la intervención.

¿Cómo comenzar a diseñar la estrategia de intervención? a) identificar el problema y analizarlo. En varias ocasiones parte de la intervención será apoyar el proceso de transformar el pedido de ayuda en demanda y esto requiere trabajar con los actores involucrados en el reconocimiento del problema, sus causas y efectos. b) Identificar recursos (personales, familiares y comunitarios). c) Definir estrategias en conjunto con los actores involucrados.

ASPECTOS CLAVE A CONSIDERAR PARA ARMAR UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN INSTITUCIONAL⁸¹

1. Garantizar y promover el Derecho a la no violencia, a través de mecanismos de prevención y atención a las situaciones que surgen.
2. La intervención en situaciones de violencia, nunca debe ser realizada "en soledad", siempre se debe actuar en equipo, con integrantes de la misma institución o armando un equipo interinstitucional.
3. No es posible generalizar en este tipo de situaciones por la complejidad y particularidad de cada una de ellas. Es esencial tener en cuenta las especificidades del caso para determinar el camino a seguir.
4. Especialmente en aquellas situaciones donde existen secuelas físicas y/o emocionales evidentes, el primer nivel de atención y el diagnóstico deberían ser realizados por los servicios de salud a nivel local.
5. La derivación no significa desvinculación del caso sino justamente se apela al trabajo conjunto, al armado de una red focal que permita armar un equipo interinstitucional que será quien trabaje desde las especificidades complementando la estrategia en un ciclo de atención que implica roles y tiempos diferenciales.

6. Quien identifica la situación no debe ser responsabilizado de encontrar una solución, pero sí debe involucrarse para pensar y acompañar el diseño de la estrategia de intervención y seguimiento.

7. Es importante que no se revictimice a las personas que viven situaciones de violencia. Para ello es importante acordar criterios para el manejo de la información al interior de las instituciones y protocolizar las acciones a seguir ante ello.

8. Es necesario definir e implementar acciones y programas preventivos y de promoción de vínculos saludables a nivel territorial.

Esto nos lleva a considerar que en cada institución es necesario:

- Definir el rol de la institución respecto a la prevención y atención de las situaciones de violencia, según su misión y mandato institucional.
- Identificar qué acciones puede desarrollar la institución desde su misión y áreas de trabajo para la prevención y atención de estas situaciones.
- Definir los roles de los operadores según su formación, experiencia y capacidades.
- Intencionalmente generar estrategias para promover una cultura del buen trato y la prevención de las situaciones de violencia.
- Generar mecanismos para la detección de las situaciones y determinar los pasos que los equipos pueden desarrollar ante estas situaciones según el rol de la institución y de los operadores.
- En este punto se hace necesario considerar que se deberá contar con elementos para:
 - Definir el problema y sus características.
 - Mapear recursos (personales, institucionales, otros).
 - Definir las redes internas de la institución y las redes interinstitucionales.
 - Evaluar la gravedad de la situación y diseñar estrategias de intervención con otras instituciones.

Para que la intervención sea efectiva y tome como protagonista al sujeto que la vive, es necesario contar con un método. Si bien los pasos a seguir no son categorías cerradas y rígidas, sí se hace necesario ordenarla, plantearnos criterios básicos que permitan generar rutas protectoras para la salida de estas situaciones y que a su vez brinden a quienes intervienen una orientación que los apoye en su actuar, permitiendo evaluar las acciones.

A su vez, estas etapas permiten poner en evidencia que la atención de estas situaciones son un sistema, un circuito en que se requiere de capacidades y roles diferentes para complementar la atención. En ese sentido, será necesario diferenciar los roles institucionales y los roles disciplinares que son parte sustantiva en el entramado de la atención. No es posible que una sola institución, ni una sola disciplina atienda aisladamente esta problemática.

81. En base a instrumentos existentes: Mapa de Ruta ANEP, Protocolo INAU, Otros.

82. Ver indicadores que plantea la *Guía de Adolescentes* páginas 100 y 101.

APUNTES SOBRE LA PRIMERA INTERVENCIÓN:

Las situaciones de violencia que viven los/as adolescentes pueden llegar al servicio de salud en forma indirecta o directa. En todo caso el personal de salud, tendrá que estar atento a las señales que aparecen⁸² y podrá indagar como un aspecto más de la vida de las personas, desnaturalizando lo privado del asunto.

Ante la sospecha, en el espacio de la consulta es posible indagar con las preguntas que aparecen en la Guía de Adolescente. (ver cuadros páginas 99)

Ante este primer relato, es importante:

- Escuchar tratando de no interrumpir.
- Transmitirle comprensión.
- Infundirle confianza.
- Dar crédito a su relato.
- Permitir que exprese sus emociones.
- Asegurarle que no tiene la culpa de lo que pasó.
- Ofrecerle contención y apoyo.
- Decirle que es necesario buscar ayuda para encarar la situación.
- Estar atento si la persona comenta que lo ha contado antes o ha realizado algún pedido de ayuda a otra persona.
- En la medida de las posibilidades explicar claramente los pasos que se van a seguir. Esto contribuirá a que la persona sienta que es considerado como sujeto y que se lo toma en cuenta.
- Tratar de identificar una persona del medio familiar que pueda ser una referencia (que pueda brindar protección y cuidado) afectiva importante y lo acompañe en este proceso.
- En los casos en que la persona exprese temor y/o culpa por lo que ocurrirá, ayudarlo a deslindar su responsabilidad de las consecuencias que conlleve para el padre/madre o su compañero (ejemplo: que vaya preso, que se separen sus padres o se desintegre la familia).
- Si la persona solicita confidencialidad, aclarar que él necesita ayuda y que, respetando su deseo de confidencialidad, vamos a buscar una persona que pueda ayudarlo.
- Manejar la información con especial cuidado, por el respeto debido a los involucrados y en atención a los efectos no deseados que generaría una divulgación de la misma más allá de lo imprescindible.
- Luego de la identificación de la situación documentar con la máxima reserva lo sucedido.

En los casos de violencia sexual, en los/as adolescentes es importante considerar la vergüenza, ambivalencia, culpa y confusión con la que está cargado el relato. Esto no debe generar dudas sobre la veracidad o no del mismo, sino que debe motivar la contención y lograr indagar sobre el estado emocional y físico de la persona y considerar los aspectos señalados anteriormente.

Es importante tener en cuenta lo que genera en el adulto que recibe el relato, la situación y facilitarle en la medida de lo posible contención para que pueda a su vez contener a la persona que vive la situación.

Uno de los primeros pasos se debe basar en problematizar la situación y el pedido de ayuda, para empezar el proceso de elaboración de la demanda, de identificación del problema y de análisis de las alternativas con la persona.

Debemos clarificar que el objetivo de la intervención debe ser generar mecanismos de protección para los más vulnerables, terminar con la situación de violencia y generar estrategias de cambio. Estos objetivos tienen plazos diversos, unos son en el plazo inmediato y otros a corto y mediano plazo. Unos requieren del trabajo en conjunto de unos actores y otros de otros.

Como bien, dijimos anteriormente, para lograr identificar el problema objeto de intervención se hace necesario contar con elementos que nos posibiliten un diagnóstico de situación de violencia. Este diagnóstico debe diferenciarse de la apreciación inicial y debe abarcar al menos los espacios del micro sistema en los que los sujetos interactúan. Siendo coherentes con el marco conceptual planteado, el diagnóstico requiere de una exploración de los vínculos que se establecen entre los actores que intervienen, así como de las interacciones de éstos y los diversos escenarios.

En esta primera etapa deberá considerarse:

- La edad de quien sufre la situación de violencia ya que características del problema, de la etapa vital y por ende las medidas y posibilidades de protección son diversas según si se trata de infancia, adolescencia o adultos.
- El tipo de violencia que se ejerce. Diferenciar si es una situación de abuso sexual, violencia física, psicológica.
- El momento del ciclo de violencia y o abuso en que se devela la situación.
- Cómo y cuándo han sucedido los episodios de violencia.
- Mapear los actores que participan en estos episodios y saber si conviven o no con quien ejerce violencia.
- Mapear los recursos personales significativos que podrán apoyar en este proceso. Son las personas que tienen un vínculo significativo con quienes sufren violencia, que les brindan o están en condiciones de brindarles seguridad, confianza, protección y cuidado. En caso de que no se cuente con estas personas, en algunas ocasiones, es necesario considerar los recursos institucionales que puedan brindar esto.
- Si existen intervenciones anteriores, conocer qué curso han tenido. Es importante considerar como ha reaccionado el entorno y que respuestas anteriores tuvieron las personas que deciden revelar la situación de violencia. Esto va generando secuelas más graves en la situación, mayor desconfianza y menor capacidad de creer en que se podrá cortar la violencia.

Contar con esta información primaria, puede requerir de mantener una escucha atenta del primer relato y de comenzar a contar con elementos que nos permitan incluir a los demás actores que participan en esta situación. En ese sentido, esto implica que en algunas situaciones se debe contar con un espacio de intercambio con quien se presume que es el/la agresor/a, dependiendo de la gravedad de la situación.

Esto dependerá de la gravedad de la situación, y el ejemplo más claro son las situaciones de maltrato emocional (tanto en el ámbito familiar como escolar), donde es necesario no sólo trabajar con los niños/as, adolescentes sino que se debe trabajar con los adultos. El primer acercamiento tendrá que aportarnos la mirada sobre los recursos personales y familiares que existen para modificar esta situación. En general, en estas situaciones es posible realizar una intervención aportando elementos para desarrollar el apego, las pautas de crianzas basadas en el buen trato, los roles de protección y cuidado, entre otros aspectos.

Tal como lo plantea la Guía de procedimiento para el primer nivel de atención, MSP (2006), en los casos que "sea necesaria la denuncia desde el sector salud, la experiencia demostró mejor resultado cuando se establecen mecanismos de denuncias desde la institución". En el caso de los adolescentes es necesario considerar como paso prioritario la identificación de un adulto de referencia que tenga posibilidades de protegerlo/a, cuidarlo/a y acompañar el recorrido que implica explicitar la situación de violencia y actuar para que esta se detenga.

APUNTES SOBRE EL ABORDAJE EN RED:

La alta complejidad del abordaje, requiere de más de una institución. Cuando hacemos referencia a ello, estamos aludiendo a la práctica en red como la producción de estrategias de intervención en forma colectiva, entre técnicos de diversas instituciones, con distintas formaciones, capacidades y responsabilidad según el mandato institucional donde se desempeñan. Esto como forma de abordaje, opuesta al trabajo basado en la derivación o coordinación del caso.

Se trata de un modelo de redes sociales personales o focales (Arón, 2001: 56) de donde derivan las intervenciones en red que apunta a "devolver a las redes sociales la función que siempre tuvieron: acoger y apoyar a sus miembros en los momentos difíciles."

Aquí se trata del armado de un equipo que interinstitucional, con roles, capacidades y responsabilidades diferentes para abordar la complejidad de un problema, que requiere de la complementariedad de funciones y saberes. "Una práctica en red consiste en crear un contexto donde las redes puedan emerger y responde directamente a las necesidades de permitir que la gente se ayude a sí misma utilizando sus propios recursos" (Elkain,) Es una estrategia de cooperación, de ayuda mutua (tanto personas como instituciones) donde se articulan saberes y responsabilidades para superar situaciones de sufrimiento e implementar estrategias de cambio. Para que esto sea efectivo se requiere definir quien hace qué y contar con mecanismos de seguimiento.

Por lo tanto, este abordaje desde el paradigma de redes, implica que desde el diagnóstico se debe contar con un mapeo de los actores que están implicados:

- Red personal e institucional de las personas con las que se interviene.
- Red intra institucional de la organización en la que se desempeña el operador.
- Red interinstitucionales con lo que va a intervenir el equipo a nivel comunitario.

Si consideramos que las situaciones de violencia se perpetúan en el tiempo por la impunidad del entorno y que se sostienen en el aislamiento, entonces, se hace necesario que desde los primeros pasos en la intervención se identifique y fortalezca las redes personales e institucionales que le devuelvan a estas personas las redes de sostén y apoyo.

Ahora bien, este trabajo abordaje en red de estas situaciones, requiere:

- Identificar y definir los roles de cada institución en el circuito de atención y prevención a las situaciones de violencia.
- Contar con apoyo institucional basado en políticas de atención. No solo bastará con la voluntad de los operadores de trabajar en red, sino que su intervención debe estar en un marco institucional que le permita tomar decisiones.
- Los dispositivos de prevención y atención debe ser comunitarios.
- Identificar, valorizar y fortalecer las estrategias que desarrollan las distintas organizaciones a nivel comunitario para la prevención y atención.
- Elaborar planes de intervención con responsabilidades y roles diferenciados que permita complementar las acciones.

Uno de los pasos fundamentales es producir colectivamente las estrategias de abordaje, armando un plan de intervención con roles y responsabilidades diferentes que incluyen la intervención en crisis, el acompañamiento en la implementación de las estrategias (trabajando sobre las secuelas de la violencia y favoreciendo cambios) y fundamentalmente en la evaluación y seguimiento. En este sentido, es necesario generar rigurosos mecanismos al respecto de los planes de intervención que se implementan con cada sujeto que demanda ayuda/ asistencia. Es una responsabilidad ética, profesional e institucional contar con estos mecanismos que permitan dar cuenta de las intervenciones realizadas, evidenciando sus avances y obstáculos. A su vez, es lo que permite ir generando conceptualización y reflexión sobre las formas de abordaje.

LA DENUNCIA

La denuncia siempre debe ser parte de una estrategia de intervención y no la solución a la situación, que como ya mencionamos, el cambio en la misma, implica un proceso más complejo en el que deben intervenir diversos actores. No obstante, es un instrumento fundamental a la hora de generar medidas de protección y desnaturalizar la impunidad en la que se basa la situación. Las personas implicadas deben estar preparadas para este proceso y contar con garantías para que no se generen procesos de re victimización.

En ese sentido, la primera posición respecto a la denuncia, se plantea en el Artículo 3° del Decreto 494/2006.: "En todos aquellos casos que a través del asistencia u atención médica, la instituciones, servicios de salud o los profesionales intervinientes tomen conocimiento de un hecho de violencia doméstica, deberán dar cuenta al Juez competente en la materia."

Esto es sustituido en el Decreto 299/2010, que establece con respecto a la denuncia que: "II) que el artículo 8 de la Ley citada (Ley de VD 17.514) habilita a toda persona que tome conocimiento de un hecho de VD, a los efectos de poder radicar la denuncia correspondiente ante la justicia competente pero no establece la obligatoriedad de tal accionar.

CONSIDERANDO:

I) Que, la experiencia nacional e internacional en la materia ha demostrado que establecer tal obligatoriedad resulta inconveniente en la relación médico paciente,

II) Que, no obstante lo cual desde el inicio de la reglamentación de referencia, se plantea pro los equipos de salud y las autoridades institucionales, dificultades al manejo de algunos aspectos legales, en particular el lugar del personal de salud en relación a la denuncia policial o judicial frente al reconocimiento de VD.

III) Que, la experiencia desarrolla por los equipos a nivel nacional e internacional, ubica la denuncia como una herramienta en el proceso de atención, cuando es empleada como recurso por la víctima en la ruta de salida de la violencia, entendiéndose que la denuncia realizada por el personal de salud, aún en opinión contraria a la de al víctima procede únicamente como uno de los recursos en las situaciones de riesgo junto al establecimiento de otras medidas que aseguren su protección;

IV) Que, lo expresado determina la necesidad de modificar en el Art. 5, y el literal F del artículo 6° del citado Decreto N494/2006, así como revocar lo dispuesto por el artículo 3 de dicha norma reglamentaria, para lo cual se han tomado en consideración los aspectos relacionados al secreto médico, al derecho a la autonomía de la mujer y su impacto en el proceso de atención, y en la instalación del sistema nacional integrado de salud;"

EN SÍNTESIS,

La intervención en las situaciones de violencia que viven los y las adolescentes es de alta complejidad y requiere de un trabajo a nivel personal de quien trabaja con esta población, a nivel institucional y en especial en el trabajo coordinado intra sector e interinstitucionalmente que permita contar con respuestas locales protectoras de quienes viven estas situaciones y que den respaldo al personal de salud que interviene.

Las situaciones de violencia, y en especial las que se generan en las familias y también en el noviazgo, aparecen en un alto porcentaje invisibilizada, sin embargo diversos estudios nos muestran la alta prevalencia de las mismas a, por lo que se hace imprescindible poder estar atentos/as a las diversas manifestaciones que ésta puede tomar siendo el relato del adolescente un elemento fundamental así como otros indicios que aparecen en la consulta.

En tal sentido, las acciones de promoción y prevención (en especial las que apelan al buen trato, y la equidad en las relaciones de género e inter generacionales) y el espacio de la consulta se convierte así en un espacio privilegiado para la intervención y detección de las situaciones de violencia que pueden estar viviendo niñas/os y adolescentes, existiendo para ello preguntas orientadoras para su indagación.

En aquellos casos en donde no sólo se presume de la existencia de violencia, sino que se cuentan con signos claros de la misma es fundamental tener claro el procedimiento de intervención a la interna de la institución así como los mecanismos de coordinación con otras instituciones en el marco de la normativa existente. ■

BIBLIOGRAFIA:

- Administración Nacional de Educación Primaria (ANEP) y Consejo de Educación Primaria (CEP) Mapa de ruta en el ámbito escolar: situaciones de maltrato y abuso sexual en niños, niñas y adolescentes. Montevideo: UNICEF – PNUD, 2007.
- Aron, Ana María. Violencia en la familia. Programa de intervención en red: la experiencia de San Bernardo. Santiago de Chile: Galdoc, 2001.
- Arriagada, Irma (coord.) Familias y políticas públicas en América Latina. Una historia de desencuentros. Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL, 2007.
- Algorta Perez, Guillermo "Hostigamiento Escolar. Violencia a bajo ruido". Artículo publicado en el espacio www.todobien.com.uy
- Bronfenbrenner, Ure. La ecología del desarrollo humano. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1979.
- Barudy, Jorge y Maryorie Dantagnan. Los buenos tratos a la infancia: parentalidad, apego y resiliencia. Barcelona: Gedisa, 2005.
- Bringiotti, M., Palazzo, S. (2007) "palabras y espejos. Aportes para prevenir el legado familiar de la violencia". Ed Lumn humanitas. Argentina
- Cajigas, N., Kahan, E., Luzardo, M., Najson, S., Ugo, C., Zamalvide, G. (2006) Revista Medica Uruguaya; 22:1433 – 151 "Agresión entre pares (Bullying) en un centro educativo de Montevideo: estudio de las frecuencias de los estudiantes de mayor riesgo".
- De los Campos, H., Gonzalez, M., Solari, M. (2008) "Prácticas de crianza y resolución de conflictos familiares. Prevalencia del maltrato intra familiar contra niños y adolescentes". Programa Infamilia – MIDES.
- Gallo, P. (2008) "De cuando las maestras eran bravas: un apunte sobre la violencia en las escuelas". En Miguez, D. (2008) compilador. "Violencias y conflictos en las escuelas". Ed. Paidós.
- García, M., Madriaza, P. (2006) Revista estudios de Psicología, 11 (3) 247 – 256. "estudio cualitativo de los determinantes de la violencia escolar en Chile"
- Gonzalez Tornaría, M, Vandemeulebroecke, L., Colpin, H (2001) " Pedagogía Familiar" Ed. Trilce.
- HIRIGOYEN, M (2000) "El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana" Ed. Paidós.
- Instituto del Niño y Adolescente de Uruguay (INAU). Protocolo de Intervención para situaciones de violencia hacia niños y adolescentes. Montevideo: INAU, 2007.
- Inmujeres – RUDA. No era un gran amor: cuatro investigaciones sobre violencia doméstica. Montevideo: Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) – Inmujeres, 2009.
- Kornblit, A. (2008) "Violencia escolar y climas sociales" Ed. Biblos Argentina. En Miguez, D. (2008) compilador. "Violencias y conflictos en las escuelas". Ed. Paidós.
- Larrain, Soledad y Carolina Bascuñán (2008) Maltrato infantil y relaciones familiares en Chile: análisis comparativo 1994-2000-2006. Santiago: UNICEF, 2008.
- Lozano Méndez, F. (2001) Un caso grave de bullying. Rol del médico en atención primaria. Rev Med Urug 2010; 26: 168-171
- Lozano, F., Salas Rosso, F., Dovat, L. Malestar entre los adolescentes como consecuencia del acoso escolar (Bullying)
- Lopez, P. Ramos, V., Solari, M. (2009) "Violencias, Género y Juventudes". Artículo publicado en el marco del curso Mujeres jóvenes en la Sociedad de la Información. Cátedra UNESCO. www.catunescomujer.org.
- Miguez, D. (2008) compilador. "Violencias y conflictos en las escuelas". Ed. Paidós.
- Miguez, D., Tisnes, A (2008) "Midiendo la violencia en las escuelas argentinas". En Miguez, D. (2008) compilador. "Violencias y conflictos en las escuelas". Ed. Paidós.
- Ministerio del Interior. Guía de procedimiento policial de actuaciones de violencia doméstica contra la mujer. Montevideo: Ministerio del Interior, 2008.
- Ministerio de Salud Pública. Pautas de orientación para operadores en el primer nivel de atención en salud y asistencia de mujeres en situación de violencia doméstica. Montevideo: Programa Mujer y Género – MSP – Inmujeres – MIDES – Fesur – Friedrich Ebert Stiftung, 2006.
- Najmanovich, Denise (2005) El juego de los vínculos. Subjetividad y redes: figuras en mutación. Buenos Aires: Biblos, 2005.
- NAJMANOVICH, D (2005) "El juego de los vínculos. Subjetividad y redes: figuras en mutación". Ed. Biblos.
- Osorio, F. (2006) "Violencia en las escuelas. Un análisis desde la subjetividad" Ed. Noveduc. Argentina
- ONS, S (2009) "Violencia/s". Ed. Paidós
- Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad. Panorama de la violencia, la criminalidad y la inseguridad en Uruguay. Datos, tendencias y perspectivas. Montevideo: Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad – Ministerio del Interior – Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2008.
- Perrone Nannini (2007). Violencia y abusos sexuales en la familia. Una visión sistémica de las conductas sociales violentas, Ed. Paidós, Bs, As.
- Piñuel, J., Oñate, A. (2007) "Mobbing escolar. Violencia y acoso psicológica contra los niños" Ed. CEAC. España
- RAVAZZOLLA, Cristina (1997) "Historias Infames: los maltratos en las relaciones" Ed. Paidós. Terapia Familiar
- Ross, Speck y Caroline Attneave. Redes familiares. Buenos Aires: Amorrortu, 2000.
- Rodríguez Nebot, Joaquín. Clínica móvil: el socioanálisis y la red. Montevideo: Psicolibros, 2004.
- Sistema Integral de Protección a Niños, Niñas y Adolescentes contra la Violencia (SIPIAV). Informes de gestión 2007 y 2008. Montevideo: INAU.
- Salzberger-Wittenberg, Isca y Henry Osborne. The Emotional Experience of Learning and Teaching. Nueva York: Routledge, 1983.
- SCHNITMAN, DORA FRIED (2000) Resolución de Conflictos nuevos diseños y nuevos contextos. Ed. Granica
- MECAEP – ANEP (2004) "Tejiendo Vínculos para aumentar la Equidad" – Sistematización del Programa Fortalecimiento del Vínculo Escuela Familia y Comunidad en las Escuelas de Tiempo Completo. Uruguay – MECAEP – ANEP - CODICEN
- Vanistendael, Stefan. La felicidad es posible. Despertar en niños maltratados la confianza en sí mismo: construir la resiliencia. Barcelona: Gedisa, 2003.
- Waiselfisz, Julio Jacobo (2008) Mapa de la violencia. Los jóvenes de América Latina. Red de Información Tecnológica Latinoamericana, 2008



MODULO VI

PROMOCIÓN Y PARTICIPACIÓN EN SALUD

Maestro Diego Rossi

En la elaboración de este material se ha buscado que el lenguaje no invisibilice ni discrimine a las mujeres y a la vez que el uso reiterado de "/o", "/a", "los y las", etcétera, no dificulte la lectura.

BREVE INTRODUCCIÓN

“La salud es un bien social que se construye, se vive y se disfruta en el marco de la vida cotidiana. Esto resulta especialmente cierto en el caso de la salud de las y los adolescentes: la amplia mayoría de ellos disfrutan en su cotidianeidad de numerosas experiencias vinculadas a la salud.”⁸³

Por lo tanto, todas las acciones orientadas a sostener y motivar su desarrollo saludable, debe abordarse no como algo abstracto sino en relación directa con esta cotidianeidad.

Existe un acuerdo generalizado sobre la importante función social que cumplen los centros de enseñanza. Es en este espacio democrático, de respeto y equidad, en el que se aportan elementos básicos de ciudadanía y convivencia social. Es uno de los entornos privilegiados para la promoción de una conciencia crítica que constituye la base para el desarrollo de un sujeto autónomo y de lazos solidarios entre este sujeto y sus semejantes como responsables del medio en el cual viven.

Asimismo, encontramos en la comunidad múltiples espacios que juegan ese rol y que tienen similar impacto en el desarrollo saludable de los adolescentes y jóvenes.

Históricamente -y debido fundamentalmente a una concepción fuertemente medicalizada y paternalista- la salud ha sido generalmente concebida como una prerrogativa exclusiva del personal sanitario. Esto hace que a nivel de la población no se dé importancia al cuidado de sí mismo y de los factores que influyen en la salud colectiva, generando un nivel de dependencia casi total de los sistemas de atención.

Desde este paradigma, resulta difícil contemplar la educación para la salud y la promoción de salud como una tarea posible en el contexto comunitario. Solo en los últimos años surge una conciencia pública que posibilita desempeños responsables en relación a la incidencia que todos tenemos en la construcción de la salud.

Hoy entendemos que la salud – como elemento esencial para el bienestar y el desarrollo de las personas – no puede estar fuera de los programas sociales, comunitarios y educativos de las y los adolescentes y jóvenes. Se requiere por lo tanto la modificación de un paradigma que ve a estos colectivos y a las instituciones como “blanco” pasivo de las acciones del sector sanitario y como espacio de “reclutamiento de población cautiva” para transformarse en un “socio” que respalda las intervenciones y las integra a su quehacer cotidiano.⁸⁴ Esta nueva perspectiva queda plasmada en las conclusiones de la Primera Conferencia Mundial de Promoción de Salud – Ottawa 1986 – conocida como Carta de Ottawa (puedes encontrar este documento en <http://www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf> o descargarlo del Biblioteca del Módulo).

83. MERESMAN, S. *Escuelas Promotoras de Salud*. En: *Municipios Saludables Portafolio Educativo*. OPS- Ministerio de Salud y Ambiente. Argentina. 2005.

84. MERESMAN, A. LATCHINIAN. *Educación para la vida y el ambiente. Manual para Maestros*. Montevideo: ANEP. MECAEP. 2002.

85. *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. En: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>

86. OPS/OMS. *Comisión sobre los determinantes sociales de la salud acción sobre los factores sociales determinantes de la salud. Aprender de las experiencias anteriores. Documento de información preparado para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Marzo 2005.

En ella se definen los lineamientos conceptuales y las estrategias para efectivizar la promoción de la salud, los que han sido ratificados y profundizados en numerosas conferencias mundiales y regionales posteriores.

Actualmente la promoción de la salud y en particular la promoción de la salud a nivel comunitario y/o educativo es una piedra angular en las estrategias que procuran la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)⁸⁵ y de los determinantes sociales de la salud⁸⁶.

Desde esta perspectiva las actividades que se implementan en las comunidades y en las instituciones educativas, resultan insustituibles para el desarrollo y promoción de conductas y estilos de vida saludables. Estos, al instalarse desde lo cotidiano, con un fuerte vínculo con la familia y la comunidad son parte esencial en la construcción de una cultura de la salud.

La salud como bien social, se gestiona, construye, vivencia y disfruta en el marco de la cotidianeidad. Por lo tanto, si queremos desarrollar una cultura de la salud en las comunidades, instituciones de salud y educativas, debemos relacionarla íntimamente con las necesidades y expectativas los adolescentes y jóvenes.

La implementación y desarrollo de estrategias que impacten de manera positiva en la construcción de la salud de esta población, implica un posicionamiento conceptual que posicione las alianzas estratégicas y la participación de todas y todos los involucrados.

Todas estas acciones se desarrollan en un marco de territorialidad definida y singular, reconociendo entonces que el desarrollo sostenible no se da en lo abstracto, él se manifiesta (o no se manifiesta) en un espacio geográfico bien definido.

Este espacio menor geográfico, lo “local”, como uno de los campos de acción para mejorar la calidad de vida, minimizar los riesgos de la salud; promover los espacios saludables y reducir las inequidades con énfasis en el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio.

Corresponde a la comunidad local asumir esos compromisos y generar políticas de desarrollo (incluyendo a la salud) y orientar los recursos (endógenos y exógenos) a la mejora de la calidad de vida, como forma de recuperar oportunidades de gran parte de sus habitantes

En este módulo, iremos recorriendo las bases conceptuales que sustentan la promoción de la salud y su relación con los determinantes sociales de salud.

CONCEPTOS CLAVES

SALUD, PREVENCIÓN, PROMOCIÓN DE LA SALUD, DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD, HABILIDADES PARA LA VIDA, ACTIVOS DE LA SALUD, MAPA DE ACTIVOS

DESARROLLO DEL TEMA

SALUD: UN CONCEPTO EN CAMBIO PERMANENTE

La comprensión que cada sociedad tiene de lo que se entiende por salud, es fundamental para definir la respuesta que dará a los diferentes problemas sanitarios.

Esa valoración estará influenciada por las ideologías y cosmovisiones que predominan en cada momento histórico. Es significativo destacar que para cada realidad social y cultural corresponde una determinada concepción de salud. Esa manera de percibir y gestionar el proceso salud - enfermedad - atención influirá en las acciones de salud que se deseen implementar.

Por lo tanto, en cada sociedad, cada persona, cada adolescente y joven tendrá su propia representación en torno a la salud, la que está determinada por aspectos históricos, ideológicos y cognitivos en torno a lo que implica "ser saludable". "Aunque se debe tener en cuenta las definiciones que aportan las diferentes teorías y discursos, no debe perder de vista que la salud es siempre una construcción y una experiencia, lo que en sí mismo implica un cuestionamiento a la posibilidad de "definirla" en un sentido muy general o que pudiera tener carácter universal para todas las personas y sociedades. Por ello es especialmente útil y necesario analizar la forma en que cada uno de nosotros nos representamos subjetivamente en torno a "la salud" y "lo saludable"⁸⁷.

Es en el año 1948 que la Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea en su carta constitutiva una definición de salud, como una necesidad de tener un concepto normalizado y aceptado por la comunidad científica. Allí se plantea la salud como "un estado completo de bienestar físico mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad."⁸⁸ Este aporte ha tenido diversas críticas, pero se destaca como el primer intento de "desmedicalizar" la salud.⁸⁹

Por décadas, el concepto de salud estuvo estrechamente vinculado a la atención médica, donde surge con fuerza el desarrollo de acciones "anticipatorias" para que los problemas se retrasen o no acontezcan. Este enfoque preventivo está centrado, por lo tanto en actividades que tienen como "norte" la enfermedad o los riesgos asociados a dichas enfermedades.

En la actualidad se entiende que la "salud se construye y se vive en el marco de la vida cotidiana" (Carta de Ottawa, 1986). En la práctica, esto exige la creación de nuevas alianzas estratégicas para la salud en pie de igualdad entre los diferentes sectores y actores sociales.⁹⁰

La salud así entendida, es el medio que sustenta y defiende la vida y al mismo tiempo es el fin o la expresión de las capacidades de las personas para autorrealizarse. Dicho en otros términos, poder construir proyectos vitales, ser felices. La salud no es un hecho aislado de la vida cotidiana de las personas y la comunidad sino un resultado de múltiples interacciones.

Tampoco tiene carácter espontáneo. Intervienen en la salud diferentes grupos de factores: a) factores determinados por el medio ambiente o

contexto en que se encuentra la comunidad, b) factores dados por los comportamientos personales, intrafamiliares y colectivos que permitan la adaptabilidad y modificación de los factores mencionados; y c) los factores determinados por el tipo de accesibilidad y utilización de los servicios de salud y mínimamente por los factores dados por la herencia o predisposición genética.

Como vemos, la salud tiene una profunda determinación social, su situación es la resultante de un complejo fenomenológico derivado por cuestiones inherentes al contexto social a lo largo de un proceso histórico. En la medida que la sociedad atraviesa nuevos paradigmas, los problemas de salud van cambiando en su valoración, son percibidos de una manera distinta a como se visualizaban en el pasado.

Los estudios elaborados en relación a estos cambios en los patrones de salud y de enfermedad, reflejan que las mejoras de salud no están determinadas exclusivamente por los descubrimientos médicos. "Los servicios de salud, cuya misión es curar y prevenir las enfermedades son incapaces de resolver gran parte de las dolencias actuales."⁹¹

LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Las precursoras investigaciones de Wilkinson y Marmot (1998) plantean como que el ingreso y posición social, las redes de apoyo social, la educación, el empleo y condiciones de trabajo, los entornos físicos seguros y limpios, las características biológicas y constitución genética, el desarrollo del niño y los servicios de salud, son determinantes claves que influyen en la situación de la salud de las poblaciones⁹².

Asimismo, La Comisión⁹³ sobre Determinantes Sociales de la Salud a través de sus estudios ha subrayado su atención en la visualización, la comprensión y el reconocimiento de aquellas transformaciones en las relaciones sociales y en los elementos que determinarán la salud y los sistemas sanitarios.

Es de destacar, que la atención de la salud no es la principal fuerza que determina la salud de las comunidades, sino que es un determinante más, siendo más importantes los factores que permiten a las personas mejorar o mantener su salud, que aquellos servicios a los que acceden cuando se enferman.

Los contextos sociales y políticos, así como los procesos económicos dan origen a situaciones socioeconómicas desiguales, configuran de ésta forma inequidades sociales en las condiciones de vida y de trabajo, constituyéndose en determinantes estructurales de las inequidades en salud.

Estas estructuras se configuran en mejores o peores oportunidades para la salud, de acuerdo a los diferentes grados de vulnerabilidad(es), de exposición a agentes y acceso a servicios básicos.

87. MERESMAN, A. LATCHINIAN. Ob. Cit. 2002.

88. PIÉRDOLA GIL, G. DEL REY CALERO, J. DOMÍNGUEZ CARMONA, M. y cols. *La salud y sus determinantes*. En: PIÉRDOLA GIL, G. DEL REY CALERO, J. DOMÍNGUEZ CARMONA, eds. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. 9ª ed. Barcelona. Masson – Salvat, 1991; pp. 3-5.

89. COLOMER, C. ÁLVAREZ-DARDET, C. *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona, España: MASSON; 2000.

90. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI*.

91. GONZALES, J. *De la Higiene a la promoción de la salud*. Capítulo III de *¡Manos a la Salud! Mercadotecnia, Comunicación y Publicidad: Herramientas para la Promoción*. 2004.

92. Wilkinson y Marmot, 1998.

93. http://www.who.int/social_determinants/en/

Es esa posición social y económica la que influencia en forma directa la salud del individuo, la misma será, entonces, el resultado del actuar de factores intermediarios, como las condiciones materiales y la situación psicosocial, entre los que se pueden destacar el estrés y los comportamientos individuales.

La acción política sobre los determinantes sociales de la salud y las inequidades en materia de salud tiene los siguientes puntos de acceso para las políticas e intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud:

- **Reducir la estratificación social propiamente dicha, es decir, “reducir las desigualdades en el poder, el prestigio, los ingresos y la riqueza vinculadas a diferentes posiciones socioeconómicas”.**
- **Reducir la exposición específica a factores que dañan la salud sufridos por las personas en posiciones desfavorecidas.**
- **Procurar reducir la vulnerabilidad de las personas desfavorecidas a las condiciones perjudiciales para la salud en las que se encuentran.**
- **Intervenir mediante la atención de salud para reducir las consecuencias desiguales de la mala salud y prevenir el deterioro socioeconómico adicional entre las personas desfavorecidas que se ponen enfermas.**

Si queremos incidir en la mejora de la situación de salud de las/os adolescentes, debemos, por lo tanto, analizar las particularidades y singularidades de los contextos nacionales y locales, las que muestran que los determinantes sociales deben abordarse más urgentemente para mejorar la salud de esta población, así también cuáles son las herramientas políticas son más apropiadas.

Esto se evidencia en que el incremento en la inequidad en salud, de las distintas poblaciones – en nuestro caso los adolescentes y jóvenes – responde a un incremento en la inequidad en los determinantes sociales de la salud, fundamentalmente en aquellos relacionados con el ingreso y no solamente con el acceso o no a los servicios de salud. De ahí que las propuestas que aborden los determinantes sociales de la salud, contribuiría en gran forma en la disminución de la inequidad en salud.⁹⁴

Encontramos, entonces, diversos enfoques que procuran dar “luz” acerca de la forma en que los determinantes sociales impactan en la generación de desigualdades de salud de las comunidades de una sociedad determinada.

Si nos adherimos a los aportes que hace la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, podremos identificar dos tipos de determinantes que actúan sobre la salud: los determinantes estructurales; que estarán definidos por el contexto socioeconómico, político y la posición socioeconómica (la estratificación social y sus mecanismos de mantenimiento); a partir de estos

determinantes y mecanismos estructurales se desarrollan los determinantes intermediarios que son los relativos a factores y circunstancias sociales específicas (relativas a circunstancias materiales, psico-sociales y a factores biológicos y comportamentales).

Se plantea entonces la distinción entre determinantes de la salud y determinantes sociales de la salud, ya que el primero es conceptualizado en forma similar a los factores de riesgo de la epidemiología clásica, no teniéndose en cuenta “el carácter más transformador, considerando que conduciría a la senda de comprender las injustas jerarquías de estructuras sociales, revelando la verdadera “causa de las causas” de la inequidad en salud”⁹⁵. De esta forma, comprenderemos cómo los diferentes estados de salud de las comunidades no dependerán de su impronta genética o de sus elecciones personales; sino que además estarán profundamente ligados a un complejo entramado de relaciones sociales y políticas, ya que “ hoy en día tres cuartas partes de la humanidad no disponen de la opción de elegir con libertad aquellos factores relacionados con la salud tan importantes como son seguir una alimentación adecuada, vivir en un ambiente saludable o tener un trabajo que no sea nocivo para la salud. La salud no la elige quien quiere, sino quien puede.”⁹⁶(J.Benach)

Se destaca entonces como la “fuente primigenia de todas las inequidad la apropiación del poder: la apropiación privada de la riqueza..., la apropiación patriarcal del poder y la subordinación de grupos étnicos. Esta es la tripe inequidad que produce nuestras desigualdades en salud.”⁹⁷

Wilkinson y Marmot, en 1998, subrayan aquellos determinantes claves que influirán sobre la salud de la población, donde destacan: ingreso y posición social, redes de apoyo social, educación, empleo y condiciones de trabajo, entornos físico seguros y limpios, características biológicas y constitución genética, desarrollo del niño y servicios de salud. Vinculando como la estructura social se vincula con la salud y con la enfermedad a través de esos determinantes materiales, psicosociales y conductuales, sumando a su vez los factores genéticos, las condiciones de desarrollo en la niñez y los elementos culturales.

Más allá de las diversas lecturas que se desarrollen, se debe alcanzar un consenso que permita un abordaje que incida en los determinantes subyacentes y estructurales de la salud, y no solamente en los factores de riesgo. Desarrollando de esta forma abordajes más participativos y transdisciplinarios que movilicen actores y sectores relevantes.

Es así que la acción política sobre los determinantes sociales de la salud y las inequidades en materia de salud presenta algunas “puertas de entrada” para las políticas públicas y las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud:

- **Reducir la estratificación social, “reducir las desigualdades en el poder, el prestigio, los ingresos y la riqueza vinculadas a diferentes posiciones socioeconómicas”.**

95. Dispositivo Global de Aprendizaje sobre determinantes sociales de salud y formulación de políticas públicas.

96. BENACH, J. *Aprender a mirar la salud*.

97. *Idem* 86.

94. WHO. *Basic Documents*. Geneva. 2005.

— Reducir la exposición específica a factores que dañan la salud sufridos por las personas en posiciones desfavorecidas.

— Procurar reducir la vulnerabilidad de las personas desfavorecidas a las condiciones perjudiciales para la salud en las que se encuentran.

Intervenir mediante la atención de salud para reducir las consecuencias desiguales de la mala salud y prevenir el deterioro socioeconómico adicional entre las personas desfavorecidas que se ponen enfermas.

Como vemos, la salud tiene una profunda determinación social, su situación es la resultante de la interacción de realidades derivadas del contexto social a lo largo de un proceso histórico. En la medida que la sociedad atraviesa nuevos paradigmas, los problemas de salud van cambiando en su valoración, son percibidos de una manera distinta a como se visualizaban en el pasado.

Los estudios elaborados en relación a estos cambios en los patrones de salud y de enfermedad, reflejan que las mejoras de salud no están determinadas exclusivamente por los descubrimientos médicos. “Los servicios de salud, cuya misión es curar y prevenir las enfermedades son incapaces de resolver gran parte de las dolencias actuales.”⁹⁸

98. GONZALES, J. Ob. Cit. 2004.

99. NUTBEAM, D. Health Promotion Glossary. Key Documents. 4ª Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Jakarta, Indonesia, 1997.

100. Idem 89.

LA SALUD Y SU PROMOCIÓN

Reconociendo que los determinantes sociales de la salud, contemplan en gran medida factores que están fuera de la atención médica y del sector salud, surge la Promoción de la Salud, como una estrategia de carácter poblacional orientada a promover mejores niveles de salud a través de un mayor control sobre la misma. Ello implica contar con conocimientos y habilidades para decidir en forma autónoma⁹⁹. Se trata de una estrategia, una respuesta social organizada, necesariamente multisectorial y multidisciplinaria, para mejorar la calidad de la vida y el bienestar de la sociedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la Promoción de la Salud como “la acción social, educativa y política que incrementa la conciencia pública sobre la salud, promueve estilos de vida saludables y la acción comunitaria a favor de la salud; brinda oportunidades y poder a la gente para que ejerzan sus derechos y responsabilidades para la formación de ambientes, sistemas y políticas que sean favorables a su salud y bienestar.”¹⁰⁰

La Promoción de la Salud nos brinda así un marco de acción mediante la elaboración de políticas públicas saludables, la creación de ambientes favorecedores de la salud, el desarrollo de habilidades personales, el fortalecimiento de la acción comunitaria y la reorientación de los servicios hacia la salud. Cada uno de estos componentes tiene su importancia y su complejidad.

EL DESARROLLO DE LAS HABILIDADES

Centrados en el paradigma de la salud y de su promoción, adquiere significativa importancia para el trabajo educativo, el desarrollo de habilidades personales, elementos esenciales a la hora de promover y lograr cambios comportamentales. Esta estrategia tiene su importancia pues permite diferenciar los aspectos informativos de un comportamiento, con otras dimensiones como las emocionales y sociales, mostrando que la manera de construir y movilizar recursos orientados a promover comportamientos saludables.

El enfoque de habilidades para la vida procura desarrollar destrezas que permiten a las personas adquirir las aptitudes necesarias para el desarrollo humano y para enfrentar en forma efectiva los retos de la vida diaria.

Se identifican las “habilidades para la vida” como: habilidades sociales e interpersonales (comunicación, habilidad de rechazo, agresividad y empatía), Habilidades cognitivas (toma de decisiones, pensamiento crítico y autoevaluación) y habilidades para manejar emociones (estrés, aumentos interno de un centro de control). El desarrollo de esta estrategia está íntimamente ligado a métodos de enseñanza activos y participativos. Donde la propuesta metodológica debe, necesariamente comprometer a las personas en el proceso de desarrollo y la construcción de su salud.

DE LA “SALUD ILUSTRADA” A LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD:

Tradicionalmente la “educación sanitaria” ha estado dirigida a proporcionar información pensando que esta por sí sola, era capaz de proporcionar los medios para que las personas pudieran estar sanas. Este modelo se basaba tradicionalmente en el uso de recursos didácticos poco participativos. Algunos de ellos (como las charlas sobre salud) han sido cuestionados en cuanto a su efectividad.

Hoy la educación para la salud es un proceso de desarrollo del fomento de la motivación, de las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud.

La educación para la salud, planificada o no, no sólo requiere de información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales que influyen en el proceso salud enfermedad, sino del desarrollo de habilidades personales y colectivas que sean capaces de un análisis crítico de la realidad que es necesario transformar.

El actual enfoque educativo en salud parte de una serie de condiciones necesarias: “empoderar” a las personas, fomentar el diálogo, facilitar el conocimiento a través del cuestionamiento y problematización de la realidad.

En este contexto, la educación para la salud se constituye en una herramienta de inestimable valor para la promoción de la salud, al promover el desarrollo de comportamientos y estilos de vida saludables.

101. Adaptado de: HERNÁN GARCÍA, M. LINEROS GONZÁLEZ, C. *Los activos para la salud. Promoción de la Salud en contextos personales, familiares y sociales*. Escuela Andaluza de Salud Pública.

LOS ACTIVOS PARA LA SALUD ¹⁰¹

Siguiendo la línea conceptual que nos encontramos desarrollando, surge el concepto de activos para la salud, como una base que sólida para el desarrollo de intervenciones con adolescentes y jóvenes.

Este concepto, de activos de la salud, posicionada en una visión positiva de la salud pública, permiten centrarse en el control de la salud por parte de las personas y comunidades, lo que impactará en forma positiva en la mejora objetiva de su salud.

Tanto los conceptos de “activos para la salud”, como el de “salud positiva” pretenden ofrecer y subrayar aquellas opciones orientadas al bienestar durante todas las trayectorias vitales saludables de las personas (crecimiento y envejecimiento).

Esta postura salutogénica (Antonovsky, 1997) centrará su mirada en todos aquellos elementos, situaciones que se encuentran en el origen de la salud, alejándose de estar forma de un mirada patogénica, que procura observar los procesos que originan la enfermedad.

Es así que el modelo de activos para la salud (Kretzman, JP. y Mcknight, JL. 1993), basará sus intervenciones en propuestas metodológicas sustentadas en el desarrollo de las capacidades, habilidades y recursos que tienen las personas y las comunidades. Por lo tanto en las intervenciones su procurará identificar los “activos” de las personas y las comunidades de cada contexto específico, para partiendo de ellos, fomentar las capacidades y los talentos individuales, colectivos y ambientales.

ENFOQUE DE ACTIVOS Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

La perspectiva patogénica está dominada por una perspectiva del déficit y del riesgo¹⁰². Una estrategia de intervención más positiva es la que se basa en los modelos de los activos de la salud y del desarrollo positivo. Esta es una lectura que procura “leer” todos aquellos elementos que nos protegen, en vez de “mirar” lo que nos amenaza. El concepto de “activos para la salud” fue publicado por Harrison, Ziglio, Levin y Morgan, en el 2004. , allí se definen los activos como los recursos con los que cuentan las personas y las comunidades para protegerse contra los riesgos para su salud y/o proporcionarse un estado más saludable. Estos activos se encuentran en todos los tipos de determinantes de salud, incluida nuestra dotación genética, las circunstancias sociales, las condiciones ambientales, las opciones de comportamiento y los servicios de salud.

Si examinásemos el famoso esquema de determinantes de la salud publicado por Dahlgren y Whitehead en 1991, todo un clásico, tendríamos un buen guión para encontrar activos de las propias personas o del entorno en el que viven que pueden resultar en una mejor salud y bienestar.

A nivel individual se pueden identificar activos como la competencia social, las habilidades para la resiliencia, el compromiso con el aprendizaje, los valores positivos, la autoestima y el sentido del propósito.

Entonces, cuando se propone la realización de una identificación de activos en las y los jóvenes, el acento podrá estar en la colaboración, en

102. RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, M. (Jefe del Servicio de Promoción de Salud y Planes Integrales. Conserjería de Salud. Junta de Andalucía.) *El compromiso social de las Universidades*. Pamplona. Octubre de 2009. En: V Congreso Internacional de Universidades Promotoras de Salud..

103. KRETZMAN, JP. *Co-producing health: professionals and communities build on assets*. Health Forum.

104. Ídem. 103.

la búsqueda de los recursos que se necesitan para enfrentar los retos de la vida cotidiana. Colaborar, entonces en la adquisición de herramientas que mejoren sus niveles de autoestima, asertividad, información, habilidades de comunicación y negociación. Ya que esto posibilitará la resolución, de la forma más saludables, de los para que ellos mismos resuelvan saludablemente las situaciones de su cotidianeidad. Tal como se comentaba, este modelo de activos cuenta con tres soportes conceptuales y metodológicos, uno de ellos es el concepto de salutogénesis, propuesto por A. Antonovsky donde se centra la atención en los factores generadores de salud por contraposición al concepto de patogénesis, enfocado hacia la generación de enfermedad. El otro concepto es el “mapeo de activos” (Kretzman)¹⁰³, donde se propone una cooperación que involucre a la comunidad y los profesionales para la elaboración de un mapeo (mapa) donde se identifique las oportunidades y fortalezas con las que cuentan juntos para promover la salud.

El último soporte conceptual es la evaluación del modelo sobre la base de indicadores fiables, donde se procura investigar tanto los factores protectores, como los factores de riesgo

En cualquier caso, la identificación de los activos y los déficits determina una estrategia, en la medida que los activos los promovemos y los déficits o riesgos los prevenimos. Ésta puede ser una buena base para identificar si lo que hacemos es Promoción de Salud (con su metodología de trabajo) o nuestra acción se encuentra dentro del marco conceptual de la prevención de enfermedades y control de factores de riesgo, que tiene otra muy diferente.

Cuando nos situamos en esta perspectiva de trabajo, indefectiblemente surge la teoría del desarrollo positivo, la que sostiene que para alcanzar un adecuado ajuste psicológico en la vida adulta, no debemos centrarnos en evitar algunos comportamientos de riesgo, o la violencia, o el consumo problemático de sustancias, etc. Sino que se trata de construir y encontrar los recursos necesarios que permitan afrontarlos, poniendo el énfasis en las existencia de condiciones saludables, sobrepasando un concepto biológico de salud para incluir las competencias necesarias para tener éxito en la vida social, académica y profesional. Este enfoque parte de la idea de que toda persona tiene el potencial para un desarrollo saludable siempre que cuente con los activos personales y del entorno que lo hagan posible¹⁰⁴.

Estas competencias (actitudes, conocimientos y habilidades) actuarán en forma positiva para – además de evitar y saber elegir ante los comportamientos de riesgo y conductas saludables – lograr desarrollarse en forma integral y alcanzar la vida adulta en forma saludable. Y por lo tanto, para que las y los adolescentes puedan realizar las mejores elecciones para su vida, deben contar con un medio que se los permita.

Es así que cuando se pretende conocer la vida de las y los jóvenes, tenemos que ver “más allá” de sus conductas, de su actividad “ahora”, ya que su vida cotidiana y también la nuestra tiene tendrá mucho que ver con los valores y con la estructura social en la transcurre nuestra cotidianeidad.

FINALIZANDO

El modelo de “salud positiva” o de “activos para la salud” surge como un desencadenante de intervenciones orientadas hacia los determinantes sociales de la salud, ya que permite articular procesos de promoción de la salud con políticas y sectores no sanitarios (salud en todas las políticas).

Las oportunidades para mantener y mejorar la salud a partir de la utilización y reforzamiento de las fortalezas de los individuos y de las comunidades, es más sugerente que el mero hecho de seguir sumando esfuerzos para combatir los déficits. Se debe tener presente que ambos enfoques (déficit – activos / prevención – promoción) se complementan y que es en ese complemento que reside el alcance de las metas propuestas. ■

BIBLIOGRAFÍA

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

Antonovsky, A. (1987) *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well.* Francisco. Jossey-Bass, San

Botello BR, Hernán M. (2009) Opiniones de los jóvenes sobre la salud mental en Huelva según el modelo de activos. *Gaceta Sanitaria*. 33. 96.

Bowlby J. (1998) *Apego y pérdida*, Paidós Ibérica. Barcelona.

Cicchetti D, Cohen DJ (ed). *Developmental Psychopathology: Risk, disorder and adaptation.* New York. Wiley.

C. Colomer, C. Alvarez-Dardet. “Promoción de la salud y cambio social”. Barcelona, España: MASSON; 2000

De la Revilla, L. (1993). *Conceptos e instrumentos de la atención familiar.* 1993 Información general. Barcelona : Doyma.

Dubos, Rene (1959) *Mirage of health.* Harper. New York .

“Escuelas Promotoras de la Salud. Estrategias y Líneas de acción. 2003 – 2012.” Serie Promoción de la Salud N° 4. Washington, 2003

Gaviria Catalán, V (2001) La Transversalidad y la Escuela Promotora de Salud. *Rev. Esp. Salud Pública* 2001;75:505-516

Gimeno Sacristán J, Pérez Gómez a, eds. *La enseñanza: su teoría y su práctica.* Barcelona (España): Ed. Akal;1983

Gonzales Julio. *De la Higiene a la promoción de la salud.* Capítulo III de ¡Manos a la Salud!. Mercadotecnia, Comunicación y Publicidad: Herramientas para la Promoción. 2004

Hernán M y Lineros C (2010). Los activos para la salud en la adolescencia. *Promoción de la salud en contextos personales, familiares y sociales.* Rev. FUNDEFAM 2; 1.

Kretzman J.P., Mcknight J.L.(1993) *Building Communities from the Inside Out: a Path Toward Finding and Mobilizing a Community Assets.* ACTA Publications, Chicago , Illinois .

Kretzmann JP. Co-producing health: professionals and communities build on assets. *Health Forum J.* 2000 Jan-Feb;43(1):42.

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

Luthar S (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In

Luthar S (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. En: Cicchetti D, Cohen DJ (eds). *Developmental psychopathology: Risk, disorder and adaptation.* Wiley. New York.

Meresman S, A Latchinian . *Educación para la vida y el ambiente. Manual para Maestros.* Montevideo: ANEP, MECAEP; 2002

Meresman, Sergio. *Escuelas Promotoras de Salud. Unidad 12. Curso Internacional de Promoción de la Salud. EVES – CLAEH.* 2007.

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

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

Nicaragüense captados por la primera encuesta nacional de juventud. *Gaceta Sanitaria.* 33, 303.

Organización Mundial de la Salud (OMS) “Carta de Ottawa para la promoción de la Salud 1986. En *Promoción de la Salud: una antología.* Organización Panamericana de la Salud (OPS). Publicación Científica N°557. Washington. 1996.p.367-72

Organización Mundial de la Salud (OMS). “Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI Organización Panamericana de la Salud. Las escuelas Promotoras de Salud en América Latina. Serie Promoción de la Salud N° 3. Washington –febrero – 2005

Organización Mundial de la Salud, (1999) *Glosario de Promoción de salud.* Ginebra. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en:

<http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>

Piaget J. (1971). *Los estadios en la psicología del niño.* Buenos Aires: Nueva Visión

Piédrola Gil G, del Rey Calero J, Domínguez Carmona M, y cols. La salud y sus determinantes. En: Piédrola Gil G, del Rey Calero J, Domínguez Carmona M, eds. *Medicina Preventiva y Salud Pública.* 9ª ed. Barcelona: Masson – Salvat, 1991; 3-5

Rodríguez Rodríguez, Manuela. IV CONGRESO INTERNACIONAL DE UNIVERSIDADES PROMOTORAS DE SALUD .El compromiso social de las Universidades.Pamplona. Octubre de 2009 .Servicio de Promoción de Salud y Planes Integrales Consejería de Salud. Junta de Andalucía

Sánchez DY, Lineros C, Hernán M (2009) Potenciales activos para la salud de la juventud

Scales, P. C. & Leffert, N. (1999). *Developmental assets: A synthesis of the scientific research on adolescent development.* Minneapolis, MN: Search Institute

Sánchez DY, Lineros C, Hernán M (2009). Potenciales activos para la salud de la juventud Nicaragüense captados por la primera Encuesta Nacional de Juventud. *Gaceta Sanitaria.* 33, 303.

V. López Santos. *Educación para la Salud en la escuela.* En: A. Frías Osuma. *Salud Pública y Educación para la Salud.* España: MASSON; 2000.

PRACTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTIVA DE LA Y EL ADOLESCENTE

CONTRIBUCIÓN AL MÓDULO 6 ACTIVIDAD FÍSICA DEL 4° CURSO DE FORMACIÓN EN LA APLICACIÓN DE LAS "GUÍAS PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DE LA SALUD DE ADOLESCENTES EN EL PNA", MSP, 2013.

Mag. Maria Lucia Stefanelli de Bertolotto -
tel.: +(598) 098 079 609 - luciestefanelli@hotmail.fr

Profesora de educación física con un Máster II en Promoción de la Salud y Educación Física, Facultad de Ciencias de la Educación Física de la Universidad Montpellier I y licenciada en Ciencias de la Educación, Universidad Paris VIII, Francia; licenciada en Educación Física, Universidad Gama Filho, RJ, Brasil. Estudio realizado desde la temática "Hábitos y valores en torno a la práctica deportiva" por el NIEFS (Núcleo de investigación en promoción de la salud, educación física, sedentarismo, ECNT) del Programa de becas de investigadores extranjeros de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) UDELAR, profesor adjunto del ISEF.

INTRODUCCIÓN

El modo de vida actual, cada vez más sedentario, asociado al bajo nivel de práctica física y deportiva (PFD) es un determinante de la salud de los adolescentes. La PFD es una forma de recreación y una fuente de bienestar¹⁰⁵, cuando es diversificada y regular, mejora y mantiene la condición física, necesaria para la salud mental y física, contribuye a tener mejores rendimientos escolares, puede contribuir a favorecer la continuidad escolar, así como, hábitos sanos de vida construidos socio-culturalmente en la infancia y adolescencia.

Identificar y comprender los factores que determinan la participación de los adolescentes en actividades físicas y deportivas son fundamentales para planificar y desarrollar programas más efectivos y duraderos, así como, seleccionar las mejores estrategias de intervención en prevención y promoción de la salud, desde el desarrollo y el incremento de la educación física y deportiva, para las y los adolescentes. Este estudio, procura sensibilizar a los profesionales del área de la salud y de la promoción de la salud, en el campo de la educación física sobre tres aspectos: los determinantes del abandono y de la práctica de la educación física y deportiva, los beneficios y recomendaciones.

DATOS RELEVANTES

Estado nutricional de adolescentes en Uruguay, con obesidad 7%; con sobrepeso 26,6%; bajo peso 2%; no hacen nada para perder el exceso de peso 30.6%¹⁰⁶.

107. _____ PNID 2012-2018. Montevideo: MTD, Ref III; 2012.

108. _____ PNID 2012-2018. Montevideo: MTD; 2012.

108. Lindner K. et al. Factors in withdrawal from youth sport: A proposed model. 1991; 14, 3-18.

109. Van Mechelen W. et al. Physical activity of young people: The Amsterdam longitudinal growth and health study. Med. Sci. Sports Exec. 2000; 32(9), 1610-6.

109. Dworkin L. Adolescent's negative experiences, in organized youth activities. JY Dev. 2006; 1, 1-19.

110. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1993.

111. Delignières D, Garsault C. Libres propos sur l'Éducation Physique. Paris: Ed Revu EPS; 2004.

112. 0Keresztes N et al. Do high-an low-active adolescents have different prototypes of physically active peers? Psychol. Rec. 2009; 59, 39-52.

113. Hilman C et al. Be smart, exercise your heart: Exercise effects on brain and cognition. Nat Rev Neurosc. 2008; 9, 58-65.

114. Duncan S et al. Sources and types of social support in youth physical activity. Health Psychol. 2005; 24, 3-10.

En Uruguay la EF, en el sector educativo formal no genera hábitos de práctica de la actividad física y el deporte.¹⁰⁷

11 y 12 años, edad donde se observa el incremento del abandono de la PFD¹⁰⁸.

CONSTATACIÓN

Descenso de la práctica de actividades físicas y deportivas (AFD) durante la adolescencia, lo que se ve proyectado en la edad adulta¹⁰⁹.

¿QUÉ DETERMINA LA PRÁCTICA DE AFD EN LA ADOLESCENCIA?

La confianza en sus capacidades. Es un sentimiento de auto eficacia, teniendo influencia en los procesos de motivación y de auto regulación, repercutiendo en el sentido y la persistencia del comportamiento frente a la presencia de los obstáculos y experiencias adversas, sentirse capaz de hacer, de superarse, de ser eficaz, son fundamentales para que las y los adolescentes tengan intención de practicar una AFD, más desarrollado es el sentimiento de confianza, más activos serán las y los adolescentes; las experiencias vividas en la infancia contribuyen al desarrollo de la confianza en sus capacidades y por supuesto, cuanto más temprano se proporciona la ocasión de vivir experiencias positivas en el deporte, actividades físicas y prácticas corporales, mejor será el desarrollo de la auto eficacia que proporciona el "placer de practicar", dando lugar al mantenimiento de la PFD en la edad adulta¹¹⁰.

Las representaciones de los adolescentes. La mayoría de adolescentes estima que las AFD son importantes y pueden favorecer la salud, por lo tanto, esta representación no parece ser un factor determinante de su motivación para PFD, contrariamente al placer que ellos asocian a la PFD¹¹¹.

Los adolescentes pueden considerar una persona activa como una persona de referencia, de confianza, inteligente, popular, motivada y en buena condición física, si ellos juzgan que esa imagen es "atractiva", desearan hacer lo posible para identificarse con esta persona¹¹².

Los adolescentes que creen que el entorno desea y aprueba que ellos sean activos, tienen en ventaja esa intención de ser, esa intención será más fuerte si incluyen a las personas que ellos desean hacer buena impresión, lo mismo sucede si su grupo de pares valoriza la PFD¹¹³.

Los pares. Las actitudes y comportamiento de los pares, influyen fuertemente el comportamiento de las y los adolescentes, la compañía, el ejemplo, los elogios y el apoyo pueden motivar a los más sedentarios a hacer deporte, la adolescente muchas veces integra una PFD cuando es invitada por una amiga o grupo practicante¹¹⁴.

Adoptar ciertos comportamientos por las y los adolescentes puede ser considerado como una manera de ser parte de un grupo, el grupo puede influenciar en gran parte la práctica o no practica, de AFD, particularmente en las adolescentes, descubrir las AFD y practicarlas con sus pares, son una

105. Perrin C. Activités physiques et éducation pour la santé: Un point à consolider. Paris: Ed Rev Hyper; 2004.

106. Grunbaun S et al. II Encuesta nacional de salud adolescente. MSP, MIDES, JND, Programa Salud Adolescente. Montevideo: MSP; 2012.

113. Keresztes N et al. Do high-an low-active adolescents have different prototypes of physically active peers? *Psychol. Rec.* 2009; 59, 39-52.

114. Trost S et al. Evaluating a model of parental influence on youth physical activity. *Am J. Prev. Med.* 2003; 25, 277-82.

115. Lindsay A et al. The role of parents in preventing childhood obesity. *Fut Chil.* 2006; 16, 169-86.

116. Farias Jr J. Nivel de atividade física e fatores associados individuais e ambientais. UFSC; 2010.

117. Trost S et al. Evaluating a model of parental influence on youth physical activity. *Am J. Prev. Med.* 2003; 25, 277-82.

118. US Department of Health. *Health People 2010.* Washington: US Gov. Printing Off; 2000.

119. McKenzie T et al. Children's activity levels and lesson context during third-gra de physical education. *Res Q Exerc Sport.* 1995; 66, 184-93.

120. Huhman M et al. The influence of the VERB campaign on children's physical acitivity in 2000 to 2006. *Am J Public Health.* 2010; 100, 638-45.

121. Huhman M et al. The influence of the VERB campaign on children's physical acitivity in 2000 to 2006. *Am J Public Health.* 2010; 100, 638-45.

122. Fraser-Thomas J et al. Examining adolescent sport dropout and prolonged engagement from a developmental perspective. *J Appl Sport Psychol.* 2008; 20, 318-33.

fuerza de motivación y adhesión; la vida social ocupa un lugar importante en la vida del adolescente, la PFD permite de tener relaciones continuas con personas de su edad y desarrollar nuevas relaciones¹¹³.

Los padres, la familia, el entorno. La actitud de los padres determina la elección de AFD de los hijos, como la intensidad y regularidad de la PFD, cuanto más los padres tienen una actitud positiva en relación a la PFD, más los hijos practicarán y perseveran en la AFD (siendo poco importante los niveles de práctica de sus padres)¹¹⁴. La PFD también puede estar asociada a una experiencia positiva de PFD con madre y/o su padre, ser elogiado, valorizado por estos, cuando llevan y acompañan sus hijos a practicar, refuerzan así su comportamiento¹¹⁵.

El valor dado a la PFD está relacionado con el acceso, el costo, el encuadre de la PFD, cuanto más alto es el nivel socioeconómico, más ofertas de actividades serán propuestas para su elección¹¹⁶.

El nivel sociocultural de los padres puede influir en la percepción de habilidades deportivas en los hijos, sus intereses y su desarrollo, asimismo, un gran número de padres sostienen que la PFD es más importante para el hijo (porque creen que tengan más aptitudes físicas que la hija)¹¹⁷.

La educación física (EF) en la enseñanza media. La clase de EF permite mejorar el nivel de actividad física, contribuye al desarrollo de las habilidades motoras y puede promocionar el placer de PFD, con 50% de intensidad mediana o elevada¹¹⁸. Otro estudio apunta que la PFD, brindadas por profesores de educación física, contienen más actividades de intensidad media o elevada que favorecen la adhesión de los adolescentes¹¹⁹.

El acceso y medio ambiente favorable. "Conjunto de elementos de naturaleza física, sociocultural, política y económica que ejercen una influencia positiva en la alimentación, la PFD y la autoimagen corporal; los adolescentes que viven en barrios con una gran oferta de oportunidades (vinculadas a la proximidad) de practicar AFD, presentan mayores niveles de práctica de los que viven en barrios con pocas o ninguna posibilidad de practicar AFD"¹²⁰.

Las campanas de comunicación. Las campañas de marketing social eficaces, divulgan la información general sobre los beneficios del ejercicio físico, proponen comportamientos positivos en el lugar donde se practica las AFD y asocian estratégicamente, la lucha contra el sedentarismo a otras, donde los adolescentes son particularmente sencillos: el tabaco, la obesidad, el abandono escolar¹²¹.

¿QUÉ DETERMINA EL ABANDONO DE LA PRÁCTICA DE AFD?

Determinantes principales del abandono. La ausencia de rápidos cambios juzgados como suficientes en la silueta y el peso (vinculados fundamentalmente a las adolescentes que centran sus motivaciones en los elementos estéticos); el valor de la actividad dado por los amigos y la familia, la movilización y actitudes de los padres, tener muchas actividades y menos tiempo. El ambiente del club o del equipo, los entrenamientos intensivos y cotidianos, las lesiones, la actitud de los entrenadores, la relación con los entrenadores y el equipo, el hecho de estar siempre fuera del juego¹²².

123. Rees R et al. Young people and physical activity: A systematic review matching their views to effective interventions. *Health Educ.* 2006; 21, 806 - 25.

124. Marchard L. *Sport, adolescent et famille-constat.* Paris: Ministère du Sports; 2003.

125. Laure P et al. L'activité physique et sportive régulière: Un déterminant des résultats scolaires au collège. *Science 1 Sport.* 2009; 24, 31-5.

126. Hilman C et al. The effect of acute treadmill walking on cognitive control and academic achievement in preadolescent children. *Neuroc.* 2009; 159, 1044-54.

127. Barber B et al. Whatever happened to the jock, the brain, and the princess? *J Adolesc Res.* 2001 ; 16, 429-55.

128. Gendron M. et al. Troubles du comportement, compétence sociale et pratique AFS chez les adolescents; enjeux et perspectives d'intervention. *Rev Psycho-Educ.* 2003; 32, 349-72.

129. Walseth K. Sport and belonging. *Int Rev Soc Sport.* 2006; 41, 447-64.

130. Cyrulnik B. *El murmullo de los fantasmas.* Ed. 1. Gedisa SA; 2003.

131. Mathews DK, Fox EL. *Bases Fisiológicas da Educação Física e dos Desportos.* Rio de Janeiro Brasil: Guanabara. 1989; 1, (3).

132. Mazza M et al. *Manual para la prescripción de ejercicio: Actividad física y ejercicio para la salud.* Cátedra de Medicina del Ejercicio y Deporte, Udelar. Montevideo: Torres Dedos; 2011.

33_____ *Guía de salud para adolescentes. La salud es tu derecho.* Montevideo: Ed MSP; 2010.

La competición. Los adolescentes que practican actividades físicas de origen competitivo muestran menos tendencia al abandono que aquellos adolescentes que participan en parte a otros tipos de actividades físicas y deportivas; o los que cambian de deporte, abandonan uno por otro o abandonan totalmente, la competición tiene un efecto estimulante en muchos adolescentes, mas en otros el aspecto competitivo puede ser la causa del abandono; las actividades físicas y sobretodos el deporte, practicados en un contexto no competitivo y sin encuadramiento también interesan a las y los adolescentes¹²³.

El entrenamiento precoz en la infancia proporciona menos placer, siendo un factor del abandono de la práctica más tarde, que está vinculado con la madurez, las y los adolescentes iniciados desde la infancia en la PFD que proporcionan placer y juego, presentan más tendencia a continuar la PFD en la edad adulta¹²⁴.

LOS BENEFICIOS DE EDUCACIÓN FÍSICA EN LA ADOLESCENCIA

Mejora las funciones ejecutivas, la atención, memoria y concentración, la perseverancia y resultados escolares, el comportamiento en clase, el sentimiento de pertenecer y el tiempo que queda en el liceo^{125,126,127}.

Mejora la confianza en los otros, la habilidad para resolver conflictos, la relación con la comunidad, las redes sociales, el espíritu deportivo. Disminuye el asilamiento y la delincuencia^{128,129}.

Mejora los hábitos alimentarios, la cualidad del sueño, la actividad física en la edad adulta. Disminuye el abandono, el tabaco y la relación sexual sin utilización de anticoncepción.

Mejora el sentimiento de eficacia personal, el autocontrol, el humor, la gestión de emociones, la "resiliencia"¹³⁰. Diminui el stress, la ansiedad y síntomas depresivos.

Mejora las habilidades motoras, las aptitudes cardiorespiratoria, la composición corporal, la fuerza, potencia, tono muscular, capacidad anaeróbica, flexibilidad, agilidad, coordinación y equilibrio.

Mejora la salud cardiovascular, el perfil lipídico, la salud ósea. Disminuye la intolerancia a glucoza, la obesidad y sobre peso, el cáncer del seno, la presión arterial de adolescentes hipertensos^{131, 132}.

¿POCA O NINGUNA PRÁCTICA DE AFD?

Antes de iniciar una AFD es necesario un control de salud que certifica la aptitud para el ejercicio, el carné de salud; respetar los rituales de la EF (calentamiento, estiramiento y relajación), hidratarse, evitar los horarios de mucho sol, usar vestimenta holgada y calzado deportivo adecuado¹³³. Las AFD pueden ser en forma de juegos, deporte, trabajo, desplazamientos activos, recreación, clase de educación física, ejercicios planificados, las recientes líneas en materia de EF recomiendan (tabla 1) e insisten sobre

134. _____ Global recommendations on physical activity for health. Suisse: WHO; 2010.

la importancia del concepto de progresión sobre la duración, la frecuencia y la intensidad por los adolescentes activos y poco activos (señalando los beneficios del ejercicio mismo si hace menos que el indicado)¹³⁴.

TABLA 1: LOS PARÁMETROS DE INTENSIDAD, TIPO, VOLUMEN Y FRECUENCIA

Tipo AF	Recomendación
Aérobica	60m o + por día (intensidad media o elevada) 3 X p/s
Reforzamiento muscular	Dentro de los 60m diarios, 3 X p/s (actividad física con carga)

135. Behm D et al. Resistance training in children and adolescents. *Appl Physiol Nutr Metab.* 2008; 33, 547-61.

¿RECOMENDAR O NO LOS EJERCICIOS DE REFORZAMIENTO MUSCULAR?

La musculación en salas de deporte no conviene a los más jóvenes adolescentes, debemos proponer, para ellos, actividades más lúdicas como el salto a la cuerda, la gimnasia, la escalada. Los ejercicios de reforzamiento muscular efectuados con la supervisión de un profesional de EF, de preferencia en el liceo, pueden revelarse muy benéficos, tanto en el plano funcional como en el plano de la educación para la salud, es preferible esperar que el adolescente tenga voluntad de hacer y que sea capaz de seguir las instrucciones, se recomienda “un entrenamiento mediano con carga liviana 2 o 3 veces por semana, iniciando por 1 o 2 series de ejercicios para llegar a 4 series constituidas de 8 a 15 repeticiones, de un conjunto de 8 a 12 ejercicios” con el enfoque sobre el dominio del movimiento y no en las cargas¹³⁵.

136. Lenhart A et al. Teens and mobile phones. *Pew Internet & American Life Project;* 2010.

¿LIMITAR O NO EL TIEMPO LIBRE Y EL OCIO SEDENTARIO?

El incremento del volumen de actividades sedentarias apunta que 45.7% de adolescentes entre 12 a 17 años dedican 20 h. o más por semana, en actividades sedentarias, destacando que los adolescentes están más tiempo que las adolescentes delante la televisión³⁶. ¿Podemos favorecer el incremento de la práctica de AFD limitando el tiempo dedicado a las actividades de tiempo libre y ocio sedentario? El entorno (los padres, el liceo, los pares) puede favorecer el ocio saludable proporcionando momentos comunes de la PFD.

CONCLUSIÓN

Ciertamente, los movimientos naturales, las prácticas corporales, los juegos, el deporte, practicados durante la infancia y adolescencia desarrollan las habilidades motoras, que por su vez facilitan la PFD. Además de desear mantener la forma física, la incrementación de AFD para “las” adolescentes favorece su adhesión y perspectiva de PFD en la edad adulta. Para desarrollar la PFD es necesario generar estrategias de complementariedad entre los profesionales de la salud y los profesores de educación física, este vínculo generará la sinergia necesaria que impactará en la construcción de la salud y el bienestar de los adolescentes. Por lo tanto, esto implica constituir verdaderos grupos de trabajo, con idénticas responsabilidades vinculadas a la promoción de la PFD. ■

GLOSARIO DE SIGLAS UTILIZADAS A LO LARGO DE LA PUBLICACIÓN

- MSP - MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
- OMS - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
- SNIS - SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD
- PIAS - PAQUETE INTEGRAL DE PRESTACIONES
- INE - INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS
- SIA - SISTEMA INFORMÁTICO DEL/LA ADOLESCENTE
- EMSE - ENCUESTA MUNDIAL DE SALUD ESCOLAR
- ENAJ - ENCUESTA NACIONAL DE ADOLESCENCIA Y JUVENTUD
- ODM - OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO
- FNR - FONDO NACIONAL DE RECURSOS

- APS - ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD
- CS - CONTROL DE SALUD
- CT - COLESTEROL TOTAL
- SPA - SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
- UPD - USO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS
- RN - RECIÉN NACIDA/O
- ITS - INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
- TEC: TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEANO

- LHRH - HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROFINAS
- LH Y FSH - SÍNTESIS Y LIBERACIÓN DE GONADOTROFINAS HIPOFISARIAS
- FSH - HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE
- LH - HORMONA LUTEINIZANTE

“LOS JÓVENES ESTÁN MEJOR PREPARADOS
PARA DESARROLLAR TODO SU POTENCIAL CUANDO ESTÁN SANOS Y
BIEN FORMADOS, Y CUANDO TIENEN LA OPORTUNIDAD DE PROSPERAR
Y CUMPLIR SUS ASPIRACIONES. SI CUENTAN CON EL APOYO ADECUADO
PARA DESARROLLAR SU POTENCIAL, DEFINIDO MEDIANTE DECISIONES
BASADAS EN SU PARTICIPACIÓN, PUEDEN SER UNA ENORME FUENTE DE
PRODUCTIVIDAD, INNOVACIÓN Y DINAMISMO CREATIVO
QUE ACELERE EL DESARROLLO”.

El poder de 1.800 millones. Los adolescentes, los jóvenes y la transformación del futuro. Informe de estado de la población mundial 2014, UNFPA