

ADOLECA 2013

TEMAS ESCOGIDOS

Francisca Cruz Sánchez (Compiladora)

CUBA

Los temas que a continuación se presentan han sido seleccionados durante la preparación y organización del Congreso ADOLECA 2013, tal y como fueron enviados por sus autores, los cuales autorizaron su publicación.

Consideramos que toda esta temática es necesaria para la atención integral a adolescentes, jóvenes y su familia tanto por su contenido como por el nivel de actualización.

Esperamos le sea de gran utilidad en la asistencia, docencia e investigación a todos aquellos que forman, trabajan y atienden adolescentes y jóvenes

AUTORES
(Por orden de aparición)

DR. GERMÁN CASTELLANO BARCA	DRA. C. ROSA CAMPOALEGRE SEPTIEN
DRA. CECILIA COTO HERMOSILLA	LIC. BÁRBARA CUESTA DÍAZ
DR. TOMAS JOSE SILBER	DRA. ILLOVIS PORTIELES GUTIÉRREZ
DR. ROBERTO CURÍ HALLAL	DRA. TANIA BORRÁS SANTIESTEBAN
DRA. LAURA DOMÍNGUEZ GARCÍA	DRA. FRANCISCA CRUZ SÁNCHEZ
LIC. JULIO LÓPEZ PIEDRA	DR. PAULO CÉSAR PINHO RIBEIRO
LIC. ANA IBIS MARTÍNEZ GALVÁN	DRA. CLAUDIA HERNÁNDEZ CRUZ
LIC. JAVIER LÓPEZ CORRAL	DRA. BEATRIZ RODRÍGUEZ ALONSO
LIC. JUDITH FORTEZA CORDERO	DRA. ROSA MARÍA ALONSO URÍA
LIC. DANIA DÍAZ DÍAZ	DR. JOSÉ DE LA LUZ RODRÍGUEZ LLANES
LIC. OSVALDO M. ÁLVAREZ TORRES	DR. CÁNDIDO ROLDÁN

POR QUÉ MEDICINA DE LA ADOLESCENCIA

DR. GERMÁN CASTELLANO BARCA*

INTRODUCCIÓN

El pediatra está habituado a tratar a lactantes y niños y superar la barrera asistencial de los 14 años plantea algunas dificultades que aumentan a medida que el paciente va cumpliendo años hasta llegar a los 16, edad pediátrica máxima por ahora, para lo referente a asistencia extrahospitalaria ya que en hospital se sigue atendiendo hasta los 18 años.

La Pediatría es una especialidad médica ligada como ninguna al crecimiento físico, psíquico y social y resulta obvio decir que el crecimiento no ha concluido a los 14 años, por lo cual parece lógico que el pediatra atienda a los adolescentes, sin pretender la exclusividad, por las razones indicadas, y por los conocimientos que tiene de ese paciente al que atendió desde el nacimiento.

Por otra parte la atención al adolescente necesita de una intervención multiprofesional como recogemos más adelante, y aunque ha de entenderse que en este texto se plantea el tema desde la práctica médica es obvio que se necesita la colaboración de otros profesionales.

Los rápidos cambios sociales que se producen en muchos países del mundo, entre los que está España, plantean dudas sobre la edad hasta que llega la adolescencia y juventud y cuando el sujeto es adulto. La OMS considera parto de mujer adulta el producido cuando esta haya cumplido 20 años. Según la Convención de Derechos Humanos de 1990 "es niño todo sujeto hasta los 18 años de edad". Nos parece acertado el criterio de la ONU que

considera adolescente a los sujetos de 12 a 18 años de edad y jóvenes de 18 a 24 aunque en algunos países también les incluyen desde los 10 años. Recientemente se ha acuñado un nuevo termino: adultescents para referirse a los jóvenes de 24 a 30 años de edad, y en ocasiones mas, que siguen viviendo en casa de sus padres con la dinámica socio-familiar que esto plantea.

Teniendo en cuenta este planteamiento parece razonable considerar Adolescencia hasta los 18 años, coincidiendo con la mayoría de edad en nuestro país, y juventud hasta los 24 años dado que a partir de esa edad las nuevas generaciones asumen funciones que antes eran competencia de personas de mayor edad.

En todo caso nuestros jóvenes se emancipan tarde por razones de estudio, trabajo, carestía de vivienda y en algunos casos por comodidad, haciéndolo ellas alrededor de 28 años y ellos a los 30-31 años lo que conlleva problemas diversos. Los jóvenes españoles tienen madurez cronológica pero no psico-social.

Por otra parte los adolescentes y jóvenes serán nuestro relevo generacional pero antes de llegar a la inclusión social, cuando sean adultos, constituyen una fuerza de primera magnitud a todos los efectos a la que hay que prestar la atención debida.

REFLEXIONES

Debemos tener en cuenta la advertencia que hacen los expertos acerca de la existencia del riesgo para la sostenibilidad de los sistemas sanitarios, entendiendo por sostenibilidad la cualidad que propicia el mantenimiento del sistema tanto cualitativa como cuantitativamente

* *Pediatra acreditado en Medicina de la Adolescencia. Consulta joven Santander-Cantabria-España*

y que puede incrementarse dentro de un equilibrio prestaciones /financiación.

El informe desarrollado por Fonética sobre Responsabilidad Social en España alerta sobre la necesidad de aportar soluciones globales ya que la productividad y la competitividad dependen de la salud de los ciudadanos en un mundo intercomunicado, y donde se pretende sobre todo crear un imperio económico. Los expertos opinan que los sistemas sanitarios en todo el mundo no se podrán sostener en 15 años si no se introducen cambios.

Teniendo en cuenta estos aspectos proponemos un acercamiento al modelo asistencial que contribuirá al bienestar de la población joven y que podría basarse en los siguientes puntos:

- a. Se necesita una Atención Diferente para una edad diferente.
- b. Las Políticas Sanitarias, salvo excepciones, no se ocupan específicamente de este grupo de edad.
- c. La experiencia demuestra que los problemas socio-sanitarios juveniles siguen creciendo, lo cual indica que el sistema socio-sanitario precisa correcciones.
- d. Parece evidente que “sin las juventudes no es posible la democracia, el desarrollo equitativo y la cohesión de estado” como afirma la Consultora Internacional de Adolescencia y Juventud D. Krauskopf.
- e. Hay que diferenciar Políticas de Estado de las Políticas de Gobierno y Políticas Públicas de los Planes de acción. Estos últimos pueden partir de la iniciativa individual o de grupos que los proponen y elevan a las autoridades sanitarias, las cuales pueden asumirlos. Esta modalidad puede ser la más práctica y rápida a la hora de poner en marcha Programas de Atención al Adolescente y Joven.

Recordemos que en 1994 la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo declaró que” mediante el sistema de atención primaria de salud, todos los países deben esforzarse por que la salud reproductiva esté al alcance de todas las personas de edad apropiada lo antes posible y a lo mas tardar para el año 2015”.

- f. Se habla de Neonatología, Pediatría, Medicina de Familia, Geriatría y también debe hablarse de la HEBIATRIA, especialidad médica que cuida a los adolescentes de 10-20 años.

- g. Los adolescentes y jóvenes deben estar incluidos en el diseño de planes de Acción dirigidos a ellos, a través de una participación especial (breve tiempo), estructurada (largo tiempo), bien de forma directa, o indirecta a través de otras colaboraciones o entidades. Habitualmente los Planes parten de los adultos sin oír otras opiniones.

Recordamos que el artic 12 de la Convención sobre Derechos del Niño establece:”Los Estados Partes garantizarán al niño y adolescente que esté en condiciones de formarse un juicio propio y el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que le afectan teniéndose debidamente en cuenta sus opiniones en función de la edad y madurez”.

En septiembre de 2006 según los resultados de una encuesta realizada por la Alianza de Organizaciones de Pacientes (IAPO) a pacientes de diez países de la UE entre el 63% y el 95% reclama el derecho a participar en la toma de decisiones sanitarias que afectan a sus vidas. El 39% votaría en política a quien mejor defendiera sus intereses sanitarios.

A la vista de lo expuesto aparece una contradicción, ya que si los recursos sanitarios futuros están en peligro será difícil crear “nuevas atenciones” para el grupo de edad juvenil. La contradicción es solo aparente ya que esos posibles nuevos planes pueden ser desarrollados por los sanitarios actuales racionalizando la asistencia actual (no hay correspondencia entre la demanda sanitaria y la morbilidad), y además con esas acciones preventivas se pueden evitar patologías que actualmente están costando mucho dinero al erario público.

ALGUNOS ASPECTOS PREOCUPANTES

Me refiero en este apartado a algunos problemas actuales en la adolescencia, algunos de los cuales no pertenecen exactamente al ámbito médico, pero que tienen gran importancia y repercuten en la salud del adolescente.

- **Accidentes de tráfico** de los cuales el 60% sucede de viernes a domingo y con alcoholemias positivas en el 40% de los casos, siendo de motocicleta el 15%. Entre el 15% y el 20% de los jóvenes de entre 14 y 18 años reconocen que han viajado alguna

vez en vehículos conducidos por personas bajo los efectos del alcohol. Además a los 18 años el 14,9% ha conducido un vehículo a motor después de haber bebido alcohol. Los adolescentes españoles de 14 a 17 años representan el 4% de la población y cada año cuatro de cada mil son víctimas de accidente de tráfico resultando heridos o fallecidos.

Terminemos mostrando nuestra satisfacción porque desde hace unos años las cifras de accidentes con muerte han disminuido a la mitad, no tanto la de los adolescentes y jóvenes implicados.

- **Suicidio.** Representa la segunda causa de muerte en el grupo de 15 a 24 años a nivel mundial. El Comité de Derechos del Niño en su Observación General 11 del año 2009 decía que las tasas son más altas en los adolescentes y en los jóvenes indígenas por lo cual desde 2010 la OMS estudia el problema en profundidad y aplica programas de prevención. Los datos de 2012 indican que la cifra mas alta de suicidio en adolescentes corresponde a Corea del Sur seguido por Chile donde en 2010 se quitaron la vida 8 adolescentes de 10-19 años por cada 100.000 habitantes.
- **Desarrollo psico-social tardío**
- Impera la cultura del mínimo esfuerzo, cuestión en la que todos tenemos parte de culpa.
- **Violencia** en la escuela y en la calle, en la mayor parte de los casos practicada por “diversión” y por sujetos psicológicamente normales, que no pertenecen a los grupos de riesgo como trastorno negativista-desafiante o trastorno de conducta. El acoso escolar afecta al 10%-12% de los alumnos suponiendo el efectuado con las nuevas tecnologías el 3,8%.
- **Fracaso escolar.** Uno de cada 3 jóvenes no acaba la enseñanza secundaria y a la edad de 15 años tenemos la cifra más alta de repetidores de la UE si bien en los dos últimos años ha disminuido la cifra de abandono escolar. Hay menos estudiantes excelentes y más rezagados. El informe de la IEA de 2012, citado en la bibliografía, realizado en España a 8 580 escolares de cuarto de primaria (9 años) de 312 centros indica que los españoles están por debajo de la media de la OCDE y de la UE en lectura, matemáticas y ciencias coincidiendo con el informe PISA (15 años).
- Implicación creciente en procesos judiciales

– **Mala comunicación intergeneracional**

– **Ocio inadecuado.** Los datos indican que más de 600.000 menores se embriagan 2-3 días al mes. En 2012 la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, FAD, indica que el 36% de los adolescentes entre 14 y 18 años reconoce haberse emborrachado alguna vez en los últimos 30 días. A esa edad uno de cada tres no consume alcohol, otro tercio si lo consume y el tercio restante consume alcohol asociado a drogas ilegales.

Es aceptable que se patrocinen actividades para promover un ocio juvenil saludable pero creemos que esta es una solución parcial y sería deseable que parte de esos recursos económicos se derivaran a actividades preventivas a edades mas tempranas, entre los 10 y 14 años, con el fin de crear unas bases que permitan un “estilo de vida” diferente en la adolescencia-juventud que les permita eludir los riesgos de la edad joven

Embarazo. No es un problema prioritario en España pero si de gran trascendencia cuando se produce.

En la adolescencia se culminará la adquisición de una nueva identidad física, mental y social a lo largo de unos años, coincidentes con la “tormenta hormonal”, y esos cambios se inician con una cierta independencia en su casa pasando mucho tiempo en su habitación y dedicando atención preferente a los pares, a sus amigos. Es el principio de la preparación para la separación y la nueva identidad personal y social futura que los padres deben conocer.

El retrato apuntado es preocupante solo hasta cierto punto ya que a lo largo de la historia de la humanidad se han vivido situaciones similares y en este sentido es oportuno recordar lo que decía Hesiodo, siglo VIII a.c”No veo esperanza para el futuro de la humanidad si esta depende los jóvenes frívolos de hoy”.El hecho cierto es que la familia ha de entender las nuevas situaciones que plantean los adolescentes como un eslabón mas en su proceso evolutivo y de madurez.

RESULTADOS DESEABLES

El acrónimo de F Cruz que transcribo, NECESIDADES, se aproxima al resultado que

quisiéramos obtener en la atención diaria con los adolescentes y que es compatible con la idea juvenil de "cambiar el mundo" y de ejercer la llamada "ciudadanía juvenil" en una situación de bienestar y progreso personal y colectivo.

N utrición
E stimulación. Estima
C omunicación. Confianza. Confiden-
 cialidad. Compresión. Cariño
E ducación. Equidad de género
S alud, Ser escuchados
I nformación. Igualdad social Inversión
D esarrollo de habilidades
A utoconocimiento. Autoestima. Autocuidado.
 Asertividad. Amor Amistad
D ialogar. Divertirse. Disfrutar
E estabilidad emocional. Empatía
S ocialización. Seguridad. Servicios

No estamos de acuerdo con la condena casi general que se hace a los adolescentes y jóvenes cada vez con más frecuencia, aunque reconocemos que hay aspectos de su estilo de vida que son manifiestamente mejorables. Las autoridades se implican cada vez mas para frenar el consumo de alcohol, drogas ilegales y atajar la violencia.

No se valora debidamente el esfuerzo ni se inculca el amor por las cosas bien hechas, por la belleza, por la verdad, la justicia y la libertad y las palabras abnegación y sacrificio han pasado a la historia.

Aunque va cambiando la actitud de los médicos es oportuno recordar la profunda tradición paternalista en España, posiblemente por razones sociológicas, históricas, culturales y religiosas y que data del siglo IV a.C. ya que para los griegos y los médicos de siglos posteriores ser paternalista era signo de distinción profesional y la forma lógica de actuar.

PROGRAMAS ESPECÍFICOS

Creemos que es necesaria una política de Programas Preventivos, Asistenciales y Planes de Acción contando con la opinión de los jóvenes a través del emponderamiento que significa darles la oportunidad de tomar decisiones sobre asuntos que afectan a su vida (Cuarto Foro Mundial de la

Juventud 2001). Las acciones que se emprendan serán específicas, medibles, alcanzables, realistas y limitadas en el tiempo. La selección de las mejores prácticas implica: Bases Éticas, Efectividad, Relevancia, Eficiencia, Innovación y Sostenibilidad en el tiempo.

Los artículos 6,24 y 27 de la Convención de los Derechos del Niño en el que están incluidos los adolescentes se ocupan del derecho a la mejor salud y desarrollo físico, mental, espiritual y social lo cual se consigue desde los ámbitos cultural, social, institucional, prevención de los factores de riesgo y promoción de los factores protectores.

CONSIDERACIONES TEÓRICAS PARA LA PRÁCTICA DIARIA

Existen programas diversos para mejorar la Salud Integral de adolescentes y jóvenes pero su puesta en práctica no consigue los efectos deseados en muchos casos. A través del consejo y tratamiento adecuados impartidos por el sanitario, u otros profesionales, en la consulta se estimulará la participación en el proceso de construcción de capacidades para lograr la inclusión social del adolescente y del joven.

La Segunda Conferencia Mundial sobre los Derechos del Niño (Viena 1993) incide en la universalidad del derecho a la salud integral. La primera Conferencia Mundial de Ministros encargados de la Juventud se celebró en 1998 en Lisboa y se orientó a la aplicación del PAMJ (Plan Acción Mundial Juvenil) de Naciones Unidas diseñado hasta el año 2000 y años subsiguientes, y según el cual se pueden hacer distinciones en los niveles de participación ya que es necesario el emponderamiento juvenil o sea la participación en la toma de decisiones que adopta diferentes formas:

1. **Información:** los jóvenes son informados de las políticas y actividades que los adultos han decidido.
2. **Consultores de iniciativas de adultos:** los adultos deciden cuando y en que temas los jóvenes son consultados.
3. **Consultores de iniciativas juveniles:** los jóvenes pueden proponer temas y actividades pero no tienen poder en las decisiones.
4. **Igualdad en las decisiones:** los adultos y los jóvenes comparten igual poder en la adopción de decisiones.

5. **Autonomía:** los jóvenes toman la iniciativa y conducen proyectos por sí mismos.

G. Raiola propone en Italia una **asistencia basada en dos niveles:**

Primer nivel que corresponde a Atención Primaria con tareas de educación sanitaria, prevención, detección, filtro y tratamiento cuando sea posible y que implica adquirir una competencia en Adolescentología.

Segundo nivel situado en áreas pediátricas multidisciplinarias, especializadas, tanto a nivel ambulatorio como hospitalario, con camas para adolescentes que no estarán en servicios de adultos. Será dirigido por un pediatra de reconocida competencia en la materia.

Esta organización supone también la existencia de modalidades programadas para la transición entre los servicios pediátricos y los de adultos que permiten al nuevo médico recibir toda la información sobre el adolescente que pasa a su jurisdicción.

OBJETIVOS Y EVALUACIÓN

Creemos necesario dar un paso más y constatar que las acciones emprendidas son eficaces. La atención diaria debe fijar unos objetivos específicos, medibles en lo posible, alcanzables, realistas y limitados en el tiempo.

La evaluación indicará si se cumplen los objetivos, en este caso en la atención diaria, de manera efectiva y eficiente, permite identificar cualquier problema o tomar las medidas necesarias para corregir el rumbo, así como estimar cambios en la población juvenil atendida, y se desarrollará con arreglo a este planteamiento:

- Para qué es la evaluación
- Quién la va a hacer
- Preparar la estrategia para recogida de datos
- Reunión de la información
- Análisis de la información
- Edición del informe
- Seguimiento

Aún reconociendo las dificultades existentes sería deseable que los adolescentes tuvieran más disponibilidad de profesionales sanitarios y no sanitarios interesados en su problemática

para alcanzar una mejor Salud Integral. También es necesario que las políticas públicas dediquen más recursos a la medicina de la adolescencia y juventud para conseguir una Atención Diferente para una Edad diferente.

EPÍLOGO

No es admisible la condena casi general que se hace a los adolescentes y jóvenes cada vez con más frecuencia, aunque es cierto que hay aspectos de su estilo de vida que no son los adecuados.

Reconociendo como dice Cardarelli que “*el mundo de la adolescencia y juventud es un mundo de espera*” en el que se fragua el proyecto de vida, es obligación de todos dar un paso adelante y prestar una asistencia acorde con los tiempos actuales. Los jóvenes son la mayor fuerza en el mundo contemporáneo. Invertir en ellos es garantizar el futuro de todos como pretende el Programa de Acción Mundial de Naciones Unidas Para Jóvenes. Se puede afirmar que la adolescencia es compleja y está determinada por múltiples factores bio-psico-sociales.

La familia es la unidad básica de salud, siendo la entidad idónea para educar y ejecutar la segunda “domesticación” que dicen los antropólogos, y que entendemos como socialización, (la primera es la que se ha hecho al niño hasta la pre-adolescencia) así como para la transmisión de valores y factores protectores.

La escuela ha de asumir el importante papel que le corresponde en esa misma tarea, y no está tan claro que la sociedad y los medios de comunicación, en general, se preocupen por esas funciones en la importante medida que también les compete. Los gobernantes deben hacer un esfuerzo para la prevención y la asistencia al grupo de edad juvenil, habitualmente en territorio de nadie, promoviendo medidas adecuadas para evitar el consumo de drogas legales o evitar la violencia en lo posible ante el incremento que se está produciendo, por citar solo dos aspectos preocupantes.

En honor a la verdad hay que decir que lo que ahora aparece como una necesidad ante la deriva que toman algunos de los sectores de la sociedad, y que pueden influir negativamente en los jóvenes, no es algo nuevo. El médico cordobés Maimónides (1135-1204) decía: “la salud de la persona es anterior al tratamiento de la enferma, por eso tan

solo los necios creen que el médico es necesario únicamente en caso de enfermedad declarada”, ”Has de saber que la medicina es una ciencia sumamente necesaria al hombre en todo lugar y toda época, no solamente en caso de enfermedad, sino también en estado de salud”.

Los conceptos de Maimónides eran revolucionarios en su época, era medicina preventiva, y partiendo del concepto actual de salud integral, se entroncan con la protección y con la resiliencia, tan preconizada en la adolescencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castellano Barca G. Políticas públicas y bienestar en la adolescencia. VIII Congreso Estatal de infancia maltratada. Santander. Noviembre 2006.
2. Castellano Barca. G .Políticas juveniles. Invertir en adolescentes y jóvenes es rentable. Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León. 2007 Vol. 47 num. 199:1-3.
3. Castellano Barca G. Atención al adolescente. Filosofía. Tratado de Pediatría extra-hospitalaria. SEPEAP. 2011; 1257-1261. Edit Ergon.
4. Informe de la IEA (International Association for the Evaluation of Educational Achievement). Diciembre 2012.
5. Jenkins Renee R. Atención sanitaria de los adolescentes. Nelson Tratado de Pediatría 17 edición. Editorial Elsevier. 2006:643-646.
6. Medicina de la Adolescencia. Atención Integral.MI Hidalgo Vicario.A.M Redondo Romero. G. Castellano Barca.2ª Edición. Editorial Ergon 2012.
7. Primera Jornada de Construcción de Políticas Públicas para adolescentes y jóvenes. Congreso de Adolescencia y Juventud de Ibero América y el Caribe. Uniendo acciones. Buenos Aires. Agosto 2006
8. Raiola G. Proyecto de asistencia al adolescente a través de un programa de regionalización y estandarización de las estrategias de intervención.De Italia a Europa. Pediatría Integral 2008 XIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. Suplemento I, 16-18
9. Redondo Figuero Carlos G. Gabriel Galdó Muñoz. Miguel García Fuentes. Atención al adolescente. Ediciones Universidad de Cantabria. 2008.

EPIGENÉTICA Y ADOLESCENCIA

DRA. CECILIA COTO HERMOSILLA

La epigenética viene de la palabra griega *epi* que significa por encima, o sea por encima de la genética, y va a explicar una serie de fenómenos a los que se hará referencia en este tema.

Ahora bien antes hay que hacerse las siguientes preguntas ¿somos víctimas de nuestros genes? ¿Es nuestra la responsabilidad futura para nosotros y para nuestras generaciones futuras?...

El 98% de los genes al nacer son perfectamente normales, solo 2% de las enfermedades son causadas por genes defectuosos ¿somos víctimas entonces de nuestra herencia?

El proyecto genoma humano (PGH), declarado patrimonio de la humanidad cuenta con 30 000 genes, cuando se pensaba que eran más de 120 000 para codificar cada uno una proteína, pues no, resulta que el hombre tiene el mismo número de genes que los ratones, los gusanos, las plantas y el chimpancé. El gran reto al futuro es comprender que proporciona al ser humano la complejidad del inmenso repertorio conductual, la capacidad de producir acciones conscientes, la increíble coordinación física y las alteraciones ante respuestas extremas del ambiente.

Antes el ADN era responsable del: cáncer, la diabetes, la ansiedad, la agresión, la obesidad, el optimismo y hasta de la felicidad. Ahora se debe preguntar ¿controlan los genes la biología? La respuesta es NO. La activación de la expresión del gen es producto de una señal del ambiente no es una propiedad emergente del mismo gen.

ANTES los genes se transmitían inalterables de generación en generación. Las experiencias de padres y abuelos no se heredaban. Los cambios de información genética estaban reservados para

conservar la especie y a lo largo de miles o de millones de años.

AHORA los cambios por epigenética se transmiten de una generación a la sucesiva, de padres a hijos, a nietos, y a bisnietos. La trascendencia transgeneracional de hábitos de comportamiento, riesgos de enfermar, cambios conductuales en la adolescencia ocurren por vía epigenética

Conrad Waddnigton (1905-1975) en 1942 planteó la siguiente definición de epigenética como la rama de la biología que estudia las interacciones causales entre los genes y sus productos y determina el fenotipo.

Antes de la Era Cristiana, Aristóteles (384-322 AC), creía en la epigénesis o sea el desarrollo de la forma orgánica a partir de lo inorgánico.

En el siglo XXI hay varias definiciones, como son: cualquier actividad de regulación de los genes a través de procesos químicos que NO TIENEN CAMBIOS EN EL CÓDIGO DEL ADN, pero pueden modificar el fenotipo del individuo y de su progenie.

Estudio de las modificaciones heredables en la función del genoma que se realizan SIN CAMBIOS en la secuencia del ADN.

Se puede comparar la epigenética con una obra musical, la partitura sería el programa genético, la orquesta de células (los músicos), los factores epigenéticos (los instrumentos musicales). La partitura se mantiene pero las interpretaciones van a variar de acuerdo a los músicos y a los instrumentos. Eso es lo que ocurre en la epigenética la interpretación puede cambiar de una generación a otra sin cambiar el ADN. Las modificaciones epigenéticas (de los

instrumentos) regulan la interpretación de la información genética. La epigenética juega papel importante en el desarrollo del individuo y en la aparición y evolución de las enfermedades.

Los factores epigenéticos provocan cambio espacial del ADN, modificaciones de las histonas, la impronta genómica, cambios de forma de cromatina y otros fenómenos aun desconocidos.

Las modificaciones bioquímicas son: Metilación, Acetilación, Fosforilación, Ubiquitinación y otras.

Se sabe que un error en metilación de ADN produce un cambio de organización espacial de cromatina

La impronta genómica se refiere a los genes que pueden modificar su funcionamiento, sin necesidad de un cambio en la secuencia de ADN,

Generalmente ligado a su origen parental. Un gen "imprimado" se manifiesta de una manera cuando es de origen paterno y de otra cuando proviene del gameto materno.

Diferentes genes están epigenéticamente silenciados en los óvulos y espermatozoides. En el espermatozoides, todos los genes imprintados son borrados y reescritos con el patrón paterno, incluso si los genes provienen de la madre. En los óvulos, todos los imprintados son borrados y reescritos con la impronta materna, incluso si los genes vienen del padre (Figura 1).

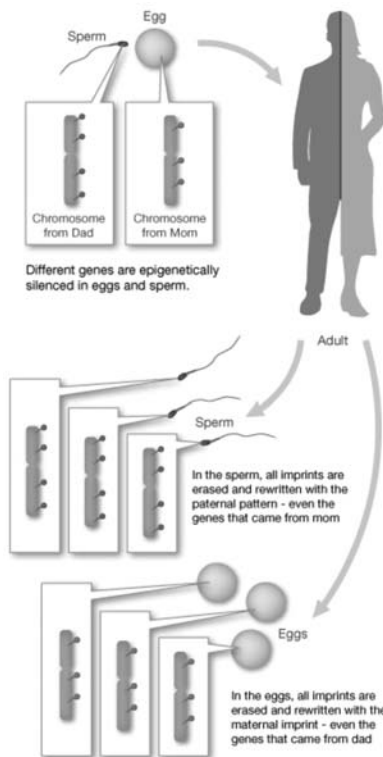


Figura 1: impronta genómica

El ADN está enrollado en las histonas y por medio de las metiltransferasas, un grupo metilo se adhiere a la citosina del ADN; la que está pegada a la guanina, y se metila el ADN por otra parte las desacetilasas quitan los tallos de las histonas y dejan una proteína compleja para ser transcripta al RNA, es en estos pasos bioquímicos donde pueden verse afectaciones que pueden dañar la salud (Figura 2).

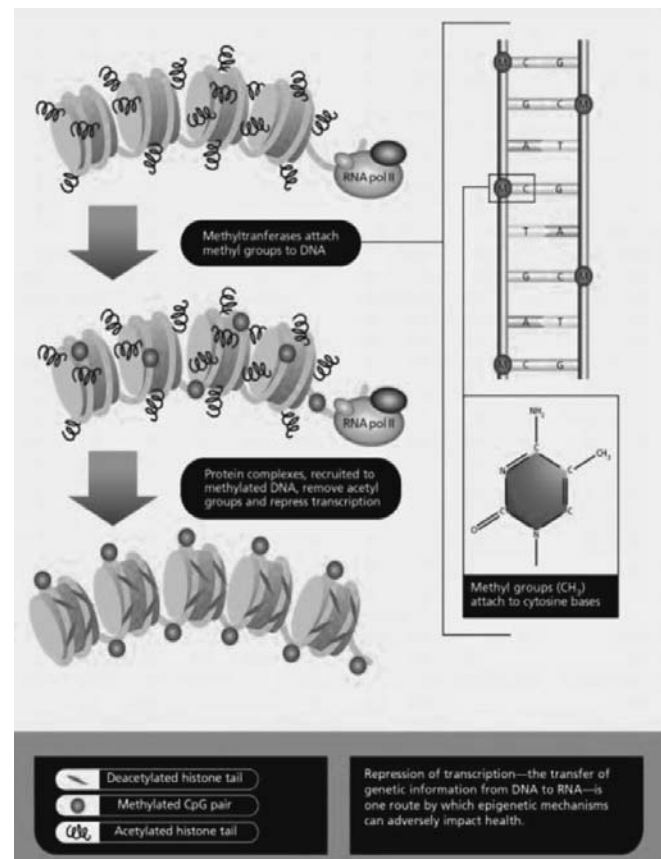


Figura 2: ADN histonas, metiltransferasas

Los genes están presentes desde la formación del feto, el hecho de que se apaguen o se prendan dependen de los factores epigenéticos (Figura 3).

Los diferentes mecanismos epigenéticos están afectados por estos factores o procesos: el desarrollo, (útero e infancia), en el entorno químico, drogas y productos farmacológicos, en el envejecimiento y por la dieta

El grupo metilo de una fuente dietética se adhiere a la citosina del ADN y lo metila, las histonas están enrolladas y compactadas y mantienen inactivo al gen, cuando viene un factor epigenético para desacetilar las histonas, estas se desenrollan y el gen queda presente y se puede activar.

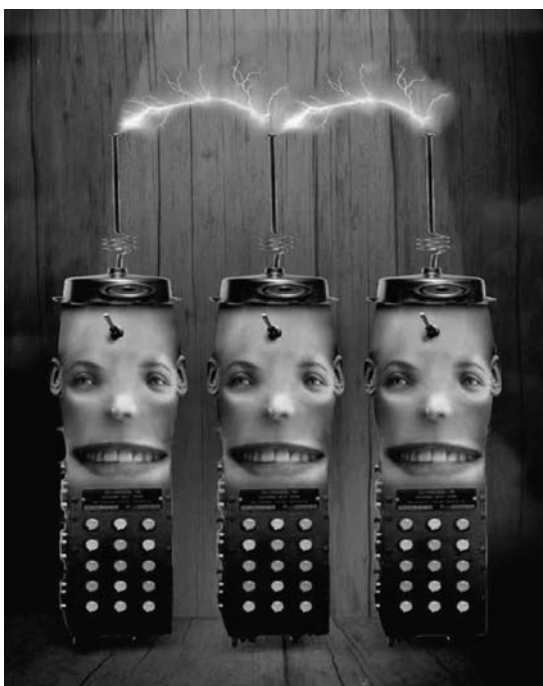


Figura 3

Por lo tanto son los factores epigenéticos los que explican como los factores ambientales intervienen en la bioquímica del genoma y pueden llevar a enfermedades como cáncer, enfermedades autoinmunes, trastornos mentales, diabetes, etcétera (Figura 4).

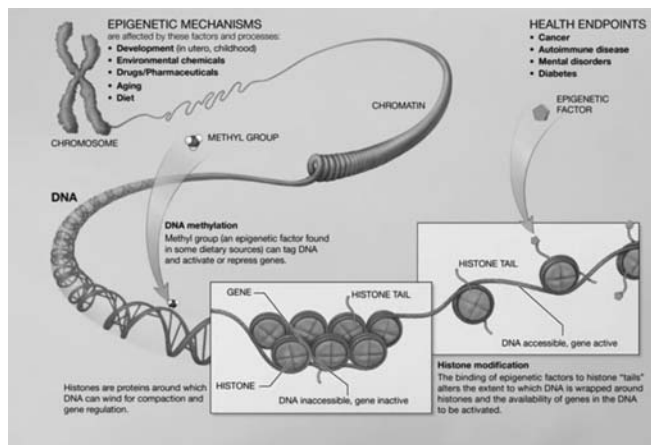


Figura 4. mecanismos epigenéticos

En el año 2003 en la Universidad de Duke se realizó el experimento con los ratones Agouti, que presentan este gen que los enferma tienen pelo amarillo, son obesos y propensos a la diabetes y al cáncer. Se tomaron 2 grupos uno control y otro experimental, primero se pusieron a aparear todos estos ratones amarillos y todos nacían iguales. Se tomó un grupo control que se le mantuvo igual dieta

y un grupo experimental al que se le dió una dieta diferente rica en Vit B12, colina y betaina.

El grupo control con la dieta habitual tuvo ratones amarillos y gordos. Del grupo experimental con alteraciones en la dieta. Vit B12, ácido fólico, betaina, colina nacieron Ratones delgados, marrones y sanos (Figura 5)

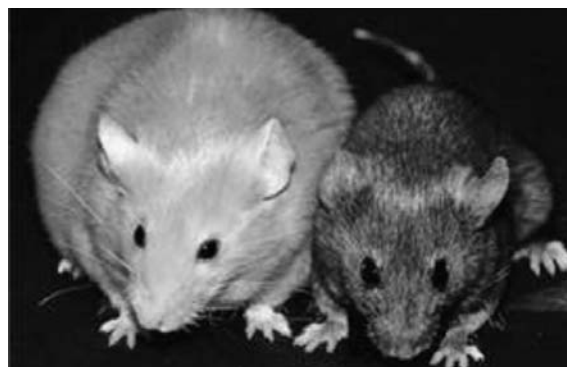


Figura 5 ratones agouti

Se determinó el estudio de los genes y eran iguales en padres e hijos. Esto quiere decir que se apagó expresión del gen agouti. Al nacer poseían el gen agouti pero no se había expresado, las sustancias químicas de la dieta se habían fijado al gen suprimiendo la expresión. Había ocurrido la metilación del ADN, el grupo metilo se une a la citosina del ADN y cambia la expresión del gen. Los genes Agouti prendidos son amarillos, obesos, propensos al cáncer. Los ratones con genes Agouti apagados son flacos, marrones, sanos. Por primera vez se demuestra como el uso de complementos alimentarios en la madre puede alterar permanentemente la expresión de los genes en las crías sin alterar los genes mismos.

El caso de los gemelos homocigotos es otro ejemplo importante de la epigenética, siendo uno de cada 250 nacimientos, tienen igual ADN, pero de acuerdo a las diferentes condiciones ambientales (dieta, modo de vida, enfermedades, etc.) tendrán unos genes encendidos en uno y en el otro estarán apagados, por lo tanto no son epigenéticamente iguales. Fraga et al 2005, estudió 80 grupos de gemelos, encontró modificaciones en metilación de ADN y otras diferencias epigenéticas. Hay diferencias de las marcas epigenéticas según la edad en el epigenoma lo que está directamente vinculado con el ambiente en el que han vivido y las experiencias vitales, la dieta y sus características personales (Figura. 6).

Chromosome 3 Pairs
3-year old twins vs. 50-year old twins

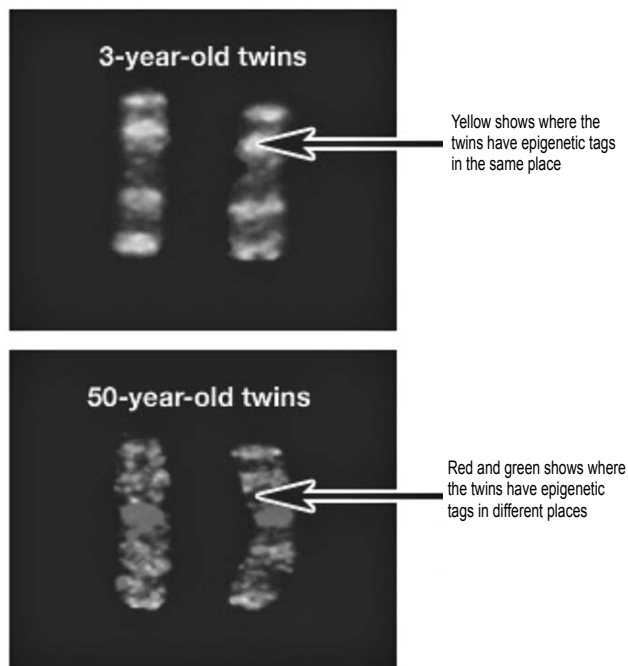


Figura 6. Epigenoma gemelos homocigóticos

Cada vez hay un mayor aumento de patologías en gente más joven de cáncer, enfermedades autoinmunes, demencia, trastornos del comportamiento, patologías endocrinas, obesidad, disminución de la fertilidad entre otras.

¿Es algo subjetivo, hay un aumento real? ¿Que hacemos para reducir el riesgo para nuestra salud, derivada de la exposición a agentes tóxicos?

El aumento en Europa 30 y 45 %de neoplasias infantiles en los últimos 30 años es una cifra preocupante, así como el aumento de trastornos neurológicos y de conducta en EE.UU. En China el cambio económico en las últimas décadas ha sido acompañado de un cambio importante en la dieta y se espera la aparición de más de 60 millones de diabéticos en los próximos años.

Cada vez es más claro que la dieta, los agentes tóxicos, y el modo de vida intervienen en la salud humana y del planeta.

Los agentes que pueden afectar la epigenesis son: sustancias químicas (colorantes, preservantes glutamato monosódico, sales de nitró, etc.) metales pesados, pesticidas, herbicidas, tabacos, derivados del petróleo, hormonas, sustancias radioactivas, fármacos. virus, bacterias, componentes de la dieta, estrés, entre otras.

En la tabla siguiente se explican los mecanismos epigenéticos.

AGENTE AMBIENTAL	MECANISMO EPIGENÉTICO IMPLICADO
Humo del tabaco	Unión preferencial de hidrocarburos aromáticos policíclicos del tabaco a CpGs metilados
Níquel	Inhibición de acetilación de histonas, daño en histonas del centro nucleosomal
Radiación ionizante	Silenciación epigenética mediada por metilación de ADN de moduladores celulares clave
Radiación UV	Hipometilación global del ADN
Bacteria (helicobacter pylori)	Metilación <i>de novo</i> asociada con inflamación crónica y proliferación celular
Virus: Papiloma Humano, Ebstein-Barr, Hepatitis	Metilación del genoma viral, unión de proteínas virales a genes del huésped, cambios en patrones de modificación de cromatina.

Las alteraciones epigenéticas más frecuentes en el genoma son:

- Metilación de ADN, adición de un grupo metilo en una citosina lo que impide la transcripción de un gen y no permite el anclaje de factores de transcripción.
- Alteraciones de la maquinaria de metilación ADN: DNMT1 (ADN metiltransferasa), DNMT3A (ADN metiltransferasa 3 A), DNMT3B (ADN metiltransferasa 3 B).
- Modificación en las histonas
- Acetilación de lisina (desacetilasas o acetiltransferasas de histonas), efecto aumento de la transcripción
- Fosforilación de residuos serina y treonina efecto la fosforilación del residuo de la serina 10 aumenta la transcripción
- Metilación de residuos de lisina y arginina (metiltransferasas) aumenta o disminuye la transcripción dependiendo de su ubicación
- Ubiquitinación de residuos lisina efecto activación transcripcional.

Según el trabajo de Franklin TB y Mansuy IM (2009) el epigenoma es un estado epigenético de la célula. Representa el conjunto de las modificaciones

de la cromatina. Es un mecanismo esencial para la regulación del genoma y depende de las modificaciones del DNA y de las histonas lo que no compromete ningún cambio en la secuencia del DNA. Los factores ambientales adversos pueden afectar no solo a los individuos directamente expuestos sino a su descendencia. El mecanismo de transmisión transgeneracional y del impacto de los factores del ambiente es de vital importancia. Los factores del entorno examinados incluyeron la exposición a tóxicos, la dieta y el cuidado postnatal y su influencia en la metilación del DNA.

Los factores alimentarios tienen un impacto en la modulación de ADN, la ingestión de alimentos hace que vayan al tubo digestivo, se produzca el metabolismo de los nutrientes se transporten por vía sanguínea, de ahí las antracinas, los folatos, la colina y otros entran en la célula, los grupos metilos se unen a la citosina del ADN y el ADN se encuentra muy metilado. Esta metilación del ADN silencia o expresa el gen.

Como explica Arce en su libro Inmunología clínica y estrés (2007): El sistema psiconeuroinmunoendocrino esta integrado por el sistema nervioso central (SNC), incluyendo la psiquis, y sistema inmune, el sistema endocrino y el resto de órganos y sistemas todos integrados entre si, e interactuando con el medio ambiente.

Las vías de comunicación de estos sistemas entre si son las citocinas, las hormonas y, los neurotransmisores. En las células de todos los órganos hay receptores para todas estas moléculas y se interrelacionan entre si formando redes moleculares que constituyen un todo único e indivisible, que forma al individuo. Las citocinas no solo son segregadas por los linfocitos sino también en parte por otros sistemas como en SNC, y el sistema endocrino.

Ahora se sabe que el epigenoma es el interlocutor entre el medio ambiente y el genoma, por lo tanto es imposible no tener en cuenta los factores epigenéticos cuando se habla de la psiconeuroinmunoendocrinología. Hay una interacción entre la molécula y la sociedad, y todos los factores intracelulares, celulares, individuales, sociales y ambientales interactúan entre si.

En Octubre 2009 el grupo de Joseph Ecker y colaboradores, investigadores del Instituto de Genómica Salk de California (EEUU) elaboraron el primer mapa completo del epigenoma humano (figura 7).

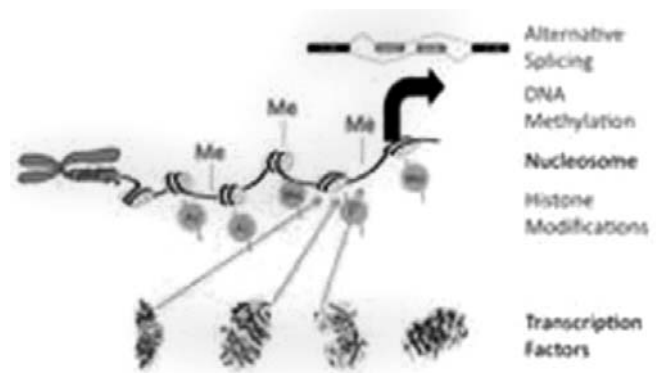


Figura 7. Epigenoma humano

La adolescencia es una etapa biopsicosocial de 10 a 19 años. Es un período de transición crítico e intenso que se caracteriza por inestabilidad y desequilibrio y se demuestra por el desafío y la rebeldía del adolescente a los adultos. Existe una dicotomía entre dependencia –independencia, por una parte los adolescentes necesitan de mucho apoyo y amor y por el otro lo rechazan y piensan que son independientes, esto conlleva a conflictos familiares intensos y crónicos.

Francis D.D en su artículo en el Pediatrics 2009 plantea que: los procesos biológicos, psicológicos y sociales interactúan e influyen en la salud y vulnerabilidad a la enfermedad. Recientes estudios de mecanismos epigenéticos moleculares demuestran que el genoma esta sujeto a regulaciones por los contextos que lo rodean (citoplasmático, celular, orgánico y social). El desarrollo del eje de estrés es exquisitamente selectivo en la regulación por fuerzas sociales representadas al nivel del epigenoma. Los procesos epigenéticos pueden dar el eslabón perdido que nos permita entender cuanto las condiciones sociales y políticas, a lo largo de las experiencias individuales subjetivas, puede directamente alterar la expresión del gen y por ahí contribuir a observar las desigualdades sociales en la salud. El desarrollo neurogenómico da el vínculo directo entre los mundos biológicos y psicológico-social.

Paul W Franks and Charlotte Ling en 2010 dicen que la regulación epigenética esta presente en los mecanismos que intervienen en el desarrollo de la obesidad. Wang y col. examinaron la metilación del DNA en leucocitos de la sangre periférica de adolescentes flacos y obesos y compararon los patrones de metilación de ambos grupos. Los autores identificaron 2 genes que estaban metilados de forma diferente.

Mathewsay col. en 2011 hacen un interesante artículo en que unen la epigenética con la psiconeuroinmunología y dicen: las modificaciones epigenéticas determinan la conducta, modulan la respuesta al estrés y alteran la función inmune. Hay interacciones que conectan el entorno psicológico y social con el proceso epigenético que modula la expresión génica e

influye en la conducta. El contexto psicosocial del ambiente puede cambiar

sustancialmente la conducta y alterar la función nerviosa, endocrina e inmune. Los estresores pueden afectar la expresión génica por alteración del patrón epigenético de la metilación del DNA o por cambios en la estructura de la cromatina.

El trabajo de Borghol y col. (2012) asocia la posición socioeconómica en la infancia con la metilación del ADN del adulto. Las desventajas socioeconómicas en la infancia están asociadas a mayor morbilidad y mortalidad en la adultez. En el estudio de 40 adultos con antecedentes de malas condiciones de vida en la infancia (Estudio British Birth Cohort 1958) se valoró la metilación del DNA. El perfil de metilación de adultos tiene más asociación con la infancia pobre que con adultez pobre. La organización de estas asociaciones a través del genoma, sugiere que patrones epigenéticos bien definidos están relacionados con el ambiente de determinadas condiciones socioeconómicas en la infancia.

Roth CL, Sathyanarayana S. en 2012 escriben: la regulación del crecimiento, la ganancia de peso del cuerpo y la maduración sexual están afectados por programación epigenética. La mayoría de los casos de trastornos energéticos son probablemente una combinación de genética y epigenética.

La vida sana es imprescindible para mantener una buena salud, la alimentación, el deporte y la relajación ayudan a mantener el equilibrio molecular del organismo. El consumo de productos con conservantes, colorantes y otros aditivos químicos conspiran contra una buena salud y afectan el equilibrio mental de los niños. Se ha comprobado, recientemente, por Shakira Suglia y col (2013) en un trabajo con 3000 niños de 5 años que tomaban entre 1 y 4 gaseosas al día, que esto estaba estrechamente relacionado con hiperactividad, agresividad y déficit de atención.

Hackman y col. (2013) encuentran un impacto en la respuesta parental temprana y la reactividad ante el estrés del adolescente; en animales las

experiencias tempranas de la vida, y las conductas parentales, influyen en la reactividad al estrés en la vida futura. No se ha demostrado aun en humanos. Indirectamente este estudio demuestra su hipótesis, se tomaron niños afroamericanos sanos con bajas condiciones socioeconómicas estudiados a los 4 años Se le realizó medida de reactividad al estrés 11 -14 años después, por el método de medida de cortisol en saliva antes, durante y después del agente estresor y se demostró que la respuesta a la conducta parental, en etapas tempranas de la vida, predice la reactividad al estrés en la adolescencia.

Esteller (2013) , científico español dedicado al cáncer y al estudio de la epigenética, analizó el epigenoma de recién nacidos, jóvenes de 16 años y adultos de 25 y 50 años residentes en Estados Unidos y Cataluña, tomando muestras de biobancos de esas localidades. Según refiere hay cambios evidentes en el epigenoma del córtex frontal, la zona del cerebro encargada de la conducta y de la adquisición de información. Hacerse mayor implica modificaciones importantes de nuestros interruptores genéticos: no expresamos las mismas porciones de ADN en nuestra infancia y adolescencia, lo que en parte podría condicionar nuestro cambio de conducta las señales químicas que encienden o apagan el ADN en las neuronas son distintas de las del resto del organismo. Este estudio aparecido en Science Julio 2013 demuestra que la rebeldía adolescente se debe a una reforma especial del cerebro. Se producen cambios en el ADN de las neuronas de forma masiva hasta los dos años y continúan en la adolescencia, etapa crítica para la aparición de enfermedades psiquiátricas

La maduración del cerebro, con la formación de los circuitos que van a conformar nuestras características personales y tal vez las enfermedades neurológicas y psiquiátricas que padeceremos, comienza antes del nacimiento y se extienden hasta casi la tercera década de la vida.

Manuel Esteller, director del programa de Epigenética y Biología del Cáncer del Instituto de Investigaciones Biomédicas de Bellvitge, ofrece importantes pistas para entender mejor los cambios que tienen lugar para la formación de los circuitos del cerebro que nos permiten pensar y aprender. Y explicaría también los llamativos cambios conductuales que tienen lugar en la adolescencia.

Joseph R. Ecker, del Instituto Salk, en California, (2013) plantea que la región más evolucionada

del cerebro, la corteza prefrontal, encargada de las funciones intelectuales, la conducta dirigida a objetivos y la adquisición de nuevos conocimientos, sufre modificaciones en el ADN de forma muy selectiva y dinámica desde el desarrollo fetal hasta el final de la adolescencia, periodo en el que las conexiones, o sinapsis, entre las células nerviosas están aumentando rápidamente.

Estas modificaciones del ADN se denominan “epigenéticas” porque no cambian la información genética heredada de nuestros padres, pero sí determinan cómo se manifestará, por medio de marcas químicas que señalan qué genes se activarán y cuáles no.

Esteller dice: “La metilación normal [la que ocurre en el resto del organismo] sólo cambia con las enfermedades. Y esta nueva metilación específica de las neuronas ahora descubierta va cambiando a lo largo de la vida, desde la época fetal y el nacimiento hasta la adolescencia, y se va incrementando a medida que se adquieren experiencias y aprendizajes. Puede tener que ver con la parte más rebelde de los adolescentes, porque coincide con el momento en que están acabando de fijar los patrones de expresión génica. Unos aparecen y otros desaparecen, hay un poco de inestabilidad de la expresión génica. Y coincide con un proceso que ocurre también en la adolescencia, denominado poda neuronal, por el que unas neuronas permanecen y otras son eliminadas”.

Joseph Ecker colaborador con Manuel Esteller plantea que hay una segunda forma de metilación del ADN denominada “no-CG” que es casi exclusiva de las neuronas y se incrementa a medida que el cerebro madura, con un ritmo máximo hasta los dos años y otro pico en la adolescencia, convirtiéndose en la forma dominante de metilación del genoma de las neuronas. El trabajo, liderado por Joseph R. Ecker, del Instituto Salk, utilizó ratones y tejido cerebral humano de biobancos de Barcelona y Baltimore para comprobar que la corteza prefrontal sufre modificaciones epigenéticas (que señalan qué genes se activarán y cuáles no) en el ADN hasta el final de la adolescencia.

En esta segunda forma de metilación del ADN la C (citosina) no le sigue una G (guanina), y se trataría de una metilación “No CG.” en el cerebro tiene lugar después de que las células se diferencian, y es muy activa durante la infancia y la adolescencia, justo coincidiendo con el periodo en el que el cerebro está madurando.

Esteller agrega: “esta modificación química que comparten las neuronas y las células madre puede tener que ver con la plasticidad, o capacidad de cambio. Ocurre en células que se pueden transformar en otras [células madre] o que pueden modificar su aspecto, como las neuronas (formación de sinapsis, espinas dendríticas). Es una marca química que provoca una actividad diferente del genoma, que en las células madre lleva a células diferenciadas y el sistema nervioso central, y en concreto en el córtex prefrontal, lleva a la aparición de nuevas sinapsis”

“Es interesante el hecho de que esto ocurra al final de la adolescencia, que es el momento de la vida en el que aparecen muchas enfermedades psiquiátricas: esquizofrenia, depresión, conducta suicida. Quizá puede tener que ver con estas alteraciones de la metilación inadecuada”

Estos últimos comentarios de los grandes científicos de la epigenética Esteller y Ecker, nos dejan un gran camino por descubrir para saber hasta donde todas estas reacciones bioquímicas a nivel molecular explican los cambios conductuales de los adolescentes y nos permitirán entenderlos mejor y darle consejos más convincentes a los adolescentes, a su familia y a sus profesores.

CONCLUSIONES

- La epigenética nos abre un nuevo campo de conocimiento del individuo.
- Es necesario cambiar el determinismo genético por una visión más integradora de la medicina.
- Nosotros somos responsables de nuestro futuro, del de nuestros hijos, nietos y bisnietos, además del de nuestros pacientes.
- La epigenética es fundamental para conocer mejor los cambios de conducta de los adolescentes
- Los factores epigenéticos son los que intervienen directamente en las modificaciones químicas del genoma
- Las orientaciones del médico sobre la dieta y la forma de vida inciden en el desarrollo de los adolescentes, y pueden ayudar al manejo familiar.
- La integración del genoma, el epigenoma, el sistema psiconeurominimodulador endocrino (PNIE) y el ambiente nos permitirá ver al individuo de forma personalizada, científica, humana y social.

BIBLIOGRAFIA

1. Arce Bustabad, Inmunologia Clinica y estrés. 2007 Editora de Ciencias Médicas, Cuba.
2. Borghol N, Suderman M, McArdle W, Racine A, Hallett M, Pembrey M, Hertzman C, Power C, Szyf M. Associations with early-life socio-economic position in adult DNA methylation Internal Journal Epidemiol.2012 Feb;41(1):62-74. doi: 10.1093/ije/dyr147. Epub 2011 Oct 20.
3. Castes M. 1er.Congreso Panamericano de Psiconeuroinmunoendocrinologia - Montevideo - Noviembre de 2008.
4. Celnikier Fabio www. epigenetica.org 2010
5. Ecker J. y colaboradores investigadores del Instituto de Genomica Salk de California (EEUU) Primer mapa completo del epigenoma humano 2009. <http://www.plataformasinc.es/>
6. Esteller M., Ecker J, ¿Que necesita alguien para hacerse mayor? alt1040.com/2013/07/receta-hacerse-mayor -
7. Franklin TB, Mansuy IM. Epigenetic inheritance in mammals: evidence for the impact of adverse environmental effects. *neurobiol dis.* 2009 nov 27. [epub ahead of print]
8. Francis DD. Conceptualizing child health disparities: a role for developmental neurogenomics. *Pediatrics.* 2009 Nov;124 Suppl 3:S196-202.
9. Franks P, and Charlotte L..Epigenetics and obesity: the devil is in the details *BMC Med.* 2010; 8: 88.
10. Hackman DA, Betancourt LM, Brodsky NL, Kobrin L, Hurt H, Farah MJ. Selective impact of early parental responsivity on adolescent stress reactivity. *PLoS One.* 2013;8(3):e58250. doi: 10.1371/journal.pone.0058250. Epub 2013 Mar 13.
11. Handbook of Epigenetics: The New Molecular and Medical Genetics. Elsevier Inc. DOI:10.1016/B978-0-12-375709-8.00033-2
12. Janson P.C., O. Winqvist (2011): Epigenetics-the key to understand immune responses in health and disease. *Am J Reprod Immunol*, 66 Suppl 1:72-4.
13. Mathewsa Herbert L., and Janusekb Linda Witek.:Epigenetics and Psychoneuroimmunology: Mechanisms and Models *Brain Behav Immun.* 2011 January; 25(1): 25–39.
14. Roth CL, Sathyanarayana S. Mechanisms affecting neuroendocrine and epigenetic regulation of body weight and onset of puberty: potential implications in the child born small for gestational age (SGA).. *Rev Endocr Metab Disord.* 2012 Jun;13(2):129-40. doi: 10.1007/s11154-012-9212-x
15. Suglia SH, Salrricks S. Hemmenway D.,. Soft Drinks Consumption is associated with Behavior Problems in 5 years Old The Journal of Pediatrics www.jpeds.com 2013

EL DESARROLLO CEREBRAL Y LA CAPACIDAD DECISIONAL DEL ADOLESCENTE

DR. TOMAS JOSE SILBER

El objetivo de esta presentación es:

1. Relatar la historia acerca de los derechos medicos de los adolescentes.
2. Compartir descubrimientos recientes acerca del desarrollo cerebral adolescente
3. Alertar acerca del peligro de hacer extrapolaciones inapropiadas basadas en los nuevos hallazgos de la neurociencia.
4. Incorporar los nuevos conocimientos acerca del desarrollo adolescente a la practica de la atención medica de los adolescentes y hacerlo de un modo congruente con los derechos de los adolescentes.

La historia acerca de los derechos medicos de los adolescentes comienza durante la era de la lucha por los derechos civiles en USA (en la década del 60) surgió el interés por los derechos de los adolescentes. (Hofmann AD, Pilpel HPed Clin North Am 1973;20:989.)

En la America Latina esto coincide con la tarea fundacional de Gomes-Ferraroti en Argentina, Pelaez en Chile y Dulanto Gutierrez en Mexico. Asi se conceptualizan “los derechos médicos de los menores”, con énfasis en la salud reproductiva (Hofmann AD, J Adol Health Care 1980; 1-9-17). Esto culminó en la década del 70 en los Estados Unidos con la elaboración de legislación que permitió a los adolescentes el dar consentimiento a su tratamiento bajo ciertas circunstancias. (Holder A. legal Issues in Pediatrics & Adolescent Medicine, Yale U. Press,1985). En mayor o menor grado el concepto legal comenzó a cruzar fronteras estatales y nacionales con varios nombres, el clásico siendo “The mature minor doctrine” (La Doctrina del Menor

Maduro DDM) (English A Medical Clinics North Am 1990;74:1097). Dicha doctrina establece que es *el medico tratante* el que decide y documenta cuando un menor califica para dar consentimiento adecuado y tener derecho a la confidencialidad. (Eso esta limitado por la jurisprudencia y la jurisdicción). (Sigman &O’Connor. J of Pediatrics 1991;119;:520-525. Ford C *et al.* J Adol Health, 2004;35:160-167. King N& Cross A J.Pediatr 1989;115:10, Silber TJ, AMSTAR 2011)

La adquisición de capacidades de tomar decisiones medicas comparables a la de los adultos se da alrededor de los 14 años de edad. (McCabe MA *et al*, JAH 1996;19:319). No requiere haber completado el proceso de maduración (lo cual tampoco es un requerimiento cuando se alcanza la mayoría de edad). Simplemente requiere un desarrollo *suficiente*, o sea uno que permita el entender y escoger entre distintas opciones. La justificación primordial dada para la DMM es que muchos adolescentes con problemas de salud serios , que van de las enfermedades sexualmente transmisibles a la depresión suicida, no irían a la consulta medica si sus padres lo supiesen (Ford C *et al.* JAMA 1999;282:2227-2234.) Otra justificación es que los adolescentes tienen la capacidad de entender los tratamientos que se le ofrecen y sus alternativas. Dicha capacidad para tomar decisiones medicas es similar a la de los adultos alrededor de los 14 años de edad (McCabe AJ Pediatr Psychology, 1996;4:505-516). Indudablemente los adolescentes incrementan su autonomía a medida que maduran y la atención medica debe adaptarse a esa realidad. Es mas: la responsabilidad individual es un proceso que debe ser estimulado para lograr una transición exitosa al

sistema de salud que atiende a los adultos (Lyren A, Silber TJ, 2006. En : Greydanus, Patel, Pratt "Essentials in Adolescent Medicine").

Se han puesto objeciones a la DMM, la clásica siendo Los derechos de los padres de educar, monitorear, y elegir la atención medica de sus hijos y que no es justo que los padres sufran las cargas, gastos y consecuencias asociados a tratamientos que no han autorizado. Hay tambien dos objeciones filosóficas: 1) que el principio de autonomía familiar en materia de decisiones medicas tiene mayor vigencia que el de la autonomía del adolescente , y 2) Oposición al "paternalismo" medico: el permitir a los profesionales decidir acerca de la madurez de sus pacientes adolescentes les da demasiado poder y desautoriza a los padres. (LF Ross. Children families and health care decision making. Clarendon Press. Oxford,1998) .Recientemente se le ha agregado una objeción científica que cuestiona la capacidad decisional del adolescente: los hallazgos acerca de la maduración cerebral de los adolescentes indican que la Maduración Cerebral del Adolescente (MCA) se completa alrededor de la mitad de la tercera década de vida. Es pues necesario ocuparse del tema de la MCA.

In-útero y hasta los 18 meses el cerebro pasa por una etapa de sobreproducción de sustancia gris. Las sinapsis luego son "podadas" a lo largo de la vida (el principio de que "lo que no se usa se pierde" puede aplicarse a las conecciones neuronales.) Los estudios longitudinales de IRM en NIMH, siguiendo el desarrollo cerebral de niños hasta completada la adolescencia, muestran una segunda ola de sobreproducción de sustancia gris justo antes de iniciarse la pubertad, posiblemente influenciada por las hormonas sexuales. El pico se da a los 11 años en las niñas y 12 años en los varones y es seguido por otra "poda Neuronal". (Johnson et al. J.Adol Health 2009;45:216-221). Inicialmente la aceleración del crecimiento de la sustancia gris predomina en el lóbulo frontal, la sede de la "Función ejecutiva", la cual permite: elegir de entre posibles acciones la mejor, suprimir respuestas socialmente inaceptables, y determinar la similitud y las diferencias entre cosas y eventos. Si bien durante la adolescencia se da un aumento notable de la de la corteza cerebral (sustancia gris), el elemento definitorio de la maduración cerebral es la mielinización, un proceso mucho mas lento. La Mielinizacion cerebral progresa de atrás para adelante y da lugar a conecciones

corticales mas eficientes. Las áreas parietal y temporal, que median las funciones espaciales, sensoriales, auditivas y del lenguaje, funcionan a un nivel adulto ya en la adolescencia temprana. Pero La maduración frontal, recién se aproxima al nivel adulto en la adolescencia tardía y culmina durante la juventud . Dicha maduración es la que facilita los niveles sofisticados de razonamiento y la toma de decisiones correspondientes. (Giedd JN, Blumenthal J, Jeffries NO, et al. Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study. NatureNeuroscience, 1999; 2(10): 861-3.) Para hacerle la vida mas difícil a los adolescentes, la búsqueda de recompensa a los estímulos placenteros se hace mas intensa. Esto se debe a que en la adolescencia se encuentra poco activada la corteza orbito-frontal (COF, que contribuye a controlar los impulsos que buscan la gratificación y muy activado el nucleus accumbens (NAc), a menudo llamado "el centro del placer", el que nos alerta y motiva a buscar la "recompensa". Esto es de gran importancia para entender la toma de Riesgos y el control de los impulsos. Otra variante a tener en cuenta es que Las proyecciones dopaminérgicas del área límbica nutren la motivación para la búsqueda de la recompensa. Estas son precisamente las zonas activadas durante la excitación sexual, el juego y el uso del alcohol y las drogas. Resumiendo: La COF no esta bien mielinizada antes del fin de la adolescencia y esto contribuye a que el control de los impulsos este insuficientemente desarrollado en los jóvenes Por otra parte el NAc se encuentra altamente sensitizado durante la adolescencia. Esto contribuye al "todo o nada" de la búsqueda del placer (Sowell ER, Thompson PM, Holmes CJ, et al. In vivo evidence for post-adolescent brain maturation in frontal and striatal regions. NatureNeuroscience, 1999; 2(10): 859-61).

En síntesis: los adolescentes tienen mayor actividad en el nucleus accumbens que los adultos, pero son mas similares a los niños en su actividad prefrontal (Galvan, A., et al. Earlier development of the accumbens relative to the orbitofrontal cortex might underlie risk-taking behavior in adolescents. The Journal of Neuroscience 26(25):6885-6892). Los datos de las imágenes radiológicas y de los estudios del comportamiento indican que el "sistema de recompensa" esta sintonizado a "alto volumen" comparado con el de los adultos, al mismo tiempo que el sistema de control de los impulsos madura en forma tardía en los adolescentes. Podríase

establecer entonces una formula por la cual: Adolescente = búsqueda intensa de Recompensa + Control de los impulsos disminuidos. Para agravar la situación durante la adolescencia hay menos activación del núcleo caudado en *anticipación* de una recompensa que en el adulto. Por ende con menor activación se da la situación compensatoria: un aumento del comportamiento que busca la recompensa.

¿Aclararía todo esto el tema de la capacidad decisonal de los adolescentes ? ¡No! Debe tenerse en cuenta que hay actualmente un movimiento ideológico que desea eliminar los derechos médicos de los adolescentes, especialmente en lo que se refiere a salud reproductiva, que trata de encontrar argumentos espurios en pro de su causa. Es así que debemos estar alertas acerca del peligro de hacer extrapolaciones inapropiadas basadas en los nuevos hallazgos de la neurociencia. La información acerca de la MCA esta llegando en forma simplificada y por ende distorsionada, a los medios de difusión masiva, creando una disposición escéptica e incluso adversaria con respecto a los derechos medicos de los adolescntes. La realidad es que los estudios de imágenes radiológicas que intentan explicar conductas deben ser considerados con gran precaución: muy rara vez hay una concordancia “uno a uno” entre una región particular del cerebro y una función determinada. La mayoría de las funciones abarca muchas regiones. Además de que la mayoría de las funciones abarcan muchas regiones, la mayoría de las regiones abarcan muchas funciones: NO HAY DATOS EMPÍRICOS QUE CONFIRMEN RELACIÓN ALGUNA ENTRE LOS PROCESOS NEURO-MADURACIONALES Y CONDUCTA EN LA VIDA COTIDIANA. (Johnson et al. J.Adol Health 2009;45:216-221). Este es pues el momento preciso para hacer una critica de la Neurociencia como Verdad Objetiva. Las imágenes que son vistas como si fuesen evidencia concreta, ocultan el hecho de que hay elementos subjetivos correspondientes a muchos aspectos de la neurociencia , tales como: la selección de las técnicas para filtrar las señales del “ruido” y los cortes escogidos.(Aronson J. Psychol. Public PolicyLaw 2007;13:115),

El paradigma de la influencia desproporcionada de la neurociencia es el estudio “ver es creer”. En dicho estudio a los participantes se les pidió que evalúen la credibilidad de una noticia inventada. Se los dividió en dos grupos. A un

grupo se le presento IMAGENES (también inventadas), dando “información proveniente de estudios neuroradiologicos”. El grupo control no recibió dicha información. El resultado: Los sujetos *Que vieron las imágenes consideraron la historia más verídica y convincente que el grupo control que no las vio* (Mc Cabe et al. Seeing is believing; the effect of brain images on scientific reasoning. Cognition2008;107:334). Hasta una referencia verbal a datos provenientes de neuroimagenes, aun siendo irrelevantes, aumenta la persuasividad de las “explicaciones” (Weisberg et al. The seductive allure of neuroscience explanations.J CognNeuroscience 2008;20:470).

Hay una alternativa a la explicación de las neuroimagenes, el estudio de la *cognición fría* y la *cognición caliente*. Al igual que la búsqueda de sensaciones y el control de los impulsos, las cogniciones frías y calientes son servidas por circuitos neuronales distintos y tiene una evolución diferente (Steinberg L, TrendsCognScience 2005;9:69). Las cogniciones frias se dan cuando no hay sobre estimulación ni excitación, no hay pares presentes , hay poca carga emocional, y cuando se trata de situaciones hipotéticas. Las cogniciones calientes se dan se dan bajo condiciones con carga emocional alta , por excitación o por conflicto, a menudo relacionadas con conductas adolescentes de riesgo (Mac Arthur Foundation Research Network of Adolescent Development and juvenileJustice: IssueBrief 3: Lessguilty for reasons of Adolescence, 2006.).

Es necesario Incorporar los nuevos conocimientos acerca del desarrollo adolescente a la practica de la atención medica de los adolescentes y hacerlo de un modo congruente con los derechos de los adolescentes. La cognición fría y caliente es una manera mas útil para entender la capacidad decisonal de los adolescentes. La tarea del profesional es la de ayudar a entender al adolescente la diferencia entre las cogniciones calientes y las cogniciones frías. Esto puede dar pie a una interpretación prudente de la DDM, consistiendo de dar apoyo a los derechos medicos del adolescente para facilitar el acceso a la atención medica de los adolescentes temerosos de la reacción familiar a sus problemas, especialmente tratándose de los grupos marginados. Al mismo tiempo los padres deben ser “empoderados” para pedir ayuda para lidiar con sus adolescentes en/ con dificultades y a

no abdicar su tarea de monitorearlos, supervisarlos y enseñarles. Por otra parte ningún profesional debería traicionar la confidencialidad adolescente para congraciarse con los padres. Pero tampoco debería ser rígida su adhesión a la información confidencial de los adolescentes. La tarea clínica es la de aconsejar y calmar a los adolescentes para que ellos puedan llegar al estado de “cognición fría” que facilita el consentimiento informado.

Es importante mantener la flexibilidad dentro del contexto de la DMM. La protección del adolescente no debe abandonarse en aras de la DMM. Si bien en la mayoría de los encuentros clínicos aplica la DMM, hay excepciones que requieren el compromiso del profesional. (Silber T; Ethical Issues in the treatment of children and adolescents. CBS Lack, Thorofare, NJ, 1983) Esto incluye la aplicación del principio del “paternalismo justificado”. Es ético dar más peso a la protección del adolescente que a la confidencialidad. Sin embargo toda justificación para ejercer el acto

paternalista debe ser clínica e individualizada y no basada en datos de la neurociencia. En dichos casos el respeto por el paciente demanda una conversación clara con el adolescente explicando la razón por la cual no se puede mantener la confidencialidad (Silber T; Justified Paternalism in Adolescent health care. J Adol Health, 1979).

Para concluir con una nota optimista, la neurociencia ofrece una gran promesa en el estudio de la adolescencia citamos a los líderes de estos esfuerzos: “El enfocar en las condiciones patológicas, déficits, capacidades reducidas y riesgos del grupo etario, hecha una sombra sobre la enorme oportunidad de que la neurociencia ilumine la singularidad de la fuerza y el potencial del cerebro adolescente”. (Sara Johnson, Robert Blum, Jay Giedd: Adolescent Maturity and the Brain: the promise and pitfalls of Neuroscience research in Adolescent Health Policy. J. Adol Health 2009;45:216-221

LA CONSTRUCCION DE LA IDENTIDAD EN LA ADOLESCENCIA CULTURAS PÉRDIDAS

DR. ROBERTO CURI HALLAL

...analfabetos profundos: saben inglés y computación, pero no tienen nada que decir en ningún idioma, ni a través de ningún medio. ¡Reproducción de reproducciones, todo es reproducción!

KOVADLOFF

La pobreza cultural resultante de la aculturación, influencia de modelos de vida de los países considerados ricos (por los economistas), es constatada como un **memoricidio cultural**. Aumento de ingresos y consumo no es comprobación de evolución, tan poco la mimetización de las costumbres que abortan los valores de la cultura local y de las costumbres sociales. La dependencia se hace más fuerte, hay una especie de colonialismo sin alardes, consentido, interfiriendo en la vida cotidiana, dictando costumbres ajenas y enajenantes, medicalizando la vida, psicologizando la conducta, comercializando la existencia e intoxicando la mente.

Una identidad del yo hecha de retazos diversos suplanta aquellas narrativas del yo basadas en la filiación, en la historia familiar y los trazos de pertinencia a una cultura local. (Galende, E.)

Estas experiencias que destruyen la diversidad cultural jamás van a ser estímulos a la unión y a la interacción.

Sabemos que desde sus comienzos la modernidad capitalista, más allá de sus declaraciones, no generó un mundo en el que reinara la fraternidad, sino que abrió el escenario de la lucha, la competencia y la rivalidad entre los

semejantes; no aseguró la libertad sino que dejó despuntar formas de dominación y de esclavitud en una escala mundial; tan poco la igualdad se impuso entre los hombres sino que la diferencia, la exclusión y la marginalidad, caracterizaron el panorama social. (Galende, E.)

Lo que pocos perciben es el extraordinario cambio ocurrido con el fenómeno de la globalización que atinge conceptos fundamentales de la organización psíquica de los humanos. La propia alteración de los conceptos de "tiempo y espacio" resultado de la intromisión de una historia que es ajena a la familiar teniendo nuevos valores que no aquellos adquiridos por la convivencia con aquellos de su misma cultura. El enfoque de esta cuestión articula nuevas formas de construcción de identidades. El cambio de escenarios, de categorías alterando significativamente el modo de vida de las personas, resultado de modelos económicos globalizados desplazando el valor mayor de las experiencias unitarias y supervalorando y forzando la escoja de estilos de vida.

El proceso moderno de individuación se desarrolla en el seno de una contradicción que marca fuertemente la identidad social de los individuos. El individuo nace y se desarrolla en el seno de una familia y una comunidad que ya tiene una ubicación social y cultural dada y, por lo mismo, cuenta con un sistema de construcción de significados sociales y valores éticos y morales que le es propio. En el seno de esta familia se organizan para el individuo los primeros procesos psíquicos y también las primeras identificaciones. Este ámbito familiar

privado mediatiza la relación con la sociedad y con las significaciones y valores de la cultura amplia en que deberá luego estructurar y organizar su identidad social. Esta identidad primera tomará lo esencial de su ser, de esa pertenencia a la familia y a la comunidad local. (Galende, E.)

Las tradiciones culturales y familiares dando lugar al conjunto de estructuras dominadas por el Estado que, debería y no asume, los referenciales de constancias tan útiles e indispensables a la formación y estructuración de la personalidad de las personas por él influenciadas. Pocos alcanzan autonomía frente de este sistema de delegaciones de poderes públicos que masifican y destruyen la diversidad cultural dada por la historia individual original.

Lo cierto es que bajo las condiciones actuales de la vida social los sistemas de integración local, la vida de las comunidades y las familias, están dejando paso a formas de producción de subjetividad que muestran la hegemonía de los sistemas de valores y significaciones propios de un mundo y una cultura globalizados, en detrimento de los rasgos locales...Así es como la familia...está delegando muy tempranamente sus funciones de socialización de los niños en diversas instituciones y expertos, que se hacen cargo de su crianza, cuidado y educación. Los niños, por su parte, acceden también muy tempranamente a los significados y valores de la cultura global a través de diversos medios, especialmente la televisión y los videojuegos. En efecto, bastante antes de que la educación formal comience a efectuar su propia tarea de subjetivación e integración social, los niños ya han adquirido lo esencial de las significaciones del mundo técnico y de los vínculos humanos en que habrán de habitar; esto es, absorben el mundo tempranamente, mucho antes de que hayan estabilizado una subjetividad sostenida en las relaciones primarias con el padre, la madre y los hermanos (destaque mio). De este modo el sistema social, con sus características globalizadas, es el que toma el comando de los procesos de subjetivación en detrimento de la familia o los grupos de interacción comunitaria." (Galende, E)

Una consideración fundamental para el trabajo social é pensar que las demandas

actuales, influenciadas por esos nuevos modelos anteriormente citados, *cambian el enfoque y el concepto de cultura*. Nuevas percepciones, nuevos intereses: *"Se trata de una sensibilidad más ligada a la experiencia visual que a la literaria, como lo muestra el éxito de la televisión, los vídeos y otras formas de conocimiento relacionados con el imagen...Para esta nueva concepción un objeto cultural no vale por su sentido, ni requiere de un trabajo de interpretación que explicita la relación de dicho sentido con los valores sociales, sino que vale por lo que "produce" en términos de experiencia. Frente al objeto cultural no se trata ahora de indagar acerca de lo "¿qué piensas?", sino sobre lo "¿qué sientes?" una estética que se basa en la pura sensación."* (Galende, E.)

Sera la presentación y su eficacia que formara la credibilidad de cualquier material o producción, será la imagen y no las ideas o los discursos que las presentan que se espera lograr resultados. Habrá que criarse un empeño al dedicar un estudio exhaustivo buscando entender como se da la relación entre el individuo y los procesos culturales y sociales que están a su alrededor, será en este lugar que se retomará el camino de recuperación de la memoria atávica presente en cada ser humano. **Herederos de nuestra historia previa somos hijos organizados por vínculos poblados de recuerdos que dan significado a la existencia que nos pertenece u organiza, son lo que nos constituye como patrimonio cultural, son valores, son significados.**

Pensar siempre que posible, exige una dinámica que evite antagonismos, persiguiendo ideales que no se alcanzan, sentidos que la vida no irá ofrecer, limitados por la propia vulnerabilidad acreditando que las limitaciones que tenemos como seres humanos nos condenan al fracaso de no desvendar los misterios de la vida y de la muerte. Esta idea del dominio absoluto sobre las ciencias y las artes solo denuncia las deficiencias a las que estamos expuestos, entre tanto no será este el tono que determinará el fin de los sueños que nos motivan a seguir. Nuestro futuro estará directamente comprometido con que hagamos sentidos nuevos y mantengamos una cultura de resistencia en una especie que se niega a ser relegada a ser objeto de consumo, y que siga luchando por su protagonismo social e cultural.

...se trata de un estado de naturaleza mercantilizado y la televisión, se ocupa de

explotarlo muy bien. No hablo solamente del lugar preponderante que les concede a la violencia, a una sexualidad degradada o a la farandulización misma de la política. Me refiero también al pseudoculto a la espontaneidad que ha puesto de moda; ¿a qué apuntan el uso abrumador de imágenes y de expresiones obscenas o los famosos reality shows sino a promover el regodeo del espectador ante los aspectos menos cultivados y más vulgares de su propia cotidianeidad, al tiempo que lo ratifican así en el convencimiento de que es lo único que cuenta, que a todos les pasa lo mismo, que no hay nada de qué avergonzarse y, sobre todo, de que no existen alternativas? (Nun, J)

Estemos alertas todos los que invierten en la pesquisa, en la preservación y en la promoción de la cultura en el sentido de concientizarnos de que: “La cultura posmoderna es generada en gran parte por los medios de comunicación masiva y a partir de los valores propios de las nuevas clases medias. Los individuos de las clases medias actuales ya no son como en la modernidad profesionales liberales, pequeños comerciantes, agricultores, etc. sino que en el ordenamiento social actual son personas con educación media o alta (que actúan en las finanzas, en la publicidad, en los medios de comunicación), ejecutivos de empresas de comercio mundial o empleados de empresas internacionales). Son los sujetos de estos sectores que conforman el público de la cultura posmoderna que expresa

sus valores y criterios éticos y estéticos...los sentidos tradicionales del apego familiar, la amistad del vecino, el pueblo, la familia, el compañero de trabajo, se encuentran desplazados por sentimientos más inmediatos de relaciones rápidas y fugaces en el anonimato de la ciudad, el consorcio o la gran empresa. Las relaciones de amor de la pareja se están transformando, desde la solidaridad y el cuidado de la intimidad compartida al interés personal inmediato, la poca disponibilidad para el próximo o la negociación de las condiciones de ese vínculo ...debemos ser conscientes de que junto a esta nueva sensibilidad humana esta despuntando un nuevo modo de relación entre las personas.” (Galende, E)

Indicadores que confunden valor y precio, cooperación y competición, inmediatez y éxito, heroicidad y destaque, que hacen tolerable el uso perverso del otro, destacan la cantidad de títulos, el tamaño de la cuenta bancaria y las amistades influyentes constituyen un modelo que torna vergonzoso ser honesto y decretan definitivamente la victoria del **yo** sobre el **nosotros**, del individualismo sobre el colectivo humano.

Nota: en este ensayo fueron usadas ideas de Emiliano Galende y José Nun publicadas en el libro La ética del compromiso (ed. Altamira, Buenos Aires. Argentina, 2004).

JUVENTUD, RESPONSABILIDAD Y COMPROMISO SOCIAL

DRA. LAURA DOMÍNGUEZ GARCÍA*

LA JUVENTUD DESDE LA PSICOLOGÍA

La adolescencia y la juventud han sido definidas tradicionalmente como edades de tránsito entre la niñez y la adultez. En la actualidad existe consenso en considerarlas momentos claves en el proceso de socialización del individuo, pues en el transcurso de estos períodos, el sujeto se prepara para cumplir determinados roles sociales propios de la vida adulta, en la actividad profesional-laboral, en sus relaciones con la familia, la pareja y los amigos.

Aunque casi la totalidad de los autores, independientemente de la concepción teórica que sobre el desarrollo asumen en la Psicología, consideran que el criterio principal para la delimitación de estas etapas no responde a la edad cronológica, la mayoría de los estudiosos proponen determinados límites para las mismas.

En Cuba la juventud se enmarca en la etapa entre los 16 y 30 años, ya que se tiene en cuenta que es a partir de los 16 años de edad cuando el individuo posee todos los derechos legales al voto, se le otorga el carné de identidad y se le considera una persona responsable de sus actos.

La juventud se caracteriza por ser una etapa de afianzamiento de las principales adquisiciones logradas en períodos anteriores y, en especial, en la adolescencia, consolidación que se produce en consonancia con la tarea principal que debe enfrentar el joven: la de auto determinarse en las diferentes esferas de su vida, dentro de sus sistemas de actividad y comunicación.

La nueva posición “objetiva” que ocupa el joven dentro de la realidad social, condiciona la necesidad de determinar su futuro lugar en la misma. Es de suponer que todo el desarrollo psicológico precedente le permite delinear un sentido de la vida, como conjunto de objetivos mediatos que el joven se traza, los cuales se vinculan a las diferentes esferas de significación para la personalidad y requieren de la elaboración de estrategias, encaminadas a emprender acciones en el presente que contribuyan al logro de metas futuras.

La elección de la futura profesión o el desempeño de una determinada actividad laboral ocupa un lugar elevado en la jerarquía motivacional y permite establecer distinciones entre los variados sectores pertenecientes a la juventud, como son los estudiantes de nivel universitario, preuniversitario y técnico medio, trabajadores estatales o por cuenta propia, campesinos, etc. Entre estos sectores existen diferencias de carácter sociológico y económico que se reflejan de múltiples formas en la subjetividad de los jóvenes, por lo que en comparación con etapas anteriores en la juventud se torna más difícil el establecimiento de regularidades y tendencias generales del desarrollo psicológico.

El joven debe decidir, en primer término, a qué actividad científico profesional o laboral va a dedicarse; y en consonancia con esta decisión, organizar su comportamiento. Por esta razón, se presentan diferencias entre los jóvenes que comienzan a trabajar y aquellos que continúan siendo estudiantes, cuestión que repercute en su sistema su comunicación, desde las expectativas y exigencias de la familia, los compañeros y la sociedad en su conjunto.

* Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana, Cuba

La situación “social del desarrollo” en esta etapa conduce al proceso de autodeterminación de la personalidad, en consonancia con las tareas y exigencias que el joven debe cumplimentar. La posibilidad de alcanzar este nivel de regulación dependerá de las condiciones de vida y educación en las que haya transcurrido el desarrollo de la personalidad, y de si dichas condiciones han preparado al sujeto para actuar en base a propósitos conscientemente adoptados, que mediatizan las contingencias situacionales que puedan presentárseles.

CONTEXTO SOCIO HISTÓRICO EN EL QUE SE DESARROLLA LA PERSONALIDAD DE LOS JÓVENES EN LA ACTUALIDAD

El signo distintivo del siglo XX fue el cambio y el nuevo milenio exhibe como fatal herencia la existencia de un mundo unipolar, neoliberal y globalizado, cada vez más incapaz de detener la proliferación de enfermedades altamente letales, el deterioro vertiginoso del medio ambiente, el terrorismo y las guerras. Un mundo, en el que la especie humana corre peligro de extinción y donde acudimos al florecimiento de una ética postmoderna, portadora de concepciones que legitiman el hedonismo, el individualismo y la desmovilización, como únicas actitudes posibles frente a semejante caos.

El progreso tecnológico -que ha llevado a la humanidad ante la fragilidad de un accidente genético o nuclear- no ha significado necesariamente progreso social, sino más bien ha conducido al deterioro de los valores de igualdad, libertad y fraternidad, pacientemente creados por la humanidad. La crisis económica, social y política que vive el mundo hoy, afecta de distintas formas el pensamiento, así como la concepción teórica y práctica de la cultura en general, y como parte incuestionable de ella, a todas las ciencias.

Por lo antes dicho, el problema de la educación de valores morales y sociales, resulta hoy, más que nunca, una exigencia para la supervivencia del género humano y para la preservación de la cultura material y espiritual creada por la humanidad en todo el devenir de su historia.

El proceso de formación de valores, indisolublemente unido al proceso de desarrollo

moral de la personalidad, tiene un condicionamiento socio-histórico. El desarrollo moral no ocurre al margen de las condiciones socio-económicas y materiales de vida, que en última instancia, lo determinan.

Cuba y nuestro pueblo, a pesar de los esfuerzos continuos del imperio yanqui por mantenernos como nación al margen del mundo y someternos a través de su brutal bloqueo; precio impuesto a la batalla que hemos librado por más de medio siglo en pos de nuestro legítimo derecho a la independencia y a la soberanía, no ha escapado de las negativas consecuencias de la globalización. Los cambios, necesarios para nuestra supervivencia, que en el terreno económico se han producido en nuestro país a raíz del “período especial”, desde inicios de la década de los 90, han repercutido, no siempre de la manera deseable, en el plano ideológico desde la perspectiva del “deber-ser”.

Según M. I. Domínguez y M. del R. Díaz (1997) en la década de los 90 se produjeron un conjunto de transformaciones en la población joven de nuestro país, producto del impacto que provocó la caída del campo socialista y el “período especial” en la subjetividad de los individuos pertenecientes a este grupo poblacional. Algunos de estos cambios se refieren a la disminución y poco desarrollo de la conciencia de igualdad, problemas en cuanto a la socialización y deterioro en los valores y su formación. También se presentaron numerosas dificultades en el campo educacional, debido al incremento de la falta de motivación para la continuación de estudios, lo que dio lugar a la deserción escolar y, a la vez, a una disminución de las posibilidades de acceso a la enseñanza superior.

Asimismo, aumentó la pasividad juvenil hacia el desempeño de labores sociales y económicas, de las cuales los jóvenes a lo largo de la historia habían sido protagonistas, y ocurrió un éxodo migratorio muy elevado, casi comparable con que se produjo en los años 60, generándose indicadores de desajuste social como el aumento del alcoholismo, la violencia y la aparición y desarrollo de la prostitución.

En esas condiciones hicieron su aparición fenómenos negativos, desde el punto de vista social, como lo son la prostitución ya mencionada y el uso indebido de drogas, incluidas las ilegales, fenómenos desconocidos por nosotros desde el triunfo de la Revolución en enero del 59,

así como actos de corrupción y delictivos que aún persisten. No obstante, y atendiendo a sus nocivas consecuencias sociales, los mismos han recibido la atención priorizada del Estado cubano. A lo antes dicho podríamos agregar algunas actitudes desfavorables derivadas de esta situación como la pasividad y el conformismo de unos, o su reverso en términos del hipercriticismo de otros, la falta de compromiso, el individualismo y la tendencia a la emigración como vía de alcanzar determinadas aspiraciones.

En particular, en lo relativo a los jóvenes que se forman en nuestras universidades para las esferas de la ciencia y la tecnología, se afirma que:

“Las políticas científicas han sido decisivas para el desarrollo profesional y social, pues se han caracterizado por su relación con la estrategia de desarrollo socioeconómico del país; la flexibilidad de adecuar, según las etapas, los mecanismos institucionales a los requerimientos del momento; haber enfatizado en la formación y desarrollo de los recursos humanos en las instituciones de enseñanza de manera articulada con las necesidades del desarrollo de la ciencia y la tecnología, de forma que hoy la fuerza principal del sector en el país está en su personal” (Domínguez, M.I., 2005, citada por Castilla, C., Domínguez, M.I. y Quintana, D., página 4, 2010).

Sin embargo, a pesar de los elementos favorables antes mencionados, “...Cuba no escapa a determinadas problemáticas, que también se identifican como obstáculos a nivel internacional para el logro de procesos efectivos de formación de las nuevas generaciones para la ciencia y la tecnología. Así, la migración sur - norte, el llamado “robo de cerebros”, el desinterés hacia las carreras de ciencia -fundamentalmente las ciencias básicas-; así como la inestabilidad de la juventud en el sector y las debilidades en el tratamiento hacia este grupo generacional una vez inserto en las instituciones, (...) dificultan su desarrollo y rápida - efectiva inserción”. (Domínguez, M.I., 2007, citada por Castilla, C., Domínguez, M.I. y Quintana, D., páginas 4 y 5, 2010).

Pensamos que la influencia de las condiciones sociales, objetivas, sobre la subjetividad del hombre, no se produce de manera mecánica o lineal, ni en todos los sujetos por igual. La

intencionalidad del sujeto, como ser consciente y activo, puede trascender esas condiciones hasta cierto punto, y la vanguardia comprometida con los principios de nuestro proyecto social socialista, de la cual forman parte los educadores en nuestro país en su más amplio sentido, no puede detenerse en su empeño por conservar y transmitir a la joven generación, la esencia moral y humanista de nuestro proceso revolucionario y, para ello, trabajar para ir sumándola a este camino, a pesar de los obstáculos antes descritos.

LA EDUCACIÓN DE LA PERSONALIDAD DEL JOVEN

Consideramos que aún cuando el desarrollo de la personalidad del joven presente determinadas limitaciones, producto de dificultades en las influencias educativas que recibió en etapas precedentes, es posible potenciar en la juventud la formación de valores, porque se presentan un conjunto de condiciones objetivas y subjetivas que favorecen este proceso.

En el proceso de desarrollo de la personalidad se ejercen sobre el individuo múltiples influencias educativas, que van desde aquellas que recibe en su medio familiar y en su grupo de coetáneos, hasta las que corresponden a la escuela y posteriormente al medio laboral, además, de aquellas provenientes de los medios masivos de comunicación y otros factores macro sociales. Estas influencias formales e informales son en buena medida responsables del nivel de regulación y autorregulación que alcanza la personalidad, aún cuando este proceso acontece de manera individualizada y particular en cada sujeto, y en cada edad psicológica, actúan de manera específica.

En este sentido, la adolescencia y la juventud, dadas las particularidades psicológicas que las distinguen como períodos del ciclo de desarrollo vital, se consideran como etapas de riesgo en lo relacionado a la posibilidad de aparición de adicciones y la educación debe responsabilizarse en buena medida con evitar este penoso desenlace.

El uso indebido de drogas ilegales, el consumo de tabaco y alcohol se asocian en estas edades, y muy especialmente en la adolescencia –por su carácter de etapa crítica–, a la necesidad de independencia y autoafirmación, a la curiosidad, a la búsqueda

de emociones y de aceptación en el grupo de iguales, ya que la aprobación de los coetáneos se convierte en principal motivo de conducta y fuente de bienestar emocional, por excelencia, del adolescente. Estos comportamientos pueden también llegar a convertirse en una forma de mostrar rechazo a las prescripciones adultas, ser expresión de frustración, de protesta ante la moral, la política o las reglas económicas imperantes en la sociedad.

A estas particularidades de dichas edades se suma otra situación como agravante. En el mundo actual proliferan filosofías que justifican el uso de determinadas drogas consideradas “blandas” como la marihuana, o que esgrimen que el consumo de las mismas es un problema de opción individual, en el que la sociedad no debe inmiscuirse. Este criterio, a nuestro juicio, resulta totalmente inadecuado, ya que la drogodependencia es un inmenso flagelo social, que conduce o se asocia a otros, como el contagio de enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA, el delito y la violencia. Estas situaciones que afectan la salud del sujeto y, en última instancia, a todo su entorno, son el resultado de limitaciones en la formación de sus valores morales y de su personalidad.

El consumo de tabaco, y muy en especial de alcohol y drogas ilegales, constituye un indicador de desajustes en el desarrollo personal y, en distinta medida, aunque igualmente negativa, provocan serias afectaciones a la salud física y mental del sujeto, acarreándole infinidad de trastornos en su vida de relación.

Es por lo antes analizado que pensamos que una vía esencial para prevenir estos problemas es la educación de valores, la potenciación a través de múltiples influencias educativas de individuos con recursos psicológicos que los hagan capaces de auto determinarse y de erigir un muro infranqueable, ante tan desastrosas tentaciones. En este proceso desempeñan un lugar importante las influencias educativas formales e informales, la promoción de salud y de vías para el empleo saludable del tiempo, cuestiones a las que pueden contribuir de manera significativa los proyectos comunitarios.

La personalidad tiene dos importantes vías de formación, las que nos permiten, a la vez, diagnosticar el desarrollo que han alcanzado las formaciones psicológicas que la componen. Estas vías son la actividad y la comunicación.

Cuando nos referimos a la actividad, la

consideramos como un sistema que abarca la participación e implicación del joven, tanto en las tareas docentes, investigativas, laborales, participación en proyectos comunitarios, como en las actividades de esparcimiento (culturales, deportivas, recreativas, etc.), así como también, en las político-ideológicas propiamente dichas. En este sentido, consideramos de especial relevancia por su carácter formativo, la inserción de los jóvenes en tareas sociales que responden a las necesidades del país.

Ahora bien, es importante señalar que esta participación no puede medirse de manera esquemática, ya que se relaciona en buena medida con las necesidades individuales del joven, aún cuando estas puedan o deban estar en consonancia con las de carácter social.

Es necesario profundizar y continuar ampliando el protagonismo responsable de los jóvenes en la organización de su propia vida estudiantil y laboral, en su aporte y compromiso con las tareas que demanda la sociedad, y, para todo esto, resulta esencial el trabajo sistemático y cohesionado de las instituciones, de las organizaciones políticas y de masas, entre las cuales deben tener un papel esencial las organizaciones juveniles en cada centro educacional o laboral.

Por su parte, y en unidad dialéctica con la actividad, la comunicación sistemática también resulta esencial, porque es la vía principal, a través de la cual, podemos transmitir contenidos y conocer cómo avanza el proceso de aprendizaje. Esta relación comunicativa debe basarse en el diálogo abierto y flexible, como proceso interactivo sujeto-sujeto, apoyarse en el respeto mutuo, la comprensión y la empatía, así como en el establecimiento de límites consecuentes y consistentes, evitando actitudes intransigentes o paternalistas por parte de los dirigentes institucionales, de las organizaciones políticas y de masas y de los profesores, favoreciendo que el joven se sienta responsable de su proceso de formación.

El trabajo educativo, político e ideológico, no puede ser estandarizado ni realizarse de manera uniforme, sino adecuarse de manera flexible y creativa al contexto en que se realiza y a las necesidades de las personas, en este caso de los jóvenes, hacia quienes va dirigido.

El debate sobre el tema de la formación de valores debe abordarse desde una perspectiva

amplia, ya que los mismos no se asocian solamente a la ideología y a la política, sino que también se conforman y se expresan en las relaciones del joven con sus compañeros, con sus amigos, con su pareja, en el seno de la familia y en su comunidad; en la forma en que se proyecta al futuro, en la manera que elabora y lleva a cabo sus proyectos profesionales y laborales, en una palabra, en su "actitud ante la vida", en su más amplio sentido.

El proceso de educación de la personalidad en la juventud debe encaminarse a promover el desarrollo de formaciones de la personalidad que resultan básicas para que el joven pueda autodeterminar su comportamiento; esto es, guiar su conducta desde el plano interno, y con ello estar menos expuesto a influencias externas, sobre todo de aquellas que puedan resultar perjudiciales.

PERSONALIDAD SANA Y MADURA

En la juventud, la identidad personal, también denominada autovaloración (autoconocimiento y autoevaluación del sujeto de sus cualidades físicas, psicológicas y morales) debe alcanzar un importante grado de estructuración y estabilidad y conducir al joven a proponerse tareas para su autoeducación, ya que el principal propósito que él debe acometer es el de determinar su futuro lugar en la sociedad. Así, la elección de la futura profesión o actividad laboral, y su desempeño, se apoyan en la valoración que hace el sujeto de sus capacidades, cualidades e intereses, y forma parte esencial de la elaboración de un proyecto de vida, que le permita encaminar su conducta presente en pos de objetivos situados, temporalmente, a largo plazo.

Por otra parte, el proyecto de vida como sistema de objetivos mediatos, aspiraciones y expectativas vinculadas a las principales esferas de realización del joven, entre las que pueden encontrarse la familia, la profesión, su autorrealización, etcétera, tiene como importante sostén el conjunto de valores que se estructuran como contenidos de su concepción del mundo y que también forman parte de su identidad personal.

Resulta imposible que el joven elabore un proyecto de vida sólido y realizable, que comprometa todas las potencialidades reguladoras de su personalidad, si no se apoya en lo que es y en lo que quiere ser, en la contradicción entre su yo real

y su yo ideal, todo lo cual se encuentra matizado por su concepción del mundo y sus valores.

En este proceso de construcción del proyecto de vida intervienen, desde el punto de vista de su contenido y también dinámico, no solo la identidad personal del joven, sino también su concepción del mundo y, por tanto, sus valores.

Es necesario apuntar que la concepción del mundo no es solamente la forma más o menos exacta en que el joven se representa el mundo, a través de conceptos y juicios, sino que es, además, la manera en que se orienta hacia la realidad, su actitud u orientación valorativa de carácter moral hacia lo que le rodea, pues la concepción del mundo tiene, además de un componente cognitivo, otro no menos importante que es el axiológico.

Esta forma de concebir el mundo y de asumir una determinada posición personal frente a la realidad depende, en buena medida, de la valoración de sí mismo. La identidad personal es reflejo de los valores del sujeto, porque el sentido de autoestima o grado de satisfacción que siente el individuo respecto a la persona que es, depende del contenido de dichos valores y de su potencial regulador en la conducta.

Los valores constituyen formaciones complejas de la personalidad cuyos contenidos se corresponden con significados socialmente valiosos que permiten al joven la valoración moral de su entorno social, de los otros con los que establece relaciones en el contexto de los sistemas de actividad y comunicación en los que participa y de su propia persona.

Los valores forman parte de la subjetividad humana como formaciones psicológicas de la personalidad. Esto significa que el valor posee un componente cognitivo que es el conocimiento del contenido del valor, o dicho de otra forma, la conciencia de qué significa ser honesto, responsable, digno, justo, etc.. Además, en los valores está presente un componente afectivo, el cual determina el compromiso emocional del sujeto con el contenido del valor. Esta unidad de lo cognitivo y lo afectivo es la que posibilita que el valor se convierta en un regulador efectivo del comportamiento del sujeto.

Si el contenido del valor no es construido de manera activa por el joven, si no adquiere para este, además de un significado, un sentido personal, no puede convertirse en un elemento que movilice y oriente su conducta.

La aparición de los valores como formación psicológica de la personalidad, de la concepción del mundo que los integra y sistematiza, unida al surgimiento de una identidad personal definida y del proyecto de vida, no es un producto automático del desarrollo ni se produce de manera espontánea en el joven, sino que es ante todo un resultado mediato de las condiciones de educación en las que ha transcurrido su existencia y de su historia personal que él construye activamente a lo largo de su vida como sujeto socio-histórico.

La identidad personal, los valores como componentes de la concepción del mundo y el proyecto de vida son formaciones psicológicas de la personalidad, cuyo desarrollo tiene su cimiento desde edades tempranas y se extiende a lo largo de la vida. Estas formaciones adquieren en la juventud un alto grado de estructuración y un elevado poder regulador, cuestión que se ve favorecida por las exigencias que impone al comportamiento del joven su entorno social, y todo ello, unido a su necesidad de autodeterminación en los diferentes esferas de su vida, que adquieren para él sentido personal.

Para que se produzca un desarrollo de la personalidad que sea sinónimo de crecimiento y despliegue de las potencialidades del sujeto, de auto aceptación, de autenticidad personal, de autonomía, independencia, seguridad, flexibilidad, de la capacidad de relacionarse con los demás, desde la posibilidad de analizar y respetar sus opiniones, el desarrollo debe entenderse y promoverse como un proceso de intenso dinamismo. Lo anterior significa que la misión principal de la educación es la de desarrollar en los jóvenes una personalidad madura.

Personalidad madura es condición del sujeto autorregulado, que posee una identidad personal estructurada y es capaz de proyectarse al futuro mediante la elaboración de un proyecto de vida, apoyado en su concepción del mundo.

Personalidad madura es también síntesis de un conjunto de valores sociales y morales que se manifiestan en la capacidad constructiva y transformadora del hombre hacia su entorno y hacia sí mismo, en su tendencia a progresar, vencer metas y proponerse nuevos retos.

Un factor decisivo entonces para el funcionamiento adecuado de la sociedad y que constituye la base

del desarrollo de nuestro proyecto social, es la asunción individualizada y personalizada de cada cubano y cubana de los principios que sustentamos como nación. No podemos olvidar que los valores primordiales de nuestro proyecto social socialista, los de identidad, soberanía y justicia social, sólo serán elementos que nos distingan, si pasan a formar parte de la subjetividad de cada uno de nosotros.

Este propósito se convierte en el objetivo fundamental de la formación de los jóvenes y todos nuestros esfuerzos deberán encaminarse a lograr que ellos sean capaces de conjugar su desempeño profesional-laboral con el compromiso social dirigido a la solución de los problemas y tareas que nos presenta hoy la construcción del socialismo en Cuba.

CONSIDERACIONES FINALES

El panorama internacional y las propias condiciones económicas y sociales de nuestro país indican la necesidad de que se produzcan cambios en distintos órdenes que nos permitan, por una parte, alcanzar un desarrollo económico que garantice la satisfacción de las necesidades materiales de los cubanos y las cubanas, a la vez que sirva de sostén al desarrollo de la conciencia social, de forma tal que podamos contrarrestar la crisis de valores en que nos encontramos y logremos subvertirla.

En este proceso la juventud juega un papel esencial como portadora de lo nuevo, pero para ello se necesita un *protagonismo responsable* de los jóvenes, quienes deben proyectar e implicarse activamente en la consecución de los cambios que requiere la sociedad cubana, teniendo en cuenta las condiciones objetivas y subjetivas de nuestra existencia y la necesidad de preservar los valores primordiales de nuestro proyecto social socialista, los de identidad, soberanía y justicia social, que sólo serán elementos que nos distingan, si pasan a formar parte de la subjetividad de cada joven y de cada ciudadano como asunción individualizada y personalizada de los principios que sustentamos como nación.

Identidad, valores y proyecto de vida constituyen importantes indicadores del desarrollo personal. Dicho en otras palabras, son componentes esenciales de la personalidad sana y madura, cuya formación debe constituir el propósito esencial en la educación de las nuevas generaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Castilla, C, Domínguez, M. I., Quintana, D. (2010) "Orientación Profesional de los estudiantes universitarios hacia el trabajo científico-técnico en Cuba". Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas, Cuba. Material en soporte digital.
- Domínguez G., M. I. y M. del R. Díaz (1997) "Reproducción social y acceso a la educación en Cuba. Situación en los 90". Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas de la Academia de Ciencias de Cuba. La Habana, Cuba.
- Domínguez, G., L. (2012) "Sobre el trabajo educativo y político ideológico en la Universidad de La Habana". Material digitalizado. La Habana, Cuba.
- _____ (2010) "Proyectos futuros en jóvenes cubanos". Trabajo presentado en el Evento III Taller Internacional sobre Juventud. La Habana, Cuba.
- Publicado en CD/ ISBN: 978-959-237-276-4
- _____ (2007) "Psicología del Desarrollo. Problemas Principios y Categorías". Editorial "Félix Varela". La Habana, Cuba.
- _____ (2003) "Psicología del Desarrollo: Adolescencia y Juventud". Editorial "Félix Varela". La Habana, Cuba.
- Domínguez, L. y Giniebra, R. (2012) Informe final de investigación "Proyectos profesionales y valores asociados al desempeño de la profesión en estudiantes de la Universidad de La Habana". La Habana, Cuba. Material en soporte digital.
- _____ (2012) "Proyectos profesionales y valores asociados al desempeño de la profesión en estudiantes de la Universidad de La Habana". Trabajo presentado en el Evento IV Taller Internacional sobre Juventud "Niñez, adolescencia y juventud: diversidad, diálogo y transformación" La Habana, Cuba.

LA SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA. FASES, CARACTERÍSTICAS, CONFLICTOS Y SUS AFRONTAMIENTOS

LIC. JULIO LÓPEZ PIEDRA,* LIC. ANA IBIS MARTÍNEZ GALVÁN,** LIC. JAVIER LÓPEZ CORRAL***

RESUMEN

Investigaciones municipales en últimos 12 años en diferentes sectores poblacionales (adultos y adolescentes) aportaron resultados coincidentes en desconocimiento sobre educación sexual en general y particularmente en la adolescencia, con marcado divorcio entre criterios adultos y requerimientos adolescentes, no obstante ser l@s adolescentes quienes más apoyo requieren en su crecimiento, formación e incorporación a la sociedad. Los adultos no son ajenos a estos requerimientos, pero desconocen como afrontarlos en sus diferentes escenarios, no reconociendo la adolescencia como una etapa de vida. Revisión bibliográfica actualizada de conjunto con la experiencia adquirida en la investigación, docencia, capacitación y actividad laboral de los autores con l@s adolescentes, permitió caracterizar la adolescencia en tres etapas, describir sus particularidades en cada género y los principales conflictos que estas generan a lo interno de l@s adolescentes, entre ellos/as y con los adultos. Con el objetivo de brindar herramientas para los grupos poblacionales vinculados a la educación sexual de l@s adolescentes en cualquier escenario, se confeccionaron sugerencias prácticas encaminadas a *cómo afrontar estos conflictos*. La información

sobre las características de cada etapa, los conflictos que se generan y las sugerencias para su afrontamiento fueron aplicadas en la capacitación a profesores enseñanza primaria y media, la docencia de pre y postgrado de Ciencias Médicas, trabajo grupal con adolescentes, en las consultas de orientación sexual y orientación familiar aportó satisfactorios resultados, permitiendo una mejor educación sexual, comprensión y solución de las necesidades adolescentes y comunicación entre ambos sectores.

Palabras claves: Adolescencia, educación sexual, características, conflictos y afrontamientos.

INTRODUCCIÓN

Las investigaciones realizadas en los últimos 12 años en el Municipio Artemisa por los equipos de la Comisión Municipal de Sexología y Educación de la Sexualidad, la Cátedra de Sexología y Educación de la Sexualidad de la FCMA y el Centro para la Atención Integral al Adolescente (CAIA) de Artemisa, dirigidas a diferentes sectores poblacionales tanto de adultos/as, como de los y las adolescentes y jóvenes, han aportado resultados divergentes en la esfera de la educación de la sexualidad vista desde el prisma de ambos sectores.¹

En este sentido se realizaron exploraciones cuanti-cualitativos sobre la sexualidad y su educación con la aplicación de encuestas en el contexto Municipal. Una dirigida a los padres y las madres (adultos): de los alumnos de 9no grado de las ESBUs Pedro Ortiz Cabrera y Eduardo García Lavandero; de los 10 centros de trabajo de mayor magnitud del municipio; de población abierta en el bulevar y a los participantes en el Programa de

* LIC. JULIO LÓPEZ PIEDRA, Máster en Sexualidad y Educación Médica Superior, Profesor Asistente. Orientador sexual del Centro para la Atención Integral al Adolescente de Artemisa.

** LIC. ANA IBIS MARTÍNEZ GALVÁN, Máster en Sexualidad, Profesora Asistente. Psicóloga del Centro Provincial de Medicina Deportiva, Artemisa.

*** LIC. JAVIER LÓPEZ CORRAL, Profesor Asistente. Promotor de salud del Centro para la Atención Integral al Adolescente de Artemisa.

Educación Sexual dirigido a la familia. La segunda encuesta dirigida a: los y las adolescentes de las EBU Pedro Ortiz Cabrera y Eduardo García Lavandero, la escuela de Iniciación Deportiva Antonio Maceo (EIDE) y la de Perfeccionamiento de Atletas Julito Díaz (ESPA); los/as adolescentes y jóvenes de los preuniversitarios y tecnológicos y los/as jóvenes de las escuelas integrales.

Reforzadas estas Investigaciones con la observación directa, grupos focales, y entrevistas dirigidas a los/as adolescentes y jóvenes en el bulevar, la discoteca Coco Loco y otros lugares de recreación; en las consultas de sexología y orientación. Así como, mediante la ejecución de Estrategias de Intervención, cursos, talleres y programas radiales dirigidos a adolescentes, profesores de la enseñanza media y población abierta. Con la aplicación de programas educativos sexuales, tanto los creados por el CENESEX (Crecer en la adolescencia, Mi proyecto de vida y Maternidad y paternidad responsable) dirigidos a los y las adolescentes y jóvenes; como los creados por la Comisión y Cátedra de Sexología dirigidos a:

- Los médicos, enfermeras, psicólogos, educadoras y auxiliares pedagógicas de los Círculos infantiles.
- Madres y padres con hijos adolescentes
- Médicos y Enfermeras de la Familia
- Tutores y Facilitadores del Policlínico Universitario
- Profesionales de las Ciencias de la Salud
- Jóvenes de las Escuelas Integrales

Todas estas investigaciones, intervenciones comunitarias y aplicación de programas educativos-sexuales permitieron tener claridad sobre las necesidades y los criterios que tienen los padres, madres y adultos en general sobre la educación sexual de sus hijos/as fundamentalmente en la adolescencia, así como las principales necesidades sentidas de los y las adolescentes y jóvenes sobre su educación sexual, encontrando un divorcio entre ambos puntos de vista.

Con vistas a obtener una mayor claridad sobre esta problemática se realizó una revisión de la bibliografía actualizada y autorizada sobre la sexualidad y su educación fundamentalmente la dirigida a la adolescencia.

Para esclarecer las principales dudas de los adultos en el afrontamiento de la educación de los y las adolescentes en cualquiera de sus escenarios,

se transmitió de forma concreta y sintetizada las principales características y conflictos de cada etapa de la adolescencia.

Así como se brindó como herramienta para todos los grupos poblacionales que se vinculan a su educación, un conjunto de sugerencias prácticas para el afrontamiento de cada uno de los conflictos en las tres fases de la adolescencia.

Tanto las características y conflictos, como las sugerencias de afrontamiento de estos, han sido utilizadas a través de técnicas participativas y de orientación en:

- **La capacitación de profesores** de 5^{to.} y 6^{to.} grado de las 11 escuelas primarias, de las cuatro secundarias básicas, el preuniversitario y el tecnológico del municipio a través de la reunión mensual de promotores de salud del sistema educacional y de talleres de trabajo de salud sexual y reproductiva
- **Docencia de pregrado** en las carreras de medicina y psicología
- **Cursos electivos** de Medicina y Tecnología de la Salud
- **Cursos de postgrado** a médicos y enfermeras del CMF y otros profesionales
- **Diplomado de Educación Sexual** dirigido a los profesionales de las Ciencias de la Salud
- **Las consultas** de orientación sexual a los y las adolescentes y de orientación a la familia del Centro para la Atención Integral al Adolescente
- **En los círculos de interés** donde participan los adolescentes de los tres niveles de enseñanza. Donde se visualizan las sugerencias prácticas de afrontamiento de los conflictos a través de técnicas participativas para mejorar la comunicación entre adolescentes y de ellos con los adultos
- **Curso Prejornada** de la II y III Jornada Provincial de Adolescencia, Sexualidad y Salud Mental

La información obtenida de conjunto con la experiencia adquirida en la investigación sobre educación sexual y el trabajo de los autores con los y las adolescentes en las consultas de orientación sexual y la actividad grupal en diferentes escenarios, permitió caracterizar la adolescencia en tres etapas, describir sus características para cada género y los principales conflictos que estas generan a lo interno de los y las adolescentes, entre ellos/as y con los adultos.

Reconociéndose por los autores como **objetivo básico de este trabajo educativo**, perfeccionar el conjunto de sugerencias prácticas que sirven de herramientas en la educación sexual de este grupo poblacional y facilitan el afrontamiento de los conflictos descritos para cada género y en cada fase de la adolescencia.

RESULTADOS

La sexualidad en la adolescencia. 8/10 años a 18 años de vida

Antes de comenzar a exponer las características de la sexualidad en la adolescencia, sus conflictos y las sugerencias para su afrontamiento, veamos algunos comentarios sobre sexualidad y sobre adolescencia, para posteriormente considerar su interrelación en cada fase de esta importante etapa o curso de vida de los seres humanos.

SEXUALIDAD

Aunque existe un alto número de definiciones sobre el concepto sexualidad, asumimos las tres que se presentan a continuación en función de exponer:

- Un criterio internacional consensuado por la OMS.
- La definición asumida por el texto básico de la Medicina General Integral
- La definición creada por las Doctoras en Ciencias Alicia González Hernández y Beatriz Castellanos Simons, teóricas de la “Escuela Cubana de Sexualidad”

La sexualidad es un aspecto fundamental de la condición humana, presente a lo largo de la vida y abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se vivencia y se expresa por medio de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, funciones y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se vivencian o expresan siempre. La sexualidad recibe la influencia de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, así como religiosos y espirituales.²

Sexualidad son “las características biológicas, psicológicas y socioculturales que nos permiten comprender el mundo y vivirlo a través de nuestro ser como hombres o mujeres”. Es una necesidad humana, expresada a través del cuerpo como parte de nuestra personalidad, que determina lo femenino o lo masculino, de la imagen y conciencia de cada ser humano, y también es parte de nuestra identidad. Al hablar de sexualidad tenemos que conocer que esta tiene tres componentes fundamentales: el biológico, el social y el psicológico.³

Sexualidad es una dimensión de la personalidad que se construye y expresa desde el nacimiento a lo largo de toda la vida a través del conjunto de representaciones, conceptos, pensamientos, emociones, necesidades, sentimientos, actitudes y comportamientos(todo lo afectivo, lo cognitivo y lo conductual) que conforman el hecho de ser psicológica y físicamente “sexuados”, masculinos o femeninos, lo que trasciende las relaciones de pareja para manifestarse en todo lo que la persona “es” y “hace” en su vida personal, familiar y social.⁴

No obstante en la cotidianidad referimos que la sexualidad es “todo lo que hacemos y sentimos desde una perspectiva de género”

ADOLESCENCIA

Adolescencia del latín *adolescere*, significa padecer. Durante mucho tiempo se consideró solo un tránsito entre la infancia y la adultez, pero hoy existen motivos suficientes para considerarla como una etapa dentro del proceso de desarrollo del ser humano y exclusivo de nuestra especie. La adolescencia es aceptada como una etapa privativa del ciclo vital humano con “personalidad propia, que se caracteriza por la magnitud y complejidad de las transformaciones, que a su largo se experimentan.”⁵

En la actualidad se considera a la adolescencia como un período clave en el proceso de socialización del individuo, en el transcurso del cual cada uno se prepara para asumir como hombre o mujer determinados roles sociales propios de la vida adulta, tanto en lo referido a la esfera laboral y profesional, como en la de sus relaciones interpersonales con los miembros de la familia, con la pareja, los amigos y demás grupos sociales en los que participa. Conjuntamente el o la adolescente deberá regular su comportamiento, de forma tal, que alcance una competencia adecuada ante las

exigencias presentes en la sociedad en que se desenvuelve.

La convicción de las especificidades y variabilidad dentro de la propia adolescencia, ha llevado al consenso de hacer subdivisiones. A fin de entender sus peculiaridades en cuanto a crecimiento y desarrollo la OMS, define con fines prácticos a la adolescencia como el período en la vida comprendido entre los 10 y los 19 años en que se producen una serie de cambios biofisiológicos, psicológicos, intelectuales y sociales que sitúan al individuo ante una nueva forma de vivenciarse a sí mismo y a todo aquello que lo rodea.⁶

Es una de las etapas o cursos de la vida en la cual se producen las transformaciones más rápidas, profundas y radicales en todas las esferas (biológica, psicológica y social), dividida en dos o tres etapas según diferentes autores. Siendo una cuestión aún no resuelta, cuándo inicia y termina cada una de estas fases o subetapas y la propia adolescencia. Las clasificaciones suelen basarse en límites cronológicos, *a pesar de ser este, el momento de la vida en el que las diferencias individuales son más acentuadas.*

Existen disímiles criterios referentes a las edades de inicio y culminación de cada una de ellas, incluso para cada uno de los sexos. Según los autores, teniendo en cuenta la experiencia práctica con los adolescentes y concordando con otros autores, la adolescencia debe dividirse en tres etapas, fases, momentos o cursos de vida, donde se tendrá muy en cuenta el comportamiento de género en el desarrollo de los cambios biológicos, psicológicos y sociales a través de toda la etapa:

- **Adolescencia precoz, temprana o pre adolescencia**, que se inicia con la pubertad y transcurre en los varones entre los 10 y los 13/14 años, mientras en las muchachas entre los 8/10 y los 11/12 años. Caracterizada fundamentalmente por la primacía de los cambios biológicos, seguidos por el inicio de los cambios psicológicos y rara vez por alguna manifestación de los cambios sociales
- **Adolescencia intermedia o adolescencia**, que acontece en los varones entre los 13/14 años y los 15/16 años, mientras en las muchachas entre los 12/13 años y los 14/15 años. Caracterizada fundamentalmente por el desarrollo de los cambios psicológicos, seguidos por la culminación de los cambios biológicos y

las primeras manifestaciones de cambios sociales

- **Adolescencia tardía o final**, se desarrolla en los varones entre los 15/16 años y los 18-19 años, mientras en las muchachas entre los 14/15 años y los 18-19 años: Caracterizada por el desarrollo de los cambios sociales, acompañados por la continuidad de los cambio psicológicos y ocasionalmente en un reducido número de adolescente el término sus cambios biológicos

Es importante resaltar que cada género tiene sus propias características y que los límites fijados corresponden a la generalidad de los y las adolescentes en cada fase, lo que no implica que los muchachos y muchachas que se *“adelantan o atrasan”*, en correspondencia a estas generalidades, en el tránsito por cada una de estas fases no presenten un nivel normal de desarrollo.

Resulta necesario recordar que desde el punto de vista intelectual en la adolescencia se produce un salto esencialmente importante, pues el pensamiento adquiere la posibilidad de basarse no solo en lo concreto, sino también en lo abstracto, surgiendo el pensamiento “lógico formal”, también denominado “conceptual teórico” o “hipotético deductivo”.

Durante la adolescencia el desarrollo del pensamiento permite realizar reflexiones basadas en conceptos, elaborar hipótesis como juicios enunciados verbalmente, comprobándolas y demostrándolas a través de un proceso deductivo. El/la adolescente es capaz de fundamentar sus juicios y de exponer sus ideas de forma lógica, llegando a generalizaciones.

Si queremos contribuir a un desarrollo integral y armónico de muchachas y muchachos, no basta con conocer las diferentes definiciones y los límites de las fases y la propia etapa de la adolescencia, se hace imprescindible acercarnos a las manifestaciones que las caracterizan y al afrontamiento de los conflictos que ellas generan.

En el transcurso de la adolescencia se debe hacer especial énfasis en la educación de la sexualidad, sobre todo si se ha carecido de ella en las etapas anteriores, y para ello es necesario tener muy en cuenta la composición

bio-psico-social de los seres humanos, la cual se define en buena medida durante este período de la vida y en consecuencia es ineludible explorar los cambios que en estas esferas se producen.

Otro elemento en el que se debe ganar en claridad, son los roles de género asignados y asumidos por l@s adolescentes, así como la influencia que sobre los mismos tienen los estereotipos sexistas que la sociedad impone y las transformaciones que en este sentido vivencia la sociedad cubana.

No debemos olvidar que tanto en el tránsito de los cambios bio-psico-sociales de l@s adolescentes, como en su afrontamiento en los diferentes roles de género que estos y estas asumen, juegan un papel fundamental los valores humanos que los conforman a ell@s, a la familia y a la sociedad. Así como su capacidad y habilidades en la toma de decisiones que generan todos estos cambios.

PRIMERA SUBETAPA O FASE: ADOLESCENCIA PRECOZ, ADOLESCENCIA TEMPRANA O PRE ADOLESCENCIA

Introducción

Esta primera fase de la adolescencia, denominada indistintamente adolescencia precoz, temprana o pre adolescencia se inicia con la “pubertad”, término castellano proveniente del latín “pubertas”, que comienza a utilizarse durante el siglo XVIII. El que hace referencia a la edad en que aparece el vello viril o púbico, representando con ello el conjunto de cambios biológicos que preparan al ser humano para la reproducción. Está caracterizada fundamentalmente por la primacía de estos cambios biológicos en ambos sexos, seguidos por el inicio de las primeras manifestaciones de los cambios psicológicos y muy rara vez por alguna manifestación de los cambios sociales.

Transcurre con características particulares en cada género, siendo las muchachas más precoces en su inicio y desarrollo, transitando mayoritariamente por ella, entre los 10 años y los 11/12 años, observándose como un grupo creciente de muchachas puede iniciar esta primera fase y por tanto la etapa de la adolescencia desde los 8 años y otras posponer su debut hasta los 13 años y en menor proporción a partir de los 14/15 años. Mientras en los varones generalmente ocurre entre los 11 años y los 12 años, aunque no son pocos

los adolescentes que se desplazan hacia ambos extremos de este comportamiento medio, por lo que proponemos su extensión entre los 10 años y los 13/14 años.

El desarrollo de estos cambios biológicos, los que además de poner a punto el sistema reproductor, propician el cambio de la imagen corporal y social hacia la adultez: la aparición de la menarquía acompañada con la nueva distribución de la grasa corporal (senos y glúteos) en las muchachas y la capacidad de eyaculación, el bello facial, la voz más grave y la amplitud de los hombros en los muchachos. Son elementos muy importantes para la esfera autovalorativa y en su desarrollo psicológico en general, siendo la inconformidad con su imagen uno de los conflictos que más afecta a l@s adolescentes de esta etapa.

“La desarmonía corporal y el aumento de la fuerza muscular hacen que el adolescente realice movimientos bruscos producto de la necesaria descarga de energía, pero a la vez esta situación condiciona su tendencia a fatigarse con facilidad y a cometer torpezas. Por esta razón, a veces las personas que le rodean le riñen o lo avergüenzan, lo cual causa su típica irritabilidad y excitabilidad emocional.

La imagen corporal adquiere gran importancia. El adolescente con características físicas atléticas es más aceptado, en especial por sus iguales, de acuerdo a los estereotipos culturales, mientras que aquellos cuya figura provoca una imagen desfavorable, pueden ser objeto de burla, discriminados en su grupo y rechazados por el sexo opuesto. Esta situación provoca en algunos adolescentes retraimiento, timidez o conductas agresivas”.⁷

La maduración fuera del período de edad promedio en muchachas y muchachos, bien por ser más temprana o tardía provoca afectaciones en su autoestima. Se sienten descontextualizados, los y las adolescentes con una evolución temprana se sienten superiores a sus coetáneos por lo que prefieren compartir con chicos y chicas mayores, por los que no siempre son aceptados. Si la maduración es tardía, les confiere un doble nivel de inferioridad, por autovaloración y por ser considerados como niños o niñas.

Con una gran vinculación a la imagen corporal, la autovaloración y la aceptación social de sus coetáneos se encuentran en ambos sexos la obesidad y el acné juvenil. Lo que en cualquiera

de estos casos los y las hace ser rechazad@s en los grupos formales y poco aceptad@s en los de pertenencia.

Por otra parte y no con menor importancia, están todos los cambios en su comportamiento para parecerse a los adultos. Lo que sucede en medio del ansia y la necesidad de su independencia y las dificultades que les provoca la pérdida de la dependencia y la protección de los adultos. Sumado a todo ello los nuevos sentimientos hacia sus coetáneos, los instintos sexuales que tanto placer y desasosiegos les cusan tanto a muchachas como a muchachos y las dificultades que encuentran en la comunicación con los adultos.

Principales características de la subetapa o fase⁸

- Transcurre en los varones entre los 10 años y los 13/14 años, mientras en las muchachas entre los 8/10 años y los 11/12 años
- Se caracteriza por el predominio de los cambios biológicos, ocurre el conocido estirón puberal, con el desarrollo y funcionamiento del sistema reproductor y la aparición de los caracteres sexuales secundarios. Este período de maduración tiene una duración media de 3 a 4 años
- Las transformaciones puberales ocurren en cuatro direcciones: Cambios antropométricos, Cambios fisiológicos, Cambios endocrinos, Maduración sexual
- Se presentan los fenómenos de distonías vegetativas o alteración de la tonicidad muscular en forma acentuada. Se quejan de cansancio y fatiga, irritabilidad, dolores de cabeza, excitabilidad elevada, dificultad para concentrarse, crisis de desfallecimientos, etc.
- Todos estos cambios biológicos van a influir fundamentalmente en la autovaloración y la identidad personal de los adolescentes (incluida su imagen corporal) así como en la valoración social que reciben, tanto por parte de adultos como de sus coetáneos o iguales
- Incremento del número de accidentes, sobre todo en varones, producto de la inmadurez y su arrojo ante el peligro.
- Posible surgimiento en diferentes escenarios en que se desarrollan de una serie de realidades que estimulan la aparición de algún tipo de experiencia homosexual transitoria
- Incremento de la curiosidad por conocer sobre su anatomía genital y su sexualidad
- Las palabras sexuales, así como los chistes de doble sentido constituyen expresiones comunes en la comunicación en esta etapa entre ell@s
- Formación de grupos del mismo sexo. Aunque su atracción sea por el otro sexo, no se sienten preparados aún para el acercamiento y comparten en estos grupos sus fantasías eróticas, gustos, preferencias y necesidades
- Ambivalencia entre las ansias de independencia y la necesidad de protección familiar
- Inicio de la búsqueda de su identidad
- Posible inicio de su preocupación por el futuro (¿Qué voy a ser?)
- Principales cambios morfo-fisiológicos en cada sexo:

Muchachos

- Crecimiento del tamaño de los testículos y las bolsas escrotales
- Aparición del vello púbico
- Un año después aproximadamente se inicia el crecimiento longitudinal del pene y en segundo lugar en grueso
- Crecimiento del vello axilar y posteriormente por el resto del cuerpo
- “Estirón puberal” (Aumento notable de la talla corporal)
- Ensanchamiento de los hombros
- Cambios de tipo muscular, óseo, cutáneo
- Cambios en la voz. Aparición de la nuez de Adán
- Primera eyaculación, generalmente es nocturna, puede ser espontánea o por automanipulación (masturbarse)

Muchachas

- Comienzo del desarrollo del tejido mamario. Posibles molestias
- Inicio del crecimiento del vello pubiano
- Aumento de volumen de los ovarios, trompas y útero
- Menarquia o primera menstruación entre los 10 y 12 años, aunque hay reportes a los 8 años, la cual puede estar separada de las siguientes incluso por varios meses; generalmente transcurren 1 o 2 años antes de que aparezcan los ciclos ovulatorios regulares
- Ensanchamiento de las caderas

- Redistribución del tejido graso en mamas y glúteos
- Generalmente se adelantan en su desarrollo alrededor de 2 años con referencia a los muchachos

Principales conflictos generados por las características de la etapa

- Irreverencia ante el control de los adultos
- Cambios constantes de gustos, preferencias, mascotas, juegos, deportes, amigos
- Inconformidad con su imagen personal y corporal
- La masturbación
- Alternancia entre depresión y euforia en diferentes momentos y períodos
- Constante cansancio ante las tareas asignadas
- Pueden aparecer los primeros signos: adicciones, relaciones de pareja y sexuales
- Existencia de algún tipo de experiencia homosexual transitoria
- Aparece una mayor valoración del criterio de los adultos sobre ellos

Algunas sugerencias, prácticas a tener en cuenta en el afrontamiento adecuado de los principales conflictos generados por las características de la etapa

Irreverencia ante el control de l@s adult@s, manifiesta mediante acciones y expresiones para demostrar que son mayores e independientes.

- Legalizar la importancia de la existencia y establecimiento de los límites y normas familiares y sociales
- Apoyarlos, comprenderlos y permitirles su realización personal dentro de los “límites” familiares y sociales, basado siempre en el respeto, los valores humanos, la comunicación y la información contextualizada

Cambios constantes de gustos, preferencias, mascotas, juegos, deportes, amigos.

El ensayo-error les permite su crecimiento personal a partir de sus propias vivencias, la obtención de conocimientos construidos, las experiencias, formación de valores personales, la construcción de su propia vida.

- Se deben guiar sin imposiciones, con apoyo, respeto, solidaridad. ¿por qué no? con cierta complicidad

- Enseñarlos a tomar decisiones a partir del análisis de las alternativas con sugerencias contextualizadas
- Brindarles información autorizada y actualizada
- Desarrollar constantemente el nivel y la calidad de la comunicación
- Definir en cada etapa el establecimiento de los límites familiares y sociales

Inconformidad con su imagen personal y corporal. Sufren la desproporción de su cuerpo en crecimiento y las dificultades con la aceptación social, que daña su autoestima.

- Transmitirles información autorizada y actualizada que les permita identificar y conocer que están en una etapa de tránsito que los llevará a la juventud, que recuperaran una adecuada proporción al arribar a su figura definitiva, lo que pueden apoyar con correctos hábitos alimentarios, ejercicios físicos y la práctica de deportes. Así como reconocerles que muchos criterios de los adultos están perneados por los comportamientos inestables de la adolescencia y por sus dificultades en el afrontamiento de los conflictos en esta etapa
- Brindarles acompañamiento con respeto y comprensión; pero sin lástima, por el contrario reconocer sus capacidades y habilidades, ayudarlos a crear seguridad y confianza en ellos mismos y en lo positivo e importante de estos cambios
- Darle mayor significado a sus valores humanos y comportamiento social
- Evitar comentarios y/o conductas críticas y expresiones de burla sobre los cambios bio-psico-sociales en presencia del (de la) adolescente y/u otras personas
 - Por mirarte en el espejo no te van crecer los senos
 - Este se piensa que es un hombre, se pasa la vida afeitándose para que le salga la barba
 - Parece un oso con la cantidad de pelo que tiene
 - Yo no sé a quien salió parece que te vas a quedar enano
 - Has crecido tanto y estas tan flaco que pareces una cosa mala
 - Ya no paras en la casa y tú no eres un hombre
 - Te pasas todo el tiempo en la escuela o con tus amigas, ya nunca tienes tiempo

- para ayudar en la casa. Recuerda que la responsabilidad es de la mujer
- Lo que más te importa es bailar, ya no te interesa tu familia
- Evitar asociaciones entre los cambios bio-fisiológicos y psico-sociales, de él o la adolescente, con trastornos y enfermedades en presencia de los adolescentes y/u otras personas
 - Si te sigues masturbando te vas a volver loco
 - Se masturba tanto que está lleno de granos
 - Tengo que llevarte al médico, mira como te ha crecido el pie (o cualquier otra parte del cuerpo que se vea desproporcionada)
 - ¿Tendrá problemas?, todavía no ha tenido novio (a)
 - Reconocer ante el (la) adolescente sus valores:
 - Mi compañera me dijo que la ayudaste mucho
 - Estoy orgulloso de tu honestidad
 - Que respetuoso te comportaste
 - Hiciste un gran esfuerzo
 - Con el empeño que pones en tus actividades podrás alcanzar todo lo que te propongas

Masturbación: La producción hormonal que se desencadena en la pubertad, es el factor estimulador del desarrollo del sistema reproductor y los caracteres sexuales secundarios en ambos sexos, con ello, se liberan la aparición de impulsos sexuales (la libido), los deseos y la necesidad de experiencias sexuales en ambos sexos, con mayor o menor vehemencia en cada individuo.

Encontrando en la masturbación (autosatisfacción) una salida placentera y de reafirmación. Permitida y mistificada para los muchachos; prohibida y sancionada para las muchachas.

- En privado, en su intimidad, no provoca daños psicológicos ni corporales. Es importante y necesaria en ambos sexos para el desarrollo pleno y placentero de su sexualidad:
 - Da salida a los impulsos sexuales
 - Es una vía de descarga de sus tensiones físicas y psicológicas acumuladas
 - Aprenden a conocer más profundamente las capacidades y zonas erógenas de su cuerpo
 - Desarrolla la experiencia orgásmica en ambos sexos y el control de la eyaculación en los varones

- Los prepara para un mejor disfrute de los juegos y relaciones sexuales con la pareja
- Brindarles información *autorizada y actualizada*, libre de tabúes sociales e interpretaciones religiosas infundadas de carácter absoluto. Lo que puede ser a través de la comunicación directa o facilitándole materiales científicos de orientación o vías de acceso a los mismos
- No usar expresiones que la relacionen con acciones obscenas, sucias, morbosas, pornográficas o amorales. Tampoco con enfermedades físicas o mentales como la locura, daños cerebrales, anemia, debilidad corporal, tuberculosis, acné juvenil o cualquier otra patología
- Respetar su intimidad, propiciando el ordenamiento práctico en el uso de los locales de carácter colectivo como el baño o servicio sanitario. Permitir su intimidad en su habitación, cuarto de estudio u otro escenario privado

Alternancia entre depresión y euforia en diferentes momentos y períodos. Los y las adolescentes manifiestan con frecuencia cambios extremos de su estado de ánimo (alegría-tristeza) y su comportamiento con períodos de aislamiento o de gran actividad grupal.

Son características normales y comunes producto de sus cambios bio-psico-sociales, de su crecimiento y desarrollo corporal y psicológico, su proceso de aprendizaje, de salida de su mundo infantil azul o rosado y su incorporación a la sociedad, la formación de sus propios principios morales, valores humanos y de su personalidad.

- Resulta imprescindible brindarles comprensión, respeto, apoyo, información, comunicación abierta sin imposiciones, asegurarles nuestra disponibilidad en función de sus requerimientos; para permitirles y facilitarles su crecimiento personal. Pero siempre teniendo muy en cuenta factores como los valores humanos, los límites familiares y sociales, un adecuado equilibrio entre la tolerancia y los niveles de permisibilidad
- No cuestionar constantemente sobre su estado emocional, deje siempre abierto un adecuado canal de comunicación afectiva y efectiva

Constante cansancio ante las tareas asignadas. Aunque es cierta la existencia de un por ciento de parte del mismo como fórmula para

disponer de mayor tiempo personal, este cansancio está sustentado en su proceso de crecimiento corporal y de sus sistemas de órganos, lo que requiere de una mejor y mayor alimentación y descanso.

- Dosificar y educar sobre la base de valores humanos (como la responsabilidad, la solidaridad y el respeto) su incorporación a las responsabilidades del hogar, la sociedad y su adultez, siempre a través de negociaciones, dejándoles margen para su organización y descanso personal

Pueden aparecer los primeros signos de adicciones al tabaco y el alcohol, de inicio de relaciones de pareja e incluso sexuales, como elementos de reafirmación, independencia e *IMITACIÓN*.

- Tener muy en cuenta una adecuada educación de la sexualidad, basada en una información actualizada y contextualizada
- Desarrollar una comunicación afectiva y efectiva, sustentada en el respeto a sus gustos, preferencias y criterios personales. Ellos y ellas también son seres humanos
- Establecer los límites, normas y el control en función de los patrones familiares y sociales, pero teniendo en cuenta el contexto actual y las necesidades de los y las adolescentes
- Especial cuidado y atención se debe dar al **ejemplo personal y familiar**, los seres humanos aprendemos fundamentalmente por imitación. En la educación de los y las adolescente **no hay cabida para la expresión** *“has lo que yo digo y no lo que yo hago”*. Es vital tener presente que los adultos, sobre todos los que conformamos sus figuras de apego, héroes y heroínas, somos su principal ejemplo a seguir

Existencia de algún tipo de experiencia homosexual transitoria. Existen una serie de realidades en los diferentes escenarios que pueden estimular el surgimiento de algún tipo de estas experiencias.

La ausencia, insuficiente o errónea educación de la sexualidad, sustentada en la comunicación vertical y estereotipada sin la participación del propio adolescente puede facilitar las mismas.

Los adolescentes se sienten más cómodos cuando se reúnen con adolescentes de su mismo sexo, ya que no tienden a ser controlados u

observados por los adultos. Pudiendo sentir hasta miedo a la represión de sus padres, si muestran abiertamente sus apetencias sexuales hacia el otro sexo. También temen quedar mal en un encuentro heterosexual por desconocer las conductas que se pautan para su rol de género desde lo social.

Por el rechazo o falta de aceptación social a la homosexualidad, muchos adolescentes sienten culpa al vivenciar fantasías homosexuales, realidad que en la actualidad se estimula a través de una mayor accesibilidad a materiales pornográficos, muchas veces a espaldas de los adultos.

Experiencias homosexuales que pueden o no ocurrir durante la adolescencia precoz o temprana y que nada tienen que ver con su orientación sexual (que se define alrededor de los 18 años) las cuales son rechazadas por los propios adolescentes y tienden a ser ocultadas y olvidadas. Tampoco dichas experiencias se deben confundir con las relaciones sistemáticas en el marco de grupos de adolescentes del mismo sexo, realidad propia de esta etapa.

Pueden aparecer signos como la sistematización de experiencias homosexuales, dudas acerca de sus preferencias sexuales, agudización de rasgos de amaneramiento o masculinización, entre otros, que sugieren una tendencia a la homosexualidad.

La orientación sexual no se elige, es un gusto o preferencia en la esfera sexual por personas de su mismo sexo. Cuya repercusión social aún en nuestra sociedad lacera su bienestar emocional, siendo esta realidad más compleja y reforzada en la adolescencia.

- Para evitar estas experiencias resulta imprescindible lograr una adecuada y efectiva comunicación con los y las adolescentes que satisfaga todas sus inquietudes y necesidades en la vida cotidiana y especialmente en la esfera de la sexualidad, para lo cual es necesario prepararse a través de la literatura técnica y el asesoramiento de los profesionales preparados para ello
- Si conoce de alguna de estas experiencias no haga un dilema de ello, posibilite el acercamiento del o la adolescente para recibir ayuda familiar y/o profesional ante sus dudas e insatisfacciones
- Si su hijo o hija manifiesta un carácter sistemático de estas experiencias, reciba ayuda profesional que le permita acercarse al o la adolescente para brindarle su apoyo, respeto y comprensión. El cuestionarlos y agredirlos no cambiará su

posible orientación, solo los alejará de usted y los dejará aún mas confundidos y desamparados

Aparece una mayor valoración del criterio de los adultos sobre ellos. Les preocupa, aunque expresen lo contrario, lo que piensan los adultos sobre su imagen, comportamiento, aptitudes, actitudes, capacidades, habilidades. Estos criterios influyen en su autovaloración.

- Se debe tener cuidado al criticarlos (sobre todo en los temas sexuales). Nunca hacerlo en público y /o frente a sus coetáneos u otros adultos, es necesario que ocurra en privado y a través de una adecuada y respetuosa comunicación, escuchando sus criterios y puntos de vista, los que deben ser congeniados con las normas familiares y sociales
- Resulta muy importante el reconocimiento de sus buenas acciones y resultados, sobre todo delante de amigos y adultos

SEGUNDA SUBETAPA O FASE: ADOLESCENCIA INTERMEDIA O ADOLESCENCIA

Introducción

En esta fase de la adolescencia aunque en muchos casos aún permanece el desarrollo de los cambios biológicos en deferentes niveles, así como es posible que en algunos casos aparezcan los primeros esbozos de los cambios sociales, esencialmente se caracteriza por los cambios psicológicos en muchachas y muchachos.

Se mantiene la particularidad del desarrollo de las características en cada género, acontece en los varones entre los 13/14 años y los 15/16 años, mientras en las muchachas entre los 12/13 años y los 14/15 años. Si bien la maduración precoz puede traerles algunos inconvenientes, en esta etapa su retraso les causa mayores consecuencias negativas.

Con la tendencia a la estabilización del desarrollo hormonal y la figura corporal, se va alcanzando la madurez sexual y la madurez biológica para la reproducción, comenzando a consolidarse la orientación del deseo sexual hacia otra persona y surgiendo la necesidad de compartir ese deseo, de comunicarse, de intercambiar caricias y de transmitir emociones.

El desarrollo del pensamiento va alcanzando el nivel hipotético deductivo que le permite

ir estableciendo generalizaciones, ideas y conclusiones propias, así como reajustando sus normas y valores, desear independencia y autonomía.

Desde lo psicológico el adolescente está inmerso en un salto cualitativamente agudo y riesgoso, pues si bien en los primeros momentos se encuentra aún bajo la autoridad y el control absoluto de los adultos, poco a poco debe desarrollar recursos que le permitan autodeterminarse, tomar decisiones trascendentales para el/ella y para quienes les rodean, con el fin de poder desempeñarse de forma independiente y responsable en la vida personal, familiar, de pareja, laboral y social.

En esta fase se produce aún más el autodescubrimiento, se desarrolla su autoconciencia y autovaloración, haciéndose más clara su identidad personal, lo que permite asumir determinadas posiciones en ocasiones generadoras de confrontaciones que pueden traer como consecuencia censuras y sanciones por parte de la familia, la sociedad y del medio donde se desarrolla, pudiendo ser calificados como improductivos, dependientes o desadaptados.

Esta fase de la adolescencia es un período de sucesivos desprendimientos importantes para lograr la autonomía, en cuyo camino muchachos y muchachas vivencian contradicciones entre las satisfacciones que les provoca el “adentro”, los cariños, la protección y las ventajas de la familia y de la infancia y el “afuera”, que resulta desconocido, sorprendente y tentador, que responde a las necesidades de establecer nuevos vínculos con otras personas sin que medie la presencia de los padres.

Por ello, aunque el sentimiento y la necesidad de independencia y autodeterminación constituyen mecanismos indispensables para la maduración psicológica y social de los adolescentes, se hace necesario ayudarlos a no confundir el crecer con la libertad sin límites, sin responsabilidades, a comprender que “crecer” no significa dar la bienvenida a todo lo que seduce en el “afuera” y que aparentan reforzar determinados roles de género (la violencia, el consumo de tabacos, alcohol y drogas, las acciones y comportamientos antisociales); que no podemos prescindir de los aprendizajes valiosos de la infancia que ayudan a prepararse para enfrentar los nuevos proyectos del presente y del futuro.

Por otro lado l@s adolescentes reafirman el ser caprichosos, irreverentes, intensamente emotivos,

puediendo disminuir su motivación escolar o el comportarse de forma disciplinada, aspirando a lograr el reconocimiento de sus compañeros de grupo, a los que escucha y expresa toda su confianza.

Todas las transformaciones corporales unidas a las características psicológicas propias de la fase dan origen al “sentimiento de adultez”, que es la necesidad de ser y comportarse como los mayores, de reproducir sus conductas y manifestaciones generales y sexuales, lo cual debe ser conocido e interiorizado por padres y madres para no establecer barreras en la comunicación con sus hijos e hijas que aún los necesitan.

En el tránsito a través del conjunto de estas transformaciones internas y externas a las que está sometido el y la adolescente, est@s pueden encontrar y de hecho generalmente encuentran, incomprendiones, obstáculos, retos y desafíos muchas veces lamentablemente generados por los propios adultos fundamentalmente de la familia, estructura que también está en un proceso difícil de desprendimientos. Haciéndose necesario superarlos para poder alcanzar una adultez responsable y feliz en escenarios tan importantes para la vida como la familia, la pareja, la sociedad, así como en la actividad laboral y profesional, de donde no podemos separar la ética y la ideología.

En esta fase de la adolescencia como consecuencia de una inadecuada orientación y educación sexual pueden aparecer relaciones sexuales tempranas sin preparación real y protección para ellas, embarazos no deseados, abortos inducidos, infecciones de transmisión sexual, matrimonios tempranos y divorcios, así como comportamientos antisociales.

Todos estos eventos pueden provocar trastornos psicológicos, riesgos para la salud física de la madre y del bebé, así como consecuencias psicosociales como el abandono de los estudios o del proyecto de vida, limitaciones en el disfrute cultural-recreativo y cambios en el lugar ocupado en las relaciones interpersonales.

Principales características de la subetapa o fase⁹

- Transcurre en los varones entre los 13/14 años y los 15/16 años, mientras en las muchachas entre los 12/13 años y los 14/15 años
- Se vivencian con más fuerza los cambios psicológicos. El disponer del desarrollo de su

sistema reproductor y caracteres sexuales secundarios (capacidad reproductiva- disfrute de placer), les hace sentir su cercanía con la adultez, ser hombres y mujeres

- Todavía persisten, aunque en menor proporción, sus cambios bio-fisiológicos en diferentes fases de desarrollo (inicio, intermedio o final) según las características de cada individuo
- La desarmonía somática da paso ahora a la armonía. Los varones sobrepasan en fuerza a las muchachas y se extingue paulatinamente la irritabilidad
- Pueden persistir pero en una fase superior, la ambivalencia entre la independencia y la necesidad de protección, así como las bromas y cuentos relacionados con la sexualidad y las relaciones sexuales reducidas al círculo de adolescentes, mas frecuente entre los varones
- Persistencia de la masturbación independientemente del inicio y desarrollo de las relaciones sexuales
- Muestran mayor interés por asuntos más complejos de la reproducción (anticonceptivos, abortos)
- Expresan mayor interés por las diferentes manifestaciones del vínculo sexual (besos, caricias) y hasta dónde pueden llegar en el mismo
- Incremento en la búsqueda de su identidad
- Necesidad de aprobación y aceptación grupal
- Mayor frecuencia de adicción al tabaco, el alcohol y otras drogas (medicamentos y drogas duras)
- Necesidad de fantasear sobre sus capacidades y habilidades personales y sociales, así como en su vida sexual
- Surgimiento de amistades exclusivas, generalmente del mismo sexo (relaciones de intimidad psicológica), aunque pueden aparecer amistades del otro sexo
- Establecimiento de normas y valores propios a partir de patrones familiares y sociales complementados con sus vivencias y criterios personales
- Formación y desarrollo de la responsabilidad en sus roles personales, familiares y sociales a partir de los patrones, límites y ejemplos de las principales figuras de apego y/o sus héroes y heroínas
- Aún pueden existir una serie de condiciones que estimulan la aparición de algún tipo de experiencia homosexual transitoria

Principales conflictos generados por las características de la etapa

- Desarrollo de fantasías sexuales y sueños eróticos
- El enamoramiento
- Establecimiento de las primeras relaciones de pareja
- Establecimiento de las relaciones sexuales
- Primeras grandes tomas de decisiones personales

Algunas sugerencias prácticas a tener en cuenta en el afrontamiento adecuado de los principales conflictos generados por las características de la etapa

Desarrollo de fantasías sexuales y sueños eróticos no vinculados a comportamientos patológicos. Surgen espontánea y comúnmente en esta etapa de la vida como resultado de su desarrollo sexual.

- Legalizar la normalidad del surgimiento y el disfrute de estos eventos, asociándolos a vivencias positivas, agradables y necesarias para *ambos sexos*
- Sin propiciar la utilización de materiales pornográficos, favorecer el desarrollo e intercambio sobre el tema mediante la comunicación abierta, sencilla y precisa con ambos padres
- Obtener asesoramiento de especialistas para estos y otros temas de requerirlo la familia

El enamoramiento. Es la primera expresión de atracción por el otro sexo, sin que necesariamente implique un deseo de intercambio carnal. Es común la aparición de signos fisiológicos y conductuales asociados a este importante evento como son: “susto”, intranquilidad, torpeza, risa inmotivada, cosquilleo en la “boca del estómago”, enrojecimiento facial, temblores, sensación de “estar en el aire”.

- Cuando surjan los primeros signos de este evento resaltar lo hermoso, positivo y necesario que resulta enamorarse, enfatizando en las vivencias afectivas agradables que generan en quienes lo experimentan, cuyos recuerdos los acompañarán como experiencias importantes en toda su vida en dependencia del desarrollo de cada adolescente
- Apoyarlos en la canalización de las vivencias asociadas al enamoramiento con cierta

complicidad, sin descuidar las vinculadas a la actividad sexual y siempre acompañada de la información contextualizada que al respecto ellos y ellas puedan necesitar, no descuidando el sentido de la responsabilidad y otros valores como el amor y el respeto en estas nuevas experiencias

- No sancionar ni utilizar experiencias desagradables de figuras afectivamente importantes para el adolescente

Establecimiento de las primeras relaciones de pareja como comportamiento distintivo de esta etapa. Es un escenario donde el y la adolescente se prepara para expresar su afectividad. Estas relaciones se caracterizan generalmente por ser breves, superficiales, “exhibicionistas” más que apasionadas; pero también más espontáneas y desinhibidas, así como, una exageración del goce de relaciones esporádicas que funcionan como barrera a las inseguridades, expectativas e ideales propios de su edad. Aparecen cambios frecuentes de parejas, con mayor incidencia en los varones.

- A pesar de estas consideraciones generales el funcionamiento de la relación de la pareja adolescente se expresa según:
 - La edad de sus miembros
 - Las características psicológicas de cada miembro
 - La forma de relacionarse entre ellos
 - El lugar donde se desarrollan
 - Los modelos de relación que han recibido, así como los tabúes, prejuicios y mitos que aún subsisten en la familia y la sociedad
 - Las presiones que de una forma u otra ejercen sus compañeros de escuela, vecindad o grupos en general para el establecimiento de las mismas, lo que en no pocas ocasiones constituye el eje fundamental del comportamiento de pareja de muchachos y muchachas
- Fomentar el diálogo con los y las adolescentes estimulando que canalicen sus inseguridades, miedos, dudas, expectativas e informaciones que poseen, en un ambiente en el que:
 - Se destaque la importancia del conocimiento mutuo para el proceso de elección de la pareja (necesidades, motivaciones, preferencias, intereses, frustraciones, miedos, conflictos, etcétera)
 - Se resalte lo necesario y placentero que resulta expresar emociones y sentimientos entre ambos miembros de la pareja

- Se valore la importancia de conocer los gustos y preferencias de cada miembro de la pareja; pero también lo que disgusta y molesta
- Se desarrollen los valores humanos como amor, responsabilidad, solidaridad y respeto (a los espacios, límites, tiempo, creencias, posiciones políticas, gustos y preferencias) dentro de la pareja
- Se propicie el desarrollo de la relación de pareja sustentado en la equidad, la aceptación y/o la tolerancia de las diferencias
- Se propicie la importancia de la no violencia en cualquiera de sus manifestaciones para el equilibrio en el seno de la pareja
- Entrenarlos/as en ser asertivos (defender los derechos propios, sin dañar los ajenos) para la elección de la pareja
- Estar dispuestos y aprender a escucharlos no solo cuando la alegría y la satisfacción los invada, sino también cuando se sientan solos, angustiados por no ser correspondidos o culpables por errores cometidos. Que comprendan que identificar estas vivencias es importante para su crecimiento personal
- Respetar la privacidad de la relación de pareja como elemento esencial de su funcionamiento
- La familia debe aceptar o al menos tolerar la pareja seleccionada con sus características, coincidentes o no con las normas familiares

Establecimiento de las relaciones sexuales.

Se pueden producir por presión grupal, instintos, deseo, curiosidad, reafirmación, independencia, imitación de otros adolescentes, jóvenes o adultos. En las muchachas además por retención de la pareja. Edad media de inicio: los 14 años, con la primacía en varones.

- Llevarlos al análisis de que el establecimiento de las relaciones sexuales no es una meta ni un cumplimiento grupal, es una fase superior del disfrute sexual propio y de la pareja, para el que es necesario estar preparados además de biológica y psicológicamente, por la experiencia amorosa y el pleno disfrute y creatividad de los juegos sexuales
- Enfatizar la importancia del conocimiento propio y mutuo del cuerpo, así como la exploración de las zonas erógenas en el intercambio sexual para el disfrute pleno, responsable y placentero
- Hablar claramente, con respeto, sin tabúes ni prejuicios sobre el carácter reconfortante, estimulante y placentero de los juegos sexuales, relacionando al menos los mas comunes y legalizando el papel de la creatividad en ellos
- Entrenarlos/as en ser asertivos (defender los derechos propios, sin dañar los ajenos) en el inicio y desarrollo de las relaciones sexuales
- Brindar información sobre las características de la respuesta sexual humana para cada sexo
- Legalizar la responsabilidad de ambos miembros de la pareja en la prevención del embarazo, señalando como consecuencias:
 - El daño psicológico en ambos sexos, con mayor incidencia en las muchachas
 - Las implicaciones de un legrado en un útero en desarrollo, que puede implicar infertilidad en las muchachas y sentimientos de culpa en los muchachos
 - Implicaciones de un embarazo en un sistema reproductor en desarrollo: daños maternos y del feto, parto pretérmino, bajo peso al nacer, incidencia en el desarrollo biológico y psicológico del recién nacido
 - Desvanecimiento del futuro soñado
 - Desarticulación del grupo de coetáneos y sus actividades
- Legalizar la responsabilidad de ambos miembros de la pareja en la prevención de las ITS, señalando como consecuencias:
 - Su recurrencia causa daños del sistema reproductor
 - Son una de las causas de infertilidad en ambos sexos
 - Las implicaciones de una ITS no curable en su vida personal, de pareja y social
 - Las implicaciones de la infestación con VIH/SIDA en sus expectativas de vida contextualizándolo en el lugar de residencia
- Enfatizar en la importancia de la privacidad como condición necesaria para el logro de un encuentro sexual placentero y armónico

Primeras grandes tomas de decisiones personales. (Inicio de las relaciones de pareja y sexuales, tipos y continuidad de estudios, inicio de la actividad laboral no estatal, independencia económica a cualquier precio (“lucharla”), etcétera.

- Estimular el cumplimiento de normas y valores sociales asociados a dichas realidades
- Prepararlos y entrenarlos en el proceso de toma de decisiones basado en la identificación

de todas las alternativas posibles aplicadas a cada problemática, valorando las consecuencias positivas y negativas.

- Desarrollar el aprendizaje de este proceso mediante la participación en disímiles grupos: familiares, escolares, de amigos/as, de fiestas, deportivos, culturales, de travesuras, políticos y religiosos; así como el desarrollo de habilidades para decir SI o NO en los siguientes aspectos:
 - El inicio de las relaciones sexuales
 - La anticoncepción más adecuada en este período de la vida, el condón
 - La unión consensual
 - El matrimonio
 - El embarazo
 - El aborto
 - El parto
 - La realización de actividades ilegales
 - La realización de actividades antisociales
 - El consumo de alcohol
 - El consumo de tabaco
 - La drogadicción

TERCERA SUBETAPA O FASE: ADOLESCENCIA TARDÍA O FINAL

Introducción

Aunque acompañados por la continuidad de los cambios psicológicos y ocasionalmente en un reducido número de adolescente por el término sus cambios biológicos, esta fase o subetapa de la adolescencia está caracterizada fundamentalmente por el desarrollo de los cambios sociales en l@s adolescentes.

Es la etapa final de la adolescencia, en la que se arriba a la primera mayoría de edad (18 años), donde el objetivo esencial en ambos géneros es su inserción en la sociedad, requiriendo para ello desarrollar estudios técnicos, superiores o trabajar, optar por la unión consensual o el matrimonio, comenzar a pensar si tener o no hijos, ser capaz de pensar y comportarse como un hombre o una mujer, sentirse una persona mayor, lograr que los demás los vean como adultos o adultas.

Sobre la base de la particularidad del desarrollo de las características en cada género, acontece en los varones entre los 15/16 años y los 18-19 años, mientras en las muchachas entre los 14/15 años y los 18-19 años. A diferencia de las fases anteriores una maduración precoz, más que

inconveniente, les permite una mejor preparación para vivir y desarrollarse en el seno de la sociedad, ser mas tenidos en cuenta. Mientras su retraso en el desarrollo bio-psico-social implica no ser bien aceptados socialmente como jóvenes, se continúan visualizando como muchachos y muchachas menores, lo que sí les trae inconvenientes en el desarrollo de esta fase y puede propiciar la realización de acciones o comportamientos antisociales como signos de rebeldía.

Por muchos autores es incorporada o mezclada con la etapa de la juventud, criterio que no compartimos. Son dos períodos de vida contiguos, se solapan, pero no son iguales, cada uno tiene sus peculiaridades. La adolescencia tardía es el período precedente donde se establecen las bases psicológicas y sociales de su desarrollo para alcanzar la juventud.

En esta fase de la adolescencia los seres humanos no se parecen más a los adultos, por el contrario, aún pueden tener y de hecho persisten en ell@s características de la adolescencia intermedia e incluso en algunos casos de la fase temprana, sobre todo en los varones pueden estar terminando sus cambios biológicos; en ambos géneros el desarrollo l@s lleva a alcanzar la talla adulta; aparece la preocupación, no la ocupación por el futuro adulto; comienzan a experimentar, a asumir sus nuevos roles como hombres y mujeres en lo personal, familiar y social; las relaciones de pareja tienden a ser más estables, llegándose a pensar en la formación de la familia como un evento cercano pero no actual; muchachas y muchachos llegan a definir su orientación sexual, sobre todo en l@s heterosexuales, mientras l@s homosexuales transitan en muchos casos en un período de negación y no aceptación, les es más difícil definir su orientación sexual.

Mientras en la juventud ocurre el afianzamiento de estas características gracias a su maduración biológica, psicológica y bajo la presión de la sociedad que los visualiza como adultos exigiéndoles en consecuencia, por lo que el comportamiento en ambos géneros es más adulto que adolescente.

La adolescencia tardía o final es precisamente eso, el término de la etapa de la adolescencia, del curso de vida en que se realizan los fundamentales cambios biológicos, psicológicos y sociales de los seres humanos de ambos sexos. Mientras la juventud es la antesala de la adultez, por lo que Incuestionablemente tienen muchos puntos en común, pero con suficiente particularidades como para ser dos etapas o cursos

de vida. Una visión más clara de este criterio se puede obtener al valorar las características que se declaran en el capítulo dedicado a la juventud en un trabajo de los autores en fase de revisión¹⁰.

Principales características de la subetapa o fase¹¹

- Transcurre en los varones entre los 15/16 años y los 18-19 años, mientras en las muchachas entre los 14/15 años y los 18-19 años
- En sus inicios pueden persistir características de la adolescencia intermedia como la fase final de sus cambios biológicos, persistencia de la masturbación personal y en la pareja, bromas y cuentos eróticos reducida al grupo de coetáneos
- El desarrollo corporal alcanza la talla adulta
- Caracterizada fundamentalmente por los cambios sociales, seguidos de los psicológicos y en algunos casos el término de los bio-fisiológicos, sobre todo de varones
- Incremento de la irreverencia combinada con la máxima exigencia de su independencia
- Reforzamiento de normas y valores propios a partir fundamentalmente de los patrones grupales, así como de los familiares y sociales, todos ellos matizados por sus vivencias personales
- Importantes tomas de decisiones en el ámbito personal, escolar, laboral y de pareja
- Asunción de sus nuevos roles en lo personal, en la familia y la sociedad como hombres y mujeres
- Establecimiento de parejas más estables, se comienza a pensar más seriamente en la formación de la familia
- Preocupación por el futuro emocional, económico y laboral
- Definición de su identidad
- Definición de su orientación sexual homosexual, bisexual o heterosexual
- Inicio de la conformación de las masculinidades o feminidades
- Mayor independencia y comportamiento sexual más responsable. Interés creciente por los factores éticos-sociales de la conducta sexual

Principales conflictos generados por las características de la etapa

- La elección de su futuro personal, profesional, laboral y de pareja
- El embarazo
- La unión consensual

- Las adicciones al tabaco, alcohol y otras drogas (medicamentos y drogas duras)
- Posible agudización de experiencias homosexuales o bisexuales

Algunas sugerencias prácticas a tener en cuenta en el afrontamiento adecuado de los principales conflictos generados por las características de la etapa

De forma general tener en cuenta:

- Reforzamiento de las sugerencias brindadas para las etapas anteriores
- Considerar que estamos tratando con seres humanos muy cercanos a la adultez, a la mayoría de edad, lo que exige tratarlos en consecuencia
- Reconocer el papel que puede jugar la pareja en la solución de los conflictos de esta etapa
- Brindar una máxima importancia a la comunicación con los/as adolescentes
- Reafirmar la importancia de formarlos en la identificación, tolerancia y/o aceptación de las normas y límites familiares y sociales
- Intensificar la educación en la formación de valores sobre la base de la vida cotidiana
- Fomentar el desarrollo de su autoestima partiendo del reconocimiento de sus valores y logros personales
- Prepararlos para la formación de la familia sobre la base de un modelo familiar, funcional y auténtico

De forma particular en los siguientes conflictos:

La elección de su futuro personal, profesional, laboral y de pareja. (Continuidad o no de los estudios, decisión ante la actividad laboral estatal o no estatal, independencia económica a cualquier precio “lucharla”, establecimiento de relaciones estables de pareja y relaciones sexuales vinculadas a un mayor grado de afectividad).

Tener en cuenta que algunos/as valoran seriamente dejar de estudiar para satisfacer sus necesidades, gustos y preferencias, asumiendo actividades lucrativas (“lucharla”) o para acceder a las actuales opciones del trabajo por cuenta propia en el marco del nuevo contexto social, que modifica el espectro de alternativas para afrontar la vida laboral y el sustento personal y familiar. Así como, la no obligación de continuidad de estudios

hasta el término de la enseñanza media superior, el incremento de las escuelas taller y del movimiento de aprendices.

Con respecto a la elección de pareja, recordar que esta continua siendo un elemento fundamental en la vida cotidiana de los/as adolescentes en esta etapa.

- Continuar entrenándolos/as en el proceso de toma de decisiones
- Evitar la imposición de alternativas desde la perspectiva adulta (criterios, necesidades, ilusiones, frustraciones y anhelos)
- Incrementar el nivel y calidad de la información que se les brinda o facilita, para permitirles variantes de solución de sus dudas, preocupaciones y problemáticas
- Contribuir al desarrollo de su orientación vocacional-profesional fomentando la comunicación con estudiantes y graduados de diferentes profesiones y oficios
- Valorar con la familia la necesidad de reconocer que ser profesionales o asumir oficios históricamente reconocidos no son las únicas alternativas para las jóvenes generaciones.
- Reafirmar que lo más importante no es lo qué se hace, sino cómo se hace, promover la actividad laboral como sustento personal y familiar basada en las normas sociales y los valores humanos.
- Tener en cuenta las sugerencias expuestas en la etapa precedente con respecto a las relaciones sexuales y de pareja

El embarazo. Las investigaciones demuestran que es en esta etapa donde se incrementa la frecuencia de este fenómeno sobre la base del establecimiento de un mayor número de relaciones sexuales y unido a ello, una baja percepción de riesgo de los /as adolescentes así como, una aún deficiente o inexistente educación de la sexualidad, sustentada no en el establecimiento de normas y límites familiares, sino en la tolerancia y la permisibilidad de los comportamientos en su vida sexual.

Es una realidad que las adolescentes embarazadas no están totalmente preparadas desde el punto de vista biológico ni tampoco psicológico y social para afrontar esta nueva situación de vida, donde si además su pareja es adolescente, carece también psicológica y socialmente de preparación; lo que en ambos casos

sin dudas implica reestructuraciones y cambios no solo para ellos, sino también para sus familias.

- Buscar ayuda profesional que permita manejar la planificación familiar como base imprescindible del establecimiento de la pareja y la familia, teniendo en cuenta el rol de ambos miembros de la pareja en estas realidades
- Implicar a los y las adolescentes en la valoración del impacto presente y futuro de asumir un embarazo, tanto para ellos/as como para el nuevo ser humano que traerán al mundo
- Es responsabilidad de las familias compensar los déficit de información y prepararlos en su roles materno y paternos sin criticarlos ni sustituir sus funciones en el cuidado y educación del nuevo ser.
- Las familias que no cuenten con las herramientas para la preparación de la pareja adolescente, deben requerir ayuda especializada para ello

Las uniones consensuales. Aparecen como vía de reforzamiento de la necesidad de independencia y de la solvencia económica que adquieren algunos adolescentes, así como expresión de los nuevos tipos de existencia de la pareja.

- Hacerlos ver que la independencia no se condiciona a los tipos de convivencia de la pareja, sino al desarrollo de capacidades y habilidades personales sustentadas en los valores humanos y los límites personales, familiares y sociales
- Enfatizar en la complejidad que adquiere la relación de pareja dentro de la unión consensual por los roles y responsabilidades individuales y de pareja que ello implica, tanto fuera como dentro de la familia de origen. Así como las contradicciones que la convivencia puede generar
- Esclarecer que la unión consensual no es la solución ni para la legalización de las relaciones sexuales, ni como escenario de las mismas
- Hacer comprender que la solvencia económica no satisface las necesidades afectivas de convivencia que caracteriza a la unión consensual

Las adicciones al tabaco, alcohol y otras drogas (medicamentos y drogas duras). Se genera una mayor posibilidad de aparición o reforzamiento de las adicciones, entre otros

factores, por la disponibilidad monetaria propia o favorecida familiarmente. El tabaco, el alcohol y las drogas no son elementos nuevos, han estado siempre presentes, son los contextos familiares y sociales actuales los que propician estas adicciones. Es la formación de valores humanos, las normas y límites y los ejemplos recibidos en la familia los principales pilares para descartar o fomentar este fenómeno.

- Las prohibiciones, el decir qué hacer y qué no hacer, **no** son la principal herramienta para evitar las adicciones en una etapa de la vida caracterizada por la necesidad de independencia
- Promover la reflexión sobre los factores de riesgo y las consecuencias negativas inmediatas y mediatas de las adicciones, tanto desde el punto de vista físico como psicológico, basada en una comunicación abierta y bidireccional
- Conocer las características que permiten identificar el consumo social, de riesgo y el anormal en el caso del alcohol y las que permitan identificar el consumo de drogas, como factores vitales en la prevención y/o eliminación de las adicciones
- En caso de desconocimiento o imposibilidad de afrontar este conflicto buscar ayuda profesional

Posible agudización de experiencias homosexuales o bisexuales. En esta etapa final de la adolescencia más cercana a la mayoría de edad, pueden vislumbrarse más acentuadamente rasgos de amaneramiento o masculinización, dudas marcadas acerca de sus preferencias sexuales e incluso comportamientos y reconocimientos de preferencias homo o bisexuales, que sugieren una tendencia a la homo o bisexualidad.

- Seguir las sugerencias expuestas en la primera etapa
- Insistimos que el cuestionarlos y agredirlos no cambiará su posible orientación, solo los alejará de usted y los dejará aún mas confundidos y desamparados
- Resulta importante la ayuda profesional para la preparación de la familia en la aceptación de esta posible realidad, así como en el acompañamiento de los/as adolescentes que están en esta situación. Insistimos en que la homo o bisexualidad son preferencias sexuales, no enfermedades

Resultados de la aplicación de las sugerencias prácticas en diferentes escenarios y grupos poblacionales

En la capacitación de profesores de las diferentes enseñanzas se resalta la marcada participación e interés que manifestaron los maestros de 5^{to} y 6^{to} grado, al parecer como respuesta a las marcadas necesidades en el manejo educativo-sexual de sus educandos que a su vez inician la primera etapa de la adolescencia. Asimismo en las orientaciones tanto individuales como grupales a la familia.

En la Docencia de pregrado se evidenció un el marcado interés de los estudiantes de las carreras de medicina, psicología y tecnología de la salud con quienes se trabajo, al disponer de un tema con el que no cuentan en sus programas docentes o son impartidos muy someramente por personal no especializado. Lo que se reforzó en la selección de estos temas sobre sexualidad para los cursos electivos de las carreras de enfermería, medicina y tecnología de la salud, como resultado de su preocupación por estos temas tanto en lo personal como para su futuro manejo profesional.

No solo en el pre grado se expresan necesidades cognoscitivas en la esfera de la sexualidad, encontramos que aún en graduados de las Ciencias de la Salud subsiste déficit en ese sentido, demostrado en el alto nivel motivacional, manifestado por los médicos, enfermeras, psicólogos, estomatólogos y tecnólogos que participaron en los diferentes cursos de postgrado y en el Diplomado de Educación Sexual. Al disponer de herramientas para el manejo de esta esfera con sus pacientes y familiares.

Tanto en las consultas de orientación sexual a los y las adolescentes como de orientación a la familia, desarrolladas en el Centro para la Atención Integral al Adolescente de Artemisa se constató una satisfacción. En los primeros al encontrar una comprensión a sus necesidades y una solución a sus problemas. En los segundos al obtener la explicación de los comportamientos de sus hijos e hijas y las herramientas para el manejo de sus características y de los conflictos que surgen en esta etapa de la vida.

En los círculos de interés con los y las adolescentes de los diferentes niveles de la enseñanza media, se alcanzó un nivel de aprobación similar al demostrado por los estudiantes de pregrado de las carreras de las Ciencias de la Salud, sobre todo en los aspectos vinculados a las relaciones sexuales y de pareja.

En general los resultados obtenidos fueron satisfactorios. Los adultos de los diferentes grupos poblacionales con los que se trabajó, reconocieron el valor práctico de las sugerencias y su impacto en el mejoramiento de la comunicación con los/as adolescentes. Por su parte los y las adolescentes reseñan también la mejoría de las relaciones y la comunicación con los adultos, fundamentalmente con la familia y los profesores, de forma particular en la satisfacción de sus necesidades educativo-sexuales.

CONCLUSIONES

- La información sobre las características de cada etapa de la adolescencia y los conflictos que ellas generan han esclarecido las principales dudas de los adultos en el afrontamiento de la educación sexual de los y las adolescentes en sus diferentes escenarios
- Las sugerencias aportadas para el afrontamiento de los principales conflictos en cada etapa de la adolescencia, han permitido la obtención de resultados satisfactorios en el apoyo a los y las adolescentes por parte de los adultos involucrados en su educación sexual en los diferentes escenarios
- Los y las adolescentes vivenciaron una mejor comprensión a sus necesidades y solución a sus problemas en la esfera sexual, así como una comunicación más positiva en estos temas con los adultos

NOTAS

- ¹ Todas presentadas en los Congresos de Sexología, Psicología de la salud y Psiquiatría Infanto Juvenil; conformando parte de las tesis de maestrías de Sexología y Educación Médica de los autores
- ² WHO. Gender and Reproductive Rights. Definiciones elaboradas a partir consulta internacional de la OMS sobre salud sexual. Enero 2002 y revisadas por expertos de diferentes partes del mundo. www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html
- ³ Alvarez Sintés: Tema de Medicina General Integral. Vol. 1 Salud y Medicina. Edit. Ciencias Médicas 2001
- ⁴ Dra. C. Alicia González Hernández y Dra. C. Beatriz castellanos Simons, tomado de diferentes trabajos publicados y notas de la maestría en Pedagogía de la Sexualidad.
- ⁵ Infante O, Psicología y salud. Psicología de las edades, adolescencia 141-144

- ⁶ Gutierrez Baró, E: Adolescencia y juventud. Concepto y características p 2. Artículo de Toxicomanía y adolescencia. Realidades y consecuencias. Colectivo de autores. Edit. Científico Técnica. La Habana, 2006
- ⁷ Domínguez García, L., Ibarra Mustelíer, L. y Fernández Rius, L.: Psicología del desarrollo: adolescencia y juventud. Conferencia introductoria II. Selección de lecturas. Edit. Félix Varela, La Habana 2006
- ⁸ Resultan del compendio de los criterios de diferentes autores e instituciones, enriquecidos por los autores de este material docente
- ⁹ Resultan del compendio de los criterios de diferentes autores e instituciones enriquecidos por los autores de este material docente
- ¹⁰ López Piedra J., Martínez Galván, A. I. y López Corral, J.: La sexualidad en las etapas de la vida. Características. Principales conflictos y sus afrontamientos. 2013. julio.lopez@infomed.sld.cu
- ¹¹ Resultan del compendio de los criterios de diferentes autores e instituciones enriquecidos por los autores de este material docente

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez Sintés, R.: Medicina General Integral. Vol 1: Salud y Medicina. Capítulo 13. Salud sexual, sexualidad y trastornos sexuales Pág. 108. Segunda edición, Edit. Ciencias Médicas. La Habana, 2008.
2. Bonachea Rodríguez, M., Vega Valle, Y., Valle Fernández, I. y Muro Díaz, P.: Dimensiones comunicativas. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Faustino Pérez Hernández. 2010.
3. Cano López, A.M.: Evolución de la Sexualidad. Conferencia en Maestría Sexualidad, CENESEX, 2010. Versión digital
4. Castellanos Cabrera, R.: Psicología. Selección de lecturas. La Habana, 2003.
5. Castellanos Simons, B., González Hernández, A., Rodríguez Ojeda, M. y otros: Hacia una sexualidad responsable y feliz. Preuniversitario. Para maestros y maestras. Secundaria Básica, parte I. Educación y Sexualidad. MINED. Editorial Pueblo y Educación 1997.
6. Claustro de profesores del Diplomado de Herramientas Psicopedagógicas para el Trabajo Docente en Ciencias Médicas. Relaciones interpersonales en los grupos. Documentos del Módulo de Comunicación. ISCM Victoria de Girón, 2005. Bibliotecas del ISCM Victoria de Girón y CAIA, Artemisa

7. Claustro de profesores de la Maestría en Educación Médica Superior en Salud. Documentos del Módulo de Comunicación: Comunicación en nuestra actividad diaria. Comunicación interpersonal y grupal. Comunicación social en la atención primaria de salud. ISCM Victoria de Girón, 2010. Bibliotecas del ISCM Victoria de Girón y CAIA, Artemisa
8. Colectivo de autores.: Hacia una sexualidad responsable y feliz. Para la Familia. Educación y Sexualidad. MINED. Editorial Pueblo y Educación 1997.
9. Colectivo de autores: Sexualidad Infantil y Juvenil. Nociones Introductorias para Maestras y Maestros de Educación Básica. SEP 2000. Versión digital
10. Colectivo de autores: Folleto Complementario Psicología Médica I. Escuela Latinoamericana de Medicina
11. Dominguez García, L., Ibarra Mustelier, L. y Fernández Rius, L.: Psicología del desarrollo: adolescencia y juventud. Selección de lecturas. Edit. Félix Varela, La Habana 2006
12. Flores Madán, L.: ¿Qué entendemos por sexualidad humana? PARTE VI. Sexología, capítulo 27, Psicología y Salud/ Fernando Núñez de Villavicencio Porro. Edit. Ciencias Médicas, La Habana 2001. Pág. 157-164.
13. González Hernández, A.: Las transformaciones biológicas y psicosexuales de la adolescencia Maestría Sexualidad, CENESEX, 2010. Versión digital
14. Gutierrez Baró, E.: Adolescencia y juventud. Concepto y características p 2. Artículo de Toxicomanía y adolescencia. Realidades y consecuencias. Colectivo de autores. Edit. Científico Técnica. La Habana, 2006
15. Infante Pedreira, O. E.: Adolescencia. PARTE V. Psicología de las edades, Capítulo 25, Psicología y Salud/ Fernando Núñez de Villavicencio Porro. Edit. Ciencias Médicas, La Habana 2001. Pág. 141- 144.
16. La sexualidad en la niñez y la adolescencia. Documento digital producido por CENESEX 2010
17. Leiva Marín, Y., Artilles de León, I., Flores Madán, L., Cano López, A.M. y otros.: Salud Sexual, Sexualidad y Trastornos Sexuales. Capítulo 3. Salud. Temas de Medicina General Integral, Vol. 1. Salud y Medicina / Roberto Álvarez Sintés, Edit. Ciencias Médicas, La Habana 2001, Pág. 46-56.
18. López Piedra, J.: Desarrollo evolutivo de la sexualidad infantil. Material educativo de apoyo al tema 3.3.3.1 Evolución de la sexualidad, Asignatura MGI II. Facultad de Ciencias Médicas de Artemisa, 2010
19. López Piedra, J.: La sexualidad en las etapas de la vida. Conferencia del Curso N° 2 Diplomado de Educación Sexual impartido en la Facultad de Ciencias Médicas de Artemisa, 2010
20. López Piedra, J. Martínez Galván, A.I.: Conferencia "Adolescencia y Comunicación". Curso Pre II Jornada Provincial de Adolescencia y Salud Mental. FCMA, 2011
21. López Piedra, J. López Corral, J. y Martínez Galván, A. I.: Programa Educativo-Sexual dirigido a tutores y facilitadores del policlínico universitario. IV Congreso Cubano de Educación, Orientación y Terapia Sexual 2008. ISBN 978-959-282-068-5.
22. Martínez Gómez, C. : Salud familiar. Edit. Científico-Técnica. La Habana 2003
23. Núñez de Villavicencio, F.: Psicología y Salud. Edit. Ciencias Médicas. Ciudad de la Habana, 2001. Pág. 175
24. Portelas Falgueras, R., Pérez Orozco, E. y Rodríguez Ojeda, M.: Hacia una sexualidad responsable y feliz. Preuniversitario. Para maestros y maestras. Educación y Sexualidad. MINED. Editorial Pueblo y Educación 1997.
25. Suárez Vega, D. M.: Desarrollo psíquico en la infancia. PARTE V. Psicología de las edades, Capítulo 24, Psicología y Salud/ Fernando Núñez de Villavicencio Porro. Edit. Ciencias Médicas, La Habana 2001. Pág.135-140
26. Torroella González-Mora, G.: Aprender a convivir. Editorial Pueblo y Educación, 2002.

OBSTÁCULOS EN LA EDUCACIÓN SEXUAL DE MADRES Y PADRES A SUS HIJOS ADOLESCENTES

LIC. JUDITH FORTEZA CORDERO, LIC. DANIA DÍAZ DÍAZ

RESUMEN

Partimos de las necesidades relacionadas con el proceso de educación sexual, en un grupo de madres y padres de hijos adolescentes del Reparto Iglesias, en el municipio de Matanzas. La investigación cualitativa es la asumida y en correspondencia con ella, la Metodología del Centro “Marie Langer”, centrada en los procesos correctores comunitarios y se privilegió el trabajo grupal, a través del método del Grupo Formativo. Nos planteamos como objeto de investigación, las dificultades que presentan las madres y los padres en el proceso de Educación Sexual a sus hijos(as). Nuestros focos de indagación fueron: ¿Por qué se hace difícil la educación sexual de los hijos(as)?, ¿Influyen la educación recibida por ellos y sus vivencias placenteras o frustrantes? La búsqueda de las respuestas guió nuestra investigación, por lo que nos planteamos como objetivo general; constatar Indicadores Diagnósticos de Población, en el abordaje del proceso de Educación Sexual de las madres y los padres a sus hijos(as), a través de la utilización del grupo formativo; La muestra se constituyó por 18 madres y padres que conformaron el grupo de reflexión, los principales indicadores detectados estuvieron relacionados con obstáculos epistemológicos (por ejemplo: desconocimientos sobre los contenidos relacionados con sexualidad), epistemofílicos (como por ejemplo: resistencias y ansiedades provocadas por la presencia de tabúes y creencias erróneas) y un tercer grupo relacionado con los roles, los espacios, los límites y el ejercicio de la autoridad, que se ponen de manifiesto en la Educación Sexual a los hijos(as).

INTRODUCCIÓN

Los adolescentes necesitan, urgentemente, adquirir conocimientos sobre salud sexual y reproductiva para que disfruten de un sexo sano y placentero sin olvidar la responsabilidad que adquieren en este sentido, como única forma de disminuir los pronósticos de la OMS.

Según planteó Vilma Espín, Presidenta de la Federación de Mujeres Cubanas, en el III Congreso Cubano de Educación, Orientación y Terapia Sexual y III Taller Iberoamericano de Educación Sexual y Orientación para la vida, en Cuba ya son realidad muchos objetivos de la salud sexual y reproductiva. Varios organismos e instituciones cubanas han trabajado con este fin, fundamentalmente el Centro Nacional de Educación Sexual, creado en el año 1989, el cual se ha ocupado desde su fundación, a la capacitación, la investigación, el asesoramiento y la elaboración de planes y programas sobre educación sexual. En estos mismos eventos la compañera Vilma refirió, que más de 65 mil adolescentes y familias han sido beneficiados con los programas, a “Crecer en la adolescencia” y “Mi proyecto de vida” y que, los padres de los adolescentes, han manifestado el deseo de participar en el desarrollo de los programas.

La Educación Sexual forma parte de la educación general e integral del individuo, por lo que debe considerársele como un proceso activo, sistemático, donde educando y educador interactúen, enriqueciéndose mutuamente. Es un proceso continuo, lento, a través de toda la vida, donde desempeñan un importante papel la familia, la escuela, la comunidad y toda la sociedad en

general, por lo que la salud sexual y reproductiva son sólo una parte de ella. La MSc. Mariela Castro, en una entrevista para el periódico “Juventud Rebelde” en el año 2000, expresó: *“Este proceso es más largo que el de aprender a leer y escribir, pienso que todavía estamos en la etapa de la alfabetización... nos encontramos en el ABC de la sexualidad”*⁽¹⁾.

En Matanzas, al igual que en el resto del país, han existido logros en la educación, promoción y prevención en materia de salud sexual y reproductiva pero la presencia, aún, de los índices de embarazo y aborto en la adolescencia, como la de ITS-SIDA hace considerar que subsisten las posibilidades de manifestación de estos problemas de salud en la comunidad.

Así, en la cátedra de Educación Sexual de la Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas se atendió una situación de embarazo de tres adolescentes del Reparto Iglesias que abandonaron los estudios, por encontrarse embarazadas, en el curso escolar 2010-2011.

Para estudiar el problema se decidió realizar, primero, un estudio a través de grupos focales para extraer las necesidades relacionadas con la problemática en los estudiantes, padres y profesores del Instituto y después, investigar el origen de las mismas para poder accionar en función de las demandas.

En los resultados observamos que, las necesidades más significativas estuvieron relacionadas con el proceso de educación sexual de los padres a sus hijos(as). En los espacios de reflexión realizados, los adolescentes demandan de sus padres, entre otros aspectos, comprensión e información franca sobre sexualidad; mientras que, los grupos de padres expresaron que les resultaba difícil enfrentar la temática de la sexualidad con los hijos(as). Los profesores, a su vez, plantearon que a pesar de aplicar los programas nacionales relacionados con la salud sexual y reproductiva, y vincular sus asignaturas con la temática, se hace evidente la necesidad del apoyo de la educación consciente por parte de la familia.

Consultando la bibliografía especializada, detectamos que los resultados coinciden con los de las investigaciones nacionales realizadas, donde se confirma que, a pesar de las limitaciones de los padres para preparar y educar a sus hijos(as) en la esfera de la sexualidad, los hijos(as) prefieren

que sean sus padres quienes les ofrezcan la información y, de hecho, la familia constituye la fuente primaria y fundamental de instrucción, ya sea por vía formal o informal.

Nos preguntamos entonces:

- ¿Por qué se hace difícil la educación sexual a los hijos(as)?.
- ¿Influyen la educación recibida por ellos y sus vivencias placenteras o frustrantes?.

Estos serán nuestros focos de indagación y la búsqueda de las respuestas guiarán nuestra investigación.

María Ester Barrador, en su tesis de Maestría, nos menciona que uno de los factores que influye en la educación de los hijos(as) es “... *las relaciones que tuvieron con sus padres de crianza*”.⁽²⁾

Natividad Guerrero expresa que otros factores están relacionados con el sexo del hijo y el nivel de información que tienen los padres sobre el tema.

La conocida investigadora sobre Familia, Patricia Arés, le da un peso fundamental a los patrones educativos de conductas tradicionales heredados por una cultura.

Desde antes de la fecundación del óvulo por el espermatozoide nuestros progenitores nos cargan de sus sueños, frustraciones y experiencias sexuales, nos transmiten sus mitos y tabúes heredados culturalmente. Basta reflexionar sobre las experiencias personales para comprender que las madres y padres ejercen un papel primordial en la conformación de nuestros patrones de comportamiento y satisfacción sexual.

Como alumna de la maestría “*Intervención comunitaria de los procesos correctores de la vida cotidiana*”, la autora de esta tesis tuvo la oportunidad que la investigadora Mirtha Cucco, portadora de las experiencias del Centro de Desarrollo de Salud Comunitaria” Marie Langer” de Madrid, España, por más de 20 años en el estudio de la vida cotidiana y los cuestionamientos de sus malestares y sus valiosos aportes al estudio de la adolescencia y la familia, nos acercara a su concepción teórica–metodológica; seleccionada para la realización de la siguiente investigación.

Utilizaremos el programa “Un Lugar para la Familia”, propuesto por el Centro, con algunas modificaciones acordes con nuestro contexto social y objetivos propuestos. Como expresamos anteriormente, se asumió la metodología de los procesos correctores

comunitarios basada en el método del grupo formativo como espacio de reflexión grupal y la utilización del juego dramático como instrumento proyectivo en las escenas de la vida cotidiana y disparador de la reflexión.

La metodología nos permitió hacer un registro de indicadores diagnósticos de población (aporte de la investigadora Mirtha Cucco), a partir de los emergentes extraídos de las diversas sesiones de trabajo. Lo anterior nos permitió constatar los obstáculos epistemológicos (racionales) y epistemofílicos (prejuicios, tabúes, costumbres) que entorpecen la educación sexual que ofrecen las madres y los padres a sus hijos(as), pues si no se trabajan los obstáculos, será muy difícil adquirir los nuevos conocimientos e incorporarlos al nivel conativo y afectivo.

De aquí que el objeto de esta investigación sea: Las dificultades que presentan las madres y los padres en el proceso de Educación Sexual a sus hijos(as).

OBJETIVO GENERAL

- Constatar Indicadores Diagnósticos de Población, en el abordaje del proceso de Educación Sexual de las madres y los padres a sus hijos(as), a través de la utilización del grupo formativo. Este banco de indicadores, por su valor diagnóstico y predictivo puede ser útil para el diseño de programas de acción en la intervención comunitaria y la posibilidad de su generalización en el estudio y la asistencia de otros profesionales vinculados con la atención primaria de salud, educación y trabajo comunitario; en general, con la familia. Consideramos que los resultados de la investigación pueden constituir un valioso instrumento de trabajo que facilite la reflexión en las madres y los padres, en su función educativa, de preparar a los hijos(as) como protagonistas de sus aprendizajes en el proceso del crecer.

En torno a lo metodológico

En torno a lo metodológico. A partir de las referencias generales que centran esta investigación y de la naturaleza, de la (pequeña) parte de la realidad en el que se profundiza, la educación sexual a los hijos en el grupo familiar, que involucra fenómenos grupales y personales,

requiere de una exigencia metodológica con nuevos enfoques alternativos de investigación. Por esto la investigación cualitativa es el paradigma de investigación asumido y en correspondencia con ella, la Metodología del Centro “Marie Langer”, centrada en los procesos correctores comunitarios, la cual ofrece un marco propicio para la realización de investigaciones orientadas a la práctica, como las que realizamos en el presente trabajo, “... que transformen los diversos procesos sociales y personales que en ella se suscitan”. La metodología tiene como objeto de estudio la vida cotidiana, lo que nos permitió constatar sus malestares, relacionados con el proceso de educación sexual de los padres a sus hijos, de una manera sistemática y científica. Se privilegia el trabajo grupal, a través del Grupo Formativo, donde los miembros del grupo intervienen como protagonistas del conocimiento para transformarse a sí mismos y a su realidad.

Métodos utilizados

Dentro de la metodología utilizamos los siguientes métodos:

- El estudio de fuentes de información: documentos y expertos; éstos últimos fueron consultados con la técnica de la Entrevista en profundidad.
- El cuestionario.
- El grupo formativo, que se privilegió.
- El análisis y la síntesis.
- La hermeneútica.

Nuestra investigación se inició a partir del estudio documental, sobre el que se hizo la fundamentación teórica que constituyó la base de la investigación.

- La entrevista en profundidad es la segunda gran técnica de investigación de corte cualitativo y se utiliza en la investigación para consultar el criterio de los expertos con los objetivos de:

1. Obtener información sobre la educación sexual que brindan hoy las madres y los padres a sus hijos(as).
2. Determinar cómo debe ser la Educación Sexual de las madres y los padres a sus hijos(as).
3. Extraer información sobre las principales dificultades que influyen en el proceso educativo.

Las entrevistas se realizaron de manera individual, mediante una conversación con los expertos, en la temática de la Educación Sexual, vinculados al trabajo con adolescentes y sus familiares. Los profesionales escogidos fueron representantes de dicha temática en los sectores de la educación, la salud, la FMC. y que se relacionan a continuación.

- Jefe del grupo provincial de Psicología de Matanzas y de la Comisión provincial de Educación Sexual.
- Asesora del Director Provincial de Educación, para la esfera de la Salud y encargada de la aplicación de los programas de Educación Sexual en los diversos niveles de enseñanza.
- Representante del programa ITS/SIDA, perteneciente al Centro Provincial de Promoción y Educación para la salud en Matanzas.
- Miembro provincial de la Federación de Mujeres Cubanas, que atiende la Cátedra de la Mujer y la Familia.
- Médico de familia del consultorio del reparto iglesias.
- Doctora e Investigadora de la Facultad de Psicología en la universidad de la Habana, dedicada al estudio de la familia
- Doctora en Psicología, con experiencias en escuelas de padres basadas en la “Metodología de los procesos correctores comunitarios”.

Se confeccionó una guía con los aspectos que se abordarían de manera general y que se desarrollarían según fluyera la conversación. La información se grabó, con previo consentimiento del entrevistado, lo que facilitó el proceso social de interacción interpersonal y la precisión en la conservación de la información.

El cuestionario

Se aplicó un cuestionario anónimo a las madres y los padres que asistieron al grupo invitados, a participar en el programa “Un Lugar para la Familia”

El método del grupo formativo. Constituye el método privilegiado por la metodología asumida, la de “los procesos correctores comunitarios”. Se utilizó el grupo formativo, planteado como espacio de reflexión grupal acerca de las diversas problemáticas básicas

que afectan a diversos grupos de la comunidad, donde el coordinador brinda elementos de análisis basados en determinadas referencias teóricas y metodológicas, para potenciar el desarrollo del protagonismo personal y social en la búsqueda de alternativas de solución a los malestares de la vida cotidiana. Las madres y los padres reconocerán los obstáculos y las potencialidades que existen para poder brindar una Educación Sexual acorde con las necesidades de sus hijos. El grupo se constituye así, en un lugar de intermediación entre la estructura social y la estructura individual.

El Grupo Formativo se utilizó en su intención diagnóstica, lo que nos permitió caracterizar el proceso de Educación Sexual que brindan las madres y los padres a sus hijos(as), con un valor descriptivo-predictivo y, aunque no fue objetivo de nuestra investigación se ofrecieron elementos de análisis que dieron paso a algunos aprendizajes.

Se utilizaron como recursos el juego dramático y otras técnicas grupales que facilitan la participación del grupo y la sistematización de Indicadores Diagnósticos de Población (IDP).

El propósito del juego dramático es que tanto los “actores” de la escena como el “público”, proyecten en los personajes y la dinámica de la acción las pautas de comportamiento “normal” en la situación planteada así aparecen con toda claridad en la escena, los malestares de la cotidianeidad, que se consideran “normales” y ahora comienzan a comprenderse desde lo invisibilizado: el “guión” que nos escribe la vida desde un imaginario social que asumimos sin damos cuenta. El coordinador puede “leer” hasta donde coinciden las escenificaciones, con lo descrito en la literatura y lo presentado por la mayoría de los grupos donde se ha aplicado el programa original, y hasta donde aparecen elementos novedosos, diferentes, específicos para el grupo en cuestión.

El Indicador Diagnóstico de Población (IDP) fue creado en la práctica profesional e investigativa de su autora Mirtha Cucco. El mismo “constituye un conjunto sistematizado de ideas, sentimientos y acciones, que revelan las contradicciones y los conflictos inherentes a un modo de vida y a los roles que en él se juegan en el marco de dos instituciones básicas: la familia y la escuela, y en otros espacios de relación”.⁽³⁾

Basado en los IDP recogidos, desde el Centro “Marie Langer” y en sus experiencias por más de 20 años de trabajo en varios países, se diseñó

el Programa de Intervención Comunitaria “Un lugar para la familia” partiendo de la lectura de las necesidades detectadas en la familia.

En la investigación se utilizó dicho programa con algunas adecuaciones basadas en los objetivos del estudio y en las características concretas del grupo.

Objetivo del Programa: Elaborar la problemática de la Educación Sexual a los hijos(as).

Este objetivo permite llevar al grupo a una crítica sobre una problemática cotidiana la educación sexual a sus hijos(as) desde una concepción sociopsicobiológica, a sistematizar los indicadores del proceso de educación sexual y

constatar los mismos en un contexto dado y sus manifestaciones específicas en un grupo de madres y padres de adolescentes.

El programa original consta de quince reuniones, de dos horas de duración cada una. Se redujo el número de sesiones, pero se mantuvieron los temas centrales y se agregaron dos sesiones, “Crecer en el adentro” y “Crecer en el afuera”, para trabajar con más profundidad la pubertad y la adolescencia, por ser las etapas previas y actuales de los hijos(as) del grupo con el cual trabajamos.

Cada tema lo hicimos corresponder con una sesión de trabajo de dos horas y quedó elaborado en nueve encuentros, con un total de 18 horas, incluyendo la sesión de Encuadre.

Contenido del programa

Titulo	Plan temático	Recurso metodológico	Técnica de Cierre
1. Encuadre	Contenido y metodología del programa	Obra de teatro Lluvia de ideas	Rueda final
2. El grupo familiar hoy	Problemática actual del grupo familiar con hijos adolescentes hoy	Juego dramático “El Marcianito”	Rueda final
3. Vinculo, comunicación y aprendizaje	La comunicación vía para el vinculo y el aprendizaje	Trabajo en subgrupos Juego dramático	Rueda final
4. Roles, espacios, límites y ejercicio de la autoridad	Rol, Status, límites y autoridad	Juego dramático “El campismo”	Rueda final
5. Los roles masculinos y femeninos, su problemática actual	Rol de la mujer y el hombre	Juego dramático “La asociación” Recurso de las sillas	Un deseo al sexo opuesto
6. El crecer	Etapas básicas del desarrollo psíquico	Juego dramático	Una inquietud
7. Crecer en el adentro	La pubertad	Juego dramático	Yo siento ____ y tú, qué sientes?
8. crecer en el afuera	La adolescencia	Juego dramático	Un si y un no a los adolescentes
9. Cierre	Integración	Trabajo en subgrupos	Cada uno escribe una nota a los demás

Cada sesión se prepara metodológicamente de la manera siguiente:

Sesión #	
Objetivos	
Contenido	
Desarrollo	Momentos iniciales informal y formal
	Momento de planteamiento temático específico
	Momento de elaboración específica
	Momento de integración y cierre

- **Descripción de la muestra.** El Reparto Iglesias fue seleccionado para la investigación, atendiendo a una demanda realizada por uno de sus consultorios médicos, a la cátedra de Educación de la Sexualidad de la Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas, por presentar un problema de salud, el embarazo en la adolescencia.

En los diferentes grupos de reflexión realizados con los maestros, adolescentes y familiares se detectó la necesidad de una educación sexual más adecuada por parte de las madres y los padres a sus hijos adolescentes.

Para este estudio se convocó, a través de la institución, a un grupo de madres y padres de los adolescentes del Reparto Iglesias, en Matanzas. Este grupo de madres y padres, que constituye la muestra, fue seleccionado intencionalmente a partir de las siguientes características:

- Pertenecer a una misma comunidad, perteneciente al municipio de Matanzas
- Los hijos son adolescentes y cursan el mismo nivel de enseñanza, décimo grado.

El número máximo de invitados a “Un lugar para la Familia” era veintiocho. El 100% de la muestra fue encuestada, pero asistieron al grupo formativo el 64.28%, por lo que quedó el grupo integrado hasta el final, por dieciocho participantes, pues algunos se justificaron por presentar problemas con la dinámica y el horario laboral, lo que imposibilitaba su asistencia. De los dieciocho participantes en el grupo formativo siete son padres y once son madres. Es importante resaltar que en el grupo existían tres matrimonios, tres madres viudas y un padre que presentaba toda la responsabilidad de los hijos porque la esposa se encontraba cumpliendo misión en un país de Latinoamérica.

Resultados

- **Obstáculos Epistemológicos.**

1. Insuficiente conocimiento de las características y necesidades de cada etapa del desarrollo de sus hijos(as), para lograr un crecimiento óptimo.

El perfil de este indicador puede ser visto entre otros, como:

- Las madres y los padres asocian las necesidades de sus hijos(as) con la alimentación, el juego, los objetos materiales

y el estudio, lo que se evidencia en las emergentes de las diversas sesiones, como por ejemplo: *“el estudio es lo más importante que tienen en la vida”*.

- Las madres y los padres no instruyen a sus hijos(as) para vivir una sexualidad genital placentera, lo que se manifiesta en las respuestas dadas al cuestionario y en los emergentes como: *“de placer?.. tú estás loco”*, *“de las enfermedades, sí”*.

2. **Conocimientos limitados acerca de la sexualidad y su educación.** Este indicador se caracteriza porque:

- Las madres y los padres reconocen que en su juventud, tuvieron acceso a diferentes publicaciones sobre sexualidad, la información sobre ella la obtuvieron a través de amigos, profesores, madres, padres y médicos, pero exponen su insatisfacción en cuanto al nivel de conocimientos y a partir de esto, demandan formación para enfrentar la orientación sexual de sus hijos(as). Lo anterior se puede ilustrar cuando las madres y los padres dicen: *“cuál es el momento adecuado para tener las relaciones sexuales?”*, *“¿Cómo hablarles a los varones?”*, *“Los adultos no conocemos nuestro propio cuerpo”*, *“cometemos errores por falta de conocimientos”*.
- Se asignan aún, roles de género estereotipados, por ejemplo se dice que: *“el hombre inventa en la calle y la mujer en la casa”*, *“la mujer es la responsable de las tareas hogareñas y de la educación y crianza de los hijos(as)”*, *“los hombres son más independientes”*, *“el padre tiene mucha responsabilidad en el trabajo y no tiene tiempo para los hijos(as)”*.
- Se le asigna a la institución escolar la responsabilidad de la instrucción acerca de la sexualidad.

Si sólo se tomaran en cuenta estos obstáculos podríamos pensar que ofreciendo información suficiente las contradicciones estarían resueltas. Esto es lo que habitualmente se realiza, sin lograr la eficacia puesto que las acciones educativas se quedan al nivel de las demandas explícitas sin develar los obstáculos epistemológicos que expresan necesidades no concientizadas totalmente.

Se hace imprescindible entonces, desde la concepción teórica metodológica asumida,

profundizar en el segundo gran grupo de obstáculos para la enseñanza — aprendizaje de la sexualidad.

- **Obstáculos Epistemofílicos**

1. **Insuficiente elaboración de los duelos, relacionados con los necesarios desprendimientos que provoca el crecer de sus hijos(as), que se agudiza en torno a su desarrollo sexual.**

- Las madres y los padres se sienten felices al saber que sus hijos(as) van alcanzando un desarrollo más cercano al adulto, pero a la vez le temen “al afuera”. En el ámbito de la sexualidad aparecen ansiedades, temores y resistencias asociados, según las expresiones del grupo a los: *“embarazos tempranos”, “qué me dicen de la prostitución?”, “Y si pierde los estudios”, “mala elección de la pareja”, “una vida más incómoda”.*
- Las madres y los padres dificultan el desarrollo de la autonomía y el protagonismo de sus hijos(as) especialmente en lo relacionado con la sexualidad, lo que se manifiesta en las sesiones cuando decían: *“queremos pensar por ellos y que piensen como nosotros”, “sabrán enfrentarse a las situaciones?”*
- Las propias madres y los padres no saben elaborar las ambivalencias existentes en los hijos(as) que muchas veces se agudizan en el ámbito sexual, por lo que les resulta imposible ayudar a que ellos las elaboren, como por ejemplo *“no sé si tratarlo como niño o como adulto”, “me parece que está muy niño para ir solo”.*

2. **Resistencias y ansiedades provocadas por la presencia de tabúes y creencias erróneas alrededor de la Educación Sexual.** Las madres y los padres dicen: *“de eso no se habla”, “es como despertar al diablo”, “la madre le informa a la hija”, “al varón lo orienta el padre”*

- La comunicación sobre los temas relacionados con la sexualidad está permeada por las angustias y los temores que engendra en los padres la salida de los hijos(as) “al afuera”, lo que se caracteriza por los dobles mensajes, chantajes afectivos, evasivas, negación, advertencias y prohibiciones; como mecanismos de defensa, para evitar los posibles riesgos. Lo anterior se evidenció en las expresiones como: *“él no hace eso”,*

“hablamos después”, “con lo que yo te quiero y tú me haces eso”, “cuando tengas novio lo traes para la casa, pero a mí no me va a gustar mucho”, “site sucede algo”.

3. **Contradicciones invisibilizadas que tienen las madres y los padres entre el modelo de Educación Sexual por el que ellos se educaron y los nuevos instituyentes que el contexto social actual promueve.**

Existe en las madres y los padres un modelo vivencial y de comprensión de la sexualidad transmitido a través de agentes socializadores, que contradicen las exigencias actuales.

Esto se evidencia cuando ellos expresan: *qué voy a hacer si todos van?*”, *“Es lo que me enseñaron”, “en mi época no era así”,* cuando una madre haciendo el papel de abuela expresó: *“no hagas lo que yo te hice a ti”.*

Esto nos conduce a reafirmar que los procesos de elaboración vinculados a una educación desarrolladora, que promueve el crecer de los hijos(as), así como de sus madres y padres, no se agotan desde la información, con solo conocimientos. Una vez más, se constata que como en todo proceso de aprendizaje sobre la sexualidad, las resistencias, los temores y las ansiedades deben ser contenidas y también elaboradas, visibilizadas. En nuestra experiencia, esta reflexión se hace entendida por las ansiedades y resistencia que tienen los propios padres y madres, educadores de la sexualidad a sus hijos(as).

- **Otros Indicadores Diagnósticos de Población que repercuten en la Educación Sexual.**

Finalmente en el desarrollo del programa realizado se constatan una vez más los Indicadores Diagnóstico de Población vinculados a la familia contemporánea. Todos estos indicadores tienen una salida en mayor o menor grado en la Educación Sexual.

Nos resultaron particularmente significativos los siguientes indicadores:

1. **Inadecuada delimitación de espacios, roles y límites en el grupo familiar.**

- El rol de la abuela no está bien definido, es parte de la solución de muchos problemas y promotora de otros. Una madre dice por ejemplo: *“gracias a ella, todo funciona”,* un padre comenta *“cuando se tiene todo*

solucionado viene ella a la antigua”, y otro plantea “a la suegra no le gustan los hombres cazueleros”.

- Asignación de la maternidad a la abuela, a la vecina o a una amiga.
- La sobrecarga de roles femeninos se evidenció en las expresiones “*el tiempo no alcanza*”, “*esclava del trabajo y la casa*”. Estas expresiones conspiran contra el tiempo físico y el psíquico para el diálogo, y el análisis conjunto que requiere la elaboración de las contradicciones propias del crecer en general y del desarrollo sexual en particular.
- Se justifican biológicamente los roles asignados a la madre como: “*responsable de la educación de los hijos(as)*”, “*fue la que parió*”, “*Todavía tiene huellas del cordón*”, “*sobreprotectora*”, “*los comportamientos femeninos tienen justificación genética*”, “*la obsesión y sobre protección les viene en la sangre*”. Se hacen comparaciones además con la diferencia natural con respecto al hombre “*él no lo tuvo nueve meses en el vientre*”, “*no nace preparado para eso*”.
- Omnipotencia vs Impotencia de las madres y los padres al asumir su rol educativo. Desde lo asignado poseen la omnipotencia de- “*debo saberlo todo*”, “*no separarse nunca de los hijos(as)*”, “*evitarles sufrimientos*”. Lo que genera en la realidad la impotencia expresada en los criterios: “*el tiempo no alcanza*”, “*están más tiempo en la casa que en la escuela*”, “*hablarles de placer?, tu estas loco*”, “*temo no saberles responde?*”.

2. Presencia de autoritarismo “*por muchas explicaciones que me des, no vas, irás con nosotros*”, “*que grupo ni grupo, vamos al campismo que es lo más importante*”, “*ir sola, ni lo pienses*”. El autoritarismo es fuente de resistencias, de ansiedades, dificulta la comunicación y con ello la educación en su sentido amplio, que se agudiza en el ámbito de la sexualidad, como mencionábamos anteriormente con los diferentes atravesamientos que desde el imaginario social instituido, la Educación Sexual, también posee.

3. Contradicciones entre los instituyentes que luchan por imponerse desde las asignaciones a los roles de mujer y hombre generados por la actual situación económica y los patrones

estructurales tradicionales aún vigentes para la familia. Esto se expresa en:

- Se han efectuado movimientos en los roles familiares, sin cambios en la subestructura familiar y social. La mujer “*es más independiente económicamente*”, “*tiene mejor salario que su esposo*”. El hombre “*ha tenido que acercarse más a los hijos(as)*”. La abuela “*atiende a los nietos*”.
 - No se han creado condiciones familiares para el empoderamiento de las mujeres a la vida política, social, económica y cultural. Se manifiesta en los siguientes emergentes: “*los hombres entramos a la casa sino se pierde*”, “*la mujer es esclava del trabajo y del hogar*”.
- 4. Existe invasión de los espacios** pertenecientes a los hijos(as).
- Las madres y los padres no respetan la intimidad de los hijos(as) lo que se evidenció más, en la escena del púber y en los siguientes emergentes “*la puerta no puede estar cerrada*”, “*tengo que saber siempre lo que están haciendo*”, “*el ojo del amo en gorda al caballo*”. *Lo que muchas veces dificulta el proceso natural de desarrollo de la sexualidad y fomenta problemas de comunicación que levantan resistencias innecesarias alrededor de la educación sexual de padres a hijos(as).*

CONCLUSIÓN

1. El Grupo Formativo constituyó un método efectivo para caracterizar la Educación Sexual de las madres y los padres a sus hijos(as), por su valor diagnóstico y la posibilidad de sistematizar los Indicadores Diagnósticos de Población en un grupo concreto.
2. Reafirmamos el valor del Indicador Diagnóstico de Población, como instrumento metodológico, que permite concientizar lo invisibilizado, identificar las diferencias entre el indicador teórico de cómo “debe ser” y el indicador real de “cómo es” un hecho o fenómeno en la vida cotidiana, pues nos permitió visibilizar los obstáculos epistemofílicos y epistemológicos que inciden en la resistencia y el desconocimiento que tienen lugar en el proceso de Educación Sexual de las madres y los padres a sus hijos(as).
3. En la Educación Sexual de los padres y las madres a sus hijos(as) se evidencian tanto obstáculos

epistemológicos como epistemofílicos, y que es necesario develarlos, analizarlos y elaborarlos, si se quiere alcanzar el desarrollo de una sexualidad sana, plena, responsable y placentera.

4. Aún cuando los padres y las madres, entren en contacto con la información, se apropian de los conocimientos más actualizados y completos sobre la sexualidad y su desarrollo, si no visualizan y contienen adecuadamente las ansiedades, resistencias y temores generados por los prejuicios y tabúes que desde el imaginario social de una cultura sexual tradicional ellos han asumido y median su propia sexualidad, la Educación Sexual no será la adecuada, con las condiciones que la vida contemporánea exige.
5. La concepción teórico - metodológica que ofrece la metodología de la Intervención Comunitaria en los Procesos Correctores Comunitarios que se adoptó, cuyos referentes han permitido la lectura (interpretación) de las demandas explícitas que en materia de Educación de la Sexualidad en el ámbito familiar hacen tanto los hijos(as) como los padres, nos lleva a comprender las necesidades y los significados que están detrás de estos. Lo que desde el discurso todos comprenden y aceptan sobre la sexualidad está atravesado por los aún fuertes valores prejuiciados que desde lo más interno no se han “movido” lo suficiente.
6. La presencia de los nuevos instituyentes sobre la sexualidad y su educación luchan por abrirse paso, fomentando contradicciones que es necesario llevar a conflicto para su solución. Aceptar definitivamente el erotismo y su diversidad como natural y placentero tanto para el hombre como para la mujer y desde ahí ofrecer elementos de análisis a los hijos(as) para que estos puedan a su vez solucionar sus propias contradicciones, ganando así en protagonismo y autonomía, es todavía un reto para la familia cubana.
7. La aplicación del programa “Un lugar para la familia” constituyó la realización de las expectativas originadas en la autora, por la Metodología de los procesos correctores comunitarios, a través de los diferentes módulos de la maestría “Intervención comunitaria de los procesos correctores de la vida cotidiana”, sobre la efectividad de la utilización del Grupo Formativo para abordar el estudio del proceso de Educación Sexual a los hijos, de un grupo de madres y padres pertenecientes a una misma

comunidad, respecto a otros métodos aplicados en la praxis profesional de la autora.

RECOMENDACIONES

1. Extender el programa “Un Lugar para la Familia” a otras comunidades del municipio, como oportunidad para reflexionar acerca de la Educación Sexual a sus hijos(as), con lo que lograrían concientizar los posibles obstáculos epistemológicos y epistemofílicos que influyen en el proceso educativo y así elaborar alternativas para su resolución.
2. Aplicar un programa sobre Educación Sexual, basado en la metodología de los procesos correctores comunitarios, pero dirigido a los adolescentes, para extraer los posibles obstáculos **epistemológicos y epistemofílicos** que influyen en ellos al recibir la educación sexual que les ofrecen los padres y las madres.
3. Utilizar el método del Grupo Formativo, privilegiado por la metodología de los procesos correctores comunitarios, en el diseño de los programas de intervención comunitaria, por su efectividad para detectar las demandas y necesidades de grupos de población, y sus posibles satisfacciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Araceli T. Periódico Juventud Rebelde. La Habana 5 de abril 2000. Pp. 6.
2. Barrador Alarcón ME. El programa PECES: una alternativa para modificar la actitud hacia la educación de los hijos. (Tesis). La Habana : Universidad de La Habana. Facultad de Psicología; 1996. Pp. 3.
3. Cucco M. Una propuesta de intervención sobre los malestares de la vida cotidiana. Buenos Aires; Argentina 2006. Pp. 168

BIBLIOGRAFÍA

- Anuario estadístico de salud 2010. Dirección nacional de registros Médicos y estadísticas de salud.
- González A.: Erotismo desde la historia. Conferencia impartida en el XVIII Congreso Mundial de Sexología. La Habana, ENERO 2010
- Torres, B.: Hablemos de sexualidad. Inquietudes más frecuentes sobre la sexualidad, el amor y la pareja. Ed. Científico – Técnica, 2006

ASPECTOS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA EN MUJERES, NIÑOS Y ADOLESCENTES

LIC. OSVALDO M. ÁLVAREZ TORRES*

BREVE INTROITO

Existen criterios que relacionan al Derecho Penal con el Derecho Familiar, aunque lo denominen Derecho Civil, en el sentido de que Derecho Penal, al tutelar algunos bienes conectados directamente con el Derecho Civil, estrecha sus relaciones con éste. Los Códigos Penales sancionan las alteraciones del estado civil, el abandono de personas, la bigamia y otros delitos más, que tutelan derechos y bienes, de ahí se afirma que entre ambas ramas del Derecho surgen estrechos y necesarios lazos.¹

Lo que se persigue con el Derecho familiar penal es establecer, como objetivos principales, el estudio de los ilícitos penales cometidos en el seno familiar por sus miembros unidos por vínculos de parentesco consanguíneo, afín y civil.

El Derecho Penal de Familia es el conjunto de instituciones y normas jurídicas que protegen esencialmente a la familia, cuando en su seno se realizan actividades ilícitas punibles por parte de sus miembros, o cuando los propios miembros de la familia, atacan a miembros de esa familia y por tanto alteran los vínculos familiares, al poner en riesgo o dañar la célula básica social que por excelencia lo es la familia.

La familia es la base, la célula primigenia de la sociedad, que debe observar principios que regulan la conducta y la personalidad de los seres humanos, que vienen dados porque en su seno

están contenidos valores morales y de trato social, para que la vida se desarrolle en armonía, para lograr el bienestar social.

El Derecho penal sustantivo, como se conoce, contiene normas prohibitivas, en las que se previene a los individuos que de violentarlas, serán destinatarios de una sanción previamente establecida, en esas mismas normas. No obstante si el sujeto comisor o transgresor de la norma es miembro de la familia o está vinculado a ésta, la sanción a imponer va desde la sanción principal de tipo penal, hasta la imposición de sanciones accesorias que, en determinadas circunstancias, implicará la pérdida o suspensión de determinados derechos de familia.

De ahí que los Códigos Penales contengan una gama de disposiciones que se refieren a la familia, por consiguiente, esta relación del Derecho Familiar con el Derecho Penal, entraña la formación de un binomio que regula las conductas de la familia, con trascendencia al ámbito del Derecho punible.

La violencia familiar, por su amplísimo espectro, deriva, muchas de las veces, en la irrupción, en el Derecho de Familia, de las normas del Derecho Penal para contener y/o sancionar conductas comisoras de delitos.

La violencia en sus diferentes facetas, causante de muerte, lesiones y otros daños o pérdidas, condiciona inseguridad para el ser humano. Esa inseguridad se ha generalizado a tal extremo en el mundo, que la Organización de Naciones Unidas en el avance sobre el Informe del Desarrollo Humano en 1994, expresó que es el máximo reto con que la humanidad entraría, y ha entrado, en el siglo XXI.

* Master en Filosofía del Derecho. DEA Universitat de Girona, Cataluña, España, Especialista en Derecho Penal, Civil y Patrimonial de Familia, Profesor Principal, Registrador de la Propiedad habilitado.

1.1 EL MALTRATO INFANTIL COMO FORMA DE VIOLENCIA FAMILIAR

Una de las formas de expresión de la violencia familiar que más repudio concita es el maltrato infantil, que se conceptualiza en cuatro formas o tipos básicos no excluyentes entre sí: el abuso físico, el abandono de niñas y niños, el abuso emocional y el abuso sexual. Puede sumarse a todo ello la execrable explotación económica de los menores de edad.

En cuanto a extensión geográfica se calcula que hasta en países de supuesto gran desarrollo económico, como los E.U., el maltrato a niños ha sido endémico por generaciones, afectándolos no sólo a ellos como grupo poblacional, sino a la familia en su conjunto y en general a la sociedad.

En 1992 la American Medical Association comprobó que en el citado país eran seriamente maltratados unos dos millones de niños anualmente, por lo que se le consideró entonces como un fenómeno de trascendencia “ecológica”, que sobrepasaba en ocasiones el entorno inmediato al niño para manifestarse en formas netamente sociales, como la explotación laboral de menores, cuestión que está latente al presente, vinculada, entre otros factores, al fenómeno de la migración.

Más allá de la noción y detalles iniciales del “Síndrome del Niño Maltratado”, el análisis del maltrato infantil abarca estudios socioeconómicos, de intervención y prevención, hasta los de interés diagnóstico, técnicas y descripción de signos. Un asunto que en décadas atrás concernía especialmente al aparato judicial, se difunde ahora a múltiples áreas de la actividad y el conocimiento de la sociedad, con verdadera acción en este fenómeno de la interdisciplina.

El amplio interés de las distintas ramas de la medicina respecto al maltrato a niños, niñas y adolescentes, se debe también a la imposición legal de la obligatoriedad de reportar los casos que se conozcan, que lleva el asunto al campo del análisis ético con determinado nivel de opciones para personas de ciertos perfiles ocupacionales que se relacionan con el niño, niña o adolescente supuestamente maltratado.

Ejemplo de la obligatoriedad de denunciar casos de ese nivel de riesgo está claramente impuesta por el Código Penal cubano, que contiene especificaciones aplicables en ese orden

a los médicos que conocen de una manifestación delictiva de tal tipo (artículos 161 y 162).

El hecho de que las relaciones humanas se hayan concebido en términos de la reproducción y subsistencia de la especie humana, es lo que ciñe a la mujer en el ámbito doméstico, de la vida privada, de su función de madre, de ama de casa, sin embargo al hombre le queda la esfera pública y la de la manutención del hogar y así ha justificado históricamente la división de tareas.

Esta desigualdad permite constatar que las mujeres de todas las clases sociales sufren múltiples formas de opresión y de violencia en el quehacer diario, laboral y familiar.

Los menores de edad, al igual que sus madres, sufren las consecuencias de vivir en este ambiente agresor, dado porque si no se les golpea de cualquier modo, les afecta sobremanera ver a su madre golpeada, maltratada, vejada, patrón de vida que habrán de seguir cuando sean adultos, que le fue inculcado, por lo que tratarán de la misma forma a sus esposas e hijos, convirtiéndose el problema de la violencia en una cadena interminable, a perpetuidad.

La familia, que ha sido la institución más estable en toda la historia de la humanidad, tiene varias funciones: la biológica (reproductora), la económica, que garantiza la supervivencia y el desarrollo del género humano, la educativa y formativa de valores, que es esencial y para el correcto cumplimiento de los deberes-derechos familiares, de lo que es preciso que la familia misma tome conciencia en punto a que tiene un rol insustituible en ello y que es preciso prepararse para acometerlo.

No todas las familias son iguales, porque cada una tiene sus peculiaridades, entre otras razones, por el número de miembros (familias pequeñas o numerosas), la manera de comunicación familiar y las relaciones entre sus miembros (respeto, agresividad, afecto), el nivel económico, social, cultural y la forma en que participa la familia como núcleo esencial, en la vida de la comunidad.

Estos aspectos, imbricados, conforman el modo específico de vida de cada familia. Por tanto, que de la manera en que se concierten, proveerán a sus miembros satisfacción y felicidad.

La vida moderna origina tensiones que necesariamente se reflejan en la vida de las personas. El desarrollo de los hijos como personas pletóricas, felices, no podrá lograrse en un ambiente de irritabilidad, de capricho, de falta de afecto intergeneracional.

Los padres, los abuelos, los cabeza de familia, tienen la responsabilidad de controlar las manifestaciones negativas en la familia hasta eliminarlas por el irreversible daño que causan en la educación y formación de los valores y la personalidad de sus hijos, de sus nietos, pues estas expresiones perjudiciales, provocan en las nuevas generaciones una conducta agresiva, caracterizada por la disposición a atacar, a dar el frente, a usar en todo momento la violencia contra todos y contra todos, hasta contra el medio ambiente.

Por lo expuesto es importante delimitar cuáles son, entre los principales o fundamentales, los factores de riesgo de índole social, que van a influir en que exista violencia en la familia y por la familia, y por consiguiente en los menores de edad:

- padres alcohólicos,
- padres psiquiátricos,
- padres reclusos o exreclusos,
- familias con conductas morales inadecuadas (madres y padres promiscuos),
- economía precaria,
- métodos educativos inadecuados,
- desatención familiar.

Amén, factores de riesgo que están presentes en la comunidad donde se desenvuelve la familia, tales como:

- focos delictivos,
- comercio ilícito o irregular,
- alcoholismo,
- desigualdades en que se fundan las relaciones interpersonales,
- ambiente político-moral inadecuado,
- carencia de opciones recreativas.

A los que se suman, otros que conciernen a las familias propiamente:

- ambiente emocional inadecuado,
- desatención a todos o determinados miembros del núcleo familiar,
- incomprensión, sobre todo de personas de la tercera edad y niños,
- carencia afectiva,
- divorcio, utilizado como sanción y no como remedio, entre los excónyuges,
- malos hábitos higiénicos,
- abandono a miembros del núcleo familiar,
- sobreprotección,
- violencia.

1.2 ASPECTOS BÁSICOS DE LA VIOLENCIA FAMILIAR

El fenómeno de la violencia familiar es multicausal y de muy diverso tipo. De ahí que a la disímil gama de delitos y formas de violencia, pueden asociarse múltiples explicaciones que van desde las biológicas, psicogenéticas, psicológicas, sociales, culturales, y políticas.

Igualmente se coligan como causas elementos estructurales, entre ellos la desigualdad del ingreso, distorsión de los valores sociales y factores de riesgo, como la portación de armas, consumo habitual de alcohol, drogas, ejercicio de la prostitución, entre otros.

Resulta dable señalar que dadas las múltiples causas de la violencia, se precisan variadas acciones de respuesta, que implican, a su vez, acciones inmediatas para controlar, y en caso necesario reprimir, la violencia, sin preterir acciones de mediano y largo plazo, encaminadas a conocer la raíz de los problemas. El problema requiere el accionar, de consuno, a los diferentes niveles, del Estado y sus instituciones y de la sociedad civil como plataforma idónea para desplegar estas acciones.

Entre las medidas requeridas en todos los ámbitos de la sociedad están las organizativas o de control, dadas, en muchas oportunidades, por el mantenimiento del orden público social, de la paz y tranquilidad ciudadanas, que requieren de la colaboración eficiente de la sociedad civil, citándose como ejemplos las medidas de la policía con la presencia de estas fuerzas del orden y su patrullaje en comunidades, especialmente en las de mayores índices de criminalidad y violencia, el debido control de la portación de armas de armas y de los horarios de expendio de alcohol.

Las medidas represivas pueden lograrse eficazmente mediante normativas adecuadas que requieren de una acción directa de los Órganos Legislativos y la adecuada aplicación de estas normas por parte del Sistema Judicial.

En ese mismo orden, son importantes las acciones policiales, especialmente cuando se trata de la persecución del delito y el crimen, principalmente del crimen llamado organizado.

Las denominadas medidas de prevención requieren plazos mayores para implementarse, pero son más eficientes por cuanto atacan la raíz del problema² y evitan el llamado “fenómeno resorte”³ Entre estas se encuentran el fortalecimiento de los

valores familiares, cívicos y morales para los cuales las familias, las iglesias, los centros de educación, las instituciones sociales y organizaciones de masas, son los medios más efectivos.

En este contexto las acciones son más efectivas cuando se aplican a nivel municipal, donde se conoce de manera más exacta el tipo de problemas que se afrontan. Además, son muy eficientes cuando se logra una coordinación con las organizaciones comunales, los empresarios, las asociaciones de vecinos y las ONG's, que constituyen foros desde donde se plantean los problemas y se ayuda a que las medidas que se tomen tengan mayor sostenibilidad.

1.3 FORMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Las principales formas de violencia familiar que se constatan son la violencia física, que comprende todo acto de fuerza que cause daño, dolor o sufrimiento físico en las personas agredidas, cualquiera que sea el medio empleado y sus consecuencias, sin considerarse el tiempo que se necesite para su reparación, la violencia psicológica, caracterizada como toda acción u omisión que cause daño, dolor, perturbación emocional, alteración psicológica o disminución de la autoestima del miembro de la familia agredido.

Alcanza también a la intimidación o amenaza mediante la utilización del apremio o acoso moral sobre otro miembro de la familia, a quien se le infunde miedo o temor a sufrir un mal grave o inminente en su persona o en la de sus descendientes o afines. Y la violencia sexual, que sin perjuicio de los casos de delitos de violación y otros delitos contra la libertad sexual, se considera todo maltrato que constituya imposición en el ejercicio de la sexualidad de una persona, que la constriña a tener relaciones u otras prácticas sexuales con el agresor o con terceros, mediante el uso de la fuerza física, amenazas, intimidación o cualquier otro medio coercitivo.

1.4 VIOLENCIA DOMESTICA: MUJERES MALTRATADAS.

Si bien es cierto que por violencia se considera la transgresión de normas, valores y pautas de conductas, de comportamientos, predeterminados a nivel social, ya sea por una aceptación de

consenso mayoritario, o por la imposición de una clase social muy fuerte socio económicamente, no es menos indubitable que la violencia se produce en situaciones conflictivas cuando el individuo, grupo o conjunto grupal entra en contradicción con esas normas, valores y pautas, o no encuentra la vía para solucionarlos⁴.

De tal manera, que para FRESNO CHÁVEZ, existen diversas argumentaciones acerca de la violencia, que en el caso de la mujer en el hogar, se manifiesta que afecta a millones de estas, considerado anteriormente como un asunto privado, pero que ahora se ve como tragedia pública, pues no conoce barreras culturales, ni religiosas, e impide que la mujer ejerza su derecho a participar plenamente en la sociedad⁵.

Lo argumentado establece cómo la violencia contra la mujer se manifiesta desde el propio aborto, al conocerse que espera una niña en lugar del deseado varón, pues en algunas sociedades las niñas son sometidas a prácticas tradicionales como la circuncisión que las deja mutiladas o traumatizadas. Las mujeres también son víctimas del incesto, las violaciones, o son obligadas a contraer matrimonio a temprana edad, antes de haber alcanzado la madurez física, mental y emocional, lo cual ocasiona en muchos casos hasta la muerte⁶.

Esta violencia contra la mujer, también llamada violencia de género, se reitera casi a diario, a partir de un mismo patrón que la caracteriza: pareja divorciada o en proceso de separación por malos tratos, denuncias varias de la mujer, falta o insuficiente forma de respuesta por parte del sistema que debe actuar, muerte de la mujer y entrega del victimario a las autoridades.

En este contexto, los hijos aparecen como testigos y víctimas a su vez de este proceso, ya que rara vez se sabe de ellos, de su sufrimiento, de los efectos de haber presenciado tanta violencia y de quiénes se encargarán de su recuperación.

Actualmente no puede hablarse de un perfil típico de víctimas ni de agentes perpetradores de la violencia doméstica, pues la combinación de los factores causales que la provocan, permite una distribución amplia en cuanto a tipos de personalidad, estratos socio-económico y nivel educativo.

Todo ello debe avisarnos para no caer en la simplificación de delinear una caricatura del hombre violento, de la mujer golpeada o de los niños

maltratados, porque todos ellos pueden ser iguales a cualquiera de nosotros.

Digamos algo que comprendemos, que es sabido: la mayoría de los hombres que son violentos dentro de su hogar, revisten características de personas socialmente agradables, correctos en su trabajo y simpáticos en su comunidad. La mayoría de las mujeres sometidas a maltrato sufren silenciosamente, tratan de disimular, por pena o por temor, o para evitar comentarios de sus vecinos o de sus compañeros de trabajo, su drama frente a los demás.

Los niños, niñas y adolescentes, víctimas de maltrato, evitan demostrarlo, por temor a mayores castigos en represalia o por burlas de sus condiscípulos en la escuela o en sus relaciones sociales.

Todo esto configura una gruesa cortina detrás de la que se desarrolla el drama de la violencia doméstica.

Hay factores de riesgo, conocidos, que influyen para aumentar el peligro que de por sí presenta la violencia doméstica, aunque no sean determinantes, entre los que se encuentran: la crisis económica, el desempleo, el alcoholismo, las situaciones de pérdida, los embarazos no deseados, el aislamiento social, la inestabilidad y acoso laboral o *mobbing*, la drogadicción, entre otros.

No es menos cierto que se han buscado soluciones para contrarrestar la violencia de género, o contra la mujer, que no están siendo efectivas, debido a que se actúa generalmente sobre los efectos, sobre el incendio, sobre las consecuencias y no sobre las causas del problema.

Las políticas sociales tanto de salud como de educación, en un mundo globalizado, no contemplan en sus diseños campañas de prevención de la violencia, lo suficientemente ilustrativas que frenen el fenómeno.

Súmese a ello que la generalidad de los medios masivos de difusión, muestran a la violencia como una bandera para conseguir más audiencia, sin cuantificar las consecuencias de este actuar, que son impredecibles.

Hasta el momento actual, la medida más eficaz para prevenir cualquier mal que afecte la salud física o mental, o la integridad de las personas ha sido la información y el conocimiento, no solo de los derechos sino de las responsabilidades frente a la familia y la sociedad en su conjunto. Por lo que es posible pensar, en una sociedad moderna, en crear centros de prevención de la violencia familiar.

Se impone que, como miembros de una comunidad nos acerquemos a las organizaciones sociales, de masas, para dirigir peticiones a las autoridades, para lograr la elaboración de programas, aplicables, pragmáticos, de prevención contra la violencia doméstica que no por doméstica es menos grave.

De lo que se trata, al decir de GORVEIN⁷, es de actuar antes del incendio y no recoger cenizas, porque resulta fundamental que la sociedad vaya poco a poco modificando sus pautas culturales, se den espacios en donde poder trabajar estos temas, todo esto en pro de una sociedad donde no sea necesario desarrollar ayudas para la protección de un colectivo específico, en este caso el de las mujeres, una sociedad que entienda que la igualdad no es una igualdad de sexo, sino de derechos y es más bien una equidad la que debe ofrecer a sus ciudadanos.

Por tal razón resalta que trabajar la prevención de la violencia, los prejuicios, los estereotipos, los mitos, tanto con los adolescentes como con las personas adultas resulta fundamental, en un caso, por el futuro que están proyectando y en otro por ser responsables de la educación de niños/as en las escuelas, de sus propios hijos/as, mostrando modelos de relación en diferentes ámbitos de actuación⁸.

1.5 ACERCA DE LA VIOLENCIA, EN EL SENO DE LAS FAMILIAS, CONTRA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

La violencia en sus diferentes aspectos, causante de muerte, lesiones y otros daños o pérdidas, condiciona inseguridad para el ser humano.

Por múltiples razones la violencia concita el interés social, aunque no siempre es conocida en sus niveles reales. Pero al tomar como sus víctimas a los niños y adolescentes, su trascendencia se acrecienta. Valga señalar que la prostitución infantil es una forma de violencia que mueve el rechazo en distintos sectores de la sociedad y siempre ocupa con frecuencia espacios noticiosos, o al menos es tema recurrente hasta en reuniones de jefes de estado y gobierno.

Se vinculan al maltrato infantil diversos factores, tanto de tipo social como individual, incluyendo biológicos y psicológicos⁹:

Los **factores sociales**: entendidos como las acciones violentas en general, incrementadas

significativamente en aquellos lugares donde hay una afectación de la calidad de vida, de manera tal que la violencia contra niños y adolescentes, en cualquiera de sus formas, puede considerarse especialmente favorecida por la mayor vulnerabilidad y dependencia propia de los infantes y jóvenes respecto al grupo humano.

Se asocian, igualmente, junto a otras formas de violencia: el aumento en la urbanización y en la migración, el desempleo, el narcotráfico, el incremento en la pobreza, la inclusión o exclusión de grupos humanos, el marginalismo, la corrupción, la delincuencia, la violencia, expresada también en el contenido de lo difundido por los medios de comunicación masiva, en especial la televisión.

Especial importancia revisten los llamados **factores familiares**, dado que la familia es la célula básica de la sociedad, por lo que refleja a aquella de la que emana y a la que integra. De manera que en los primeros años de vida, la influencia y las relaciones del sujeto con otras instituciones, amén de las acciones de éstas sobre él, se producirán a través de la familia.

La violencia en el seno familiar se reputa como conducta criminal. Las familias que incurren en abandono o maltrato de niños y adolescentes se caracterizan como grupo, en correspondencia con otros factores de proclividad a la agresión, por experimentar sus miembros un mayor stress vital, depresión, sentimientos de soledad y el hacer un pobre uso de la ayuda social.

Creer en una familia violenta es un factor que incrementa el riesgo de futuras conductas similares, multiplicadas a lo largo de los años, en su propia familia constituida, por parte del propio sujeto que sufrió en su persona esa violencia contra otros miembros de la familia.

Tal se comporta así, que las nuevas generaciones transmitirán a su vez esa conducta violenta a las siguientes, produciéndose la llamada transmisión transgeneracional de la violencia, cuestión que se considera vital en la detención del fenómeno al tratamiento que se les dé a las víctimas más jóvenes de la violencia doméstica

El antecedente de violencia familiar se torna muy importante como predisponente a la violencia en la mayoría.

Vinculados a las conductas violentas, se citan como peculiaridades del medio familiar en los sujetos violentos: la desorganización familiar. la violencia física presenciada por el futuro agresor en

su familia, el maltrato físico o psicológico, incluso sexual, sufrido por el futuro agresor en el seno de su familia y su formación, desde la familia de tradiciones violentas.¹⁰

1.6 JUSTICIA PENAL AL SERVICIO DE LA TUTELA FAMILIAR

Para GONZÁLEZ HIDALGO GATO¹¹ se desconoce el grado de ocurrencia de cada forma de violencia intrafamiliar por no existir estadísticas fidedignas al respecto, pues esa violencia difícilmente se ejecuta en público y su marco es bastante estrecho. Ocurre que la mayoría de los agredidos optan por asumir, por callar sufriendamente el atropello en silencio, y cuando logran hablar sobre el tema son contradictorios y ocultan la realidad, para escapar de esos malos momentos, o para evitar la burla o la lástima, o justifican al maltratante por el grado de dependencia que los une.

Tales conflictos asimismo inciden, en que sean diversos los criterios sobre el tema, sobre todo cuando se trata de buscar la etiología y efectos del fenómeno, sin embargo, existe coincidencia en lo nocivo de su existencia.

El Código Penal cubano –ley sustantiva penal positiva- recoge preceptos generales y especiales que brindan protección penológica a estos problemas. Se advierte entre las circunstancias agravantes de la responsabilidad penal, del Artículo 53 (incisos i y j) la dependencia o subordinación de la víctima al ofensor y grado de parentesco entre ellos hasta el cuarto grado de consanguinidad.

Se regulan figuras delictivas que condenan los quebrantos a la armonía familiar, estos son: Asesinato (Artículo 264), Abandono de menores, incapacitados y desvalidos (Artículo 275), Incesto (Artículo 304), Otros actos contrarios al normal desarrollo del menor (Artículo 315), Venta y Tráfico de Menores (Artículo 316), Proxenetismo y Trata de Personas (Artículo 302, ordinales 1 y 2-c), Corrupción de Menores (Artículo 310, apartados 1 y 2-ch), Lesiones (Artículos 272, 273 y 274), Amenazas (Artículos 284 y 285), Coacción (Artículo 286), Privación de Libertad (Artículo 279, ordinal 2, inciso a, b y d y ordinal 3), Ultraje Sexual (Artículo 303), Violación (Artículo 298), Pederastia (Artículo 299) y Abusos Lascivos (Artículo 300).

Aunque se aprecia una larga lista de los ilícitos penales que pueden destinarse a la

corrección y castigo de los maltratantes y a la protección a los maltratados, éstos no acaban todas las posibilidades que pueden darse y se escapan, por tanto, a los tipos penales, las agresiones psicológicas, agresiones físicas de menor grado, agresiones económicas, sociales y educativas, siendo necesario determinar del mismo modo, como conductas delictivas, aquellos actos violentos acontecidos dentro de la familia, que no se contemplan, por su envergadura, en el Derecho de Familia, ni se contemplan para la adopción de medidas preventivas.

Estos tipos penales de los que se carece, específicos para reprimir la violencia doméstica, la violencia intrafamiliar, deberán, entonces, aparecer como nuevas figuras delictivas, que amplíen las conductas punibles en el medio familiar, para ubicarlos en el Título XI de la Ley Penal sustantiva, por abarcar dicho Título los Delitos contra el Normal Desarrollo de las Relaciones Sexuales y contra la Familia, la Infancia y la Juventud.

Por ello la tarea fundamental, de enorme trascendencia económica, política, social, para cualquier sociedad, es la de combatir y de vencer el delito, que no significa el sueño quimérico de que el delito desaparezca totalmente, porque siempre habrán conductas delictuosas, pero sí de reducir las conductas delictivas a la mínima expresión. Por eso se lucha. Por y para eso existe el Derecho.

APRECIACIONES CONCLUSIVAS.

El *Derecho de Familia* es indiscutiblemente una rama del ordenamiento jurídico, en que se prepondera el orden público, más aún, cabe afirmar que en nuestros días, la gran mayoría de normas jurídico-legales en este ámbito son de orden público.

Esta cualidad ofrece la ventaja de que mediante la intervención bien del legislador, o de los jueces, se protege a los miembros de la familia que en ocasiones aparecen en situación de desventaja respecto a otros miembros del núcleo familiar, verbigracia, el cónyuge más débil, niños, niñas y adolescentes, ancianos, incapaces, discapacitados.

Lo ideal sería que en la materia de lo familiar, más que en cualquier otra, la intervención judicial fuera mínima, y que los involucrados pudieran, mediante el diálogo y la negociación –o la *mediación*–, encontrar la solución más beneficiosa a todos, sin necesidad de recurrir a la justicia.

Desde luego que esto no resulta fácil, ya que precisamente por tratarse de asuntos relativos a la familia, existen sentimientos, creencias y convicciones en juego, que dificultan, a veces, una solución negociada.

De ahí que, en temas como la violencia familiar, o violencia doméstica, se precisa que cuando la integridad física, psíquica, emocional, de los miembros de la familia, peligre por la asunción individuos de conductas delictivas, estén presentes, como garantes de esa integridad, las normas sustantivas penales de lo familiar y el instrumento que constituye el proceso penal para la materialización, para la realización de esas normas de tutela penal a la familia.

Por eso el obligado estudio de estos temas, por la superposición magnífica de estas dos ramas del Derecho, una de corte eminentemente público, (el Derecho Penal), otra de corte eminentemente social, (el Derecho de Familia), que se abrazan para defender,- en apoyo de quienes defendemos la interdisciplina y la interrelación entre las ramas del Derecho-, la protección a toda costa, de la primigenia institución de la que dimana el surgimiento de la sociedad mundial: la familia, vista como formidable núcleo, esa extraordinaria simiente preciosa, en que se disfrutan los más delicados goces del espíritu humano.

NOTAS

- ¹ GÜITRON FUENTEVILLA, Julián.; “Memorias del Congreso Mundial Sobre Derecho Familiar y Derecho Civil.; Tema: Proposición de una nueva sistemática para la enseñanza del derecho familiar, en las escuelas y facultades de derecho de la República Mexicana. et. Atl, UNAM, México 1978, p. 3693.
- ² Estudios en los países industrializados señalan que por cada dólar invertido en prevención, se ahorran entre 6 y 7 dólares en control.
- ³ El fenómeno de resorte ocurre cuando al eliminar las medidas de control y represión (medidas de corto plazo) la violencia se dispara, si no están acompañadas de medidas de prevención que inciden en la base del problema.
- ⁴ Revista Cubana de Medicina General Integral No. 4/2002
- ⁵ FRESNO CHÁVEZ, C.; “La mujer y la violencia”. La Habana. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, 1996; 1-4.).
- ⁶ FRESNO CHÁVEZ, C.; Cit.
- ⁷ GORVEÍN, Nilda Susana.; “Violencia de género: Experiencia de una Asociación de mujeres del País Vasco”. Ponencia. *Encuentro internacional mujer*,

género y derecho. La Habana, Cuba - 25 al 27 de mayo del 2006.

- ⁸ GORVEÍN, Nilda Susana.; Ponencia Cit.
- ⁹ PÉREZ, E.; *Victimología del abuso sexual contra niños, en Violencia y Sexualidad*. Edit. Científico Técnica, La Habana, Cuba. 1998.
- ¹⁰ ROUX G.; Ciudad y Violencia en América Latina. Ponencia al 1er. Encuentro Latinoamericano y del Caribe Sociedad y Violencia, Cali, Colombia, 1993
- ¹¹ GONZÁLEZ HIDALGO GATO, Idania.; Ponencia: "Violencia intrafamiliar: fenómeno que contamina a la humanidad". Conferencia Jurídica Nacional, Organización Nacional de Bufetes Colectivos de Cuba, La Habana, Cuba, 2000.

PONENCIA. Encuentro internacional mujer, género y derecho. La Habana, Cuba - 25 al 27 de mayo del 2006.

GÜITRÓN FUENTEVILLA, Julián.; "Memorias del Congreso Mundial Sobre Derecho Familiar y Derecho Civil.; Tema: Proposición de una nueva sistemática para la enseñanza del derecho familiar, en las escuelas y facultades de derecho de la República Mexicana. et. Atl, UNAM, México 1978.

ROUX G.; Ciudad y Violencia en América Latina. Ponencia al 1er. Encuentro Latinoamericano y del Caribe Sociedad y Violencia, Cali, Colombia, 1993.

PÉREZ, E.; *Victimología del abuso sexual contra niños, en Violencia y Sexualidad*. Edit. Científico Técnica, La Habana, Cuba. 1998.

BIBLIOGRAFÍA

Obras y artículos.

FRESNO CHÁVEZ, C.; "La mujer y la violencia". La Habana. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, 1996

GONZÁLEZ HIDALGO GATO, Idania.; PONENCIA: "Violencia intrafamiliar: fenómeno que contamina a la humanidad". Conferencia Jurídica Nacional, Organización Nacional de Bufetes Colectivos de Cuba, La Habana, Cuba, 2000.-

GORVEÍN, Nilda Susana.; "Violencia de género: Experiencia de una Asociación de mujeres del País Vasco".

REVISTAS

Revista Cubana de Medicina General Integral No- 4/2002.

LEGISLACIÓN

Ley No. 1289 –Código de Familia–, de 14 de febrero de 1975.

Ley No. 62 –Código Penal–, de 29 de diciembre de 1987; concordado con las modificaciones legislativas de que ha sido objeto hasta la fecha de elaboración de esta ponencia.

DELINCUENCIA INFANTO JUVENIL: TENDENCIAS Y PROPUESTAS

DRA. ROSA CAMPOALEGRE SEPTIEN¹,
LIC. BÁRBARA CUESTA DÍAZ, DR. ILLOVIS PORTIELES GUTIÉRREZ

RESUMEN

La delincuencia en sus más variadas formas experimenta un crecimiento continuo en todas las regiones del mundo, se globaliza. América Latina y el Caribe no escapan a esta realidad. Mientras, las niñas, los niños, adolescentes y jóvenes son los grupos sociales más vulnerables. Comportamiento que se asienta en los procesos de crisis y reajustes socioeconómicos, al calor de sus impactos sociales se agudizan las desigualdades, que hacen de *“América Latina y el Caribe la región con mayor inequidad social del planeta”* (Ortiz, 2012). A ello se unen la diversidad, la débil articulación y la insuficiente visión sistémica de las estrategias diseñadas ante el fenómeno en estudio.

Sobre tales presupuestos las autoras se plantean como **objetivo** caracterizar el comportamiento de la delincuencia infanto juvenil en la Región y en particular en Cuba, formulando propuestas, a partir del deslinde epistemológico y los retos desde un enfoque socioestructural e integrado. Se fija la mirada en cuatro áreas de transformación: política, jurídica, investigación - capacitación y cooperación regional, hacia el perfeccionamiento basado en políticas públicas articuladas que generen más protección jurídica, pero con mayor prevención, participación e inclusión social.

FUNDAMENTACIÓN: POLÉMICAS Y MIRADAS MÚLTIPLES

La perspectiva socioestructural, eje dinámico del análisis, subraya la distancia de este enfoque de la delincuencia infanto juvenil con respecto a las tendencias tradicionales en el abordaje del tema, que jerarquizan la dimensión sociojurídica. Lo socioestructural se sustenta en el orden teórico-metodológico, en la inserción de la delincuencia en el sistema de relaciones sociales, como un grupo social. El ángulo sociológico del estudio de la delincuencia y el delito se afianza en comprenderlos como fenómenos sociales complejos, condicionados causalmente, que reflejan indicadores disfuncionales de la relación sociedad-individuo, en correspondencia con el tipo histórico de socialidad. La delincuencia es sujeto activo de reproducción de la estructura social mediante procesos de desintegración e integración social.

Al respecto, el VII Congreso de Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento al Delincuente destacó que: *“La prioridad inicial de la investigación consiste en la comprensión global del fenómeno en su contexto socio-jurídico, percatándose de que hay un vínculo entre la comprensión y la formulación de la política preventiva”* (ONU, 1985).

Las autoras encaran la polémica en torno al alcance de los términos “menor” y delincuencia juvenil. Tales definiciones son claves, a fin de delimitar la esencia, causas, actores y estrategias de prevención. Etimológicamente, el vocablo “menor”, designa la minoría de edad, sin embargo, delimita marcadas diferencias con respecto a la

* Jefa del Grupo de Estudios sobre Familia del CIPS. Miembro del Grupo de Trabajo familia y Género del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). Correo electrónico yohankavjcips@ceniai.inf.cu, rosacips@ceniai.inf.cu y rosa@cips.cu. Teléfono 2677859 y 8368541. Dirección del CIPS. Calle B, entre 15 y 17 Vedado. La Habana yohankavjcips@ceniai.inf.cuana. Cuba

categoría infancia. Esta situación, ha condicionado prácticas que convierten al “menor” en objeto de compasión o rechazo, predominando respuestas asistencialistas y estigmatizantes (Portieles, 2008). Se impone la necesidad del desmontaje cultural del término, que reproduce el dilema entre niñas, niños y adolescentes en conflicto con la ley penal y el resto que conforman este segmento poblacional.

Históricamente el énfasis ha estado centrado en primer plano en las tipologías de “menores” y jóvenes delincuentes, así como en el diagnóstico en detrimento de los aspectos teóricos que definen quiénes integran la delincuencia infanto juvenil.

La Organización de Naciones Unidas aunque establece normas relativas a la prevención, a través de instrumentos internacionales, no aporta una definición precisa. Son difusos los límites entre las categorías de niñas, niños, adolescentes y jóvenes en el Sistema de Justicia Penal, bajo el influjo de la Convención de los Derechos del Niño, que define como “menores”, a quienes no alcancen los 18 años, exceptuando las regulaciones nacionales específicas. Predomina el enfoque jurídico. Ello limita el análisis integrador, que muestre el carácter multidimensional y polisémico del fenómeno. Ilustran esta situación las definiciones siguientes:

...la delincuencia juvenil se define como el fenómeno social constituido por el conjunto de infracciones contra las normas fundamentales de convivencia, producidas en un tiempo y lugar determinado...” (Herrero, 2006).

La delincuencia juvenil es un acto típicamente antijurídico, culpable, a veces sometido a condiciones objetivas de penalidad, imputable a una persona que se convierte en sujeto de sanción penal” (Garrido, 2009).

Como delincuencia juvenil entenderemos aquellos actos cometidos por un ser humano cuya edad es inferior a 18 años, los cuales si lo comete una persona cuya edad es superior a los 18 años serían estimados como delitos” (Rodríguez, 2010).

Las definiciones precedentes sitúan a la delincuencia en una sola dimensión, como hecho punible, sustituyéndola por el delito. Con ello se invisibiliza el contenido socioestructural para el análisis causal de cara a la prevención. Las autoras sostienen la tesis de que desde los puntos de vista sociológico y criminológico hay que distinguir tras

los actos antijurídicos lo definitorio, nos referimos a las relaciones sociales que le sirven de base y sus impactos múltiples.

Acerca del concepto de delincuencia infanto juvenil, emergen tres enfoques que se han desarrollado a tono con el agravamiento de este fenómeno social. Ello se expresa en la doctrina y las prácticas institucionales y comunitarias relacionadas con el tema, desde diversas disciplinas, sujetos y contextos sociales.

En el primer enfoque se afianza en las Reglas Mínimas de Naciones Unidas para el Tratamiento a los Reclusos, que señalan: “...en la categoría de jóvenes reclusos debe comprenderse en todo caso a los menores” (Organización de Naciones Unidas, ONU, 1955). Nótese, que se pierde el concepto de delincuencia juvenil y el tratamiento diferenciado a la infancia.

El segundo enfoque resulta predominante y une en un mismo concepto a los “menores” y jóvenes. Se sustenta en el Derecho Romano que consideraba “menores” a las personas que no rebasaban los 25 años de edad. También, esta posición se refrenda en las Directrices de Naciones Unidas sobre la Administración de la Justicia de Menores (Reglas de Beijing) al definir que: “...Menor delincuente es todo niño o joven al que se ha imputado la comisión de un delito o se le ha considerado culpable” (ONU, 1985).

Las autoras sostienen que englobar en una única conceptualización a “menores” y jóvenes, exige el empleo del término infanto juvenil, debido a que comprende, tanto la unidad como las diferencias entre ambos.

El VIII Congreso de Naciones Unidas, realizado en Cuba en 1990, delinea el tercer enfoque que se circunscribe a la edad juvenil, con límites que difieren en dependencia de las condiciones económicas, políticas, sociales y culturales de cada país. Por primera vez, en congresos de este tipo, se da un tratamiento independiente a la delincuencia juvenil, con respecto a la denominada “delincuencia de menores”.

El análisis comparado de estos enfoques permite distinguir las diferencias en el nivel de generalidad. La polémica gira en torno a la edad y la conducta. El segundo enfoque es más general, pues en él convergen “menores” y jóvenes. Los restantes se limitan a una de las partes. Así, el desarrollo del concepto genera la contradicción entre dos polos excluyentes y al unísono interconectados por un enfoque generalista que niega las diferencias.

El desarrollo científico alcanzado con respecto a la infancia, la adolescencia y la juventud demuestra que la asimilación indiferenciada de los conceptos de delincuencia Juvenil y “delincuencia de menores” refuerza la exclusión y con ello la reproducción social del fenómeno. Obstaculiza la labor de prevención social, la práctica judicial y los programas educativos dirigidos a estos sujetos.

La unión entre estos enfoques estriba en que ubican en el centro del problema a las niñas y los niños, con la intencionalidad de un accionar preventivo. En el plano epistemológico es un elemento común el desbalance entre los componentes teórico y práctico, a favor de éste último, así como el débil tratamiento a la adolescencia, a pesar de su relevancia social¹ y al género, lo que no se corresponde con la complejidad y tendencias actuales de la delincuencia femenina.

REFLEXIONANDO ACERCA DEL CASO CUBANO

El análisis del caso cubano exige dilucidar dos cuestiones claves. La primera se refiere al posicionamiento conceptual en la polémica “delincuencia de menores” - delincuencia juvenil y la segunda expresa la respuesta en el plano de las políticas. Cuba fija la posición en el tercer enfoque que diferencia ambos conceptos, teniendo en cuenta los fundamentos siguientes: las particularidades de la infancia, la adolescencia y la juventud, los criterios metodológicos para su estudio² (Domínguez, 1993), los rasgos sociológicos esenciales definitorios de la delincuencia, la conducta social de los sujetos y su evolución, las regulaciones del Sistema de Atención a Menores con Trastornos de Conducta y las disposiciones del Código Penal que favorecen a las y los jóvenes sancionados hasta los 27 años edad.

Por la naturaleza despenalizada del Sistema de Atención a Menores con Trastornos de Conducta en Cuba, no se emplea el término “delincuencia de menores”. Prevalece la definición de que “menores con trastornos de conductas”, son aquellos niñas, niños y adolescentes, que presentan alteraciones variadas y estables en la esfera emocional-volitiva, resultado de la interacción dialéctica de factores negativos internos y externos, lo que ocasiona dificultades, tanto en el aprendizaje como en las relaciones interpersonales, que se manifiestan en alteraciones del desarrollo de la personalidad

y tienen un carácter reversible (Ministerio de Educación, 2003). Contempla a las y los menores de edad con conductas antisociales y delictivas.

Al respecto, las autoras polemizan. Se aprecia un contrasentido epistemológico debido a que el “trastorno de conducta”, no constituye premisa que los vincule necesariamente a conductas delictivas y antisociales. Surge el eufemismo de que “no delinquen”, pero participan en hechos que para las y los adultos constituyen delitos.

Se plantea el dilema relativo a ¿Son delincuentes todos los que cometen delitos o es factible diferenciar a los comisores y a un grupo que evoluciona hacia ellos? Definimos la delincuencia juvenil como “un grupo social muy heterogéneo y dinámico, integrado por jóvenes de 16 a 30 años que son: a) Comisores de hechos delictivos, pero sin una trayectoria de conflicto con la ley sostenida, b) jóvenes, penalmente sancionados, c) jóvenes que sin haber sido sancionados³ desarrollan un estilo de vida delictivo o evolucionan hacia ello” (Campolegre, 1998).

Se arriba a una concepción integradora de la delincuencia juvenil, que supera los enfoques reduccionistas⁴ imperantes. Ello aporta mejor operacionalización y contextualización, a fin de la diferenciación intragrupal al tomar como criterio de inclusión el grado de desarrollo del estilo de vida delictivo. Nótese la connotación crítico-transformadora, pues no sólo polemiza con las actuales acepciones del término y las refuta científicamente, sino que abre nuevas miradas a estos problemas.

En Cuba, con el triunfo revolucionario de 1959, cambia el paradigma de atención, se promueven un conjunto de leyes encaminadas a garantizar el desarrollo integral⁵ de la niñez, adolescencia y juventud. Ello se complementa con la promulgación, por primera vez, de una legislación específica: el Decreto Ley No.64/82, que rompe con el tradicional esquema jurídico-penal, pero que hoy requiere de cambios, atendiendo a las nuevas tendencias mundiales y la transformación de las concepciones preventivas en Cuba (Cuesta, 2013),

La distancia con el comportamiento mundial se expresa en la diferenciación cualitativa entre “menores” y jóvenes. Los denominados “menores” dejan de ser juzgados por tribunales ordinarios⁷ y se crean los Consejos de Atención a “Menores”. El sistema sustentado en una concepción psicopedagógica, rectorado por los Ministerios de Educación y del Interior que apela a la vía

administrativa, para la atención a los menores de 16 años que presentan trastornos de conducta, manifestaciones antisociales lleguen o no a constituirse en índices significativos de desviación o “peligrosidad social” o participen en hechos que la ley tipifica como delitos para las y los adultos.

Estos cambios suceden en momentos en que en el mundo la internacionalización y sociologización del discurso sobre el tema de “menores” alcanzó mayor significación, no sólo en el orden jurídico, sino para otras ciencias sociales y humanísticas. No obstante, sin despojarse del todo de la Doctrina de Situación Irregular,⁷ se transita hacia una valoración como sujeto de derechos, cambios reflejados en los documentos jurídicos que favorecen a la población infanto juvenil.⁸

La legislación penal regula la atención diferenciada hacia las y los jóvenes que cometen delitos o incurrir en conductas antisociales, especialmente a las y los sancionados penalmente quienes participan en programas educativos de integración social, que tienen como vías fundamentales el estudio y el trabajo. Desde el 2009 se evidencia una evolución de iniciativas y programas para elevar el nivel cultural de las internas y los internos y dignificar al ser humano (Gómez, 2012).

Las tendencias en el orden internacional, regional y en Cuba sobre la diferenciación del tratamiento a la infancia-adolescencia, se mueven en el tiempo mediadas por el conservadurismo de viejas doctrinas que se debaten frente al nuevo paradigma de Protección Integral. Pero, las políticas sociales y la propia práctica judicial han desbordado el ordenamiento jurídico, hacia una de orientación preventiva, en variados entornos: familiar, escolar, comunitario y laboral.

TENDENCIAS Y RETOS

El análisis identifica y valora las principales tendencias que caracterizan la delincuencia infanto juvenil en América Latina y el Caribe, en vínculo con el escenario mundial. Centra la atención en los elementos comunes, sin obviar los específicos, a través de la caracterización socioestructural y sociojurídica, vistas en su complementariedad. El sincronismo interno de estas tendencias caracterizan a la delincuencia infanto juvenil como un fenómeno con predominio del sexo masculino, prioritariamente urbano y de

alta sobrerrepresentación de los grupos vulnerables, atendiendo a las desigualdades socioeconómicas, de género, territoriales, raciales, étnicas y las preferencias sexuales. Tendencia que denota la relevancia de los nexos entre la marginación social, la delincuencia y las construcciones simbólicas basadas en las relaciones históricas de poder.

En la Región, los niños, los adolescentes y los jóvenes continúan cometiendo más delitos y de mayor gravedad que las féminas. Pero, existe un crecimiento de la delincuencia juvenil femenina y su impacto en la victimización infantil. Asistimos a la feminización de la criminalidad asociada a la criminalización de la pobreza y a la cultura sexista, prevaleciente como patrón de socialización. Se amplía la corrupción de “menores” en sus diversas variantes y la participación de mujeres y niñas en formas agravadas de prostitución, abusos sexuales, tráfico de personas y narcotráfico.

La disparidad de la capacidad humana básica entre hombres y mujeres,⁹ es un factor causal de esta tendencia. En todas las regiones el Índice de Desarrollo Humano relacionado con la Mujer (IDHM), es sustancialmente inferior al valor del Índice de Desarrollo Humano (IDH) en general (Programa Nacional de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2011).

En la delincuencia infanto juvenil predomina el rostro social urbano, lo que constituye una tendencia de alta estabilidad perspectiva. Tómese en consideración que más de la mitad de la población rural vive en zonas urbanas. Se estima que en el 2050, siete de cada diez personas vivirán en grandes y pequeñas ciudades. De ellas, las niñas y los niños serán el 60%, mayoritariamente, los que están en circunstancias especialmente difíciles (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2011).

América Latina y el Caribe resulta típica en cuanto a urbanización de la pobreza, aproximadamente el 77,4% de su población vive en ciudades, con el consiguiente aumento de la proporción de pobres e indigentes urbanos (ONU, 2012).

Completa este panorama la migración interna y externa. La heterogeneidad social, el cosmopolitismo y stress urbano, producen conflictos entre los valores tradicionales y los emergentes de las y los emigrantes. No es casual, el peso de estas personas en las detenciones policiales, también matizadas por la subjetividad.¹⁰ El componente generacional deja su huella, así el desarraigo

sociocultural influye en la reproducción social de la criminalidad infanto juvenil en la Región.

La dimensión sociojurídica muestra el crecimiento de la delincuencia infanto juvenil como una de las tendencias relevantes, que no sólo puede ser explicada mediante variables sociodemográficas. *“Determinados problemas socioeconómicos asociados con el desarrollo, podrían muy bien precipitar la creciente incidencia y gravedad de la delincuencia juvenil. Entre estos problemas figuran las viviendas inadecuadas, la migración, el desempleo, subempleo, la descomposición de la unidad familiar, la erosión de los valores tradicionales, la internacionalización de las estructuras de comportamiento, la influencia de los medios de difusión, el debilitamiento de los sistemas de apoyo a la comunidad, el suministro insuficiente de los servicios sociales y la incapacidad de los sistemas educativos para responder a los nuevos desafíos”* (ONU, 2010).

Se estima que de los 1000 millones de personas que viven en la pobreza en el mundo, más de la mitad son niños, niñas, adolescentes y jóvenes.¹¹ Adviértase que en la población mundial en edad laboral desempleada o subempleada, las y los adolescentes o jóvenes constituyen más del 40%, en América Latina y el Caribe representa el 13,6%. Se añade el problema de la calidad del empleo, el salario y la falta de derechos laborales. Esta situación es aguda en las adolescentes, que reportan un 3,6% por encima de los hombres, en las edades comprendidas entre 15 y 24 años (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2010).

En paralelo, niños, niñas, adolescentes y jóvenes tienden a iniciarse cada vez en edades más tempranas en la comisión de delitos, por lo que se rejuvenece la delincuencia infanto juvenil. Ello tributa a una mayor peligrosidad derivada de la ampliación de la trayectoria delictiva que posibilita la reproducción de los estilos de vida delictivos, con mayor eficiencia y de alta estabilidad perspectiva, así como la elevación de la gravedad de las conductas delictivas (Portieles, 2010).

Asociado al incremento del delito y su peligrosidad aparece la violencia juvenil organizada, que se expresa preferencialmente en pandillas, formas de violencia callejera y porte de armas blancas y de fuego, especialmente en zonas urbanas. Ilustran este comportamiento la situación de las “maras” en Centroamérica, “quadrilhas” en Brasil y “malandros” en Venezuela. En esta modalidad cobra significación

el delito fóbico, motivado fundamentalmente por prejuicios raciales, religiosos, sexuales y étnicos. Complementa esta tendencia el incremento sensible en el consumo de alcohol, drogas y otras sustancias con fines alucinógenos.

También, el homicidio, confirma este comportamiento. La Región registra la tasa de homicidio más alta del mundo, 25,6, hechos que ocurren preferencialmente en escuelas y actividades sociales. Al tiempo que la violencia criminal lesiona las economías en la Región, con una afectación que oscila entre el 2 y el 15% del Producto Interno Bruto de los países (ONU, 2012). Situación que repercute la percepción de inseguridad en la población y estimula mayor violencia.

Ante tales circunstancias se tiende al endurecimiento de las sanciones penales, especialmente en México, Colombia, Argentina, Chile y Uruguay. Bajo este prisma cabe esperar “un incremento de la exclusión y la violencia” (Angerer,¹² 2010) y . (36,37). Ello niega los procesos de desjudicialización y fortalecimiento del trabajo de prevención social en el nivel comunitario.

En Cuba, las tendencias que caracterizan a la delincuencia infanto juvenil, revisten una manifestación diferente al comportamiento a nivel regional y mundial. Se aprecian momentos de continuidad y ruptura, acorde a la naturaleza del régimen socioeconómico, las particularidades históricas-nacionales y a una consecuente política de justicia social, como base de la justicia penal. Expertos de Naciones Unidas han evaluado que Cuba es el país más seguro de la Región (Carranza, 2012)

Pero, la delincuencia infanto juvenil en Cuba se transforma, transita hacia una nueva fisonomía social (Campoalegre, 1998) definida como *“...el conjunto de rasgos sociales que la caracterizan, a partir de tendencias socioestructurales, sociopsicológicas y jurídico-penales, consideradas de cambio o emergentes”*¹³ Atendiendo al propósito de este artículo las autoras se detienen en las tendencias socio estructurales enunciadas a continuación:

En tanto que a escala mundial, la delincuencia se globaliza, es factible identificar aspectos comunes con respecto a las tendencias regionales y mundiales referidas al: dinamismo en su reproducción social, lo que sostiene el peso de este grupo en la delincuencia en general a contrapelo del proceso de envejecimiento poblacional. Unido

a la relevancia del sexo masculino, la reanimación de la delincuencia femenina y la ampliación de la delincuencia urbana. Las diferencias con respecto a la Región y al mundo, se expresan en las tendencias de cambio, que se distancian del comportamiento histórico de este fenómeno y son las siguientes:

- Desplazamiento hacia grupos juveniles de mayor edad, acorde con el proceso de envejecimiento poblacional en el país y la trayectoria delictiva. Aunque no se manifiesta igual en el caso de la infancia y la adolescencia, que rejuvenece.
- Ligero blanqueamiento¹⁴ en la participación de la población infanto juvenil en delitos, especialmente en los denominados emergentes, en consonancia con la estructura racial cubana y la dinámica delictiva.
- Alta heterogeneidad social, cierto equilibrio entre las personas vinculadas al estudio y al trabajo y las desvinculadas, elevación del nivel de escolaridad.
- Desplazamiento hacia mayores niveles de inserción laboral y escolar en relación con la Región e incluso en ocasiones, con respecto a sus padres. Resultado que sugiere los intensos procesos de movilidad social de este grupo, como parte de la recomposición de la estructura social cubana. Ampliación de puntos de contacto y canales de comunicación con otros segmentos de la población infanto juvenil.

La delincuencia infanto juvenil se muestra más congruente con los cambios derivados del proceso de reestratificación de la sociedad cubana, que el resto de la delincuencia, por lo que el paso a una nueva fisonomía social tiene estabilidad perspectiva. Se confirma que adquieren significación otros factores vinculados al proceso de socialización, la universalidad de las políticas sociales aplicadas y su impacto en conflicto con expresiones de marginalidad y exclusión.

El análisis de las principales tendencias de la delincuencia infanto juvenil en la Región, conduce a la identificación de importantes retos, hacia la búsqueda de estrategias de solución. Los desafíos identificados se concentran en cuatro áreas principales: las políticas, investigación y capacitación, jurídica y cooperación regional.

Un reto esencial es garantizar un continuo entre el diseño, la ejecución, el control y la evaluación de las políticas, en particular sus impactos sociales,

asumiendo a las personas involucradas, como sujetos de transformación y no sólo en calidad de objetos de atención social. Se trata de avanzar de las medidas universales, asistenciales y reactivas, a un enfoque preventivo, diferenciado y participativo más abarcador. A fin de lograr la sostenibilidad de los cambios positivos desde las identidades grupales e individuales con énfasis en las potencialidades.

La investigación y capacitación plantean el reto del replanteamiento conceptual de la delincuencia infanto juvenil, se impone definir sus límites, según las particularidades de los grupos, especialmente en la adolescencia. Resulta indispensable el análisis de tendencias, que permita identificar lo emergente¹⁵ para fortalecer el pronóstico y el alcance propositivo de los resultados científicos como base de las estrategias preventivas.

Los retos jurídicos apuntan al perfeccionamiento legislativo y el fortalecimiento de la protección jurídica de la población infanto juvenil. Cerrar la brecha entre la norma y su cumplimiento, sobre la base del respecto a la dignidad humana y a la diversidad, atemperándolo a las nuevas realidades que genera la actualización del modelo económico cubano. En Cuba, a pesar de los cambios significativos que han tenido lugar en la normativa vigente, en lo referente al Sistema para la Atención a “Menores” con Trastornos de Conducta, se encuentra matizada por principios de la doctrina de Situación Irregular. Ello exige un perfeccionamiento que debe tener como punto de partida la supresión de rasgos tales como:

- El empleo del término “menor”.
- Centralización del poder de fiscalización, control, acusación, defensa y decisión en una figura o entidad con competencia discrecional.¹⁶
- La infancia como objeto de protección, evidenciado en el indeterminismo de las medidas y la indefinición de una edad mínima para ser atendido en el Sistema.
- “Semántica eufemística” (Méndez,¹⁷ 1993), que se expresa en un fuerte tutelaje bajo la visión de ayuda educativa y cierta impunidad ante el no reconocimiento de la participación en hechos delictivos.

Finalmente, ante una delincuencia que no escapa a la globalización, el reto integrador es la cooperación regional de carácter multilateral, más allá de las diferencias, encontrando lecturas,

herramientas y acciones comunes en la diversidad, que permitan articular un enfoque estratégico progresivo.

CONCLUSIONES

Ante la diversidad de interpretaciones y la lectura reduccionista predominante acerca del concepto de delincuencia juvenil, Emerge una contradicción entre el nivel de desarrollo del concepto de delincuencia infanto juvenil y el ritmo de crecimiento del fenómeno social que refleja, catalizada por la diversidad de interpretaciones, el alcance de las lecturas, visiones y prácticas predominantes acerca del tema. La salida a esta contradicción la asumimos a través del replanteamiento conceptual de la delincuencia juvenil a la luz de los resultados de las investigaciones sociales sobre infancia, adolescencia la juventud, unido al estado y tendencias de la delincuencia en general y de la delincuencia infanto juvenil en particular. Ello es premisa del perfeccionamiento multilateral e inaplazable de la gestión preventiva.

El análisis comparado del comportamiento del fenómeno en América Latina y el Caribe con respecto a la situación mundial y a Cuba, revela la preeminencia de las tendencias de continuidad y ruptura, de alta significación socioestructural; resultado logrado mediante una perspectiva sociológica bidimensional que enlaza como ejes los componentes socioestructural y sociojurídico, más allá de los enfoques tradicionales del tema. En este contexto, existen crecientes desafíos regionales, en cuatro áreas de transformación: política, investigación y capacitación, jurídica y cooperación regional. El reto sigue siendo seguir adelante, pero con una mirada diferente.

PROPUESTAS

1. Replanteamiento teórico metodológico y en la práctica de los sistemas de Justicia Penal de los conceptos de delincuencia Juvenil y “delincuencia de menores”, definir sus límites, a fin de eliminar:
 - La asimilación indiferenciada de estos, que refuerza la exclusión y con ello la reproducción social del fenómeno.
 - El desbalance entre los componentes teórico y práctico, a favor de éste último
 - El débil tratamiento a la adolescencia y la invisibilidad de género.

2. Perfeccionamiento de la legislación especial cubana que regula la atención a Menores. Fortalecimiento del papel de la familia en este proceso. Eliminar el término de “menor”, establecer una edad mínima de atención, extender hasta los 18 años la mayoría de edad de responsabilidad penal y ampliar los espacios de mediación y socialización.
3. Extender hasta los 30 años de edad los beneficios que en el orden legislativo tienen las y los jóvenes sancionados, en función de abarcar el universo juvenil.
4. Ejecutar como proyecto de investigación regional, auspicado por ADOLECA la evaluación de impactos de la política criminal hacia en la población infanto juvenil, a partir de estudios longitudinales comparados en los países del área.
5. Diseñar el observatorio regional de prevención y atención a la delincuencia infanto –juvenil que monitoree las tendencias, proyecte soluciones frente a ellas como programa integrado, realice acciones de capacitación y generalización de resultados que contribuyan al rediseño de la política criminal en los diferentes países con enfoque preventivo, diferenciado y participativo.
6. Trasladar a las instancias del Gobierno cubano la creación de un Instituto para atender la Infancia, adolescencia y juventud.

NOTAS

- 1 América Latina y el Caribe ocupa el tercer lugar mundial por el peso de este segmento poblacional. Informe del Estado Mundial de la Infancia, UNICEF, Edición Especial 2011.
- 2 Ellos los siguientes: socioclasista, sociodemográfico y generacional.
- 3 Debido al fenómeno de las “cifras negras” u otros mecanismos sociales que hacen invisible la ocurrencia delictiva. Lo decisivo no es el aspecto jurídico, sino el social derivado de la conducta, manifestaciones e impactos.
- 4 Limitan este concepto a algunos de sus componentes, ante todo a la edad y el delito.
- 5 Especialmente los derechos a la salud, identidad, educación, cultura, deporte, recreación y participación
- 6 En Cuba, no se crearon Tribunales de Menores, pero en la audiencia de La Habana, en la Sala de lo Penal se destinó una Sección Especial, para la atención y decisión de estos asuntos.

- ⁷ El Instituto Interamericano del Niño define: Situación Irregular, cuando un menor ha incurrido en un hecho antisocial o se encuentra en estado de peligro, abandono material o moral o padece de un déficit físico o mental, situación que lo coloca en circunstancias especialmente difíciles.
 - ⁸ Ellos son los siguientes: La Ley 1249, 23 de junio de 1973, Código de Familia. Ley No. 1289 de 1975. Constitución de la República de 1976, Ley de Procedimiento Civil, Administrativo y Laboral de 1977, Código de la Niñez y la Juventud, la Ley No. 16. de 1978, Ley No. 24 de Seguridad Social de 1979, entre otros.
 - ⁹ Este concepto refleja la desigualdad en la condición de hombres y mujeres asociada a las dimensiones del desarrollo humano. El índice de desarrollo humano (IDH) mide el adelanto medio de un país en lo que respecta a la capacidad humana básica.
 - ¹⁰ Destacamos los mitos, visiones, prejuicios y reacciones estereotipadas no sólo del Sistema de Justicia Penal, sino de la propia población.
 - ¹¹ Estimaciones de Jean Ziegler, ex - relator especial de la ONU. Profesor la Universidad de Ginebra y profesor emérito de la Universidad Complutense Madrid, citado por el periodista José Carlos García Fajardo, del periódico Granma, en su artículo "Hambre criminal y explosión demográfica" 2012. P9 internacionales.
 - ¹² Director Regional del Movimiento Mundial por la Infancia (MMI). Colombia.com – Montevideo.
 - ¹³ Las tendencias de cambio representan los elementos novedosos en la caracterización como reflejo de la contradicción entre los nuevos escenarios económicos, políticos-ideológicos y sociales, a partir de 1990 y la obra de la Revolución. Las emergentes constituyen la zona intermedia entre las tendencias de conservación y las de cambio, son la fase inicial de estas.
 - ¹⁴ Se refiere al aumento de las personas cuyo color de la piel es blanca.
 - ¹⁵ Lo nuevo que aún no se ha establecido.
 - ¹⁶ Dispone de libertad indeterminada, además, la Ley le confiere facultades especiales para el traslado de jóvenes a Establecimientos Penitenciarios.
 - ¹⁷ Consultor Internacional de UNICEF. Experto en asuntos de los Derechos y de la Justicia de la Infancia.
- Tesis de Doctorado para la obtención del título de Doctor en Ciencias Sociológicas. Instituto Superior del Ministerio del Interior. La Habana.
- Campoalegre, R & I. Portieles (2013) La delincuencia infanto juvenil. Puertas adentro. Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas. La Habana.
- Carranza, E. (2012). *Conferencia magistral en el VI Encuentro Internacional Justicia y Derecho*. Agencia de Información Nacional. La Habana.
- Comisión Internacional de Derechos Humanos (2011). *Informe resumen sobre desarrollo humano 2011*. New York.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2010-.12). *Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile.
- Cuba, Ministerio de Educación. (2003). *Sistema de Atención a Menores con Trastornos de conducta*. La Habana: autor.
- Cuesta, B. (2013) *Proyecto comunitario "La Frontera" vía sociocultural alternativa para la prevención y atención social a niños, niñas y adolescentes en el Municipio Playa*. Instituto Superior del Ministerio del Interior . La Habana:
- Domínguez, M. I. (1993). *La Juventud y el Período Especial*. Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas. La Habana.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2011). *Estado Mundial de la Infancia*. Edición Especial. New York.
- Garrido, V. (2009). *Causas y efectos de la delincuencia juvenil*. Ed. Alambra. Madrid.
- García E. (1993) *"De Situación Irregular a Protección Integral"* Edición. Livrosca, C.A., Caracas.
- Gómez, S. A. (2012). *Sistema penitenciario cubano. Respeto a la dignidad y al mejoramiento humano*. Periódico Granma, 22 de mayo, 2012. La Habana.
- Herrero, C. (2006). *Criminología: Parte General y Especial*. Ed. Dykinson: Madrid.
- Organización de Naciones Unidas. (1985). *Reglas Mínimas para la administración de justicia de Menores*. New York.
- _____ (1955). *Normas Mínimas para el Tratamiento a los Reclusos*. New York.
- _____ (2010). *Recopilación de Normas y Resoluciones acerca de la Prevención del Delito y el Tratamiento al Delincuente*. Suplemento No.10. Ginebra.
- Ortiz, J. J. (2012). *Entrevista en el periódico Granma, con motivos de la celebración del Día de la Infancia*. 1ro de junio del 2012.

BIBLIOGRAFÍA:

- Angerer, R. (2010). *Críticas hacia tendencias a endurecimiento de penas juveniles en América Latina*. Colombia.com - Montevideo - 24/Nov/2010.
- Campoalegre, R. (1998). *La delincuencia juvenil en Cuba, realidad y desafíos ante un nuevo milenio*.

Portieles, I. (2008). *El funcionamiento del subsistema, para la atención de los menores con trastornos de conducta*. Tesis doctoral para la obtención del título de Doctor en Ciencias Jurídicas. Instituto Superior del Ministerio del Interior. La Habana.

Portieles, I. A. (2010) *Hay peligrosidad social en la conducta de los menores que participan en hechos*

delictivos en grupos. Ponencia presentada en el V Congreso Internacional de la Sociedad Cubana de Ciencias Penales. La Habana.

Rodríguez, R.C. (2010). *Delincuencia Juvenil en América Latina*. Ed. Alambra. Madrid.

Programa Nacional de Naciones Unidas para el Desarrollo. (2011). New York.

ATENCIÓN A LA SALUD DE LOS ADOLESCENTES. BREVE HISTORIA

HEALTH CARE OF ADOLESCENTS. BRIEF HISTORY

DRA. TANIA BORRÁS SANTIESTEBAN *

RESUMEN

Aunque la mayoría de los adolescentes transitan a la adultez con buena salud, en muchos casos no es así, algunos de sus problemas los afectan durante la propia adolescencia y otros en etapas posteriores. Los cambios personales y del entorno los hacen susceptibles a factores de riesgo que producen conductas de riesgo y provocan el aumento de la morbilidad y mortalidad en esta etapa. La atención sanitaria a la adolescencia debe de constituir una prioridad por lo que la misma representa para el futuro de la sociedad. En esta revisión se realiza un breve recorrido por la historia de la misma, lo sucedido en nuestro país, y se analiza la situación actual respecto a recomendaciones señaladas hace aproximadamente dos décadas.

Palabras clave: atención a la salud, adolescentes, historia.

ABSTRACT

Although most adolescents go through to adulthood in good health, in many cases it is not so, some of their problems affect them during adolescence itself and others in later stages. The personal and environmental changes make them susceptible to risk factors that produce risky behaviours and cause increased morbidity and mortality in this stage. The adolescent health care should be a priority so that it represents for

the future of society. In this review we provide a brief overview of the history of it, what happened in our country, and the current situation regarding recommendations made about two decades ago are analysed

Key words: Health Care, adolescents, history.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia proviene del latín *adulescere*, que significa crecer. Adolescente, proviene del participio presente *adolescens* y es el período comprendido entre 10 y 19 años, según la Organización Mundial de la Salud (OMS); es una etapa compleja de la vida, marca la transición de la infancia al estado adulto, con ella se producen cambios físicos, psicológicos, biológicos, intelectuales y sociales. Se clasifica en primera adolescencia, precoz o temprana de 10 a 14 años y la segunda o tardía que comprende entre 15 y 19 años de edad.⁽¹⁾

Es un periodo particularmente vulnerable pues se pierde a los padres como educadores principales y se sucede la búsqueda y el encuentro de nuevas figuras, deseos y sensaciones, a todo ello se le añade el enfrentamiento a un mundo cada vez más complejo.

La atención sanitaria a la adolescencia debe de constituir una prioridad por lo que la misma representa para el futuro de la sociedad, esta convicción motivó a realizar un breve recorrido por la historia de la misma, lo sucedido en nuestro país, y analizar la situación actual respecto a recomendaciones señaladas hace aproximadamente dos décadas.

* Especialista de II Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño. Profesora Auxiliar. Investigador agregado. Policlínico "Mario Gutiérrez Ardaya".

MÉTODO

Para la búsqueda de información se utilizaron las bases de datos: Pubmed, Hinari, Ebsco; Google Scholar; literatura nacional e intercambios personales con especialistas de experiencia en la atención a niños y adolescentes.

DESARROLLO

Los primeros servicios de salud dedicados especialmente al cuidado de los adolescentes fueron organizados en las escuelas de varones en Gran Bretaña. En 1884 se fundó allí la Asociación de Médicos Escolares.⁽²⁾ En 1904 se publicó el clásico tratado *Adolescencia: su Psicología y su Relación con la Fisiología, Sociología al individuo en la vida adulta, Sexo, Crimen, Religión y Educación*, del psicólogo G. Stanley Hall.⁽³⁾ Esta obra monumental, en dos volúmenes, inspiró a toda una generación de profesionales y legitimizó la adolescencia como una etapa que requiere estudio y atención. En 1918 se publicó el primer artículo que se ocupó específicamente de la atención médica de los pacientes adolescentes: “El trabajo de la Clínica de Adolescentes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Stanford”.⁽⁴⁾ Dicho artículo, mencionó los problemas médicos característicos de los adolescentes y preconizó muchos de los principios básicos de los Programas de Adolescencia del presente. En las décadas del 20 y el 30 se formaron los primeros equipos científicos cuya finalidad fue estudiar algunos problemas de la adolescencia tales como su desarrollo biológico y nutrición. El grupo más antiguo y distinguido lo constituyó la Unidad del Estudio del Adolescente de la Universidad de Yale.⁽⁵⁾ Dicha unidad se formó con representantes de las cátedras de Anatomía, Fisiología, Química, Biología, Pediatría y Psicología; y sus estudios incluyeron la endocrinología de la pubertad. Simultáneamente en Viena se publicó un trabajo fundamental: “*Estudios somáticos y endocrinológicos del varón púber*”, en el que se establecieron los estadios de maduración sexual.⁽⁶⁾

La era de los precursores culminó con la sistematización de los estudios de Tanner, quien dio un lenguaje común a pediatras, internistas, endocrinólogos y ginecólogos.⁽⁷⁾

En 1951 fue establecido en Boston el primer Programa de Medicina de la Adolescencia, por el Dr. Roswell Gallagher.⁽⁸⁾ La clínica del Dr. Gallagher

estableció un modelo de atención y en 1960 la experiencia fue presentada en un libro de texto: *La atención médica del adolescente*. Este libro pasó a ser la fuente de consulta de todo aquel que se interesara en ese campo de la Medicina y les dio su inspiración ideológica.⁽⁹⁾

A mediados del siglo XX, se dieron un número de cambios que estimularon el interés que dio lugar a la Medicina de la Adolescencia: 1) Los cambios demográficos y sociales hicieron que el adolescente se hiciera visible y se transformase en un objeto de interés; 2) Los cambios en la Salud Pública permitieron la transformación de niveles del área de la medicina curativa para áreas de la medicina preventiva y rehabilitación; 3) La investigación científica produjo importante información acerca de la biología de la pubertad y la adolescencia.

Los cambios que se produjeron estimularon el interés que dio lugar a la Medicina de la Adolescencia., la cual inicialmente se consideró una subespecialidad y luego en octubre de 1977 se aprobó como especialidad.⁽¹⁰⁾

Durante la segunda mitad del siglo XX fueron proliferando los Servicios de Atención Específica a este grupo de edad en diversos lugares del mundo⁽¹¹⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) comienza a estudiar la población adolescente en la década de los 60.⁽¹⁰⁾

En 1966 en la Academia Americana de Pediatras aparece el Comité para jóvenes.

En 1968, con un creciente número de profesionales practicando los principios de Medicina de la Adolescencia, se estableció la Society for Adolescent Medicine (SAM). La meta de dicha Sociedad para la Medicina de la Adolescencia fue promover la mejor atención médica posible para los adolescentes y así han ido apareciendo Unidades de Atención a los adolescentes en países de Europa y América, además de programas, modelos y normativas para la atención a este grupo de edad.⁽¹⁰⁾ La Sociedad Española de Medicina del Adolescente de la Asociación Española de Pediatría (AEP) ha tenido como primer objetivo el hacer llegar a los pediatras las posibilidades de formación en los aspectos básicos de la Salud Integral del Adolescente, con tal fin se han organizado Congresos, con marcado carácter formativo

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) comienza a estudiar los problemas de la adolescencia a principios de los 70.⁽¹⁰⁾

A inicios de los 80 Francia fue pionera en Europa al crear en el hospital de París una Sección de Adolescentes.⁽¹²⁾

La salud integral de los jóvenes debe ser considerada como un elemento básico para el desarrollo social y económico de los países del mundo y así lo han manifestado los representantes de todos los países en las discusiones técnicas que sobre el tema fueron llevadas a cabo durante la Asamblea Mundial de la Salud No. 42, en mayo de 1989.⁽¹³⁾

En la década del 90 se creó en España la Sección de Adolescentes.⁽¹⁰⁾ y quedó firmemente establecida en los Estados Unidos la Medicina de la Adolescencia. Merecen especificarse la celebración de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en el Cairo en 1994⁽¹⁴⁾ y el Encuentro Internacional sobre Salud del Adolescente, Cartagena de Indias, Colombia, mayo de 1995.

A fines de la década del 90 se hizo referencia a la confusión con respecto a la relación existente entre la Pediatría y la Medicina de la Adolescencia.

Es de señalar además que se produjo un incremento notable de la literatura médica abarcando el campo de la Medicina de la Adolescencia, publicándose más de dos docenas de libros sobre la materia, incluyendo el primer Manual de Medicina de la Adolescencia español, con la participación de 58 contribuyentes latinoamericanos.⁽¹⁵⁾

Asimismo números enteros de las “Clínicas Pediátricas de Norteamérica” y de “Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norteamérica” se dedicaron al tema. El *Journal of Pediatrics* comenzó a editar una sección especial de Medicina de la Adolescencia y el mismo paso fue tomado por los lectores del prestigioso *Year Book of Pediatrics*. Se establecieron también publicaciones afiliadas como *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, *Adolescence*, *The Journal of Pediatric's and Adolescent Gynecology*, *The Journal of Adolescent Research*, etcétera.⁽¹⁰⁾

Grandes hospitales y universidades de EE.UU., Australia y Europa (Francia, España e Inglaterra) incorporaron progresivamente la atención del adolescente a sus servicios pediátricos, estableciendo los 18-21 años como la edad de transferencia a los servicios de adultos. Ejemplos en EEUU, entre muchos otros, son el Boston Medical Center⁽¹⁶⁾, el Children's National Medical Center de Washington DC⁽¹⁷⁾, el Children's Hospital de Los Angeles⁽¹⁸⁾,

el Children's Hospital de Miami⁽¹⁹⁾ y las escuelas de medicina de la Universidad de Minnesota⁽²⁰⁾, Universidad de California. San Francisco⁽²¹⁾ y Universidad de Stanford⁽²²⁾. Lo mismo empezó a suceder en el contexto latinoamericano. Cuba extendió la atención pediátrica hasta los 17 años, 11 meses y 29 días⁽²³⁾ en ese entonces y Brasil la prolongó hasta los 18-21 años en sus principales hospitales infantiles⁽²⁴⁾.

En investigación realizada para determinar el estado y los factores asociados con la distribución de los servicios para la salud de los adolescentes en Europa se concluyó que los programas y servicios de salud propuestos por la Organización Mundial de la Salud en Medicina de la Adolescencia no se cumplimentaron de forma uniforme en los distintos países⁽²⁵⁾.

De forma general pueden señalarse avances en la Medicina del adolescente en la pasada centuria, entre ellos:⁽²⁶⁾

- La comprensión del crecimiento y el desarrollo puberal
- El desarrollo psicológico, cognitivo y conductual de los adolescentes
- La salud mental de los adolescentes y la psicofarmacología
- Manejo de enfermedades crónicas
- Diagnóstico ginecológico y técnicas quirúrgicas
- Contracepción hormonal

En el siglo XXI ha continuado la preocupación por la atención a la adolescencia en diversos países, es interesante subrayar el desarrollo de Programas de Medicina de la Adolescencia en Argentina, Brasil, Chile, Uruguay, Perú, Colombia, Ecuador, Venezuela, Cuba, Panamá, México, España y Francia para nombrar algunos. De nuestra región debemos conocer diferentes programas que pueden ser encontrados en <http://www.codajic.org/bibliografia/3>.

No se debe dejar de mencionar la **Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica y el Caribe**, la que los días 12 y 13 de agosto de 2010, durante el II Congreso Iberoamericano y del Caribe de Adolescencia y Juventud: Diálogo y entendimiento mutuo **definió nueve enunciados en la Declaración de Lima en relación a la situación actual** de las políticas públicas a favor de la adolescencia y la juventud de la Región. Los países que conforman esa confederación son:

Argentina, Brasil, Colombia, Cuba, Chile, Costa Rica, Ecuador, España, México, Perú, Portugal, Uruguay y Venezuela.⁽²⁷⁾

Además se considera importante hacer referencia a la Declaración de Catanzaro 2010, realizada en Italia y en la que participaron Brasil, España, Argentina e Italia.⁽²⁸⁾

Se continúan los esfuerzos a nivel mundial por brindar una mejor atención a la etapa de la adolescencia, ellos: los adolescentes, lo están exigiendo.

CUBA

Desde inicios de la década del 60 se iniciaron en el país diferentes programas, incluidos aquellos que beneficiaban la salud de la niñez, años después y luego de avances muy positivos se comienza a brindar mayor atención al cuidado de la adolescencia.

Año 1988: se implementó el Modelo de Atención Integral a la Mujer y Niñez, incluyendo en la oferta de servicios a la población adolescente.

En 1995: se diseñó la encuesta nacional sobre factores de riesgo a partir de los 15 años de edad

Año 1997: es que se define el tema de adolescencia dentro de las Políticas de Salud, como una prioridad.

En marzo de 1998, se identifica la necesidad de emitir Resolución Ministerial (número 19-98) que orienta la implementación del Modelo de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia entre todas las unidades de salud.

Se crea en este año 1998 la "Comisión Nacional de Salud para la Atención Integral a Adolescentes" constituida por Pediatras, Ginecólogos Infanto juveniles, Psiquiatras, Psicólogos, Endocrinólogos, Higiene Escolar, Estomatólogos, Epidemiólogos, entre otros, es decir con carácter multidisciplinario e intersectorial, subordinada a la Dirección Nacional Materno Infantil.

En 1999 se realizó la primera edición por el MINSAP del Manual de Prácticas Clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia, el que luego se ha reeditado⁽²⁹⁾. En el año 2000 el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) aprobó la implementación de un programa especialmente dirigido a la atención integral a la salud del adolescente, que enfatizó el logro de estilos de vida más saludables.⁽³⁰⁾

El 4 de Octubre del año 2002 se crea la Sección de Adolescencia de la Sociedad Cubana de Pediatría, lo cual ha permitido realizar 2 Congresos Regionales y Nacionales así como diferentes cursos, talleres en todas las provincias.

El Grupo de Salud Integral en la Adolescencia y la Sección de Adolescencia de la Sociedad Cubana de Pediatría es miembro de la Confederación Iberoamericana y del Caribe de Adolescencia y Juventud y miembro del Comité de Adolescencia de la Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE).

Desde el 28 de octubre al 1 de noviembre de 2002, se realizó el Primer Congreso Cubano de Salud Integral en la Adolescencia y el II Seminario Iberoamericano y del Caribe de Adolescencia y Juventud, en el Palacio de las Convenciones de La Habana. Durante esa importante reunión, Cuba fue propuesta y aprobada para representar al Caribe en la Confederación Iberoamericana y del Caribe de Adolescencia y Juventud (CODAJIC). Actualmente somos miembros de la directiva de esta confederación.

En febrero de 2005 tuvo lugar el II Congreso Nacional y I Congreso Caribeño de Salud Integral en la Adolescencia, así como XIII Encuentro del Comité de Adolescencia de la Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE), en el teatro *Heredia* de Santiago de Cuba. También nuestra Sección es miembro del Comité de Adolescencia de la ALAPE.

En ese evento se aprobaron los estatutos de ambas entidades y se trazaron los planes de actuación futuros

En el 2005 se cambia el nombre de la "Comisión Nacional de Salud para la Atención Integral a Adolescentes" a Grupo de Trabajo.

En la política de Cuba siempre se ha priorizado a los adolescentes, varios organismos y organizaciones contemplan entre sus objetivos de trabajo su atención.

En el Sistema Nacional de Salud la atención a los adolescentes aparece reflejada en diferentes programas: Programa de Atención Materno Infantil (PAMI), Programa de Atención Integral al Adolescente, Programa de Atención Integral a la Familia, Consulta de Salud Mental y Ginecología Infanto Juvenil, Programa de Educación Comunitaria Para la Vida, Plan del Médico de la Familia, el Programa Educación Formal para una Conducta Sexual Responsable y los Proyectos: Crecer en la adolescencia y Mi proyecto de vida.

En Cuba se estableció, desde 1882, la cátedra de Higiene Escolar en la Facultad de Educación de la Universidad de La Habana. En 1910, la Secretaría de Sanidad instrumenta un Servicio de Higiene Escolar, y en 1935 la Secretaría de Educación crea el Negociado de Higiene Escolar, con muy pocos recursos asignados hasta 1959, en que las actividades de atención médica al estudiante quedan a cargo de un departamento que funciona en el Ministerio de Salud Pública. En 1980 fue aprobado el primer programa quinquenal de higiene escolar, el cual comenzó a ser aplicado en todo el país, y perfeccionado en 1986 y en 2000, y tiene como propósito crear las condiciones adecuadas del ambiente escolar que promuevan y preserven la salud de los alumnos y profesores⁽³¹⁾.

El sistema de vigilancia de salud escolar en Cuba comenzó a plantearse en 1994. Existe actualmente un grupo de Salud Escolar que funciona en cada una de las provincias del país, responde a la Vicedirección de Salud Ambiental y atiende el Programa de Salud Escolar en coordinación con Educación

Se han realizado talleres y otros eventos de Salud Escolar, incluso de nivel internacional.

En noviembre de 2008 se efectuó el *“Congreso Internacional de Salud Escolar y Universitaria”*, en el *Palacio de Convenciones de La Habana*, auspiciado por El Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Educación de Cuba, el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología y la Sociedad Cubana de Salud Escolar y Universitaria. Entre sus objetivos estuvo el intercambio de experiencias relacionadas con la atención integral de salud y educación en niños y adolescentes.

En relación a la Ginecología Infanto Juvenil, las primeras consultas comienzan a ofrecerse en Cuba en la década del 70, pero no es hasta 1993 que en el país comienza a desarrollarse la especialidad y se logra como resultado la creación de servicios de ginecología Infanto Juvenil a lo largo y ancho del país.

En febrero de 1995 surgió la Sección Infanto-Juvenil de la Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología y en 1996 la Comisión Nacional de Ginecología Infanto-Juvenil, subordinada a la Dirección Nacional Materno-Infantil.

Se han realizado diplomados, algunos a nivel provincial, y eventos en el marco de congresos de Gineco-Obstetricia.

No es posible finalizar los datos referentes al Sistema de Salud sin mencionar la inauguración el

pasado año 2012 del sitio Web de Adolescencia, cuya dirección es: <http://www.sld.cu/sitios/adolescencia/>.

También se ha creado una red de profesionales de Cuba y del mundo para la adolescencia, que permite el intercambio de información y experiencias, reflexionar y debatir lo relacionado con la salud integral de este grupo poblacional, a la cual es posible suscribirse accediendo a la dirección <http://listas.red.sld.cu/mailman/listinfo/adolescuba>

En el Sistema Nacional de Educación su atención se encuentra en el Programa de Atención Integral Médico-Pedagógica a educandos y trabajadores del sistema educacional (2000), documento rector de las acciones de salud en las instituciones educativas, es esencial el hecho de que el 61 % de las acciones básicas son de ejecución conjunta entre los equipos médico y pedagógico, y que más del 75 % de los objetivos, de las acciones básicas y de los indicadores se corresponden con actividades de promoción, prevención y educación, sin abandonar las acciones asistenciales, de rehabilitación, de docencia, de capacitación, investigativas y administrativas.

Otros organismos como Cultura y el Instituto Nacional de Deportes y Recreación (INDER) y ministerios como Justicia y el del Interior también tienen contemplado en su accionar la atención a los adolescentes.

SITUACIÓN ACTUAL

Aún cuando diferentes eventos, cumbres y organizaciones de nivel internacional se hayan pronunciado por la salud de la adolescencia en los últimos años y puede decirse que han habido progresos en los pasados tres decenios, debe realizarse el análisis siguiente:

¿Que se planteó en mayo de 1995, en el “Encuentro Internacional sobre Salud del Adolescente, Cartagena de Indias, Colombia” y se considera, aún está por solucionar en diversos países?

- Hasta el momento el grupo ha permanecido relativamente marginalizado de la atención de los procesos de salud/enfermedad, biopsicosocial, bienestar y desarrollo y su participación real y efectiva en esos procesos ha sido muy escasa a pesar de existir programas que incluyen su atención. Los adolescentes han venido permaneciendo fuera del beneficio

de los servicios de salud tradicionales y más recientemente en la implantación de las estrategias de atención primaria de salud y participación comunitaria..

- Los actuales servicios de salud para el joven y el adolescente no se adecuan a las reales necesidades y expectativas de este grupo poblacional. Por comparación con otros grupos de edad, los adolescentes son considerados en general como un grupo sano por su relativa baja mortalidad y se le está prestando mayor atención a los problemas de salud psicosociales que son los más frecuentes.
- Aún en el presente, los servicios para jóvenes son escasos y poco coordinados lo que compromete la accesibilidad y la cobertura.
- Las actuales características de organización y distribución de los servicios de salud para los adolescentes se caracterizan por su inadecuación en cantidad, calidad y oportunidad lo que compromete seriamente el acceso y la resolución adecuada de los problemas. La situación de los servicios se ve agravada por la tendencia de la gente joven de no usar suficientemente los servicios de salud, a pesar de que estén disponibles.
- Si las actitudes del personal de salud no despiertan la confianza de los jóvenes, éstos no manifiestan abiertamente sus verdaderos motivos de preocupación, muchas veces referidos a temas como la sexualidad, las enfermedades de transmisión sexual, o la drogadicción.
- Ciertas características de los servicios: físicas, estéticas y organizacionales contribuyen también al rechazo por parte de los jóvenes.
- Resultan indispensables: una adecuada capacitación y desempeño del personal de salud, de las familias, de los propios jóvenes, de las comunidades y de las instituciones y algunos recursos de infraestructura física.
- En la atención del joven debe participar la totalidad de los servicios del sector salud, cualquiera sea su nivel de complejidad, brindando diferentes niveles de cuidado. A estos servicios deben agregarse servicios de otros sectores, que podríamos llamar “no convencionales”, porque habitualmente no pertenecen al sistema formal de salud.
- Características deseables para los servicios. La atención integral del grupo juvenil debe hacerse con un abordaje interdisciplinario.

- Debe promoverse la intersectorialidad mediante el trabajo conjunto con las familias, las comunidades, las instituciones educativas, de recreación y laborales. Es preciso el trabajo conjunto de todos los sectores, a todos los niveles.
- La participación del joven en la programación y en la entrega de servicios es un importante factor de éxito.
- La atención debe privilegiar las actividades promocionales y preventivas.
- El enfoque de riesgo es especialmente importante en la atención de los jóvenes, ya que permite estudiar los factores asociados a los principales problemas del grupo y diseñar estrategias de intervención apropiadas para evitar su aparición o bien los daños a que se asocian, contribuyendo a una distribución más equitativa de los recursos: “Más a los que más necesitan”.
- Se conoce bastante de las conductas de riesgo, pero aún este conocimiento es insuficientemente utilizado en las realidades concretas de los servicios.
- Deben estimularse las prácticas de autocuidado a través de adecuada información y del ejemplo. La familia, las instituciones escolares y los propios jóvenes son los que asumen en este punto un papel protagónico.
- Cuando se organizan los servicios de atención para el grupo, debe tenerse en cuenta la necesaria personalización y confidencialidad que debe tener la atención.

CONCLUSIONES

Han transcurrido 18 años de los planteamientos en mayo de 1995, en el “Encuentro Internacional sobre Salud del Adolescente, Cartagena de Indias, Colombia” y todavía queda mucho por hacer, se debe tener en cuenta que los adolescentes demandan necesidad de atención y es la Atención Primaria de Salud (APS) el escenario más apropiado, además en el médico de familia y pediatras tenemos a los profesionales de la salud que en coordinación con la escuela, la familia, la comunidad, otros especialistas de la salud y otros organismos podrán brindar los cuidados que se requieren.

Las propuestas sanitarias para lograr el desarrollo integral de los adolescentes constituyen un reto a escala mundial y requieren también de

profundas transformaciones económicas, sociales y políticas.

Es preciso un gran compromiso para atender a la adolescencia en general y en ella establecer una atención diferenciada a la adolescencia temprana, no es posible esperar pues pueden comenzar a establecerse conductas de riesgo que constituyan un verdadero peligro para la etapa de la propia adolescencia y también de la adultez. Aprovechemos que la adolescencia es no solo una etapa de riesgos sino también de oportunidad y con un gran potencial que se puede utilizar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aliño Santiago M, López Esquiral JR, Navarro Fernández.R. Adolescencia. Aspectos generales y atención a la salud. Rev Cub Med Gen Integr. 2006; 22(1): pp 0-0
2. Heald FP. The history of adolescent medicine. In; MacAnamey E, Kreipe R, Orr (eds). Textbook of Adolescent Medicine. Philadelphia: Saunders Co; 1992.
3. Hall GS. Adolescence: Its Psychology and its relationship to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education. Vol. 2. New York: Appleton Co; 1904.
4. Gates AE. The work of the adolescent clinic of Sanford University Medical School. Arch Pediatr. 1918; 35:236-243.
5. Dorfman RI, Greulich WW, Solomon CL. The excretion of androgenic substances in the urine of children. Endocrinology; 1937; 21:741-745.
6. Greulich WW, Dorfman RI, Carchpol HR, et al. Somatic and endocrine studies of puberal and adolescent boys. Monogr Soc Child Dev.1942; 7(1):1.
7. Tanner JM. Growth at adolescent. 2ª ed. Oxford; Blackwell Scientific Publications; 1962.
8. Shearin RB. Adolescent Medicine in the United States: Past, Present and Future. Pediatrics Digest 1977; 19():13-17.
9. Silber TJ. Medicina de la Adolescencia (Hebeatría). El desarrollo de una disciplina. Arch Arg Pediatr. 1981; 79():160-163.
10. Silber TJ. Medicina de la Adolescencia - una nueva subespecialidad de la Pediatría y la Medicina Interna en la América del Norte. Adolesc. Latinoam. 1997; 1(1):
11. Cornella Canals J, Llusent Guillaumet A. La atención a la salud integral de los adolescentes desde los Servicios de Atención Primaria de Salud. Rev. Ped de Atención Primaria. 2001; 3 (12): 561-576.
12. Monton Álvarez JL. Estilos de vida, hábitos y aspectos psicosociales de los adolescentes. Estudio de la población de 10 a 19 años de Pozuelo de Alarcón y Leganés (Tesis). Madrid; 1992.
13. Organización Mundial de la Salud. Documento Básico para las Discusiones Técnicas sobre la Salud de los Jóvenes. 42ª. Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, 1989.
14. Porro Mendoza S. Algunas reflexiones sobre la infancia y la sociedad. FLACSO Cuba: Universidad de La Habana; 2002.
15. Silber TJ, Maddaleno M, Munist M, Suárez Ojeda. En: Manual Medicina de la Adolescencia. Washington DC: Editorial Paltex, 1992. p.
16. Pediatrics-Adolescent Center [Internet]. Boston Medical Center.[Internet]. Boston Medical Center. [Consultado 9 May 2011]. Disponible en: <http://www.bmc.org/pediatrics-Adolescentcenter.htm>.
17. Departments and Programs. Adolescent and Young Adult Medicine.[Internet]. - Children's National Medical Center [Consultado 9 May 2011]. Disponible en:[http://www.childrensnational.org/DepartmentsandPrograms/default.aspx?Id=370&Type=Dept&Name=Adolesce %20and%20Young%20Adult%20Medicine](http://www.childrensnational.org/DepartmentsandPrograms/default.aspx?Id=370&Type=Dept&Name=Adolesce%20and%20Young%20Adult%20Medicine)
18. Division of Adolescent Medicine.[Internet]. Children's Hospital Los Angeles:. [Consultado 9 May 2011]. Disponible en: <http://www.chla.org/site/pp.aspx?c=ipINKTOAJsG&b=3750929>,
19. Medical Services. Adolescent Medicine. [Internet]. Miami Children's Hospital [Consultado 9 May 2011]. Disponible en:<http://www.mch.com/page/EN/242/Medical-Services/Adolescent-Medicine.aspx>.
20. Department of Pediatrics.[Internet]. University of Minnesota: Adolescent Health and Medicine. [Consultado 9 may 2011]. Disponible en: <http://www.med.umn.edu/peds/ahm/>.
21. Department of Pediatrics: Division of Adolescent. [Internet]. Medicine UCSFSchool of Medicine. [Consultado 9 May 2011]. Disponible en <http://pediatricsmedschool.ucsf.edu/youth/>.
22. - Pediatrics. Adolescent Medicine.[Internet].Stanford School of Medicine.[Consultado 9 May 2011] Disponible en: <http://adolescent.stanford.edu/>.
23. Cruz Sánchez F, Martínez Vázquez N, Pineda S, Aliño M. Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de Adolescentes. La Habana: Cuba; 2000.
24. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Revista Chilena de Pediatría – Septiembre - Octubre 2011 Departamento de Ações Programáticas Estratégicas: Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Brasília, 2010.
25. Ercan O, Alikasifoglu M, Erginoz E, Janda J, Kabicek P, Rubino A et al. Demography of adolescent health

- care delivery and training in Europe. *Eur J Pediatr*. 2009; 168(12):417–426.
26. Alderman EL, Rieder J, Cohen MI. The History of Adolescent Medicine. *PediatricResearch*. 2003; 54: 137–147.
 27. Asociación Latinoamericana de Pediatría, Sociedad Española de Medicina del Adolescente. Declaración de Lima. II Congreso Iberoamericano y del Caribe de Adolescencia y Juventud: Diálogo y entendimiento mutuo. Agosto 2010.
 28. Grupo de Catanzaro. Declaración de Catanzaro 2010. Italia
 29. Ministerio de Salud Pública. Manual de prácticas clínicas para la Atención Integral a la Salud en la Adolescencia. La Habana: Cuba; 1999.
 30. Aguilar Valdés J, Ojeda del Valle M, Romero Placeres M, Cumbá Abreu C, Farril Montero CO, Carvajal Rodríguez C. Nueva estrategia de trabajo en salud escolar y el cumplimiento de los objetivos del milenio. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. [internet] 2009 [citado 19 abril 2010]; 47(3): [aprox. 15p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol47_3_09/hiesu309.htm.

ACTIVIDAD FÍSICA Y TIEMPO LIBRE EN ADOLESCENTES Y JÓVENES

DRA. FRANCISCA CRUZ SÁNCHEZ*
DR. PAULO CÉSAR PINHO RIBEIRO**
DRA. CLAUDIA HERNANDEZ CRUZ***

INTRODUCCIÓN

Los cambios o transformaciones biológicos, psicológicos y sociales durante la adolescencia (10-24 años) determinan que las personas en esta etapa de la vida sean diferentes y por tanto el enfoque dentro de la sociedad también debe ajustarse adecuadamente a las demandas propia de ese ciclo vital humano, según las condiciones individuales .

No es posible hablar de Derechos en la niñez y la adolescencia sin tocar el tema del Tiempo libre y el derecho a la recreación y el deporte.

Los espacios de participación se relacionan estrechamente con la edad. Los espacios sociales son más cercanos a los adolescentes que los institucionales y son por tanto las esferas sociales los medios inmediatos y naturales de socialización y entre esos espacios juega un papel determinante la familia, escuela, asociaciones juveniles, grupos deportivos, artísticos entre otros.

Con el fin de que los adolescentes alcancen su potencial total los programas y políticas deben

incluir objetivos como: la participación en las decisiones que afecten sus vidas, el acceso a los servicios básicos y a las oportunidades de desarrollo, la convivencia en ambientes cálidos, protectores y seguros, el desarrollo pleno de sus capacidades y talentos.

El apoyo al deporte y el entretenimiento sano es un elemento indispensable que deben incorporar las Políticas Públicas dirigidas a adolescentes y jóvenes.

Tener una plena recreación es uno de los objetivos para y por los que trabaja y se esfuerza cada individuo y si no lo logra ello se revierte en una actitud reprobatoria para con la sociedad. Etimológicamente recreación significa crear y volver a crear.

Entre las funciones del tiempo libre se destacan: Entretenimiento, descanso, aprendizaje, enriquecimiento espiritual, evasión, incorporar nuevos conocimientos, mejorar la comunicación y las relaciones humanas, promover valores éticos y estéticos, aprender a organizar y aprovechar al máximo el tiempo de tal forma que siempre quede un espacio para la recreación.

La insatisfacción en lo que respecta al tiempo libre se expresa fundamentalmente en dos sentidos: los sujetos aspiran a vivenciar opciones recreativas a las cuales nunca han tenido acceso o bien desean enriquecer mucho más el contenido de una actividad determinada que ya realizan.

El consumo es un elemento inevitablemente ligado al tiempo libre y la recreación y esto conlleva gastos económicos y de ahí surgen las diferencias de posibilidades y distinguen grupos sociales a partir de dichas diferencias, pero hay que cuidar los límites para no transitar del consumo

* Dr. en Medicina. Especialista de 1er. y 2do. grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al niño. Profesora Auxiliar de Pediatría de la Facultad de Ciencias Médicas Finlay-Albarrán en La Habana. Miembro Del Grupo Nacional de Pediatría . Presidenta de la Sección de Adolescencia de la Sociedad Cubana de Pediatría. Responsable del Grupo de Adolescencia del MINSAP Cuba. Miembro de CODAJIC y el Comité de Adolescencia de la ALAPE.

** Pediatra com titulação em adolescência, Professor do Curso de Graduação e Pós-graduação em Adolescência da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Mestre em Ciências da Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal de Minas Gerais, Editor da Revista Eletrônica SBP Ciência, Ex-Presidente do Departamento de Adolescência da Sociedade Brasileira de Pediatría e Membro do Comitê de Adolescência da Alape.

*** Especialista de 1er. Grado en Medicina General Integral y Especialista de 1er. Grado en Oftalmología. La Habana. CUBA

al consumismo.

Durante la adolescencia hay marcado afán de rendimiento y perfeccionamiento motor. Aumenta la fuerza muscular y la resistencia física, mejorando notablemente la coordinación, por ello les son accesibles todos los tipos de ejercicios de fuerza y resistencia.

La práctica sistemática de ejercicios físicos en la adolescencia ejerce una influencia favorable sobre el desarrollo de diferentes cualidades volitivas de la personalidad.

Pensar y aprender a planificar el futuro (proyectos de vida) es una de las habilidades en las cuales debemos capacitar y orientar a nuestros adolescentes y jóvenes.

ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE EN LA ADOLESCENCIA

La práctica de actividad física constituye uno de los factores indispensables para una vida saludable. El deporte en la Adolescencia o en cualquier ciclo de la vida debe ser muy valorizado, como se observa en países mas desarrollados, con gran densidad de jóvenes y población en general.

Las ventajas de la actividad física en los deportes para los adolescentes incluyen:

- ✓ refuerzo de autoestima,
- ✓ menor predisposición a las enfermedades,
- ✓ controla el balance ingestión-consumo de calorías;
- ✓ previene las situaciones de riesgo;
- ✓ ayuda en la búsqueda de objetivos;
- ✓ estimula la socialización creando sentimiento de equipo y solidaridad entre los participantes.

En las últimas décadas, las autoridades mundiales de salud están constatando un aumento significativo de la prevalencia de la obesidad juvenil. La reducción del tiempo utilizado en las actividades físicas y el aumento de actividades sedentarias, como ver TV y usar computadoras (juegos y acceso a internet, son factores importantes en la génesis de la obesidad de niños y adolescentes.

El aumento de la actividad física es un componente esencial de cualquier programa de control de peso, pues implementa el gasto energético, por lo que los profesionales de la salud y los padres deben orientar la práctica de ejercicios que diviertan los niños y los adolescentes, evitando desmotivación y abandono

precoz, muchas veces, definitivo.

Entre los beneficios inmediatos y futuros de la actividad física, podemos citar:

- ✓ Disminución de la grasa corporal y alrededor de los órganos abdominales (reduciendo así el riesgo de enfermedades coronarias);
- ✓ Reducción de la hipertensión arterial;
- ✓ Reducción del riesgo de desarrollar diabetes;
- ✓ Mejora las condiciones físicas y la autoestima.

Los niños y adolescentes crecen y se maduran, tanto física como psicológicamente, con grandes diferencias individuales y las modificaciones son más marcadas durante el estirón de crecimiento en la pubertad. Por tanto, el criterio de la edad no debe ser aplicado a los deportes (principalmente deportes colectivos y de luchas), ya que los atletas poseen fuerza física y dimensiones corporales distintas, por lo que deben tomarse en cuenta en relación a los niños por debajo de 10 años y los estadios de Tanner en los adolescentes.

Como regla general, las actividades recreativas son indicadas después de los 6-8 años de edad, y las competencias, después de los 13 años. En el caso que algún niño o adolescente demuestre, por iniciativa propia, deseos de competir antes de esa edad, debe ser incentivado, enfatizando siempre la prevención de lesiones físicas o psicológicas que puedan ocurrir.

Existen pocos estudios sobre las respuestas fisiológicas y de desempeño de los jóvenes a los diversos tipos de entrenamiento, mas se sabe que la velocidad, *endurance*/resistencia y fuerza normalmente mejora como resultado del crecimiento, desarrollo, coordinación motora, composición física y habilidades específicas.

Deportes indicados de acuerdo con la Edad

Tabla I: Deportes indicados para niños y adolescentes

Edad	Requisito	Deportes
6 – 8 años	Habilidades	Natación, carreras, salto, futbol, capoeira, surfe, danzas, gimnasia
10 años	Velocidad	Ciclismo, atletismo
Después del estirón del crecimiento	Fuerza	Musculación, remo, fisiculturismo
Después de los 13 años		Competencias

Consideraciones sobre Adolescentes Atletas

Las atletas pueden tener varias preocupaciones ginecológicas, como: retraso de la menarquía, irregularidad menstrual, amenorrea secundaria, infertilidad, contracepción, cólicos menstruales, quejas relativas a las mamas, síndrome premenstrual y la tríada de la atleta (osteoporosis, amenorrea y trastornos alimentarios).

Menarquía retrasada

Las atletas tienden a presentar menarquía mas tarde que las no atletas, como promedio 2,3 años después, y se considera que cada año de entrenamiento premenarquía retrasa la menarquía en 0,4/año. Se debe resaltar que, la llegada de la menarquía puede estar retrasada, pero la aparición de los caracteres sexuales secundarios ocurre normalmente. Su etiología es multifactorial: disminución de la grasa corporal, estrés físico, estrés emocional y factores nutricionales, incluyendo anorexia y bulimia. Esas atletas, que normalmente serian maduradoras tardías, mantienen un biotipo prepuberal por un período mayor (piernas comprimidas, cuádriceps finos, senos pequeños y menor cantidad de grasa corporal), ellas tienen ventajas en relación a sus pares en diversas modalidades de deportes (frecuentes en danza y gimnasia olímpica).

La investigación diagnóstica es necesario en caso de una adolescente que a los 14 años no presente desarrollo de los caracteres sexuales secundarios (mamas, vello pubiano y axilar) o en caso de ausencia de la menarquía a los 16 años. La mayor preocupación médica en los casos de menarquía retrasada o amenorrea secundaria es el efecto deletéreo en la densidad ósea asociada a esos estados hipoestrogénicos, no ocurriendo efectos definitivos sobre la fertilidad en aquellas que pasan a menstruar, con la adecuación de la dieta y reducción de la intensidad de los ejercicios.

La pérdida de la densidad ósea asociada a la amenorrea o a la algomenorrea es irreversible, colocando esas atletas con mayor riesgo de fracturas de estrés y osteoporosis prematura.

La Actividad física, el Pediatra y los Padres

Se estima que, alrededor de los 15 años, el 75% de los niños involucrados en la actividad física

la abandonan. Eso sugiere que los programas de deportes para jóvenes, en su mayoría, son organizados para promover el interés de los adultos y no en los pequeños atletas. La estructura de las competencias deportivas y las expectativas de los adultos sobre desempeño deben ser revisadas, tratando de distinguir los intereses y las aptitudes específicas de los niños y proveer experiencias deportivas positivas en la infancia, que será la base de un compromiso duradero.

Los médicos deben ayudar a los padres y técnicos a entender los límites individuales de cada atleta, ya que el crecimiento normal y la maduración influyen en el tiempo de adquisición de habilidades específicas de niños y adolescentes. Las presiones externas por *performance*, ejercida tanto por los padres como los técnicos, pueden llevar a lesiones físicas, mala adaptación psicológica y desmotivación en niños y adolescentes físicamente mal preparados, generando intenso estrés emocional y abandono de las actividades deportivas.

Los pediatras deben siempre analizar el perfil familiar y la relación atletas-padres, tratando de transformar la actividad física en factor protector de comportamiento de riesgo y evitando, así, daños emocionales futuros a los pequeños atletas.

Las principales orientaciones para padres y pediatras son:

1. Redireccionar la atención de su hijo en víspera de competencias;
2. Transmitir tranquilidad y no cobrar resultados;
3. Evitar críticas durante la competencia;
4. No ridicularizarlos en público;
5. No intentar ser el técnico/ evitar instrucciones paralelas;
6. Valorizar los puntos positivos y no despreciar al equipo, después de una competencia.

Los adolescentes son propensos a la sobrevaloración de sus posibilidades físicas, tanto los profesores, entrenadores, amigos, familiares, personal de salud deben vigilar que no excedan en sus clases o práctica de ejercicios en la carga física propuesta, ya que no deben realizar ejercicios que exijan fuerza excesiva y requieran de movimientos fuertes y bruscos. Con relativa frecuencia pueden observarse problemas osteomioarticulares como son la epifisiolisis de la cadera, luxaciones, esguinces, contracturas musculares entre otras.

La ejecución de ejercicios de intensidad moderada con una duración relativamente prolongada en el trabajo muscular es más adecuada.

Los y las Adolescentes pueden participar en diferentes deportes de rapidez, practicar toda clase de deportes, y con un entrenamiento sistemático logran con prontitud buenos resultados. En algunos deportes, la primera juventud es el período de los máximos logros.

De acuerdo con estas particularidades motrices y tomando en consideración las transformaciones morfofuncionales y psicológicas en esta etapa de la vida, se puede avanzar en el desarrollo de las habilidades motrices deportivas, en las actividades físico-deportivas y recreativas y las capacidades físicas, promoviendo la profundización en el auto ejercicio.

La condición más importante para la correcta asimilación de los ejercicios es la **comprensión**, por parte de los y las adolescentes, de los movimientos que deben realizar.

Prescripción de ejercicios:

Pueden realizar en el hogar:

- Abdominales y planchas con el propio peso corporal.

NO DEBEN REALIZARSE:

- Cuchillas profundas
- Ningún ejercicio de fuerza máxima, pueden realizar ejercicios con pesos ligeros porque aún las curvaturas de la columna, según los especialistas, no están completamente osificadas, y el exceso de las pesas puede atrofiar el desarrollo.
- DOSIFICAR los ejercicios bajo el control de un especialista (profesor de educación física o entrenador).
- El adulto debe velar por la no ingestión por parte de los adolescentes y jóvenes de anabólicos, esteroides, y sustancias estimulantes, destinadas estimular su capacidad y rendimiento físico.
- Al planificar las clases de educación física y deportes en la edad juvenil es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:
 - ✓ Aumentar las exigencias y el dominio consciente de los movimientos.
 - ✓ Promover la búsqueda de lo nuevo y lo complejo de los ejercicios para que puedan demostrar sus posibilidades.

- ✓ Propiciar que descubran su dominio en la actividad, para incrementar el interés.
- ✓ Estimular el desarrollo de la atención.
- ✓ Desarrollar una formación física que no sólo los haga fuertes y hábiles, sino que además contribuya a su apariencia atractiva.

CERTIFICACION DE APTITUD. EVALUACIÓN PARA LA PRÁCTICA DE DEPORTES

Antes de iniciar cualquier tipo de actividad físico-deportiva es indispensable realizar un examen riguroso de las condiciones objetivas de salud en las cuales debe tenerse en cuenta:

- 1 Antecedentes familiares
- 2 Antecedentes personales
- 3 Evaluación cineantropométrica
- 4 Examen clínico de salud. (Examen físico y estudio de laboratorio)
- 5 Examen de actitud física.
- 6 Balance psicomotor.
- 7 Exploraciones especiales.
- 8 Examen psicológico.

Una vez culminado este estudio, debemos adaptar la decisión de permitir limitar o prohibir la práctica de la actividad deportiva. Es por ello que a continuación damos una relación acorde a nuestra experiencia, de patologías invalidantes para el deporte de alto rendimiento.

1. Afecciones psiquiátricas.
 - a) Deficiencias mentales, trastornos de la personalidad de permanente inadaptación, esquizofrenia, estados psicóticos agudos, psicosis-maniaco depresivas, traumatismos craneoencefálicos con trastornos psíquicos, crisis epiléptica.
2. Afecciones neurológicas:
 - a) Enfermedades que afecten el sistema nervioso central, trastornos de la circulación cerebral, enfermedades infecciosas del sistema nervioso central, enfermedades del sistema nervioso periférico y de los pares craneales, enfermedades neuromusculares y musculares, anomalías congénitas hereditarias, hernias de los discos intervertebrales.

3. Afecciones clínicas:

- a) Hepatitis crónica activa, cirrosis y granulomatosis hepáticas, pancreatitis crónica, gastritis crónica atrofia y atrofia gástrica. Hernias hiatales complicadas, síndrome de mal absorción.
- b) Enfermedades endocrino-metabólicas no controladas, leucosis agudas o crónicas, trombopenias y trombopatías sin posibilidad de curación, sicklellia.
- c) Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar, asma bronquial grado 3, perturbaciones graves de la función pulmonar.
- d) Enfermedades poliarticulares con deformidad y limitación, afecciones de la columna vertebral con síntomas compresivos, enfermedades del colágeno, neuropatas, insuficiencia renal.
- e) Miocarditis, insuficiencia cardíaca, secuelas de pericarditis con perturbación de la mecánica cardiovascular, trastornos graves y permanentes del ritmo cardíaco, aneurisma de la aorta, cardiopatías congénitas o adquiridas, hipertensión arterial, disfonía neurovegetativa.

3. Afecciones quirúrgicas:

- a) Secuelas de afecciones o intervenciones quirúrgicas con perturbaciones graves o moderadas de los órganos, tumores malignos, tumores benignos que limiten la capacidad física, nódulo maligno del tiroide, neumotórax espontáneo, acalasia, reintervenciones de las vías biliares, hernias incisionales de mediano o gran tamaño de difícil reparación, oclusiones vasculares, aneurisma y fístulas arteriovenosas, trastornos graves y moderados de la circulación periférica.
- b) Afecciones congénitas del aparato urogenital, ausencia testicular o de un testículo, criptorquidia, epispadia e hipospadia, enuresis orgánica, tumores del tracto urinario genital malignos.
- c) Afecciones de recto y colon con alteraciones graves o moderadas de las funciones, prolapso rectal a los esfuerzos, colostomía, estenosis del ano con perturbación de sus funciones, incontinencia esfinteriana irreparable, colitis ulcerativa crónica, diverticulitis cuando afecta todo el colon, megacolon, fístula anal o peri anal complicada o recidivante.
- d) Afecciones congénitas del aparato genital

femenino, con alteraciones moderadas o graves de las funciones, inflamaciones pelvianas crónicas, dismenorreas severas con perturbaciones anatómicas del aparato genital, embarazo en evolución.

4. Afecciones ortopédicas:

- a) Secuelas de afecciones músculo-esqueléticas con alteraciones de las funciones, lesiones óseas inflamatorias y tumorales, lesiones juveniles del hueso (invalidantes), miositis osificantes que afecte la movilidad articular, afecciones del tono muscular, contractura isquémica de Wolkman, osteocondritis de las grandes articulaciones, cifosis con destrucción de cuerpos vertebrales, escoliosis congénita e idiopática cuando el ángulo de Fergusson es mayor a 20 o dinámica o patológica con estas características pectus excavatum o pectus carinatus con insuficiencia cardiorespiratoria severa o moderada, espondilolisis, espondilolistesis, cualquier afección con signo neurológico de compromiso radicular, espina bífida con trastorno esfinteriano, diferencia de longitud de miembros superiores a 2 cm, Genus Varo con más de 11cm de distancia intercondílica, genus Valgo con más de 11cm de distancia intermaleolar, genus recurvatum de etiología neuromuscular, luxación recidivante de hombro, amputaciones o agenesias, anquilosis articulares de grandes articulaciones o que limiten la biomecánica normal del movimiento, pie plano con artrodesis o sincondrosis de dos huesos del pie, pie equino, pie calcáneo, Hallux-Valgus con cabalgamiento del segundo dedo, dedos en garra con callosidades dorsales y plantares.

5. Afecciones otorrino-laringológicas:

- a) Secuelas con alteraciones moderadas o graves, ausencia del pabellón auricular, agenesia o atrofia del conducto auditivo externo, tumores con trastornos auditivos y tróficos resistentes al tratamiento, otitis externa difusa crónica rebelde al tratamiento, otitis media crónica con perforación mesotimpánica y otorrea, tumores del oído medio, hipoacusias mayor a 40 decibeles, alteración de la función vestibular,

afecciones de la faringe que comprometen la función respiratoria, deglución y la fonación, malformación de la laringe que comprometen la función respiratoria y fonatoria, tartamudez con alteraciones de la respiración y fenómenos neurológicos raros, anomalías de las fosas nasales y cavidades accesorias que perturben la función fonatoria o respiratoria.

6. Afecciones oftalmológicas:

Del globo ocular, que perturben la agudeza visual o el campo visual, lagofthalmos permanente o insoluble, entropión y ectropión que disminuye la agudeza visual, blefaroptosis que altere la agudeza visual o el campo visual, epifora, conjuntivitis incurable con signos y síntomas objetivos y crisis periódica, xeroftalmia incurable, pérdida de la transparencia de la cornea que afecte la agudeza visual, estafiloma, escleromalacia, catarata, alteraciones del vítreo, uveítis anterior o posterior con déficit visual incapacitante, albinismo, coroideremia, atrofia iridiana, aniridia, iridosquisis, rubeosis del iris, atrofia óptica, desprendimiento de retina, hemianopsia de cualquier tipo, siderosis, chalcosis, anginosis, ausencia de un globo ocular, exoftalmía o enoftalmia con secuelas, glaucoma, miopía de 6 o más dioptrías, hipermetropía de 5 o más dioptrías, astigmatismo de más de 3 dioptrías, anisometropía de 3 o más dioptrías, diplopía no solucionable (coordimetría), agujero o quiste macular, estrabismo paralítico permanente, corioidopatía central serosa con daño visual.

7. Enfermedades dermatológicas.

a) Dermatosis crónicas generalizadas y graves resistente a tratamiento, dermatitis eczematosas recidivantes y rebeldes al tratamiento, collagenosis.

8. Afecciones estomatológicas y del macizo facial:

a) Afecciones con alteraciones moderadas y graves de las funciones, paradontosis grado 2 y 3, labio leporino y/o fisuras palatinas, ameloblastomas con secuelas y deformidad del macizo facial, carcinoma espinoso celular de la lengua, displasia fibrosa de los maxilares, secuelas del Lefort 3 con deformidad que compromete la estética y la función, osteomielitis del macizo facial o el maxilar inferior.

Otros sistemas de clasificación para la práctica de la actividad física pudiera ser teniendo en cuenta las contraindicaciones:

Contraindicaciones absolutas

- a) Insuficiencia renal, hepática, pulmonar, suprarrenal y cardíaca.
- b) Enfermedades infecciosas agudas (mientras duren).
- c) Enfermedades infecciosas crónicas.
- d) Enfermedades metabólicas no controladas (diabetes, hipertiroidismo).
- e) Hipertensión de base orgánica.
- f) Inflamaciones del sistema músculo esquelético (miositis, artritis) en su fase aguda.
- g) Enfermedades que provoquen trastorno del equilibrio o vértigo.

Contraindicaciones relativas

Estas se refieren en cuanto al tipo de deporte y al medio-ambiente.

- I En cuanto al tipo de deporte (deportes de contacto).
 - a) Retraso en el crecimiento y maduración.
 - b) Enfermedades hemorrágicas.
 - c) Ausencia de un órgano par (pulmón, ojo, riñón, testículo).
 - d) Disminuciones de la visión y audición.
 - e) Organomegalias (hígado, bazo, riñón).
 - f) Hernias abdominales.
 - g) Alteraciones músculo esqueléticas que dificulten la actividad motriz necesaria para la práctica deportiva.
 - h) Antecedentes trauma craneoencefálico, intervenciones quirúrgicas de cráneo y columna.
 - i) Enfermedad convulsivante.
 - j) Testículo no descendido.
- II En cuanto al medio.
 - a) En el agua.
 - 1 Dermopatías que empeoran con la humedad.
 - 2 Otitis, sinusitis, conjuntivitis agudas.
- III En ambientes calurosos
 - 1 Fibrosis quística.
 - 2 Estado de hipohidratación a consecuencia de vómitos o diarreas previas.
 - 3 No aclimatados al calor.

4 Obesidad desmedida

IV En ambientes fríos y secos.

1. Asma inducida por el ejercicio.

Limitaciones

- a) Minusvalías psicofísicas.
- b) Cardiopatías congénitas o adquiridas sin insuficiencia cardíaca manifiesta y enfermos sometidos a cirugía cardíaca.

Queremos recordar que el sentido común y la experiencia del médico son en definitiva, los mejores criterios para prohibir o recomendar en cada caso el ejercicio físico y hacer énfasis que el deporte de alto rendimiento es estresante e intenso, lleva a periodos de trabajo anaeróbicos, por lo que el ejercicio que puede ser prescripto como fuente de salud en condiciones aeróbicas adaptadas a las características individuales dista del que se realiza en el deporte de alta competición.

Síndrome de exceso de entrenamiento

El síndrome de exceso de entrenamiento – overtraining, se presenta con síntomas frecuentes e la práctica pediátrica diaria tales como: pérdida del apetito, dificultad para despertar y/o para dormir y rechaza ir a las aulas. Además de esos síntomas, la anamnesis puede detectar alteraciones del humor, dolores generalizados, exceso de lesiones musculares y tendinosas y caída del rendimiento en entrenamientos y competencias.

Estudios realizados por la Academia Americana de Pediatría con 744 niños de 4 a 12 años constataron que 88,6% sufrían algún daño físico por causa de actividad física y que en el 34% de los casos fueron necesarios tratamientos médicos e interrupción de la actividad física.

Como norma general, los niños y adolescentes deben evitar la especialización precoz, siendo importante que experimenten varias modalidades de actividades físicas, para que puedan así, desarrollar sus habilidades específicas y aprender lúdicamente los fundamentos de cada deporte.

Para evitar el exceso de entrenamiento, debemos orientar a niños y adolescentes a intercalar los deportes con actividades diversificadas tales como cursos de informática, idiomas, teatro o música.

Deportes y el uso indebido de suplementos y anabolizante

La práctica del uso de sustancias anabólicas para mejorar la función física en el deporte no es nueva. Hay relatos en la literatura que nos dicen que en la Grecia antigua muchos atletas consumían testículos de carnero con el deseo de mejorar su desempeño en las competencias deportivas. Especialistas Norteamericanos en 1930, descubrieron que el uso de sustancias anabólicas en animales aumentaba la masa muscular. Por aquella época durante el nazismo, se hicieron experiencias con los presos y soldados de ese régimen utilizando anabolizantes para mejorar su desempeño físico. En las épocas contemporáneas, se ha hecho de dominio público que en las olimpiadas de Munich muchos atletas usaron ya estas sustancias. Estos antecedentes, nos revelan que el tema que hoy nos ocupa no es nuevo, tienen antiguas raíces y prácticas añejas entre ciertos grupos humanos interesados en convertir a la persona humana en máquina productora de fuerza física y éxitos deportivos, sin importar en los más mínimo lo más trascendente: la salud integral de la persona.

Hoy, vivimos un momento de exaltación del culto al cuerpo y de la belleza que ha conducido como grupos y como individuos a ambos géneros al aumento desmedido de gastos económicos en medio de una crisis financiera con el solo afán de ser bello(a), fuerte, delgado(a), atractivo(a), cuyo único fin es estar incluido en el mercado de consumo de la imagen. Súbitamente este irresistible deseo de ser fuerte y bello(a) atrajo un aumento de personas en las academias de gimnasia y acondicionamiento físico, un aumento en las cirugías plásticas y en la aplicación de implantes. Jamás en otra época se han vendido tantos productos para fomentar y preservar la belleza, y aparatos de todos tipos para disminuir el peso corporal, todo esto con el fin de mantener la imagen. No hay recato de ningún tipo para impedir la consecución de este empeño: adquirir y mantener un look y la silueta corporal en forma óptima.

Un buen porcentaje de adolescentes, adultos y viejos buscan una imagen perfecta sin preocuparse mucho por conocer las consecuencias que sobre su salud puede tener lograr sus ideales. Las personas que así proceden quedan esclavizadas al poder de la imagen, todos desean asistir a la

mejor sala de acondicionamiento físico, adquirir la mejor ropa, el perfume más caro importado, las ropas de moda, el mejor carro y obviamente el mejor cuerpo. Un cuerpo fuerte adquirido con el uso de sustancias anabolizantes, un cuerpo sin grasa, piel lisa, sin estrías, sin arrugas y sin pelos. Esa es la meta de la llamada era de la estética, muchas veces al alcance sólo para la minoría a través de procedimientos carentes de ética. Este mito: ser fuerte, bello(a) y atractivo(a) como condición para triunfar socialmente, se asocia y se sustenta sobre otro mito más: la constancia en el uso de suplementos de alto valor calórico y nutriente a la alimentación regular, suplementos a los que se atribuyen poderes mágicos sobre los procesos anabólicos que favorecen la creación de una espléndida masa corporal por una parte y por la otra, el uso de varias sustancias que se denominan compuestos anabolizantes. Estas últimas consolidan y favorecen no sólo la presencia de esa masa muscular, sino que favorecerá un alto rendimiento físico, lo que tiene por objeto se dice es: lograr un mayor rendimiento en las prácticas deportivas, adquirir mayor agilidad y un mejor rendimiento cardiovascular.

Deseamos en el presente artículo remover la idea de los mitos con relación a la práctica de deportes y fomentar a la vez, la idea, de que su práctica sin orientación de profesionales de la salud puede ser muy peligrosa.

El deporte, el alto rendimiento, como pretexto

El deporte en la adolescencia es altamente valorado en los países más desarrollados donde hay para el una gran participación de los jóvenes. En Brasil y en los países de Ibero América, la población joven que hace deportes todavía es escasa, situación que debe ser considerado y no puede ser olvidada porque la práctica del deporte es muy importante para todos nosotros, y principalmente en esa etapa de la vida. Citamos a BARBOSA, 1991: "Las ventajas del deporte para el joven son el refuerzo de la autoestima, la menor predisposición a las enfermedades, el control del balance de la ingestión y del consumo de las calorías, además de prevenir las situaciones de riesgo, ayudar a la búsqueda de objetivos y estimular la socialización creando un sentimiento de equipo y solidaridad con relación a los participantes".

El deporte, como evento sano de la juventud, el que se desarrolla a nivel escolar y de barrio, donde no hay participación de intereses privados, cuando los patrocinadores buscan en el ejercicio deportivo un factor de socialización entre pares del mismo nivel socioeconómico y aún entre diferentes niveles, no tiene por lo general injerencia en que se consuman determinados productos dietéticos o farmacológicos. Simplemente desean y promueven el desarrollo humano, social y espiritual de niños y jóvenes y en muchas ocasiones de adultos, sobre todo los adultos jóvenes que en nuestros países ingresan desde los 17 a 18 años a las filas laborales. Afirmamos nuestra vocación por este tipo de deporte que no crea astros y vedettes deportivos, sino simplemente favorece la interacción y relación humana, la formación de grupos solidarios y el fomento del arraigo, la autoestima y la pertenencia.

El problema de la ingestión de sustancias de carácter "suplemento de la alimentación" y los anabólicos, lo hemos detectado en pseudo deportistas, en chicos y jóvenes que hacen deporte en forma ocasional o desorganizada, a veces en forma hasta compulsiva para luego abandonarlo con el único fin de desviar la atención a algún problema de índole personal o de relación humana. Pero hay también grupos de adolescentes y adultos jóvenes que confían en el deporte no para desarrollar una habilidad personal y social, sino el fomento de una gran vanidad centrada en la imagen corporal; son estos un vasto grupo de jóvenes que lo que menos tienen es un sentido "deportivo" de la vida, el antiguo dicho inglés del "sport man". Estos son los que se obligan a rutinas exageradas en busca de una gloria personal personificada en su figura corporal, son quienes están en manos de fisiculturistas y entrenadores deportivos de muy cuestionable ética profesional. El consumo de estas sustancias en el deporte oficial no es asusto de esta presentación.

Sin embargo, también es de interés recordar o conocer los "mitos" existentes con relación a la práctica del deporte que son en muchos medios sociales y situaciones invocados con fuerza. Por ejemplo: "el deporte estimula el crecimiento físico", "retarda la primera menstruación", "desalienta el rendimiento escolar", "no puede ser desarrollado por personas con enfermedades crónicas (diabetes, epilepsia y asma)", "es una actividad sin riesgos" y "previene las enfermedades circulatorias y cardiovasculares".

¿Qué son los suplementos dietéticos?

Que decir de los llamados suplementos dietéticos, que contienen gran cantidad de calorías, que son tan consumidos por nuestros jóvenes, en forma de cápsulas, refrescos, jarabes, preparados polivitamínicos, polvos, cereales, etcétera. Todos ellos, promovidos y supuestamente saturados de formulas mágicas que contienen vitaminas, minerales y sales especiales. Hasta aquí las cosas serían normales, pero las calorías que a estos compuestos se agregan con la gran cantidad de aminoácidos, carbohidratos, creatina, l-carnitina y tantos otros compuestos resultan una verdadera agresión al metabolismo de quienes los ingieren sin vigilancia médica y cuyo consumo esta regulado por el criterio de quien lo usa. Y por lo general, ese criterio, esta cimentado por la relación ingesta-resultados inmediatos en el rendimiento físico y por el satisfactor de sentirse cómodos consigo mismo.

Estos suplementos constituyen “la puerta de entrada” para los esteroides anabolizantes de acuerdo algunos autores. Destacamos que los productos a base de aminoácidos (menor unidad de las proteínas), solamente ayudan en los casos de dietas alimentarias inadecuadas y hipoproteicas, a pesar de la publicidad de que aumentan la masa muscular y el desempeño en las actividades físicas, esto no ha sido comprobado por especialistas. Sin embargo, este tipo de productos con exceso de aminoácidos no publicita a sus consumidores que les puede llevar a una sobrecarga renal y consecuentemente a una insuficiencia.

Con relación a los energéticos (carbohidratos), a pesar de la promesa de evitar fatiga en personas que practican actividad física de fuerza prolongada (deportes de alto rendimiento), sabemos que el producto aumenta el nivel de glicógeno, evitando que “los músculos se quemen” cuando el almacenamiento de glucosa se acaba. Consumido este tipo de productos sin orientación médica trae como uno de sus efectos el aumento de peso no deseado. Muchos afirman que la creatina (combinación de aminoácidos) mejora la resistencia durante la práctica de la actividad física con mejores desempeños, sin embargo, hay contradicciones entre los especialistas ya que la dosis utilizada causa hipertensión y calambres (20 mg), cuando la dosis segura es de 2 mg. Con relación a l-carnitina no hay efecto comprobado en el desempeño, no produce reducción de la grasa corporal localizada en

el abdomen como muchos productos lo publicitan y tampoco actúa en la lipodistrofia (celulitis). Algunos líquidos similares usados como refrescos contienen algunas mezclas de azúcares sencillos y electrolitos combinados y son vendidos como suplementos, cosa que es un fraude. Finalmente, productos muy populares en Brasil a base de guaraná hoy están siendo publicitados en Ibero América como estimulantes y energéticos, pero en el fondo no son tal y son excitantes porque contienen cafeína.

¿Qué son los esteroides?

Esteroides son una clase de sustancias que todos los animales poseen. Son clasificados en esteroides androgénicos y corticoides; los usados indebidamente son, en la mayoría, esteroides androgénicos (tiene una acción igual a la de la testosterona). Los esteroides usados para tratamiento de inflamaciones son los corticoides (prednisolona, cortisona, beclometasona, dexametasona y muchos otros), tales compuestos no tienen efectos anabólicos.

Los esteroides androgénicos, secretados por los testículos, son hormonas sexuales masculinas, que incluyen la testosterona, la dihidrotestosterona y la androstenediona. La testosterona es producida principalmente en los testículos y una pequeña cantidad en las glándulas adrenales. Tiene su origen en el colesterol.

¿Qué efecto tienen?

La testosterona y sus metabolitos como la dihidrotestosterona, actúan en muchas partes del cuerpo, produciendo el desarrollo de las características sexuales secundarias masculinas como son: fundamentalmente la madurez de los órganos genitales; la presencia de pelos en el rostro y en el cuerpo, la voz más fuerte y gruesa, conducen a una mayor masa muscular, por su acción la piel se engruesa y calvicia.

En la pubertad, la testosterona produce crecimiento testicular y longitudinal y del diámetro del pené; es causa de la fusión de las epífisis óseas, conduciendo por este mecanismo a la detención del crecimiento en estatura. Finalmente entre otras acciones también produce acné. La testosterona es importante para la manutención de los órganos sexuales en el adulto, exigiendo una pequeña concentración para eso. La producción normal en el hombre adulto es cerca de 4 a 9 mg por día, que puede ser aumentada con

la práctica de actividad física intensa. Las mujeres producen solamente 0,5 mg de testosterona/día y debido a tal situación tiene dificultades para ganar masa muscular.

Además de lo señalado, los esteroides tienen la propiedad de aumentar la masa muscular y por ese motivo se han convertido en un producto de uso común por atletas o personas que quieren mejorar su apariencia física y su desempeño de fuerza muscular. Este tipo de usuarios generalmente consumen los esteroides por autoprescripción o por prescripción no médica. El uso estético no es médico, causa problemas a la salud y por lo tanto es ilegal.

Los anabolizantes tienen muchas indicaciones médicas principalmente en los casos en que hay una disminución de la producción de la hormona y se necesita favorecer la utilización y la síntesis de proteínas, atenúan la fatiga, siendo anticatabólica, disminuye la pérdida de masa muscular y a nivel psicológico producen euforia. Muchos similares de la testosterona son también usados en el tratamiento de trastornos de los testículos, cáncer de mama, angioedema hereditario, anemia aplásica, endometriosis grave y estímulos del crecimiento en caso de la pubertad masculina tardía.

Compuestos y productos similares a la testosterona fueron desarrollados con efectos anabólicos más poderosos que los de la misma testosterona, han sido fabricados y puestos en circulación en el mercado por la industria farmacéutica. Todos ellos poseen los mismos efectos de la testosterona: la retención de sodio, potasio, agua, calcio, sulfato y fosfato, la síntesis del aumento de la masa muscular en respuesta al ejercicio y posible aumento de la agresividad y/o libido. Ellos actúan en el hipotálamo y en la pituitaria causando una disminución en la producción de GnRH, FSH y LH, lo cual logra una disminución de la producción de testosterona natural en los testículos y también reduciendo o cesando la producción de espermatozoides. Ese efecto no es siempre reversible, cuando los andrógenos artificiales son suspendidos. Por otra parte, se sabe que cánceres de la próstata son frecuentemente dependientes de la testosterona (consecuentemente su tratamiento es por castración) y ellos pueden prosperar rápido en la presencia de altas concentraciones de andrógenos. Un porcentaje de testosterona es convertido en estrógeno y algunos andrógenos artificiales poseen efectos de estrógenos, causando un crecimiento del tejido de

los senos por debajo de pezones (ginecomastia). Eso es ocasionalmente visto, naturalmente, en chicos púberes y en un pequeño porcentaje de la población de hombres adultos.

Actualmente los esteroides auto administrados, recomendados por personas ajenas al cuerpo médico, consumidas sin vigilancia médica y por lo mismo mal empleados, constituyen las principales sustancias que producen graves efectos colaterales en las personas que las utilizan, y a este peligro habrá que agregar que a ellos frecuentemente se asocian el uso de la hormona de crecimiento, insulina, analgésicos muy fuertes para mitigar los dolores musculares, diuréticos para evitar la retención de líquidos y medicamentos que evitan la ginecomastia. Las sumas de estos efectos pueden llevar a la muerte.

¿Son los anabólicos seguros, carecen de peligros?

La aprobación y el uso de cualquier droga es una cuestión de decisión. Si los beneficios terapéuticos de su uso compensan sus efectos adversos. En dosis terapéuticas, los esteroides anabólicos causan pocos efectos colaterales. El uso de ellos por razones cosméticas y/o frívolas, sin control médico, son empleados por los usuarios siempre en dosis elevadas y el abuso de su uso es lo que trae consecuencias graves.

Vamos a citar algunos **medicamentos esteroides anabólicos** presentes en el mercado, cuya presentación puede ser oral o inyectable:

Decanoato de nandrolona: es una de las drogas más utilizadas por los deportistas, es un esteroide inyectable con efecto de ganancia de masa muscular y con pequeños efectos colaterales (pueden ocurrir retención de líquidos).

Asociaciones de decanoato, fenil propionato, isocaproato y propionato de testosterona sintética: son muy buenos para aumentar la masa muscular y fuerza, pero tienen muchos efectos colaterales para las mujeres.

La oxymetholona: un esteroide oral, el más fuerte entre todos los que tenemos en nuestro país (Brasil), es el mejor para aumentar masa y fuerza muscular, pero también el más tóxico, pudiendo causar cuadros de hepatitis instantáneas, independientemente de la dosis empleada.

La mesterolona: que no es muy tóxica y se usa para el tratamiento de la ginecomastia, suele

aumentar la densidad muscular y tiene poco efecto en la ganancia de la masa muscular.

El undecilenato de boldenone: es una droga de uso veterinario, pese a ello ya es utilizada por los fisiculturistas y por los adolescentes.

También hay la utilización de esteroides importados (Brasil) como por ejemplo el estanolozol que puede ser oral o inyectable, más es muy tóxico para el hígado. El enantato de mentolona tiene poco efecto sobre la ganancia de masa muscular, pero es menos tóxico. La oxandrolona no tiene muchos efectos colaterales y es el más utilizado por las mujeres. Su efecto terapéutico es indicado para los niños con problemas de peso en los Estados Unidos. En pacientes con Sida, este compuesto, es muy útil para reducir las pérdidas musculares causadas por la enfermedad.

La trembolona, inyectable, es muy fuerte, tóxica y desgraciadamente es muy prescrita por los fisiculturistas y otros profesionales del deporte, siendo utilizada particularmente por los jóvenes principiantes. El éster de la testosterona, causa un crecimiento muscular satisfactorio, pero presenta muchos efectos colaterales graves.

La metandrostenolona es otro ejemplo de esteroides, que fue muy utilizado en el pasado por ser de uso oral. El usuario obtenía una buena ganancia de fuerza y volumen muscular al poco tiempo de su empleo, pero este medicamento provoca una retención hídrica.

La fluoximesterona es poco usada por ser muy tóxica para el hígado.

El cipionato de testosterona, que se usa para ganar peso corporal, fuerza y masa muscular, causa atrofia de los testículos, produce ginecomastia y retención hídrica llevando a una hipertensión arterial.

Efectos colaterales del abuso del uso de esteroides anabólicos

Todos estos compuestos en mayor o en menor grado producen aumento de peso corporal, no solamente por el crecimiento de la masa muscular y ósea, sino porque hay retención de líquidos. El crecimiento más evidente en el tejido muscular se da en el tronco en la musculatura de la región pectoral, en la espalda y región proximal de los miembros superiores (región del deltoides y el brazo). Producen también temblores, acné grave, ya hemos mencionado el aumento de retención de

líquidos (sodio y productos nitrogenados), dolores en las articulaciones, aumento de la presión arterial, alteraciones del metabolismo del colesterol (disminución del HDL, -el colesterol bueno- y aumento de la LDL con incremento de los riesgos de enfermedades coronarias), alteraciones en los test de función hepática, alteraciones en el hemograma (policitemia, reticulocitosis, eosinopenia y aumento de la agregación plaquetaria aumentando los riesgos de trombosis), exacerbación de la apnea del sueño, estrías dérmicas principalmente en tronco y abdomen, mayor predisposición a lesiones del aparato locomotor (rotura de los tendones del tríceps y cuádriceps), pues las articulaciones no están preparadas para el aumento de la fuerza muscular. Además de éstos, las personas que se inyectan esteroides tienen un mayor riesgo de contraer SIDA y Hepatitis si es que comparten agujas.

Otros efectos colaterales suelen ser: en el hombre, ocurre disminución o atrofia del volumen testicular (en 20% de los casos), disminución de la espermatogénesis con reducción del número de espermatozoides (90% dos casos), impotencia sexual, infertilidad, caída del pelo, dificultad o dolor para orinar, crecimiento de la próstata, desarrollo de las mamas, y en muchos casos ginecomastia no siempre reversible.

En las mujeres: ocurre crecimiento de los pelos con distribución masculina, alteraciones o ausencia del ciclo menstrual, aumento del clítoris, voz gruesa y disminución de los senos (atrofia del tejido mamario).

En el adolescente: la maduración esquelética es precoz ocasionando el cierre prematuro de las epífisis óseas, condicionando este mecanismo una baja estatura, hay madurez puberal acelerada en forma precoz.

El abuso de anabolizantes puede casar variaciones del humor, incluyendo agresividad y rabia incontrolables, llevando a episodios violentos como suicidios y homicidios, principalmente conforme a la frecuencia de su empleo y las dosis utilizadas. Buena parte de los usuarios presentan síntomas depresivos al interrumpir el uso de estos compuestos. Hay síntomas de síndrome de abstinencia que puede contribuir para que los usuarios establezcan dependencia.

En ocasiones se pueden experimentar celos patológicos, cuadros maniacos y esquizoides, extrema irritabilidad, pudiendo haber distorsión del

juicio en relación a sentimientos de omnipotencia, dispersión mental, confusión mental, además de alteraciones de la libido con sus consecuencias.

Es importante destacar el trastorno de la percepción de la imagen corporal que ocurre en algunos de los usuarios de tales sustancias, cuadro clínico denominado como “dimorfismo muscular”, “vigorexia” o “bigorexia”, a pesar de haber obtenido un importante desarrollo de la masa muscular. Las personas con este trastorno siempre tiene la sensación de que se encuentran delgadas, flacas en comparación a otras personas.

La vigorexia ha sido propuesta en ocasiones como un trastorno de la conducta alimentaria (TCA), pues los sujetos vigoréticos tienden a una restricción alimentaria, al uso de fármacos y a la realización de ejercicio excesivo, igual que en la Anorexia Nerviosa. Se han utilizado otros muchos nombres como: síndrome del hombre de hierro, síndrome del culturista, ortorexia, megarexia, se trata de una Adicción al Ejercicio, una de las nuevas adicciones de gran incidencia, como la adicción a Internet o a las compras.

ELEMENTOS DE LA VIGOREXIA

1. Son personas que hacen mucho ejercicio físico, con el objetivo declarado de alcanzar una determinada masa muscular mayor que la que poseen.
2. La cantidad de tiempo que dedican al ejercicio (hacerlo o pensar en hacerlo) entorpece su adaptación social, laboral, académica e incluso familiar y de pareja.
3. Los afectados presentan una alteración de la imagen corporal, por lo que se creen más débiles y delgados de lo que son.
4. La mayoría son hombres de edades entre los 18 y los 25 años.
5. Con una frecuencia mayor que en la población general, aparecen otras conductas desadaptativas, como una alimentación inadecuada o consumo de fármacos peligrosos para la salud.

Vigorexia implica una gran cantidad de ejercicio **pero no es una simple adicción.**

1. El vigorético no busca ante todo hacer ejercicio sino aumentar su masa muscular.
2. No conlleva (o a penas) reforzamiento positivo, a diferencia de las Adicciones

3. Tiene un pensamiento y una conducta poco rígidos aceptando siempre cambios que le conduzcan a su objetivo (nuevas dietas, ejercicios)
4. No existen rituales sin sentido sino que tienden al fin de fortalecerse.

Finalmente hay trabajos que demuestran que en estos usuarios hay un aumento en el consumo de otras drogas (alcohol, tabaco, marihuana, anfetaminas), principalmente entre los adolescentes. El abuso de alcohol es el más frecuente, seguido del uso del tabaco y marihuana. En 1990, en los Estados Unidos, se pensó en la posibilidad de la dependencia física debido a las dosis crecientes y que los individuos nunca estuviesen satisfechos con los músculos adquiridos.

En verdad consumen los jóvenes los anabólicos

Después de las llamadas drogas ilícitas (marihuana, cocaína, crack y tantas otras) y de las lícitas (alcohol, tabaco, medicamentos para quitar el hambre, calmantes), una nueva droga comienza a preocupar a las autoridades y a profesionales de la salud en todo el mundo: *los esteroides anabolizantes*. La prensa internacional los promueve a través de la difusión de escándalos que envuelven a atletas, entrenadores y deportistas en virtud del uso indebido de esteroides anabolizantes. Actualmente en el mundo, la preocupación por el consumo indebido de esteroides no está en relación con los atletas, sino en aquellos jóvenes adolescentes que los usan y abusan de los anabólicos teniendo como razón o justificación el deseo de tener un cuerpo atlético a corto plazo. Mayor es la preocupación cuando se entregan a los anabolizantes, que muchas veces son recetados por instructores y profesores de Educación Física, sin escrúpulos y sin ningún o tal vez un pobre conocimiento del daño que ocasionan. Frecuentemente ellos indican a su antojo su compuesto preferido al joven y más aún, suelen venderles estas sustancias que por lo general exigen receta médica, ya que estos productos, todos ellos ostentan en su carátula banda roja que significa “venta bajo prescripción médica”.

En el lenguaje coloquial de los jóvenes brasileños “bombar” significa quedarse más fuerte, bello y atractivo para chicas y más fuerte y poderoso

frente al grupo de amigos y enemigos. En la lengua española la palabra “bombar” es traducida como “tumbar”, tal palabra refleja muy bien los efectos colaterales de los esteroides anabolizantes, ya que en portugués sería “tombar”.

Tal afirmación puede ser comprobada en muchos gimnasios y centros de acondicionamiento físico de nuestro país. Comentarios tales como *“pastel sin fermento no se desarrolla”* y *“torta sin levadura no crece”*, son escuchados por los jóvenes en boca de los adultos o compañeros que los inducen al consumo. El uso inicial da un resultado que impresiona al usuario y él, escuchando elogios a su persona, se deja llevar; así, uno de ellos nos relata: *“Cuanto más me decían que estaba bello, más quería crecer a todo costo y continuaba tomando el suero de cadáver”* (suero de cadáver es el nombre dado por los usuarios, ya que además del esteroide anabolizante es usado también hormona del crecimiento que, antes, era extraído de la hipófisis de las personas muertas).

Una encuesta hecha en Nebraska (1991) en los Estados Unidos, con 4.722 estudiantes en etapa de desarrollo adolescente, en los cuales se cuantifico el uso de esteroides anabolizantes, puso de manifiesto los siguientes resultados: la edad de inicio del consumo fue entre los 15 y 18 años, la incidencia es mayor en el sexo masculino; 2,5% de los estudiantes pesquisados relataron haber usado esteroides anabolizantes en los últimos 30 días; la mayoría de los usuarios fueron deportistas y la principal razón del uso entre ellos es que tiende a mejorar el desempeño de la fuerza física y, entre los consumidores no deportistas, el objeto de su uso es conseguir una mejor apariencia. (SCOTT, WAGNER y BONLOW, 1996).

En los Estados Unidos, en 1994, más de un millón de jóvenes ya habían usado esteroides anabolizantes y nos inquieta saber que el motivo del uso tiene causa social, destacándose los efectos benéficos del producto sin preocupación con los graves daños a la salud. En Brasil, un estudio hecho en academias de la ciudad de Puerto Alegre, muestra que 24,3% de los alumnos usaban esteroides anabolizantes. En las personas que utilizaban 34% eran por voluntad propia, 34% por indicación de compañeros, 19% por indicación de amigos, 9% por indicación de los profesores y en 4% por indicación médica. Las personas que utilizan combinaciones de anabolizantes llegan a tener dependencia física y psicológica en porcentajes

que oscilan entre el 80% y 35%. Las principales razones para el consumo de tales sustancias fueran la ganancia de fuerza física (42,4%), mejorar la belleza personal (29,3%) y mejor desempeño físico (18,2%) (CONCEIÇÃO et al, 1999).

Los médicos y padres norteamericanos ya están en alerta: estudios entre los adolescentes muestran un aumento con relación al uso de este tipo sustancias entre los niños de 8 a 10 años de edad, teniendo como objetivo el uso de esteroides anabolizantes el estar fuertes. Tales productos son comprados por los niños y adolescentes en el mercado clandestino desde el año de 1990. “El resultado será una generación entera de sujetos robustos, enanos y entroncados, incapaces de jugar voley o básquet, sin embargo, aptos para el “últimate fighting” (CASTRO, 1998).

Tal situación tenía que ocurrir porque los niños están gran parte del día mirando la televisión, donde aparecen muchas propagandas comerciales que utilizan atletas para promover artículos y las cámaras centran su atención en la imagen corporal que es mostrada minuciosamente por los manojos de músculos en cámara lenta. En tales comerciales, los atletas hacen cosas imposibles, como por ejemplo: dar saltos de un edificio a otro y, cuando se trata de chutar la pelota, el chute suena como una explosión. Puede ser una propaganda de equipo de tenis, de vitaminas o hasta de jarabes, es igual: lo constante e importante son los músculos de los brazos, las piernas y los troncos que parecen de acero.

Estos tiempos nuestros, nos exhiben una moda excesivamente atlética. Vivimos en la era de la apariencia física y estética, no hay joven que no quiera ser un icono que cause admiración, principalmente aquéllas “personas pequeñas” que son infelices por ser de baja estatura, porque quizá nadie les presta atención. Sin embargo, desconocen que mejorando y balanceando su alimentación normal, llevando una vida sana adecuada a su edad y practicando gimnasia y/o algún otro deporte, sería suficiente para crecer en forma adecuada; sin embargo, ellos ya oyeron hablar de los esteroides y se interesan por utilizarlos.

Generalmente, las causas más importantes para el empleo de esteroides desde la pubertad y la adolescencia temprana hasta la adultez, son la insatisfacción con la propia apariencia física y tener baja autoestima. La presión social entre los jóvenes y de muchos padres sobre la figura corporal

de sus hijos(as) es un factor también importante, otro más el culto por el cuerpo saludable que nuestra sociedad tanto valoriza, la falsa apariencia saludable y para gran parte de los jóvenes, la perspectiva ser considerados como símbolo sexual, constituyen los principales motivos para el uso/abuso de estas drogas. Una buena apariencia física lleva a la aceptación del grupo, a la admiración de todos y de nuevas oportunidades. Todos estos conceptos hacen muchas veces que el o la joven caiga en situaciones de riesgo como anorexia, bulimia, el uso indebido de esteroides anabolizantes y el uso de suplementos de alimentación.

CONCLUSIONES

Atletas, entrenadores deportivos, fisiculturistas y aún médicos relatan que los anabolizantes aumentan en gran cantidad la masa muscular, fuerza y resistencia física. A pesar de esas afirmaciones, ***hasta el momento no existe ningún estudio científico que compruebe que esas drogas mejoran la capacidad cardiovascular, la agilidad, la destreza o el desempeño físico corporal.***

Debido a todos los efectos colaterales de estos compuestos anabólicos y sus consecuencias en la salud humana el Comité Olímpico Internacional colocó 20 esteroides anabolizantes y compuestos relacionados a ellos como drogas ilícitas, y por tanto, eliminadas de la alimentación y cuidados físicos del atleta, siendo a partir de esa prohibición el uso de esos compuestos por competidores sujetos a duros castigos.

El mercado clandestino de las drogas para el deporte a partir de esas prohibiciones se ha convertido en más sofisticado, y como respuesta ha creado la sustancia denominada tetrahidrogestrinona conocida con las letras de THG, un esteroide convencional muy difícil de detectar por las actuales pruebas de "antidoping", evitando así que quienes consumen entre los competidores los nuevos compuestos sean detectados en dichas pruebas. Esta es una nueva ventaja al menos momentánea para muchos atletas que están haciendo ya uso de ella. Otras sustancias conocidas también como los estimulantes sydnocarb y bromantam creados en la antigua Unión Soviética y los anabolizantes turinabol (Alemania Oriental) y norboletona son capaces de engañar las pruebas de detección.

Es importante que los profesionales de la salud que atienden a los adolescentes estén atentos al hecho del consumo de estas sustancias cada vez más frecuente por púberes y adolescentes. Pregunten durante la entrevista médica si las han probado o las están usando y pongan atención al tipo de anabólicos que emplean, y dar orientación veraz sobre los problemas de salud que en un futuro cercano pueden tener por el uso de esos compuestos. Es importante decir que la práctica de cualquier deporte es necesaria y conveniente para el adolescente, pero que debe aprender que los cambios en su masa muscular toman tiempo, que ningún deporte brinda resultados rápidos en el cambio de la figura personal, como tampoco los convierte en estrellas rápidamente. La mayoría de los jóvenes, desconocen que hay un límite genético para el desarrollo de la masa muscular; que hay grandes atletas que nunca se han distinguido por tener un cuerpo digno de exhibición, que en cambio hay otras personas que lucen grandes y atractivos cuerpos sin haber hecho jamás más allá de un deporte ocasional. De cualquier manera todo joven interesado en construir un cuerpo hermoso y atlético debe saber que necesita tener entrenamiento supervisado de su actividad física, alimentación adecuada y balanceada y mucho reposo, especialmente se esta en etapa adolescente de crecimiento y desarrollo acelerado.

Padres, educadores y profesionales de la salud deben siempre cuestionar los valores preconcebidos de nuestra sociedad; racionalizar el culto al cuerpo y trabajar porque los niños, adolescentes y jóvenes rescaten el valor de la prudencia; cosa que bien pueden hacer incentivando otras habilidades y capacidades positivas internas que todos nosotros poseemos. Hay que recordar que los jóvenes poseen muchas cualidades en ellos que desconocen y por lo mismo, no las fomentan y no tienen conciencia de los múltiples horizontes que ellas les proporcionan. Quizá la mejor tarea de los adultos que desde su oficio acompañan el desarrollo de adolescentes y jóvenes sea, el alertar, ayudar a descubrir y hacer suyas las muchas como diversas capacidades que poseen los adolescentes, más que descubrir sus defectos y hacérselos ver, el fomento del desarrollo humano es poner ante el adolescente lo mejor de él y ayudarlo a que lo desarrolle.

Es imprescindible que todos los profesionales de la salud que trabajan con los adolescentes hagan campañas con charlas y oficios a todos los sectores de la salud, educación y deportes aclarando las

dudas y alertando con relación a los riesgos del uso de los esteroides anabolizantes. Particularmente esta labor de orientar deberá ser hecha en las academias de deporte, centros de adiestramiento físico y solicitar los responsables de la salud en el país que prohíban y eviten el uso indiscriminado de tales sustancias.

Uso de sustancias – bebidas energizantes e hidratantes

Las llamadas bebidas deportivas son formuladas a partir de la concentración de varios electrolitos y carbohidratos, con la finalidad de reposición hídrica, energética y electrolítica durante la práctica de ejercicios físicos. No hay evidencias científicas sobre efectos colaterales de esas bebidas deportivas y algunos trabajos muestran que los repositorios presentan una composición electrolítica y calórica que no provocan sobrecarga para el organismo o el aumento en las concentraciones sanguíneas de glucosa o electrolitos, apenas reabastece al organismo con carbohidratos y repone parte de los minerales eliminados por el sudor.

A pesar del uso de varias bebidas que contienen cafeína (bebidas energéticas, sodas carbonatadas, refrigerantes) en nuestra alimentación diaria, la cafeína no es nutriente esencial en nuestra dieta. Se encuentran disponibles en el mercado varios tipos de bebidas hidratantes, energéticas e alcohólicas que contienen cafeína. Además las bebidas, muchos medicamentos, antigripales, diuréticos y fármacos para la pérdida de peso, tienen en su fórmula cafeína. Se sabe que las mismas bebidas llamadas descafeinadas tienen un porcentaje de cafeína y las bebidas energéticas tienen un contenido mayor de cafeína que las bebidas regulares.

Los principales componentes de las bebidas energéticas son la cafeína, taurina, carbohidratos, gluconolactona, inositol, niacina, pantenol y vitaminas del complejo B. Varios estudios muestran que la mezcla de tres componentes de las bebidas energéticas como la cafeína, taurina e gluconolactona tienen efectos positivos en el desempeño mental humano y la disposición de las personas. Por tanto es importante conocer los efectos adversos de la cafeína, que puede llevar a la abstinencia cuando no ingerimos el producto con síntomas de cefalea, fluctuaciones del humor y el estado de ánimo, irritabilidad, ansiedad, depresión, somnolencia y fatiga.

Ferreira y colaboradores, en São Paulo, estudiando el efecto del alcohol asociado a bebidas energéticas, en el caso de Vodka y bebida energética como el Red Bull y comparando con ingestión solo de alcohol o bebida energética concluye que, mismo cuando las dosis de cafeína reducen algunos de los efectos del alcohol, no reducen los efectos depresivos sobre el sistema nervoso central.

La taurina es uno de los aminoácidos mas frecuentes en el Sistema Nervioso Central y tiene un importante papel en los procesos fisiológicos como la regulación osmótica, neuroprotección y neuromodulación.

Pesquisas comparando ingestión de alcohol aislado y asociado a sustancias energéticas muestran que en el segundo caso la reducción de la percepción de cefalea, boca seca, debilidad e una sensación de deterioro de la coordinación motora. Sin duda, la ingestión de bebidas energéticas no reducen significativamente los déficits causados por alcohol en síntomas objetivos como coordinación motora y el tiempo de reacción visual. La ingestión de bebidas energizantes no altera la concentración de alcohol obtenido en cada grupo.

Recomendaciones finales en relación a la actividad física y el deporte

1. Debe darse especial atención a los riesgos climáticos: calor, deshidratación e hipertermia. En muchos países, las condiciones climáticas que aumentan el riesgo de hipertermia y que pueden ser fatal, sobretodo durante actividades físicas, debe ser consideradas. Los niños son mas vulnerables a los problemas relacionados con el calor ya que tienen mayor relación superficie-masa, que facilita el intercambio de energía térmica con el ambiente, predisponiéndolos tanto al aumento como a la disminución de temperatura interna. En esos pacientes, puede confundirse la deshidratación asociada al aumento de la temperatura corporal (hipertermia) con la deshidratación (de origen infecciosa, por ejemplo) acompañada de fiebre. Son problemas clínicos distintos y deben ser conducidos de formas diferentes.
2. Vale la pena citar que, entre las actividades físicas y los deportes, la natación es muy practicada por niños y jóvenes, siendo el ahogamiento, principalmente en aguas dulces,

un riesgo al que están sujetos. Es importante que el Pediatra se familiarice con estos riesgos para que sus estrategias de prevención alerten sobre los riesgos de ahogamiento y puedan ser establecidas con las familias.

3. En las lesiones del deporte, la columna vertebral está sujeta a una serie de traumas. En la niñez y la adolescencia se debe estar particularmente atento, pues muchas afecciones graves que se manifiestan con síntomas en la columna y que ocurren en el esqueleto durante el desarrollo pueden mezclarse con lesiones corrientes del deporte.
4. En relación a la prevención de los traumatismos ortopédicos, cerca de 1/3 de los niños que participan en actividades físicas organizadas presentan algún tipo de lesión que necesita de evaluación médica durante su periodo escolar. Las actividades físicas deben ser hechas de manera regular y constante. Los excesos son perjudiciales y a veces acarrear lesiones de sobrecarga o lesiones agudas. En presencia de fatiga muscular, un niño presenta reacción mas lenta y menos intensa a los estímulos, por lo que es mas vulnerable a las lesiones agudas.
5. El pediatra o cualquier otro médico especialista solo deberá emitir certificado médico liberatorio para la práctica de actividad física o deporte si efectivamente ha examinado al paciente. Atención especial a los niños y adolescentes con problemas de salud y que pueden tener riesgos mayores de acuerdo a los cuadros que presentan, por ejemplo, un adolescente masculino con atrofia de un testículo necesita protección mayor para prevenir posible trauma en el testículo normal.
6. El pediatra, las familias y la sociedad deben concientizar la real importancia del deporte para los individuos especiales e con necesidades especiales como factor que proporciona increíbles transformaciones en su calidad de vida, posibilitando mejores condiciones de relacionarse con el medio y tornándolos capaces de participar de actividades en grupo.
7. La actividad física incorpora varios beneficios relacionados a la autoestima y autoimagen de niños y adolescentes, como:
 - promover la relación grupal y aprendizaje social,
 - estimular liderazgos positivos,
 - simular objetivos de vida y desafíos,

- liberar energía creativa
- reducir ansiedad y depresión.

Los deportes son formadores de personalidades positivas, ya que con ellos se aprende a superar obstáculos, desarrollar autocontrol, cooperar con sus colegas de equipo, persistir ante la derrota y aceptar tantos las victorias como los reveses..

BIBLIOGRAFÍAS

- Colectivo de Autores: *ADOLESCENTES Compartiendo ideas UNICEF. Cuba 2005*
- Cruz Sánchez F. Adolescencia. En: Libro para Residentes de Pediatría Cuba 2010 (en imprenta).
- Granda Fraga M., Jiménez Amaro C., Ramírez Reyes L. *La medicina del deporte en la Adolescencia . En: Manual de practicas Clínicas para la atención Integral a la salud de adolescentes. Cuba. 1999. Pag 432-450*
- UNICEF. Adolescencia en América Latina y el Caribe: Orientaciones para la formulación de Políticas. C. Panamá 2001
- Marsh JS, Daigneault JP. *Current Opinions in Pediatrics*, 1999; 11: 84-8.
- Barros R. Medicina Desportiva. In: *Adolescência: Uma Abordagem Prática*. Rio de Janeiro, Atheneu, 2001.p.263-270.
- Barbosa D.J. O adolescente e o esporte. In: Maakaroun MF, Souza RP, Cruz AR. *Tratado de Adolescência, um estudo multidisciplinar*. Editora Cultura Médica, Rio de Janeiro, 1991.
- Barros RR. Os riscos do uso dos esteróides anabolizantes androgênicos nos esportes. Boletim Informativo do Departamento de Adolescência da Sociedade Brasileira de Pediatria, ano 1. 2, fev. 2000, Belém, Pará.
- Comittee on Sports Medicine and Fitness. Adolescents and anabolic steroids: a subject review. American Academy of Pediatrics, 1997.
- Conceição CA, Wander FS, Massilli LP, Vianna LAF, Gonçalves DM, Fossati, G. Uso de anabolizantes entre praticantes de musculação em academias. *Revista Pesquisa Médica* 1999;33:103-16.
- Olszewer E, Narteira M. *Radicais livres em medicina esportiva*. Editora Tecnopress, São Paulo, 1997.
- Parentoni J, Castro SS, Trincheiro VMP. Adolescentes e anabolizantes – uma prática de risco. Monografia Curso de especialização em adolescência, Belo Horizonte, 1999.

- Ribeiro PCP. Alerta: os riscos dos esteróides anabolizantes. Boletim da Associação Mineira de Adolescência, Belo Horizonte, 1999.
- Ribeiro PCP. O uso indevido de esteróides anabolizantes e energéticos. In: Coates V, Beznos GW, Françoso LA. Medicina do Adolescente. Ed. Sarvier, 2º ed., São Paulo, 2003.
- Scott DR, Wagner JC, Bonlow TW. Anabolic steroids use among adolescents in Nebraska schools. American Journal Health System Pharmacy – vol. 53-17, 2068-2072, 1996.
- Rodrigues LOR, Albuquerque, DP. Riscos climáticos: calor, desidratação e hipertermia. In: *Manual esporte como instrumento de promoção da saúde*. Sociedade Brasileira de Pediatria, 2004. p.3-8.
- Oliveira MAB. Prevenção de acidentes no esporte: afogamento. In: *Manual esporte como instrumento de promoção da saúde*. Sociedade Brasileira de Pediatria, 2004. p. 915.
- Mendes PHB. Lesões no esporte da coluna vertebral de crianças e adolescentes. In: *Manual esporte como instrumento de promoção da saúde*. Sociedade Brasileira de Pediatria, 2004. p. 16-18.
- Lasmar R. Prevenção dos traumatismos ortopédicos no esporte nas crianças. In: *Manual esporte como instrumento de promoção da saúde*. Sociedade Brasileira de Pediatria, 2004. p. 19-21.
- Oliveira, MAB. Obesidade infantil e sedentarismo. In: *Manual esporte como instrumento de promoção da saúde*. Sociedade Brasileira de Pediatria, 2004. p. 22-27.
- Ribeiro PCP. Crianças e adolescentes especiais. In: *Manual esporte como instrumento de promoção da saúde*. Sociedade Brasileira de Pediatria, 2004. p. 41-43.
- Barros RR. Violência e esporte. In: *Manual esporte como instrumento de promoção da saúde*. Sociedade Brasileira de Pediatria, 2004. p. 38-40.
- Remor, E. (Dependencia (“Adicción”) del ejercicio físico: ¿hecho o ficción.. *Psicología Conductual*, 13 (3). 395-404.2005).
- Rodríguez Molina J. M.VIGOREXIA: ADICCIÓN, OBSESIÓN O DISMORFIA; UN INTENTO DE APROXIMACIÓN. En: *Salud y drogas*, vol. 7, número 002 pp. 289-308 Instituto de Investigación de Drogodependencias Alicante, España 2007

SOBREPESO Y OBESIDAD. POLITICAS PÚBLICAS

"Promover la salud antes que prevenir la enfermedad"

DRA. GERMÁN CASTELLANO BARCA*

INTRODUCCIÓN

El sobrepeso y la obesidad se han convertido en muchos países en la principal causas de mala salud infanto- juvenil evitable siendo calificados por la OMS como la epidemia del siglo XXI.

Las consecuencias inmediatas en la salud de niños y adolescentes son de tipo psicológico por la mala imagen corporal que ofrecen, además de las dificultades para la actividad física y las relaciones y los amigos que son de gran importancia. Obviamente el sobrepeso y la obesidad influyen en patologías orgánicas complicando problemas ortopédicos, endocrinológicos, renales o cardio vasculares.

Las consecuencias a medio y largo plazo son de gran magnitud: diabetes, patología cardiaca, mental, vascular, cerebral y ortopédica que originan unos costes económicos de gran importancia al sistema sanitario y al laboral, además de la incidencia en la calidad de vida de los pacientes.

ALGUNOS DATOS

No disponemos de datos suficientes para hacer un análisis de la situación general pero creemos que las cifras españolas son un reflejo de la realidad en muchos países

Encuesta Nacional España 2012

Sobrepeso y obesidad afectan al 54 % de la población adulta y al 27,8 % de los comprendidos entre 2-17 años

Encuesta Servicio Cantabro de Salud 2012 a 8000 niños de 2-16 años

Sobrepeso 24,5 %. Obesidad 11,3 %

Encuesta Fundación Thao 2012 a 20.660 niños de 3-12 años

Sobrepeso 28 %. Obesidad 7,1 %

Estudio OCDE España 2013

37,1 % niños 6-11 años sobrepeso. 34 % adolescentes 12-19 años sobrepeso

Universidad de Murcia

Índice de masa corporal (IMC) en 178.894 niños de 2-14 años según criterios de:

*IOTF (Internacional Obesity Task Force
OMS Fundación Orbegozo*

Estudio Transversal Español de crecimiento (ETEC)

Sobrepeso 20,6 %. Obesidad 11,4 %. Sobrecarga ponderal 32 %.

Universidad Castilla La Mancha 115 paciente diabéticos de 2 a 16 años

Sobrepeso: 28,68 %. Obesidad 18,26 %. Síndrome metabólico 3,22 %

Fundación Jiménez Díaz de Madrid. Valoración de la evolución temporal del sobrepeso desde la edad prepuberal hasta la adolescencia. 206 niñas.179 niños. Criterios IOTF

La prevalencia del sobrepeso evolucionó del 23 % al 29.2 % para los varones y del 32,6 % al 21,4 % para las mujeres.

El peso y el IMC a los 6-8 años explican un porcentaje importante del peso y el IMC en la adolescencia.

EEUU: según la AMA en informe de 2013 la obesidad se ha duplicado en los últimos

* Pediatra acreditado en Medicina de la Adolescencia. Presidente Asociación Ponte Sano contra la obesidad infanto-juvenil Santander- Cantabria-España

20 años y se ha triplicado entre los niños de una sola generación. En ese país hay 16 millones de vegetarianos y 7,5 millones de veganos.

La encuesta Global de Salud Escolar de Perú (MINSA, DGSP, Encuesta 201) indica que el 19.8 % de escolares presenta sobrepeso o riesgo de obesidad siendo el 3 % obeso. El sobrepeso es mas frecuente en las zonas urbanas (16 %) que en las rurales (7 %).

DIETAS

La información general no es suficiente ni adecuada ya que se enfoca desde el punto de vista restrictivo, "se engorda porque se come mucho y mal", lo cual es cierto solo en parte, ya que en países desarrollados se calcula que es la falta de actividad física la responsable de un 60% o mas del sobrepeso u obesidad.

En la Universidad de Carolina del Norte (EEUU) se hizo el siguiente experimento:

800 adultos. Se ofreció comida rápida en cuatro variantes:

Sin información sobre la Kcal. aportadas

Con información calórica

Con las Kcal. y minutos necesarios de ejercicio para quemarlas.

Con las Kcal. y los Km. necesarios para bajar las grasas

Se comprobó lo siguiente:

Los usuarios pedían menús de 1020 Kcal. cuando no había información nutricional

Pedían menús de 927 Kcal. cuando se señalaban solo las calorías

Pedían menús de 826 Kcal. cuando se advertía de los Km. que tenía que recorrer para reducir grasas

Lo cual significa que el conocimiento sobre lo que se ingiere y lo que cuesta "neutralizar" ese alimento para que no se almacene en forma de grasa cambia el planteamiento alimentario. En España el 30% de los alumnos de 9-15 años tienen una actividad física insuficiente que aumenta al 50% en los de más de 15 años.

Caminar más de 1.600 m "quema" 88-124 Kcal. en hombres y 74-150 en mujeres dependiendo de la intensidad de la marcha. Entre 25 y 65 años se ganan como mínimo 6 Kg. y se pierden 6 Kg. de músculo. La movilización de las grasas

a las vísceras implica un riesgo cardiovascular. Recordemos que solo el 5% de casos de obesidad se debe a mutaciones de genes.

Es evidente que la **dieta mediterránea** es saludable y compensa la mala genética que portan algunas personas; contiene frutas, verduras, hortalizas, pescado, aceite de oliva, pan, frutos secos (nueces, avellanas y almendras) y vino. En 2013 la revista Diabetes Care publica los resultados del estudio PREDIMED realizado por CIBER de Nutrición y obesidad en colaboración con la universidad norteamericana de Tufts llevado a cabo con 7.000 voluntarios españoles comparando la dieta mediterránea con una dieta baja en grasa.

Se sabe que las personas con dos copias de una variante genética también relacionada con la diabetes tipo 2, llamado gen TCF7L2 tienen tres veces mas probabilidades de sufrir un ictus. A la vista de los resultados los que hicieron la dieta mediterránea tenían el mismo peligro que los que no tenían riesgo genético, la dieta contrarrestó la mala herencia genética. Las cifras de colesterol total, triglicéridos y lipoproteínas de baja densidad eran más altas en la dieta baja en grasa que en la mediterránea.

En cuanto a las **dietas milagro** en España la han probado el 31% de obesos de los cuales el 90% recuperan el peso inicial. No olvidemos la relación entre sobre peso y bebidas azucaradas. Una lata de refresco de 300 mL aporta 140-174 calorías. Se deben reducir los azúcares hasta la mitad de las llamadas calorías discrecionales lo que supone 100-150 calorías o 6-9 cucharadas de azúcar.

Respecto a los tipos de comidas puede ser práctica esta clasificación:

Comida rápida: preparación y consumo rápido

Comida basura: preparación industrial, hipercalórica, hiperproteica, alto contenido de grasa y sodio, saciante

Comida chatarra: elaborada con componentes desechados para alimentos de calidad

OBJETIVOS GENERALES PARA LA PREVENCIÓN

La sociedad no es consciente de la gravedad del problema porque esta patología es asintomática y existe la falsa creencia de que mejorará en la

pubertad o en la adolescencia. Hacemos nuestros los objetivos de la Asociación Pontesano contra la obesidad:

1. Informar, divulgar y, sensibilizar en general sobre el problema de la obesidad y especialmente a las familias afectadas por el problema
2. Actuar contra esta enfermedad desde las áreas asistencial y comunitaria para disminuir su continuo crecimiento.
3. Colaborar en la disminución del riesgo cardiovascular y de otras enfermedades asociadas a la obesidad
4. Prevenir y tratar los problemas psicosociales que genera en niños y adolescentes (baja autoestima, fracaso escolar, incapacidad para actividad física o deporte)
5. Prevenir y tratar las enfermedades del adulto desde la infancia para lograr una mejor calidad de vida. Este aspecto no es valorado como se merece en las políticas sanitarias de los países.

POLITICAS PÚBLICAS. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

En la primera guerra mundial, 1913-1921, en EEUU surgió un movimiento de solidaridad con Europa por la hambruna en que esta se encontraba y se establecieron los lunes sin carne y los miércoles sin trigo. En 2003 se pusieron en practica los lunes sin carne para reducir la ingesta calórica, lo que permitió que el consumo anual por habitante y año bajara de 83 Kg. a 75 Kg. Desde 2011 mil colegios de Los Ángeles no venden batidos de chocolate y en 2013 ofrecen los lunes sin carne.

Todas las medidas aportan beneficios pero los planes han de ser realistas, nacionales y a medio o largo plazo con una acción continuada.

POR QUÉ

El sobrepeso y la obesidad son un problema de salud pública
Sobrepeso y obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción mundial
Son la principal causa de mala salud infanto-juvenil evitable
Principal causa de mala salud en la edad adulta
Alto coste económico
Producen afectación personal
Es una epidemia silenciosa

COMO

Evaluación del problema. Encuesta nacional.
Colaboración sanitarios y otros profesionales
Difusión y conocimiento a través de los medios de comunicación
Acciones grupales
Programas para 12 años revisables cada 4 años

ACTUACIONES

Realistas, alcanzables y evaluables
Formación de las familias a través de las Asociaciones de madres y padres en la escuela (AMPAS) o en otro lugar. Algunos podrán desempeñar el papel de formador.
Colaboración de los docentes los que se forma previamente entregándoles material para el uso en las clases. El aprendizaje de Educación para la Salud es asunto clave.
Formar a formadores, adolescentes y jóvenes con capacidad de liderazgo

OTROS ASPECTOS

Los sanitarios deben acudir a la escuela, como parte de su trabajo y dentro de horario laboral, para realizar talleres con los alumnos sobre alimentación y actividad física y deportiva. Posteriormente pueden delegar en los docentes quedando como asesores o para intervenciones puntuales.

Consulta específica para obesidad de niños y adolescentes que será la referencia para un territorio amplio y en la que intervienen pediatra, nutricionista y psicólogo, al menos.

Establecer a nivel nacional el mes o la semana de la prevención de la obesidad

ACTIVIDAD FISICA

La actividad física no reglamentada o con reglas estructuradas (deporte) mejoran el rendimiento escolar, el rendimiento cognitivo y la salud mental. Esta demostrado que los adolescentes con mejor condición física obtienen mejores resultados académicos.

El estudio europeo de investigación Health Behaviour in School-aged Children, HBSC indica que a los 15 años solo el 25% de los chicos y el 8% de las chicas siguen las recomendaciones sobre actividad física. Además el 24% de los chicos y el

46 % de las chicas dedican dos horas o menos a la semana a la actividad física.

El Parlamento Europeo aconseja como mínimo tres horas de Educación Física a la semana en los colegios siendo recomendables 5 horas. Los ejercicios han de ser más intensos que los actuales por su acción beneficiosa sobre la dislipemia, diabetes, pérdida de peso, hipertensión y ansiedad.

En el caso de adultos si no hay tiempo se puede fraccionar ese tiempo en tandas de 10 minutos. Cuando la condición física no es buena se recomiendan la natación, paseos progresivos hasta llegar a una hora, bicicleta estática y gimnasia de mantenimiento. Si la condición física es buena son recomendables el ejercicio aeróbico (caminar rápido, correr, deportes) así como los ejercicios musculares y de flexibilidad repetidos 15 veces.

EJEMPLOS PRÁCTICOS

1. Antes de impartir un taller o una charla hacer a los alumnos 10 preguntas-encuesta sobre conocimientos mínimos de alimentación, actividad física, gasto calórico. Se repetirán al acabar la sesión comprobando si hay mejoría.
2. Leer una etiqueta de un alimento y comentar de forma participativa su contenido. Por ejemplo: el hecho de que la etiqueta indique que el producto contiene aceites vegetales no aclara nada ya que no es lo mismo aceite de oliva, de coco, palma, cacahuete o girasol.
3. Mostrar en una diapositiva las calorías que hay en 100 grs. de pan, yogur, pescado o marisco, chocolate, queso en lonchas, yema de huevo, clara de huevo, legumbres, jamón, bollería, azúcar, embutidos, leche mantequilla, frutas, verduras, aceite, jamón cocido.
Fijarse en las diferencias que hay entre pan y bollería, yogur y azúcar, pescado y carne, chocolate y leche, queso y mantequilla, huevo y frutas.
4. Enseñar que el saldo energético es el resultado de las kilocalorías ingeridas menos las consumidas por el metabolismo basal menos las consumidas por la actividad física. Calcular en números.
5. Mostrar el consumo de Kcal. de diversas actividades: ver la televisión, caminar a 4,5 Km. por hora, trabajar en el jardín, cavar con pala, tiempo de ocio, serrar madera, andar en bicicleta a 20 Km. hora, correr a 10 Km. hora, bailar.
Se acaba haciendo algún cálculo calórico.

EPILOGO

Es hora de abandonar las eternas lamentaciones y pasar a la acción. Estamos justamente preocupados por múltiples patologías pero el sobrepeso y la obesidad también merecen una atención diferente a la que se la presta en la mayoría de los países.

El Dr. López Vega escribía en “El Diario Montañés” de Santander en agosto de 2013 lo siguiente: “Un país formal, inmediatamente y como mínimo para todos los alumnos que empiecen su periplo académico en el inminente curso, impondría una obligación absoluta: que la educación física, en su mas amplia acepción, al modo de los antiguos griegos, sea una asignatura tan exigente como la lectura o la tabla del 6.

Combatir la obesidad infantil se ha convertido en cuestión de supervivencia nacional. Quien ha malgastado media vida luchando contra ese engendro sabe que de no hacerlo lo pagaremos carísimo en medicinas contra la diabetes, prótesis para rodillas aplastadas por grasa y muertes prematuras por reventones arteriales”.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asaf Vivante MD; Eliezer Golan, MD; Dorit Tzur, MBA; Adi Leiba, MD; Amir Tirosh, MD, PhD; Karl Skorecki, MD; Ronit Calderon-Margalit, MD, MPH. Body Mass Index in 1.3 Million Adolescents and Risk for End-Stage Renal Disease Arch Intern Med 2012; 172(21):1644-1650. Publisher on line October 29, 2012, doi: 10.1001/2013.jamainternmed.85
2. D. Caballero Mariscal, F J Huertas Delgado. Educación física y deporte como instrumento de resiliencia en menores inmigrantes. Revista “A tu Salud”, (declarada de interés científico por la UNESCO). N° 81 marzo 2013
3. Consulta para Obesidad infanto-juvenil. García Fuentes. Álvarez Granda. R Sainz Lanza. Hospital Universitario Valdecilla. Santander. España. 2013.
4. Consejos de Nutrición para adolescentes. 2013. Asociación Pontesano contra la obesidad. Santander. España. Castellano G, Pesquera R, Valdés R, Otero JA, Arce P, García Fuentes M, Gutiérrez JN, Lanza R.
5. Cuadernos FAROS. VII. Observatorio de salud de la infancia y adolescencia. Hospital San Joan de Deu. La actividad física mejora el aprendizaje y el rendimiento escolar. Barcelona 2013

6. V. Martinez Suárez, I Vitoria Miñana, J Dalmau Serra. Fast food frente a dieta mediterránea. Acta Pediatr Esp 2012; 70 (11): 410-417
7. S del Villar-Rubin, R Escorihuela Esteban, A Garcia-Anguita, L Ortega Moreno y C Garcés Segura. Valoración de la evolución temporal del sobrepeso desde la edad prepuberal hasta la adolescencia. An Pediatr (Barc).2013;78(6): 389-392
8. D Yeste Fernandez, Carrascosa Lezcano. Obesidad. Etiopatogenia. Factores de Riesgo. Evaluación y tratamiento. Medina de la Adolescencia. Atención Integral, 2ª ed. MI Hidalgo. A Redondo, G. Castellano. Editorial Ergon 2012.

SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA: POSVENCIÓN

DR. TOMAS JOSE SILBER, DR. GUSTAVO GIRARD

El objetivo principal de esta presentación es enfatizar que en la posvención del suicidio adolescente uno debe estar preparado para compatibilizar la necesidad de ayudar a la familia sobreviviente con la necesidad de cuidarse uno mismo. Tareas específicas son el comprender como la muerte por suicidio difiere de otras experiencias sobre la muerte, como reconocer duelos patológicos y proponer recomendaciones específicas de prevención/ protección de la familia post suicidio. El suicidio adolescente de un adolescente contiene aspectos extraordinarios: si bien toda pérdida y la muerte son motivos universales de duelo, la muerte de un niño, o de un joven es una *pérdida de futuro*. Se trata también de una muerte distinta que entra en la categoría de muertes horribles, como ser la muerte ocurriendo en una situación de secuestro, abuso, tortura, homicidio. El Suicidio en adolescentes representa la muerte de alguien que hace muy poco fue un niño, es una muerte horrible y constantemente a los deudos les sobreviene el pensamiento de que tal vez pudo ser evitada.

Todo esto da lugar a la aparición del duelo complejo o duelo patológico. Algunas de sus características son:

- Sentimiento recurrente de incredulidad y escepticismo.
- Enojo y amargura sobre la muerte.
- Preocupaciones y pensamientos constantes acerca del ser amado.
- Ansiedad intensa relacionada con el muerto, con irrupciones de emociones dolorosas.
- Comportamientos evitativos, aislamiento, desprolijidad, falta de higiene y autocuidado)

El duelo patológico puede desembocar en problemas de salud serios, abuso de sustancias, y hasta el suicidio. *Los miembros del equipo de salud también se encuentra en riesgo.*

Cuando el suicidio ocurre se da dentro de un escenario que puede ser muy variado y con distintos significados. A continuación dos ejemplos:

Un varón de 15 años, fue encontrado colgado en el baño: A su alrededor estaban desparramadas revistas pornográficas. No había cartas suicidas.

Una joven de 19 años, con antecedentes de bulimia y depresión fue encontrada muerta por su madre. Tenía una bolsa de plástico alrededor de su cabeza. La madre y el padrastro habían salido de compras y tardaron más de lo previsto para regresar a casa. Antecedente de un intento previo por sobredosis, 2 años antes. Su padre murió por suicidio cuando ella tenía 10 años. Dejó carta.

El profesional es muy importante en ayudar a la familia que sufrió el impacto. En el primer caso se trata de una muerte accidental durante un juego erótico y no un suicidio, en el segundo caso se trata de una paciente con una depresión mayor que no respondió al tratamiento. La familia con el profesional debe procesar lo que pasó. Para poder ser efectivo el profesional debe entender que:

- La familia que ha perdido uno de sus miembros por suicidio suele ser excluida y culpada, contrastando con la respuesta a los familiares de otras personas que han muerto bajo circunstancias diferentes (Ness & Pfeffer, Am J Psychiatry, March 1990).
- El suicidio por su propia naturaleza, deja a su paso, un sentimiento tremendo de confusión y

devastación para los que quedan. Es diferente de otras muertes el duelo se da por la misma persona que causó la muerte. (Carla Fine)

Una vez que eso se entiende es posible en forma concreta cumplir con las siguientes recomendaciones: reunirse con la familia y allegados, incluir a los miembros del equipo, especialmente, si los hubo, los terapeutas si estuvieron involucrados. Como preparativo para dicha visita es útil describir la reunión como un “encuentro” para hablar de lo ocurrido y ofrecer servicios. También deben enviarse condolencias a los familiares que no pudieron o quisieron venir y abrir las posibilidades de encuentro en el futuro. Es fundamental respetar los diferentes estilos y formas de vivenciar el duelo.

Al conducirse el encuentro hay varias tareas a cumplir:

- Hablar abiertamente sobre el suicidio.
- Esperar y permitir la expresión de diferentes emociones y sentimientos.
- Compartir información sobre las bases bioquímicas de la salud mental.
- Prepararse para afrontar los miedos con respecto a los hermanos sobrevivientes.
- Ayudar a como informar a adultos cercanos (maestros, entrenadores)
- Estimular el uso de espacios saludables (juegos, actividad física).

Para algunos profesionales el suicidio de un paciente que ha estado a cargo de uno es un hecho tan devastador de que dejan de ejercer su

profesión. Todos los profesionales necesitamos ayuda bajo esas circunstancias. Para protegerse es vital el autocuidado. Es pues necesario considerar que se debe actuar simultáneamente con dos diferentes pacientes: la familia y uno mismo. La autorreflexión es esencial: se debe tomar conciencia que la pérdida de un paciente por suicidio puede ser sumamente traumática y en algunos casos puede significar el fin de una carrera profesional. Debemos pedir apoyo y dar apoyo, si sabemos de un colega que está afrontando esta circunstancia. Aquellos que han perdido un paciente por suicidio, atestiguan que el apoyo de su familia, amigos y pares, les permitieron sobreponerse. Por otra parte la falta de dicho aporte puede contribuir al *burnout* profesional. Es importantísima también la contribución de la espiritualidad en el proceso de recuperación.

BIBLIOGRAFÍA

- Lindqvist P, Johansson L, Karlsson U. In the aftermath of teenage suicide: a qualitative study of the psychosocial consequences for the surviving family members. BMC, Psychiatry. 2008 Apr 21;8:26.
- KalischucRG, Davies B. A theory of healing in the aftermath of youth suicide. J Holist Nurs. 2001 Jun;19(2):163-86.
- Gaffney P, Russell V, Collins K, Bergin A, Halligan P, Carey C, Coyle S. Impact of patient suicide on front-line staff in Ireland. Death Stud. 2009 Aug;33(7):639-56.
- Girard AG, Silber, TJ : The aftermath of suicide: clinical, ethical and spiritual issues. AMSTAR 2011;22: 229-239.

PROMOCIÓN DE SALUD MENTAL EN ADOLESCENTES

DRA. BEATRIZ RODRÍGUEZ ALONSO*

DRA. ROSA MARÍA ALONSO URÍA**

DR. JOSÉ DE LA LUZ RODRÍGUEZ LLANES***

RESUMEN

La adolescencia es una etapa de la vida donde se perfecciona la personalidad y por ende el futuro de las personas. Se necesita de entornos saludables y de sectores y organizaciones comprometidas en asegurar plenamente a las y los adolescentes acciones que posibiliten su desarrollo y bienestar psicosocial, o sea, una salud mental positiva. La promoción y educación para la salud brinda las herramientas teórico-prácticas que contribuyen a la construcción de capacidades y a la ganancia de una vida saludable. Dentro de las acciones más importantes de una estrategia educativa se encuentran la formación de promotores de salud y los círculos de adolescentes en los escenarios donde ellos se desarrollan y su desempeño debe ser determinante para la transformación de actitudes, conocimientos y prácticas en aras de una buena salud mental.

Palabras claves: adolescencia, salud mental, promoción y educación para la salud, técnicas educativas.

ANTECEDENTES NECESARIOS

Concebir la personalidad como un resultado del desarrollo ontogenético es el punto de partida. Mucho

más que una suma, es una construcción donde se han interrelacionado factores biológicos (desde la herencia, el temperamento, el funcionamiento de los sistemas del cuerpo) y los sociales (las condiciones de vida y de educación) dando resultado a una persona irrepetible, inigualable en lo individual y a la vez, socialmente igual a los demás.

Tener en cuenta todo esto en las distintas etapas de la vida es necesario. La vida concebirla como un contínuum, en el tiempo, en el grupo, en la comunicación y en la actividad. La adolescencia es una parte, una etapa de esa vida, históricamente concebida como crítica aunque esta visión ya ha cambiado desde el momento en que se han ido estudiando los distintos tipos de conflictos y se ha evidenciado la fuerza movilizadora que tienen esos conflictos para promover el desarrollo.

Como se observa, en cualquier momento las actividades incompatibles hacen distancia entre las personas. Un mecánico y un médico, un maestro y un constructor, etc. Saliendo del campo de las profesiones, una persona adulta no hace lo mismo que un niño, una persona adulta es distinta a un adolescente. Note usted que un conflicto es fácil de aparecer en esas condiciones.

Imagine usted como son las posibilidades cuando ese adolescente hace lo que debe hacer un adulto (tener hijos) y se relaciona con un adulto.

Puesto entonces, ya en condiciones de entender cómo se configura para cada persona lo que se conoce como situación social de desarrollo. Nadie la trae escrita, se tiene que analizar, descubrirla en la propia observación que se da en la actividad conjunta.

Es en esa actividad conjunta que se establece la comunicación adecuada para el desarrollo personal,

* Profesora Auxiliar Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Miguel Enríquez". Especialista 1er grado de Medicina General Integral. Especialista 2do grado de Higiene y Epidemiología. Máster en Salud Pública. Investigadora Auxiliar.

** Profesora Titular y Consultante Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Miguel Enríquez". Especialista 1er. grado de Pediatría. Especialista 2do grado de Neonatología. Máster en Atención Integral al Niño. Investigadora Auxiliar.

*** Especialista 1er grado de Medicina Interna.

debe estar orientada por los valores aceptados en una comunidad y en un grupo.

Para organizar adecuadamente la actividad formadora y que ésta logre esa función de desarrollar actitudes, es necesario que la comunicación trabaje como vehículo conscientemente dirigido a objetivos que desarrollan un contenido específico. Por ejemplo, si la persona, en este caso el o la adolescente, aún no ha decidido en qué trabajar, el objetivo es *identificar los intereses laborales que posee* y para eso usted se debe apoyar en el contenido relacionado con la formación vocacional y la orientación profesional.

Sólo con eso el éxito de la actividad formadora padecerá de insuficiencias. Es necesario entonces entrar a pensar en la quintarquía *Método-técnica-medios-procedimiento-recursos*.

MÉTODO-TÉCNICA-MEDIOS- PROCEDIMIENTO-RECURSOS

El método es la vía. Y la vía en la etapa adolescente se ubica en su característica fundamental: la relación con sus coetáneos.

La técnica por su parte es la manera que en se organiza y favorece que esa relación sea favorecedora.

Los medios son los instrumentos (láminas, películas, entre otras) que portan una información necesaria para el logro de los objetivos de la actividad.

Los procedimientos apuntan qué hacer aplicando ese método y esos medios, contando siempre con los recursos que hay que asegurar para lograr el efecto esperado en una técnica.

A partir de las ciencias de la educación con los adolescentes el método de elaboración conjunta y el de trabajo en equipo resultan eficientes. Sin embargo, puede tenerse presente el uso del trabajo independiente.

Las técnicas para usar cada método dependerán de ese método propiamente dicho que tendrá estrecha relación con el objetivo de la actividad y su contenido. Así debe encontrarse siempre un medio al menos que se utilice y planificar cómo proceder para orientar, ejecutar y controlar el cumplimiento del objetivo propuesto. El empleo de los recursos dispuestos para la actividad dará un sello irreplicable pues es o serán el soporte material con que cuenta cada actividad.

Esto es una simple acotación para alinearse en lo que a estos términos se refiere, por cuanto lo que interesa es explicar las características de las técnicas que pueden emplearse en la educación integral de una madre adolescente.

Se debe enfatizar en que la técnica puede tener un nombre, pero es un sistema de acciones que dependerán del objetivo y del contenido a abordar, donde ubicarse en el contexto siempre es determinante y atendiendo a la situación de desarrollo que se encuentra la madre adolescente y las características del grupo en el que se realizará la actividad, si es grupal.

Hay que tener presente que partiendo de esa situación específica del desarrollo se debe trazar una meta que sería el objetivo propuesto en cada actividad. Estas actividades deben constituir un sistema que responde a un objetivo de mayor amplitud. Pero siempre tendrá que existir objetivos que sean comunicados a las adolescentes.

A partir de ese diagnóstico de la situación actual se proponen esos objetivos y se proyecta entonces hacia el futuro cuando se cumplan esos objetivos, lo que se espera lograr, para establecer entonces los indicadores que permitan evaluar la eficiencia del trabajo y de las técnicas empleadas.

Resulta imprescindible retomar el tema de la comunicación como ambiente en el que tiene que desarrollarse este trabajo educativo. Es importante tener presente conceptos, definiciones como lenguaje verbal y no verbal, funciones de la comunicación (informativa, afectiva y regulativa), mecanismos de comunicación (imitación, persuasión, convicción y contagio) así como comunicación dialógica, pues deben activarse en el pensamiento para lograr una eficiencia comunicativa en cada una de las tareas del sistema de actividades. Igualmente, siempre se debe tener presente los de educación para la salud y promoción de salud.

Imposible obviar que durante la actividad y la aplicación de la técnica o de las técnicas, el facilitador coordinador debe hacer gala de **habilidades comunicativas** como:

- Saber escuchar atentamente.
- Utilizar el silencio oportunamente.
- Saber aclarar lo expuesto por la adolescente.
- Reflejar a la adolescente que se ha comprendido lo expuesto por ella.
- Efectuar preguntas de final abierto.

- No mostrar señales que desorienten la comunicación.

Una última cuestión en este epígrafe dedicado a los aspectos teóricos necesarios son los requisitos a tener en cuenta en el empleo de las técnicas educativas.

Importante es declarar que una técnica se diferencia de una actividad. En la actividad se puede aplicar una técnica y más de una también, siempre y cuando el tiempo quede alrededor de los 60 minutos o una hora.

¿Qué técnica utilizar? Es la pregunta que cierra este punto y abre el siguiente. Es necesario resumir lo anteriormente planteado. Cualquier técnica puede ser adecuada si se subordina al objetivo, se ajusta al contenido. Podrán consultarse manuales de técnicas, de los cuales pueden tomarse ideas. Cada actividad podrá llevar una técnica con el nombre genérico (por ejemplo en un cine debate usted puede utilizar la técnica del panel para que cada participante tenga un tiempo de exposición de sus opiniones de esa película). Pero ese panel es distinto a cualquier otro.

De la misma manera, cada persona que coordine la actividad deberá modelar una técnica que garantice el papel activo de la o las adolescentes en esa misma actividad. Ese es un principio inviolable en esta propuesta metodológica para desarrollar una actividad en un sistema de trabajo educativo. Por lo tanto, ese facilitador o coordinador debe ser creativo.

LA CREATIVIDAD EN LA EDUCACIÓN DE MADRES ADOLESCENTES. SUS EXIGENCIAS

La creatividad es una posibilidad que ofrece el pensamiento a todos los seres humanos. Una persona sana, con una inteligencia normal puede tener manifestaciones creativas a veces tan sorprendentes y superiores cualitativamente a las que puede tener una persona con inteligencia clasificada como superior.

Independiente de este criterio que une inteligencia con creatividad, hay que subrayar que los autores tienen el criterio de que toda persona puede ser creativa. Todo depende de la motivación por el trabajo y de la responsabilidad que como valor oriente el desempeño de la persona en esa actividad.

Es por eso que el facilitador (a) o coordinador(a) debe estar motivado por trabajar con madres adolescentes. Debe ser consciente de esa motivación para trabajar con ellas más allá de una tarea que le oriente la organización o institución de salud donde labore. Con esta motivación desplegada, se asegura que la actividad será efectiva. Con esta motivación usted planificará toda la actividad de forma proactiva, guiará su ejecución controlando cualquier factor que lo aparte del objetivo trazado y llegará al final haciendo una evaluación satisfactoria del objetivo.

Si bien en ese éxito educativo es importante la motivación y la responsabilidad, las técnicas educativas son aplicadas bajo la acción de esos dos factores. Por lo tanto, es importante ser creativo y utilizar la técnica que se considere que se inserta adecuadamente en el sistema de acciones que constituye una actividad por sencilla que sea.

Para lograr ser creativo es conveniente estudiar otros aspectos de las técnicas como los que se presentan a continuación.

TÉCNICAS EDUCATIVAS

Las técnicas educativas pueden clasificarse de múltiples formas, una de ellas es así:

- *Técnicas de animación y presentación:* Como su nombre lo indica, pueden ser utilizadas en el momento en que se inicia un grupo de trabajo, o una actividad en específico. Ejemplo de ellas pueden ser la presentación por pareja, en equipos, a la suerte, etc. El *escuchar y analizar una canción que tiene que ver con el objetivo y el contenido del tema* puede ser una técnica a utilizar en el momento introductorio de una actividad.
- *Técnicas de análisis de materiales y situaciones:* Aquí están las que ayudan a que el análisis de problema familiar, de una situación determinada, sea dinámica, ágil y también profunda. En este grupo están las conocidas como la *reja*, *Phillips 66*, entre otras.
- *Técnicas de abstracción:* Permiten ayudar a fijar una determinada idea o juicio que en pocas palabras, resume una influencia determinante para la persona. Por ejemplo; cuando se explique a una madre adolescente que antes de castigar a su hijo o hija por una forma de actuar, piense primero de dónde aprendió ese infante

esa forma de actuación, se está en presencia de la *técnica del espejo*, para explicar que el niño hace más lo que ve hacer que lo dicen que hagan.

- *Técnicas de comunicación*: Usadas para estimular la extroversión y el establecimiento de relaciones interpersonales en el grupo. Van más allá de las técnicas de animación y presentación. Pueden ser las llamadas “El mensaje”, “La historia por contar”, entre otras, donde se favorece que la persona diga, explicita, exprese, verbalice, lo que piensa sobre el objetivo y el contenido de la actividad que se está desarrollando.
- *Técnicas de organización y planificación*: Utilizadas para favorecer el control durante la actividad y para que los participantes se ajusten a reglas que deben ser siempre recordadas. Por ejemplo, la asistencia mural, el registro público, el planificador, las reglas de este buen momento.
- El criterio anterior pertenece a la profesora Graciela Bustillos, argentina fallecida, que influyó grandemente en la renovación o entrada de las llamadas técnicas participativas en la educación en Cuba en los años noventa del siglo pasado. Actualmente existe un centro de intercambio educacional en Miramar (Calle 9na, Playa) que lleva su nombre y almacena sus trabajos y los resultados de los cubanos en esta dirección. A partir de este centro se han organizado concursos anuales que recogen la creatividad de educadores, facilitadores y que son publicados. Estas son ejemplos de las carátulas de los libros que recogen estas técnicas:



Pueden enunciarse otros criterios de clasificación de técnicas así como requisitos y características de muchas de ellas.

- *Técnicas vivenciales*: Animación. Análisis. Tormenta de ideas.
- *Técnicas con actuación (Simulación)*: Socio drama. Cuentos dramatizados. Juegos de roles.
- *Técnicas auditivas y audiovisuales*: Charla, Discusión grupal, Video debate, Radio-foro, Película.
- *Técnicas visuales*: Escritos: Papelógrafo, Pizarra, Lectura de textos, Lluvia de ideas, Gráficos, Afiches, Plegables, Dominó, Demostración.

Aunque usted podrá consultar otros muchos textos sobre esta temática, se hará detenimiento en algunas de ellas: su definición, requisitos para su puesta en práctica) en el momento de la modelación o elaboración, cuando usted planifique, para la ejecución y para su control y una pequeña valoración (ventajas y desventajas) que pueden ayudar a que usted cree y genere la técnica que utilice en su actividad. (Rojas A., y et al 1995, Gosende E 2005, Castro Espín M. 1996, Salas Perea RS 1998, Valdéspino Breto, F., Bermúdez González, M. 2004, Kaplein M.2002)

La Tormenta de Ideas

Consiste en agrupar un conjunto de personas organizadas por el facilitador o coordinador, a quienes se les solicita que emitan libre y espontáneamente sus puntos de vista y opiniones sobre algún asunto específico y que serán posteriormente analizados con detenimiento. Es de aplicación colectiva con una participación inferior a 12 personas.

Requiere de preparación del tema y selección de participantes previamente.

Ventajas

1. Ayuda a eliminar discusión excesiva y digresiones del tema principal.
2. Arrojar abundantes elementos sobre el trabajo, la existencia de problemas y las posibilidades de resolver las necesidades.
3. Facilita la participación y el compromiso con la tarea.
4. Estimula la participación de los tímidos y retraídos.
5. Se ejecuta en poco tiempo.

Desventajas

1. Requiere un coordinador capacitado y con experiencia en el manejo de la técnica.

2. No arroja específicamente necesidades de capacitación.
3. Más que datos, se manejan opciones y sentimientos.
4. Requiere un control fuerte del coordinador o facilitador para evitar que surjan situaciones conflictivas por la espontaneidad.
5. No se puede utilizar en grupos numerosos.

Procedimientos

- De elaboración:
 - Analizar el planteamiento de la temática a discutir, en busca de la diversidad de opiniones y puntos de vista
 - Enfocar la cuestión evitando que propicie hostilidad con individuos o la organización.
 - Involucrar a todos los participantes.
 - Prever aquellas respuestas que se cortarán por su conflictividad hacia el grupo o el clima de trabajo
 - Prever el material de registro de la discusión.
- De ejecución:
 - Confirmar con las personas previstas, su asistencia
 - Verificar las condiciones del local, inmediatamente antes de la hora establecida.
 - Explicar a todos los participantes con claridad los objetivos de la Tormenta de Ideas que se desarrollará y cuáles son las Reglas del Juego de esa técnica.
 - Con el material de registro preparado, sacar cada aspecto a discutir por turno y solicitar la emisión de ideas que vengan a la mente sobre el asunto sin importar su corrección o fundamentación aparente. Registrar las ideas que sucedan a intervalos de 3 - 4 minutos. Estimular la generación de las primeras ideas.
 - Mantener un clima de absoluta libertad de participación y respeto hacia las ideas que se plantean, sin permitir que se ataque a los participantes por planteamientos.
 - Desalentar el surgimiento de un "líder" que monopolice las ideas o evalúe a las que planteen los demás.
 - Pasados unos 30-45 minutos (de acuerdo a la existencia o no de nuevas ideas), se toma un receso de 5 minutos para volver y analizar con toda racionalidad las ideas anotadas
 - Proceder de igual manera con todos los asuntos sometidos a esta técnica
 - Concluir la reunión y agradecer la participación.

La Simulación

Consiste en situar a una persona en un contexto que imite algún aspecto de la realidad y establecer en ese ambiente situaciones problemáticas o reproductivas, similares a las que él deberá enfrentar con individuos sanos o enfermos, de forma independiente, durante las diferentes acciones que hará en la vida real.

El uso de la simulación en los procesos educativos en la adolescencia y juventud constituye un método de enseñanza y de aprendizaje efectivo para lograr en ellas el desarrollo de un conjunto de habilidades que posibiliten alcanzar modos de actuación superiores que mejoren los actuales.

Tiene el propósito de ofrecer la oportunidad de realizar una práctica análoga, a la que realizará en su interacción con la realidad en las diferentes áreas o escenarios en que viva. Es necesario que en todo momento se garantice el cumplimiento de los principios bioéticos durante la realización de las diferentes técnicas de simulación; es decir, la persona debe estar informada de lo que debe hacer, debe respetarse su integridad física y moral (hará las cosas que quiera hacer, independientemente de lo que se le pida)

Ventajas

Permite al educando:

1. Aprender y demostrar lo aprendido y cómo reaccionar del modo que lo haría con el hijo o hija.
2. Obtener durante el ejercicio datos realistas de su propia persona;
3. Enfrentar los resultados de investigaciones, intervenciones y maniobras, de forma muy parecida a como tendrá que realizarlos durante su vida real;
4. A autoevaluarse; y
5. A acortar los periodos de tiempo necesarios para aprender y aplicar lo aprendido, en algunas de sus variantes, ante nuevas situaciones.

Permite al coordinador:

1. Concentrarse en determinados objetivos del plan trazado con la adolescente o con el grupo de ellas.
2. Reproducir la experiencia; idear ejercicios didácticos y de evaluación, que correspondan

más estrechamente con las situaciones que esa persona enfrenta en la realidad;

3. Predeterminar con exactitud la tarea concreta que debe aprender la adolescente y qué debe demostrar que sabe hacer, así como establecer los criterios evaluativos, para sí misma y para los demás.
4. Concentrar el interés en elementos de primordial importancia y en habilidades claves para su desempeño personal;
5. Evitar o disminuir al mínimo indispensable, las molestias a los demás;
6. En un tiempo dado desarrollar una gama mucho más amplia y representativa de problemas, así como comprobar el aprendizaje de la persona;
7. Permite apreciar conductas y acciones complejas en condiciones realistas difíciles de lograr en otra forma
8. Facilita que las personas cobren conciencia de sus propios problemas.
9. Estimula la participación de las personas.

Limitaciones

La simulación imita, pero no reproduce exactamente la vida y a juicio de muchos autores, este es su mayor inconveniente. Hay aspectos de la realidad que no se pueden simular, cuestión que hay que tener presente siempre que se emplee cualquier tipo de simulación;

Hay que ser muy cautos al predecir basándonos en las respuestas ante una situación simulada, cómo se conducirá una persona ante una situación real; y no podemos restringir el desarrollo de las habilidades ni la evaluación del rendimiento de un estudiante solamente a través de la simulación, pues en la educación es fundamental enseñar y evaluar el desempeño de muchas habilidades personales, en y a través de la propia realidad.

Tipos de Simulación (las más utilizadas):

- Juego de Roles
- Estudio de Casos
- **Simulación Programada**

Requiere en dependencia del ejercicio utilizado, la creación de un libreto con una situación dada, un programa de computadora, acopio de un caso a discutir, etcétera.

Es de aplicación Individual o colectiva, de acuerdo al objetivo.

Procedimientos

- *De elaboración*
 - Asesorarse con especialistas en la utilización de estas técnicas, de alta calificación y experiencia.
 - Determinar con precisión los objetivos de la simulación
 - Adaptar los materiales al contexto donde se desenvuelven los investigados
 - Cerciorarse de la capacidad de ejecutar el ejercicio o simulación con la calidad necesaria.
 - Requiere de un registrador, que apunte expresiones, exclamaciones, ideas que surjan durante la actividad y que después deben ser retomadas en el cierre de esa actividad.

Comentario aparte merece el sociodrama, también conocida como escenificación, dramatización, teatro popular, etc.

En ella 3 ó 4 individuos ante un auditorio, asumen el papel de actores, donde simulan situaciones de la vida real. No requiere de guiones escritos, coreografía o memorización de parte alguna y los participantes de forma espontánea deben representar las situaciones. Posteriormente se realiza el análisis de la situación representada, con la que muchos se van a sentir identificados, y se plantean los aspectos negativos y positivos.

En muchas situaciones permite conocer cómo percibe la comunidad o parte de ella un fenómeno.

Se sugiere no criticar la calidad de la actuación, así como impartir instrucciones claras y provea materiales para la preparación, en caso necesario.

Ventajas:

1. Relaciona espontáneamente con la realidad, permitiendo integrar al grupo con facilidad. Transforma simbólicamente la realidad y entrena a los participantes para hacerlo en la práctica. Hace agradable el proceso de educación.
2. Consiste en organizar una situación ficticia, a la que se somete a una persona o grupo que psicológicamente la aceptan como real, con el propósito de observar sus reacciones y capacidad de manejar situaciones.
3. Requiere en dependencia del ejercicio utilizado, la creación de un libreto con una situación dada, un programa de computadora, acopio de un caso a discutir, etcétera.

Es de aplicación Individual o colectiva, de acuerdo al objetivo.

Bajo la protección de una situación simulada los participantes expresan libremente sus sentimientos.

Pueden ser presentados y apreciados diversos puntos de vista sobre un tema.

Por lo general es agradable y divertido.

Desventajas:

1. Requiere cuidadosa preparación y control. Aplíquelo después que la haya visto aplicar a otros varias veces.
2. Puede molestar a participantes tímidos o que no están de acuerdo con el papel asignado.
3. No todas las personas están dispuestos a participar.
4. No todos los temas pueden ser dramatizados.
5. Exige tiempo.
6. Pueden ser tomados muy en serio y causar conflictos.

Juegos de roles

Otra técnica educativa utilizada en las intervenciones educativas, donde las personas asumen un rol o papel, que demuestra o actúa, reflejando la realidad de ese aspecto.

Ventajas

1. Relaciona espontáneamente con la realidad, permitiendo integrar al grupo con facilidad. Transforma simbólicamente la realidad y entrena a los participantes para hacerlo en la práctica.
2. Permite apreciar conductas y acciones complejas en condiciones realistas difíciles de lograr en otra forma.
3. Facilita que las personas cobren conciencia de sus propios problemas.
4. Estimula la participación de las personas.

Desventajas

1. Requiere una preparación muy especializada
2. El costo de preparación es muy alto.
3. Quedan contenidos sin discutir. En ocasiones los participantes se resisten a realizar determinados papeles o roles.

Sugerencias

1. Diseñar roles en forma conjunta con la población.

2. No desarrollar roles en los que se muestre defectos físicos de las personas
3. Preparar juegos en los que se estimule la emulación en el desempeño de roles para superar dificultades y no la competencia

Procedimientos

- De elaboración
 - Asesorarse con especialistas en la utilización de estas técnicas, de alta calificación y experiencia.
 - Determinar con precisión los objetivos de la simulación
 - Adaptar los materiales al contexto donde se desenvuelven los participantes.
 - Cerciorarse de la capacidad de ejecutar el ejercicio o simulación con la calidad necesaria.

Narración de historias (cuentos)

Ventajas

1. También estimula la participación, pues genera y mantiene el interés.
2. Relevante y aceptable culturalmente.
3. Problemas y hábitos erróneos de una comunidad pueden ser indicados en forma simulada, sin ofender a nadie.

Desventajas

1. En ocasiones la audiencia se puede sentir ofendida por el trato infantil.
2. El mensaje puede perderse en la trama.
3. Si se interrumpe para aclaraciones se pierde el hilo de la misma.

Sugerencias

1. Ilustre la historia con medios audiovisuales.
2. En ocasiones se puede combinar con discusiones de grupo.
3. Use historias más bien cortas, con trama simple y pocos personajes.

Discusión en grupo

Es una forma de debate. Más que una técnica, muchas veces es el nombre de una actividad. En su desarrollo pueden aplicarse otras como las nombras Phillips 66, la reja, etc.

Esta técnica consiste en reunir uno o más grupos de 8 a 15 personas para intercambiar,

compartir o confrontar ideas o experiencias. Se debe seleccionar un líder que es el encargado de facilitar la participación ordenada de los miembros del grupo, mantener el orden y el enfoque del problema planteado.

Se inicia con la lectura de un informe por el comunicador con relación al problema planteado y que será posteriormente objeto de discusión de los participantes. El centro de la discusión no es el informe sino los aspectos que se plantean relacionados con la problemática, es decir, la discusión es la reacción del grupo ante la información recibida.

El facilitador o líder deberá recoger todas las ideas planteadas con relación al tema.

Ventajas:

1. Enriquece el aprendizaje a través del intercambio de ideas y experiencias.
2. Desarrolla sentido de solidaridad, cooperación, tolerancia y comprensión.
3. Propicia oportunidades para despejar errores y mitos, con discreción; así como permite clarificar dudas.
4. Estimula la toma de decisión colectiva.

Desventajas:

1. Se corre el riesgo de caer en disgresiones o perder el hilo de la discusión.
2. Su impacto depende de la participación del grupo.
3. Algunos participantes tienden a monopolizar la discusión.
4. Requiere de un moderador adiestrado.

Procedimientos:

- Definir claramente el problema a discutir.
- Seleccionar buenos coordinadores.
- Establezca los procedimientos que el grupo debe seguir.
- Cerciórese de que sea amplia la participación.
- Resuma los resultados de la discusión.
- Haga que el grupo evalúe la calidad de la discusión y sugiera mejoras.

Hay que recordar que el principio que debe cumplirse en la selección o elaboración de una técnica, su ejecución y control está en hacer dinámica la actividad, en hacer *que la adolescente asuma un rol activo*, no pasivo, nunca depositaria, siempre abierta al diálogo.

A manera de resumen, la técnica educativa constituye

- Un sistema de acciones con un nombre determinado.
- No existe técnica mejor o ideal. Su planificación y ejecución dependen de la situación del desarrollo en que se encuentre la adolescente, de las características del contexto y del grupo, del objetivo y el contenido de la actividad y de la creatividad y responsabilidad del facilitador-coordinador.
- Debe integrar la utilización de medios, procedimientos y recursos.
- Pueden utilizarse en cualquiera de los momentos o etapas de una actividad: introducción, desarrollo y cierre.
- Su utilidad debe ser valorada al terminar la actividad donde se aplicó.
- La calidad de la técnica depende directamente de la competencia comunicativa que desarrolle el educador que funcione como facilitador-coordinador.
- Recuerde que usted como profesor, facilitador o tutor puede y debe generar sus propias técnicas, de acuerdo a las características del grupo en cuestión; e incluso, es muy beneficioso que estimule a los adolescentes a diseñar las técnicas participativas, constituyendo un mecanismo didáctico que propicia seguridad en el grupo, confianza ante los facilitadores e incrementa la autoestima y la motivación de las y los adolescentes con las acciones educativas.

ABORDANDO LA SALUD MENTAL: NECESIDAD DE FOMENTARLA EN LA ADOLESCENCIA

Si se tiene en cuenta que el proceso salud – enfermedad de un individuo comienza desde la concepción de su embarazo, es decir, desde que los padres planifican y se preparan para tener un hijo, las condiciones en que se pueda desarrollar un embarazo no deseado no auguran que este proceso pueda tener un buen comienzo. Más aun si se trata del caso de la adolescente que no ha alcanzado la madurez biológica, psicológica y social para afrontar el desarrollo de este acontecimiento de traer un hijo/a al mundo. Las consecuencias de todo esto, por supuesto, se reflejan en el/la

hijo/a, frecuentemente no deseado/a, quien va a evolucionar en condiciones desfavorables, por la ausencia de la figura paterna, la inestabilidad del medio familiar y la incapacidad materna para lograr una protección, vigilancia y educación apropiadas. Esta situación puede condicionar la aparición de trastornos de conducta que repercuten en su vida futura. Los hijos/as de madres adolescentes, en ocasiones, son atendidos por varias personas y puede conllevar a inconsistencias en el manejo y relaciones de poder mal definidas o conflictivas. Esta situación puede ser la premisa de una serie de factores de riesgo del maltrato infantil.

El fenómeno del maltrato infantil, además de ser una problemática social, se ha demostrado que constituye un grave problema de salud, concebido como toda forma de violencia o perjuicio contra los niños, las niñas, las y los adolescentes que afecta la salud física y mental, pone su seguridad en peligro, ya sea por acciones u omisiones llevadas a cabo por la madre o el padre u otra persona responsable de su cuidado.

Por otra parte, la población infantil y adolescente cuando se expone a enfermedades o signos que tradicionalmente afectan la apariencia y el agrado social, o que constituyen motivo de murmuraciones entre sus iguales o que sencillamente “les resta puntos” dentro de su micro grupo social – pediculosis, escabiosis, VIH/sida; tuberculosis, lepra, malformaciones congénitas visibles, afecciones dermatológicas como la tan frecuente acné juvenil, entre otras- se comportan como estigmatizantes y son rechazadas por sus pares, familiares y comunidad en general; e incluso, se auto-rechazan, elementos psicológicos que constituyen una barrera para su afrontamiento, curación y mejoramiento de la salud individual y colectiva.

Estas actitudes y comportamientos se relacionan con actos de violencia y maltrato en los centros escolares, hogar y comunidad, por lo que el conocimiento para el manejo, la educación y la prevención constituyen pilares para que permitan el enfrentamiento de esta problemática, donde la promoción de la salud mental es decisiva.

La formación de un ambiente escolar alejado de conductas estigmatizantes y rechazadoras constituye un factor protector para la salud mental de los adolescentes. No son pocos los casos que hacen intento suicida o llegan a consumir el hecho porque son inaceptados en el ámbito escolar y

motivo de burla constante dentro de su grupo. Por ende, el personal de salud debe establecer acciones educativas de conjunto con los maestros y profesores de los centros escolares como medio para la construcción de una personalidad equilibrada y sana en esta importante etapa de la vida.

La formación de promotores de salud es un elemento indispensable para el trabajo **con y entre adolescentes** en los diferentes escenarios como los centros escolares, de trabajo, barrios, instituciones de salud y otros donde la problemática se relaciona con este grupo vulnerable. Esta persona debe ser un líder seleccionado por el grupo pues se entrena para que sea capaz de sensibilizar, informar, capacitar y ayudar a los y las adolescentes; así como propiciar la forma de modificar conocimientos, conductas, actitudes, prácticas, habilidades, hábitos, costumbres que afectan o los alejan de la salud y entre todos, buscan las mejores soluciones para lograr esa transformación.

Otra alternativa para el trabajo con este grupo es la formación de “club o círculos de adolescentes” a nivel de los consultorios del Médico y la Enfermera de la Familia, y no sólo con la participación de éstos (sector salud), pues el trabajo debe ser conjunto e integrador a partir de la realización del análisis de la situación de salud, donde deben participar los diferentes sectores y organizaciones de masas y por supuesto, la población adolescente, quienes deben ser protagonistas activos y nunca destinatarios pasivos de las acciones educativas que se desarrollan a partir de la implementación de la estrategia.

Se debe asegurar la funcionabilidad de estos círculos de adolescentes con la participación activa y creadora de ellos y en ambientes no estereotipados ni tradicionales, donde los promotores de salud formados lideren las actividades -video-debate, las fiestas de disfraces, y otras técnicas participativas- que propicien la necesidad de convivir en entornos saludables, imbrique la recreación sana, la construcción de valores, de una cultura, alimentación y actitudes saludables, con la siempre ganancia para nuestros adolescentes, que sin lugar a dudas, marca y marcará el futuro de cualquier sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bermúdez González MM, Chaljub Moreno AM, Sala Adam MR, Cruz Sánchez F, Reyes Pairol RS. Manual de Capacitación: Herramientas de la Comunicación

Social en Salud Sexual y Reproductiva para el trabajo con adolescentes. Molinos Trade S.A.2011: 40,-41;84-85. ISBN 978-959-283-066-0

Castro Espín M. : Crecer en la adolescencia. Sex. Soc 1996; 2(4):2-6.

Gosende, Eduardo E. Interrogando la escena intersubjetiva en la experiencia del subte / Interrogating the intersubjective scene in the experience of the subterranean. Subj. procesos cogn. 2005; (7):131-160.

Kaplein M.. Una pedagogía de la comunicación (el comunicador popular). Editorial Caminos. La Habana. Comunicación educativa. 2002: 15-71.

México. Secretaría de Salud. Dirección General de Fomento de la Salud. Manual de dinámicas y técnicas grupales. 1993:125 p.

Rojas A., Corral R, Alfonso I, Ojalvo V. "La Tecnología Educativa. El uso de las Nuevas Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en la Educación". Tomado de: Tendencias Pedagógicas Contemporáneas. Centro de Estudio para el Perfeccionamiento de la Educación Superior, Universidad de La Habana. 1995

Salas-Perea RS. (Modificado) Los medios de enseñanza en la educación en salud. Biblioteca de Medicina Volumen XXIII, Universidad Mayor de San Andrés, La Paz. 1998

Valdéspino Breto, F., Bermúdez González, M. Comunicación estratégica y evaluación de programas en Salud. Compilaciones de temas sobre comunicación social en Salud. Taller Nacional de la Universidad de John Hopkins. Material bibliográfico para el Módulo de Promoción de Salud. Maestrías en APS. Cuba. 2004

BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN A CONSULTAR

Fuentes Ávila, M: La eficiencia del trabajo en grupos. Intervención psicológica a través de programas de entrenamiento Universidad de La Habana. Facultad de Psicología. Libro digitalizado. La Habana. 1999

Ibarra Mustelier L. Educar en la escuela, educar en la familia, ¿Realidad o utopía?, Editorial Félix Varela. Cuba. 2009

Rodriguez, A. Estudio de las actitudes. En Psicología Social, de Zoe Bello y Julio César Casales Editorial Félix Varela, La Habana. 2004

Rodríguez Rebastillo M, Bermúdez Sarguera R. La personalidad del adolescente. Libro digitalizado. La Habana: 1999.

"¿Cómo utilizar el método de observación?"Libro digitalizado. La Habana. 2001.

Las leyes del aprendizaje. Libro digitalizado, La Habana 2003.

EL EQUIPO DE SALUD Y SU RELACIÓN CON EL CUIDADO DE LA SALUD Y DESARROLLO DE ADOLESCENTES Y JÓVENES

Reflexionando Críticamente nuestro accionar y ampliando el marco conceptual

DR. CÁNDIDO ROLDÁN*

Muy probablemente, la mayoría de los seres humanos deseamos hacer bien las cosas que realizamos, a veces podemos lograrlo y a veces no. Para efectuar algo bien hecho, primero debemos aprender, pero asimismo, es imprescindible perseverar y ser exigente con uno mismo.

Este último aspecto forma parte esencial de lo que se denomina actitud crítica.

Todos los individuos la pueden desarrollar aunque lamentablemente no abunda. En cualquiera de las actividades del hombre, aún las mas disímiles entre si, los mejores resultados se logran a través de una actitud que revise críticamente nuestro accionar.

DR. JOSÉ M. CERIANI CERNADAS.

Ex Presidente de la SAP. Archivos Argentina de Pediatría Junio-2012

El objetivo de este trabajo será actualizar el marco conceptual que fundamenta el accionar de los equipos de salud que asisten adolescente y jóvenes ante los constantes cambios en los escenarios sociales. A su vez analizar los estilos de vida y los múltiples factores que influyen en su construcción. Es importante destacar el escenario complejo donde se desenvuelven estas poblaciones y las múltiples variables que influyen en su construcción.

La complejidad interviniente nos invita a realizar un análisis crítico de nuestros saberes adquiridos en la formación de grado y si esto responde a la complejidad de las consultas que enfrentamos hoy, así como su influencia en el desarrollo del proceso salud-enfermedad y su impacto y contribución a la morbilidad y mortalidad en este segmento de la población de adolescentes y jóvenes y su posterior impacto en la vida adulta.

La complejidad en la construcción del estilo de vida está dada por los múltiples factores intervinientes, como las características de las familias, la calidad

educativa y de las instituciones vinculadas con la niñez, adolescencia y juventud a las que se suman hoy, el enfoque de los determinantes en salud, estos son económicos, políticos, sociales, ambientales, espirituales y culturales.

Los profesionales que asisten a esta población y aquellos que se interesen en un futuro, enfrentarán desafíos éticos, dados por la colisión de sus saberes y respaldos teóricos y realidades presentes que no se pueden desconocer, como por ejemplo las transformaciones en las últimas décadas del concepto de familia y las nuevas legislaciones al respecto, por señalar una de ellas.

INTRODUCCIÓN

CINCO REALIDADES enfrentamos los integrantes de los equipos de salud dedicados al trabajo con niños, adolescentes y jóvenes

1. El alejamiento gradual de los niños, adolescentes y jóvenes de los contactos con el sistema de salud, luego de los primeros años de vida
2. La influencia y el impacto de las tecnologías
3. El debilitamiento de la institución familiar del sistema educativo y de salud
4. Las transformaciones en las últimas décadas del concepto de familia y las nuevas legislaciones al respecto

* Director de Posgrado. Instituto Universitario de Ciencias de la Salud. Facultad de Medicina. Fundación H. Barceló. Buenos aires. Argentina. Presidente de la Sociedad Argentina de Salud Integral del Adolescente Pediatra. Magíster Internacional en Drogodependencia

5. La gran influencia los consumos culturales globalizados y el debilitamiento de las identidades territoriales, consecuencia de los verdaderos intereses del poder global

La construcción de los diferentes estilos de vida es el resultado de la convergencia de todas estas variantes cuyo impacto, según las capacidades e intereses de cada individuo, se expresaran a través de sus comportamientos y calidad de vida.

Los **estilos de vida** a través de sus comportamientos influyen en que las personas permanezcan sanas o se enfermen, pero debido a su carácter habitual y a la profundidad en que se encuentran enraizados son difíciles de cambiar, a pesar de que muchas conductas implican altos riesgos para la salud y permiten la persistencia de muertes prematuras y evitables, siendo el ejemplo más destacado el tabaquismo, y los accidentes en la población de adolescentes y jóvenes.

Dada la importancia que los **estilos de vida y su influencia en la salud de los adolescentes y su repercusión en la vida adulta**, es importante conocer los diferentes momentos por las cuales atravesó la concepción acerca de la causalidad de las enfermedades, para destacar la importancia de este concepto.”

Durante el siglo XVIII la medicina comenzó a transformar su concepción acerca de la causalidad de las enfermedades, sobrepasando las barreras de los espíritus malignos (paradigma mítico mágico de las culturas primitivas); de la determinación de componentes de la naturaleza recogidos en el libro de Hipócrates, *Aires, aguas y lugares* (paradigma naturalista) y los miasmas (tránsito hacia la búsqueda de la causalidad en componentes o resultados de procesos naturales aún no observables). El descubrimiento de los microorganismos y las primeras leyes de la genética fueron acontecimientos que orientaron el camino de la causalidad.

No obstante, el desarrollo de las ciencias de aquella época **no permitía la integración de estos conocimientos, con los que provenían de la actividad económica-social y psicológica para entender su papel en el condicionamiento de la salud y la enfermedad (paradigma biologicista de la medicina)**. A finales del siglo XVIII, se aceptaron los factores externos vinculados a las actividades cotidianas del hombre, tales como las características

del trabajo y modo de vida (*Ramacini, 1700*), la calidad del agua de consumo (*John Snow, 1836*), las características de la vivienda en los barrios pobres (*John Ferriar, 1792*), la fábrica como productora de enfermedad (*Thomas Percival, 1784*), las condiciones de vida miserables (*Informe Chadwick al Parlamento inglés, 1842*), el hambre y la mala higiene (*R. Virchow, 1848*) y a las desigualdades económicas, jurídicas y sociales de los trabajadores denunciadas en Francia e Inglaterra (*Engels, 1845*) (Pérez, 1995:3-21).

Este avance en el conocimiento fue decisivo para el surgimiento de un nuevo paradigma en las Ciencias Médicas, el modelo médico-social, que a lo largo de su desarrollo fue facilitando el nacimiento de la Epidemiología alrededor del estudio de la historia natural de la enfermedad, lo que en breve tiempo originó a su vez el nacimiento de la Higiene Social, la Medicina Social y la Salud Pública, disciplinas que fueron aportando nuevos conocimientos sobre la determinación social de la salud. Esta nueva concepción del proceso salud-enfermedad abrió las puertas a la incorporación de las Ciencias Sociales a la Medicina (Palermo, 1986:3). Con ello, el abordaje sociológico de la enfermedad, junto con la Epidemiología, facilitó el establecimiento de las relaciones existentes entre las condiciones de vida, determinadas conductas, factores de riesgo

El estilo de vida es el resultado de la convergencia de todas estas variantes cuyo impacto, según las capacidades e intereses de cada individuo, se expresaran a través de sus comportamientos y calidad de vida. (1)

Históricamente, el hombre siempre ha querido vivir más y mejor y asimilándose a los cambios que se producen en los escenarios sociales. Cada ciclo vital responde de diferente manera. La manera como incorpora las diferentes ofertas que le brinda su medio, puede ser favorable para su salud o constituirse en un factor de riesgo.

Hoy los profesionales de la salud observamos con perplejidad la despreocupación por el cuidado de la salud, hasta que sorprende la aparición de la enfermedad.

La cultura de hoy, en grandes poblaciones, ha instalado la incorporación de las características de una eterna juventud.

Cada etapa del ciclo vital ha tenido para cada edad una significación y características determinadas. Así, consideráramos, por ejemplo, las necesidades y valores necesarios para el desarrollo de la juventud, teniendo como meta tradicionalmente el mero tránsito o aprendizaje para una vida adulta ulterior. Donde los valores familiares, comunitarios y el aprovechamiento de los conocimientos incorporados en el sistema educativo aseguraban una inserción social adecuada en calidad, de acuerdo al esfuerzo realizado

Este escenario en el que crecieron y se desarrollaron muchas generaciones de estas últimas diez o más décadas ha mutado. ¿A qué se ha debido este cambio?, pregunta cuya respuesta merece analizarse con detenimiento y descubrir los intereses que se mueven alrededor de esta transformación.

¿Esto obedece a una evolución espontánea o hay poderes sin rostros que mueven y generan estos cambios? Siempre he pensado que además de opinar, debo dar las fuentes para que el lector pueda acceder a la información que justifican mi manera de enfocar este y otros temas (2) (3)

Para poder **interpretar la complejidad**, dado por los escenarios económicos, políticos, sociales, ambientales, espirituales, culturales y el impacto que cada uno de estos y en su conjunto tiene sobre las instituciones donde crecen y se desarrollan los niños adolescentes y jóvenes, se hace necesario profundizar el conocimiento del contexto social y el momento histórico donde se desarrollan los acontecimientos y por que se producen.

Esto resulta válido cuando analizamos, en nuestro caso, la salud individual, familiar, comunitaria, en esta etapa del siglo XXI caracterizado por las desigualdades e inequidades en la distribución del PBI de los países, impactando de diferentes maneras en la construcción de los estilos de vida, según segmento social, económico, educativo, cultural y asentamiento geográfico

Es imposible hablar de **estilo de vida**, enfocado desde una construcción individual, sin tener en cuenta los determinantes considerados hoy en salud, concepto vigente desde la última mitad del siglo xx. La complejidad del mundo que vivimos hace que la salud no pueda reducirse a un análisis simplista. El enfoque biológico, ve solo algunos aspectos de la salud y la enfermedad. Se hace necesario incorporar otros saberes y otras disciplinas para poder entender la complejidad del tema y dar respuesta a los problemas que las poblaciones hoy nos presentan

Respaldando esta mirada Lichnerowicz y Edgar Morin aportan:

Nuestra Universidad actual, forma en todo el mundo una proporción demasiado grande de especialistas en disciplinas predeterminadas y, por esto, artificialmente limitadas, en tanto que una gran parte de las actividades sociales, como el mismo desarrollo de la ciencia, necesita hombres capaces tanto de mantener un punto de vista mas amplio como de centrarse profundamente en los problemas y progresos nuevos que transgreden las fronteras históricas de las disciplinas.

Lichnerowicz.

Existe una falta de adecuación cada vez mas amplia, profunda y grave entre nuestros saberes disociados, parcelados, compartimentados entre disciplinas y por otra parte, realidades o problemas cada vez mas pluridisciplinarios, transversales, multidimensionales, transnacionales, globales, planetarios.

Edgar Morin.

El pensamiento de Morin conduce a un modo de construcción que aborda el conocimiento como un proceso que es a la vez, biológico, cerebral, espiritual, lógico, lingüístico, cultural, social e histórico, mientras que la *epistemología* tradicional asume el conocimiento sólo desde el punto de vista *cognitivo*.

Este nuevo planteamiento tiene enormes consecuencias en el desarrollo de las ciencias, la educación, la cultura, la sociedad y nos es útil para poder abordar el tema de los **estilos de vida** y su relación con el ciclo vital adolescencia-juventud.

En el campo de la salud, desde el enfoque científico, deberían tenerse en cuenta todos los conocimientos intervinientes: el biológico, el psicológico. el social, el ambiental, el cultural y el espiritual.

No siempre el análisis fue interpretado con este enfoque, aun en la actualidad. En muchos sectores de las disciplinas relacionadas con la salud, participaron de una interpretación y de un modelo que les sirvió de fundamento para construir sus creencias. También les resulta una ardua tarea desprenderse de esa base de conocimientos para responder a los nuevos interrogantes que le están formulando los nuevos escenarios sociales.

2 JUSTIFICACIÓN

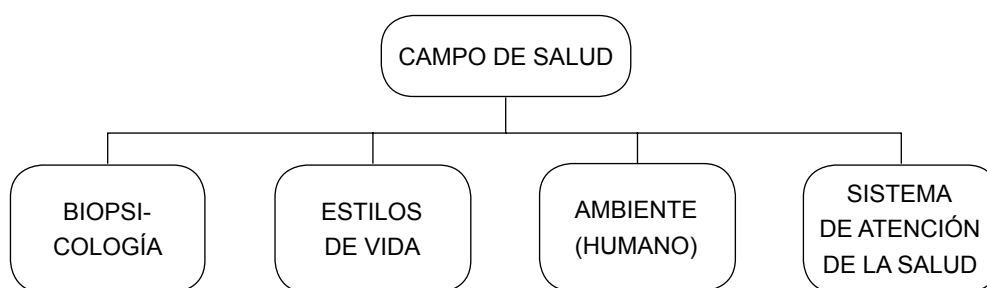
El camino para arribar, en forma general, a estos nuevos conocimientos en medicina, se produjo a partir del cambio del estado de salud en poblaciones con un avanzado desarrollo socioeconómico, donde las enfermedades infecciosas ya no eran las principales causas de muerte y aparecieron otros elementos que inciden en la aparición de enfermedades y muertes, como por ejemplo: un sistema de cuidados de la salud inadecuado, factores conductuales o **estilos de vida** con componentes de riesgo, riesgos ambientales para la salud y factores vinculados a las nuevas tecnologías, las comunicaciones y las publicidades.

2.1 LA IMPORTANCIA DEL APOORTE DEL CAMPO DE LA SALUD

A lo largo de la historia de la humanidad muchos son los marcos conceptuales que han tratado de encuadrar los conceptos de enfermedad, salud, calidad de vida, pero es LAFRAMBOISE que introduce el siglo pasado el concepto de CAMPO DE LA SALUD e integra en él, la Biopsicología, Estilos de Vida, Ambiente humano y Sistema de Atención en Salud.

Este modelo es implementado por primera vez en Canadá por el ministro de Salud, Marc Lalonde (4)

COMPONENTES (DETERMINANTES DE SALUD) DEL “CONCEPTO DE CAMPO DE SALUD” DE LA FRAMBOISE



Este concepto, implementado por Lalonde en Canadá, contempla la descomposición del campo de la salud en cuatro componentes: **biología humana, medio ambiente, estilos de vida y organización de la atención en salud**. Estos componentes se identificaron mediante el examen de las causas y los factores básicos de la morbilidad y la mortalidad y como resultado del análisis del modo en que cada elemento afecta el grado de salud.

Biología humana

Este componente incluye todos los hechos relacionados con la salud, tanto física como mental, que se manifiestan en el organismo como consecuencia del funcionamiento biológico del ser humano. Incluye la herencia genética, los procesos de maduración y envejecimiento y el funcionamiento y alteraciones de los diferentes

sistemas que integran el cuerpo humano. Dada la complejidad de éste, su biología puede repercutir sobre la salud de múltiples maneras, en forma leve o grave. Los problemas de salud con base biológica producen múltiples preocupaciones al ser humano y costos millonarios a los Estados para enfrentar los tratamientos.

Medio ambiente

El medio ambiente incluye todos aquellos factores externos al cuerpo y que las personas tienen poco o ningún control y afecta su salud. Las personas, por sí solas, no pueden garantizar la inocuidad de los alimentos, cosméticos, abastecimiento saludable del agua, contaminación del aire y del agua, ni los ruidos ambientales, ni la prevención y diseminación de enfermedades transmisibles. Tampoco individualmente pueden garantizar la eliminación adecuada de los desechos y aguas servidas.

Estilos de vida

Representa el conjunto de decisiones que el individuo toma con respecto a su salud. Las malas decisiones y los malos hábitos personales conllevan a riesgos que se originan en el propio individuo. Cuando esos riesgos tienen como consecuencia la enfermedad o muerte, se puede afirmar que el estilo de vida de esa persona contribuyó a ello.

Estilo de Vida Saludable es la manera como la gente se comporta con respecto a la exposición o no. a factores nocivos, que pueda evitar y que representan riesgo para la salud.

Organización de la atención en salud

La cuarta categoría del campo de la salud está representada por la organización de la atención de salud. Abarca la cantidad, calidad, accesibilidad, orden, relación entre las personas y los profesionales de los equipos y recursos en las prestaciones de la atención en salud. Incluye la práctica de la medicina, la enfermería, los hospitales, los hogares de ancianos, los medicamentos, las unidades de diagnóstico de alta complejidad, los servicios públicos comunitarios de atención a la salud, las ambulancias y todos los tratamientos brindados por el sistema.

Hasta ahora, casi todos los esfuerzos institucionales del Estado o privados encaminados a mejorar la salud, **“concentran la mayor parte de los gastos directos en materia de salud en la organización de la atención sanitaria”**. Si embargo, cuando se identifican las causas principales de enfermedad y muerte, se llega a la conclusión de **que su origen está en los otros tres componentes del campo de la salud, la biología humana, el medio ambiente y los estilos de vida**. Es evidente que se está gastando grandes sumas de dinero en tratar enfermedades que desde un principio podían haberse prevenido. Para tener una idea en el presupuesto económico destinado al sector, en un país desarrollado muestra que el 90.8% va destinado a la organización de la atención en salud y el 9.2 % a los otros tres componentes que tienen mayor peso al momento de ser causa de morbilidad y/o mortalidad. (5)

3. LA IMPORTANCIA DE COMPRENDER Y CONSTRUIR ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

La continuidad en el desarrollo de este capítulo es importante ampliar los siguientes

temas: 3.1 marco teórico, 3.2 familias, 3.3 cultura.

3.1 MARCO TEÓRICO

El **estilo de vida** está dado por las diferentes formas de comportamientos que las personas muestran en su convivencia social.

Los comportamientos son el resultado de una suma de variables que el individuo asume desde su nacimiento y muestra a lo largo de la vida. Múltiples factores contribuyen en esta formación, según las épocas, las edades y las pertenencias territoriales.

Factores biológicos hereditarios constituyen la base donde van a impactar factores políticos, económicos, sociales, ambientales, culturales, espirituales.

Según el Observatorio de la Deuda Social con la Infancia dependiente de la Universidad Católica Argentina, en su Informe 2011 **amplia el marco conceptual**, aportando las necesidades, los espacios, el funcionamiento familiar, escolar y comunitario donde crecen y desarrollan los niños y adquieren los primeros elementos para la construcción de sus estilos de vida y comportamientos, que asumirán en la etapa de adolescentes y jóvenes, con repercusión en la vida adulta.

Es importante incorporar la complejidad de las dimensiones y conocerlas teniendo en cuenta los contextos o territorios donde ellos se desenvuelven y nosotros realizamos nuestras prácticas.

Según esta investigación desarrollada desde el 2004 al 2011, con informes anuales, propuesta que comparto, debemos analizar y tener presente en nuestra actividad: (6)

a) Alimentación, salud y hábitat

- Seguridad alimentaria y nutricional
- Acceso a la atención en salud y cobertura de salud
- Acceso a servicios de agua, gas y saneamiento
- Tenencia segura de una vivienda adecuada

b) Subsistencia

- Inserción laboral del jefe/a de hogar en un empleo decente
- Incidencia de la pobreza e indigencia
- Necesidades básicas insatisfechas (NBI)
- Acceder a indumentaria de ropa y calzado adecuado
- Consumos sociales de subsistencia garantizados

- Acceso a la seguridad social
- c) Crianza y socialización
 - Tener una familia y disponibilidad parental para el cuidado de la primera infancia
 - Acceder a estímulos emocionales e intelectuales
 - Estilos educativos y representaciones sociales
 - Oportunidades de sociabilidad, espacios de juegos y pertenencia
 - Acceso a la información y participación en la vida cultural y deportiva
- d) Educación
 - Educación y rezago educativo
 - Acceso a recursos educativos y aprendizajes significativos
 - Percepción de la calidad educativa
 - Acceso a apoyos escolares
- e) Protecciones especiales: trabajo infantil
 - Trabajo doméstico intensivo y el trabajo en actividad económicas
 - Particularidades del trabajo económico (horas promedio, tipo de tareas)
 - Participación educativa y laboral

A estas variables debemos sumar el consumo de aspectos culturales a través de los medios tecnológicos (TV, Internet, celulares)

El estilo de vida es el resultado de la convergencia de todas estas variantes cuyo impacto, según las capacidades e intereses de cada individuo, se expresarán a través de las ideas, valores y creencias, con los cuales enfrentarán los distintos sucesos de la vida y las ofertas que el momento histórico y el contexto social le ofrece.

Desde esta perspectiva integral, los estilos de vida no pueden ser aislados del contexto social, económico, político y cultural al cual pertenecen y deben ser una consecuencia relacionada con los objetivos del proceso de desarrollo de esa comunidad y los intereses de los diferentes grupos.

Se puede dar el choque entre los objetivos dados por el establishment y los nuevos grupos con diferentes concepciones y miradas críticas, a lo que manda el poder establecido.

Esto, debe ser aplicado también, al estudiar y analizar, la relación de los jóvenes con las diferentes instituciones y generaciones con las cuales se vinculan, generando a veces conflictos intergeneracionales e institucionales.

Asumiendo que los **estilo de vida** son una

construcción social, resultado de la interacción de múltiples variantes, debemos prestar atención y jerarquizar la relación de ellos con los medios tecnológicos, donde al segmento joven consume la oferta cultural, hoy globalizada.

En ellos acceden a conocimientos y modelos culturales que incorporarán en forma selectiva a la construcción de su subjetividad de acuerdo a sus intereses.

Estos están integrados con patrones cognitivos, afectivos-emocionales y conductuales que muestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos consistentes y que pueden mostrarse con comportamientos saludables o de riesgo.

Los **estilos de vida son saludables**, cuando los comportamientos disminuyen los riesgos de enfermar, tales como una alimentación saludable y equilibrada en sus componentes, un adecuado control y tratamiento de las tensiones y emociones negativas, un buen régimen de

Ejercicios, sueño y distracción; el control y la evitación del abuso de sustancias como la cafeína, nicotina, alcohol y drogas ilegales; una correcta distribución, organización y aprovechamiento del tiempo, tener una actividad sexual responsable y protegida, un uso racional de los medios tecnológicos.

El análisis de los estilos de vida adquiere un interés creciente, ya que el conjunto de pautas y hábitos de comportamientos cotidianos de los adolescentes y jóvenes, tienen un efecto importante en su salud personal. Además, cada día aumenta la prevalencia del conjunto de enfermedades relacionadas con los comportamientos y las consecuencias en la salud física y mental y su repercusión en la vida social. Esto se agrava cuando estos jóvenes pertenecen a familias, instituciones y contextos vulnerables. Se calcula que un tercio de las enfermedades en el mundo pueden prevenirse mediante cambios en el comportamiento.

3.2 LA FAMILIA

Históricamente la construcción de los estilos de vida estuvo vinculada íntimamente con el entorno familiar, la educación y las instituciones sociales (religiosas, deportivas, culturales, de salud locales).

La familia y la educación perdieron fuerza y fueron usurpados sus deberes por los medios y a su vez debilitados por la situación económica y política consecuencia del modelo económico globalizado imperante.

La familia que es la primera matriz de aprendizaje, es la que transmite los valores, las tradiciones, hábitos y costumbres. Hoy se encuentra debilitada por el deterioro social, las desigualdades e inequidades que dominan los escenarios sociales, tanto los países desarrollados como en los emergentes. A esto debemos sumar y no desconocer la importancia de las transformaciones en las últimas décadas del concepto de familia y las nuevas legislaciones al respecto

La institución familia está atravesando nuevas construcciones, nuevas realidades. Está conviviendo con nuevos modelos identificatorios, con todas sus variantes y complejidades.

Según expresa el licenciado Jorge H. Raíces Montero (7) “conocemos las numerosas situaciones que en nuestra práctica profesional, por su propia singularidad, nos coloca ante encrucijadas éticas que muchas veces monta, ora entre el respeto a teorías perimidas, pero vigentes, ora una realidad insoslayables. Asistimos a tiempos de transición en las instituciones legadas por la modernidad. Hoy hablamos de familias monoparentales por decisión, adopción en parejas tanto conformadas por gays, lesbianas, travestis, transexuales, transgéneros, bisexuales e intersexuales. Hoy también hablamos de madre biológica, madres gestantes, madre ovárica, madre social, madre jurídica, madre psicológica. Por ello, sería mejor de hablar de procreación en cambio de reproducción, pues respeta lo diverso y nos recuerda que entre los humanos hay semejanzas, pero no identidad o igualdad”.

Esta es una realidad que enfrentan los profesionales de distintas disciplinas que se ocupan de acompañar el crecimiento y desarrollo de niños, adolescentes y jóvenes. En muchos producirá un choque cultural y se ampararán al enfrentar determinadas situaciones a la objeción de conciencia. Si bien este es un derecho respetable, también lo es las de las nuevas construcciones familiares y las de sus integrantes.

Estas transformaciones serán las que enfrentan y enfrentarán los profesionales que asistan a estas poblaciones.

Enfrentamos en la actualidad una sociedad segmentada. Los diferentes movimientos sociales adquieren cada vez una mayor significación.

En efecto, la organización social urbana, cada vez menos dependiente de la estructura familiar, agrupa a los individuos de acuerdo a sus propias

condiciones o intereses (clase, género, ingresos económicos, preferencias de uso y consumo, estilos de vida, identidad sexual, nivel generacional, perfil laboral o profesional,) de suerte que el proceso de identificación opera cada vez más de acuerdo a estas identidades colectivas, citado por Ramiro Navarro Kuri en Juventud y Medios.

La pertinencia educativa, el trabajo y la ocupación generan gradualmente un mayor impacto en las relaciones sociales, pasando cada vez más a un segundo plano el vínculo familiar.

Hoy, el joven debe decidir cuál será su profesión, oficio y ocupación más allá de las determinaciones parentales, quedando abierto y por consolidarse su proceso identificatorio. El joven en este sentido, es un ente colectivo, por eso también, es tan proclive a la masificación.

3.3 LA CULTURA

Si bien hemos hecho referencia a la importancia de la educación, las instituciones de la comunidad donde los adolescentes crecen y se desarrollan, debemos tener presente el debilitamiento de ellas, en este mundo globalizado dirigido por el mercado y el poder financiero.

Este trabajo destinado a los Estilos de Vida de los adolescentes y jóvenes, la complejidad interviniente, ocupa un lugar privilegiado el análisis de *La cultura y su incidencia en la vida de los jóvenes*.

Hoy, el vínculo de ellos con los medios tecnológicos, es muy intenso y esta presente en la mayor parte de las actividades diarias que realizan. De esta manera incide fuertemente en la construcción de sus comportamientos, estilos de vida y armado de su subjetividad.

Se entiende la **cultura** como el conjunto de todas las formas, los modelos o los patrones, explícitos o implícitos, a través de los cuales un grupo social se manifiesta. Como tal incluye lenguaje, costumbres, prácticas, códigos, normas y reglas de la manera de ser, vestimenta, religión, rituales, normas de comportamiento y sistemas de creencias. Este conjunto es absorbido por los jóvenes a través de su vínculo con las diferentes tecnologías que frecuentan, llámese internet, televisión, telefonía celular

La cultura juvenil es una realidad que debe ser reconocida a través de sus acciones y producciones. Ignorarlas en el presente es enfrentar conflictos en el futuro.

Los jóvenes tienen la capacidad de reflexionar sobre sus intereses y la sociedad donde están insertos. Perciben que sus miradas sobre la cultura de sus mayores nada tienen que ver con la realidad que ellos viven y analizan.

La cultura juvenil, en muchos casos es motivo de conflictos, al tener experiencias, gustos y tiempos diferentes comparados con el mundo adulto que frecuentan.

En opinión de Ramiro Navarro Kuri (8) "El consumo cultural nos muestra el conflicto entre pasado y el presente, es visto ahora desde la óptica de la globalización y las producciones culturales que se desplazan a los propios espacios juveniles, generando una heterogeneidad de culturas juveniles, acorde a los territorios y estratos sociales. Esto plantea la diferenciación a través de las identidades que se construyen y las producciones generadas por los diferentes grupos.

Este fenómeno llamado juventud, tan extraño para otras generaciones con la cual conviven, preocupa, porque refleja los cambiantes comportamientos humanos en un mundo con transformaciones y contradicciones permanentes

Enmarcado en estos escenarios presenciamos el **impacto de la cultura de masas** que consigue fabricar a gran escala, con técnicas y procedimientos industriales, *ideas*, *sueños* e ilusiones, estilos personales, y hasta una vida privada en gran parte producto de una técnica, subordinada a una rentabilidad y a la tensión permanente entre la creatividad y la estandarización; apta para poder ser asimilada.

La cultura de masas es el desarrollo de un nuevo *modelo* en el que se refuerzan las diferencias y las desigualdades con estrategias e instrumentos mercadológicos cada vez más elaborados. La *ciencia* y el *conocimiento* se ponen al servicio de la producción de unos valores y *símbolos* estereotipados.

Los tres pilares fundamentales de esta cultura de masas son: una cultura comercial, una sociedad de consumo y una institución publicitaria.

Esto impacta de diferentes maneras y construye diferentes estilos de vida según los diferentes segmentos poblacionales, de jóvenes urbanos, periurbanos, rurales, de clases altas, medias o bajas, con niveles de escolaridad diferenciados, según género y diversidad sexual.

En efecto, la organización social urbana, cada vez menos dependiente de la estructura familiar,

agrupa a los individuos de acuerdo a sus propias condiciones o intereses de clase, género, ingresos económicos, preferencias de uso y consumo, estilos de vida, identidad sexual, edades, laborales o profesionales, etcétera,) de suerte que el proceso de identificación opera cada vez más de acuerdo a estas identidades colectivas. (9)

La pertenencia educativa, el trabajo y la ocupación generan gradualmente un mayor impacto en las relaciones sociales, pasando cada vez más a un segundo plano el vínculo familiar.

Hoy, el joven debe decidir cuál será su profesión, oficio y ocupación más allá de las determinaciones parentales, quedando abierto y por consolidarse su proceso identificatorio. El joven en este sentido, es un ente colectivo, por eso también, es tan proclive a la masificación

Monsivais (10) nos muestra como la modernización, parámetro de lo actual nos seduce, nos confronta. Esta presencia seductora de otras formas de vida y de consumo, aparecen como una **seria amenaza para lo regional**: su cultura, su identidad y sus tradiciones.

La imitación es alienación y el consumo es asimilación. Esta preocupación, ante el peligro de dejar de ser lo que ésta pérdida gradual de nuestro universo simbólico significa, ha propiciado que diversos autores se hayan dedicado en los últimos años, a reflexionar sobre lo que esto significa.

De esta manera, la cultura actúa como un vínculo que condiciona y da sentido a la construcción de los diversos **estilos de vida** que observamos en la juventud.

Los movimientos culturales son dinámicos, incorporan nuevas producciones permanentemente, que se manifiestan en cambios en los comportamientos y consumos, que muchas veces desconciertan a los profesionales que lo asisten

Se puede observar en las distintas comunidades diferentes grupos que se identifican territorialmente, por género, por edades, ocupación profesional o educativa, por intereses, por vivenciar situaciones carenciales o no similares, lo crea empatía y condiciones para la agrupabilidad.

Con sus manifestaciones culturales, los jóvenes son la punta del iceberg de un nuevo orden social.

Bajo estas condiciones, no podemos analizar los movimientos juveniles como el mero resultado de una rebeldía contra el orden social, cultural y político establecido.

Los movimientos estudiantiles y juveniles, actuales, constituyen una de las expresiones de un cuestionamiento social que requiere de una comprensión específica por parte de cada uno de los actores sociales.

El joven, como sujeto social, ya no admite que su vida se supedita a un futuro incierto, reclama el reconocimiento de sus derechos y su participación en la construcción del nuevo orden social. **Con sus demandas busca ser escuchado y obtener respuestas que satisfagan sus necesidades y modifiquen el orden actual, que los excluye de la construcción del presente y el futuro.** En todo caso, es su vida la que está en juego y esto presupone responsabilidad y conciencia ciudadana. Esto está respaldado por legislaciones y convenios internacionales como son la Declaración de los Derechos Humanos y la Convención Internacional de los Derechos del Niño

Estamos presenciando un grupo poblacional que reclama por sus derechos, visibilizándose a través de sus demandas. Esto debiera hacer reflexionar a los actores políticos, sociales, comunicacionales, **incluidos los responsables de los ámbitos universitarios de formación profesional.**

La importancia de la participación buscando la visibilización de sus necesidades y demandas, es un camino correcto, como lo han demostrado a lo largo de la historia los movimientos de trabajadores, los movimientos por los derechos de la mujer, por los derechos igualitarios y los actuales movimientos sociales a nivel planetario

Los jóvenes exigen ser reconocidos como ciudadanos capaces de construir sus destinos sociales y participar activamente en la construcción de una sociedad más justa, igualitaria y con justicia social.

La etapa juvenil no es la sola expresión de “una etapa de la vida” sino un ciclo en la evolución humana que requiere tener un reconocimiento, que pueda satisfacer sus necesidades para asegurar un crecimiento y desarrollo biosicosocial que le permita contar con las herramientas suficientes para la inserción social.

La directora de la Oficina Panamericana de la Salud, Dra. Mirta Roses expresó “La juventud iberoamericana representa hoy un tema crucial. Si no hacemos ahora las inversiones que este grupo social requiere, pagaremos las consecuencias en el mediano y largo plazo. Es la generación que debemos proteger”. (11) (Roses Mirta, Salud

pública y juventud”. Los desafíos abiertos. Es difícil ser Joven en América Latina. Pág.69-94. Editorial Sudamericana. PUND. 2010)

Si la reacción juvenil es entendida como contracultura, bien podría decirse que se trata de un rechazo a las instituciones del poder que enmascaran su accionar, bajo la justificación de hacer valer los valores nacionales históricamente instalados

Esta forma de ejercer el poder, **como los valores de la democracia**, herramientas que utilizan las instituciones de gobiernos, como el funcionamiento de las Organizaciones Internacionales, deben ser revisadas y actualizadas, ante los fracasos que presenciamos hoy día a nivel planetario. Si no se hace, como dice la Dra. Mirta Roses pagaremos las consecuencias en el mediano y largo plazo.

Muchas de las letras del rock y sus similares en diferentes territorios, muestran la mirada crítica de los jóvenes y no tan jóvenes, acerca del mundo que viven y expresan sus vivencias y demandas.

Dentro de lo que llamamos cultura juvenil, encontramos la participación de no tan jóvenes, lo que demuestra la apropiación por parte de integrantes de otras generaciones; lo que da un significado mayor a los estilos de vida y consumos culturales que muestran los jóvenes.

El modo de vida, al ritmo y a la manera de ser joven, construye un nuevo paradigma con impacto en la vida productiva y placentera.

La población de niños, adolescentes y jóvenes mueven el mayor nivel de consumo. De ahí la importancia para las empresas productoras de insumos para este segmento poblacional. Estas imponen muchos aspectos que integran los estilos de vida, como el consumo de alimentos, vestimenta, música, publicidad, lugar de reuniones, entretenimientos y consumos no saludables como el abuso de alcohol, tabaco y drogas ilegales

Esta realidad hace que muchos jóvenes asuman comportamientos de riesgos. De una generación a otra, *la tolerancia social* muestra un nivel en aumento de los comportamientos de riesgo. El joven tiene derecho a experimentar con su cuerpo, con el orden, con su ropa, sus amores y amistades, con el lenguaje y sus expresiones.

Si el mundo adulto, con responsabilidad política, social, publicitaria, no da respuestas a sus demandas es posible que se enfrenten con fenómenos de violencia

La juventud, como fenómeno social, sólo puede ser definida y comprendida en términos de cultura.

3.4 CULTURA JUVENIL Y POBREZA

La cultura juvenil se instala como propuesta de renovación de la cultura en la que se inserta.

Si la juventud se mueve en los márgenes de la cultura, es también, consecuentemente, “zona de conflicto”. Pero obviamente, esta condición conflictiva no se expresa con la misma intensidad confrontante en una sociedad rural que en una urbana. Por eso, la juventud como “problema social” tiende a ubicarse de modo generalizado en las sociedades urbanas

La ciudad moderna es un espacio de contradicciones que sitúa a los ciudadanos, entre el reconocimiento y la exclusión, entre la igualdad y el respeto por sus derechos desde lo discursivo y la violación a los mismos, implementa acciones y leyes para satisfacer la demanda democrática y en el accionar concreto del día a día mantiene una estructura de dominación

Sin embargo, las construcciones juveniles heterogéneas nos permiten ver características diferenciales en sus estilos de vida y manifestaciones, a partir de su interacción familia, barrio, clase, nivel educativo y económico.

Mientras los jóvenes de clase media suelen identificarse por sus consumos propuestos por los medios de comunicación locales y globalizados; los jóvenes de las zonas populares se distinguen por sus producciones y agrupamientos locales, aun que aspiran a tener muchos de los consumos que tiene las clases altas y medias. Esto genera condiciones para la agrupabilidad para el delito. Estos grupos toman diferentes nombres de acuerdo a los países (pandillas, maras, marginales), Son producto de la exclusión social.

Es así como presenciamos que el joven de clase alta construye su seguridad y su estar en el mundo apoyado en su historia y respaldo familiar, el joven de clase media se apoya en el presente y en lo posible que la realidad le muestra, el joven de clase baja se proyecta en un futuro incierto. Esto también lo sienten jóvenes de clase media y alta, independizados de la institución familiar. Muchas de las demandas juveniles que en este momento presenciamos en el mundo lo muestran,

Así, pues, la juventud urbana parece estar caracterizada por el fenómeno de los grupos

juveniles, definido en muchos trabajos como tribus urbanas

Una tribu urbana es un grupo de gente que se comporta de acuerdo a las ideologías de una subcultura, que se origina y se desarrolla en el ambiente de una *urbe* o *ciudad*.

Las *subculturas* como tribus urbanas son más comunes en las grandes urbes o *metrópolis*, donde la complejidad y el inmenso tamaño de la ciudad y la sociedad crean una sensación de *alienación* o *aislamiento* del nivel individual.

Esto, en efecto, puede conducir a la formación de tribus urbanas cuyos miembros están unidos bajo un conjunto de características, pensamientos, modas e intereses comunes para formar una pequeña comunidad relativamente pequeña, pero con identidad propia.

El neologismo de tribu urbana fue utilizado por primera vez en el 1990 por Michel Maffesoli en un libro llamado “El Tiempo de Las Tribus”. Recientemente se ha venido hablando de un movimiento y una tendencia de pensamiento llamada *neo-tribalismo* que en mucho explicaría el fenómeno de las tribus urbanas como intentos de recuperar la interacción humana la cual se ha perdido debido al aislamiento y la alienación de la *sociedad moderna*.

La interacción cultural y las condiciones socio-económicas-educativas generan una trama cultural compleja y una construcción de estilos de vida diferentes según la pertenencia e identificación con niveles socio-económicos-educativos y territoriales,

Lo popular se identifica con los estratos pobres y marginales.

Existe un segmento de población joven que “ni estudian ni trabajan”, grupos de jóvenes que disponen del suficiente ocio como para convertirse en algunos países, en una amenaza

Las condiciones sociales generan comportamientos y estilos de vida muchas veces conflictivos para el poder. Distintas sociedades nos muestran hoy, el ejercicio de un autoritarismo represivo con los jóvenes por el simple hecho de serlo.

La mayor preocupación del poder, no es modificar las estructuras para facilitar un desarrollo de calidad a estas poblaciones, sino realizar acciones y nuevas legislaciones que aseguren el “**orden**” del **poder instalado** y cuestionados por los movimientos juveniles.

Es importante reconocer que las instancias de dominio no admiten alteraciones cualquiera sea la composición del movimiento social y que

cuestione el desenvolvimiento social establecido de los Estados.

La juventud es rebelde, pero no podemos considerar que se trate simplemente de una naturaleza impulsiva, sino de una condición socialmente contestataria.

La rebeldía del joven responde frente a un modo de vida que él necesita resignificar y reordenar. Y en todo caso habría que recordar que estos conflictos generacionales son inherentes a la condición humana

La generación de estas demandas, forman parte del desarrollo de los estilos de vida, responden a los desaciertos del poder que no responden a las necesidades que los jóvenes necesitan.

En este contexto, muchos jóvenes, sienten la necesidad de organizarse en el barrio, de adoptar un lenguaje común que los identifique, signos y símbolos que se comparten tales como los graffiti, murales, tatuajes, el estilo, relaciones de status y de poder tales como la valentía, el estoicismo, el fetichismo.

Monsivais (10) aporta, “el lado de estas formas contraculturales, y con frecuencia conociéndolas apenas”

“Otro sector, muy vasto, se desenvuelve, centrado en el rock, los “paraísos artificiales” de la pobreza, el habla que reproduce o exorciza la violencia de las calles y de la búsqueda de empleo, la agrupabilidad en grupos tribales. En la década de los ochenta, esta contracultura genera un arquetipo (estereotipo) ubicuo, amenazante, pasto de sociólogos y psicólogos: el joven marginal, excluido. sobrante, producto evidente del crecimiento urbano y de la destrucción del horizonte de oportunidades, consecuencia del modelo imperante neoliberal.”

Muchos de estos conceptos son aplicables, para su interpretación para las poblaciones migrantes insertos en las grandes urbes.

4. INTERROGANTES Y PROPUESTAS

¿Dónde se construye la salud?

¿El mayor esfuerzo de los profesionales donde se realiza?

¿El trabajo activo e intensivo en la comunidad, es importante?

¿Hay obstáculos para realizarlo, de formación, administrativos, de interés personal?

UN DESAFIO PARA PENSAR Y DECIDIR

- 1 La realización de este trabajo partió de una revisión bibliográfica en fuentes de salud y en servidores internacionales. (Bireme.Org, Scielo, Midline, Lilacs, Google
- 2 En las bibliotecas virtuales de salud (BVS) el acento está colocado en estilos de vida y su relación con enfermedades (hipertensión, diabetes, obesidad). ***En los servidores no correspondientes a salud se puede acceder a estilos de vida y su relación con la cultura***
- 3 No hay duda que los estilos de vida de los adolescentes y jóvenes condiciona los posibles riesgos en la vida adulta. Describirlo merece otro capítulo.
- 4 Es importante tener presente la trayectoria de vida, en el ejercicio profesional y los valores personales con que los profesionales enfrentan en las consultas los nuevos estilos de vida, productos de las nuevas conformaciones sociales
- 5 Es un desafío asumir esta realidad y encuadrar nuestro accionar desde la Ética y el respeto por los Derechos Humanos, la reformulación de nuestra formación de grado
- 6 Para tener una real comprensión de la *Salud Integral* debe incorporarse lecturas, no médicas

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA

- La doctrina del Shock. Naomi Klein. Ed. Paidós. 2007
- No logo. Naomi Klein. Ed. Paidós. 2001
- Hitler ganó la guerra. Walter Graciano. Ed. Sudamericana. 2004
- Nadie vio a Matrix. Walter Graciano. Ed. Planeta. 2007
- Pensar sin estado. Ignacio Lewkowicz. Ed. Paidós. 2004
- Primero la gente. Amartya Sen. B. Kliksberg. Ed. Deusto. 2007
- Es difícil ser joven en Latino América. Bernardo Kliksberg. Ed. Sudamericana. 2010
- DESARROLLO Y LIBERTAD. Amartya Sen. Ed. Planeta. 2000
- Como funciona el mundo: Noam Chomsky. Ed. Capital Intelectual. 2012
- Gestión cultural para el desarrollo. B- Maccari y P. Montiel. Ed. Ariel. Paidós. 2012
- Como funciona el mundo. Noam Chomsky
- La Latinoamérica del siglo XXI. Methol Ferre

BIBLIOGRAFÍA

1. Bradf, E, Educación para la Salud: la importancia del concepto. Revista de Educación y Desarrollo, 1. Enero-marzo de 2004
2. Walter Graciano .Hitler ganó la guerra. Ed. Sudamericana. 2004
3. Walter Graciano. Nadie vio a Matrix. Ed. Planeta. 2007
4. OPS/OMS, Washington, DC, Publicación Científica N° 557, pag 3-5.1966
5. Enrique Saforcada. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Instituto Universitario de -Ciencias de la Salud. Facultad de Medicina. Fundación H. A. Barceló Modulo 5. 2006
6. Observatorio de la Deuda Social Argentina. Informe investigación 2011. Universidad Católica Argentina. Buenos Aires
7. J H. Raíces Montero. Nuevas Formas Familiares. Cáp. Epistemología de las diferencias Pág.137-158. Universidad de Bs. As. Facultad de Ciencias Sociales. Ed. Espacio. 2011
8. Ramiro Navarro Kuri. Cultura Juvenil y Medios. Instituto Mexicano de la Juventud. Noviembre 2009
9. N. García Canclini. *Cultura y Pospolítica*..Citado por Ramiro Navarro Kuri. En Cultura juvenil y medios. Instituto Mexicano de la Juventud. Noviembre 2009
10. Carlos Monsivais.. Para un cuadro de costumbres de cultura y vida cotidiana de los noventa. Cuadernos políticos. Ed. Era. México.
11. Roses Mirta, "Salud pública y juventud". Los desafíos abiertos. Es difícil ser Joven en América Latina. Pág.69-94. Editorial Sudamericana. PUND. 2010

ÍNDICE

Por qué medicina de la adolescencia / 1

DR. GERMAN CASTELLANO BARCA

Epigenética y adolescencia / 7

DRA. CECILIA COTO HERMOSILLA

El Desarrollo Cerebral y la Capacidad Decisional del Adolescente / 15

DR. TOMAS JOSE SILBER

La construcción de la identidad en la adolescencia culturas pérdidas / 19

DR. ROBERTO CURI HALLAL

Juventud, responsabilidad y compromiso social / 22

DRA. LAURA DOMÍNGUEZ GARCÍA

La sexualidad en la adolescencia. fases, características, conflictos y sus afrontamientos / 29

LIC. JULIO LÓPEZ PIEDRA, LIC. ANA IBIS MARTÍNEZ GALVÁN, LIC. JAVIER LÓPEZ CORRAL

Obstáculos en la educación sexual de madres y padres a sus hijos adolescentes / 48

LIC. JUDITH FORTEZA CORDERO, LIC. DANIA DÍAZ DÍAZ

Aspectos de la violencia doméstica en mujeres, niños y adolescentes / 57

LIC. OSVALDO M. ÁLVAREZ TORRES

Delincuencia Infanto Juvenil: Tendencias y Propuestas / 65

DRA. C. ROSA CAMPOALEGRE SEPTIEN, LIC. BÁRBARA CUESTA DÍAZ., DRA. ILLOVIS PORTIELES GUTIÉRREZ

Atención a la salud de los adolescentes. Breve historia / 74

DRA. TANIA BORRÁS SANTISTEBAN

Actividad física y tiempo libre en adolescentes y jóvenes / 82

DRA. FRANCISCA CRUZ SÁNCHEZ, DR. PAULO CÉSAR PINHO RIBEIRO , DRA. CLAUDIA HERNÁNDEZ CRUZ

Sobrepeso y obesidad. políticas públicas / 99

DR. GERMÁN CASTELLANO BARCA

Suicidio en la adolescencia: posvención / 104

DR. TOMAS JOSE SILBER, DR. GUSTAVO GIRARD

Promoción de salud mental en adolescentes / 106

DRA. BEATRIZ RODRÍGUEZ ALONSO, DRA. ROSA MARÍA ALONSO URÍA, DR. JOSÉ DE LA LUZ RODRÍGUEZ LLANES

El equipo de salud y su relación con el cuidado de la salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes. Reflexionando Críticamente nuestro accionar y ampliando el marco conceptual / 116

DR. CÁNIDO ROLDÁN.