

EL DESAFÍO DE TRANSITAR SALUDABLEMENTE LAS ADOLESCENCIAS Y

JUVENTUDES

Girard Gustavo A., Simioni Alberto T.

INTRODUCCIÓN

Los tradicionales indicadores de salud, muestran que en la adolescencia la tasa de mortalidad resulta muy inferior a la de otras edades de la vida. Desde dicha perspectiva surgió la equivocada idea que los/las jóvenes que transitaban esa etapa lo hacían sin mayores peligros ni riesgos de enfermar y/o de morir, no obstante desde la perspectiva de Curso de Vida, de cómo se vivan las etapas anteriores dependerá la salud y calidad de vida del adulto. Al analizar las principales causas de muerte en todas las edades, surge en forma evidente que muchas de ellas dependen de la calidad de vida, hábitos y antecedentes que se generaron en etapas tempranas de la vida. *Ver tabla siguiente*

Tabla 1: Las 5 principales causas de muerte en el mundo

Causas de Muerte en el Mundo	%
Enfermedad de las arterias coronarias	15,51
Accidente cerebrovascular	11,06
Infecciones del tracto respiratorio inferior	5.65
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	5.62
Cáncer de los pulmones, tráquea y los bronquios	3.00

Fuente: www.deathmeters.info (1)

A modo de ejemplo de lo anteriormente expresado, la obesidad es considerada hoy, una de las mayores pandemias del mundo, tal vez peor aún que la desnutrición, condicionando muertes por problemas cardiovasculares, accidentes cerebro vasculares (ACV), complicaciones de la diabetes, etc.. Comidas altamente procesadas, hipercalóricas y el alto consumo de carnes rojas, se encuentra íntimamente relacionado a la obesidad, que es un condicionante de enfermedades circulatorias, endocrinas, y oncológicas.- El sedentarismo coadyuva en forma importante en este proceso. El consumo de tabaco en la

adolescencia, tendrá escasos o nulos efectos en esa etapa de la vida pero será un problema de salud en edades posteriores. El desafío más grande es: *“como cambiar este escenario a edades tempranas para revertir estas causas de muerte evitables”*.

LA SALUD DE LOS Y LAS ADOLESCENTES

Como cita el informe de la OMS “la mayoría de los jóvenes goza de buena salud, pero la mortalidad prematura, la morbilidad y las lesiones entre los adolescentes siguen siendo considerables. Las enfermedades pueden afectar a la capacidad de los adolescentes para crecer y desarrollarse plenamente. El consumo de alcohol o tabaco, la falta de actividad física, las relaciones sexuales sin protección y/o la exposición a la violencia pueden poner en peligro no solo su salud actual, sino también la de su adultez e incluso la salud de sus futuros hijos. Hoy los estudios sobre la Epigenética demuestran fehacientemente como la calidad de vida es capaz de afectar a los propios genes.

Fomentar comportamientos saludables durante la adolescencia y adoptar medidas para proteger mejor a los jóvenes contra los riesgos es fundamental para la prevención de problemas de salud en la edad adulta, así como para la salud futura de los países y su capacidad para desarrollarse y prosperar”. (2)

Datos publicados por este organismo, provenientes de 50 países entre 1955 y 2004, señalaban que mientras la mortalidad infantil iba descendiendo la mortalidad en adolescentes se incrementaba. La mayoría de las muertes en los jóvenes fue debida a causas externas, principalmente accidentes, siguiendo los homicidios y/o los suicidios. A nivel internacional se trabajo fuertemente en la reducción de la mortalidad infantil, pero no se ha

producido similar esfuerzo en los grupos de mayor edad. Russell Viner, quien dirigió el estudio afirma: “ de seguir esta tendencia, mientras la mortalidad en menores de cinco años se espera que disminuya aún más, las lesiones relacionadas con la mortalidad en mayores se incrementarán en los próximos 25 años”. Los investigadores encontraron que al comienzo del siglo XXI, las heridas por accidentes automovilísticos y de la calle o la violencia de pandillas, eran responsables del 70 al 75 por ciento de las muertes en jóvenes entre 10 y 24 años en todas las regiones estudiadas. Para el 2004, el suicidio y la violencia eran responsables de entre un cuarto y un tercio de las muertes en hombres entre 10 y 24 años y las tasas de mortalidad en los hombres jóvenes entre 15 a 24 años llegaron a ser dos a tres veces mayores que en los niños de uno a cuatro años. (3)

Los datos del informe *Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): Guidance to Support Country Implementation* («Guía AA-HA! – “Medidas mundiales urgentes en favor de la salud del adolescente: orientaciones para la aplicación en los países”) ponen de manifiesto las grandes diferencias en las causas de muerte en función del sexo y la edad (entre el subgrupo de 10 a 14 años y el de 15 a 19 años).

Los accidentes de tránsito son la principal causa de muerte entre los adolescentes y afectan sobre todo a los varones. En 2015, los accidentes de tránsito fueron la principal causa de muerte entre los adolescentes de 10 a 19 años, con cerca de 115.000 fallecimientos. Los chicos de 15 a 19 años son el subgrupo más afectado. La mayoría de los que fallecen en accidentes de tránsito son usuarios vulnerables de la vía pública como peatones, ciclistas o motociclistas. Sin embargo, existen grandes diferencias entre las regiones. Por ejemplo, en los países africanos de ingresos medianos y bajos, determinadas enfermedades transmisibles como la infección por VIH/sida, las infecciones

de las vías respiratorias bajas, la meningitis y las enfermedades diarreicas ocasionan más muertes entre los adolescentes que los accidentes de tránsito.

Las infecciones de las vías respiratorias bajas y las complicaciones del embarazo causan estragos en la salud de las adolescentes. En ellas, la situación es muy distinta. Entre las niñas de 10 a 14 años, la causa principal de muerte son las infecciones de las vías respiratorias bajas, como la neumonía, causadas a menudo por la contaminación del aire interior por los combustibles utilizados en los hogares para cocinar. En cambio, entre las adolescentes de 15 a 19 años, la mayor causa de muerte son las complicaciones del embarazo, tales como la hemorragia, la sepsis, el parto obstruido y las complicaciones de los abortos peligrosos.

Los adolescentes corren más riesgo de tener conductas autolesivas o suicidas. Los suicidios y las muertes accidentales debidos a conductas autolesivas fueron la tercera causa de muerte entre los adolescentes en 2015, con cerca de 67.000 muertes. Quienes presentan estas conductas más frecuentemente son los adolescentes de mayor edad, en especial en las jóvenes, en las que es la segunda causa de muerte. *En Europa y Asia Sudoriental, esta es la primera o la segunda causa de muerte entre los adolescentes.*

Los adolescentes son más vulnerables en las situaciones de crisis humanitaria y los entornos frágiles. Las situaciones de crisis humanitaria y los entornos frágiles afectan a la salud de los adolescentes. A menudo, los jóvenes deben asumir responsabilidades de los adultos y tienen que trabajar o cuidar de sus hermanos. También se pueden ver obligados a abandonar la escuela para casarse o a mantener relaciones sexuales a cambio de dinero para satisfacer sus necesidades básicas de supervivencia. Todo ello puede causar malnutrición, lesiones involuntarias, embarazos no deseados, enfermedades diarreicas, agresiones sexuales, enfermedades de transmisión sexual y problemas de salud mental. (4)

Analizando las muertes violentas, es marcada la prevalencia de las mismas en el sexo masculino, por lo que el **riesgo de morir** debe ser analizado desde un enfoque de género. El **riesgo de enfermar** en este grupo etario se encuentra más relacionado con el sexo femenino debido a patologías derivadas de la salud sexual y reproductiva. (5)

El concepto de **Salud**, más allá de la mera ausencia de enfermedad también cambió, hoy se habla de prevención, de promoción, de estilo de vida, de hábitos, de habilidades, competencias, etc. Al modificarse estos conceptos como lógica consecuencia comienzan a caer los viejos indicadores. Es así que al decir de Narváez surgen los N.O.P. (nuevos problemas observables) (6) entre los cuales podemos mencionar: una inadecuada nutrición, trastornos en la conducta alimentaria, embarazos tempranos y no deseados, enfermedades de transmisión sexual en general y SIDA en particular, uso indebido de sustancias, accidentes, violencias y el arribo de muchos niños a la adolescencia que en otras épocas hubieran perecido y hoy sobreviven gracias al avance de los conocimientos científicos; muchos se han curado totalmente pero otros portan algún tipo de discapacidad y/o cronicidad y pluri-patología.

La complejidad de muchas de estas situaciones excede el enfoque biomédico tradicional y exige del encuadre de una **Salud Integral**: interdisciplinaria, intersectorial y esencialmente preventiva, en la medida que muchas de las patologías graves, que en la adolescencia se presentan, podrían ser evitadas.

Es desde esta perspectiva que se deben definir ciertos términos:

RIESGO (R): Lo podemos definir como la probabilidad de que ocurra un suceso durante un período de tiempo determinado que sea capaz de producir un daño.

FACTOR DE RIESGO (FR): Es la característica o factor que está asociado a la posibilidad de que aparezca una enfermedad y/o daño.

CONDUCTA DE RIESGO (CR): Es la conducta voluntaria que compromete los aspectos saludables del desarrollo.

Las anteriores definiciones desde la medicina suelen ser aplicadas a clásicas patologías (algunas de ellas tratadas en esta obra) como por ejemplo el infarto de miocardio, donde la hipertensión, el tabaquismo, el sobrepeso, la obesidad, la hipercolesterolemia, la vida sedentaria y la genética constituyen FR, mientras que el hábito de fumar entrañaría una CR.

No resulta sin embargo tan claro el ejemplo cuando se trata de un aspecto psicosocial y desde perspectivas diferentes como puede ser la del profesional y la del adolescente.(7) Tomemos el caso del hábito de fumar. Para el profesional es tanto una CR como un FR. Para el adolescente puede significar un rito de iniciación, la posibilidad de compartir con pares y el medio para calmar angustias e inseguridades. Objetivamente sabemos que el cigarrillo posee una acción ansiolítica. Algo similar podemos referir con respecto al alcohol, el uso indebido de sustancias, el inicio temprano de las relaciones sexuales, etc. Este es un encuadre esencial en el abordaje de las hipótesis de riesgo, en la medida que según como se lo asuma, pueden modificarse las intervenciones que realice el equipo de salud.

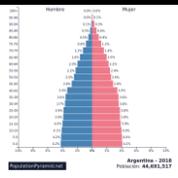
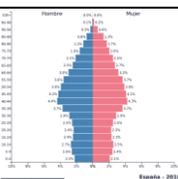
Cuando analizamos las CR debemos tener en cuenta que las mismas suelen ser funcionales, intencionales, instrumentales y dirigidas a metas que son válidas para el adolescente, aunque no lo sean para el adulto. Es por ello que Dryfoos propone actuar más

en FR que en CR, en la medida que considera que muchas de estas últimas son consecuencia lógica de las primeras.

Para este autor los FR comprenderían 4 grupos: demográficos, personales, familiares y comunitarios (8).

Con respecto a lo **demográfico**, en muchos países, la población adolescente supera a los menores de 14 años en la pirámide poblacional, a expensas de una disminución de la natalidad y una mayor sobrevivencia de los niños, resultado tanto de las nuevas tecnologías en Neonatología como de un control y seguimiento posterior adecuado.

Tabla 3: Comparativa pirámide demográfica, evolución de la tasa de mortalidad general, causas de muerte y PBI per cápita de tres países, a manera de ejemplo comparativo

PAIS	1960	2016	Pirámide Poblacional*	Causas de Muerte**	PBI per cápita***
Argentina	9	8 ↓		Enf. del Sistema Circulatorio Cáncer Enf. del Sistema Respiratorio Causas Externas Mal definidas Enf. del Sistema Digestivo Enf. Infecciosas y Parasitarias Enf. del Sistema Genitourinario Enf. Endócrinas, Metabólicas y Nutricio (2015)	USD 13,424 (2015)
España	9	9		Enf. Cardiovasculares Cáncer Enf. Respiratorias Diabetes Demencia Inf. Respiratorias Inferiores Muertes Neonatales Enf. Diarreicas Accidentes de tránsito (2016)	USD 26,327 (2015)
Haití	22	9 ↓		Mal definidas Enf. del Sistema Circulatorio Enf. Infecciosas y Parasitarias Enf. Endócrinas, Metabólicas y Nutricio Causas Externas Cáncer Enf. del Sistema Respiratorio Enf. del Sistema Digestivo Enf. Perinatales (2004)	USD 830 (2015)

*PopulationPyramid.net – Pirámides de población del mundo desde 1950 a 2017 – disponible URL <https://www.populationpyramid.net/es> (9)

**Causas de Muerte Fuente: OPS Datos Mortalidad – PLISA portal. Base de datos de mortalidad actualizada al 20/02/2018 – Usando la Revisión 2015 of World Population Prospects – Fecha 06/02/2019 disponible URL <https://hiss.paho.org/pahosys/grp.php> (10)

***Actualitix World Atlas-Statistics by country – PBI per cápita (US\$) por país disponible <https://es.actualitix.com/pais/wld/pib-per-capita-por-pais.php> al 07/02/2019 (11)

Esto lo podemos ver en países como Argentina, pero en Haití, aún existe gran mortalidad a temprana edad y un alta tasa de natalidad. Por otro lado, países como España,

vemos que la natalidad es muy baja y la población más numerosa es la de adultos mayores que tienen más sobrevivida, aumentando los costos sanitarios.

Múltiples son los aspectos **personales**, que podríamos considerar como factores de riesgo, pero corresponde recalcar uno muy especial como es el hecho de ser ADOLESCENTE. Las neurociencias hoy nos señalan, que el cerebro humano termina su etapa de maduración alrededor de los 24 años. Las áreas cerebrales que más tarde completan su desarrollo corresponden a la amígdala y al lóbulo pre-frontal. Estas áreas entre otras funciones se encuentran relacionadas con la afectividad y el control de los impulsos, que es una característica propia del ser adolescente y que de hecho los predispone a diversas conductas de riesgo. Es esta inmadurez que explicaría claramente las dificultades de los/las adolescentes en el manejo de conductas relacionadas con la sexualidad y con la violencia.

Con respecto a los determinantes **familiares** es oportuno analizar las nuevas familias, y la afectación sufrida durante las crisis económicas sufridas en la última década, donde una parte de la población se vio involucrada en situación de pobreza, o disminuyendo notablemente su status económico-social. En Argentina en la grave crisis del 2002 las Escuelas pasaron de su función de nutrir conocimiento a la de nutrir alimentos. Estos procesos críticos en los últimos años han dejado de ser patrimonio exclusivo de países en vías de desarrollo para convertirse en un fenómeno mundial. En estos tiempos de transición se han perdido generaciones de niños, hoy adolescentes carentes de afecto, valores, y alimentos, que pagan dichas faltas, con pobres logros académicos, y mayor exclusión social.

Una de los aspectos que mayor repercusión tiene en el ámbito familiar es el que genera la desocupación de aquellos de quienes se espera que brinden el sustento y

seguridad al grupo. Como consecuencia surge la categoría de “nuevos pobres” y en el mundo actual resulta inadmisibles atribuir las causas de la pobreza a aspectos meramente individuales o personales. Los mismos existen pero cuando hay millones de personas que responden a las características de pobres o cuando gran parte de los habitantes de un país en espacios cortos de tiempo ingresan en estas categorías es debido a aspectos estructurales que crearon condiciones donde las oportunidades desaparecieron.

En este mundo globalizado grandes bolsones de pobreza son factibles de encontrar aún dentro de países desarrollados. Junto con la pobreza material, es dable de observar una pobreza afectiva. Los esfuerzos destinados a superar los problemas económicos ejercen un inevitable efecto sobre la familia. El ingreso representa solo una variable. La calidad de vida depende de diversas condiciones físicas y sociales tales como: ámbito epidemiológico, disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud, desarrollo e inclusión de comunidades rurales, la naturaleza de servicios públicos y privados, la educación básica, el orden, la disciplina de la vida urbana y la seguridad. (12)

Otro aspecto a considerar que repercute en la salud está dado por las migraciones. En la actualidad poseen características diferentes a las que se produjeron, en siglos anteriores. Por ejemplo los grandes grupos que migraron a América, eran no solo bien recibidos, sino que el proceso migratorio era fomentado por los gobiernos receptores. Hoy los grupos emigran en forma clandestina e ilegal lo que los hace altamente vulnerables, cuando no víctimas de la xenofobia y el racismo. (12)

Hoy en Europa, las migraciones ilegales representan no solo aspectos culturales de integración sino que repercuten y en el futuro repercutirán aún más en la salud física, síquica y social de toda la comunidad.

La tasa de desempleo en América Latina y el Caribe se encuentra por encima del 8% según la OIT y la misma se duplica cuando de adolescentes o jóvenes menores de 24 años se trata.

En el mes de marzo de 2019 se llevó a cabo en la ciudad de Madrid la Conferencia de Ministras y Ministros de Trabajo de Iberoamérica, bajo el lema *“El futuro del trabajo que queremos”*, donde se analizó que el mundo se enfrenta a una de sus mutaciones más profundas desde el inicio de la revolución industrial, una transformación que surge a raíz del progreso tecnológico, de la globalización y de las transiciones demográficas y medioambientales. Los desafíos son tomar como oportunidades para crear nuevas formas de empleo que se sumen a la actual carencia de empleos formales, la pobreza laboral y la polarización. Se apela a invertir en políticas innovadoras, centradas en el trabajo decente, basados en principios básicos de protección de los derechos fundamentales en el trabajo y justicia social. También se abordó el tema del trabajo decente y los jóvenes, que son piezas claves del Futuro del Trabajo, e invitaron a todos los participantes a que se sumen a la **Iniciativa Global sobre Empleo Decente** para los jóvenes como herramienta impulsora y canalizadora de soluciones a nivel país, región y global. Y por último se trató la necesidad de una nueva agenda transformadora de lucha contra la brecha de género, en la que la corresponsabilidad y los cuidados sean parte integrante de las políticas públicas. Las ministras y los ministros coincidieron en el papel crucial de las organizaciones empresariales y sindicales, así como del tripartidismo, en la respuesta a las transformaciones a las que se enfrenta el mundo del trabajo. (13)

Distintas investigaciones demuestran claramente la importancia que tiene el índice de desempleo y su correlación con la violencia y esta con la salud, muy especialmente de adolescentes y jóvenes.

Múltiples son los aspectos a **nivel comunitario** que actúan como factores de riesgo para los/las adolescentes. La accesibilidad a las drogas representa per se un importante factor de riesgo que se potencializa con la pulsión por la experimentación propia de la edad.

Un factor a destacar y que suele pasar inadvertido por los adultos esta dado por el acoso escolar, más conocido por el término anglosajón de bullying. El adolescente por vergüenza y/o pudor no suele expresar esta situación y el adulto no suele interrogar al respecto. Esta situación hoy en día ya no necesariamente se limita al ámbito escolar sino que en muchos casos trasciende el mismo y se evidencia en el espacio virtual, lo que es conocido como ciber-bullying. El desborde de esta situación es lo que ha provocado ya sea que la víctima se convierta en victimario, como que sea un evidente factor de riesgo con respecto al intento o consumación de suicidio.

El proceso de globalización, permite que lo que pasó en otros lados del mundo se conozca en cuestión de segundos y lo que pasa en el ámbito privado se haga público con sólo apretar un botón. Son chicos que nacieron con la tecnología. Las experiencias más que grabarse en las retinas, quedan registradas en las cámaras digitales, los celulares, las computadoras, y a través de las redes sociales pueden socializarse en forma masiva en instantes. ¿Cómo es posible conocer los vínculos de los niños y jóvenes si los hay reales y virtuales?, ¿Cómo saber si sus relaciones implican algún riesgo?

FACTORES PROTECTORES (FP)

La hipótesis de riesgo que enunciamos precedentemente no resultaba valedera de por sí para explicar el desarrollo de conductas, actitudes y patologías en la adolescencia. Es por ello que con posterioridad se incorporan los FP para favorecer esta interpretación.

Podemos definirlos como: “influencias que modifican, mejoran o alteran la respuesta de una persona a algún peligro que de por sí predispone a un resultado no adaptativo”.

Al analizar los FP debemos considerar que los mismos pueden no constituir un suceso agradable en la medida que eventos peligrosos o displacenteros pueden actuar como fortalecedores o preventivos. Por ello los FP deben diferenciarse de lo que suelen considerarse **experiencias positivas**. El FP actúa como interacción, mientras que las experiencias positivas producen una adaptación como consecuencia directa y derivada de la misma.

A esta altura de la reflexión podemos detenernos a efectos de aclarar aspectos que suelen entremezclarse cuando tratamos de estos conceptos. Son los aspectos negativos – positivos ó, buenos - malos. Son aspectos calificadorios o éticos que no tienen relación directa con los aspectos de riesgo o protección. Un FR que lleva a una CR, puede significar un FP. Analicemos un ejemplo: Una pareja adolescente, inicia relaciones sexuales en forma temprana, sin diálogo previo, sin utilización de preservativos ni ningún otro método anticonceptivo. Poco tiempo después la joven presenta un atraso menstrual que hace temer por un embarazo no deseado. Esto motiva consultas médicas y análisis de laboratorio pero hasta que los resultados llegan, se produce la tan ansiada menstruación. Esta situación lleva a ambos adolescentes a encarar sus relaciones sexuales en forma diferente y responsable. Estábamos ante una neta CR que se convirtió sin embargo en un FP. Rutter señala que los acontecimientos vitales no son buenos ni malos en sí, sino que, un mismo evento, puede ser un riesgo en una situación y un factor protector en otra. (14)

La hipótesis de riesgo primero y los factores protectores se fueron sucediendo cronológicamente en el tiempo.

Desde ya que no era una observación nueva. Hace ya varios años se hablaba de estos niños como **invulnerables** ante las adversidades, “*the invulnerable child*”, en la literatura anglosajona. Pero este concepto fue cuestionado por diversos autores. Esta idea se trató de reemplazar por la de **robustez** o sea fortaleza ante los embates pero tampoco respondía a la observación de la realidad. Un término derivado de la física y aplicado a los metales pareció aportar la solución; la **resiliencia**.

RESILIENCIA.-

“Capacidad de rebotar, de manejar y más aún de ser fortalecido por la adversidad” fue una de las definiciones que se intentaron. Hoy podríamos decir que “La resiliencia es una capacidad universal, que permite a una persona, grupo o comunidad, minimizar o sobreponerse a los efectos nocivos de la adversidad y a partir de ella puede fortalecer la vida de las personas”. (15)

Con referencia al concepto de resiliencia según Kotliarenco (17) se trata de:

- a) **Un potencial humano**, ya que está presente en muchos seres humanos de todas las culturas, lo que no significa universalidad en la medida que no siempre una conducta es útil para cualquier situación y cualquier individuo.
- b) **Relativa**; ya que se manifiesta en distintos grados, tipos y momentos de acuerdo a cada persona, familia o comunidad, afectada asimismo por stressores y que puede ser efectiva en una situación y no en otra.
- c) **Contextual**; ya que refleja la capacidad de utilizar herramientas específicas propias de cada contexto cultural. No es a cualquier costo, sino que deben utilizarse los medios y métodos que sean socialmente aceptados.

d) **Interactiva y dinámica** en la medida que es resultado de la relación entre características individuales, familiares y contextuales.

e) **Espontánea** porque así surge ante un evento, situación o amenaza para el sujeto.

Pero sin duda uno de los aportes más conocidos es el proveniente del mandala, sobre el que se constituyen los **pilares de la resiliencia**: El mandala es una palabra que proviene del sánscrito que designa el círculo sagrado o mágico. Se presenta como instrumento de contemplación y concentración. Aunque el mandala plantea siempre la idea de centro, presenta también los obstáculos para su logro y asimilación, cumpliendo así la misión de ayudar al ser humano, aglutinando lo disperso en torno a un eje. Fue conceptualizado por el matrimonio Wolin y comprende:

a) **Introspección**: en el comprender, conocer y sentir,

b) **Independencia** con el poder separarse, despegarse y alejarse,

c) La capacidad de **interacción** que implica: atraer, reclutar y conectarse,

d) **Iniciativa** para: generar, trabajar, explorar,

e) **Humor**: reír, moldear, jugar,

f) **Creatividad**: componer, e igual que en el anterior: moldear, jugar,

g) **Moralidad**: el servicio (el dar), de los propios valores y sentido de vida.

Un lugar destacado como pilar de la resiliencia, estaría dado por la **espiritualidad**.

(17) Algunos autores lo han incorporado dentro de moralidad pero en cierto sentido queda desdibujado. Merece destacarse que en general se entiende la espiritualidad como sinónimo de religiosidad y no necesariamente es así. La espiritualidad comprende la trascendencia, el propósito de vida. Una persona agnóstica puede ser espiritual, mientras que una persona religiosa que viva atada a normas, preceptos o adhiera a posturas fundamentalistas extremas, indudablemente no lo es. Valga este reduccionismo en un tema

tan complejo, para marcar el sentido de lo que se desea dejar explicitado. Merece destacarse la importancia de la espiritualidad referida a la salud, al éxito demostrado en los procesos de recuperación de diversas adicciones aplicadas por programas de alcohólicos o adictos anónimos.

Etimológicamente la palabra *valor*, proviene del latín *valere* “*estar sano*” y esta característica uniría los caminos que en esta presentación hemos recorrido. Generalmente tanto a los valores como a la religión se los ha reducido a enunciados morales o de comportamiento, pero si bien pueden considerar una serie de normas conductuales, van mucho mas allá de las mismas.

David Elkins identifica valores espirituales tales como: dimensión trascendental, sentido de vida, misión en la vida, sacralidad de la vida, satisfacción fundamental, altruismo, idealismo, realismo, y frutos de su espiritualidad. Al respecto Krippner y Welch agregan: “Una persona espiritual puede no ser un chaman, miembro del clero o miembro del equipo de salud. Pero el ser profundamente espiritual posee una cualidad sanadora que hace que sea un placer estar cerca de el, de ser su amigo y de recibir este empoderamiento en la relación interpersonal. (18)

La unión de salud con espiritualidad no es un hecho novedoso. Tradicionalmente el chamán de la tribu era el médico pero también el sacerdote. En la modernidad la Diosa Razón dejó de lado toda interpretación de la realidad que no fuera a través del razonamiento. En la actualidad sin embargo muchos aspectos están cambiando. Hoy en día más de 80 Universidades de los EEUU investigan la relación que aspectos espirituales y religiosos ejercen sobre clásicas enfermedades, consideradas tradicionalmente como orgánicas. Importantes postoperatorios tienen mejor evolución en aquellas personas con

desarrollo espiritual (232 operaciones de corazón a cielo abierto en el Dartmouth-Hitchcock Medical Center).

SALUTOGENESIS:

El concepto de **Salutogénesis** propuesto por Aaron Antonovsky en 1991, etimológicamente representaría la posibilidad de generar salud. En forma similar a la resiliencia parten de los aspectos saludables y no de la patología como ocurría con el modelo médico tradicional. Busca las causas de la salud y su base son aquellas explicaciones respecto a habilidades de enfrentamiento (coping) con los stresores psicosociales. La salutogénesis estaría edificada sobre el llamado sentido de coherencia que se define como: “una percepción emocional-cognitiva, de parte del individuo hacia los estímulos que recibe, sean más o menos controlables por el sujeto.”(19) Se parte asimismo de la base que no existen ambientes libres de stresores, dado que son propios de la existencia humana y el aporte principal es que estos factores son considerados como: comprensibles, manejables y significativos.

Comprensible: Se refiere a que el estímulo que confronta al sujeto se considere con sentido, que la información sea ordenada, consistente, estructurada y clara. Un alto grado de comprensión es necesario pero no suficiente per se.

Manejabilidad: el individuo debe sentir que posee recursos a su disposición ya sea en forma personal o a través de otros tales como figuras más fuertes, padres, autoridades, Dios. En estos casos los recursos son controlados por otras personas o imágenes.

Significativos: resulta fundamental que los estímulos sean importantes, o sea que tengan un significado para el sujeto.

En el caso de la juventud que vive en la marginalidad, el sentido de coherencia puede ser entendido desde una perspectiva individual. Esto implica una evaluación de las

propias capacidades, donde entra a jugar un rol fundamental la imagen de sí mismo, el estigma social asociado a ser joven y las alternativas reales que motiven la solución.

Hoy ya nadie discute como situaciones de estrés en forma continuada y persistente son causa de las mas diversas patologías, hasta hace poco tiempo consideradas orgánicas. Es esto lo que ha llevado a dejar de considerar un grupo de enfermedades como psicósomáticas en la medida que en la medicina actual se considera que todas lo son.

Como contrapartida del estrés las neurociencias nos abrieron el campo a investigaciones sobre la relajación y cómo esta sería capaz tanto de generar salud, como en algunos casos de poder restablecer la misma cuando se perdió. A través de la relajación se produce una reducción general de la velocidad del metabolismo, de la presión arterial, del ritmo respiratorio y cardíaco, la emisión de ondas cerebrales se hacen mas nítidas y lentas, acompañadas de la disminución de la actividad del sistema nervioso simpático y el aumento de la actividad del parasimpático. Desde ya que en nuestra experiencia personal no resulta fácil obtener la relajación en un o una adolescente, pero se ha demostrado que fenómenos semejantes ocurren a través de la risa, de las caricias, del vivir en el aquí y en el ahora, del asombro, del juego, del llanto, de actividades físicas no competitivas, del canto, la música, etc. Todas estas son intervenciones directas para la creación de salud, que no suelen ser estudiadas en las Escuelas de Medicina. (20) No obstante hoy ya no es extraño encontrar en los programas del los Congresos Médicos los efectos beneficiosos, tales como la práctica de mind fulness.

Ahora queremos reflexionar sobre un recurso básico no solo para los adolescentes y jóvenes, sino también para la población en general y vamos a introducirnos en el CHA

CHA – CONOCIMIENTO – HABILIDADES - ACTITUD

CONOCIMIENTO.-

Facultad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas.

El conocimiento suele entenderse como: Hechos o información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto referente a la realidad. Lo que se adquiere como contenido intelectual relativo a un campo determinado o a la totalidad del universo.

Sin lugar a dudas los niños, adolescentes y jóvenes del Siglo XXI tienen mucho más acceso a la información, y más rápido que generaciones anteriores, pero toda esa información que reciben, no se produce precisamente en sus hogares o en las escuelas, por el contrario, fundamentalmente por su conexión al mundo digital.

Llega a ser conocimiento una vez que sea procesado, analizado y confrontada con la figura adulta. Mucho de lo disponible en sitios web, no necesariamente son certeros, en muchos casos genera confusión, y falsas expectativas en los jóvenes.

Y aquí surgen varios interrogantes:

La población adulta: ¿Está disponible para confrontar esa información, ayudar a la comprensión, y generar el debate para producir el verdadero Conocimiento?,

Los niños, adolescentes y jóvenes actuales: ¿tienen mayor conocimiento? Tal vez sea esta sea una de las mayores equivocaciones de la sociedad adulta.

El Conocimiento se gestiona, y la mejor forma es a través de la indagación, de la experimentación, y el debate.

“Vencer la ignorancia es el primer paso para tomar decisiones informadas”.

Los datos aislados no son conocimiento, por ejemplo podemos decir que el condón de látex masculino usado en forma ***constante y correcta***, disminuye el riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual (21), eso es un dato, la información sería indagar cual es la forma correcta de usar un condón masculino, y que se entiende por constante, y la forma de generar conocimiento es experimentar como se usa un condón masculino, ya sea como se observa el envase, su fecha de elaboración y vencimiento, si contiene aire, donde fue conservado, como se abre el envase, como se coloca el condón masculino (pudiendo practicar sobre un simil de madera o cualquier otro material que simule un pene erecto), cuando debe retirarse y como se desecha. Cuando la persona recibe una mera explicación y/o información suele olvidarse pero, si tiene el interés de indagar y experimentar, lo incorpora como verdadero conocimiento. En la gestión del Conocimiento esta última modalidad sería por descubrimiento, como lo ha expresa muy bien en el Diplomado de Gestión del Conocimiento de la Escuela Andaluza de Salud Pública de la Universidad de Granada el Profesor José Luí Bimbela Pedrola (22)

HABILIDADES PARA LA VIDA.-

Las habilidades sociales son las conductas verbales y no verbales que nos ayudan a relacionarnos plenamente con los demás.

Desde 1993 la Organización Mundial de la Salud OMS, comienza hablar de las Habilidades para la Vida, considerándolas como una construcción colectiva del saber hacer y se propone incluirlas en la formación escolar. Este marco conceptual se ha extendido progresivamente a muchos países y regiones del mundo con experiencias positivas. Las 10

habilidades para la vida propuestas por la OMS, están dadas por: autoconocimiento y autoestima, empatía, comunicación asertiva, relaciones interpersonales, toma de decisiones, solución de problemas y conflictos, pensamiento creativo, pensamiento crítico, manejo de emociones y sentimientos, manejo de tensiones y estrés.

Tanto la Declaración Mundial sobre Educación para Todos (Jomtien, 1990) como el Marco de Acción de Dakar (Dakar, 2000), se refieren a las habilidades para la vida como un derecho de todas las personas jóvenes y adultas, y como un elemento importante de la educación de calidad.

Una visión integral de las habilidades para la vida no desconoce el origen multifactorial de los problemas psicosociales, y la necesidad de ubicar la educación en habilidades en el contexto de medidas complementarias y sinérgicas que consideren tanto el empoderamiento individual como el colectivo y la construcción de solidaridad social. (24)

No hay una sola forma de educar en Habilidades para la Vida, ni un solo perfil de agente educativo, para hacerlo, ni unos pocos métodos capaces de hacer que se aprendan. Sabemos que las formas de ser de las personas que facilitan estos procesos de aprendizaje tienen mucho que ver con los contenidos que privilegian y con las formas de compartirlos con sus grupos. Cada persona, cada contexto y cada grupo hacen de la enseñanza de las habilidades algo particular. (24)

ACTITUD.-

Manera de estar alguien dispuesto a comportarse u obrar.

La actitud es el comportamiento que emplea un individuo para hacer las labores. En este sentido, se puede decir que es su forma de ser o el comportamiento de actuar, Ej: "actitud benévola; la actitud del Gobierno ha cambiado en los últimos meses; una actitud de colaboración y cooperación con tus compañeros de trabajo sería muy ventajosa"

Tiene que ver como posicionarse ante la vida, como se decide vivirla, y para ello citaremos al Dr. Miguel Ruiz, autor del libro “Los Cuatro Acuerdos” de la sabiduría Tolteca (25), donde brinda una forma de afrontar la vida de manera inteligente. A modo de una breve reseña, los cuatro acuerdos consisten en: **-impecabilidad de las palabras-** y esto tiene que ver con las Habilidades Sociales, como son la comunicación asertiva, y la empatía, ya que lo que plantea en este acuerdo es que las palabras que decimos salen de nuestra boca como si se dieran contra un espejo, que nos las devuelve, “no le digamos a otros lo que no queremos que nos digan a nosotros”. El segundo de los acuerdos es **-no tomarlo nada como personal-**, las cosas suceden, y los demás tienen sus días y hacen cosas, que no son hechas contra nosotros, sólo pasan, en la medida que no las hagamos propias, no nos afectará. El tercer acuerdo tolteca es **-no hacer suposiciones-**, si no nos queda claro una mirada, una actitud, una palabra, un comportamiento, no hagamos conjeturas o suposiciones, preguntemos, o simplemente no pensemos en ello. Y el cuarto y último de los acuerdos es **-dar siempre el máximo de nosotros-**, podemos equivocarnos, pero nunca por no haberlo hecho o intentado, siempre demos lo máximo de nosotros mismos, en la familia, en los estudios, en el deporte, en el trabajo y en la vida misma.

Estos 4 acuerdos encierran una sencillez y sabiduría increíble, que en la medida que los hagamos propios, permitirán una vida mucho más simple. Sirve para enfrentar cada día el presente, que es lo que importa realmente, como herramientas que nos permitan transitarlo plenamente y sin pre-juicios (o juicios previos), disfrutar del nuevo día, de un amanecer que se nos regala, del tiempo con el que contamos cada día, para que no sea uno más, sino para que sea el mejor de todos los vividos, libre del pasado, y libre del futuro. El hoy, para que cuando llegue el atardecer, tengamos tiempo de contemplarlo y agradecer por ese día, por lo que hicimos, y también por lo que no hicimos, en pos de ser mejores

personas. Uno debe encontrar el propósito en la vida, ¿por qué estamos aquí?, y ¿porque somos fruto de la maravillosa magia de la vida?. El propósito de la vida, o lo que los budistas llaman dharma, es para que estamos aquí, que nos moviliza vivir, por qué queremos que se nos recuerde, y eso no será por el trabajo que hagamos, o la profesión que elijamos, tiene que ver más con el cómo vivimos, como transitamos nuestros años de vida, qué dejamos detrás de nosotros, si quedaron huellas, o no dejamos nada; si pudimos cambiar algo para bien, o para mal.

Transitamos la vida, muchas veces detrás de objetivos, metas y logros, pero no necesariamente son lo mismo que propósitos. Son esos propósitos los que debemos encontrar, el verdadero sentido que nos haga estar bien y vivos, y que nos permita hacer el bien a otros.

Seguramente que si logramos que los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, además del conocimiento, y de las habilidades sociales, también sean formados para descubrir su sentido o propósito de sus propias vidas, buscarán evitar el riesgo, serán más empáticos, solidarios, asertivos y tendrán en sus manos la construcción de un mundo más tolerante y lleno de oportunidades para los que hoy llamamos diversos.

RESPONSABILIDAD COMUNITARIA.-

Hasta aquí hemos analizado diversos aspectos que comprometen la salud integral de adolescentes y jóvenes. Algunos son personales o individuales, pero hemos visto que otros muy importantes son responsabilidad del entorno donde nuestros niños y adolescentes crecen y se desarrollan. Es por ello que mas allá de la responsabilidad individual (que debe existir) debe darse una responsabilidad comunitaria que favorezca la posibilidad de generar salud para propender al desarrollo de las potencialidades de miembros de la comunidad.

Esto requiere que los determinantes sociales de la salud comiencen a ocupar espacios estratégicos en las nuevas políticas públicas para el abordaje preventivo en la comunidad. Los nuevos desafíos de una sociedad cambiante van exigiendo nuevos encuadres.

Surgen así propuestas tales como **Municipios y Comunas Saludables**, donde el ciudadano sea partícipe de su propio cuidado y protección. Fomentar una participación directa como puede serlo a través del **Presupuesto Participativo**, que permita el ejercicio de derechos e involucrarlos positivamente, ya sea en lo individual como en lo colectivo. Experiencias como **Presupuesto Participativo Joven**, el **Plan Integral de Juventud** y el **Proyecto Ciudad de las Niñas y Niños**, son modos de ejercicio directo de la ciudadanía.

La Ciudad de las Niñas y Niños, del pedagogo italiano, Francesco Tonucci, se basa en que “Una ciudad que es segura, transitable, vivible para niñas y niños, que son los más débiles, lo será para todos los ciudadanos...”. La impronta de este proyecto en la ciudad de Rosario (Argentina) se refleja en sus plazas, en el Tríptico de la Infancia que constituye un circuito fundamental del proyecto pedagógico urbano, al igual que la Franja Joven, donde cultura, artes, deporte, esparcimiento y desarrollo social se ofrece en el territorio como espacio disponible para ser usado, disfrutado y vivido por todos y todas. (26).

UN EJEMPLO SIGNIFICATIVO.

Las políticas de juventud de la ciudad de Rosario están a punto de cumplir 30 años, y el Centro de la Juventud es su punto de referencia, donde se han desarrollado las más consistentes políticas de juventud, a nivel local, de la Argentina. Se basó en desarrollar la intervención pública en acciones específicas, que se orienten hacia una mayor equidad social, y que promuevan a las y los jóvenes. Se consolida la concepción que los interpela

como sujetos de derechos, con la necesidad de avanzar hacia un abordaje integral (que demanda intersectorialidad), con un necesario perfil participativo de sus iniciativas y de avanzar en la territorialización de la política. El mayor aporte ha sido el de visibilizar la política de juventud como política pública. (27)

El Consejo de Niños, el Presupuesto Participativo Joven, y demás actividades articuladas por el Gabinete Social del Municipio, y el Gabinete Joven de la Provincia, son herramientas políticas concretas para ejercer los derechos ciudadanos desde etapas tempranas, dando la posibilidad de repensarse como sujetos plenos en un presente, más allá de su proyección al futuro.

El invitarlos a pensar sobre el Riesgo y la manera de enfrentarlo despierta Habilidades que le servirán en todo momento, como lo plantea la psicóloga americana Virginia Satir, que adopta un punto de vista positivo y considera que el asumir riesgos es una de las cinco libertades básicas y la define como *“la libertad de asumir riesgos por sí misma/o, únicamente para encontrarse segura/o, sin pretender causar perturbaciones a nadie”*.

Algunas de las experiencias satisfactorias de nuestra vida están relacionadas con situaciones de riesgo, que nos obligan a utilizar todo nuestro conocimiento, nuestras emociones y habilidades, para superar los retos con éxito.

Entre los 15 y los 25 años, se incrementan las actividades arriesgadas que van decreciendo a medida que aumenta la edad.

Desde etapas tempranas un bebé y sus primeros pasos, el niño o la niña de 5 años aprendiendo a nadar, y el/la adolescente de 18 años realizando su examen de conducir.

La educación para la seguridad debe brindar las herramientas que necesiten para vivir permitiendo el estímulo y la satisfacción en cada etapa de la vida. (28)

CONCLUSION:

A modo de conclusión de lo que hasta aquí hemos presentado podemos citar, unas ideas extraídas de la parte introductoria del libro que sobre “la maravilla del dolor” escribiera B. Cyrulnik. (29)

Tres errores por parte de los profesionales con respecto al comportamiento humano se pueden señalar: el primero se debe a que los profesionales solo reclutan a aquellos que repiten el maltrato (descartan a los resilientes); el segundo es el considerar que la reciprocidad es verdad (Si bien es verdad que muchos adultos que maltratan han sido maltratados, no lo es que si un niño es maltratado forzosamente se convertirá en maltratador) y el tercero es el de haber separado demasiado el mundo interior del mundo exterior, hasta el punto de hacernos creer que un individuo podría escapar a su contexto (si la memoria íntima de una persona está impregnada de un hecho, es que las reacciones emocionales de los allegados o la importancia que le atribuye la cultura, lo han hecho surgir).

Cuando uno comienza a estudiar y profundizar el tema de la resiliencia se suele producir un “deslumbramiento” que podríamos asimilar a un enamoramiento. Esta actitud puede llevarnos a absolutizar el concepto sin tener en cuenta sus limitaciones.

Otro cuidado es el de la tentación individualista, que pone demasiado el acento en los aspectos personales y una actitud con esta orientación podría generar una cierta pasividad ante los diferentes programas y proyectos que se presenten. Por el contrario tampoco es conducente un excesivo intervencionismo que tiende a considerar que desde

diversos accionares la resiliencia puede ser lograda, olvidando en la práctica, muchas de las características que le son propias.

Al considerar temas que hacen al comportamiento, la conducta y la salud de las personas, podemos caer en la tentación de creer que a través de las clasificaciones, las mediciones, las evaluaciones, las estadísticas podremos llegar algún día a abarcar la totalidad del ser humano. Estos datos son importantes pero en última instancia constituyen nada más que un acercamiento al profundo misterio de la vida. Al reconocer el misterio entramos en un plano metafísico del que la medicina de la modernidad a través de su autosuficiencia parece haber renegado. Dethlefsen y Dahlke al hablar de la crisis de la medicina afirman que ésta falla no por su filosofía, sino por su falta de filosofía.

Cada momento de la vida representa para la persona una etapa, con características propias e irrepetibles, por eso se habla de estar resiliente, en lugar de ser resiliente. Por ello la resiliencia si bien tiene una dimensión personal es también resultado de la interacción con el entorno. Es también en ese entorno en el que se debe trabajar para convertirlo en un aporte favorable que permita el mayor desarrollo posible de las potencialidades que se manifiesten tanto a nivel personal como comunitario.

Solamente abarcando la integralidad con todo lo que la misma pueda aportar podremos avanzar en el propósito de general salud.

BIBLIOGRAFIA

1.- www.deathmeters.info

2.- <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>

3.- Viner Russel et al. Lancet, vol 377, 9772, 1162-1174, abril 2011.-

4.- Cada año fallecen más de 1,2 millones de adolescentes por causas que, en su mayor parte, podrían evitarse, 16 de mayo de 2017, Comunicado de prensa, GINEBRA <https://www.who.int/es/news-room/detail/16-05-2017-more-than-1-2-million-adolescents-die-every-year-nearly-all-preventable>

5.- Ministerio de Salud de la Nación. Argentina, DEIS, Indicadores de salud, para la población de 10 a 19 años año 2018. <https://deis.msal.gov.ar>

6.- Narvaez R. Interdisciplina y práctica profesional, 1ºed.Ed. Puma, BsAs, 1997.-

7.- Maddaleno M. “Riesgo en adolescencia” en Adolescencia al día: Resiliencia, Programa de Salud del Adolescente, OPS, Fund. Kellogg, 1999; 1:16-17 .

8.-Dryfoos J.G. “Adolescent at risk: prevalence and prevention” Oxford University Press, New York, 1990.-

9.- Population Pyramid.net – Pirámides de población del mundo desde 1950 a 2017 – disponible URL <https://www.populationpyramid.net/es>

10.- Causas de Muerte Fuente: OPS Datos Mortalidad – PLISA portal. Base de datos de mortalidad actualizada al 20/02/2018 – Usando la Revisión 2015 of World Population Prospects – Fecha 06/02/2019 disponible URL <https://hiss.paho.org/pahosys/grp.php>

11.- Actualitix World Atlas-Statistics by country – PBI per cápita (U\$S) por país disponible al 07/02/2019 <https://es.actualitix.com/pais/wld/pib-per-capita-por-pais.php>

12.- ; Girard G.; Poverty and Inequity in Adolescent Health Care, AMSTARs International Health Issues in Adolescents, December 2009, volume 20: 887-899.

13.- La Conferencia de Ministras y Ministros de Trabajo de Iberoamérica: “El futuro del trabajo que queremos”. Disponible al 18/3/19 www.ilo.org

- 14.- Rutter M., “La resiliencia: consideraciones conceptuales” Conferencia on fostering resilience, Inst.Mental Health initiatives, marzo, 1992.-Washington DC
- 15.- Grotberg E. y Suarez Ojeda N. “Promoción de la resiliencia en los niños para fortalecer el espíritu humano” Fundación Bernard van Leer, 1996.-
- 16.- Kotliarenco M.A., Caceres I., Alvarez C., Resiliencia: construyendo en adversidad, Santiago de Chile CEANIM, 1996.-
- 17.- Girard G.A., “Espiritualidad y Resiliencia” En Ética e Ciudadanía, en los Anales del Seminario Iberoamericano de Adolescencia, Belo Horizonte agosto 2000.
- 18.- Girard G.A., “*Espiritualidad: ¿Promueve Resiliencia?* En Adolescencia y Resiliencia. Munist M., Suarez Ojeda E.N., Krauskopf D., Silber T.J.; Editorial Paidós. Cap 8: Buenos Aires, 2007
- 19- Antonovsky A.: “Health promoting factors at work: The sense of coherence” en Psycosocial factors at work and their relation to health” Kalimo R., El-Batawi M., Cooper C., Edition: WHO, Geneva, 1991.
- 20.- Maruso Stella Maris, “Laboratorio del Alma” Ediciones B,1° edición: 75, Buenos Aires, 2009.-
- 21.- Enfermedades de transmisión sexual (ETS) ¿Qué puedo hacer para evitar contraer las ETS y el VIH? Disponible www.cdc.gov
- 22.- Prof. José Luis Bimbela Pedrola, Diplomado Gestión del Conocimiento de la Escuela Andaluza de Salud Pública de la Universidad de Granada, España 2002.
- 23.- Mantilla Castellanos Leonardo, II Seminario Internacional de Habilidades para la Vida. Tenerife, septiembre 2007.
- 24.- Mantilla Leonardo, Chahín Iván Darío. Habilidades para la Vida. Manual para Aprenderlas y Enseñarlas. Bilbao: Fundación EDEX, 2006.
- 25.- Dr. Miguel Ruiz; Los Cuatro Acuerdos, Un libro de la sabiduría tolteca Ediciones Urano S.A. ISBN: 84-7953-253-X
- 26.- Proyecto La Ciudad de las Niñas y Niños, Rosario Junio 2009.ISBN 978-987-25134-0-
- 27.- Municipalidad de Rosario, Centro de la Juventud, Políticas de Juventud 20 años, Sociedad de Promoción Social. ISBN N°: 878-987-97997-7-2
- 28.- Berfenstam, R., Jackson, H. & Erikson, B., (editors), “The Healthy Community, Child Safety as a Part of Health Promotion Activites”, Folksam, Sweden 1988. ISBN 91-7044-099-9
- 29.- Cyrulnik B. “La maravillas del dolor”. Granica, Buenos Aires, 2001