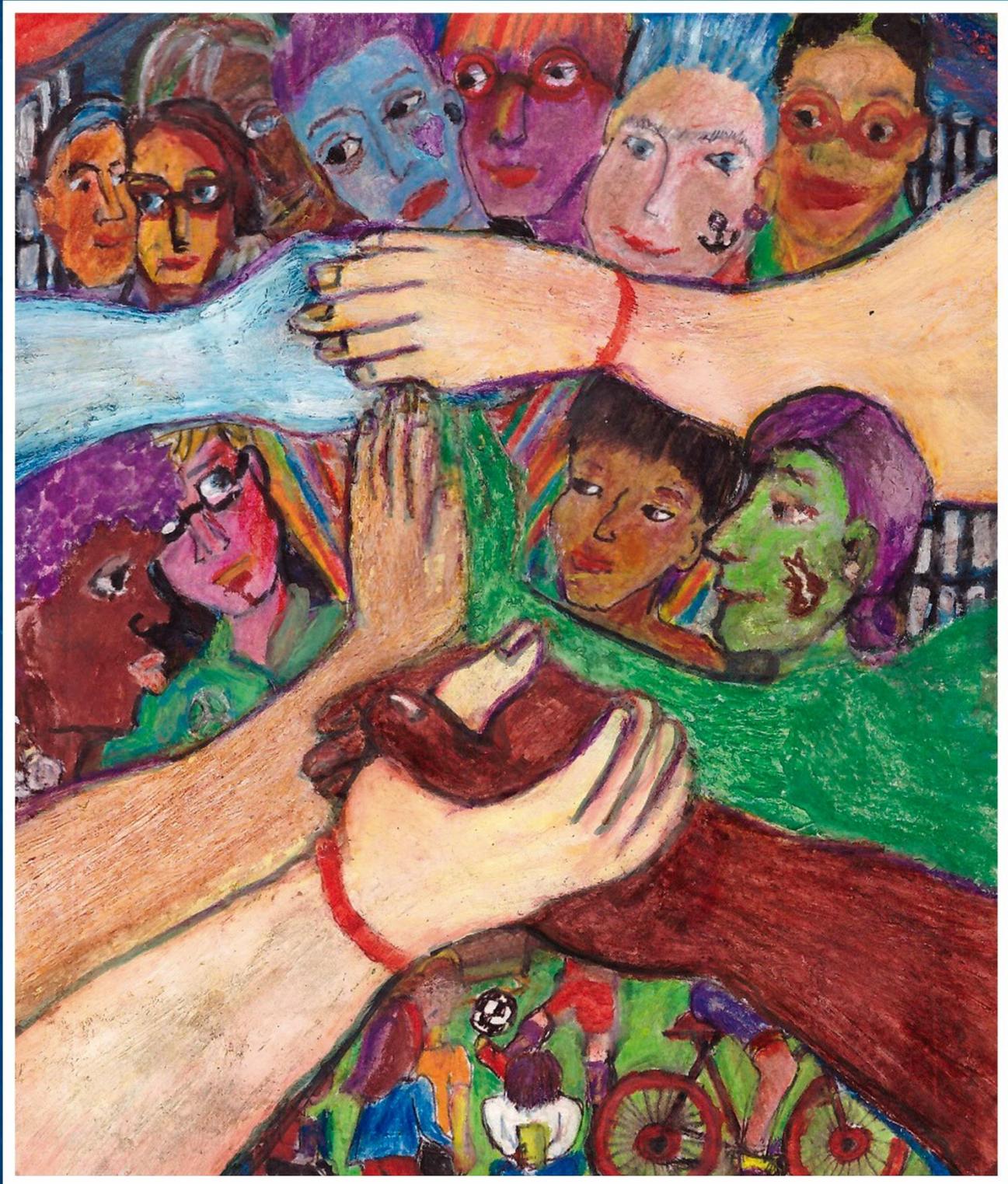


A LES PIBES ¡SALUD!

Masculinidades en la adolescencia y salud universal



A LES PIBES ¡SALUD!

Masculinidades en la adolescencia y salud universal

Compilación

Dra. Diana Gómez

Comisión Directiva de SASIA 2015-2018

Presidente: *Lic. Giancarlo Quadrizzi*

Vice presidenta: *Dra. Irene Melamed*

Secretaria: *Dra. Diana Gomez.*

Tesorero: *Dr. Gustavo Girard*

Vocales: *Lic. Adriana Narváez, Dra. Nora Reboledo, Lic. Laura Más y Dra. Graciela Saenz*

Revisor de Cuentas: *Lic. Marcelo Della Mora*

Ilustración de tapa

Lic. en Bellas Artes Ana Reboledo

Diseño y edición

Agustina Ramos.

SASIA. Sociedad Argentina de Salud Integral del Adolescente
Título A les pibes ¡Salud! Masculinidades en la adolescencia y salud universal
159 p. : 21 x 29x 7 cm
ISBN: 978-987-778-499-2
© 2018

www.facebook.com/groups/SociedadArgentinaAdolescente

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
<i>Lic. Giancarlo Quadrizzi</i>	
SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES Y JOVENES.	
Ampliando las áreas de intervención	14
<i>Dr. Cándido Roldán</i>	
REFLEXIONANDO SOBRE MASCULINIDADES DESDE UNA TRAYECTORIA PROFESIONAL, UNA VISION SUBJETIVA	18
<i>Dr. Gustavo Alfredo Girard</i>	
MASCULINIDADES EN LA ADOLESCENCIA Y SALUD UNIVERSAL ¡A les pibes Salud!	29
<i>Lic. Giancarlo Quadrizzi</i>	
EL PADRE ADOLESCENTE	36
<i>Dra. Elizabeth Balassa de Bessone y Dr. Ramiro Amato</i>	
PATERNIDADES	43
<i>Dra. Diana Gómez</i>	
DE ESO NO SE HABLA. (Pudor masculino)	53
<i>Dra. Juana Presman</i>	
MASCULINIDADES: riesgo versus vulnerabilidad	56
<i>Dr. Daniel Rolón</i>	
EL ROL DEL ADOLESCENTE VARÓN EN LA CONSULTA GINECOLÓGICA	65
<i>Dr. José María Méndez Ribas</i>	
ABUSO SEXUAL EN ADOLESCENTES VARONES	69
<i>Dr. Ramiro Amato y Dra. Sonia Morero.</i>	
EJERCICIO DE LA SEXUALIDAD EN EL VARÓN DESDE UNA MIRADA DE DERECHOS	80
<i>Dra. Nora Reboledo</i>	
EL ADOLESCENTE EN CONFLICTO CON LA LEY PENAL: enfoque de género y masculinidades	86
<i>Dra. Dora Pagliuca</i>	
APROXIMACIONES AL PROBLEMA DE CONSUMO ABUSIVO DE ALCOHOL EN LOS ADOLESCENTES VARONES	94
<i>Lic. Adriana Narvaez y Lic. Sol Feintuch Narvaez</i>	

VARONES XXY	101
<i>Lic. Marcelo Della Mora</i>	
RELACIÓN DE LOS ABUELOS CON SUS NIETOS ADOLESCENTES	111
<i>Dra. Nélide Horno</i>	
TALENTISMO CULTURAL	115
<i>Consultor Psicológico David Mauricio Settembrino</i>	
NUEVAS PERSPECTIVAS PARA EL ABORDAJE INTEGRAL EN LA ADOLESCENCIA: Modos de Ver... Modos de Hacer	126
<i>Lic. Trabajo Social Norma Mora</i>	
LA IRRUPCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN LA TRANSICIÓN DE LA ADOLESCENCIA A LA ADULTEZ	132
<i>Dra. Irene Melamed</i>	
CREANDO LAZOS ENTRE SALUD Y EDUCACIÓN. El camino de “Penélope, Zoe, Amelia, Valentina, Ruberta, Jacinto, uno no nombrado... y Alejandro”	140
<i>Dra. María Alejandra Wlochal y Lic. Irene Arrieta.</i>	
RELATO DE EXPERIENCIA: ASESORIA EN SALUD SEXUAL INTEGRAL, EN LAS ESCUELAS SECUNDARIAS DE LA LOCALIDAD DE VICTORICA- LA PAMPA. AÑO 2017	148
<i>Dra. Luisa Angélica Cardoza Oliva</i>	
EPILOGO	154
<i>Pascale Maquestiau</i>	
PALABRAS FINALES	159
<i>Lic. Adriana Narvaez</i>	

INTRODUCCIÓN

Lic. Giancarlo Quadrizzi

Una de las finalidades fundantes de la Sociedad Argentina de Salud Integral en la Adolescencia es “obtener el mejor conocimiento de la realidad Adolescencia–Adolescente” “con la intención de actuar con carácter interdisciplinario para intervenir, cooperar y aportar en la resolución de los problemas y conflictos de Salud de esa población, a través del ejercicio profesional y la relación profesional-adolescente” (1). Esta afirmación del Lic. Rubén Narváez, primer presidente de SASIA, conserva aún la novedad y el vigor que cuando se la enmarco conceptualmente dentro de los “Nuevos problemas observables”. Los años pasaron pero persiste la “novedad” de la Salud integral en la adolescencia y los problemas vinculados: la educación para el siglo XXI, la violencia, el consumo problemático, la equidad de género, los cambios en la familia, etc.

Estos “Nuevos problemas observables” constituyen una construcción social permanente, “fundamentada en las circunstancias en las que emerge y la conformación de una realidad de nueva complejidad e interrelaciones” (1).

Junto a la “finalidad fundante” mencionada más arriba, en los orígenes de SASIA también encontramos como rasgo fundamental, una “actitud para el trabajo en equipo y el compromiso de adoptar la interdisciplina como método y epistemología idóneos; para abordar, conocer e intervenir en las realidades complejas de nuestros días” (1). Esta publicación propone honrar estos orígenes y apostar a un encuentro amplio entre los miembros de la Sociedad para consolidar un espacio de pensamiento que impulse la acción interdisciplinaria con los y las adolescentes de la República Argentina.

En el marco del lema “Salud universal: para tod@s, en todas partes” (2) convocamos a los miembros de SASIA, a escribir un artículo sobre la inclusión del enfoque de masculinidades en salud integral de la adolescencia para su difusión mediante libro digital. Participaron de la propuesta, profesionales de medicina, trabajo social, enfermería, psicología, y orientación vocacional de las provincias de Santa Fe, Córdoba, Río Negro, La Pampa, Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Si bien la inclusión del enfoque de masculinidades no se determinó como excluyente, la mayor parte de los artículos tocaron algún aspecto relevante al tema. Es destacable que los únicos requisitos estrictos fueron los formales y necesarios para mantener la coherencia en la edición y el estilo científico. En cuanto al contenido y orientaciones teóricas e ideológicas confiamos en el criterio de cada profesional y en la capacidad del colectivo

para reflexionar desde el respeto a la diversidad. Como apreciarán en la lectura el resultado es de una notable coherencia y complementariedad, más propia de quienes comparten paradigmas y comunidades de práctica que del azar. Para introducir y orientar la lectura comparto una primera impresión de cada capítulo según su orden de aparición.

El *Dr. Cándido Roldan* nos comparte tanto desde su vasta experiencia en el trabajo con adolescentes en sus comunidades como desde la referencia a consensos internacionales, algunas reflexiones que nos llevan a re pensar problemas centrales: ¿Qué es la salud Integral? ¿Qué formación recibimos los profesionales para atenderla cabalmente? ¿Qué lugar tienen los adolescentes varones en las instituciones destinadas al cuidado del proceso Salud- Enfermedad-Atención? Y avanza en respuestas que definen a la salud como una construcción social, desplazando a las instituciones de salud del centro de la escena y colocando a la comunidad como el escenario donde la salud, en tanto proceso, se desarrolla con el protagonismo de los jóvenes. “...el liderazgo adolescente no sólo posibilita el desarrollo integral del potencial del adolescente que lo ejerce, sino que constituye un aspecto estratégico e instrumental para promover y consolidar cambios sociales entre adolescentes y jóvenes.”

El *Dr. Gustavo Girard* nos introduce en la cuestión de las masculinidades, con el estilo del varón que ha vivido y puede finalmente hablar concretamente más allá de las vestiduras de la ciencia y la política. Un poco como G. Deleuze cuando dice: “¿pero qué era eso, lo que he estado haciendo durante toda mi vida?” (3). Gustavo Girard nos presenta su mirada histórica sobre los partos que dieron lugar a las masculinidades en las paternidades, la educación sexual, las adolescencias, las sexualidades y la salud sexual integral, el VIH, las violencias y el suicidio. Y finaliza con una atenta revisión de los afectos de los varones que en la consulta luchan por vencer los mandatos de dureza varonil, y se asoman en la sociedad buscando una transformación que comience a equilibrar la formidable emancipación que han logrado los colectivos de mujeres en la historia de la humanidad.

En el texto *A los pibes ¡Salud!*, quien escribe, se propone realizar una afirmación Performativa, de esas que hacen al decir, impulsando el hacer propio de la reflexión y la escritura, para ponerlo al servicio del imperativo ético: Salud para todos.

Estas enunciaciones esperan tomar fuerza de dos hechos históricos. Uno inmediato y efímero, la propuesta de la OMS-OPS de dedicar el año 2018 a la cobertura universal de salud (2). Otro de largo aliento pero de aguda actualidad: la puesta en agenda de la temática de género por los movimientos de mujeres. A sabiendas de que cualquier

reflexión sobre género es deudora de este movimiento y de que la reflexión colectiva sobre las masculinidades retribuirá con su aporte a la emancipación de las mujeres. Nos urge de visibilizar a un sector social, que invisibilizado en la pretensión universal de “los derechos del hombre” no logra definir sus necesidades ni organizar sus luchas. Así en el fragor de las discusiones sobre el lenguaje inclusivo comparto esta apuesta a que “les pibes” puedan visibilizarse como un sector particular con capacidad de canalizar sus demandas y centrar los sistemas de salud para atender los problemas que día a día provocan muerte y sufrimiento.

La *Dra. Elizabeth Balassa de Bessone* y *Dr. Ramiro Amato* nos introducen en las paternidades adolescentes desde un enfoque que incluye la complejidad y la singularidad de cada situación. Nos proponen “pensar en nuestros pacientes como esa pareja de adolescentes en esa consulta considerando esa situación como única e irrepetible”. Y nos alertan que “La escasez de instituciones o redes de apoyo emocional que incentiven su participación como padre y le brinden asesoramiento es un factor de riesgo para su buen desempeño”. Incluir al varón en el proceso de la paternidad requiere revertir esta situación a fin de lograr abordajes integrales que posibiliten reducir los impactos negativos y aumentar los potenciales de salud, para el padre adolescente e inmediatamente para su pareja, su progenie y su entorno. Encontramos en este capítulo un aporte para mejorar las intervenciones profesionales en el acompañamiento de las paternidades.

El capítulo de la *Dra. Diana Gomez*, expresa el resultado de una mirada atenta e inteligente a la realidad de las y los adolescentes en una comunidad. Atenta porque encontró en el trabajo preventivo asistencial con la población adolescente las pistas para trabajar en paternidades. E inteligente en tanto logra asumir “el círculo cognoscitivo” que posibilitó identificar los puntos ciegos que invisibilizan a la paternidad, que la instalan como un “no lugar” en la salud pública. Y desde la pregunta del saber, sobre el saber hacer, visibiliza a los varones en los distintos momentos del proceso de las paternidades. Sin perder nunca de vista que la circularidad del saber es también una circularidad del hacer, por lo que nos brinda referencias de experiencias y protocolos específicos para mejorar la salud de los hijos y las hijas, las madres y los padres.

La *Dra. Juana Presman* nos impulsa a articular en palabras un aspecto fundamental del desarrollo sexual de los varones. La espermarca. Evento inaugural de la fertilidad masculina, sin embargo, es invisibilizado por las prácticas en salud y educación. Encontramos un ejemplo en los materiales pedagógicos de Educación Sexual Integral

editados en 2011 por el Ministerio de Educación de la Nación (4), un verdadero ejemplo de Integralidad y consideración de las y los adolescentes como sujetos de derecho. No obstante, en la publicación “Educación Sexual Integral. Para charlar en familia” El capítulo “La primera Menstruación” ocupa dos páginas. La espermarca no se identifica en cuanto tal. Apenas encontramos una mención a la eyaculación en el capítulo “La masturbación” en el que refiere como toda información “en el caso de los varones también es posible que notemos que hay unas manchas en sus sabanas”.

Así que compartimos la afirmación “¡Bienvenidos los movimientos sociales de varones que reivindicuen el derecho a hablar sin tapujos de su virilidad!” Y esperamos contribuir con ellos para que logren incluir los temas que consideren pertinentes en los materiales educativos y en las campañas de salud.

El *Dr. Daniel Rolón* nos introduce en el laberinto de las masculinidades, brindándonos definiciones muy certeras para centrar la mirada y no perder el rumbo. Así formula y distingue riesgo de vulnerabilidad y nos previene de la mirada indignante sobre las masculinidades singulares cuando las evaluamos desde el riesgo epidemiológico. La lectura del capítulo de su autoría nos advierte de la necesidad de mantener, en cada caso, la mirada atenta a la complejidad, manteniendo presentes; la discontinuidad biológica basada en la dicotomía sexual y el continuo cultural entre masculino y femenino. Pero fundamentalmente nos impulsa a sostener el deseo ético “...Quisiera que me enseñes a mirarte como necesitas ser mirado, para que te sea más sencillo encontrar el lugar al que quieras llegar...”

El *Dr. José María Méndez Ribas*, nos cuenta desde su experiencia señera parte del desarrollo de la ginecología y la pediatría en Argentina y los hitos que implicaron incluir a los varones en la consulta ginecológica. Su amplia experiencia nos permite conocer las intersecciones disciplinarias que se forjaron en el ámbito público y los aprendizajes que nos brinda para el ámbito privado donde se requiere que el profesional tenga ya “internalizado” el abordaje integral de su paciente como parte de su capacitación e “incluir a la familia y a su pareja si la tiene.”

De este modo se evitarán perder oportunidades de incluir al varón en la consulta “para evaluar en su totalidad a la adolescente mujer que está atendiendo” y facilitar que los adolescentes varones “se acerquen al sistema de salud para la prevención y educación correspondiente conectándolo con un pediatra especializado en Medicina para Adolescentes”.

El *Dr. Ramiro Amato* y *Dra. Sonia Morero* nos comparten en este capítulo la síntesis de saberes y haceres en un tema que requiere de conocimientos certeros y prácticas

transformadoras a fin de adquirir su dimensión precisa. El Abuso Sexual Adolescente en Varones. Si bien las situaciones registradas suelen ser menos frecuentes que en adolescentes mujeres, es un problema que afecta a una gran cantidad de varones adolescentes y adquiere modalidades específicas. El texto contextualiza en problema a nivel global y plantea con crudeza uno de los aspectos más característicos y silenciados del patriarcado. La violencia sexual como herramienta de dominación entre varones. El escrito no se limita a aspectos sociológicos generales. Plantea aspectos clínicos muy precisos brindando herramientas para diagnosticar e intervenir y nos moviliza a seguir formándonos para abordar el problema y visibilizarlo. Quizás esos pasos modifiquen el registro de estas situaciones y en un futuro próximo veamos que es un hecho mucho más frecuente de lo que conocemos.

La *Dra. Nora Reboledo* nos ofrece una mirada de las masculinidades y la adolescencia centrada en el marco legal vigente a partir La ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes que adecua la legislación nacional a la Convención de los Derechos del Niño.

En ese contexto de transformaciones vertiginosas impulsadas por la emancipación expansiva liderada por los movimientos de mujeres y las transformaciones sociales que corren las fronteras de la adolescencia, nos impulsa a los varones a revelarnos al mandato de poseer. “En un mundo donde la desposesión es la norma: el 1% de la población mundial posee el 50% de la riqueza planetaria. Los costos de la masculinidad hegemónica no son sólo para las mujeres sino también para los varones.” La equidad reclama su participación para lograr “configurar programas y modelos preventivos centrados en la masculinidad”. Reclama también nuestro compromiso activo, “junto con las mujeres, en la consecución de una nueva sociedad compuesta por personas más libres e íntegras.”

La *Dra. Dora Pagliuca* nos comparte la mirada de quien atravesó los paradigmas y apuesta por transformación. Aborda un problema, los niños y jóvenes en conflicto con la ley penal y resalta la necesidad de trabajar un aspecto característico, una visión que reduce la masculinidad a un estereotipo biológico donde el honor, el riesgo y la muerte arrasan con la vida y la libertad de los adolescentes y con la “seguridad” de la sociedad. El informe del Sistema Nacional de Estadísticas sobre la Ejecución de la Pena 2016 indica que “El 96% de los detenidos son varones jóvenes con bajo nivel de escolarización” (5). Este capítulo nos pone en la pista de la importancia del apego en los primeros años de vida y del riesgo de la deprivación y su correlación con conductas delictivas. También nos advierte de la potencia de los abordajes de la justicia

restaurativa para intervenir en estas situaciones. En suma, nos predispone a seguir reflexionando sobre las masculinidades y actuando para transformar la realidad.

En el artículo de la *Lic. en Psicología Adriana Narvaez y la Lic. Sol Feintuch Narvaez* encontramos un tema tan preocupante en las estadísticas como poco valorado en la suposición de riesgo del mundo adulto y adolescente. El consumo de alcohol, en particular el consumo episódico y abusivo de alcohol. En un contexto epocal de postverdad, donde valen más las emociones y la repetición de relatos que alguna objetividad basada en atributos universalizables, el artículo nos impulsa a reflexionar para superar la paradoja del gozar sin límites. Paradoja que transforma a las “previas” en continuas y borra la frontera entre placer y padecer transformando todo en espectáculo. En un escenario de una noche para jóvenes en un mercado creado por adultos se presenta una escena donde los varones “Sufren y comparten una mayor presión para demostrar que pueden beber y beber más, sintiendo la mirada de sus pares”.

El *Licenciado en psicología Marcelo Della Mora* nos introduce en las problemáticas bio-psico-socio-culturales del Síndrome de Klinefelter, conocido por el gran público a través de la película argentina “XXY”, de la novelista y directora Lucía Puenzo.

Si bien es una condición poco frecuente, (con una prevalencia de 0.2%) el enfoque del autor permite no solo conocer mejor un síndrome que afecta exclusivamente a varones, sino también reflexionar en torno a problemas universales, como la distinción, identidad de género- identidad sexual o formación-información. También contextualiza el abordaje de las situaciones con orientaciones precisas en el marco de la educación sexual integral y la atención interdisciplinaria. En este recorrido pone en valor conceptos de W. Reich uno de los pioneros de la salud sexual cuyas teorías aún no han tenido el merecido reconocimiento y difusión. Y nos impulsa a estar atento a cada componente de la complejidad humana, incluido los factores genéticos y hormonales, muchas veces obliterados por la literatura psicológica argentina.

La *Dra. Nélide Horno* nos impulsa a iluminar un tema tan actual como poco presente en los dispositivos de atención con adolescentes. La relación de los abuelos y abuelas con sus nietos y nietas adolescentes.

En una época en la que el “mucho abuelo y el poco hermano” describen un aspecto característico de la transición demográfica, es indudable la importancia de reflexionar sobre el rol que podemos tener en ese vínculo con un inmenso potencial de mutuo beneficio. El texto nos brinda elementos concretos para aumentar los factores

protectores de esta relación intergeneracional y para prevenir los posibles riesgos tanto para los abuelos y las abuelas como para los y las adolescentes.

El texto de *David M. Settembrino*, Counselor, periodista, compositor musical y conceptualizador de la Orientación al Talento Personal nos previene de los riesgos de lo que él llama “Talentismo Cultural”. El capitalismo encontró en el Talento un término para describir un recurso inagotable. Como es de esperar, también desarrolló los medios para sustraerlo de su fuente y convertirlo en mercancía. La propuesta es superar la visión utilitarista del talento y ponerla al servicio de la libertad personal. Ya sea en las situaciones donde hay talentos naturales que “condenan” a la persona a “tener” que aprovecharlos, como en la situación más frecuente, en la que no se identifica ningún don extraordinario. El artículo nos propone una mirada para conectar a los y las adolescentes con su intención primordial y transformarla en un proyecto que “pueda ser escrito de una forma más singular y auténtica posible”.

La *Lic. en Trabajo Social, Norma Mora*, nos comparte una mirada situada en un contexto específico con una población determinada, Ciudad de Allen, Pcia. de Río Negro. Allí se despliegan los recursos habilitados por la Convención de los derechos de la Niñez y la Normativa Nacional a fin de lograr el acceso de la población adolescente a los servicios de salud, en un marco de confidencialidad y el máximo respeto a su autonomía. El despliegue de la experiencia y la reflexión sobre la misma evidencia las barreras psico-socio- culturales y también político ambientales que se interponen entre los adolescentes y su derecho a la salud. Al poner en valor la mirada subjetivante de los efectores de salud, logra pintar la aldea describiendo al universo. Y nos pone en la pista de las epistemologías del sur para centrar las acciones con participación protagónica de las y los adolescentes a fin de generar las políticas que transformen la realidad y realicen los derechos.

La *Dra. Irene Melamed*, nos introduce en temas clave para la salud integral en la adolescencia. La información enunciada en una escucha capaz de oír los silencios y comunicar los contextos. Y el Curso de vida en particular en el proceso de tránsito de la adolescencia a la adultez. Dando relevancia a un proceso mucho menos considerado que el tránsito de la niñez a la adolescencia, pero de todos modos relevante. En este marco reflexiona sobre la aparición de la enfermedad y de su impacto en la trayectoria vital, la vida familiar y en la relación terapéutica. Y nos brinda precisas orientaciones para que las intervenciones profesionales aporten a la autonomía y dignidad personal.

El capítulo de la *Dra. María Alejandra Wlochal* y la *Lic. en enfermería Irene Arrieta* nos relatan el viaje de Penélope y sus heterónimos a través del sistema educativo de San Andrés de Giles, Pcia. de Buenos Aires. Penélope, es una representación de las y los adolescentes del pueblo construida con sus manos ideas y saberes, en el marco de una metodología tan simple como rigurosa. La técnica es simple, pero su implementación y su contexto complejos, ya que incorporan a todo el sistema educativo y el sistema de salud entrelazando disciplinas y saberes y produciendo un saber que sin dudas marcaran el desarrollo del sistema de salud en esa comunidad. Es de esperar que el mapa de este viaje tan bellamente descrito inspire a quienes leen a usarlo en sus territorios.

La *Dra. Luisa Cardoza Oliva* nos comparte la tarea realizada a fin de lograr la superación de “disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres” en un ámbito históricamente habitado por mayoría de varones como es la educación Agro técnica en la provincia de La Pampa. En su relato da cuenta de la imprescindible capacitación de los profesionales para afrontar el desafío de “acercar el sistema de salud a los adolescentes” desde equipos interdisciplinarios en intervenciones intersectoriales. Se requiere flexibilizar la rigidez de los egos disciplinarios y ponerlos al servicio de dispositivos complejos, para vencer las resistencias y superar los conflictos que surgen cuando los adultos nos posicionamos como “habilitadores de derechos” ante “los estudiantes adolescentes”, como se anima a nombrarlos la autora del mencionado capítulo.

Esperamos que la lectura e intercambio que comenzamos con esta publicación inaugure muchos otros encuentros, en los que pongamos en valor la labor cotidiana que se realiza en nuestra Argentina con las y los adolescentes y sus comunidades.

Bibliografía

Lic. Narvaez, Rubén Osvaldo Salud integral del adolescente Su abordaje interdisciplinario.

Disponible:http://campuscitep.rec.uba.ar/pluginfile.php/2098/mod_resource/content/0/Salud_integral_del_adolescente_Su_abordaje_interdisciplinario.doc Visitado 10-9-2018

1- OPS/OMS. El Día Mundial de la Salud 2018. Disponible en:
[https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=10212:el-dia-mundial-de-la-salud-2018-se-centrara-en-la-salud-](https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=10212:el-dia-mundial-de-la-salud-2018-se-centrara-en-la-salud-universal&Itemid=270)

[universal&Itemid=270](https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=10212:el-dia-mundial-de-la-salud-2018-se-centrara-en-la-salud-universal&Itemid=270) Acceso el 13 de agosto 2018.

2- Deleuze G. Guattari F. ¿Qué es la filosofía? Ed Anagrama 1993 Barcelona Pág.7

3- Marina, M. Educación Sexual Integral: para charlar en familia. 1° edición Buenos Aires Ministerio de Educación de Nación, 2011

4- Sistema Nacional de Estadísticas sobre la Ejecución de la Pena. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/noticias/15-anos-consecutivos-de-estadistica-penitenciaria-informe-sneep-2016> Consultado 8 del 9 del 2018.

SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES Y JOVENES

Ampliando las áreas de intervención

Dr. Cándido Roldán¹

Cuando hablamos de **salud integral del adolescente**, SIA, me planteo un interrogante: *¿qué entendemos los profesionales que trabajamos con estas poblaciones como salud integral?*

Desde que la OMS en 1948 (1) definió la **salud**: “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia” integrábamos la salud biológica y la salud mental; y esta definición ha quedado impregnada en las personas que tienen relación con el tema. La salud no es un estado, es parte de un proceso multidimensional, la persona a lo largo de la vida se va desplazando sobre ejes salud-enfermedad como un equilibrio activo. Con el correr de los años incorporamos el **contexto**, incluyendo dentro del mismo los determinantes económicos, políticos, culturales, ambientales y educacionales. La **Carta de Ottawa** (2) destaca determinados prerrequisitos para la salud, que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos. La OMS (1), incorpora el concepto de la salud como derecho humano fundamental; luego se sumó la dimensión **espiritual** de la salud y el concepto de **ecología** (problemas ambientales: destrucción de la capa de ozono, la contaminación del aire y del agua, y el calentamiento de la tierra). Y desde el 2012 el nuevo contexto legal ² nos desafía a integrar la identidad de género. (3) La aparición del concepto de género, pone al descubierto las desigualdades e inequidades, en cuanto a salud y enfermedad, entre el hombre y la mujer. Ambos tienen distinta forma de enfermarse, de vivir la enfermedad y distintas visiones de lo que es estar sano.

Entonces, una visión **integral de la salud** del adolescente supone que todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales, ambientales, legales, espirituales, de género y económicas, deben tener en cuenta las implicaciones y el impacto de sus actividades en la salud y el bienestar individual y colectivo. Un concepto conocido en los enunciados teóricos, pero también vivenciado en mi trabajo comunitario,

¹ Dr. Cándido Roldán. Pediatra. Especializado en temas de adolescencia y juventud. Magister Internacional en drogadependencia, Univ.de Deusto, España y Univ.del Salvador. Director de Posgrado de Salud Social y Comunitaria. Inst. Univ. de Ciencias de la Salud. Facultad de Medicina.

² Ley 26.743 de Identidad de Género. (2012) La Ley de Identidad de Género establece la obligatoriedad de “reconocer la identidad de género y el libre desarrollo de la persona en virtud de la misma”. Asimismo, establece el derecho a que todas las personas sean tratadas “de acuerdo con su identidad de género y, en particular, a ser identificadas de ese modo en los instrumentos que acreditan su identidad respecto de el/los nombre/s de pila, imagen y sexo con los que allí es registrada” (Artículo 2)

es que **“la salud es una construcción social”**; **“la salud se construye y se deteriora en la comunidad”** y **participan múltiples actores, que constituyen una trama compleja.**

Observando el trabajo y temáticas que vienen abordando las Sociedades Científicas, la mayoría de los temas presentados en revistas y congresos, predominan las presentaciones de **enfermedades**, sus abordajes, sus enfoques terapéuticos y sus resultados. Escasos son los trabajos de prevención y de promoción; menos son los trabajos de integrantes de los equipos de salud “en y con” la comunidad y mucho más escasos son los trabajos con una mirada de identidad de género integrando las masculinidades, las **paternidades** (3) **y/o los varones**. Estas carencias podemos atribuirle quizás a la formación de grado, donde el eje de **enseñanza está en la enfermedad** y que constituye la base del accionar de los integrantes de los equipos de salud; como también en parte a la formación de postgrado.

En mi experiencia acumulada a través de cuatro programas realizados, en más de tres décadas con jóvenes y familiares en la comunidad, en el área específica del conurbano bonaerense, donde habitan 12 millones de habitantes³ mucho de lo observado y de las demandas de la comunidad se vincula con lo que conocemos como los determinantes de salud; **he contactado y vivenciado la compleja situación que viven los jóvenes en sus comunidades y que en su mayoría no consultan al sistema de salud**⁴. (1)

A partir del análisis de 18 proyectos del “Posgrado en Salud Social y Comunitaria”^{5 6}, **tres⁷ incluían algunos aspectos relacionados a las masculinidades y/o rol varón. Sin embargo** a partir de lo **escuchado** en las reuniones con jóvenes y su comunidad, donde aparece la necesidad de brindar respuestas, detectando necesidades, investigando con qué recursos personales y locales cuentan en **las 16** patologías

³ 1) Programa de PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA ESTUDIANTIL en la ciudad de Buenos Aires. 1986-1996. 2) Programa de prevención y asistencia a las adicciones. Programa 10.000 LÍDERES PARA EL CAMBIO. 1992-2000. 3) CASA DE LA JUVENTUD. Programa de desarrollo juvenil. 2000-2005. Adolescentes y jóvenes judicializados por delitos y abuso de sustancias. 4) “POSGRADO EN SALUD SOCIAL Y COMUNITARIA” 2005-2010

⁴ Declaración de Alma Ata, OMS, Ginebra, 1978: subraya que todo el mundo debe tener acceso a una atención primaria de salud y participar en ella. El enfoque de la atención primaria de salud abarca los componentes siguientes: equidad, implicación/participación de la *comunidad*, intersectorialidad, adecuación de la tecnología y costes permisibles. Como conjunto de actividades, la atención primaria de salud debe incluir como mínimo la educación para la salud de los individuos y de la comunidad sobre la magnitud y naturaleza de los problemas de salud e indicar los métodos de prevención y el control

⁵ Ministerio de Salud de la Nación en convenio con todas las Universidades Nacionales y Privadas del país.

⁶ Postgrado semipresencial y en servicio para integrantes del equipo de salud egresados de carreras universitarias de cuatro años de duración como mínimo. El objetivo: contribuya a la reconversión del recurso humano, orientando su formación a la atención primaria de la salud, resolución de problemas locales y trabajo con la comunidad a través del otorgamiento de becas

⁷ Municipalidad de Ezeiza Proyecto de Planificación Familiar una Decisión Compartida. Britos, M.; Fuschini, D. y Prestia, N. Objetivo: Identificar factores biopsicosociales en el varón que permita una decisión compartida en la planificación familiar Municipalidad de Perón Factores que inciden en el Abandono del Programa de Salud Sexual Procreación Responsable. Mazzuchelli, M.; Álvarez, S. Obj.: identificar los factores relacionados al abandono del programa de SS y R en el área programática Resultados:... poca intervención del hombre... Municipalidad de Presidente Perón Los hombres no lloran. Inv. Cualitativa. Entrevistas abiertas y grupos focales. Stirling, J., Chuquisengo, Olano, K. y Lopolito M... Obj.: analizar los modelos de masculinidad que incidirían en los alumnos visualizados como violentos en la EPB 8 y ESB 4 de Pte. Perón.

prevalentes aportadas por ellos no aparece el tema de masculinidades ni de varón; o sea que son necesidades “no sentidas”. Es en ese momento que el equipo profesional cobra importancia para aportar una educación para la salud. Justamente es en la promoción de la salud donde la estrategia de educación, junto al empoderamiento y el desarrollo comunitario cobran importancia,⁸ (4) coincidiendo con la **Declaración de Yakarta**⁹(5)

Por lo tanto, trabajar la salud integral del adolescente es un tema complejo, y más si incorporamos a los adolescentes en un liderazgo transformador (6), **el liderazgo adolescente** no sólo posibilita el desarrollo integral del potencial del adolescente que lo ejerce, sino que **constituye un aspecto estratégico e instrumental para promover y consolidar cambios sociales entre adolescente y jóvenes.**

Cuando uno se respalda en el pensamiento científico, la curiosidad y las propuestas de nuevas hipótesis, asumimos un desafío pero nuestro compromiso ético así lo requiere.

⁸ La Carta de Promoción de la Salud de Ottawa refiere que la promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los *determinantes de la salud* y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud.

⁹ Declaración de Yakarta sobre la manera de guiar la promoción de la salud hacia el siglo XXI, julio 1997, confirma que estas estrategias y áreas de acción son esenciales para todos los países. Los escenarios para la salud ofrecen oportunidades prácticas para la aplicación de estrategias globales: La participación es esencial para sostener los esfuerzos. Las personas tienen que ser el centro de la acción de la promoción de la salud y de los procesos de toma de decisiones para que éstos sean eficaces. La *alfabetización sanitaria/aprendizaje sanitario* fomenta la participación. El acceso a la educación y a la información es esencial para conseguir una participación efectiva al igual que el *empoderamiento* de las personas y las comunidades.

Bibliografía

OMS Promoción de la Salud Glosario Ginebra 1998 Disponible: http://www.who.int/hpr/backgroundhp/glossary/glossary_sp.pdf Consultado junio 2018

1- Carta de Ottawa (1986) Promoción de la Salud, OMS, Ginebra, 1986.

2- Aguayo, F. y Kimelman, E. Paternidad Activa Guía para promover la paternidad activa y la corresponsabilidad en el cuidado y crianza de niños y niñas. Para profesionales del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo. Ministerio de Desarrollo Social 2012.

3- Declaración de Yakarta

4- Ley 26.743 de Identidad de Género. (2012)

5- La juventud y el liderazgo transformador- Conceptos y estrategias en mundos inciertos y turbulentos Lic. Bernardo Blejmar, Lic. Olga Nierenberg, Dr. Néstor Perrone. OPS/OMS/Fundación Kellogg- Bs As 1998

Otras bibliografías consultadas

Lic. Olga Nierenberg, Lic. S. Vuelen, Dr. G. Girard, Dr. A. Novoa, Lic. G. Jajam, Dr. F. Delgado, Dr. R. Mercer ¿Todo Bien? Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia –Dirección Nacional de Salud Materno Infantil -2002

OPS (Borrador). Unidad del Niño y el Adolescente. Salud de la Familia y de la Comunidad Guía para la Evaluación de Servicios de Calidad para Jóvenes y Adolescentes .En: Salud del Adolescente en Latino América y el Caribe 2003. (Marco Conceptual basado en el Modelo de Servicios de Calidad para Jóvenes y Adolescentes). [OPS/OMS 2002]. Julio 2003. Disponible en: <http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/derechos%20humanos/jovenes/evaluaservalidjoven.pdf>. Consultado: junio 2018

REFLEXIONANDO SOBRE MASCULINIDADES DESDE UNA TRAYECTORIA PROFESIONAL, UNA VISION SUBJETIVA

Dr. Gustavo Alfredo Girard¹⁰

Cuando **SASIA**, decidió convocar a sus socios a escribir, reflexionar y debatir sobre masculinidades, si bien se trataba de un tema al que había dedicado una parte importante en mi vida profesional, desistí de hacerlo. Hacía tiempo que había dejado de hacer presentaciones y/o escribir sobre el tema y además había escuchado y leído varias de ellas a cargo de jóvenes profesionales, buenas y actualizadas.

¿Qué fue lo que hizo, que en cierto sentido me apartara de abordar el tema? Nació el siglo XXI y junto con el equipo interdisciplinario del Hospital de Clínicas José de San Martín, publicamos el Libro “El Adolescente Varón” (1) Siempre interesado sobre el tema, 11 años después, en mayo de 2011, participé en Montevideo del IV Coloquio Internacional sobre Masculinidades. Llevé varios libros para ofrecerlos en venta en alguno de los stands. En el viaje en barco, hacia la otra orilla (por suerte) se me ocurrió hacer una relectura rápida del libro y después de concluir con la tarea llegué a una rápida conclusión...el libro era invendible. Se encontraba totalmente obsoleto en sus temas, en sus lenguajes, la adolescencia a la que se refería y la perspectiva de género, ni siquiera se nombraba. La temática había cambiado como lo había hecho el adolescente de la portada del libro (hijo de una de las coautoras). Asistí al Coloquio, aprendí mucho y a los tres días regresé a Buenos Aires, con mis libros, que no me animé a tirar al Río de la Plata.

Esta anécdota describe la dinámica y velocidad que el encuadre de las masculinidades viene experimentando a través del tiempo. Pensé sobre las experiencias vividas, que me llevaron a abordar el tema con interés, dedicación y entusiasmo y como sin siquiera darme cuenta, me fui adaptando al cambio que las circunstancias exigían. El proceso me pareció interesante y, fue entonces ya sobre la fecha límite de la entrega prevista que decidí escribir y compartir estas reflexiones.

La Paternidad

A nivel personal, el tema de la paternidad siempre ocupó un lugar destacadísimo en mi vida. Me tengo que remontar a mis primeros años. A los 2 años y 4 meses perdí a mi padre biológico. Mi memoria consciente no guarda ningún recuerdo de él, lo que surge muy vagamente es el sentimiento que me embargaba cuando mis compañeros del

¹⁰Médico Pediatra, especialista en Adolescencia. Socio Fundador de SASIA.

Jardín de Infantes o algún otro amiguito me preguntaba: ¿Y tu papá? En otras oportunidades, de manera menos directa se referían al suyo y comentaban algún episodio o anécdota. No sabía o no podía responder a la pregunta para la cual, yo mismo, no tenía respuesta. A poco de cumplir 5 años la vida a través de mi madre, me recompensó con una noticia mamá se iba a casar y lo hacía con un amigo de la infancia y compañero de colegio de mi papá biológico. Así tuve nuevamente Padre. Estos hechos, directa o indirectamente marcan un antes y un después.

Siempre había pensado en ser médico y dentro de la medicina: pediatra. No se necesita ser Freud para suponer que surgía de la necesidad de curar a los nenes pequeñitos o a sus papás. Estaba ya en la residencia de pediatría avanzada cuando un joven Toco ginecólogo, que acababa de efectuar su post grado en Suecia, el Dr. Mario Robin, me convoca para acompañarlo como pediatra, en sala de partos. Pedí como residente de pediatría rotaciones especiales en maternidades reconocidas por su calidad y cantidad de partos atendidos, tales como la Pardo y la Provincial de Córdoba, asistiendo a partos y atendiendo recién nacidos. Comenzaban los años setentas y todavía no existían neonatólogos capacitados que, llegaron a Buenos Aires unos años después. Así aprendí la técnica de la recepción de recién nacidos en sala de partos, pero mucho más que eso... cada nacimiento, pasó a representar para mí, algo sagrado. Pese a la imprevisibilidad de los horarios y lo exigente y desafiante del proceso, todo se olvidaba ante cada nacimiento. Es con el Dr. Robin que comenzamos a luchar hasta lograr que los padres pudiesen acompañar a la madre en sala de partos, pese a las rígidas disposiciones en contrario de las estructuras sanitarias. Comencé a entrevistarme con los futuros mamás y papás en entrevistas pre parto donde se preparaban para la función de cada uno en el momento del nacimiento. No era de extrañar que cuando la mamá, por algún motivo no podía traer a su hijo al consultorio, lo hiciera el padre, que ya conocía tanto el lugar como al pediatra. La presencia de los varones en sala de partos, contribuyó sin duda al desarrollo de las nuevas masculinidades, tanto para el acercamiento y unión de la pareja como por la relación que ese flamante papá tendría de aquí en más con su hijo o hija. Los roles estereotipado respecto a lo masculino, comenzaban a ser reemplazados por un padre más tierno, que lo tenía en brazos, lo podía acariciar y besar a los minutos de nacido y no limitarse a “conocerlo” a través del vidrio de una “nursery”. Tuvieron que pasar más de 30 años para que surgiese la Ley Nº 25929 del año 2004, (recién reglamentada en el 2015).con referencia al parto humanizado y que en otras cosas afirmaba, como derecho, la posibilidad que la madre eligiera por quien ella desearía estar acompañada en esos momentos tan trascendentes. En forma simultánea con este proceso, terminada mi residencia fui nombrado médico pediatra en la Sala Bichito de Luz. Hoy Villa 31 del barrio de Retiro, hasta que el mismo

fue demolido para dar lugar a la estación de ómnibus de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Muchas experiencias fuertes viví en esos 5 años, pero muy especialmente, aquellas derivadas de la carencia paterna. Hogares uni-parentales sostenidos por madres que trataban de suplir ambos roles y donde a pesar de sus logros no pocas veces quedaba en evidencia la ausencia de una figura paterna. La violencia familiar a la que hoy denominaríamos como violencia de género y muchas otras situaciones propias de la alta vulnerabilidad del ambiente. No sería justo ni adecuado este comentario sin enfatizar que la ausencia de padre, no solo se da en poblaciones consideradas como particularmente vulnerables sino que está presente en todos los estratos sociales aunque en forma disimulada y/o solapada pero no por ello menos pernicioso.

Las Adolescencias

En el año 1977 vino a la Argentina el Dr. Enrique Dulanto Gutierrez¹¹, en el Hospital Pedro de Elizalde disertó sobre lo que significaba la Medicina de Adolescentes. Eso significó para mí un antes y un después en el nivel profesional. Al decir de los adolescentes esa disertación me “*flasheó*”. A partir de allí no dudé en que dedicaría mi trabajo profesional con, para y por los adolescentes. Unos meses más tarde viajaba a México donde el Dr. Dulanto había organizado un servicio interdisciplinario para atender adolescentes y jóvenes adultos. De regreso a la Argentina, en el Hospital de Clínicas el Dr. Méndez Ribas iniciaba el Consultorio de Ginecología Infanto Juvenil. “*Alguien tiene que atender a los varones*”, me dijo y así empezaron a caer los primeros adolescentes al Consultorio Externo de Pediatría, donde un año después comenzaba a funcionar la sección de Adolescencia de la Primera Cátedra de Pediatría, para la cual se reacondicionó un viejo baño que así funcionó durante 9 años y en el que se atendieron 9000 consultas, en un principio parejas o hermanos de las adolescentes que consultaban en ginecología hasta que alcanzó su propio ritmo, las chicas también empezaron a llegar cuando de requerimientos clínicos se trataba. Poco tiempo después la Dra. Ana Coll, comenzaba a atender en forma diferencial, en la Cátedra de Obstetricia, a las adolescentes embarazadas, y junto con ellas la presencia de adolescentes padres. Pronto surgió la necesidad de que ellos también debían ser atendidos y poder disponer de un espacio propio. Comenzamos en forma interdisciplinaria a atender adolescentes: futuros padres.

¹¹Dr. Enrique Dulanto Gutierrez, médico especialista en adolescencia de México.

Esto que ocurría en nuestro hospital de Clínicas, en forma casi simultánea, se iba dando en otros Hospitales, en cada caso con características propias. En la ciudad de Buenos Aires primero y en el resto del país, años después.

Cada tanto surgían en la ciudad algún curso o conferencia de adolescencia, pero la capacitación que nuestra generación tuvo, fue autodidacta y al poco tiempo nos convertimos en docentes en Salud Integral de la Adolescencia. En 1984, la Dra. Ana Coll organizó un curso en la Catedra de Obstetricia y me pidió que disertara sobre el “Adolescente Varón que va a ser Padre”, dudé por mi limitada experiencia, (no existía Google) pero cedí ante la seguridad de mi amiga que me dijo “*lo único que necesitas decir es lo que todos los días hacemos en el Hospital*”. Con la inconsciencia propia de la juventud acepté y en dos años era invitado desde distintos espacios del país y el extranjero a disertar sobre el tema. Fue así que esos dos motivadores: la paternidad y la adolescencia se convirtieron en impulsores primordiales en mi carrera profesional de especialista en Medicina de Adolescentes. Mis principales docentes fueron los propios adolescentes, dado que al acompañarlos, pude captar lo que significaba afrontar la paternidad en un momento de pleno crecimiento y desarrollo. Muchos luchaban y vencían este desafío pero no pocos fracasaban en el intento al no poder ejercer plenamente su paternidad. Prejuicios sociales convertían a los niños adolescentes en los malos de la película y cuando el amor de la pareja pese a las dificultades persistía las familias de uno y otro lado hacían lo imposible para boicotear esta relación. Con la Dra. Coll en algunas ocasiones hacíamos coincidir las citas médicas en el Hospital y aprovechábamos las consultas para posibilitar el re encuentro de la joven pareja, algo que las respectivas familias no permitían. Pensemos sobre lo que esto significaba cuando no existían posibilidades de salvaguardarse en el secreto profesional, dada la plena vigencia de la Ley del Patronato. Nadie hablaba allí de derechos de niños, niñas y adolescentes y menos aún del derecho del niño por nacer al que se le negaba conocer y poder tener un padre.

Hablemos de Sexualidad

Como era de esperar, en todo este proceso, los y las adolescentes iban creciendo, se les iban asignando (o ellos los iban logrando) “espacios” de una mayor intimidad y confianza y los temas de sexualidad comenzaban a surgir en las consultas. El recuerdo de anécdotas y situaciones que surgían motivarían por si solas la necesidad de escribir un libro. Para responder esas preguntas o afrontar situaciones tampoco estábamos preparados y las condiciones socio políticas del país no eran nada amigables al respecto. Voy a citar algunas solo a modo de ejemplo.

Llega a la consulta una adolescente de 15 años. La acompaña su mamá, que trabajaba en el Hospital. Motivo de consulta: *“un granito en la región pubiana”*. La madre la hace entrar sola (más experta que yo), la examino y era sin duda un chancro sifilítico. Me cuenta la adolescente que tenía relaciones con su novio y que utilizaban preservativo como Método Anticonceptivo, le explico que teníamos que hacer unos análisis y desde ya avisarle a su mamá, con lo que la adolescente concuerda. Hago pasar la madre y comienzo una explicación larga, confusa sobre lo que ese granito podía ser, sin por supuesto animarme a hablar de enfermedad venérea como en ese momento se denominaba. La mamá me escuchaba atentamente, con una paciencia digna de un maestro tibetano e intentando descubrir lo que yo quería decir. Antes que terminara mis complejas explicaciones, me interrumpe y dirigiéndose a su hija le dice con firmeza: *“Acaso yo no te avisé que tu novio es un sucio”*. Lo que yo como profesional imaginaba que iba a desencadenar una serie de argumentos ético-morales se limitaba a una interpretación de tipo higiénico. Horas después recordé el primer artículo que había escrito sobre la relación médico paciente, basada en el libro sobre el Proceso de la Comunicación de David Berlo. (2)

Por un simple catarro de vías aéreas superiores, llega al consultorio un adolescente de 13 años recién cumplidos. No obstante lo banal de la consulta del interrogatorio se desprende de que se trata de un especie de *“Sex Symbol”* de su grado y que me relata que había tenido relaciones sexuales con varias de sus compañeritas de escuela, todas ellas de edades similares. Le pregunto si se “cuidaba”, la respuesta es SI: con preservativo, indago sobre la correcta utilización del método a lo que me responde: *“Me lo pongo en la boca, soplo y si se infla quiere decir que no está pinchado”*.

Un poco más adelante en el tiempo, y ya contando con la invaluable presencia de una trabajadora social en el equipo, la Lic. Delia Villegas, atendemos a dos chicas adolescentes de 12 años, provenientes de una escuela primaria de la zona. Lo hacen con guardapolvo blanco de colegio, las medias caídas y un aspecto que las hacía parecer aún más pequeñas. Venían a preguntar por anticoncepción dado que ambas mantenían relaciones con un adolescente mucho mayor que ellas. Les inquirimos sobre sus padres/madres, una se codea con la otra y le dice: *“No te dije yo que estos iban a buchonear”*. De inmediato afrontamos una charla de psico educación sexual, larga, detallada y completa contradiciendo todo lo que la ley vigente y los dictados de la “prudencia” nos indicaban.

Estos y muchos más fueron mis maestros/as en la incorporación del tema de la sexualidad en la consulta con adolescentes. Poco o nada la Facultad de Medicina, nos había formado al respecto. Los otros maestros fueron mis colegas que trabajaban con adolescentes y con los que fuimos compartiendo y aprendiendo de todas estas

experiencias, semanalmente nos reuníamos en lo que dimos en llamar la UDA (Unidad Docente de Adolescencia). Mientras tanto el Pediatra, Jefe de los Consultorios Externos donde la sección funcionaba me recomendaba: “*Recordá Gustavo de decirle a los adolescentes que no deben masturbarse*”...corría el año 1979.

Las sexualidades

El concepto de “sexualidades” va surgiendo con posterioridad a la decisión en 1973, de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos, cuando excluye la homosexualidad del manual de enfermedades mentales. La Organización Mundial de la Salud, lo establece en 1990, pero no ocurrió lo mismo con el imaginario colectivo. En las reuniones con padres/madres, previas a las clases de Educación Sexual Integral (ESI), para los alumnos, eran los padres que preguntaban y cuestionaban sobre cómo se tratarían los temas referidos a la homosexualidad. Era frecuente el pedido que fuéramos terminantes en nuestras opiniones a los efectos que los niños no se confundieran. Aquí utilizo “los niños”, no como lenguaje incluyente de “las niñas” dado que sobre ellas solía surgir una menor preocupación en este sentido. El travestismo, no se solía diferenciar para nada de la orientación y la perspectiva de género tardó mucho más en popularizarse. La exclusión del Manual de Enfermedades Mentales (DSM) la llamada disforia de género fue muy posterior y la Ley Argentina de Identidad de Género fue promulgada en el año 2013.-Recordemos que fue en la década de 1950 que el controvertido John Money incorpora a la medicina el concepto de género.-

Tanto como docentes en colegios como profesionales en Hospitales y Consultorios, atender las consultas de sexualidad, exigió no solo un estudio teórico sino también (al menos en mi caso) un trabajo personal en que mitos, preconceptos y prejuicios debieron ser no solo desterrados sino reelaborados y resignificados. Significaba entrar en el propio sistema de creencias, construido desde la infancia. No solo se trataba de poder cambiar una estrategia de consulta o una forma externa de encarar estos desafíos sino lograr una transformación personal que permitiera poder lograr una empatía imprescindible en la relación médico paciente, particularmente con aquellos adolescentes que se sienten marginados y rechazados. Al decir de Levinas, (3) poder entrar en la otredad, respetando su proceso y sus tiempos.

Varios pasos debí completar para entrar en “sintonía” con el tema. El primero fue una rotación por centros de adolescencia hospitalarios de los EEUU y mi participación en la Society for Adolescent Health and Medicine, donde funcionaban en las reuniones anuales los SIG (Special Interest Groups) sobre los más diversos temas en este caso el correspondiente a LGBT.

Pero mis principales docentes fueron, una vez más los y las adolescentes, que concurrían a las entrevistas y con sinceridad “se abrían” a compartir dudas, inseguridades o convencimientos. Algunos traídos por sus familiares para ser “curados”, pero la gran mayoría por voluntad propia requerían y obtenían una escucha atenta, comprensible y afectuosa, con referencia a la etapa que estaban transitando. Una gran mayoría de ellos lo hacían en una angustiante soledad, dado que no se animaban a compartir aquello que era no solo socialmente rechazado, sino estigmatizado en sus respectivos ámbitos. En los casos de familias religiosas, a todo lo anterior se sumaba el rechazo y la reprobación de la respectiva comunidad y cuando las creencias espirituales eran sentidas por los propios jóvenes se les sumaba el hecho de sentirse rechazados/das por el mismo Dios. Recuerdo un muchacho que ya había asumido su homosexualidad y con fuertes y maduras vivencias espirituales que me dijo: “*Si Dios me hizo así, cómo me va a castigar y menos aún abandonar*”. Esto lo escuché en varias oportunidades. Más recientemente escucho uno que afirmó: “*con el primero que traté lo que me pasa, fue con Jesús*”.

No fue sino muchos años después, que con los avances en las investigaciones sobre perspectivas de género pude ampliar mi encuadre al colectivo trans. Pero la gran docente en este aspecto fue una niña trans por la cual me “consultaron” en la salita de tres de un colegio en el que hace ya 10 años que doy talleres de ESI. La vengo siguiendo con el apoyo de especialistas en el tema desde hace 7 años y fui comprometiéndome y aprendiendo más allá de lo que los libros, escritos o conferencias podían brindarme.

La Educación Sexual Integral

A pocos tiempo de comenzar a trabajar con adolescentes, los médicos que estábamos en esta tarea, comenzamos a darnos cuenta que la misma excedía lo meramente médico y que debía concebirse desde lo multidisciplinario primero, lo interdisciplinario después para tratar de llegar así a lo transdisciplinario. La experiencia hospitalaria nos enseñaba el enorme vacío existente en el aspecto educacional y eso nos sirvió para extender el accionar a escuelas y colegios. Nada favorecía esa integración, pero gracias a la intervención y compromiso de autoridades de algunos establecimientos se pudo ir logrando. Previamente nos reuníamos con docentes y familias, para que nos conocieran, supieran que íbamos a plantear, cómo lo íbamos a hacer y quiénes éramos nosotros para hacerlo. Debíamos rendir un examen, donde remábamos contra una diversidad de mitos y prejuicios que arrancaban desde el miedo a quitarles la niñez y la inocencia a sus hijos hasta la posibilidad que con nuestra prédica se adelantara la edad en el inicio de las relaciones sexuales. Por suerte comenzaban a aparecer trabajos que indicaban todo lo contrario. Recién entonces los padres “firmaban” el papelito por el cual sus hijos

estaban autorizados a escuchar la clase del profesional. Llegado el día previsto para la clase, los que se habían “olvidado” de traer la autorización o sus padres se habían negado, no podían participar. Recuerdo un paciente adolescente varón de 13 años, que desde recién nacido atendía en mi consultorio (dado que sus padres eran amigos de una de mis hermanas). Al iniciar su adolescencia este joven con el carácter trasgresor propio de su edad comenzó a dar signos de rebeldía ante las normas familiares, impregnadas de un fuerte fundamentalismo religioso. Le propongo varias entrevistas y uno de los enojos del adolescente estaba dirigido al hecho que sus padres no le habían “autorizado” asistir a una charla sobre sexualidad en la escuela. Me entrevisto con ambos padres y trato de que reviertan su posición. Ni ellos, ni el adolescente, ni sus hermanas volvieron al consultorio para ser atendidos.

¿Dr. qué es la peste rosa? Esa fue al comienzo de los años 80 la pregunta que un alumno de 3° año me formulara y que en ese momento no supe responder. Considero que la epidemia VIH / SIDA, representó un fuerte incentivo, para las charlas de Educación Sexual. Recién en el año 2006, que se promulgó la Ley 26150 sobre Educación Sexual Integral, (ESI), Lejos está aún de alcanzar su plena vigencia pero al menos ha contribuido a que esta flagrante vulneración de derechos se atenúe notablemente.

Violencias hetero y auto-infligidas

Si existe un tema marcado por la complejidad es el de la Violencia y la Juventud. Por ello querer tratar el tema en forma tan sucinta es de por sí un reduccionismo y solo me referiré a él, en el marco del eje del presente capítulo.

Hay dos temas en los cuales los preconceptos sociales se unen y es el de **Adolescencia y Violencia** y esta última referida principalmente a los varones. No dudo que si hiciéramos un referéndum en la Argentina sobre bajar la edad de imputabilidad la gran mayoría de la población estaría de acuerdo en esa medida. Hace ya muchos años acuñe esta frase: *“Los adolescentes son el fusible que salta de una Sociedad que entra en cortocircuito”*. Gran parte de estos prejuicios sociales son los que han llevado a Patologizar la Salud en Adolescentes y Jóvenes y que señalan claramente el desconocimiento de la realidad que los mismos atraviesan. Por ello aquellos que trabajamos desde distintos espacios, solemos tener una mirada diferente.

Con respecto a la violencia auto infligida que comprende el **comportamiento suicida** el proceso de concientización estuvo dado en mis primeros pasos como Coordinador del Naciente Programa de Salud Integral en la Adolescencia del Ministerio de Salud de la Nación en el año 2007. Hasta ese momento las cifras de mortalidad, aportadas por la DEIS (Dirección de Estadísticas Integrales de Salud) con respecto a la adolescencia

tendían a invisibilizarla, dado que una parte se la unía a edades infantiles más tempranas y la otra a la juventud. Al pedir que se clasificaran las cifras de mortalidad en las edades de 10 a 14 y de 15 a 19, surgió en forma neta que la 2º causa de muerte estaba dada por los suicidios, con una neta predominancia de varones en una proporción de 4 a 1 con respecto a las mujeres. Junto con los accidentes y los homicidios conformaban el gran grupo de causas externas, todos ellos con preponderancia masculina (4) Los investigadores en temas de masculinidades de diversos países, y muy especialmente de Brasil concluían sus estudios afirmando el alto costo que pagaban los adolescentes para sostener su “*masculinidad*”. Investigaciones posteriores en nuestro país como las Encuestas de Salud Escolar (5) confirmaban que entre el 15 al 20 % de los adolescentes se cuestionaban en esta etapa, si la Vida tenía sentido. Estos sentires eran propios de varones y mujeres, pero eran los primeros que por su impulsividad lograban en mayor proporción acabar con su vida.

La sensibilidad y la manifestación de los afectos

Ya concluyendo esta mirada subjetiva sobre adolescencias y masculinidades, desearía expresar especialmente el manejo que varones suelen sentir, hacer y expresar con respecto a los afectos.

- Es muy difícil que, en la consulta puedan espontáneamente expresar sus sentimientos. Síntomas o comportamientos que no se corresponden con una causa orgánica hallan su explicación en diversas situaciones vitales que, no suelen identificar como tales, pese a ser evidentes como por ejemplo la muerte de alguien cercano. Al explicitar la situación suelen responder: “*Bueno...era algo esperado, estaba muy mal*” para concluir con un lacónico: “*ya está*”.
- Terminando la escolaridad secundaria las mujeres suelen expresar a sus mejores amigas/os sus sentimientos tales como: “*te voy a extrañar*”, “*te quiero mucho*”, acompañando sus expresiones con dibujos, emoticones o cualquier otra expresión. Nada de esto suele ocurrir en los varones, que no solo no se animan a expresarlo, sino que adoptan la actitud de denostar desde el grupo hasta la escuela. Vandalismos de diverso tipo en las antiguamente llamadas vueltas olímpicas dan prueba de esto.
- No pocas veces el inicio de relaciones sexuales no fue lo gratificante que se esperaba o con lo que se fantaseaba al respecto. Otras hasta pudo ser una experiencia frustrante y tal vez traumática. Estos sentimientos rara vez se expresan ante un profesional con el alivio que esta actitud produciría.
- Es clásico considerar que en los varones resulta más fácil dissociar el ejercicio sexual de los sentimientos. Desde la biología puede ser así, pero según mi

experiencia los jóvenes varones creen poder dissociarse más de lo que en la realidad ocurre.

- Con respecto al acoso escolar o “*bullying*”, si bien lo padecen tanto varones como mujeres en los primeros el hecho de no poder responder, cuestiona su masculinidad y valentía. Algo similar ocurre cuando son víctimas de robos y/o hurtos y sienten que no supieron defenderse y no estuvieron a la altura de las circunstancias.
- Aunque no suele ser frecuente, me he encontrado con adolescentes varones que poseen y pueden expresar una exquisita sensibilidad, pero se da la paradoja, que ellos o sus familias la viven como un defecto.-
- Esta manifestación de los afectos sería imposible de lograr sin una adecuada relación empática con los adolescentes, por eso la actitud del profesional debe estar abierta a recibir y poder vivenciar con el adolescente estas experiencias. Muy especialmente cuando captamos que el adolescente no responde a los parámetros estereotipados y tradicionales de la masculinidad.
- Un hecho a destacar también, con respecto a las nuevas masculinidades, está dado por la presencia cada vez más numerosa de varones en manifestaciones, hasta hace poco limitadas a las mujeres como las marchas sobre violencia de género o interrupción legal del embarazo,

A modo de conclusión

En las múltiples presentaciones que hiciera con respecto a los adolescentes y la masculinidad solía terminar con esta diapositiva, no recuerdo quien la formuló, y dice así:

- *Uno de los más grandes cambios que hemos presenciado en el siglo XX, ha sido el cambio del rol de la mujer.*
- *Todo pareciera indicar que no ha ocurrido un cambio similar en el rol del varón.*
- *Representa un desafío para el siglo XXI.-*

Bibliografía

Girard, G. y Raffa, S. El Adolescente

Varón. Editorial Lumen, 1º edición BsAs, 2001.-

1. Berlo, D.K. El proceso de la Comunicación, Editorial El Ateneo, 1º Edición, 10º Reimpresión, 1979.-
2. Levinas, E. Ética e infinito. Editorial Machado Grupo de Distribución SRL, Madrid, 2015.-
3. Ministerio de Salud de la Nación. Situación de Salud de las y los adolescentes en la Argentina. Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, Buenos Aires, 2018.-
4. Ministerio de Salud de la Nación- CDC y OMS (2013), 2ª. Encuesta Mundial de Salud Escolar Argentina 2012. Disponible en <http://www.msal.gob.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/2014-09>. Consultado el 15 de agosto de 2018.

Otras Bibliografías

Burin, M. y Meler, I. Varones (Género y subjetividad masculina). Paidós, 1º edición, Buenos Aires, 2000.-

Pinkola, Estés C. Mujeres que corren con lobos. Ediciones B.S.A. 1º edición Barcelona, 2000.-

ShinodaBolen J., Los Dioses de cada Hombre. Ediciones Kairós, 1º edición, Barcelona, 2002.-

Bly, R. Una nueva visión de la masculinidad. Gaia Ediciones, 3º ed. Madrid 2004.-

Boyd, S.B. The men we long to be. Editores. New Christian understanding of Manhood, 1º ed. 1995

Bly, R. y Woodman, M. La doncella Rey. La reunión de lo masculino y femenino. EDAF, Madrid, 1º ed. Madrid, 2000.

Sullerot, E. El nuevo padre. Ediciones B., Barcelona, 1994.-

MASCULINIDADES EN LA ADOLESCENCIA Y SALUD UNIVERSAL

¡A les pibes Salud!

Lic. Giancarlo Quadrizzi Leccese¹²

El acceso universal a la salud es un desafío global y un imperativo ético que moviliza los esfuerzos de la comunidad internacional y debe orientar las acciones, tanto de los efectores del sistema de salud como de las personas con responsabilidad en la garantía del derecho a la salud. Es decir de cada ciudadano en la medida de su capacidad de informarse, opinar, decidir y participar protagónicamente.

Como cada año desde su creación la OMS OPS toma un tema para aumentar su visibilidad e impulsar acciones en el marco del Día de la Salud.

Este 2018, el lema propuesto es “Salud universal: para tod@s, en todas partes”. (1)

Pero; ¿qué decimos, cuando decimos “Salud Universal” en un contexto donde muchas veces las políticas se reducen a campañas de marketing que capturan los significados y los vacían de sentidos?.

La sección del Día Mundial de la Salud de OPS OMS dice: (el subrayado es nuestro) “Universal”, en el contexto de la Cobertura Universal de la Salud (CSU), significa “para todos”, sin discriminación y **sin que nadie quede excluido.**”

“... permite a todas las personas tener acceso a servicios **que tratan las principales causas de morbilidad y mortalidad**, y garantiza que la calidad de esos servicios sea lo suficientemente buena como para mejorar la salud de las personas que los reciben.”

Y finalmente...

“Para que los servicios de salud sean verdaderamente universales, es necesario pasar de unos sistemas de salud concebidos en torno a las enfermedades y las instituciones, a **unos sistemas de salud concebidos en torno a las personas y para ellas.**” (1)

Podemos decir entonces que la “Salud para todos” requiere la inclusión y el acceso de todas las personas, a servicios con capacidad de mejorar la salud y atender las principales causas de enfermedad y muerte. Es necesario a tal fin, centrar la atención en las personas y ordenar a su servicio la organización del sistema.

¹² Giancarlo Quadrizzi Leccese. Presidente SASIA. (2015-2018). Lic. En Psicología UBA. Especialista en Psicología Social Comunitaria Col. Psi. D XIV. Evaluador Norma de Competencias Operador comunitario para la promoción y protección de derechos de NNYA. ACC Pcia. De Buenos Aires. Unidad de coordinación Niñez y Adolescencia en Secretaría de Desarrollo Social Municipalidad de la Matanza. Activista en La Conrado- La Niñez es un Derecho.

“Salud para todos” suena como un eco de la declaración irredenta de Alma Ata (2), en un contexto que hace aún más difícil aun su implementación efectiva. El cambio demográfico y el aumento de la urbanización, envejecimiento y las desigualdades. Las transiciones epidemiológicas, que suman a los problemas persistentes de salud materno-infantil y enfermedades transmisibles, el aumento de las enfermedades crónicas y los problemas de la denominada salud mental. Las emergencias complejas con la difusión de guerras y violencias organizadas, sumadas al cambio climático que redundan en los procesos migratorios más grandes de la historia. A estas dimensiones se suma el incremento de la participación ciudadana, que si bien muchas veces se limita a algunos sectores que reclaman el acceso a avances producidos por la revolución tecnológica en el tratamiento de enfermedades, otras tantas moviliza a grandes sectores de la población para reclamar acceso a mejores condiciones de salud. Los movimientos de mujeres son, una vez más, ejemplo paradigmático en términos de emancipación y conquistas de derechos.

A cuarenta años de Alma Ata “Salud para todos” nos convoca como Sociedad Argentina de Salud Integral en la Adolescencia, ya que nuestro compromiso está centrado en una integralidad que requiere visibilizar los aspectos más segregados por los modelos hegemónicos.

Es decir, focalizar principalmente en la salud y secundariamente en la enfermedad. Incorporar la intervención de todas las disciplinas y saberes necesarios para alcanzar la integralidad. Dirigir las prácticas en salud a partir de las voces de las y los adolescentes para lograr así que todos los sectores intervengan centrados en las personas adolescentes.

Sin duda son muchos los desafíos que se presentan ante este ideario. Pero hay un desafío en el que resta tanto por sentir, pensar y decir; que, sin duda, los aportes de los que conformamos este colectivo serán de suma importancia.

Queremos mejorar el acceso a la salud de TODOS los adolescentes varones.

Porque la Cobertura Universal de Salud requiere también, la inclusión y el acceso de todos los adolescentes varones independientemente de su identidad de género y su elección sexual, a servicios con capacidad de mejorar la salud y atender sus principales causas de enfermedad y muerte. Las problemáticas vinculadas a las causas externas intencionales o no intencionales, las causas indeterminadas, intoxicaciones y suicidios requieren la adecuación de los servicios disponibles y en gran parte, la creación de nuevos servicios. Los problemas de salud con mayor impacto en la población de adolescentes varones, requieren la intervención protagónica de sectores como educación, justicia, tránsito, comunicación, sistemas de promoción y protección de derechos, por mencionar algunos, que deben articularse con el sector salud, a fin de

sostener su función rectora y el adecuado registro y seguimiento. Es necesario si queremos impactar en un sector de la población sistémica y culturalmente excluido de los servicios de salud, centrar la atención en los varones adolescentes y ordenar a su servicio parte de organización del dicho sistema.

Por eso empezamos afirmando: ¡A les pibes Salud! Diciendo un poco como ellos y ellas cuando cuestionan los modelos androcéntricos y asumen el carácter abierto de la lengua. Cuando hacen un uso político del lenguaje, reemplazando el “las” o “los” por el “les, contemplando así, las expresiones transexuales, transgéneros, intersexuales, travestis u otras ya existentes o por existir.

Sabemos que al hacerlo, incomodamos. Incluso a nosotros mismos. Adultos profesionales que participamos en SASIA, más preparados para los enunciados académicos que para las enunciaciones colectivas, esas que podemos decir parafraseando a Roberto Lyra Filho “encuentran el derecho en la calle” (3). Sostenemos esta incomodidad, porque sabemos que este mundo más equitativo, con salud para todos, se encuentra en un futuro donde decir “Les” en lugar de, o además de, Las y Los no incomodará. De la declaración de Alma Ata al presente transcurrieron 40 años. Quizás a mediados de este siglo, la sociedad habrá encontrado el modo de nombrar la diversidad y de instalarlo en la academia.

Por el momento elegimos balbucear un lenguaje en ebullición e incomodarnos en busca de un mundo más inclusivo.

También decimos “Pibes” en tanto es una expresión popular y coloquial para referirse a Niños y Adolescentes, a sabiendas que también podemos decir: changos, gurises, botijas y que cada vez habrá que definir su particularidad en una enunciación. Porque así como no hay un varón o una mujer, no hay un niño o un joven, sino niñeces, adolescencias y juventudes. Y masculinidades, a pesar de que el patriarcado sueña aun, con UN hombre modelo de la humanidad. Sueño que cada día más, se presenta como pesadilla.

Decimos “¡Salud!” para los Pibes, niños, adolescentes o jóvenes varones, porque muchas veces los varones son silenciados, desapercibidos por los sistemas de salud y protección social, a pesar de los alarmantes indicadores de morbimortalidad que presentan.

La llamada “desventaja en salud” (4) de la población masculina atraviesa todas las edades y sectores sociales y se agrava durante la adolescencia y en los sectores menos desarrollados económicamente.

En nuestra región, los varones tienen “menor esperanza de vida y mayor mortalidad en prácticamente todas edades y por casi todas las causas”. Si medimos la enfermedad

por frecuencia de consultas al sistema de salud, las mujeres “enferman más y mueren menos”.

Algunas de las diferencias, pueden ser atribuidas a condiciones del sexo, es decir a determinantes biológicos. Pero la mayor parte de la variación puede atribuirse al género, es decir a la construcción social que atribuye papeles determinados a cada sexo, en cada etapa histórica y contexto social.

En los varones, podemos inferir que un abigarrado entramado de dimensiones culturales e ideológicas determina factores de comportamiento que los llevan a exponerse al riesgo y a la muerte. Develar este entramado excede ampliamente este escrito y es parte del desafío de lograr Salud para todos. Pero podemos comenzar a analizar uno de los fenómenos más evidentes, alarmantes y mejor registrados. La mortalidad. Luego esbozar algunas ideas que nos permitan comprender mejor el fenómeno y algunas preguntas que posibiliten iniciar su transformación.

Si bien la adolescencia es el periodo del ciclo vital en el que menor tasa de mortalidad se presenta (5 cada 10.000 habitantes en Argentina), (5) hay consenso en la comunidad científica, en que evaluar la mortalidad es un modo de analizar las condiciones de vida de la población.

En el total de la población Argentina, tres de cada cuatro defunciones por causas externas, corresponde a varones, aumentando la proporción a un 80% en suicidios, 81% en eventos de intención no determinada y hasta un 86% en homicidios. Esta diferencia se mantiene, con ligeras reducciones, hasta el final del ciclo de la vida.

Pero no es tan evidente desde el inicio de la vida. Sabemos que en la adolescencia la construcción de la identidad se retoma en nombre propio, lo que provoca una disminución del impacto de las mediaciones intersubjetivas del entorno familiar y un aumento de las mediaciones intersubjetivas del grupo de pares y el entorno socio cultural. Es en la adolescencia donde se incrementa la brecha entre la tasa de mortalidad de varones y mujeres. “Cada tres muertes de adolescentes, dos corresponden a varones”. (5)

Por ejemplo en relación con el suicidio y la adolescencia, no hay diferencias hasta los 14 años. Pero a partir de los 15 -19 años se eleva a 76% el número de defunciones en varones sosteniéndose entre 83% y 86% hasta los 50 años, disminuyendo levemente a partir de esa edad.

Sin embargo, las mujeres duplican el porcentaje de respuestas positivas en los indicadores relacionados con intento de suicidio, a pesar lo cual el suicidio consumado afecta en mayor medida a los varones adolescentes. “Entre los 15 y 19 años la tasa en varones poco menos que triplica la de las mujeres”. (5)

El sentido de esta variación se evidencia con fuerza, cuando analizamos el suicidio en el contexto de las causas externas, también llamadas causas violentas, en las que poco o nada influye el factor biológico.

Estas causas violentas que ocupan el primer lugar en causas de muerte entre los 15 y 44 años, se distinguen entre las no intencionales, en las que prevalecen los accidentes de tránsito y las intencionales, que pueden ser autoinflingidas o suicidios u las lesiones por agresiones o asesinato.

Podemos observar que en la mortalidad incrementada en los varones debido a causas externas, intencionales o no intencionales, el rol de sistema de salud, en el sentido estricto de efectores de salud del subsistema formal, se acota a la intervención en los hechos consumados y en el mejor de los casos en la postvención o en orientaciones generales para la prevención.

Esta reflexión reclama intervenciones basadas en los principios de Inter sectorialidad ya que el sector salud incluso aplicando la Atención primaria de la salud Renovada, requiere de una intervención enérgica de otros sectores (Tránsito, educación, comunicación, seguridad, justicia...). También se evidencia la necesidad de comprometer en la acción a otras disciplinas, como la antropología, la psicología, las ciencias de la comunicación. Pero fundamentalmente requiere la participación protagónica de los mismos afectados, es decir los varones y en particular los varones adolescentes ya que es el periodo del ciclo vital en el que comienza a manifestarse el fenómeno con su virulencia característica.

Aquí encontramos un nudo firme de este problema, que no es otro que el del mundo heteronormado de la masculinidad, que la siguiente frase describe cabalmente “Ese mundo azul inflexible, anti holístico, rígido, reduccionista y androcéntrico tiene al varón como el peor enemigo de sí mismo” (6) ¿Cómo desatar el nudo gordiano de la masculinidad heteronormada sin recurrir a la estrategia de Alejandro Magno? Es decir; ¿sin partir el nudo de un sablazo? Ya que en este caso no podemos afirmar que da lo mismo cortarlo que desanudarlo, porque no son hilos sino personas los que conformamos el entramado.

¿Cómo lograr involucrarnos como varones en una grupalidad con capacidad de reflexionar sobre nuestros propios yugos, cuando fuimos formados para creer que son privilegios que tenemos que ostentar o desear con complicidad?

¿Cómo reconocer y aportar a las luchas emancipadoras de las mujeres, los niños y jóvenes, los pueblos originarios, los afrodescendientes y lograr una voz propia y colectiva, en tanto varones, que no sea un eco sin cuerpo, de las enunciaciones colectivas de mujeres, minorías étnicas o sexuales?

¿Cómo volcar estas reflexiones a mejorar las relaciones en el trabajo, la familia, la pareja?

¿Cómo mejorar la convivencia, la seguridad laboral y vial, el cuidado de la salud y la valoración positiva de la vida?

En suma para decirlo en el mayor nivel de simplificación posible, ateniéndonos a los mencionados preceptos de la Cobertura Universal de salud.

¿Cómo lograr el acceso de los varones, centrados en las características propias de este sector social, en todos los momentos de su ciclo vital a fin de reducir las muertes por asesinatos, accidentes, intoxicaciones y suicidios?

Sin duda esto será imposible sin que este sector tenga una voz propia, que no sea la del hombre genérico del patriarcado, sino la de cada colectivo con sus características.

Bibliografía

- 1- OPS/OMS. Disponible en: 995. https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=10212:el-dia-mundial-de-la-salud-2018-se-centrara-en-la-salud-universal&Itemid=270 Acceso el 13 de agosto 2018.
- 2- OMS. Alma Ata Declaración de ALMA-ATA. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Pan American Health Organization Promoting Health in the Americas Disponible: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf> Consultado 13 de agosto 2018
- 3- Roberto Lyra Filho citado en De Sousa, Gerardo. Revista fórum Semanal. O direito achado na rua. Disponible en: www.revistaforum.com.br/digital/161/o-direito-achado-na-rua/ Acceso el 13 de agosto 2018
- 4- Salazar, Amador G. Salvador, Ms. C La desventaja masculina en salud. Masculinidades y paternidades en Cuba. Compilación Dr. Rivero Pino, Ramón. Editorial Cenosex 2015. P. 66 a 78
- 5- Ministerio de Salud. Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. Situación de Salud de las y los Adolescentes en la Argentina. MSAL-UNICEF (2016)
- 6- Arcaute, Mollinea A. R. La homopaternidad en Cuba sin ansias de hegemonía, solo equidad". Masculinidades y paternidades en Cuba. Compilación Dr. Rivero Pino, Ramón. Editorial Cenosex 2015. P. 161-182

EL PADRE ADOLESCENTE

*Dra. Elisabeth Balassa de Bessone*¹³

*Dr. Ramiro Amato*¹⁴

Los cambios biológicos y psicológicos por los que pasa el adolescente, sumado a las variaciones en las estructuras sociales y de la familia, determinan en él conductas de riesgo, una de ellas es el inicio temprano de las relaciones sexuales.

La vulnerabilidad afectiva propia de esta etapa, la omnipotencia, la curiosidad hacia lo sexual son factores contribuyentes a ello

Estas mismas características hacen dificultosa la planificación, y dado que la anticoncepción eficaz requiere de planificación, la mayoría de las relaciones van acompañadas de un grave riesgo de embarazo

El cómo los adolescentes manejan su sexualidad está en parte definido por las condiciones de vida en que estas personas se desarrollan cotidianamente (educación, salud, ambiente familiar, social, vínculo con sus pares)

Cuando este ocurre, irrumpe en los jóvenes cuando todavía no han alcanzado la suficiente madurez física ni mental y generalmente tiene lugar en circunstancias adversas al igual que en un medio poco receptivo para aceptarlo y protegerlo

Se han propuesto diversas causas para explicar la existencia en aumento de la situación de embarazo, para citar algunas: (1) (2)

- Falta de acceso a Educación Sexual Integral
- Situaciones de abuso
- Falta de acceso a educación formal o alternativa lo que a su vez conlleva un aumento de la posibilidad de embarazo
- Incorporación de la sexualidad coital placentera desde el inicio de la relación en parejas adolescentes
- Efectos de la intoxicación por abuso de alcohol y otras sustancias en el ejercicio de la sexualidad entre los adolescentes
- Cronología del desarrollo cognitivo y de las conexiones con el lóbulo pre-frontal en la etapa adolescente, que dificultarían, entre otras cosas, la percepción de

¹³ Especialista en Pediatría Adolescencia y Salud Pública. Presidente del 3er Congreso Argentino de Salud Integral del Adolescente. Asesora del Comité de Adolescencia de La Sociedad Argentina de Pediatría-Filial Córdoba-Argentina

¹⁴ Especialista en Pediatría Adolescencia. Rosario. Argentina.

riesgo, disminuyendo la capacidad de prever las consecuencias de sus actos, favoreciendo el “acting out”, frecuente en las conductas de esta edad.

- Incluso se ha propuesto la búsqueda inconsciente del embarazo por el varón asociada a la percepción de “hombría o masculinidad” que desmienta las fantasías de esterilidad frecuentes en este grupo etéreo.

Sin embargo el embarazo adolescente constituye, casi siempre, desde el punto de la Salud Integral, un problema sicosocial y cultural más que biológico

La literatura, las estadísticas, las guías de procedimientos se centran, por razones más que obvias en la problemática de la madre adolescente, con escasa o nula referencia al padre adolescente.

Conviene considerar el embarazo adolescente como un fenómeno complejo. La complejidad, siguiendo a Edgar Morin (3), debería ser abordada con un pensamiento complejo, Integrando miradas diferentes desde lo disciplinario y lo filosófico para que podamos arribar a un grado de comprensión que sea útil para operar.

En esta situación compleja la intervención del varón en el rol parental trae beneficios para él, su pareja y el niño. El padre adolescente debería ser tenido en cuenta por el equipo de salud ayudándolo a asumir el rol dentro de sus posibilidades y apoyándolo con efectiva contención después, con el fin de optimizar estos efectos favorables en el hijo, en la madre y en el propio adolescente

. La paternidad en el adolescente no siempre es percibida como un acontecimiento trágico; en ella se ponen en juego los recursos personales que tiene el mismo para hacer frente a los retos que genera esta paternidad temprana

Ser padre adolescente se convierte en una experiencia ambivalente: miedo al porvenir, a la reacción del adulto, limitaciones en su proyecto de vida, versus la reafirmación de la virilidad y la imagen de una hombría adulta-

Pasado el primer impacto, si hay una relación de afecto, muchas veces se comparten responsabilidades y se toma una decisión consensuada con la pareja: “pensar de a dos”. La maternidad y paternidad son roles culturalmente asignados a la vida adulta. Cuando sobreviene un embarazo en una pareja adolescente, impone a las y los jóvenes una sobre adaptación a esta situación para la cual no están emocional, económica ni socialmente preparados/as, sumado a ello debemos considerar que son jóvenes asumiendo su cuerpo y su rol en la etapa adolescente.

El entorno familiar y socio-cultural tampoco está preparado para enfrentar adecuadamente esta situación, lo que dificulta el manejo de la misma

Frente a estos planteos es aconsejable, desde nuestra experiencia, pensar en nuestros pacientes como **esa** pareja de adolescentes en **esa** consulta considerando **esa** situación como única e irrepetible.

El rol parental

Parecería, en nuestra experiencia, que luego de la sorpresa inicial los varones están menos preparados para asumir el rol parental.

Ser padre a través de la historia, culturas, religiones, razas difiere; y a su vez tuvo cambios continuos. El rol paterno es propuesto al niño por la cultura y lo aprende por observación de quienes tienen el mismo género que él acepta como propio (4)

Cada padre lo ejerce como lo aprendió, como quiere o puede hacerlo.

Entre las funciones propuestas relacionadas al rol en diferentes circunstancias podemos citar:

Proveedor de: asistencia, protección y afecto. Manifestación de autoridad

Modelo de identificación- Introducción a los modelos culturales

Conviene tener en cuenta que estamos en una etapa de cambio y transición en la comprensión cultural de cuáles son las funciones que se consideran apropiadas para el varón y la mujer.

El éxito o el fracaso de la paternidad y la forma de asumir esta paternidad estará influida por múltiples causales entre las que podemos mencionar: su situación socioeconómica, cultural y familiar, oportunidades educacionales y laborales, grado de afecto que lo una con la madre de su hijo, actitud asumida por ambas familias, acompañamiento de su grupo de pares, la contención y el apoyo profesional capacitado en la atención de adolescentes. El sostén de diferentes Instituciones como Salud, Educación, Comunidad. La escasez de instituciones o redes de apoyo emocional que incentiven su participación como padre y le brinden asesoramiento es un factor de riesgo para su buen desempeño. Es por ello tan importante que sea tenido en cuenta por el Equipo de Salud ayudándolo a asumir el rol dentro de sus posibilidades y apoyándolo con efectiva contención después. Esto tendría efectos favorables en el hijo, en la madre y en el propio adolescente, más allá que el exclusivo acompañamiento obstétrico a la mamá adolescente.

Una opción probada como saludable son los talleres grupales de acompañamiento para la pareja. (5)

- *El otro es ese espejo donde nos miramos y con su realidad nos confrontan y nos obligan a buscar soluciones.*

- *El grupo es un encuentro sin diferencias de rol o status social que privilegia la similitud y las experiencias comunes.*
- *Es obtener un certificado de pertenencia tanto en el rol específico, mamá /papá adolescente, como en el aspecto afectivo.*

Actualmente se tiende a considerar al adolescente como sujeto de derecho, (en oposición a verlo como un objeto manipulable por el adulto) y con autonomía para ejercerlo.

Si aceptamos esta premisa el padre adolescente tiene deberes y derechos que tendrían que ser tomados en cuenta y convendría considerar el paternaje como uno de ellos.

Consecuencias para el adolescente varón en caso de embarazo.

Para el padre, un embarazo representa: (6) (7)

Dificultad para acceder a un trabajo calificado .Menor remuneración que los adultos. Marginación de la escolaridad, muchas veces como producto de la necesidad de trabajar. Stress inadecuado para su edad lo que condiciona trastornos emocionales que lo hacen fracasar en su rol. Interrupción de su proyecto de vida. Cuando el adolescente varón asume su responsabilidad paternal, los inconvenientes no difieren mucho de los de la mujer.

Beneficios para el niño cuando el padre asume su rol

- Disminuye los problemas conductuales
- Mejora el rendimiento cognitivo y el desenvolvimiento escolar
- Disminuye los conflictos con la ley
- Promueve el crecimiento de un individuo sano
- También hay acuerdo en la bibliografía y en nuestra práctica en que la institución familiar (cualquiera sea ella) tiene un efecto protector y orientador que beneficia el normal desarrollo del niño. (8)

Recomendaciones y medidas a tomar cuando estamos en presencia de embarazo

Es importante acompañarlos en:

Su relación con familia y pareja, Su relación con la escuela, Su relación con sus pares.

El reforzamiento en la comprensión de los Métodos Anticonceptivo, a fin de aumentar los espacios inter-genésicos.

La relación de ambos padres con el recién nacido.

La reformulación de su proyecto de vida.

Asistencia del embarazo, parto y recién nacido en programas de atención a adolescentes, por personal motivado y capacitado en este tipo de atención.

Asistencia al padre, así como a la madre de la criatura, favoreciendo su participación y ayudándolos a asumir su rol.

Información y apoyo psicológico a los jóvenes teniendo en cuenta las decisiones de la pareja.

Desarrollo de estas acciones dentro de políticas Integrales de Atención Integral del Adolescentes.

La autoestima y una comunicación familiar sana son factores protectores de embarazos adolescentes. (9)

Prevención en Salud Sexual y Reproductiva

Considerando el embarazo no buscado en la adolescencia como un fracaso en la atención integral de su salud debemos plantearnos el llegar antes.

Llegar antes significa para nosotros poner el acento en la Salud Sexual y Reproductiva Con un enfoque de autocuidado, respeto, comunicación y ganancia de placer en lugar de hacerlo solo desde la prevención de ITS y embarazo y violencia de género, reforzando la corresponsabilidad del varón

Enfatizar la relación del Hebiátra con el joven, en la comunicación humanizada y personalizada, con mensajes claros, cerciorándonos de que sean comprensibles –

Planificar intervenciones mínimas con el adolescente, sin eludir nunca en la consulta el tema de la sexualidad.

Promover los espacios de Consejería en los distintos ámbitos: salud, educación comunidad ya que lamentablemente la ley sobre Educación Sexual integral no ha sido de aplicación e instrumentación muy regular.

Al proponer acciones se deben tener en cuenta las necesidades locales y la voz de los adolescentes con respecto a la problemática

Los mejores niveles de efectividad, eficiencia y eficacia de emprendimientos y programas para jóvenes se logran en la medida que garanticen una real participación de los mismos en su elaboración.

Convendría llevar a cabo estas acciones dentro de políticas integrales de atención de adolescentes, con personal que funcione como equipo, y que esté capacitado y motivado para hacerlo.

Conclusiones

El embarazo puede tener efectos deletéreos en la salud (en su concepción integral) del adolescente padre en el corto y largo plazo.

El ejercicio activo de la paternidad tiene efectos beneficiosos sobre el padre, la madre y el niño. El embarazo de la pareja adolescente conviene que el equipo de salud intervenga desde lo interdisciplinario y lo trans-disciplinario incluyendo mediante distintas estrategias también al varón.

Bibliografía

- 1- OPS/OMS Aceleración del progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y en el Caribe— OPS/Programa de Salud Adolescente-Panamá 28/2/2018 <https://twitter.com/opsoms> Acceso 22 de Julio de 2018
 - 2- Ley Nacional Argentina N°25673 Programa Nacional de Salud y Procreación responsable Buenos Aires, 26 de Mayo de 2003. Disponible en <http://www.msal.go.ar/saludsexual/ley.php>. Acceso 7 de Agosto de 2018
 - 3- Morín, E. Los siete saberes necesarios para la educación del futuro, UNESCO Octubre 1999 Paris, Cap. II pág. 17. Acceso 7 de Agosto de 2018
 - 4- La experiencia de la paternidad adolescente: Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/305045381_la_experiencia_de_la_paternidad_en_adolescentes . Acceso: 22 de Julio de 2018.
 - 5- Jara, O. (2010). Educación popular y cambio social en América Latina. Educación y cambio social, volumen (VIII), pág. 2-4. Acceso 7 de Agosto de 2018
 - 6- Embarazo adolescente. Consecuencias para el padre. Disponible en: <http://embarzoadolescent.blogspot.com/2009/07/consecuencias-para-el-padre.html>. Acceso: 2 de Agosto de 2018.
 - 7- Gómez, C. Consecuencias De Ser Padre A Temprana Edad. Sobre Los Ingresos: Caso Colombiano. Disponible en http://www.banrep.gov.co/sites/default/files/eventos/archivos/sem_386.pdf . Acceso el 2 de Agosto de 2018.
 - 8 - Molina Gutiérrez, R. El padre adolescente, su relación parental y de pareja. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22362011000200005 Acceso el 3 de agosto de 2018.
 - 9 - Amato, R. y Morero, S. “Embarazo adolescente en el consultorio del pediatra”. Artículo de actualización. Revista Científica de la Sociedad de pediatría de Rosario. Año 2004. Volumen 64. (N.E.) Págs. 20 24. Número especial.
- Otras Bibliografías consultadas
- Martino Bermúdez, M. Visibilizando la paternidad adolescente. Prisma Social [Internet]. 2014;(13):924-943. Antioquia-Colombia Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=353744532024> . Acceso el 31 de Julio de 2018
- Botero Botero, L.D.; Castrillón Osorio, L.C. La experiencia de la paternidad en adolescentes. Revista Virtual Universidad Católica del Norte, 2015 pag. 46, 89-101. Recuperado de [http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/701/1228\(PDF\)](http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/701/1228(PDF)) Acceso el 31 de Julio de 2018
- Ley Nacional Argentina N° 26529. Derechos del paciente en relación con los profesionales e Instituciones de Salud. Buenos Aires 19 de Noviembre 2009. Disponible en: http://www.uba.ar/archivos_secyt/image/Ley26529.pdf. Acceso el 4 de Agosto de 2018
- Serie “Adolescencia: Educación y Salud, Escuela de Ciencias de la Educación, Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad Nacional de Córdoba N° II Pag.197-210-Editorial Brujas, Córdoba, Agosto 2000

PATERNIDADES

Dra. Diana Gómez¹⁵

“El fenómeno del conocer genera la pregunta por el conocer... nos deja en una situación circular. ... Todo hacer lleva a un nuevo hacer, es el círculo cognoscitivo ... De aquí que tengamos renovados “puntos ciegos” ... Sólo cuando alguna interacción nos saca de lo obvio y nos permitimos reflexionar, es cuando nos damos cuenta de la inmensa cantidad de relaciones que tomamos por garantizadas... El reconocimiento de esa circularidad cognoscitiva no constituye un problema para la comprensión del fenómeno del conocer, sino que de hecho funda el punto de partida que permite su explicación científica”

Maturana, H. y Varela, F.¹⁶

Inicio con la circularidad cognoscitiva porque desde diversas experiencias preventivas/asistenciales surgió el trabajar sobre paternidades; fueron los adolescentes quienes nos dieron las pistas para abordarlo y desde hace ya seis años estamos trabajándolo. Desde qué lugar nos posicionamos, desde qué lugar iniciamos nuestro hacer y como fuimos teorizando nuestra quehacer y generando nuevas prácticas es lo que se relata en este artículo.

En primer lugar tuvimos que revisar nuestros paradigmas; y si tomamos una revisión (1) de algunos textos directrices Internacionales como en “Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes¹⁷, se menciona 70 veces a la “madre adolescente”, mientras que la mención del “padre adolescente” es tan sólo una; en “Fecundidad y Maternidad Adolescente en el Cono Sur: Apuntes para la Construcción de una Agenda Común¹⁸ los varones no aparecen en las conclusiones de la misma y en el documento “Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016–2030)¹⁹ el término “padre” no existe. Por lo tanto es para reflexionar sobre el “no lugar” (1) de los varones en lo que se refiere a la salud reproductiva. El término “no lugar” fue creado por Marc Augé (2) definiéndolo “Si un lugar puede definirse como lugar de identidad, relacional e histórico; un espacio que no puede definirse ni como espacio de identidad ni como relacional ni como histórico, definirá un “no lugar”. Si bien el autor se refería a los espacios del anonimato de la ciudad, lo urbano, de tránsito y de flujo de las

¹⁵ Médica. (U.B.A). Especialista en Hebiatría. Máster en Ciencias de la Salud de la Adolescencia y la Juventud. Univ. de Guadalajara. México. Máster en Drogadependencia Univ. de Deusto. España. Magíster en Prevención y Asistencia de las Drogadependencias. USAL. ARG. Secretaria de SASIA.

¹⁶ Maturana, H; Varela, F. El árbol del conocimiento. Debate. 1996

¹⁷ Estado de la población mundial 2013” (UNFPA, 2013

¹⁸ Binstock, G. 2016 UNFPA

¹⁹ Es parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible

sociedades sobremodernas; podríamos hacer una semejanza que la ausencia del varón, la ausencia en las directrices internacionales de una identidad como progenitor o una relación con la otra progenitora se definiría como “no lugar”. Otros autores apelan al mismo concepto con expresiones como “invisibilidad” (3) de la paternidad adolescente provocada por una cultura patriarcal y adultocéntrica; el “silencio” sobre el padre adolescente se debería a que es observado como “hijo de”, mientras la adolescente como “madre de” o el “muro de silencio”(3) que rodea la paternidad. También en nuestras prácticas cotidianas experimentamos los “no lugares” cuando se habla de “salud materno/infantil” o del binomio “madre/hijo”, estando de este modo los padres excluido de participar en estos procesos, ubicados en una posición periférica por lo menos desde el discurso; y de hecho en las prácticas asistenciales se interactúa más con la madre desconociendo al varón como figura segura de apego y cuidado. Por lo tanto, para acelerar el cambio cultural hacia una mayor participación y corresponsabilidad de los padres los profesionales de la salud nos empoderamos para incidir positivamente desde el discurso preventivo/asistencial hablando de una tríada, e incorporando una activa participación paterna desde la concepción ya que contribuye a la salud física y psicológica del padre, la madre y al bienestar del niño.

La paternidad como un proceso de construcción.

Coinciden varios autores (4) (5) (6) que la paternidad es un concepto construido socioculturalmente, por tanto no es homogéneo sino que se estructura de acuerdo con las dimensiones de organización y distancia social. Benno de Keijzer (7) quien plantea que “...más que hablar de paternidad como un tipo de relación, universal y predeterminada de los hombres con sus hijos e hijas, habría que hablar de paternidadeS, en plural, porque hay formas bastante diversas de ejercer la misma”. Por lo tanto las paternidades son experiencias múltiples, heterogéneas, que se despliegan acorde a la socialización de género y los contextos histórico-sociales y difieren de un grupo social a otro, a la edad y al contexto en que viven y se desarrollan los adolescentes (6). Ser padre adolescente es un fenómeno social de gran relevancia, pues es un hecho que marca la vida de sus protagonistas y la de sus familias. (4)

Entendiendo a la paternidad como proceso (8), podríamos desagregarla en seis momentos: 1. Biológico; 2. Vinculares- subjetivas; 3. Continuidad y presencia en la gestación y parto; 4. Comunitario 5. El sello jurídico; 6. El ejercicio consagratorio”.

1-Iniciando con un análisis de la *dimensión biológica*, primaria y fundacional de progenitor se presenta como condición necesaria, pero no suficiente para la adquisición de la paternidad. Hoy las paternidades no siempre son biológicas, ni heterosexuales; los

hombres se convierten en padres en una diversidad de contextos, como padres solteros, en relaciones homo o heterosexuales, como hombres que tuvieron hijos de relaciones heterosexuales previas y descubrieron su homo, bi o transexualidad más tarde, como hombres que adoptan hijos, como hombres que tuvieron hijos mediante óvulos donados o subrogación o como padrastros o padres sociales de los hijos de su pareja. (9)

2- *Vinculares-subjetivas*. La madre es quien habilita, al afirmar que un hijo es de tal padre; aunque hoy a través de los estudios genéticos se puede confirmar o descartar la paternidad biológica. Esa habilitación materna tiene que ir acompañada de dar y/o ceder parte del lugar para que este “no-lugar” deje de ser tal, aquellas que cumplen el rol materno tienen que dar/ceder parte del suyo ya que la sobrevaloración de dicho rol resulta, en muchas ocasiones, un impedimento para que el padre adolescente asuma otras funciones respecto de la crianza de los hijos. Este aspecto es complejo y ayudar a construir un espacio para el papá, exige no sólo un corrimiento por parte de las mujeres, sino también de las familias y la flexibilización de las instituciones sociales y de salud en particular. (5)

Si bien las paternidades pueden considerarse como parte del ciclo vital de los seres humanos (5), las paternidades adolescentes se presentan en una etapa quizás no esperada, quizás no planificada y lleva a los adolescentes a enfrentarse a responsabilidades propias de un adulto; o sea, seguir transcurriendo el status adolescente pero con responsabilidades adultas. Muchas veces este nuevo status va asociado con situaciones de vulnerabilidad social (3); con bajos niveles de escolaridad, abandono de los estudios e inserción frágil en el mercado laboral. Sin embargo, el abandono, la deserción, el fracaso escolar o las trayectorias no encauzadas de los estudios precede al embarazo (3) (10) (11) (12) (13). Estos predictores que se dan dos años antes del embarazo son importantes tenerlos en cuenta y son elementos que aprendimos y a partir de ellos implementamos proyectos de prevención enfocada ²⁰

3- *Vivir con continuidad el proceso de embarazo, nacimiento y crecimiento*. Este proceso permite la construcción de la subjetividad paterna. La necesidad del contacto, de estar presente, asistir a las consultas, al parto, verlo nacer y presentar al hijo/a, son situaciones muy valoradas (4) como momentos que marcan, que dejan huellas. En el reciente documento de la OMS ²¹ se hace mención a la evidencia científica del acompañamiento en el parto y su positivo efecto en la salud de la madre y del recién

²⁰ Proyecto intersectorial Salud/Educación cuyo objetivo es la detección de adolescentes con trayectorias educativas no encauzadas (riesgo de abandono educativo o que estén fuera de la educación y/o con una relación con la escolaridad de baja intensidad), para que ingresen en un sistema de salud integral. Se trabaja en un espacio psicopedagógico orientado a estimular cognitivamente al acceso al nivel de pensamiento formal, propiciar el conocimiento de sus propias formas de aprender (metaaprendizaje) y favorecer la adquisición de destrezas acerca del uso apropiado de técnicas de estudio a la vez que el desarrollo de habilidades sociales.

²¹ Recomendaciones de la OMS sobre la atención intraparto, para una experiencia positiva de parto WHO, 2018.

nacido. A pesar de ello, la figura paterna queda reducida a un rol de acompañante, existiendo sí una mención a la importancia a la preparación masculina prenatal para un apoyo efectivo durante el parto. (1)

El *apego paterno* se construye desde el embarazo y se refuerza en cada momento del proceso de gestación; el parto es un momento breve, importante de conexión mutua con un altísimo impacto afectivo y experiencial para todos los involucrados y no sólo un rito, sino también un derecho^{22, 23}

En una revisión de 16 estudios longitudinales en los cuales la variable impacto de la presencia del padre estaba aislada se encontró que quienes tuvieron un padre involucrado en su infancia presentaron después en promedio menos problemas conductuales, menos conflictos con la ley, menor vulnerabilidad económica, mejor desarrollo cognitivo, mejor rendimiento escolar y menor estrés en la adultez (14) Existe un cuerpo cada vez más amplio de estudios que evidencian el efecto del involucramiento de los padres; estas investigaciones sugieren que cuando los padres tienen presencia en la vida de sus **hijos**, éstos tienden a desarrollarse mejor coinciden varios autores (14) (15) (16) (17) (18); crecen sanos (19); tienen mayor desarrollo emocional, social y de la empatía (20); y mayor desarrollo cognitivo, del lenguaje y del rendimiento escolar. Los padres que se involucran en el cuidado de su **bebé** tienen más probabilidad de formar un vínculo emocional con él (20); reduce la probabilidad de ser abusados sexualmente de niño (21) y rompe el ciclo de la violencia (19) (22) (23) (24). El período perinatal ha sido reconocido como una oportunidad de oro para la intervención con los padres (25). En la **adolescencia**, aquellos hijos que contaron con un padre involucrado durante su infancia, es más probable que presenten una mejor salud mental, menos consumo abusivo de alcohol y drogas, menos problemas con la ley y menos riesgos en salud sexual y reproductiva (16) (18); y mayor probabilidad que alcancen su máximo potencial (19). Los **padres** serán más equitativos respecto del género, mientras que las mujeres más empoderadas, con menor depresión, temor y falta de autoconfianza (26). Los **padres** tienen mejores indicadores de salud, mayor probabilidad de estar satisfechos con sus vidas, vivir más, enfermarse menos (16) (27); son más felices y sanos (19); viven más tiempo y menos propensos al abuso de drogas; experimentan menos estrés y accidentes, y tienen mayor participación en la comunidad (16) (27). En general la presencia del padre suele incrementar el ingreso familiar y son más productivos, lo que impacta positivamente en las posibilidades de desarrollo de hijos/as (17) (19) (26). La presencia activa y corresponsable del padre suele ser positiva para la **madre**, quienes

²² Ley 25929 por un parto respetado vigente. Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento... g) A estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto...

²³ Conv. Der. Niño (art 18): "... Ambos padres tienen obligaciones comunes en lo que respecta a la crianza y desarrollo del niño..."

tienden a tener menos sobrecarga en las tareas de cuidado, tareas domésticas y pueden incrementar su salud física y mental (16) (17). Se reduce el estrés asociado con el embarazo (28); se sabe que el neurotrófico más poderoso es el amor, la oxitocina (hormona del amor) consolida la respuesta al stress y favorece procesos de memoria y aprendizaje. La metilación del ADN no termina con el nacimiento, qué fragmentos se transcriben y cuáles no está determinado por el ambiente; éste hará que un chico desarrolle resiliencia o sea vulnerable al estrés para siempre y los 650 genes de la corteza prefrontal se modelan por cuidado materno (29); el papá también producen aumento de oxitocina, prolactina, reduce la testosterona e interactúa con CRH-ACTH inhibiendo eje (26) (30), por lo tanto también modela. Las madres que asisten acompañadas por su **pareja** a las visitas prenatales tienen más probabilidades de recibir atención prenatal adecuada en el primer trimestre y más allá (19) (31) (32); tuvieron una experiencia de parto más positiva (19) (26) (33) (34) y una menor duración de parto y con menos dolor (34). Por el contrario, la ausencia de los padres tiene enormes costos económicos y sociales, directos e indirectos. Los hogares con ausencia paterna suelen presentar mayores costos para el Estado por programas de asistencia debido a que en esos casos se presentan mayores problemas psicosociales. (18)

4. *Comunitario* El contexto, el barrio, el entorno, la familia y los pares atribuyen al ser padre adolescente, de tal manera que el adolescente construirá su propia concepción de la paternidad (5); ser padre adolescente, implica considerar tanto el concepto de masculinidad como la mirada de la sociedad y las culturas regionales de su entorno. (4)

5- *El valor simbólico de la esfera jurídica.* El “dar el apellido” al hijo; la formalidad de dar el apellido refuerza, confirma el lazo consanguíneo y asegura el reconocimiento, tanto en el orden privado como en el público. A partir de los proyectos preventivos de inmersión-inserción visualizamos que tres generaciones durante la adolescencia decidieron poner el apellido materno a sus hijos; a partir de esta realidad se trabajaron los derechos de identidad del niño y la posibilidad de conformar el sentido de paternidad. El ser “hijo de” hace a la identidad del niño, porque lo inserta en una secuencia transgeneracional familiar que da cuenta de sus orígenes y su pertenencia a una historia que lo antecede, a la vez que lo proyecta, aún en hijos no biológicos o en diversidad de contextos

6- *El ejercicio consagradorio* “Hago de padre” “Soy el padre en los hechos”. Hoy el Código Civil tiene en cuenta a los progenitores adolescentes²⁴ pero también hay que

²⁴ Código Civil “Artículo 644. *Progenitores Adolescentes*. Los progenitores adolescentes, estén o no casados, ejercen la responsabilidad parental de sus hijos pudiendo decidir y realizar por sí mismos las tareas necesarias para su cuidado, educación y salud. ...

recordar que los adolescentes se convierten en padres en una diversidad de situaciones nuevas. (9)

En esencia, la participación de las *paternidades* es una variable importante que afecta una serie de comportamientos relacionados con la salud materna, la salud de los niños, adolescentes y factores de estrés en las mamás, en los propios padres y durante todo el crecimiento y desarrollo del hijo.

Continuando con la circularidad cognoscitiva, a partir de lo aprendido se generó el programa "*Maternidades y paternidades*"²⁵ donde el concepto de paternidades se trabaja de manera transversal. En lo asistencial se potencian las *ventanas de oportunidades*, como son los espacios de consulta, controles de anticoncepción, prenatales, parto, puerperio²⁶ y en controles del niño sano, para involucrar al padre en su participación; para ello se protocolizaron medidas concretas para dar indicaciones pro-paternidad (14) (36). Muchos proyectos están articulados con Educación, como por ejemplo las embarazadas y los papás futuros cumplen la asistencia de su hora de gimnasia en espacios de "Acompañamiento del embarazo" en el centro de salud. Como profesionales de la salud nos desafiamos a ejercer un nuevo modelo integrador e inclusivo; aceptar el cambio de paradigma, deconstruir el modelo hegemónico de paternidad (35) e incluir las nuevas concepciones en las consultas cotidianas. Para ello fue necesario derribar obstáculos culturales²⁷; de infraestructura²⁸; intentar hacerlos sentir protagonistas a los adolescentes varones, y apropiarlos de los roles paternos generando espacios para reflexionar/aprender sobre paternidades. (37)

El recorrido durante estos años nos permitió aprender... "El fenómeno del conocer genera la pregunta por el conocer... nos deja en una situación circular. ...Todo hacer lleva a un nuevo hacer, es el círculo cognoscitivo..."²⁹

²⁵ Es un programa que consta de 11 proyectos articulados, intersectorial (Educación, Desarrollo social, Servicio local, Salud y CEAT)

²⁶ Proyecto intersala de Atención prenatal/parto y puerperio: se protocolizaron las acciones de sensibilización y educación sobre paternidades y pedidos de análisis para el papá

²⁷ Atención centrada en la tríada habilitando el placer/disfrute de dicho vínculo e incluir la promoción y prevención sobre paternidades

²⁸ Salas de maternidad amigables para la participación de los adolescentes y para los adolescentes papás

²⁹ Maturana, H; Varela, F. El árbol del conocimiento. Debate. 1996

Bibliografía

- 1- Güida Leskevicius, Carlos. Análisis del no-lugar de los hombres en publicaciones internacionales sobre Salud Reproductiva. Development Connections. Disponible: <http://dvcn.aulaweb.org/index.php> Consultado: mayo 2018
- 2- Marc Auge Los «No Lugares» Espacios del Anonimato. Una antropología de la Sobremodernidad. Genida Editorial 2000
- 3- De Martino Bermúdez, Mónica. Visibilizando La Paternidad Adolescente. Prisma Social, N°13, dic. 2014. Fundación para la Investigación Social Avanzada redalyc.org. España. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=353744532024> Consultado: junio/18
- 4- Fuller, N. Paternidades en América Latina. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú. 2000
- 5- Anabalón, C.; Cares, F.; Cortés, R. y Zamora, M. Construcción de la propia paternidad en adolescentes varones pertenecientes a liceos municipales de la comuna de La Cisterna. Revista de Psicología, Vol. 20, N° 1, julio, 2011. Universidad de Chile Santiago, Chile. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26420712003>. Consultado: junio 2018
- 6- De Jesús-Reyes, David; Cabello-Garza, Martha Leticia Paternidad Adolescente y Transición A La Adultez: Una Mirada Cualitativa En Un Contexto De Marginación Social. Iberoforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana, Vol. VI, N° 11, enero junio/2011. Universidad Iberoamericana, DF. México Disponible: www.uia/iberoforum Consultado: mayo 2018
- 7- -Benno de Keijzer, en Aguayo, F.; Sadler, M.; Obach, A. y Kimelman, E. Talleres sobre Sexualidad, Paternidad y Cuidado con Hombres. Manual con perspectiva de género y masculinidades para Facilitadores y Facilitadoras Este Manual forma parte del Programa H, y de la Serie Manuales EME. CulturaSalud/EME en el marco del proyecto UNFPA 2013
- 8- Carlos Güida; C.; Martínez, I.; Salles, G y Scarlatta, L. De paternidades y exclusiones. El lugar de los varones en sectores de pobreza extrema. Naciones Unidas 2007. Disponible: www.trilce.com.uy Consultado junio/18
- 9- Aguayo, F.; Levtov, R.; Gary Barker, G.; Brown, V. y Barindelli, F.; Kimelman, E.; Andjelic, D.; Beare, S.; Meglioli, A.; Zonenschein, T. y Rodríguez, H. Estado de la Paternidad en América Latina y el Caribe. CulturaSalud/EME, Promundo. 2017
- 10- Stern, C.; García, E. Hacia un Nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente. En: C. Stern y M. Figueroa. Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación. El Colegio de México. 2001
- 11- Rodríguez Vignoli, J. La fecundidad alta en América Latina y el Caribe: un riesgo en transición. Serie Población y desarrollo, N° 46, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas. 2003

- 12- Rodríguez Vignoli, J. Reproducción en la adolescencia: el caso de Chile y sus implicaciones de política. Revista de la CEPAL. Santiago de Chile.2005
- 13- Pantelides, E. Aspectos sociales del Embarazo y la Fecundidad Adolescentes en América Latina. En: La fecundidad en América Latina: ¿transición o revolución?, Santiago de Chile: CEPAL. 2004
- 14- Sarkadi, A., Kristiansson, R., Oberklaid, F. y Bremberg, S. 2008 en Aguayo, F. y Kimelman, E. Paternidad Activa Guía para promover la paternidad activa y la corresponsabilidad en el cuidado y crianza de niños y niñas. Para profesionales del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo. Ministerio de Desarrollo Social 2012
- 15- Aguayo, F. y Kimelman, E. Paternidad Activa Guía para promover la paternidad activa y la corresponsabilidad en el cuidado y crianza de niños y niñas. Para profesionales del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo. Ministerio de Desarrollo Social 2012.
- 16- Allen y Daly, 2007; en Aguayo y Kimelman. Paternidad Activa Guía para promover la paternidad activa y la corresponsabilidad en el cuidado y crianza de niños y niñas. Para profesionales del Sistema de Protección Integral a la Infancia. Chile Crece Contigo. Minist. de Desarrollo Social 2012
- 17- Barker, 2003; en Aguayo y Kimelman. Paternidad Activa Guía para promover la paternidad activa y la corresponsabilidad en el cuidado y crianza de niños y niñas. Para profesionales del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo. Minist. de Desarrollo Social 2012
- 18- Nock y Einolf, 2008; en Aguayo y Kimelman. Paternidad Activa Guía para promover la paternidad activa y la corresponsabilidad en el cuidado y crianza de niños y niñas. Para profesionales del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo. Minist. de Desarrollo Social 2012
- 19- MenCare 2015. Panorama 2015 del estado de los padres en el mundo. Resumen y Recomendaciones. Una publicación de MenCare 2015 Disponible: sowf.men-care.org Consultado dic. 2017
- 20- Barclay y Lupton, 1999 en Aguayo y Kimelman. Paternidad Activa Guía para promover la paternidad activa y la corresponsabilidad en el cuidado y crianza de niños y niñas. Para profesionales del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo. Minist. de Desarrollo Social 2012
- 21- Pruett, 1993 en Aguayo, F. y Kimelman, E. Paternidad Activa Guía para promover la paternidad activa y la corresponsabilidad en el cuidado y crianza de niños y niñas. Para profesionales del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo. Minist. de Desarrollo Social 2012
- 22- Buka et al, 2010; en REDMAS | Promundo | EME Un Manual para la Paternidad Activa. REDMAS, PROMUNDO y EME Programa P. Un Manual para la Paternidad Activa. Nicaragua: REDMAS, PROMUNDO, EME. 2013
- 23- Contreras, 2012; en REDMAS | Promundo | EME Un Manual para la

- Paternidad Activa. REDMAS, PROMUNDO Y EME Programa P. Un Manual para la Paternidad Activa. Nicaragua: REDMAS, PROMUNDO, EME.2013
- 24- Carlson, 1990 en REDMAS | Promundo | EME Un Manual para la Paternidad Activa. REDMAS, PROMUNDO y EME. Programa P. Un Manual para la Paternidad Activa. Nicaragua: REDMAS, PROMUNDO, EME. 2013
- 25- Cowan, 1988 en REDMAS | Promundo | EME Un Manual para la Paternidad Activa. REDMAS, PROMUNDO Y EME. Programa P. Un Manual para la Paternidad Activa. Nicaragua: REDMAS, PROMUNDO, EME. 2013
- 26- Aguayo, F.; Levtoy, R.; Gary Barker, G.; Brown, V. y Barindelli, F.; Kimelman, E.; Andjelic, D.; Beare, S.; Meglioli, A.; Zonenschein, T. y Rodríguez, H. Estado de la Paternidad en América Latina y el Caribe. CulturaSalud/EME, Promundo, IPPF/RHO. 2017
- 27- Ravanefra, 2008 en Aguayo, F. y Kimelman, E. Paternidad Activa Guía para promover la paternidad activa y la corresponsabilidad en el cuidado y crianza de niños y niñas. Para profesionales del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo. Minist. de Desarrollo Social 2012
- 28- Fisher et al, 2006 en Aguayo, F.; Sadler, M.; Obach, A. y Kimelman y Aguayo, F.; Sadler, M.; Obach, A. y Kimelman, E. Talleres sobre Sexualidad, Paternidad y Cuidado con Hombres. Manual con perspectiva de género y masculinidades para Facilitadores y Facilitadoras Este Manual forma parte del Programa H, y de la Serie Manuales EME.
- CulturaSalud/EME en el marco del proyecto UNFPA 2013
- 29- -Szif, STRESS, 2010 en López Mato Resiliencia de lo molecular a lo social. Presentación Curso PINE 2004
- 30- López Mato, 2004 en Resiliencia de lo molecular a lo social. Presentación en el curso PINE 2007
- 31- - Martin et al, 2007 en REDMAS | Promundo | EME Un Manual para la Paternidad Activa. REDMAS, PROMUNDO y EME. Programa P. Un Manual para la Paternidad Activa. Nicaragua: REDMAS, PROMUNDO, EME.2013
- 32- Teitler, 2000 en REDMAS, PROMUNDO y EME. Programa P. Un Manual para la Paternidad Activa. Nicaragua: REDMAS, PROMUNDO, EME.2013
- 33- Henneborn y Cogan, 1975 en Aguayo, F.; Sadler, M.; Obach, A. y Kimelman Talleres sobre Sexualidad, Paternidad y Cuidado con Hombres. Manual con perspectiva de género y masculinidades para Facilitadores y Facilitadoras Este Manual forma parte del Programa H, y de la Serie Manuales EME. CulturaSalud/EME en el marco del proyecto UNFPA 2013
- 34- Tarkka 2000 en Aguayo, F.; Sadler, M.; Obach, A. y Kimelman; Aguayo, F.; Sadler, M.; Obach, A. y Kimelman, E. Talleres sobre Sexualidad, Paternidad y Cuidado con Hombres. Manual con perspectiva de género y masculinidades para Facilitadores y Facilitadoras Este Manual forma parte del Programa H, y de la Serie Manuales EME. CulturaSalud/EME en el marco del proyecto UNFPA 2013

- 35- Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva- Varones uruguayos y su salud sexual y reproductiva: vida sexual, acceso a información y servicios de salud Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva de MYSU, 2013, UNFPA y ONUSIDA.
- 36- Aguayo, F.; Michelle Sadler, Alexandra Obach y Eduardo Kimelma. Encuesta de IMAGES- Talleres sobre Sexualidad, Paternidad y Cuidado con Hombres Jóvenes. Manual con perspectiva de género y masculinidades para Facilitadores y Facilitadoras Fundación CulturaSalud. Fundación CulturaSalud 2013
- 37- Mendoza, D; Montoya, O y Reyes, R. Red de Masculinidad por la Igualdad de Género (REDMAS | Gary Barker, Jane Kato, Tatiana Moura, Marco Aurelio Martins por conjunto de organizaciones no gubernamentales Promundo y Aguayo, F. y Kimelman, E. por EME Masculinidades y Equidad de Género chilena Programa P. Un Manual para la Paternidad Activa. REDMAS, PROMUNDO y EME 2013 Nicaragua.

DE ESO NO SE HABLA (Pudor masculino)

Dra. Juana Presman³⁰

*“Solo el silencio
Dice lo otro
Y tanto más
Que lo que hemos callado”.*
Mujica, Hugo. 2016, Barro Desnudo.

La menarca o primera menstruación es un hecho visible que marca un hito en la vida de toda mujer. Nombrada con eufemismos como *Andrés, que viene una vez al mes, Tante Rose* de los alemanes, *Me vino, Me hice señorita* o *Me indispuse, me enfermé* (de un hecho normal).

Hace sólo unos pocos años que la vieja menstruación puede ser nombrada sin vergüenza y no aún en todos los ámbitos. La menstruación nos liga de una manera misteriosa a nuestra herencia femenina. Generalmente menstruamos a la misma edad que lo hicieron nuestras madres. Y también nos liga a nuestra cultura, ya que la menstruación se ha adelantado por cambios ambientales y modificaciones de las condiciones de vida.

Pero si de la menstruación recién en estos últimos tiempos hablamos sin pudor, el clítoris no tiene la misma suerte. Este pequeño órgano de placer, todavía eliminado en algunas culturas africanas y orientales, goza de buena censura. Poco y nada, por lo tanto, se habla de la masturbación femenina. Prejuicios, tabúes y temores rodean a la sexualidad femenina cuando va de la mano del placer y no de la fertilidad.

Pero si hay disfraces y omisiones con la menstruación peor es con la eyaculación masculina.

En todos los talleres o exposiciones sobre educación sexual integral, cuando preguntaba a los hombres allí presentes si los habían felicitado por su espermarca, ninguno respondió afirmativamente. Incluso, la mayoría ignoraba el significado del término.

¿Quién comenta o habla de la espermarca? ¿Quién le dice a un adolescente que alrededor de los 13 ó 14 años eyaculará esperma (del latín *semilla*) y que ese líquido blanco tendrá ya espermatozoides que, en principio, podrían fecundar a una mujer? ¿Quién dice “sabían que hoy tuve mi espermarca” (la primera polución consciente)?

³⁰ Médica cirujana. Especialista en Medicina Intern. Experta en Adolescencia. Perfeccionamiento en Medicina del Adolescente en la Technischen Universität München (Alemania) y Trastornos Alimentarios de la Clínica Roseneck, Baviera, Alemania. Médica de la "Casa del Joven" del Gob. de Córdoba (1985/2013) .

Quizás porque muchas veces está ligada a la masturbación, no siempre tiene buena prensa.

Sin embargo es un hecho fantástico ligado a la vida y a la potencia.

Tampoco se les informa a los varones que son “millonarios”, ya que un centímetro cúbico de semen, es decir veinte gotas, tienen 40-80 millones de espermatozoides o que la eyaculación contiene entre 200 y 400 millones.

O que los espermatozoides corren a cien metros por minuto y tardan sólo noventa segundos en llegar al cuello del útero.

Y siguiendo con estas diferencias entre damas y caballeros, ¿cuánto hablamos del autoexamen testicular?

Sabemos que es muy raro que haya cáncer mamario antes de los 18 años, y todos han escuchado algo sobre el autoexamen mamario, sin duda, por la incidencia del mismo en mujeres adultas.

Pero a nivel masivo sabemos muy poco sobre el autoexamen testicular, y eso que el cáncer de testículo, si bien infrecuente, es el cáncer más común en varones adolescentes y adultos jóvenes.

Ya en el siglo XXI resultan curiosos ciertos silencios.

¿Será todo esto pudor masculino? ¿Por qué será? ¿Será que el machismo transmite que preguntar es signo de debilidad?

Argentina vive un “revival” de feminismo, motorizado por movimientos de mujeres que se movilizan en defensa de derechos a la salud y en contra de la violencia. Esto ha determinado que caigan muchos de los silencios guardados celosamente. No podemos decir lo mismo de los varones. Ellos tienen pocos interlocutores en el sistema de salud. La adolescente será eventualmente llevada por su madre a una ginecóloga de confianza, ¿y el varón?. Finlandia ha diseñado un extenso programa escolar de información para varones, a través de materiales, juegos y concursos.

Gran desafío para todos, promover el autoconocimiento de nuestros adolescentes varones. ¡Bienvenidos los movimientos sociales de varones que reivindicuen el derecho a hablar sin tapujos de su virilidad!

Bibliografía

Pasqualini, D.; Llorens, A., "Salud y Bienestar de los Adolescentes y Jóvenes: una mirada integral". OPS-OMS- Facultad de medicina/Univ. BA, 2010

Instituto Nacional del Cáncer. Disponible: www.cancer.gov. Consultado junio 2018

Presman, J., "Decir que no "(Lo que no se atreve a preguntar sobre su hijo

adolescente). Editorial Raíz de Dos, Abril 2015.

Väestöliitto, The Family Federation of Finland" Boys sexual Education. BoyS-Project." (2012). parte del proyecto de la Federación de Familia de Finlandia.

Disponible: www.vaestoliitto.fi Consultado mayo.

MASCULINIDADES: RIESGO VERSUS VULNERABILIDAD

Dr. Daniel Rolón³¹

“Todos nos parecemos a la imagen que tienen de nosotros”

Jorge Luis Borges

El poder de la mirada.

La mirada del otro, sin duda alguna, tiene una importante impronta en la construcción de la propia identidad, en la autoimagen y en la autoestima. El escritor argentino Jorge Luis Borges en su escrito “El indigno”, nos expresa con claridad la dependencia de la mirada del otro para la construcción identitaria: *“Yo sentía el desprecio de la gente y yo me despreciaba también”* (1). En esta sociedad post-estatal y bajo las nuevas condiciones que impone la globalización, ya sea ciudadano, consumidor u homo eligens (2), hay un sujeto que se constituye en y de la misma. Ese sujeto único, no puede ser pensado sin el contexto social, ni viceversa. Su “sí mismo” se construye y se inscribe en una cultura con una concepción típica de un tiempo y un espacio, en estrecha interacción con los demás. (3)

Podríamos recordar lo escrito por Ovidio, en su “metamorfosis” (4), donde cuenta la historia de Pigmalión, que “esculpió con arte felizmente admirable una estatua de níveo marfil, dándole una belleza con la que ninguna mujer puede nacer, y llegó a enamorarse de su propia obra”. Llegada la festividad de Venus, el día más celebrado de toda Chipre, cumplido el rito de la ofrenda, se detuvo ante los altares y tímidamente pidió: “Si podéis, dioses, darlo todo, deseo que mi esposa...”, y sin atreverse a decir: “la doncella de marfil”, dijo “igual que la de marfil”. La dorada Venus, que asistía en persona a sus propias fiestas, entendió que pretendían aquellos ruegos, y le concedió su deseo. La estatua cobró vida, y Pigmalión y la mujer que había creado pudieron casarse. En la década del 70, Robert Rosenthal y Lenore Jacobson (5), en una escuela de California, repartieron entre los docentes un test que medía el coeficiente intelectual de los niños y las niñas de la escuela. Después les dijeron a sus maestros y maestras que el test revelaba de forma muy certera que niños a final de curso iban a destacar y tener grandes

³¹ Médico pediatra. Especialista en adolescencia. Secretario Comité estudio permanente del Adolescente. SAP

mejoras académicas. Sin embargo, nunca revelaron que los alumnos y alumnas fueron elegidos por azar y no por los resultados del test. Al finalizar el curso, las mediciones y los resultados obtenidos comprobaron que efectivamente los niños y niñas que habían sido seleccionados, supuestamente por su alto coeficiente intelectual, habían incrementado su rendimiento académico de forma muy notable en comparación con los no seleccionados. Esto ponía de relieve que las expectativas del docente sobre su alumnado tenían gran influencia sobre los resultados finales. Si la mirada del adulto construye identidades adolescentes, porque no cuestionarnos desde ¿Dónde miramos?, ya que nuestra manera de mirar, será en parte, responsable de las conductas y actitudes de aquellos sobre quienes depositamos nuestra mirada. Según Kenneth Gergen "...distintas terminologías promueven distintos cursos de acción. Ver la criminología adolescente como un problema de "deprivación económica" tiene diferentes implicaciones políticas que definirla como resultado de la "mentalidad de pandillas" o una "vida de hogar deteriorada..." (6)

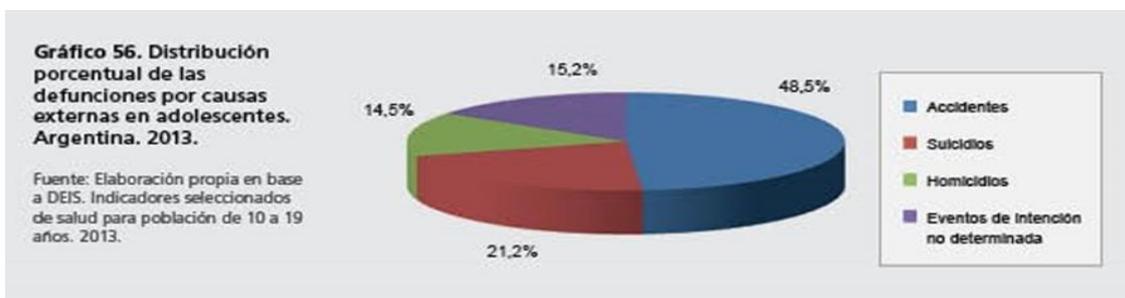
¿Masculinidades riesgosas?

Las adolescencias, han sido y siguen siendo un desafío cotidiano para su abordaje por diversidad y heterogeneidad de los diversos actores intervinientes, mirados y miradores. Desde el punto desde el punto de vista sanitario se ha recomendado la utilización del instrumento Sistema Informático del Adolescente (SIA) desarrollado por el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP OPS/OMS), en 1995, para el abordaje integral con enfoque de riesgo (7). Esta ha sido una herramienta fundamental por sus propósitos: mejorar la calidad de la atención de los adolescentes en los servicios de salud, a partir de un abordaje integral, promoviendo prácticas que contribuyan a brindar una atención de calidad y favorecer el conocimiento epidemiológico, la evaluación y el desarrollo de programas, acorde a las necesidades de salud del grupo en cuestión. La necesidad de estandarizar datos, de homogenizar información, categorizar por construcciones sociales del momento, ajenas a la construcción identitaria individual, junto a la necesidad de registros epidemiológicos que permitieran orientar los recursos limitados del estado para mejorar la calidad de vida de la población adolescente han orientado una manera de mirar a las adolescencias, que aún hoy se encuentran construyendo identidades más allá de la mirada sesgada del adulto. Los datos obtenidos desde aquel entonces hasta la fecha brindan informaciones

-)} Propone la existencia de diferentes formas de masculinidad,
-)} No todas sus formas se encuentran en la misma posición de poder, pues el concepto de masculinidad hegemónica se construye siempre en oposición a varias masculinidades subordinadas.

Es por ello que no deberíamos utilizar constructos que estereotipan, homogenizan y excluyen. La masculinidad y la feminidad son extremos de un continuo en permanente reformulación, de una conceptualización dinámica, tanto cultural como individual, en contextos específicos de época y lugar.

Siguiendo a Benno de Keijzer, numerosos escritos han tomado esta forma de orientar sus estudios para construir y aportar al conocimiento científico. González Quiñones nos brinda información sobre la “Relación entre trastorno de conducta alimentaria y género y familia en adolescentes escolarizados, Suba (Bogotá)” (12) en el que se encuestaron 3217 adolescentes, de los cuales 1603 eran hombres y 1614 mujeres. El 20 % de los hombres presenta riesgo de TCA frente a un 30 % de las mujeres. En este estudio el género y la función familiar mostraron relación estadística con los TCA a diferencia de la estructura familiar. Fernandez Vidal en su trabajo “Comportamiento sexual de estudiantes de primer año de medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Influencia del rol de género en las conductas de riesgo” (13), también realiza observaciones, a través de la mirada riesgosa del género, observando que las relaciones sexuales comienzan más tempranamente en varones, quienes tienen mayor número de parejas sexuales, mayor consumo de café, alcohol y cigarrillos. El amor como



motivación para el inicio de las relaciones sexuales aparece en mayor por ciento en las mujeres; sólo una décima parte de los hombres iniciaron las prácticas sexuales con la novia. Esta mirada no escapa al análisis estadístico realizado

por las políticas públicas en nuestro país, tan sólo veamos uno de los datos recogidos en “Situación de salud de los y las adolescentes en la Argentina” (14), apartado 5, “Causas externas”.

Tabla 19. Mecanismo involucrado en las muertes violentas en adolescentes. Argentina. 2013.

MECANISMOS	TOTAL	NO INTENCIONAL			SUICIDIO			AGRESIÓN		
		Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
Todas las Causas Externas	2.358	1.143	876	265	500	363	137	342	317	25
Cortes o perforaciones	97	1	1	0	1	1	0	72	71	1
Ahogamiento o sumersión	107	82	75	7	1	0	1	1	1	0
Caldas	16	11	8	3	2	2	0	0	0	0
Fuego (llama, objeto o sustancia)	26	14	9	5	2	2	0	2	2	0
Armas de fuego	426	2	2	0	40	32	8	214	200	14
Maquinaria	3	3	3	0	-	-	-	0	0	0
Vehículos de transporte terrestre	674	674	525	147	0	0	0	0	0	0
Otros vehículos de transporte	1	1	1	0	-	-	-	-	-	-
Factores naturales o ambientales	3	3	2	1	-	-	-	-	-	-
Ervenenamientos	38	23	14	9	6	2	4	0	0	0
Golpes por o contra	11	2	1	1	1	1	0	8	7	1
Ahorcamiento o sofocación	547	40	21	19	441	320	121	7	3	4
Otros especificados	86	76	42	34	2	2	0	3	1	2
Otros no especificados	311	211	172	39	4	1	3	35	32	3

Nota: el total de causas externas no coincide con la suma de accidentes, suicidios y homicidios porque se excluyeron las defunciones por causas externas de intención no determinada y las de intervención legal.

Fuente: Elaboración propia en base a DEIS. Indicadores seleccionados de salud para población de 10 a 19 años. 2013.

Desde el punto de vista epidemiológico, esta manera de “mirar” es necesaria, para realizar observaciones y análisis que permitan distribuir los limitados recursos del Estado para mejorar la situación de los y las adolescentes.

Dos observaciones podrían ser pertinentes luego de ver este gráfico y esta tabla; primero, ¿no deberíamos hablar de masculino/femenino en vez de varones/mujeres?, la reducción a lo biológico excluye la tan necesaria construcción sociocultural que permitiría analizar estos datos desde una concepción mucho más holística. En segundo lugar, desde esta perspectiva ¿es el género una categoría de análisis per se o una variable más en el análisis de la intersubjetivación humana? (15) Cuando se entiende como una noción totalizadora, la masculinidad o feminidad envuelven una serie de variables, como lo son la etnia, las clases sociales los orígenes, las creencias religiosas,

las diferentes geográficas, la educación, las variaciones históricas que influyeron en la construcción de estos conceptos a lo largo del tiempo, entre otras, e invisibiliza las diferencias subjetivas y pareciera que emerge un “género puro”, lo cual también es un sesgo arbitrario en la construcción del conocimiento.

Recalculando...

Para Cardona, “el riesgo corresponde al potencial de pérdidas que pueden ocurrirle al sujeto o sistema expuesto, resultado de la convolución de la amenaza y la vulnerabilidad. Así, el riesgo puede expresarse en forma matemática como la probabilidad de exceder un nivel de consecuencias económicas, sociales o ambientales en un cierto sitio y durante un cierto período de tiempo. Es importante mencionar que la “convolución” es un concepto matemático que se refiere a la concomitancia y mutuo condicionamiento, en este caso, de la amenaza y la vulnerabilidad. Dicho de otra forma no se podría ser vulnerable si no se está amenazado y no existe una condición de amenaza para un sujeto o sistema si no está expuesto y es vulnerable a la acción potencial que representa dicha amenaza. En otras palabras, no existe amenaza o vulnerabilidad independientemente, pues son situaciones mutuamente condicionantes que se definen en forma conceptual de manera independiente para efectos metodológico y para una mejor comprensión del riesgo”. Para el autor, “de acuerdo a lo anteriormente expuesto, es necesario preguntarse ¿vulnerable ante qué? Es decir, debe existir la amenaza para efectos de que se presente una situación condicional, mutuamente concomitante, que representa estar en riesgo. Si no hay amenaza no es factible ser vulnerable, en términos del potencial daño o pérdida que significa la ocurrencia del suceso”.

Podríamos resumir lo que hasta aquí dicho en la siguiente fórmula:

Riesgo: amenaza x vulnerabilidad

Donde la **amenaza** es la posibilidad que un fenómeno o una actividad pueda ocasionar la muerte, lesiones u otros impactos sobre la salud; y la **vulnerabilidad** como las características y las circunstancias de una persona, de una comunidad o sistema que los hacen susceptibles a los efectos dañinos de una amenaza.

Ahora bien, adentrados en la vulnerabilidad, esta podría ser formulada como:

Vulnerabilidad: Exposición x susceptibilidad / resiliencia.

En la que la **exposición** es la condición de desventaja debido a la ubicación, posición o localización de un sujeto, objeto o sistema expuesto al riesgo; la **susceptibilidad** es el

grado de fragilidad interna de un sujeto, objeto o sistema para enfrentar una amenaza y recibir un posible impacto debido a la ocurrencia de un evento adverso y la **resiliencia** es la capacidad de una persona, sistema o sociedad expuestos a una amenaza para resistir, absorber, adaptarse y recuperarse de sus efectos de manera oportuna y eficaz, lo que incluye la preservación y la restauración de sus estructuras y funciones básicas.

(17)

Claro está que se toma el riesgo en las definiciones expuestas por los autores y a lo largo del escrito se puede percibir que no es una definición estática, es por eso, que debemos considerar el riesgo como una situación, dinámica, epocal, en relación con un contexto cambiante y variable.

Podemos llegar a entender a través de este recorrido la necesidad de la epidemiología, instrumento de las políticas públicas, de recurrir al riesgo para definir estrategias sanitarias. Sin embargo, desde la práctica diaria con adolescentes podemos abordar nuestras prácticas desde la vulnerabilidad, sin recurrir al riesgo, ya que no podemos trabajar sobre una variable probabilística como la amenaza. Sí podemos trabajar en forma grupal e individual sobre variables como la susceptibilidad y la resiliencia. Gran parte de nuestras prácticas, sin nominarlas como tal, las realizamos desde las fragilidades de nuestr@s consultantes, reconociéndolas, así como sus capacidades para sobreponerse a las adversidades que han atravesado en su construir identitario. Sería interesante saber que impacto tiene, en este proceso de construcción de identidades, escuchando a quienes son observados desde estas dos posibles miradas, en el marco de las múltiples posibles maneras en las que los adultos podemos observar. L@s adolescentes y jóvenes deben ser parte de este proceso, deben poder elegir en que ojos quieren reflejarse para identificarse. No podemos como adultos negarles esta posibilidad, posibilidad que nos debemos como profesionales de la salud.

“...Quisiera que me enseñes a mirarte como necesitas ser mirado, para que te sea más sencillo encontrar el lugar al que quieras llegar...”

Consideraciones finales:

- La construcción identitaria se realiza en comunión con ese Otro significativo que, a través de su mirada, nos habilita o no.
- Masculinidades y varones, son constructos cuyos orígenes son distintos. La utilización alterna en la producción científica en salud no hace otra cosa que confundir de quienes estamos hablando cuando hablamos.
- Las masculinidades como categorías de análisis y no como variables, invisibilizan otras variables que son tan importantes de considerar como el género.
- Abordar las masculinidades desde el riesgo sólo aportan, desde una mirada epidemiológica a las políticas públicas y la distribución de los recursos del estado.

Abordar desde la vulnerabilidad, desde el trabajo cotidiano, nos permite a quienes trabajamos, en contacto con las adolescencias, posicionarnos en conductas concretas y no posibilidades abstractas

Bibliografía

1. Borges, J. L (1961). El indigno en *El informe de Brodie*. Buenos Aires. Emecé.
2. Bauman, Z. (2007). Vida de consumo. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica.
3. Vázquez, C. y Fernández Mouján, J. Adolescencia y sociedad. La construcción de identidad en tiempos de inmediatez. PSOCIAL | vol. 2 | nro. 1 | 2016 | pp. 38-55
4. Ovidio, *Metamorfosis*, X, 150 (Trad. de Antonio Ramírez; Fernando Navarro. Madrid: Alianza, 1995).
5. Rosenthal, R. y Jacobson, L. (1980). Pigmalión en la escuela. Expectativas del maestro y desarrollo intelectual del alumno. Madrid: Marova
6. Gergen, K, J. Realidades y Relaciones (1994). Aproximaciones a la construcción social. Las construcciones sociales del discurso del déficit. Harvard University Press. Cambridge.
7. Guía de recomendaciones para la atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad (2012). Ministerio de Salud de la República Argentina.
8. Keijzer, Benno de (1997) "El varón como factor de riesgo. Masculinidad, salud mental y salud reproductiva", en Esperanza Tuñón (coord.) Género y salud en el sureste de México, México.
9. Kaufman, M. Hombres: placer, poder y cambio. Cipaf. República Dominicana, 1989.
10. Admin. ¿Qué es masculinidad?, en Masculinidad 2.0. 2016. Disponible: <http://masculinidad2-0.hol.es/category/informacion/> Fecha última consulta junio 2018
11. Connell, R. W. (1987). Gender and power: Society, the person and sexual politics. Cambridge: Polity Press.
12. Quiñones, J. C. G., Caro, D. C. M., Muñoz, S. G. M., & Ramírez, J. A. P. (2017). Relación entre trastorno de conducta alimentaria y género y familia en adolescentes escolarizados, Suba (Bogotá). Carta Comunitaria, 25(143), 29-35.
13. Fernandez Vidal, A, et al. Comportamiento sexual de estudiantes de primer año de medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Influencia del rol de género en las conductas de riesgo. Medisur [online]. 2018, vol.16, n.2, pp. 280-288.
14. Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, Ministerio de Salud, UNICEF. Situación de salud de los y las adolescentes en la Argentina. Buenos Aires: MSAL, UNICEF; 2016.
15. Lamas, M. (1996). El género. La construcción cultural de la diferencia sexual.
16. Cardona, O. D. (2002). La necesidad de repensar de manera holística los conceptos de vulnerabilidad y riesgo.
17. Centro Internacional para la investigación del fenómeno del Niño. CIFEN. 2017

“EL ROL DEL ADOLESCENTE VARÓN EN LA CONSULTA GINECOLÓGICA”

Dr. José María Méndez Ribas³²

En 1974 pudimos organizar en la 1º Cátedra de Ginecología no sin gran esfuerzo el Consultorio especializado en la atención ginecológica de niñas y adolescentes (hasta los 18 años) separándolos de la consulta general, un hito para aquella época y desde sus inicios lo encaramos de acuerdo a lo aprendido con uno de mis grandes maestros (Prof. Dr. Enrique Dulanto Gutiérrez, de México) con un enfoque multi e interdisciplinario (biopsicosocial) integrando al mismo psicólogos y trabajadores sociales. Con este abordaje integrador precozmente se produjo un crecimiento exponencial en las consultas y rápidamente tomamos conocimiento que quedaban fuera de nuestra atención los varones adolescentes (parejas o hermanos de nuestras jóvenes pacientes). Ello motivo que accediéramos al Servicio de Pediatría (que atendía en aquel entonces solo hasta los 12 años) a motivar e interesar a algún pediatra quien, capacitándose pudiese atender a los adolescentes varones. Tampoco fue fácil, pero allí apareció la hoy señera figura de Gustavo Girard, conocido por todos nosotros aquí e internacionalmente quien con gran vocación lidero y desarrollo el tema de la adolescencia en general y la problemática del varón en particular. Posteriormente ya en 1986 más maduros y con más conocimiento pudimos idear y crear el Programa de Adolescencia en el mismo Hospital con mejor estructura metodológica y jerarquizando aún más la interdisciplina incorporando más trabajadoras sociales a las ya existentes, psicólogos, psiquiatra, psicopedagogos, nutricionistas y socióloga trabajando en un mismo espacio físico. Hoy dicho Programa ya está cumpliendo exitosamente **32 años** de labor asistencial, docente y de investigación atendándose por igual adolescentes, varones y mujeres junto a sus familias. Allí mismo y desde hace ya 6 años avalados por la Universidad de Buenos Aires creamos la Carrera de Médico Especialista en Medicina de Adolescentes (2 años)

³² Prof. Consulto de Ginecología de la Universidad de Bs. As. Director de la Carrera de Especialista en Medicina de Adolescentes de la Universidad de Bs. As. Director del Curso de Formación en Ginecología Infantojuvenil (SAGIJ) de la Universidad Nacional de La Plata. Presidente del Tribunal de Certificación en GIJ de la Sociedad Argentina de ginecología Infanto Juvenil (SAGIJ). Asesor del Programa de Adolescencia del Hospital de Clínicas “José de San Martín” Miembro Honorario de la Asociación Latino Americana (ALOGIA) y de la Federación Internacional (FIGIJ) de Ginecología Infantojuvenil.

donde pediatras y clínicos generales aprenden a atender los jóvenes con esta metodología de trabajo.

Para los ginecólogos, entonces, atender en una Institución con estas características, muy difícil de reproducir en el ámbito privado, les es bastante sencillo practicar el abordaje integral de las adolescentes ya que tienen a disposición profesionales de las otras disciplinas en el mismo lugar de trabajo.

Muy diferente es la situación del ginecólogo, ya capacitado en la atención de niñas y adolescentes en la soledad de su consultorio público o privado. Tiene que tener ya “internalizado” el abordaje integral de su paciente como parte de su capacitación e incluir a la familia y a su pareja si la tiene.

En este contexto el vínculo del ginecólogo con el adolescente varón aunque difícil es muy importante y debe ser incluido en la consulta siempre que se pueda y en diferentes situaciones clínicas. A saber:

- a) Si la adolescente consultante está ya en pareja o iniciando una nueva relación, darle “permiso” para que concurra con él e integrarlo a la consulta. Ello enriquece mucho la misma y permite detectar **cómo es el vínculo**.
 - *diferencia excesiva de edad
 - *características violentas de personalidad del varón
 - *qué objetivos en común tienen
- b) Ante sospecha de **abuso sexual** encubierto abordarlo de acuerdo a las normativas vigentes.
- c) Detección de **violencia de género** por parte del varón, alcoholismo o adicciones que nuestra paciente en principio “nos oculta” porque en su imaginario lo “va a solucionar”.
- d) En la **consejería por anticoncepción**, es muy útil que el escuche la explicación de los diferentes métodos y se aclaren todas las dudas que ayudaran a la adherencia al mismo compartiendo la responsabilidad.
- e) Investigar y detectar **disfunciones sexuales** a partir del interrogatorio específico y participación del varón en el origen de las mismas. Se trata así en pareja (vaginismo, eyaculación precoz, anorgasmia)
- f) Al integrarlo a la consulta el ginecólogo puede también determinar si él tiene un médico de referencia, si alguna vez hizo algún **examen en salud** y en caso contrario ayudarlo a que lo haga.

g) La **adolescente embarazada** sin quererlo que concurre sola a la consulta.

El ginecólogo colaborara en el esclarecimiento de la situación dándole participación al padre.

CONCLUSIÓN: Con estos ejemplos (hay más) queda claro la importancia que el ginecólogo debe dar a la inclusión del varón a la consulta, para evaluar en su totalidad a la adolescente mujer que está atendiendo y detectando a tiempo problemáticas complejas que pueden afectarla a futuro. También ayudarlos a ellos que carecen de una figura como el ginecólogo para la mujer, a que se acerquen al sistema de salud para la prevención y educación correspondiente conectándolo con un pediatra especializado en Medicina para Adolescentes.

Bibliografía

Méndez Ribas, J.M “Enfoque actual de la adolescente por el ginecólogo” Ed. Ascune 3º edición, 2015.

ABUSO SEXUAL EN ADOLESCENTES VARONES

*Dr. Ramiro Amato. Médico Pediatra.*³³

*Dra. Sonia Morero. Médica Pediatra.*³⁴

En los años 2005 y 2006 presentamos un trabajo donde evaluamos la información obtenida sobre abuso en un grupo seleccionado de adolescentes³⁵.

“En el grupo de adolescentes encuestados se observó que un alto porcentaje de los jóvenes obtuvo información sobre sexualidad, pero de ellos, menos de la mitad incluyó información sobre abuso sexual”.

En la actualidad tenemos la percepción de que el tema ha tomado una mayor difusión. Consideremos que en esa época no habían alcanzado la relevancia actual ni las redes sociales ni siquiera la accesibilidad tan facilitada a la información por internet.

Sin embargo la situación de menor visibilidad se perpetúa si consideramos el abuso sexual del adolescente varón.

Se han invocado algunos factores como adyuvantes de este hecho, como los estereotipos de género según los distintos ámbitos culturales:

- En el caso de que el agresor sea varón, el temor de la víctima a ser estigmatizado como homosexual en culturas abierta o encubiertamente homofóbicas. (1)
- En el caso de abuso perpetrados por mujeres, el mandato para el adolescente varón es el de responder positivamente a todo requerimiento sexual por parte de mujeres (que no se ponga en duda su “hombría”).
- El rol de género atribuido a la mujer tradicionalmente como sujeto pasivo, como “sexo débil”, etc., hace que no se la perciba como probable abusadora en la medida que es considerado el varón.

³³ Especialista en Adolescencia. Rosario. Argentina

³⁴ Especialista en Adolescencia. Rosario. Argentina.

³⁵ Trabajo “**Abuso sexual en Adolescentes**”, presentado en Abril de 2005 en el “II Congreso Argentino y III Latinoamericano de Salud Sexual y Reproductiva”. En Mayo de 2005, en las “1ª Jornadas Regionales de SASIA” y “III Jornadas Cuyanas de Ginecología Infanto-Juvenil”, realizadas en la ciudad de San Juan. En Octubre de 2005 en el “II Congreso Argentino y III Latinoamericano de Salud Sexual y Reproductiva” y en las “XXX Jornadas de actualización pediátrica: El pediatra frente a las distintas comunidades”, organizadas por la Sociedad de Pediatría de Rosario. “**Abuso sexual: ¿Tema tabú en la educación sexual?**” presentado como Simposio Posters en el “34 Congreso Argentino de Pediatría”, realizado en la ciudad de Córdoba, en Octubre de 2006.-

- En algunos entornos el hecho que los adolescentes varones tengan su primera experiencia sexual con mujeres mayores no se percibe como negativo.
- Las mujeres tienen mayor permisividad y más oportunidades para tener contacto físico con personas sobre todo en su rol de cuidadoras.
- Como perpetuadores de la no denuncia, actúan los roles atribuido a la masculinidad. (2)
- Los varones deben siempre controlar las emociones, las otras personas y el entorno, y se definen a sí mismos como hombres por el grado de control alcanzado. No controlar al otro, ser víctima es equivalente a femenino. Según María Celia Lassus (2) este deber de responder al estereotipo masculino le dificulta al adolescente varón hasta el reconocimiento de haber sido abusado, y por supuesto el hablarlo y buscar ayuda.
“Becho quiere un violín que sea hombre, que al dolor y al amor ni los nombre”

³⁶.

Epidemiología

Son escasísimos los datos que obtuvimos al respecto.

- La O.M.S. estima que en el mundo, aproximadamente se pueden contabilizar, en menores de 18 años, 150.000.000 niñas y 75 millones de niños han sido víctimas de A.S. (3)
- Un 23% de las niñas y un 15% de los niños sufre abuso sexual en España según un estudio de FUNCOE. Este informe fue presentado en Valencia con motivo de un Seminario sobre Prevención del Abuso Sexual (Revista Escuela Española, 1998). (4)

Prevalencia de Abusos Sexuales en Población no Clínica (5)

³⁶ Milonga “El violín de Becho”. Alfredo Zitarrosa, poeta, periodista y cantautor uruguayo (1936 – 1989)

PAÍS	NIÑAS	NIÑOS
Australia	28%	9%
Estados Unidos	27%	16%
España	23%	15%
Canadá	18%	8%
Dinamarca	14%	7%
Finlandia	14%	7%
Suecia	9%	3%

Contingencia por edad y sexo de las víctimas. (6)

Edades	V	M	Total
4-5	2,24	4,43	3,56
6ª7	6,72	12,32	10,00
6 a 9	14,93	16,26	15,73
10 a 11	11,19	16,26	14,24
12 a 13	26,12	24,63	25,22
14 a 15	28,36	16,26	21,07
16	10,45	9,82	10,00
Totales	100	100	100
Medias	12	11,1	11,44

Según los países el porcentaje de víctimas de abuso sexual (AS) varían, pero en general dentro de esos porcentajes le corresponde al abuso sexual adolescente (ASA) en varones aproximadamente la mitad del de las mujeres.

Es decir que, en menor o mayor grado el abuso sexual del adolescente varón existe, y, se detectan a nivel personal, familiar y sociocultural multitud de factores que contribuyen a que se invisibilice más aun, que el ASA en mujeres. (7)

Siempre teniendo en cuenta como punto de partida que se presume que los casos denunciados, publicados y conocidos son la punta del iceberg frente a los que no se denuncian tanto en el caso de varones como de mujeres.

En el caso de abuso sexual en la adolescencia diferenciamos éste de la problemática en la niñez. Lo definiremos como “*abuso sexual en adolescentes a toda participación de un o una adolescente en actividades sexuales con ejercicio de poder y sometimiento por parte de terceros que limiten su capacidad de elección*”³⁷.

Atentos a que en la adolescencia se comienza a patentizar el concepto de que el sujeto es un ser humano capaz. Consideramos que el desarrollo de los procesos de intelectualización cognitiva, independización e individuación transforman al adolescente en un individuo cada vez más autónomo con capacidad de tomar decisiones acertadas con respecto a si mismo. Tiene entonces capacidad para decidir lo que es bueno o malo para su bienestar.

También surge como evidente que el adolescente es un ser libre y autónomo.

De estos conceptos se deriva el considerarlo con derechos. El derecho de disponer de su cuerpo y de elegir la forma que considere apropiada de ejercer su sexualidad. Es por eso que en nuestra definición ponemos especial énfasis en la libertad del adolescente para actuar y consideramos esencial para definir el abuso que esa libertad se vea menoscabada de alguna manera.

Quedará a criterio del operador poder evaluar el grado de capacidad que muestre el adolescente y la existencia de elementos que atenten contra su libertad, evaluando cada caso en particular.

Clasificación

Se han intentado varias clasificaciones de abuso sexual en el adolescente varón (ASAV), con una utilidad relativa según nuestra óptica. En nuestra limitada experiencia cada situación es única e irrepetible y con los fines del manejo la concebimos así.

Sin embargo a los fines orientativos presentaremos algunas propuestas, ya que si pensamos en ellas veremos que el abordaje del problema tendría que ser totalmente diferente, adaptándose a la circunstancia específica de ESA consulta de ESE adolescente.

³⁷ Elaboración de los autores

- El ASAV que podríamos llamar “agudo” donde el agresor es poco o totalmente desconocido.
 - Es necesario tomar muestras buscando I.T.S. y elementos para identificar al agresor e indicar la profilaxis de I.T.S.
 - En general es una única oportunidad.
 - Asociada con el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas.
 - Es usual que la penetración sea oral o anal.
 - Es frecuente que la víctima sea agredida y sometida por el uso de la fuerza física.
- El ASAV “crónico” donde el victimario es un familiar o una persona conocida por la víctima y su entorno.
 - El abuso se reitera a lo largo del tiempo, a veces meses o años.
 - Los tipos de agresión más frecuentes son los tocamientos y exhibición.
 - Es más frecuente que el agresor utilice el engaño, la seducción o la amenaza.
 - La toma de muestras y la indicación de profilaxis deberá evaluarse en cada caso en particular.
- El ASAV con sometimiento violento.
- El ASAV con sometimiento por seducción, soborno, chantaje o abuso de poder.
- ASAV donde el agresor es varón.
- ASAV perpetrado por mujeres
- ASAV institucional. (8)

Aquí aparecen patrones más o menos claros de influencias ambientales (normalización de las conductas abusivas, aparición de rituales abusivos, conductas claramente diferentes cuando no contrapuestas del individuo dentro y fuera de la institución, etc.)

-Aislamiento social tanto de víctimas como victimarios que favorecen la aparición de la problemática y, en cierta manera se facilita el abuso, se favorece el secreto y la impunidad. La gente que vive en las instituciones está separada del resto de la sociedad.

-Estructuras burocráticas y jerárquicas al servicio del encubrimiento. Mediante la no-aplicación de medidas y los intentos de mantener los problemas de abuso

dentro de la institución, la administración permite y refuerza el comportamiento abusivo.

-Desigualdades extremas entre las jerarquías de la institución, el personal y los residentes.

-Con frecuencia el abuso es de naturaleza colectiva. La existencia de varios ofensores y varias víctimas contribuye a crear un entramado de silencio generalizado que fomenta la impunidad.

-Reforzado por la anuencia y, a veces la intervención activa de las jerarquías institucionales.

-Características como deshumanización, desapego, hacinamiento de los sistemas implicados, Los individuos que viven en instituciones están despersonalizados; cualquier lazo de vínculo humano entre los residentes y quienes les cuidan es inhibido.

-Pertenencia de los involucrados a subculturas abusivas. Dentro de muchas instituciones, la violencia es norma.

-El encubrimiento del sistema abusivo por todos los involucrados.

- El ASAV en situación de conflicto bélico. (9) (10)

Es interesante la consideración que en estos casos la violencia sexual está al servicio de mantener a unos hombres subordinados, sometidos a otros. Como un ejercicio de poder, usando la humillación de control como estrategia bélica para aterrorizar, desmoralizar y destrozarse la cohesión del enemigo.

Conviene no tranquilizarnos pensando que este problema no nos roza. Están apareciendo indicios claros del uso de estas tácticas en conflictos con/entre las llamadas bandas narcos.

Consecuencias en el varón del ASA

Clásicamente se describe que en la adolescencia se debe realizar el “duelo” por cuerpo infantil, agregamos el duelo por el cuerpo idealizado y la aceptación del propio. Los factores que complejizan el proceso son debidos a las características del mismo. El proceso de crecimiento y desarrollo en su etapa final se hace rápido, definitivo, consciente y sexuado y se superponen a la tarea a realizar por el adolescente como cambios en lo psico-socio-cultural, que apuntan a un proceso de individuación y sociabilización que lleva al individuo por un lado a diferenciarse como ser único

respondiéndose la pregunta ¿quién soy?, en este caso como ser sexual, como ser de género y por otro a integrarse a la sociedad, y a la independización de la cultura y la familia de origen.

Todo este proceso es brutalmente y devastadoramente modificado cuando no imposibilitado por el ASAV. Por mejor que sea la evolución del joven dentro de lo esperable, el rechazo del cuerpo adulto y sexuado inclusive de la sexualidad que emerge es la regla. El adolescente “niega” su cuerpo abusado; por tanto, no lo conoce ni vive en armonía con él. Así que el acceso a la genitalidad adulta y su evolución posterior resulta altamente .conflictivo.

Siendo el adolescente propenso a la inmediatez (acting-out) es dable observar que la distorsión patológica de la articulación de lo social, cultural y familiar se manifieste con el factor violencia. (2)

Los varones victimizados tienden a ser abusadores y maltratadores si bien se puedan dar los cuadros descriptos de depresión y ansiedad, puede ocurrir, que se manifiesten más agresivos o que se conviertan en abusadores de otros niños, si no son detectados y tratados precozmente. (1)

Los varones abusados son más proclives a la violencia dirigida hacia ellos mismos o hacia terceros.

No se observan diferencias en la aparición de T.C.A. especialmente bulimia, atracones y vómitos provocados, comparados con las mujeres.

En la experiencia de Guadalajara se 53.7% había participado en peleas y el 38.5% había portado armas en algún momento, mientras que el 31.3% había pensado en el suicidio.

Al llegar a adulto puede padecer: a) Trastornos mnémicos: amnesia, olvido, bloqueos. b). Distorsiones cognitivas. c) Percepciones erróneas del entorno. (2)

Objetivos de la intervención en abuso

El profesional que pretenda intervenir en situaciones de abuso del adolescente y sea socioculturalmente ofertado para dicha intervención, debería estar capacitado para identificar el problema y diagnosticarlo. (11)

Para lo cual conviene tener en cuenta a los adolescentes con factores de riesgo de ser abusados y los síntomas con que se manifiesta el ASAV, de manera de tener en la clínica un índice de sospecha adecuado y equilibrado.

Como siempre la mejor opción es un equilibrio entre el índice de sospecha y el buen criterio clínico para evitar tanto el sobrediagnóstico como el subdiagnóstico. Todavía nos seguimos encontrando con profesionales para los que cualquier referencia a lo sexual es sospechosa. Así pues, es muy importante tener un criterio profesional equilibrado, que trascienda nuestros valores y nuestras costumbres, para poder evaluar adecuadamente todas las posibles hipótesis. Conviene, si vamos a intervenir en este problema tener en claro los mitos, prejuicios, valores y costumbres personales para asegurarnos que interfieran lo mínimo posible en la intervención. Lo que el sexólogo Luis María Aller Atucha llama nuestra “sexología”. (12)

Como profesionales debemos evitar a toda costa que los casos de abusos sexuales se conviertan en la coartada para crear desconfianza, hostilidad y paranoia hasta el extremo de que los padres no puedan ni acariciar a sus hijos sin temor a verse denunciados. Debemos cuidar que la información que nos llega no se magnifique y la prevención no se convierta en evitación del contacto físico.

Tener en cuenta las falsas denuncias inducidas al adolescente por padres en conflicto matrimonial o aquellas promovidas por los adolescentes contra el profesor exigente. Los profesionales que decidan intervenir deberían ser especializados en adolescencia, con capacidad de crear un clima colaborativo con una preparación en comunicación humana referida en este caso a la relación del paciente adolescente–médico (o profesional interviniente).

La psicología forense puede aportar criterios que ayudan a afianzar la credibilidad del relato o su verosimilitud como por ejemplo: Evaluación de la validez de las declaraciones (SVA) y Análisis de contenidos basados en criterios (CBCA)

“El contacto con los niños y la comunicación con ellos incrementa su autoestima y favorece el afecto. A más caricias menos abusos, podría ser el lema de un mundo más habitable para todos los niños y especialmente para las niñas, que son las víctimas más numerosas de este secreto sufrimiento. Este es el mensaje que como profesionales de la salud y la educación debemos transmitir”. (Instituto de Sexología y Psicoterapia Espill). (5)

El examen físico debe que ser completo, no reducido a la zona ano genital. Otra vez la preparación y la empatía del médico hebiatra son fundamentales para obtener informaciones.

Tanto el examen físico como el tratamiento posterior están protocolizados.

En general se aceptan que los signos y síntomas permiten clasificar los hallazgos como:

- Categoría o Clase 1: Sin datos de AS. En Adolescentes con riesgo de AS sin alteraciones ni cambios en su conducta.
- Categoría o Clase 2: Hallazgos inespecíficos de AS (Abuso posible)
- Categoría o Clase 3: Hallazgos específicos de AS (Abuso probable)
- Categoría o Clase 4: Hallazgos de certeza de AS (Evidencia definitiva de AS)

Es imprescindible asegurarse de: (5-11)

- 1) Poner fin al abuso. 2) Asegurar el acceso de la red implicada en la situación de abuso a la ayuda profesional que pueda ofrecer. 3) Contención y apoyo a la víctima. Cuidando evitar la victimización de la misma con la intervención. 4) Contención y apoyo a todos los implicados en el hecho, familia y pareja, incluyendo al abusador/a.
- 5) Evaluación del riesgo de reiteración del abuso en dicho grupo. 6) Limitar al agresor/a dentro de un contexto de seguimiento real y acompañamiento terapéutico para evitar la reacción. 7) Evitar la deserción del sistema implicado. 8) Detectar el o los adultos que pudieron evitar el hecho y no lo hicieron. 9) Tratamiento de las lesiones. 10) Acompañar terapéuticamente a la víctima y su grupo de pertenencia en la elaboración de la situación traumática y resolución del problema. 11) Evitar y reducir el daño. 12) Proteger a la víctima de otros abusos. Es objetivo primordial el resguardo de la víctima. 13) Proteger a víctimas potenciales dentro del sistema constituyente o de la comunidad. 14) Prevención y tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (I.T.S.), incluyendo infección por H.I.V. 15) Prevención y tratamiento del estrés postraumático y las secuelas emocionales del adolescente y su grupo familiar. 16) Elegir la vía legal (proteccional o penal). Principios a tener en cuenta por los profesionales: “Interés superior del niño” (Art. 3 C.I.D.N.) y “Protección contra el abuso” (Art.19 C.I.D.N.). 17) Recolectar elementos probatorios para acción legal y realizar un peritaje psicológico que incluya criterios de validez del testimonio. 18) Prevención de acciones de mala praxis contra profesionales intervinientes. Prevenir y tratar el burn out de los profesionales del grupo interviniente. 19) Contemplar las particularidades culturales de los implicados en el hecho.

Conclusiones

- El ASAV existe en un porcentaje que, si bien en general es menor que el de las mujeres, es altamente significativo.
- Por múltiples circunstancias es menos reconocido, menos denunciado y menos tratado que el ASA en mujeres.
- Sería oportuno que los profesionales de la salud estuvieran entrenados en sospechar, diagnosticar y manejar esta compleja situación, que tiene consecuencias deletéreas en el desarrollo saludable de los que participan, desde el punto de vista tanto de lo físico como de lo psicológico, impidiendo el desarrollo de una sexualidad saludable.
- Además que dichos profesionales sean expertos en el manejo de la salud del adolescente desde un enfoque integral. Y estén entrenados en técnicas complejas de comunicación humana, especialmente en lo que hace a la atención de este grupo etéreo.

El manejo de la situación de abuso sexual de un adolescente varón debería incluir a la víctima, su entorno familiar y no familiar, al agresor y a los profesionales intervinientes.

Bibliografía

- 1- Berlinerblau, V. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF), noviembre 2016. "Abuso sexual contra niños niñas y adolescentes: Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos".
- 2- Lassus, M.C. Silencio de género: cuando la víctima es un niño varón. 18 Abr 2008. Revista Psicología Científica.
- 3- WHO. Global estimates of health consequences due to violence against children. Background paper to the UN secretary. General study on violence against children. Geneva World Health Organization. 2006.
- 4- Gallo, J. L. y Padilla, M. V. Abusos sexuales en niñas y adolescentes. Consideraciones médico legales. Clin. Invest Ginecol Obstet 2006; 33: 222-9. 6 Nov 2006. Disponible: <http://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-abusos-sexuales-ninas-adolescentes-consideraciones-13094521>. Consultado: 25 de Junio de 2018.
- 5- Pérez Conchillo, Ma.; Carbajo Alvarez, E. y Borrás Vals, J. J. Acercamiento integrador a los abusos sexuales. Revista Información Psicológica del Colegio Oficial de Psicólogos. Nº 69. Año 1999. Disponible: http://www.informaciopsicologica.info/previous_issues_cont.php?cod=bGVvbmNvZF9wdWJsaT01M2xlb24E Consultado: 26 de Junio de 2018.
- 6- López Sánchez, F. Agresores y agredidos. Los abusos sexuales de adolescentes. Revista 42-4 pdf. Disponible: <http://www.injuve.es/sites/default/files/Revista42-4.pdf>. Consultado: 8 de Junio de 2018. **fo http**
- 7- Benítez Quintero, F.; Cantón Cortés, D.; Delgadillo Guzmán, L.G. Caracterización de la violencia sexual durante la infancia y la adolescencia. Psicología Iberoamericana, vol. 22, núm. 1, enero-junio, 2014, pp. 25-33. Universidad Iberoamericana, Ciudad de México. Distrito Federal, México. Disponible: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133944229004>. Consultado: 13 de Junio de 2018.
- 8- Murzi, D.; Peker, L. Machismo, precariedad y soledad, claves de los abusos sexuales en el deporte. El Espectador. Deportes Fútbol internacional. Abril 2018.
- 9- Russell, W. Violencia sexual contra hombres y niños.
- 10- Sivakumaran, S. La ONU y la violencia sexual contra hombres y niños durante conflictos armados. Marzo 2010.
- 11- Intebi, I. V. Valoración de sospechas de abuso sexual infantil. Aller Atucha, Luis María. Pedagogía de la sexualidad humana. Una aproximación ideológica y pedagógica. Editorial Galerna. Bs. As. 1991.

EJERCICIO DE LA SEXUALIDAD EN EL VARÓN DESDE UNA MIRADA DE DERECHOS

*Dra. Nora Reboledo*³⁸

La ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes aprobada en septiembre del 2005, adecua la legislación a la Convención. La nueva norma reconoce a los-as niños, niñas y adolescentes como sujetos de derecho al tiempo que deroga la Ley de Patronato que permitía al Estado disponer de los-as menores equiparándolos a los dementes e incapaces.

Considerarlos-as “sujeto de derechos” implica la responsabilidad del Estado de garantizar la educación, la salud, el desarrollo social, la participación en el mundo de la cultura, la recreación, el juego y la participación.

La adolescencia no es solo una etapa de transición hacia la juventud y vida adulta, sino un periodo de la vida con sentido propio y crucial para la vida posterior. Fisiológica, mental y emocionalmente la adolescencia empieza con la pubertad y acaba en torno a los 19 años aunque hoy por hoy se está evaluando su continuidad hasta los 23 años.

Socialmente se prolonga hoy hasta edades avanzadas para buena parte de la población, porque en nuestra sociedad no adquieren una autonomía básica, con relaciones de dependencia de la familia durante la juventud e incluso, en no pocos casos, primera parte de la vida adulta.

La adolescencia es una etapa de la vida con sentido propio, que culmina la infancia en cuanto a las capacidades de desarrollo físico, mental y emocional, prolongada en nuestra cultura durante más años, porque la mayoría no consiguen participar en las decisiones familiares, escolares y sociales, ni se pueden incorporar al mercado laboral, ni están en condiciones de tener autonomía económica.

La adolescencia social prolongada durante años, bien porque las sociedad opulentas se lo pueden permitir alargando la escolarización obligatoria o bien porque las sociedades en crisis no pueden ofrecer trabajo a buena parte de los adolescentes y jóvenes, es una

³⁸ Médica Pediatra- Doctora en Medicina- Médica Especialista en Adolescencia. Especialización en el tratamiento de las adicciones-Escuela Sistémica Argentina. Secretaria Del Grupo de Trabajo en Adicciones 2006-2011- Integrante del Grupo de Trabajo en Adicciones-Sociedad Argentina de Pediatría. Miembro de la Comisión Directiva -Sociedad Argentina de Salud Integral del Adolescente
Miembro Integrante de CODAJIC

creación cultural debida a cambios evolutivos que no son normativos, aunque entre nosotros estén generalizados.

Esta adolescencia es, pues, no solo una adolescencia biológica, sino también cultural tanto por razones positivas (ofertas de formación muy prolongada sin incorporación al mundo laboral), como negativas (muchos adolescentes no pueden incorporarse al sistema laboral durante años).

Los derechos reproductivos son una construcción que intenta responder a la problemática de la sexualidad y la reproducción, temas que han sido polémicos en todas las épocas y que han generado tensiones entre los diferentes actores sociales involucrados con responsabilidades y poderes muy dispares.

Desde esta óptica, podemos pensarlos como una conquista del Movimiento de Mujeres y otros movimientos sociales, como los relacionados con el acceso a la salud para todos y con el reconocimiento de las diversas identidades sexuales.

Desde otra perspectiva, podemos definir a la sexualidad como una construcción histórica que reúne una multiplicidad de posibilidades biológicas, emocionales y mentales (identidad genérica, diferencias corporales, capacidades reproductivas, necesidades, deseos, fantasías) que no necesariamente se vinculan entre sí en un modelo armónico con los paradigmas de género dominantes.

Los significados que le atribuimos a la “sexualidad” están socialmente organizados: promocionados o prohibidos pero siempre sostenidos por diversos discursos que nos permiten afirmar que la sexualidad es un producto social que se construye en relación con el medio cultural.

El Deseo sexual tiene una gran eclosión y normalmente se orienta de forma heterosexual, homosexual o bisexual, aunque puede sufrir cambios en años posteriores. La Atracción sexual se convierte en una motivación sexual y social de primer orden, abriéndose un número importante de ellos a la actividad sexual en relaciones de pareja u ocasionales.

En no pocos casos tienen lugar fascinaciones amorosas con enamoramientos que les conmocionan mental, sexual y emocionalmente, formando parejas de muy diversa duración.

Dado el panorama planteado sobre la situación de los y las adolescentes en la República Argentina donde las cuestiones de clase, creencias religiosas y tradiciones culturales profundizan las inequidades de género, es urgente que la educación sexual se implemente asegurando la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados como único modo de garantizar acciones tendientes al efectivo cumplimiento de la salud sexual y reproductiva.

Desde el punto de vista emocional y afectivo (Humor, Emociones, Sentimientos, Afectos sexuales -Deseo, Atracción y Enamoramiento- y Afectos sociales -Apego, Amistad, Sistema de Cuidados y Altruismo-) somos seres para el contacto y la vinculación. Estas necesidades emocionales y afectivas son centrales a lo largo de toda la vida y un factor determinante de nuestro bienestar o malestar.

Entre ellos destacamos, desde el punto de vista sexual, las dificultades para vivir determinadas diversidades de la orientación sexual como la homosexual, la no aceptación de las diversidades de identidad sexual como la transexualidad, los riesgos asociados a la actividad sexual embarazo no deseado, enfermedades de transmisión sexual, abusos sexuales a menores, acoso sexual, violación sexual, frustración sexual y desengaños amorosos, el sexismo y el maltrato de género entre otros.

La sexualidad implica ante todo responsabilidades. De ahí la importancia de que el individuo pueda responder a esas exigencias, y difícilmente lo logrará un joven que ni siquiera puede mantenerse a sí mismo. Este es el complejo panorama del joven: tiene un cuerpo que desde los once años comienza a desencadenar deseos sexuales, y una mentalidad que requerirá más de una década para ser económicamente independiente.

El Dr. Juan Carlos Escobar, a cargo del desarrollo de programas de salud en adolescentes desde el Ministerio de Salud de la Nación, desarrolla un pensamiento muy desafiante. Sostiene que **con los cambios habidos en la condición de la mujer durante el último siglo es probable que los varones no sepan a dónde están ahora.** Probablemente no encuentren un lugar propio. Son tradicionalmente -por mandato- proveedores.

Pesada carga de la masculinidad, ser fuerte y protectora, cuidadora, proveedora, procreadora. Se trata del mandato de poseer. En un mundo donde la desposesión es la norma: el 1% de la población mundial posee el 50% de la riqueza planetaria. **Los costos de la masculinidad hegemónica no son sólo para mujeres sino también para los varones.** Los estudios de masculinidad son un campo de conocimiento en constante crecimiento e interés social y académico en América Latina. Desde su surgimiento se ha indagado por la producción social de las masculinidades, la construcción de la identidad, el trabajo, la salud sexual y reproductiva, la familia, la violencia masculina y el papel de los varones en la producción de las desigualdades de género.

Desde México hasta la Argentina se cuenta, cada vez más, con una nutrida generación de conocimiento sobre los varones como sujetos que producen género (1) las diferentes dimensiones de las relaciones de poder en las que participan los varones y las lógicas masculinas en contextos interpersonales, comunitarios, locales, regionales y globales tanto en el ámbito público como en el privado (2) (3) (4).

Este importante desarrollo está asociado, por una parte, al posicionamiento de la teoría de género, por el otro, debido a las profundas brechas de desigualdad existentes entre los géneros, cuya expresión más grave es la violencia ejercida por los varones hacia las mujeres. La violencia basada en el género que experimentan las mujeres ha sido señalada por el sistema de Naciones Unidas como una pandemia (2) y como un problema de salud pública OMS 2013 debido a que en el mundo 7 de 10 mujeres ha sido víctima de esta violencia en cualquier momento de sus vidas. Los avances normativos internacionales y regionales en materia de igualdad de género, la transversalización del enfoque de género en los estados, la creación de institucionalidad específica y de programas para atender la violencia contra las mujeres, si bien son un gran avance, han demostrado ser insuficientes frente a la dimensión del problema.

Las tendencias en el abordaje legal y en las políticas públicas regionales han estado marcadas por enfoques punitivos, interpretados como herramientas para el tratamiento de la violencia hacia las mujeres. Sin embargo, el aumento de la violencia contra éstas es evidencia de que lo punitivo no es eficaz y suficiente como estrategia preventiva. En esa perspectiva, en las últimas dos décadas la generación de conocimiento sobre la relación entre masculinidad y violencia y, de manera paralela, el trabajo con varones por

parte de organizaciones sociales especializadas han contribuido a ampliar los marcos de analíticos y metodológicos sobre cómo entender y orientar el trabajo con varones en materia de prevención e intervención en relación a las violencias basadas en género. No obstante, ni las políticas públicas, ni los programas para prevenir la violencia contra las mujeres, ni las organizaciones de la sociedad civil han incorporado de manera amplia herramientas teóricas y metodológicas que les permitan configurar programas y modelos preventivos centrados en la masculinidad.

Vivimos en una sociedad que, además de discriminar a las mujeres, genera insatisfacción tanto en ellas como en ellos. Por tal motivo, el reto de este siglo debe ser el de construir un nuevo modelo social más democrático, justo e igualitario.

Para ello es fundamental que sean cada vez más los hombres dispuestos a cuestionar el modelo tradicional de masculinidad; a renunciar a los privilegios que les pueda aportar el sistema patriarcal; a liberarse de las cargas de una masculinidad hegemónica o tradicional, y a comprometerse de forma activa, junto con las mujeres, en la consecución de una nueva sociedad compuesta por personas más libres e íntegras. Porque la igualdad, en la medida que permite ampliar nuestro horizonte vital, nos convierte en mejores personas y, en consecuencia, hace a los hombres más hombres. Abrir la puerta en la entrevistas a estos temas es fundamental en el caso de los adolescentes. Las preguntas pueden plantearse de muchas formas, lo importante es conseguir que puedan hablar confiadamente de estos temas. La escucha respetuosa, respetando la confidencialidad, el vínculo que deberemos lograr con el adolescente serán condiciones esenciales.

Bibliografía

- 1- Gutmann, 1998: Traficando con hombres: la antropología de la masculinidad - SciELO. Disponible: www.scielo.br/pdf/ha/v5n10/0104-7183-ha-5-10-0245.pdf Consultado: mayo 2018
 - 2- Viveros, A. 2007 El Encanto Nativo. El Encanto Oculto De La Vida <https://elencantoocultodelavida.blogspot.com/.../alfredo-vivero-el-encanto-nativo.html>
 - 3- ONU 2006: Enable -Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. UN.org Disponible: www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=497 Consultado: mayo 2018
 - 4- ONU 2013: Informe sobre Desarrollo Humano 2013 UNDP Disponible: www.undp.org/content/dam/venezuela/docs/undp_ve_IDH_2013.pdf Consultado: mayo 2018
- Otras bibliografías consultadas**
- Calatrava, M, López-Del Burgo, C, De Irala J. Factores de riesgo relacionados con la salud sexual de los jóvenes europeos. Medicina Clínica.2014; 138 (12): 534-540.
- López, F., Carcedo, R., Fernández, N., Blazquez, M.I. y Kolami, A. Diferencias sexuales en la sexualidad adolescente: afectos y conductas. Anales De Psicología. 2013; 27 (3): 791-799.
- López, F., Carpintero, Del Campo, A., E., Lázaro, S., Soriano, S. Promoción del bienestar personal y social. 2014
- López, F., Carpintero, Del Campo, A., E., Lázaro, S., Soriano, S Menores infractores. Programas educativos y terapéuticos. Madrid. Pirámide. 2013.
- López, F. Amores y desamores. Madrid: Biblioteca Nueva. 2013
- López, F. Abusos sexuales y otras formas de maltrato sexual. Madrid: Editorial Síntesis.2014.
- Royuela, P. Comportamientos sexuales de los adolescentes de Castilla y León. Tesis doctoral. Universidad-Valladolid: Departamento de Pediatría.2013.
- ADOLESCERE • Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia Volumen IV Mayo 2016 Nº 2

EL ADOLESCENTE EN CONFLICTO CON LA LEY PENAL: ENFOQUE DE GÉNERO Y MASCULINIDADES

Dra. Dora Pagliuca³⁹

Al abordar esta temática se deben considerar los múltiples factores que influyen en la vida de un niño para que comience a incursionar en lo que podría llegar a ser su carrera delictiva.

Cuando nos referimos al adolescente que delinque lo hacemos atribuyéndole una acción, tal vez transitoria si intervenimos oportunamente, pero no se lo debería estigmatizar denominándolo “menor delincuente”.

En el ámbito judicial y en la bibliografía jurídica es habitual encontrar el término “menor” al referirse al adolescente, teniendo en cuenta que se trata de una persona menor de edad. No obstante ello, utilizaré el término adolescente para referirme a este grupo etéreo.

El adolescente en conflicto con la ley penal presenta una conducta determinada por diversos factores, individuales y sociales, interactuando en una intersubjetividad estructurante que predispone a un accionar peculiar y que - frente a ciertos factores desencadenantes - se expresa en el acto delictivo.

Niños y adolescentes antisociales encuentran en la sociedad y la familia el medio propicio para expresar su agresividad, su violencia, su envidia y su posibilidad de sobrevivir, quizás como modo adaptativo.

Dice D.W. Winnicott “la agresión tiene dos significados: por un lado es directa o indirectamente una reacción ante la frustración, por el otro, es una de las dos fuentes principales de energía que posee el individuo”.

³⁹Pediatra especialista en Adolescencia. Ex- Jefa de la Unidad de Consulta del Adolescente del Htal. Belgrano, Pcia. de Bs.As. Ex- Directora Gral. de Infancia y Familia Municipalidad Gral. San Martín.

La tendencia antisocial es la capacidad que tienen los síntomas de causar fastidio. Cuando existe una tendencia antisocial ha habido una verdadera privación y no una simple privación. Es así como un niño se convierte en privado cuando se lo priva de ciertas características esenciales de la vida hogareña. La privación está íntimamente relacionada con el vínculo que une al bebé a su madre, denominado attachment, según la teoría del apego de John Bowlby. Las consecuencias de las separaciones tempranas sobre el desarrollo de la personalidad se pueden observar, en el corto plazo, a través de los cambios inmediatos y, a largo plazo, a través de alteraciones emocionales que afectan la personalidad en la adolescencia.

Bowlby en 1954 recomendó: “es esencial para la salud mental, que el bebé y el niño pequeño tengan una relación íntima, cálida y continua con su madre en la que los dos encuentran alegría y satisfacción”.

Otros factores predisponentes son: el interés desmedido por los bienes materiales y la insaciable ansia de poder, tan frecuentemente observados en nuestra sociedad actual. Los estudios sobre violencia han demostrado que el crecimiento de la misma se asocia al crecimiento de la desigualdad, más que a la pobreza, con lo cual tendría mayor relación con la concentración de riqueza.

Es oportuno señalar que no todos los pobres delinquen, ni todos los que delinquen son pobres. En relación al género se sabe que tanto las mujeres como los hombres pueden ser personas violentas, debido a que tanto niños como niñas pudieron haber sido testigos de violencia en su infancia o padecerla directamente y luego repetir las conductas. Esto suele expresarse también en la violencia cruzada. Por trabajos de investigación en población carcelaria se demostró que un gran porcentaje ha padecido situaciones de violencia en la infancia, lo cual no quiere decir que todos los niños y niñas víctimas, serán adultos violentos.

El concepto de masculinidades se refiere a como los hombres son socializados. Se incentiva la competitividad, demostración de virilidad, búsqueda de riesgo y uso de violencia en determinadas circunstancias. (1)

Muchos varones están determinados por los estereotipos clásicos de la masculinidad occidental, pero hoy en día no todos siguen dicha corriente. Hay muchos que se sienten

sensibilizados por las realidades de género y para desarrollar habilidades a fin de resolver conflictos de manera pacífica.

Dentro de la población de adolescentes que han cometido algún tipo de delito, predomina el sexo masculino y además – entre ellos – se encuentran los que tienen una concepción de la masculinidad clásica, patriarcal.

Con la discreción que merece, haré referencia a un caso. Un paciente que comencé a atender, en el hospital, cuando tenía doce años y ya consumía alcohol, marihuana y cocaína. A pesar del trabajo interdisciplinario y el apoyo de su mamá, incursionó rápidamente en el delito. Primero como sustento para adquirir más drogas, después el delito – el robo – se había convertido en su verdadera adicción.

Recorrió varios Juzgados. Conocía los términos jurídicos como un experto. Ante la pregunta de un juez de por qué razón lo habían detenido, respondió: “por robo calificado”. Se jactaba de haber impresionado al Juez.

Revisando su historia clínica, me pregunto: ¿en qué fallamos?

En una de sus tantas “fugas” (denominadas hoy en día “abandono de programa”) de los institutos de contención, regresó al hospital para ser atendido por una dolencia banal. Lo recuerdo como a un adolescente impresionantemente bello, seductor, inteligente, capaz. capaz de todo, menos de interesarse por su cura.

“Nunca me pude bancar que mi padre le pegara a mi madre; sé que ya no se alcoholiza más, ni le pega, pero no lo perdono, tampoco lo odio.” Sus palabras aún – luego de tantísimos años – resuenan en mi mente.

Es el hermano mayor de otros dos varones adictos a las drogas y de una niña que padece una enfermedad psicosomática.

El ambiente mejoró, el padre no se alcoholiza más después de haber realizado tratamiento, no es más golpeador, la madre se ocupa de sus hijos, como siempre lo ha hecho; queda por decir que el factor social en este ser, quizás predispuesto genéticamente y las vivencias en los primeros años de su vida, marcaron su destino. Seguramente habrán incidido otros factores. Su permanencia en institutos de contención tampoco ha sido una alternativa válida. Con el tiempo se ha perfeccionado en el delito, no se ha revertido.

Una reflexión de su madre me ha impactado sobremanera: “Prefiero que no salga del penal, afuera es un peligro, además lo pueden matar.”

Pasaron muchísimos años, ya cumplió condena de ocho años por su último delito cometido a los 18 años y 5 días de edad, sumada a otro delito que cometió entre los 16 y 18 años.

Supe, muy recientemente, que al salir del penal consiguió un trabajo digno, ya es padre, muy comprometido con la crianza de su hijo y dispuesto a ser un hombre de bien, según los dichos de sus padres.

Es necesaria la incorporación de principios y valores morales, el respeto a sí mismo, a los demás, a la naturaleza, así como la adopción de prácticas que contribuyen al desarrollo espiritual. Es de real importancia el atributo de la espiritualidad de los seres humanos, que deja una profunda marca en la personalidad, manera de sentir, pensar y actuar.

Retomando a Winnicott, “el delito provoca sentimientos públicos de venganza.....la venganza pública podría significar algo muy peligroso si no existieran la ley y quienes la aplican. Particularmente, cuando actúan los tribunales, los jueces dan expresión a los sentimientos públicos de venganza, y sólo en esa forma es posible, sentar las bases para un tratamiento humanitario del delincuente “.

A pesar que la sociedad se siente frustrada ante los delitos, el hecho de que transcurre un cierto tiempo hasta que el transgresor sea juzgado, favorece a que las pasiones se calmen. Aunque los sucesos se revivan en toda la etapa procesal, en los alegatos – tanto de los acusados como los de la defensa del delincuente – muy especialmente en los Juicios Orales, las pasiones se hallan aparentemente calmadas. A posteriori, cuando se hace justicia, se proporciona una cierta satisfacción. Cuando esto no ocurre, cuando no se hace justicia, despierta en la sociedad y en la propia víctima, los deseos de aplicar justicia con mano propia. A partir de las nuevas leyes de protección Integral de niñas, niños y adolescentes, y a la integración de un Sistema de Responsabilidad Penal Juvenil, hoy existen Juzgados Penales de Menores y se introdujo las figuras del fiscal, el defensor y reglas procesales para los jóvenes imputados de un delito.

Algunas expresiones de adolescentes en conflicto con la ley penal:

“Yo afano porque me gusta. A mis dos hermanos los mataron por afanar, pero a mí no me van a matar...y si me matan, me matan.”

“Yo robo para tener las cosas que tiene todo el mundo. Yo no tengo la culpa de que mis viejos no me puedan comprar lo que necesito.”

“A mí me divierte salir a robar. Me asusto un poco cuando se acerca la cana, pero sé que si me llevan tienen que llamar a mis viejos y me sacan.”

“Me animo a afanar pero no a matar. Los códigos son códigos. Mi tío me enseñó que la vida no tiene precio, así que matar.nunca, robar a los que tienen.es otra cosa.”

Según el Doctor en Psicología Ricardo Rodulfo “la adolescencia es la última ocasión que tenemos de intervenir cuando aún ciertas cosas están en trámite de estructuración, antes de lo ya consolidado”.

“La política criminal deberá alcanzar metas más lejanas donde, a través de la educación, se llegue a la prevención evitando que se desarrollen chicos con conductas violentas con objetivos de destrucción y que puedan volcarse a trabajar por un mundo mejor. Todos los elementos necesarios están dentro nuestro, más allá de los presupuestos y de las variables económicas, el mayor capital con que contará la humanidad en el futuro no será el petróleo ni el oro ni similares riquezas sino que será algo hasta hoy despreciado: el hombre (capital humano)”. (2)

Se busca educar a los chicos que han incursionado en algún tipo de delito, a través de la justicia restaurativa, que es una forma de entender y afrontar los conflictos, la violencia y los delitos. Este enfoque promueve la participación activa de los involucrados procurando la reparación emocional, material y/ o simbólica del daño y el restablecimiento de las relaciones humanas y sociales afectadas. A la vez promueve la responsabilidad del adolescente en conflicto con la ley, haciendo que tome conciencia del daño ocasionado, que realice de manera voluntaria acciones de reparación a la víctima y a la comunidad. Incluye protagonismo de la víctima en el proceso penal y una participación activa del joven en dar una solución al conflicto que ha creado al infringir la ley penal. Implica un comportamiento activo de la víctima e imputado, que se resume en: Responsabilidad del autor, restauración de la víctima y reintegración del infractor.

La mediación como estrategia de resolución de conflictos, en situaciones donde hay adolescentes involucrados cumple una doble función: la reparación del daño y la reeducación del infractor. (3)

“La idea de responsabilidad en los adolescentes es central desde la perspectiva de su integración social, porque más allá de otras cuestiones fundamentales y previas vinculadas con otros derechos humanos del joven – difícilmente alguien pueda constituirse como ciudadano pleno si no logra vincularse de alguna manera con sus

actos y comprender el significado disvalioso que los delitos que comete tienen para la comunidad en la que vive.”(4)

El derecho penal juvenil se encuentra caracterizado por el principio educativo, que consiste en promover la capacidad de responsabilización del adolescente incorporando mecanismos que permitan el manejo cognitivo y emocional de los factores que inciden en su conducta y la previsión de las consecuencias de la misma. Esta finalidad pedagógica se relaciona con su especial etapa de evolución formativa en donde toda intervención y práctica tiende a simbolizar y significar en el sujeto una identificación de la personalidad en construcción.

El adolescente se encuentra en una edad muy conveniente para su aprendizaje, durante esta etapa adquiere una gran cantidad de conocimientos, por lo que resulta lógica la idea de corregir su conducta desviada.

El objetivo es transitar hacia una acción protagonizada por ese joven que promueva el ejercicio de la libertad y el respeto por los derechos humanos (5).

Es importante incluir los nuevos conceptos de masculinidades en talleres con adolescentes, en todos los ámbitos donde ellos participen.

En el caso de los institutos de contención, la incorporación de espacios reeducativos deberían incluir esta temática para poder reflexionar sobre las construcciones de identidad y generar cambios hacia una mayor equidad de género y sobre el significado de ser hombre.

Otro aspecto de real relevancia a señalar, está vinculado con el Derecho de Familia, según el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación (2015).

“Desde la perspectiva de la técnica legislativa, guarda un admirable equilibrio entre sus normas donde el juego de deberes y derechos, de relaciones interpersonales, más allá de la convivencia, de respeto por las individualidades y por la igualdad de género, imprimen a la responsabilidad parental una singular naturaleza donde los derechos individuales y la función social de los progenitores fortalecen los lazos familiares y comunitarios (art 638) Contribuye a una mejor conciencia del delicado deber que consiste la crianza de los hijos. Incluye la figura de progenitor afín, cuyo reconocimiento de derechos y deberes supera una injusta laguna legal respecto de las formas familiares ensambladas.” (6)

El nuevo paradigma distingue dos ámbitos bien diferentes de protección para con la menor edad: de un lado en relación a los abandonados, a los que presentan vulneración de sus derechos o se hallan en situación de riesgo, la protección implica una completa desjudicialización de su situación que pasa a ser resuelta por otros órganos competentes; por el otro en relación a los menores de edad infractores de la ley penal, la protección implica un proceso axiológicamente compatible con la Constitución nacional y el reconocimiento pleno y efectivo de todos sus derechos, entre ellos el de debido proceso legal y la defensa en juicio (7).

Conclusión

A la par de los avances legislativos, en consonancia con las leyes de protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes, el nuevo sistema de responsabilidad penal juvenil y el derecho de familia, los equipos de salud debemos diseñar estrategias preventivas donde el enfoque de género y masculinidades, inviten a la reflexión, tanto a los adolescentes como a los adultos responsables de su cuidado y referentes.

Un reciente material publicado para público adulto, en el formato novela, permite repensar el enfoque de género y las nuevas masculinidades para así poder transmitir a las nuevas generaciones (8).

Bibliografía

- 1.-Sanz C A. Masculinidades y paternidad adolescente. Disponible: www.sap.org.ar/docs/congresos_2015/sanz.masculinidades.pdf . Consultado: 25/06/18.
- 2.-Olano I. Criminología, Agresividad y Delincuencia. Editorial Ad-Hoc. Buenos Aires. Argentina.1998. p 139.
- 3.-Vecchiarelli M A, Pagliuca D. Mediación y Negociación en Niñez y Adolescencia. Ediciones Master - IANCA. Buenos Aires. Argentina 2006. Declarado de interés legislativo por la Cámara de Diputados de la Nación.
- 4.-Beloff M. Los adolescentes y el derecho penal; una relación conflictiva. Revista de Derecho Penal y Procesal Penal. Lexis Nexis N° 2/2007, p 277.
- 5.-De Rosa PA. Breve reflexión sobre la finalidad pedagógica de la sanción penal juvenil. Disponible: www.saij.gob.ar 2017. Consultado: 25/06/18.
- 6.-Ramos E. Temas de Derecho de Familia. Ediciones Erreius. Disponible: <http://blog.erreius.com/2017> . Consultado: 25/06/18.
- 7.-Brocca MJM. Fuero de Responsabilidad Penal Juvenil. Ediciones Verzetti .Buenos Aires. Argentina. 2016.
- 8.-Fox O. La Revuelta de Alamantes. Ediciones Alamantes. Buenos Aires. Argentina. 2018 Cap. 17 p 318-323

APROXIMACIONES AL PROBLEMA DE CONSUMO ABUSIVO DE ALCOHOL EN LOS ADOLESCENTES VARONES

Lic. Adriana Narvaez¹⁰

Lic. Sol Feintuch Narvaez¹¹

Deberíamos entender, incorporando el enfoque de género, que aspectos relativos a las opiniones, percepciones, motivaciones, llevan a los varones y las mujeres adolescentes a usar y abusar del alcohol de manera diferente.

Estamos asistiendo a un incremento del consumo de alcohol por parte de los jóvenes en forma de borracheras o consumo de alcohol concentrados en pocas horas para alcanzar un cierto nivel de embriaguez.

En el 2017, la **Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas** (SEDRONAR) presentó el *Estudio de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población General* (1). El informe, que encuestó a 20.658 personas de entre 12 y 65 años, representantes de una población total de 18.960.593 personas, arrojó datos alarmantes en torno a la situación de consumo de drogas y alcohol en todo el país. A partir del estudio, **se pudo comprobar el aumento del consumo de sustancias ilícitas y abuso de alcohol en jóvenes de entre 12 y 17 años**. El 50% de los menores encuestados probó alcohol en el último mes, lo cual representa a 82.453 niños y adolescentes. De los niños y adolescentes que consumieron alcohol en el último mes, 1 de cada 2 lo hizo de forma abusiva. El consumo esporádico entre los 12 y 17 años se incrementó un 12.7 % desde el 2010. Un factor de influencia es el entorno al que está expuesto el joven. Cerca del 40%, declaró tener dos o más amigos o familiares que se emborrachan con asiduidad (1). Este confirma el hecho de que las nuevas generaciones han llegado a niveles de consumo más elevados en los últimos diez años. Todo esto unido a una falsa percepción de riesgo y de los efectos negativos al sobredimensionar los aspectos positivos. No existe aún, consenso acerca de la denominación de este tipo de consumo excesivo, de

1. Psicóloga especialista en adolescencia y adicciones Hospital Laennec de París. Integrante del grupo de trabajo en adicciones Sociedad Argentina de Pediatría. Integrante comisión directiva de la Sociedad Argentina de Salud Integral del Adolescente. Ex coordinadora de alcoholismo Hospital Rivadavia de Buenos Aires.

2. Licenciada en Nutrición. Especialista en gestión del conocimiento y medios de comunicación.

este patrón de alta intensidad (binge drinking, heavy episodic drinking, risky single occasion drinking, heavy sessional drinking).

Como dato relevante, debemos remarcar que ha habido un incremento del consumo de alcohol y la reducción progresiva en la edad de inicio, situándose en torno a los 13 años (2).

Este consumo intensivo de alcohol, es sin dudas, uno de los muchos cambios socio-culturales que reflejan las modificaciones de los estilos de vida de los adolescentes surgidos en las últimas décadas.

También es importante destacar, que existen datos empíricos, que ponen de manifiesto la existencia de diferencias significativas en la salud de hombres y mujeres referidas al consumo de alcohol. Así consumiendo la misma cantidad de alcohol, las mujeres registran niveles de alcoholemia (concentración de alcohol en sangre) superiores a los hombres. Esto sucede porque las mujeres absorben y metabolizan el alcohol de manera diferente que los hombres (tiene menor cantidad de enzimas metabolizadoras de alcohol, más tejido graso y menos cantidad de líquidos corporales) (3).

La previa en Argentina

Para ilustrar la forma en que los jóvenes son arrastrados al consumo, basta pensar en la previa adolescente, patrón fundamental, se ha transformado en un requisito sin el cual no hay plan posible, pudiendo incluso sustituirlo. De hecho, allí se registran los mayores índices de consumo de alcohol y en muchas ocasiones, la previa no antecede a otra cosa, sustituye a la salida.

Los ejemplos de los adolescentes que se desvanecen consumiendo ilimitadamente y que no pasan de la previa, bastan para indicarlo. Se han conocido casos de desenlaces letales, u otros de violencia extrema.

Una pregunta se impone: "Previa" ¿con relación a que, por que se tornó un imperativo necesario? Los chicos aducen que hay que ir al boliche entonado para enfrentarse y encarar al otro sexo sin inhibiciones. Sería entonces una preparación para un supuesto encuentro erótico.

El imperativo que subyace es: "hay que intoxicarse para pasarla mejor". Un ideal: "deber gozar sin regulación". Se identifican en la transgresión, y esta identificación los diferencia de los adultos y les da inserción grupal.

Este tipo de consumos ligados a “la fiesta”, no es un contravalor, no es extremadamente censurado. Para reflexionar: no poder salir de noche es vivido por los jóvenes como una forma de malestar, el fin de semana, sería el tiempo que le da sentido al resto de la semana. Entendemos que el consumo abusivo de alcohol tanto en varones como en Mujeres, está ligado a la nocturnidad.

Acercarse a los rituales de la noche, requiere de nosotros como adultos, aceptar la existencia de un hecho cultural: no comprendemos sus códigos. Debemos intentar que esta brecha no nos aleje aún más y podamos pensar en nuevas formas de acercamiento, prevención y cuidado.

Pensemos en la noche: la ciudad es de los jóvenes mientras los adultos duermen, es otra ciudad, comparten la ilusión de independencia, apelando al juego del tiempo, tiempo como refugio, espacio protegido de las miradas... de los adultos.

Ilusión liberadora, se procura el máximo distanciamiento con el tiempo diurno, el tiempo de todos. Irrealidad armada con recursos especiales, decoración, iluminación con láser, intensidad de la música. Todo contribuye a la fiesta, pero la auténtica fiesta, la que está presente en el imaginario global de los adolescentes, es la libertad. Y requiere un tiempo propio, un espacio diferente, discontinuo con el espacio habitual.

Los jóvenes, curiosamente no ofician su propia fiesta (salvo en las previas en las casas), no regulan su espacio, son actores en un teatro ajeno, consumidores dentro de un espacio que les ofrece alguna posibilidad de elección, pero también aceptan reglas como las rígidas formas de exclusión o admisión.

Podemos decir entonces, que la cultura de la noche es etnocéntrica y clasista.

Paralelamente, y en esto incluyo a profesionales, padres, docentes: es fácil pasar por alto uno de los elementos claves de la producción cultural: la innovación en el momento que se está produciendo, la innovación en proceso.

Es imperativo ver la reproducción sistemática de nuevas formas culturales.

El mandato cultural en estos tiempos, para los jóvenes, convoca al descontrol.

Asimismo no poder salir de noche el fin de semana, es vivido como imposible por los adolescentes, es reunirse con sus pares, ir de fiesta. Para los padres existe una barrera infranqueable: no pueden impedirlo.

La nueva noche por lo menos en Argentina, comienza cada vez más tarde.

Tenemos la aparición del + 16 (abren las discos para los menores en días previos a los feriados), del vale todo, la previa en casa (autorizado por los padres) el ultimo primer día (se festeja con alcohol el ultimo primer día de quinto año)

Los padres

Se piensa que la declinación de la ley del padre y de algunos ideales, ha hecho que muchos autores, identifiquen esta era como la era del Post deber. Sin ir tan lejos podríamos acordar que el súper yo contemporáneo comanda un gozar sin regulación, un presente sin espera. Un súper yo desatado de antiguas normas y valores, y más ligado a un sujeto narcisista.

Inclusive en los jóvenes que consumen viagra notamos este imperativo de potencia. Entre los rasgos que darían forma a los nuevos sujetos adolescentes prima como número uno; el mandato a ser feliz, ser bello y divertido.

Este mandato social a gozar intensamente puede favorecer el consumo de drogas. Sin ir necesariamente al consumo de drogas pesadas, pensemos en el alcohol.

Diferencias en el consumo de alcohol entre varones y mujeres.

Sería importante prestar especial atención al género, visto desde perspectivas constructivistas superando su análisis, como mera variable biológica.

El género no es construido a través del proceso de socialización de varones y mujeres, sino que el género, es un hacer, que consiste no solo en reproducir la norma del mismo, sino en verificar la propia identidad y hegemonía, a través del castigo hacia los otros y otras que transgredan las fronteras del patrón predominante, en cada sociedad (4) (5).

Por lo tanto, es importante informarnos sobre las diferentes pautas de consumo entre ambos sexos, y pensar acerca de los motivos y creencias que llevan a pensar a las personas a usar y/o abusar de alguna sustancia y no de otras, y a las diferencias que existen entre hombres y mujeres en cuanto a las formas de consumo.

¿Cuáles son los motivos que llevan a los adolescentes varones a consumir alcohol?

La necesidad de llamar la atención, seguir modas e integrarse al grupo. Es aquí donde surge el motivo clásico para tomar alcohol que está asociado a la imagen de uno mismo y a su reputación. A estas edades iniciales beber puede servir para que seas visto como más maduro, más fuerte y evitar que los vean como aburridos. También aparece como un motivo único desinhibirse y perder la timidez. Se trata de beber alcohol para establecer una imagen de sí mismos ante los demás. En el caso de los varones se trata de un tema de reputación. Sumando a los motivos anteriormente descriptos, la presión grupal. Beber está estrechamente asociado a salir, es decir, no se concibe salir de fiesta sin consumir alcohol.

Abordando las diferencias de género, y entendiendo esto como un sistema de creencias, se piensa que las mujeres beben menos que los varones, aunque son más visibilizadas en estado de embriaguez.

Se cree también que las peleas suelen estar protagonizadas más por hombres que por mujeres, por lo que ellas piensan que es la necesidad que prima en ellos de demostrar su hombría.

Post verdad: sistema de creencias alterado.

Estamos en el advenimiento de la post verdad, término elegido ya como palabra del año 2016 por el prestigioso diccionario Oxford (6). Este término define una era, en la que algo que aparente ser verdad, es más importante que la propia verdad. Por post verdad se entiende lo relativo a circunstancias en las que los hechos objetivos son menos influyentes en la formación de la opinión pública que la apelación a **la emoción y a la creencia personal**. La post verdad no es más que una mentira repetida hasta la saciedad, que es convalidada por un público específico y que luego se asume como una verdad indiscutible.

Es muy claro para ejemplificar esto la idea difundida del consumo de cannabis, donde lo que se expresa como real o verdadero es que siendo una planta, un vegetal no puede ser malo para la salud. Sucede lo mismo con el consumo abusivo de alcohol, estos consumos ligados a las fiestas no reciben sanción social, y no cuentan con la debida percepción de riesgo que implican ni de parte de los adultos ni de parte de los jóvenes.

Conclusiones

El alcohol juega un papel central en la construcción de la identidad adulta, tanto de varones como de mujeres. Se asocia beber con ser adulto (7) (8).

En este proceso está presente la identidad de género.

Los jóvenes varones creen poder construir y representar su masculinidad a partir del consumo de alcohol y también de tabaco. Sufren y comparten una mayor presión para demostrar que pueden beber y beber más, sintiendo la mirada de sus pares. Si al final pierden el control, no se encuentran con la censura social del grupo, al contrario, esta pérdida de control se asume como parte del riesgo, y en mayor o menor medida, los y las demás respaldan a quien lo pierde, cuidándolo, llevándolo al hospital, comentando su hazaña a posteriori.

Entonces, nuestro gran desafío es trabajar en prevenir desde el mundo adulto el exceso y el abuso en la construcción de las identidades.

Bibliografía

1. Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas (SEDRONAR). Resumen del Estudio Nacional en población de 12 a 65 años sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas, 2017, Pág. 3,4,8
2. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación. "Algunos datos sobre el alcohol en Argentina". Documento 4.2011. pág. 23.
3. Rosenthal, M. Medical Biochemistry: Human Metabolism in Health and Disease. ED Wiley. 2009.
4. Butler, J. (1990). Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity. New York and London: Routledge. (Edición española: El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad. México: Paidós, 2001)
5. Butler, J. (1993). Bodies that Matter: On the Discursive Limits of "Sex". New York and London: Routledge. (Edición española: Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo". Buenos Aires: Paidós, 2002).
6. English Oxford Living Dictionaries.2016. [Citado el 11 de diciembre de 2016]. Recuperado: <https://en.oxforddictionaries.com/word-of-the-year/word-of-the-year-2016> Consultado: agosto 2018
7. Visser RO, McDonnell EJ. That's OK. He's a guy': a mixed-methods study of gender double-standards for alcohol use. Psychol Health. 2012. Visser RO. Alcohol consumption and masculine identity among young men .Psychology and Health. 2007.

VARONES XXY⁴²

Lic. Marcelo Della Mora⁴³

De acuerdo con los datos del Servicio de Endocrinología y Metabolismo de la Unidad Asistencial Dr. César Milstein de Buenos Aires, en Argentina, el Síndrome de Klinefelter (en adelante, SK) tiene una prevalencia de 0.2% **(1)**. Sin embargo, esta condición raramente es diagnosticada en la infancia. Las primeras consultas en relación con el SK suelen aparecer durante la adolescencia, suscitadas fundamentalmente por los primeros atisbos de cambios en el cuerpo que conlleva la pubertad. Hasta no hace mucho tiempo, lxs niñxs que tenían esta particularidad crecían y se desarrollaban sin ser conscientes de ninguna anomalía y desarrollaban una vida sexual común **(2)**. Otro motivo para consultar es la preocupación en torno a problemáticas vinculadas con la infertilidad, a pesar de que en algunos casos se pudo observar que en sujetos donde había bastantes células germinales funcionando normalmente en los testículos, podrían fecundar sin inconvenientes **(3)**. En la actualidad muchos agentes de la salud e investigadores científicos de disciplinas conexas fuimos dejando en desuso el término "síndrome de Klinefelter", usando en su lugar la descripción de "varones XXY".

De eso no se habla

La película argentina "XXY", de la novelista y directora Lucía Puenzo, puso sobre el tapete algunas preguntas que van más allá del tratamiento médico de Alex (interpretado por la actriz Inés Efron), protagonista de la mencionada expresión fílmica, que se había diseñado de acuerdo con las expectativas de sus padres y las "normas" de la sociedad. La familia de Alex se muda a la poco habitada costa uruguaya para que su crecimiento careciese de los prejuicios e intimidaciones provenientes de su entorno social en una imprecisa ciudad argentina. En la película Alex, durante dos semanas, ha dejado de tomar los fármacos que inhiben el desarrollo físico y hormonal de uno de sus

⁴² Versión corregida y ampliada del trabajo homónimo presentado en el 1° Congreso Mundial de la Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica y el Caribe (CODAJIC) en su 10° aniversario.

⁴³ Psicólogo, Epidemiólogo (UBA). Especialista en Salud Pública. Investigador científico en sexualidad infantojuvenil. Miembro del Observatorio de Juventud para América Latina y el Caribe, División de Desarrollo Social, CEPAL Naciones Unidas. Director de la Diplomatura en Género y Salud Sexual Infanto Juvenil, Universidad Kennedy.

cromosomas sexuales; por lo que el cuerpo de Alex comienza a manifestar características sexuales masculinas.

“Si soy tan especial -pregunta en vano Alex- ¿por qué no puedo hablar con nadie?”. Muy pocos conocen el estado físico de Alex y creen que goza de una vida como una niña adolescente común y corriente. Queda claro que, de “eso” no se habla. Pactos, acuerdos, secretos, complicidad, vergüenza... se niega lo obvio, se silencian las preguntas, se amordazan los conflictos y traumas que conlleva la sexualidad. Puenzo (4) se encarga de mostrar cómo los padres pueden eclipsar la identidad de lxs niñxs que en definitiva son quienes deben confrontar su propia identidad y decidir si quieren y/o pueden seguir el camino de sus padres o su propio camino; decisión, esta última que conlleva la dolorosa elaboración de varias muertes simbólicas -intrapésicas- sin perecer, en el intento, en las fauces saturninas de sus padres (5).

Cómo y cuándo se descubrió

La trisomía XXY afecta únicamente a los varones. Fue descubierta en 1942 por Klinefelter, Reifenstein y Albright (6), bajo la supervisión del Dr. Fuller Albright, del Hospital General de Massachusetts en Boston. El cromosoma X extra se produce por una alteración biológica, pero involucra características específicas propias la patología, tanto anatómicas como psicoafectivas y sociales. Un cromosoma X extra altera la adecuada conformación de gametas necesarias para formar los espermatozoides (7). Algunas consecuencias de esta alteración son: ginecomastia (tejido glandular mamario) en la edad puberal y apariencia corporal femenina, ya que la distribución de la grasa se asemeja a la de la mujer, sobre todo en zona de caderas y medialuna subglútea. Harry Fitch Klinefelter (8) (9) propuso que en estos pacientes había una deficiencia en una hormona testicular que regulaba la concentración de gonadotrofinas, a la que llamó inhibina.

Características fenotípicas

Para López-Siguero (10) el SK es la causa más frecuente de hipogonadismo primario en varones con una prevalencia de 1/660. La etiología es genética, los afectados tienen un cromosoma X extra que proviene de cualquiera de los padres. Sin embargo, por su escasa expresión fenotípica, la mayoría no son diagnosticados (75%) o lo son tarde.

Únicamente el 10% se diagnostican antes de la pubertad. Comparados con varones que poseen una formación XY normal (músculos desarrollados; vello facial, barba y bigotes; tórax más ancho con predominio de la cintura escapular; timbre de voz grave; y vello púbico en forma de rombo), varones con SK presentan testículos pequeños, con una consistencia sumamente dura, que condiciona la fertilidad porque suelen tener azoopermia, es decir falta de espermatozoides a causa de una incapacidad para ser sintetizados en el testículo o por una obstrucción en las vías de expulsión; altura ≥ 1.90 metro; miembros inferiores más largos (distancia pubis a piso $>$ pubis a cabeza); debido al hipogonadismo, es posible que aumente la secreción testicular de estradiol con obesidad concomitante. Hipospadias y criptorquidea no son infrecuentes (11).

Co-morbilidad: venas varicosas, osteoporosis, trastornos autoinmunitarios como lupus, artritis reumatoidea y síndrome de *Sjögren*, cáncer de mama, tumor de células germinativas extragonadales, y enfermedad pulmonar.

Muchos varones XXY no saben que padecen esta afección hasta la adolescencia ya que no parece existir un fenotipo fácilmente identificable durante la infancia.

Sin embargo, el diagnóstico puede descubrirse a través de:

** Estudio coriónico: se recogen las células de la placenta en el tercer trimestre de embarazo.*

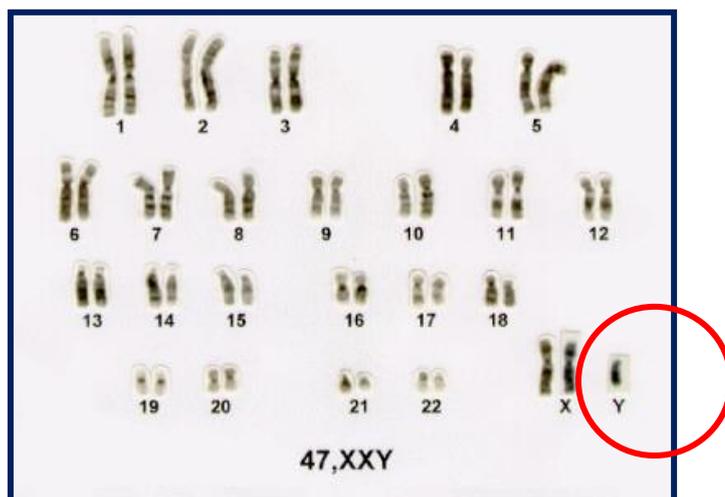
** Cuando se realiza una amniocentesis: es una prueba de diagnóstico prenatal; consiste en la punción en el abdomen de la mujer embarazada para extraer líquido amniótico, que contiene células del feto, para analizarlo. Es útil para el diagnóstico de anomalías cromosómicas. Se realiza entre la semana 12 y 18 del embarazo.*

** En bebés: testículos no descendidos o pene muy pequeño*

** En niños: cuando tienen problemas de aprendizaje*

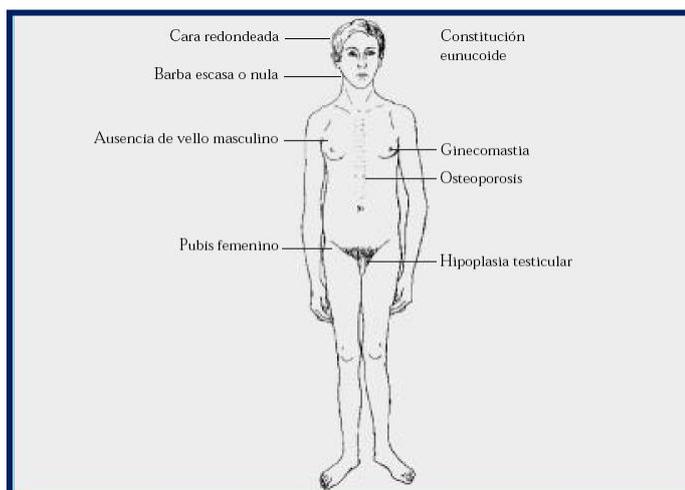
** En adolescentes: cuando presentan un desarrollo mamario excesivo*

** En adultos: cuando tienen problemas de fertilidad*



Cariotipo 47, XXY o Síndrome de Klinefelter

En cuanto a las causas aún no se sabe que es lo que hace que una pareja conciba un varón XXY. Lo que sí se sabe es que las células sexuales sufren un proceso de meiosis. En este proceso los 46 cromosomas de la célula se separan produciendo al final dos nuevas células con 23 cromosomas cada una. En algunos casos los dos cromosomas X o el X y el Y fracasan en el emparejamiento y en el intercambio genético, como consecuencia producen un óvulo con dos X o un espermatozoide con un cromosoma X y uno Y. Cuando un espermatozoide que tiene X e Y fertiliza a un óvulo con cromosoma X se concibe un varón XXY (12).



Fenotipo del Síndrome de Klinefelter

Hay que destacar que a pesar de que en algunos colectivos se incluya la condición XXY dentro de lo que algunos autores han definido como intersexo, conviene ser muy cautelosos a la hora de comunicar un eventual diagnóstico que puede inducir a la estigmatización fundamentalmente a la confusión, ya la identidad sexual y de género son construcciones que van consolidándose en el devenir del curso vital; y en ese sentido debe ser una decisión exclusivamente personal e íntima, a la luz de la Ley Nacional 26.743 de Identidad de Género del año 2012.

El cuerpo como construcción

“...tal vez haya en nuestro inconsciente corporal
más de lo que sabemos conscientemente acerca del cuerpo”.

Paul Schilder (1958) (13)

Cada cuerpo puede ser pensado como una historia: biográfica y socio-política cultural. Todas las experiencias vitales están estructuradas en el cuerpo. De acuerdo con los estudios de Reich (14), cuando el cuerpo recibe un estímulo placentero, agradable, se produce un movimiento de expansión centrífuga, y cuando recibe un estímulo displacentero, desagradable, se produce una contracción centrípeta. La tensión muscular es consecuencia de un impulso que busca expresarse y encuentra un freno, generalmente basado en el temor, que reduce paulatinamente nuestra capacidad de sentir placer. Si un ser humano habita en un medio sociocultural difícil o amenazador, es altamente probable que se contraiga, se cierre, aumentando así sus tensiones musculares y sus defensas, según su carácter. Consecuentemente, en la interacción social esto se manifestaría con un endurecimiento físico y emocional.

La bibliografía científica reporta que los varones XXY tienden a aislarse por sentirse heridos en su autoestima ante las críticas de compañeros y/o familiares, por eso es muy importante la información y la formación sexual desde edades tempranas (15). Como resultado de una manera –fallida– de protegerse de las frustraciones del mundo circundante muchos varones XXY van produciendo una contracción gradual de sus músculos y de los tejidos de su cuerpo, una coraza somática.

En términos reichianos podemos decir que dicho proceso de acorazamiento contiene la historia individual y la significación de todos los recuerdos. El tipo de coraza configura el carácter ulterior del varón XXY. El carácter es una construcción estructural e histórica, una forma particular de moverse en el mundo. El análisis reichiano propone una lectura del cuerpo en siete segmentos articulados funcionalmente en forma de anillos (ocular, oral, cervical, torácico, diafragmático, abdominal y pélvico) perpendiculares a la columna vertebral identificando excesos o deficiencias de carga energética y disfunciones tónicas que comprometen el funcionamiento del organismo. A partir de esa lectura, permite el análisis del proceso de acorazamiento, tanto en el devenir histórico como en el presente, ayudando al ablandamiento de tensiones y a la expresión de emociones congeladas para un equilibrio óptimo entre tensión y relajación, carga y descarga, producción y uso de la energía vital (16). Quienes trabajamos con el dolor humano encarnado en corazas protectoras, con errores y aciertos hemos propendido a reconsiderar algunos conceptos ya superados y a introducir otros no menos perfectibles en el quehacer de la psicoterapia.

Información sexual: la Ley Nacional 26.150 de Educación Sexual Integral (ESI)

La educación sexual es un proceso continuo que se inicia en la íntima relación con los referentes más significativos de la infancia y la niñez, y va consolidándose acompañando los cambios de la adolescencia, la adultez y la vejez.

La Ley 26.150 del año 2006 es una Ley de avanzada como eje para la toma de decisiones vinculadas con el quehacer de la Escuela ya que ofrece una mirada inclusiva que cuestiona el carácter unidireccional y pasivizante de la relación educativa y propone la bidireccionalidad alternativa maestrx-alumnx y alumnx-maestrx en la que se reconocen los saberes previos del estudiantado. En su artículo 9 esta Ley prevé la inclusión de los referentes más significativos en la educación sexual integral, y lo expresa de la siguiente manera:

"... deberán organizar en todos los establecimientos educativos espacios de formación para los padres o responsables que tienen derecho a estar informados. Los objetivos de estos espacios son:

- a) Ampliar la información sobre aspectos biológicos, fisiológicos, genéticos, psicológicos, éticos, jurídicos y pedagógicos en relación con la sexualidad de niños, niñas y adolescentes;

- b) Promover la comprensión y el acompañamiento en la maduración afectiva del niño, niña y adolescente ayudándolo a formar su sexualidad y preparándolo para entablar relaciones interpersonales positivas;
- c) Vincular más estrechamente la escuela y la familia para el logro de los objetivos del programa.”

Desde ese punto de vista, la información sexual que se brinda, sobre todo a adolescentes puede ser muy interesante, pero en el momento de tomar decisiones la información no alcanza, porque debe ir acompañada por la educación y guía de la familia y otros agentes de socialización: los pares, los medios de comunicación social, la escuela y los servicios de salud. Cada uno de ellos actúa de diversos modos y con diferentes niveles de profundidad en la formación de la personalidad. Cuando tienen que tomar decisiones recurren a aquellas estructuras primarias, escalas de valores, creencias y costumbres que fueron consolidándose durante el curso y devenir de la vida. Para que la información sexual tenga eficacia debe constituirse en formación. Es decir, debe incluir la formación de actitudes hacia lo sexual. Dichas actitudes tienen como base el sistema de valores, ideales, normas, pautas e ideologías que sobre la sexualidad tiene la cultura en la que el sujeto vive. Mientras que la información permanece en el nivel intelectual, la formación se inserta en la personalidad, manifestándose en la conducta. Para que esto suceda, la información tiene que motivar a los sujetos para que estos puedan trasladarla a sus propias vivencias, compararla con sus conocimientos previos y relacionarla con hechos actuales. En este sentido, la información debe producir conflictos y al mismo tiempo estar acorde con sus intereses, de manera que no permanezca sólo en el plano intelectual sino también afectivo -cimiento de la arquitectura psíquica- convirtiéndose en formación, formativa de la personalidad (17). Ello supone un compromiso en el acompañamiento por parte de los agentes de socialización, sobre todo del núcleo familiar más íntimo en los momentos más arcaicos del desarrollo psíquico, y el respeto por el lugar, el ritmo y la autonomía del otro. Es importante que, al facilitar la información sexual y sus eventuales anomalías se tome como punto de partida el conocimiento que los niños y adolescentes ya tienen organizado, para analizarlo juntos, señalarles las posibles contradicciones e incorporar los datos que no habían sido considerados previamente. De este modo pueden hacer una nueva elaboración cognitiva. En este sentido, las operaciones formales facilitan al

pensamiento un poder totalmente nuevo cuyo equilibrio se alcanza cuando la reflexión comprende que su función característica no es contradecir, sino interpretar la experiencia haciéndola vívida. Para finalizar, considero importantísimo recordar el inc. b, del art. 8 de la Ley ESI:

"... diseñar propuestas de enseñanza, con secuencias y pautas de abordaje pedagógico, en función de la diversidad sociocultural local y de las necesidades de los grupos etarios".

Algunas reflexiones, a manera de conclusión

Una de las principales consecuencias del SK es la posible infertilidad, y apostamos a que esa infertilidad en el plano físico no repercuta en el plano psicoafectivo y vincular. El diagnóstico temprano es muy importante y fundamental para mejorar los síntomas del padecimiento de la misma, pudiendo en este caso el varón recibir reemplazo hormonal en cuanto llegue a la pubertad.

"No hay salud sin salud mental,
y no hay salud mental sin inclusión social".

El tratamiento que se le indique estará del lado de la responsabilidad de un genetista, quien debiera ser el que coordine un equipo multidisciplinario conformado -idealmente- por: un psicólogo con sólida formación en sexología que será quien acompañe en el proceso de subjetivación; un cirujano, si es que hubiera algún problema con el descenso de testículos y/o crecimiento mamario; y un endocrinólogo quien será el encargado de la aplicación de hormonas -generalmente testosterona- para mejorar los caracteres sexuales secundarios y disminuir la ginecomastia. Este tipo de terapia hormonal puede tener algunos efectos secundarios, pero un endocrinólogo capaz y experimentado sabrá actuar ante tales circunstancias. Las hormonas no sólo actuarán en el cuerpo, sino además en las emociones del paciente, ya que esto le permitirá el desarrollo de una apariencia masculina además de contribuir al aumento de la autoestima y confianza en el individuo (18).

Hay que tener en cuenta que tanto la negación como la omnipotencia, propias del período de la adolescencia, podrían promover un estado de ilusión que sostenga una tendencia a producir cierto alejamiento de los temores y preocupaciones que la situación les presenta. Los adolescentes aprenden a conocerse a sí mismos acercándose a los

otros; las relaciones íntimas permiten -aunque no exclusivamente- al adolescente establecer su identidad sexual, explorar nuevas características de su cuerpo, desplazar la dependencia infantil con sus progenitores a la de su pareja para compartir planes futuros.

La temprana y pronta derivación de los varones XXY podría ayudarles a disponer de una atención especializada sobre todo en el área psicomotora, orientación y apoyo psicológico al entorno familiar, y mejoría evidente de los signos clínicos y aspectos psicológicos en la etapa pre-puberal.

Bibliografía

1. Pacenza, N., Pasqualini, T., Gottlieb, S., Knoblovits, P., Costanzo, P., Stewart Usher, J., Rey R., Martínez M. & Aszpis, S. (2010). Síndrome de Klinefelter en las distintas edades: experiencia multicéntrica. *Revista argentina de endocrinología y metabolismo*, 47(4), 29-39.
2. Aszpis, S.; Gottlieb, Silvia; Knoblovits, P.; Pacenza, N.; Pasqualini, T.; Rey, R. & Stewart Usher, J. (2006). Síndrome de Klinefelter: Viejos y nuevos conceptos. *Revista Argentina de Endocrinología y Metabolismo*, 43: 22-39.
3. Nielsen, J. & Wohler, M. (1990). Sex chromosome abnormalities found among 34.910 newborn children: results from a 13-year incidence study in Arhus, Denmark. *Birth Defects Orig Artic Ser* 26: 209-223.
4. Puenzo, L. (2007). XXY. Argentina.
5. Roberts-Camps, T. (2010). Hijos de Saturno: Marginación e identidad en el cine y ficción de Lucía Puenzo. *Espéculo. Revista de Estudios Literarios*, (43).
6. Klinefelter, H.F., Reifenstein, E.C. & Albright, F. (1942). Syndrome characterized by gynecomastia, aspermatogenesis without a-Leydigism, and increased excretion of follicle-stimulating hormone. *J Clin Endocrinol Metab* 2: 615-627.
7. Lanfranco, F.; Kamischke, A. & Zitzmann, M. (2004). Klinefelter's syndrome. *Lancet* 364: 273-283.
8. Klinefelter, H.F. (1973). Background of the recognition of Klinefelter's syndrome as a distinct pathologic entity. *Am J Obstet Gynecol* 116(3):436-7.
9. Klinefelter, H.F. (1986). Klinefelter's syndrome: historical background and development. *South Med J.* 79(9):1089-93.
10. López-Siguero, J. P. (2014). Manejo del paciente con síndrome de Klinefelter. *Rev Esp Endocrinol Pediatr*, 5, 85-90.
11. Simpson, J.L. & Swerdloff, R.S. (2003). Klinefelter syndrome: expanding the phenotype and identifying new research directions. *Genet Med* 5: 460-468.
12. Visootsak, J. & Graham, J.M. (2006). Klinefelter syndrome and other sex chromosomal aneuploidies. *Orphanet J Rare Dis* 24,1:42.
13. Schilder, P. (1958). *Imagen y Apariencia del Cuerpo Humano*. Buenos Aires: Paidós.
14. Reich, W. (1933). *Análisis de Carácter*. Buenos Aires: Paidós.
15. Sala, N. C. (2014). Relato de un cuerpo en conflicto. XXY de Lucía Puenzo. *Letral: Revista Electrónica de Estudios Transatlánticos*, 7(2), 54-62.
16. Navarro, F. (1996). *Somatopsicopatología*. San Pablo: Summus.
17. Della Mora, M. (2005). Uso de métodos anticonceptivos en relación con la información sexual en una muestra de adolescentes embarazadas. *Rev. Psicología y Salud*, 15(1):45-56.
18. Fernández Ruiz, J. (2012). Estrategias cognitivas compensatorias en el Síndrome de Klinefelter. *Revista Alcmeon*, 68:17(4).

RELACIÓN DE LOS ABUELOS /AS CON SUS NIETOS/AS ADOLESCENTES

Dra. Nélide María Horno⁴⁴



Tonucci, F. FRATO. Con ojos de Abuelo. Colección Micro-Macro Referencias. Marzo 2009

Las complejas y rápidas transformaciones políticas, económicas y sociales coinciden con cambios significativos en la vida familiar y sus vínculos. Cada vez más adolescentes viven y crecen dentro de estas nuevas configuraciones familiares donde los abuelos/as desempeñan un papel importante. Los efectos combinados de la mayor esperanza de vida y la fertilidad descendente (pocos nietos) pueden determinar una mayor relación abuelos-nietos. De esta manera, el rol de las personas de edad se modifica, pasando de ser una persona pasiva que necesita cuidados y protección, a ser un miembro activo en la familia, concediendo protección y cuidados (1).

Los abuelos/as junto a otros familiares mantienen relaciones emocionales de apego y encuentros frecuentes con la familia nuclear, experimentando formas diversas de soporte mutuo.

Muchos/as adolescentes son cuidados por los y las abuelos/as y es frecuente que estos acompañen en situaciones como consumo problemático de sustancias, embarazo adolescente, violencia doméstica, sufrimiento mental entre otros.

Desde la perspectiva de los/as adolescentes, éstos/as reciben cuidado y atención de un gran número de miembros de familias interconectadas, que incluyen generaciones

⁴⁴ Médica egresada de la U. Nac. de Cuyo, Dra en Medicina, Ex Investigadora del CONICET, Docente en U. Nac. del Comahue y U. Nac. de Río Negro, Integrante de Jóvenes Salud Integral del Adolescente, Cipolletti-Río Negro.

previas. La importancia del papel de estos vínculos en los procesos de transmisión generacional conduce a un análisis que implica reconocer la importancia de los antecesores, procesar vínculos y resignificar tradiciones de forma generacional.

El estudio **SHARE** (Encuesta de Salud, Envejecimiento y Retiro en Europa) determina que los y las abuelas comparten estas características en la mayoría de los países. El porcentaje de personas con 50 o más años que tienen nietos y los cuidan en España (24%) es similar al de Alemania (23%), Italia y Grecia (23%) o Suiza (19,5%). en Suecia (30%), Dinamarca (36%) u Holanda (34%). Tres cuartos de españoles de 6 a 14 años se relacionan semanalmente con alguno de sus abuelos/as. Para los más pequeños, los mayores son "fuente de diversión" y más adelante "depositarios de sus confidencias". El 47% asegura que les cuentan sus problemas y el 86% revela que les gustaría verlos más.

La adopción de un papel activo como abuela o abuelo a veces también ha demostrado ser ventajosa para las personas mayores. Con base en los datos de SHARE para 20 países, los autores encontraron una asociación generalmente positiva entre la participación del abuelo/a en el cuidado y el bienestar subjetivo (en gran medida independiente de la educación y el género) (2). Estos hombres y mujeres están desempeñando un papel crucial resolviendo problemas de la vida social cotidiana, un papel apenas visible en el debate público, pero probablemente tan o más importante que el cumplido por las instituciones del sistema de bienestar (1).

Se estima que casi uno de cada cuatro mayores cuida diariamente o varias veces a la semana a algún/a nieto/a, lo que refleja la importancia del rol de abuelo/a en nuestra sociedad (1).

Según datos referidos en la Encuesta Bienal de Caracterización de las Familias de la Ciudad de Buenos Aires 2017 los abuelos ayudan en 7 de cada 10 hogares, constituyendo la red de apoyo más importante de las familias porteñas (3). Con lo anterior se demuestra la importancia que tiene la solidaridad intergeneracional hoy en día, tanto para lograr una adecuada calidad de vida de las personas que envejecen, como también de los demás miembros de la familia. La cooperación mutua entre generaciones permite dar respuesta a muchos de los desafíos que el envejecimiento de

la población trae aparejado, especialmente si se considera que el país no cuenta aún con un sistema de protección social suficientemente consolidado para garantizar un adecuado nivel de bienestar de todos sus miembros. En este contexto, reforzar la solidaridad entre las generaciones es clave para crear una sociedad cohesiva y sostenible.

En los países occidentales existen estereotipos sobre la vejez, la ancianidad, la tercera y cuarta edad, que circulan en los medios de comunicación y el debate público. Los hay triunfalistas, que dibujan una tercera edad un tanto idealizada, capaz de todo, con bienestar económico, en control de la situación, decidida a comprar, viajar, con acceso a buena cobertura de salud. En el extremo contrario tenemos un estereotipo de la tercera edad agobiada por las dolencias y necesitada de apoyo. Es una imagen de mayores muy dependientes, con dificultades económicas y aislados, con reclamos importantes de asistencia sanitaria y social. Esta imagen puede convertir a unos seres humanos con un potencial importante de autonomía y libertad personal en seres pasivos y sumisos, objeto de cuidados. Sin embargo, numerosos estudios confirman el predominio de una imagen de este grupo de edad que se distancia de ambos estereotipos y se coloca en un terreno más realista, en el que se destaca el perfil de un grupo en estado de equilibrio relativo. Este se caracteriza por tener recursos económicos propios, suficientes, pero no abundantes y buen estado de salud. Se desempeña en puestos de trabajo en el mercado, en el sector público y/o pensiones de jubilación, algunos poseen casa propia y también pueden contar con ahorros y hacen un uso razonable del sistema sanitario. Ellos están en medio de un sistema de relaciones sociales y familiares, en el que ocupan una posición central y juegan un papel muy activo. Los datos socio-demográficos apuntan entonces a una situación permanente y estructural dentro de los cambios familiares actuales. Los abuelos/as se han vuelto protagonistas decididos de la educación y el cuidado de sus nietos y nietas. Es cada vez más reconocida en el medio científico la importancia social y familiar de esta relación, pero poco se sabe todavía sobre las repercusiones de la educación dada por los abuelos/as a sus nietos/as adolescentes. Las políticas públicas sociales y de salud mental deben tener en cuenta estas realidades y ayudar con programas específicos al desempeño de estos roles que los abuelos adoptan (4).

Es importante considerar algunas referencias que no se han tenido mucho en cuenta. Sin duda existen dos fenómenos nuevos: Uno es que cada vez más jóvenes tienen la probabilidad de tener (y disfrutar o no) sus cuatro abuelos vivos y en condiciones de salud física y mental apropiadas. Lo que se acompaña correlativamente con que cada vez es más frecuente en algunos grupos sociales el tener uno o ningún hermano. Es decir, un fenómeno que se podría incluir en transición demográfica *es el mucho abuelo y el poco hermano*. Por otra parte, un nieto/a hoy se enfrenta a cambios familiares con padres ausentes, o muy ocupados con la posibilidad de tener más atención de sus abuelos/as. Por un lado hay, según Klein (4), una situación fraternal desde dos ópticas diferentes. Una es que probablemente los y las abuelos/as “compiten” entre sí por la atención del nieto/a. La otra refiere a que más allá de que exista una creciente esperanza de vida, es posible indicar también que la concepción del abuelo como transmisor de afecto o autoridad se ha modificado. Los datos sugieren, no sólo “transmite”, si no también busca con su nieto nuevas formas de vida, explorando nuevas cualidades de vida. Hay un efecto de simetrización y de un punto de partida similar o igual frente a la exploración de la vida. Los nietos y nietas exploran como volverse adultos, los abuelos/as exploran como dejar de ser, dejar atrás, ese modelo de ancianos que les viene transmitido generacionalmente. Los dos buscan algo y en ese sentido hay una alianza de crecimiento y cambio conjunto. De esta forma, no hay familias multigeneracionales, sino relaciones intergeneracionales por tanto, estos fenómenos rebasan ampliamente lo concerniente a la familia nuclear.

Los abuelos/as y los/as adolescentes son un ejemplo de relación intergeneracional mágica. Unos están buscando madurar, crecer, ansiando ser adultos con todas las responsabilidades y libertades que ello implica. Los otros han alcanzado la madurez, tienen la sabiduría de la experiencia y no tienen la responsabilidad directa de la educación de sus nietos. Parece darse un equilibrio interesante que puede enriquecer a ambas partes, rejuveneciendo al abuelo/a y enseñando experiencias a los/as jóvenes. En el entorno familiar los abuelos son una ayuda en la comprensión del adolescente de la historia familiar. Los y las abuelas pueden contribuir a entender el lugar que ocupan en la familia y ayudar a los y las adolescentes a aproximarse más a los padres. Pueden generar también una cercanía entre padres e hijos en esta delicada etapa del desarrollo y ayudar a los adolescentes a

comprender el paso del tiempo y las etapas de la vida. Las intervenciones positivas de los abuelos y abuelas ayudan a **reducir tensiones y favorecer la estabilidad en la familia. Los y las abuelas**, pueden ofrecer sabiduría y discernimiento, y los/as nietos/as aprovechar esa experiencia en momentos de incertidumbre. En una etapa de inseguridades, donde la imagen de uno mismo y la valoración de esa imagen están en constante revisión, el afecto y la compañía, así como la aceptación y el amor incondicional de los abuelos y las abuelas puede ser un buen factor protector psicológico para los y las jóvenes. (5)

Hay muchos estudios realizados en relación a la prevención, orientada al desarrollo de conductas prosociales en los/as adolescentes y de la influencia de los modelos educativos familiares, pero son escasos los trabajos que destacan la contribución de abuelos/as en el desarrollo psicológico de sus nietos/as y el apoyo emocional que pueden dar en momentos de problemas y crisis. Estos vínculos afectivos pueden actuar como factores protectores y de prevención de problemas en la adolescencia.

Hay que destacar que es frecuente que, cuando ejercen esta labor de cuidado durante demasiadas horas al día, supliendo actividades propias de los padres, la responsabilidad y preocupación de los abuelos/as puede suponer una carga muy importante de estrés y ansiedad. Se sienten valorados y alegres por participar en el crecimiento de los niños, aunque también puede darse el caso contrario. En ocasiones, afrontar el rol de abuelo supone una carga de estrés y ansiedad. Cuando ejercen como sustitutos de los padres, los mayores no siempre saben cómo actuar ante determinadas situaciones. Tienen que resolver conflictos, prevenir comportamientos de riesgo y educar a sus nietos adolescentes. A menudo son cuidadores o “padres subrogados”, que asumen responsabilidades diarias en los cuidados. En estos casos la relación de los abuelos y abuelas con los nietos/as es de crianza por ausencia de la madre y del padre. Muchos subestiman o no están conscientes de las cargas adicionales que su nuevo papel como ‘padres’ les impone a ellos. Con frecuencia asumen que su papel ha de ser el de nutrir y recompensar a los niños sin tener que establecerles límites. Cuando los abuelos y abuelas se desempeñan como padres, ellos tienen que aprender a establecer límites y controles (4) (5) (6).

Muchos/as adolescentes que viven con sus abuelos y abuelas llegan con problemas pre-existentes o factores de riesgo que incluyen abuso, descuido, exposición a drogas y alcohol o la pérdida de sus padres. Esta situación puede crear riesgos para ambas partes, por eso es necesario brindar apoyo para que estas relaciones se desarrollen en un ambiente positivo y valioso. Es prioritario que los abuelos y abuelas reciban respaldo y asistencia en esta función tan importante durante la adolescencia de sus nietos y nietas. Es necesario, ofrecerles espacios donde puedan aprender sobre los cambios y necesidades en esta etapa de la vida, como también, mejorar el diálogo con una actitud de aprendizaje, no de crítica (4) (5) (6).

En un estudio que analiza conductas de los adolescentes en relación con el afecto y la forma de establecer las normas de los abuelos acogedores, se observó por un lado, que los adolescentes percibían una alta manifestación de afecto y comunicación por parte de sus abuelos y una baja expresión de crítica y rechazo y por otro, que los abuelos utilizaban prioritariamente un tipo de disciplina inductiva para establecer las normas. Respecto a los problemas de conducta, los adolescentes acogidos se encontraban dentro del rango de normalidad. Los adolescentes que percibían a sus abuelos y abuelas más afectivos y con un estilo inductivo de establecer las normas presentaban menos problemas de conducta (7).

Es importante destacar que los abuelos/as pueden y deben cuidar a los nietos y nietas adolescentes evitando la sobreprotección y deben ser neutrales. Es recomendable determinar roles, horarios y tareas. Esta claridad evitará roces con los padres y creará un clima de confianza que favorecerá el intercambio educativo y las peticiones de consejos o de ayuda. Para acompañar este vínculo hay distintas posibilidades de intervenir apoyando la relación de abuelos/as con nietos/as adolescentes, por ejemplo en España se realizan experiencias interesantes en dispositivos denominados “Escuelas de Abuelos” donde se organizan encuentros orientados a intercambiar experiencias para que abuelos/as descubran las posibilidades educativas que pueden desarrollar. Son espacios de formación, con la intención de que adquieran conocimientos y habilidades para mejorar la calidad de las relaciones con sus hijos/as y con sus nietos/as, dotándolos de herramientas educativas que les permitan, entre otras cosas, manejar más eficazmente los conflictos interpersonales y las situaciones

problemáticas en general, mejorar la comunicación y la expresión emocional con los demás miembros de la familia, etc (8).

Conclusiones

El papel que desempeñan los abuelos y abuelas en la dinámica familiar es importante y difícil en la sociedad actual. La mayor esperanza de vida y el avance de la medicina han hecho permanecer a las personas más jóvenes y más sanas durante más tiempo.

Los abuelos y abuelas actuales se han cargado de obligaciones y en muchos casos, ellos mismos se creen con el derecho que les otorga el servicio que prestan para cuestionar la opinión de los padres.

Cuidar y educar a los hijos/as es diferente de cuidar y educar a los nietos/as. Conviene entonces que nos hagamos las siguientes preguntas:

¿Cuál es la tarea que se les debe encomendar a abuelos/as en la sociedad de hoy?
¿No será excesiva la responsabilidad que se deja en sus manos? ¿Saben ellos y ellas cuidar y educar a los niños/as y adolescentes de hoy con las exigencias que demanda la sociedad? ¿Es beneficioso este cuidado?

Como profesionales que realizamos abordaje integral de adolescente debemos enfatizar la oferta de capacitación, apoyo y acompañamiento para los y las abuelas/os.

Bibliografía

- 1- Klein, A, Hernández B, Rodríguez García, María Cristina. Un análisis del vínculo abuelos nietos-adolescentes reflexión sobre la transmisión generacional. Revista Katálysis 2016, P. 19 (Julio-Septiembre)
 - 2- **The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, SHARE 2018.**
Disponible en:
<http://www.share.cemfi.es/index.asp?menu=1>
Consultado: 10 de agosto 2018
 - 3- UCA y el Observatorio de la Dirección General de Desarrollo Familiar. **Primera Encuesta bienal de las familias de la ciudad de Buenos Aires 2017.**
Observatorio de la Deuda Social Argentina
 - 4- Klein, A. Una aproximación a las formas de relacionamiento abuelos-nietos adolescentes desde perspectivas tradicionales, no tradicionales e inéditas. Psicología Revista.2009, Vol. 18 N° 1
 - 5- González Bernal, J; González Santos, J.; De la Fuente Anuncibay, R.; Marquínez Meneses, S. y González Bernal, N. Funciones que desempeñan los abuelos. International Journal of Developmental and Educational Psychology, 2010; vol. 2, núm. 1, P. 625-633.
 - 6- Di Gessa, G. y Glases, K; Tinker A.. The impact of caring for grandchildren on the health of grandparents in Europe: A lifecourse approach. Social Science&Medicine 2016- Voll 152. P. 166-175.
 - 7- Bernedo, I. M.; Fuentes, M. J. y Fernández-Molina, M. Behavioural problems in adolescents raised by their grandparents. The Spanish Journal of Psychology, 2008; 11(2), 453-463.
- Consejería de Educación de Andalucía, España, Escuela de familias: Abuelos y Abuelas. El papel de l@s abuel@s en la educación de sus niet@s, período: 2015-2018. Disponible en escuelasdefamilias.ced@juntadeandalucia.es
Consultado 10 de agosto 2018.

TALENTISMO CULTURAL

David Mauricio Settembrino⁴⁵

En la actualidad, uno de los términos más trillados y manipulados, sin lugar a dudas, es el de *talento*. Por ello, al tratar con adolescentes y jóvenes, en pos de orientarlos en sus trayectorias vitales, más allá del rol en el que nos encontremos (profesional, parental, etc.) hay que tener muchas reservas debido a que se trata de un concepto muy utilizado especialmente por los medios de comunicación, el management empresarial y los libros de autoayuda. Veremos más adelante que, aunque a simple vista nos parezca una reflexión irrelevante, alentar a las personas a seguir sus talentos innatos no siempre es lo más adecuado.

Clubes de fútbol que pagan fortunas a los más habilidosos, reality shows hambrientos por los más talentosos, talentismo empresarial que selecciona y retiene a su más virtuoso personal... *¿qué nos queda entonces para la gran mayoría que no contamos con grandes habilidades? ¿Es una maldición hoy ser "normal"?* Estos son algunos de los miedos que se generan en muchos adolescentes y jóvenes frente a un discurso mediático avasallante en relación a los talentos personales.

Las personas comunes contamos con algunas capacidades más desarrolladas que otras, pero ninguna demasiado destacada. Esto, en muchos casos, es frustrante y muy desalentador a la hora de pensarse dentro de esta "cultura del talento". A esto le llamo *talentismo cultural*, a la exacerbación en relación a las capacidades innatas, o los llamados dones.

Esta sobrevaloración social de los talentos innatos destacados, que permanentemente vemos enaltecer en los medios de comunicación, a través de los realitys y otros productos del entretenimiento, crean, muchas veces, un efecto contrario a lo que pretenden producir. Los profesionales de la orientación lo corroboramos infinidad de veces en el consultorio o en los talleres grupales cuando escuchamos en los adolescentes o jóvenes expresiones como: *"no sé qué estudiar porque no sé hacer nada de forma destacada"*, *"no tengo ningún talento especial"*, *"no tengo nada que me haga único"*, etc. Pareciera que, si la persona no tiene o reconoce algo especial en sí

⁴⁵ Consultor Psicológico con Formación en Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), periodista y compositor musical. Co-autor de una nueva teoría y práctica en Orientación Laboral basada en ACT.

misma, está condenada a no encontrar un rumbo, una dirección y, sobre todo, a vivir en la mediocridad más absoluta. Cabe aclarar, que más allá de que la temática no hace distinción de género, en los varones se evidencia una mayor exigencia respecto al tema, como consecuencia de atávicas *demandas patriarcales* que aún sobreviven en nuestra cultura: *"el macho tiene que demostrar para qué es bueno, para qué sirve"*. En este sentido, es importante sostener un enfoque de género para identificar los mandatos sociales que pretenden ligar a las personas a su sexo biológico. A la inmensa tarea que realizó el feminismo para separar la maternidad de la condición femenina cabe sumar una gesta semejante que desligue a los varones de las ancestrales *demandas patriarcales*, entre otras, de ser *el macho proveedor y eficiente*.

Volviendo a los efectos de este *talentismo cultural*, una conclusión muy usual hoy en adolescentes y jóvenes es: *"Si no tengo algo valioso que ofrecer, no soy valioso"*. El inconveniente mayor es que aquello *valioso*, diferente, original, se orienta a ser explorado, generalmente, al interior del individuo. Y en el resultado que arroje dicha búsqueda quedará demostrado si fuimos o no agraciados por los dioses o la madre naturaleza.

Poner el acento en lo que *"se trae de fábrica"*, por *default*, sin hacer algunas salvedades, es extremadamente peligroso en muchos sentidos. Ya vimos lo que sucede para el que no reconoce ninguna destreza destacada. Ahora, para el que sí detenta alguna habilidad extraordinaria, esta capacidad lo puede condicionar en su elaboración de propósito, porque socialmente se encuentra mal visto *desperdiciar* oportunidades que la misma naturaleza nos ofreció: *"¿Cómo no vas a ser basquetbolista con 2,10 metros de altura?!", "Con esa habilidad para los números es un pecado no estudiar contaduría ¡por Dios! Estás perdiendo dinero"*.

El *talentismo cultural* muchas veces confunde y hace olvidar que un talento es una herramienta, mientras que son nuestras intenciones y propósitos propios los que marcan *direcciones vitales*. No siempre el talento más visible debe ser o convertirse en el eje de un proyecto de vida; y cuando sí lo es, es porque se encuentra alineado con la *intencionalidad* de la persona, con su *deseo*, psicoanalíticamente hablando.

Porque más allá de ser *normales* o *hipertalentosos*, el mayor tesoro del ser humano, por sobre otros animales y de la actual IA (Inteligencia Artificial) (1) es su capacidad de generar intenciones y propósitos propios. Por eso la instancia *valorativo-*

intencional es la que hay que visualizar, elaborar y gestionar a fin de ordenar la conciencia en pos de una dirección intrínseca valiosa.

Los padres sabemos muy bien que somos los primeros en convertirnos en seudos *detectives privados* para descubrir tempranamente las capacidades de nuestros hijos. Ya desde los 2 o 3 años de vida de los pequeños no podemos evitar jugar y hacer pronósticos de sus posibles profesiones u oficios. "*Mirá como agarra los libros: éste me salió escritor o periodista. ¡ojalá no le dé por la filosofía que terminan siendo todos drogadictos!* Y desde ese momento, en adelante, se activan prejuicios, mandatos y *etiquetas* que el niño o niña van incorporando para constituirse, alguno de éstos, como creencias nucleares, tanto positivas como limitantes, pero, en cualquier caso, altamente condicionantes para la *valoración personal*. Por supuesto que a estas edades lo que mayormente se destaca de los niños es lo que *hacen* y no lo que *valoran*, pero esta mirada sesgada hacia el *hacer* y la *eficacia*, lamentablemente continúa hasta pasado el nivel secundario, y a veces durante toda la vida. Como puede verse, muchas veces somos funcionales a aquella filosofía productivista, economicista, eficientista y utilitarista de la vida, teniendo o no conciencia de ello.

Una *Charla Ted* de 2016 llamada "*No soy un 7*" (2) de una adolescente de 18 años, Sofía Camussi, da en la clave de lo que estamos intentando explicar, pero traspolado al ámbito educativo-institucional. Sofía habla de cómo las notas recibidas en la escuela condicionan las decisiones respecto a los roles laborales que elegimos después de la secundaria. En un momento de la charla, cuenta que su mejor amiga era una apasionada por el dibujo desde muy chica, pero, actualmente, a los casi 19 años, se decidió por estudiar traductorado de inglés. ¡¿Cómo había sucedido eso?! Se pregunta aterrorizada la adolescente. Resulta que su amiga siempre había soñado con dirigir películas de animación 3D, pero como la carrera de animación tiene *mucha matemática* y ella siempre *se la llevó*, se decidió a estudiar traductorado porque desde chica vio que tenía talento para el inglés, *le salía fácil* y siempre tuvo buenas notas. De esta forma, no se jugaba en su decisión, iba a *lo seguro*. "***Se olvidan las pasiones al cruzar las materias con buenas notas, las que nos eran fáciles y las carreras afines***", declara Sofía en su exposición. "***Claro... pensamos que, si en esta materia siempre tengo buenas notas, entonces quiere decir que... "me gusta"***". Y en esta reflexión de Sofía radica otro peligroso *engaño* en el que las personas pueden caer actualmente: *si tengo capacidad para una materia donde cosecho buenas notas*

entonces se supone que "me gusta". Aquí la *valoración personal*, acerca de una actividad, se encuentra coaccionada por el refuerzo extrínseco del sistema educativo *per sé*, por el premio social de la *calificación positiva*. Es así como una persona va armando un proyecto de vida *incongruente* o *inauténtico* (al decir de Heidegger) (3) respecto a sus *valores personales*, a sus *intenciones* y que, generalmente, deriva en un fracaso en medio de los estudios superiores o después de años de desarrollar una actividad laboral displacentera.

Con respecto al *talentismo cultural* se pueden encontrar infinidad de ejemplos en nuestra vida cotidiana. Quien tiene hijos pequeños o sobrinos a quienes llevaron al cine, no hace tanto tiempo, la primera película animada de la saga de *Tinkerbell* (Disney, 2008) (4) o Campanita para los más viejos, es una clara muestra del patrón social al que hacemos referencia. En aquel film de animación, cuando el hada protagonista nace, lo primero a lo que se debe enfrentar es a la definición de su TALENTO, para encontrar, consecuentemente, su lugar en la comunidad. Tinkerbell (4) entonces recorre una paleta de opciones con diferentes elementos simbólicos (un martillo, una flor, una gota de agua, etc.) que tienen la potestad de definirla como: hada artesana, hada del viento, hada de la naturaleza o hada del agua, condición que ya está en *su interior*, pero que ella no conoce aún. "Lo esencial es invisible a los ojos", como decía Antoine de Saint-Exupéry en El Principito (5). Finalmente, fue *el martillo* de las hadas artesanas el que comenzó a emitir una luz fulgurante, condicionando a Tinkerbell (4), de por vida, a confeccionar todo tipo de objetos útiles y necesarios para la comunidad de hadas (vasijas, cucharas, jarrones, etc.). Sucede que, en este primer film, Tinkerbell (4) se revela ante la imposición de su *rol laboral*, intentando probarse en otras áreas del quehacer de las hadas, y fracasando sistemáticamente en cada ocasión. Por lo que, finalmente, desiste y vuelve a *lo suyo*, a su *esencia de hada artesana*.

La fortaleza y perdurabilidad de esta postura filosófica *esencialista* que se filtra e invisibiliza en múltiples expresiones culturales, se debe al arraigado pensamiento platónico que persiste en el ADN de occidente, reforzado por la religión judeocristiana.

El filósofo griego (6) ya lo decía hace 2500 años en La República, uno de sus libros más emblemáticos:

"cada uno debe atender a una sola de las cosas de la ciudad: a aquello para lo que su naturaleza está mejor dotada"

¿Y por qué digo que existe una trampa en este *talentismo cultural*? Porque, sin desearlo, cae en el condicionamiento que parte del *esencialismo platónico*, como lo hace también la idea de *vocación* cuando se toma como algo *esencial* que hay que descubrir para generar un propósito en la vida. La trampa de la *mirada esencialista* radica, fundamentalmente, en que nos resta protagonismo como seres singulares, justamente por la complejidad de nuestro *sistema valorativo-intencional*, nos acota el espectro de posibilidades en la toma de decisiones. **Todo lo relativo a lo *innato* habla de algo innegablemente propio, pero al mismo tiempo *impersonal*.** Lo supuestamente *esencial* nos determina, nos restringe y nos condiciona en el accionar. Lo más genuino del ser humano es su indeterminación, su capacidad de autodirigirse, de reinventarse a sí mismo, de escribir y reescribir su recorrido biográfico, como bien lo desarrolló el filósofo existencialista, Jean Paul Sartre, en gran parte de su obra dirigida, especialmente, a la *libertad* humana.

“El hombre es ante todo un proyecto que se vive subjetivamente” (7)

Sería bueno terminar de entender, culturalmente, que lo humano tiene que ver con un *proyecto abierto*, una *posibilidad*, al igual que lo es el átomo que nos constituye en nuestra materialidad, según la física cuántica.

La *libertad personal* también radica en no mantener la creencia en un *esencialismo identitario* al que debemos pleitesía, sino en ver el entramado narrativo de un Yo que va conformando un *relato biográfico* coherente para sí mismo; todo ello, dentro de la trama contextual que lo contiene y constituye. Como es ya sabido, hay muy poco de *natural* en lo humano y mucho de *co-construcción* entre lo social y lo personal.

Volviendo a los *talentos innatos*, por supuesto que existen múltiples casos en donde una destacada habilidad natural es congruente con la instancia *valorativo-intencional* del individuo, de allí, muchas de las personalidades destacadas que se observan en todas las áreas: el arte, el deporte, las ciencias, la literatura, etc. Pero es el *valor* que le otorga la persona a aquel *accionar elegido* la condición *sine qua non* para la elaboración de propósitos y proyectos vitales. El *talento* por sí solo no genera *dirección*, como dijimos anteriormente.

Conducir sesgadamente a hacer foco en las destrezas naturales, o dar relevancia al tipo de inteligencia dominante de la persona (8), subestimando u omitiendo la instancia *valorativo-intencional*, no deja de ser parte de las *tecnologías de subjetivación foucaultianas* (9) que, directa o indirectamente, responden a intereses *productivistas*, donde lo que se necesita prioritariamente es extraer del individuo su *mejor hacer* en función al rendimiento *empresarial*. En síntesis, el *talentismo cultural* no escapa, en algún sentido, a la esfera de la *biopolítica y el biopoder*, conceptos propuestos por Foucault (10) en la década de los '70 que se referían a la intromisión de la política, del Poder, en el ámbito personal; administrando la vida, regulando, normalizando y operando sobre la *subjetividad*.

Por todo ello, más allá del rol que ocupemos, cuando nos encontremos en contacto con adolescentes y jóvenes, es conveniente hacer consciente esta *red de relaciones* entre talento innato, esencia, intención, propósito y dirección vital, entre otros; entramado lingüístico que tan peligrosamente *naturalizado e invisibilizado* se encuentra en el saber popular y que tanta confusión y sujeción produce en una gran mayoría. El concepto de *talentismo cultural* evidencia solo un ejemplo del ejercicio de *deconstrucción* que se necesita fomentar, cada vez más, en las *vertiginosas* sociedades posmodernas, a fin de *desacelerar* y reflexionar acerca de la relación con viejos conceptos y generando así una mayor *libertad personal*. El ser humano es ante todo *proyecto*, como decía el filósofo francés. Intentar emancipar la voluntad individual, respecto a la biología y los condicionamientos sociales, es un eslabón fundamental para que dicho *proyecto* pueda ser escrito de una forma más singular y auténtica.

Bibliografía

- 1- Trillas, E. (1988). La Inteligencia artificial: máquinas y personas. Madrid: DEBATE
- 2- TEDx Talks. (2015, mayo 21). No soy un 7. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=H-yXOlzZ-ao&t=110s> Consultado el 3 de junio de 2017
- 3- Heidegger, M. (1951) El Ser y el Tiempo. Traducción al castellano por José Gaos. México: Fondo de Cultura Económica.
- 4- Disney Toon Studios (2008). Tinker Bell. Estados Unidos.
- 5- Saint-Exupery, A. (2017). El Principito. Buenos Aires: Ediciones Lea S.A
- 6- Platón (1992). La República, Libro IV, 433a. Madrid: Ed. Gredos
- 7- Sartre, J. P (1970), L'Existentialisme est un humanisme, París: Nagel. [Versión en castellano: El existencialismo es un humanismo (2006), trad. Carmen Llerena del Castillo. Barcelona: EDHASA.]
- 8- Gardner, H. (1983). Multiple intelligences. Nueva York: Basic Books.
- 9- Foucault, M. (2001). El poder y el sujeto. En: Rabinow, H.L.; Dreyfus, P. Michel Foucault: más allá del estructuralismo y la hermenéutica. (pp. 241-259). Buenos Aires: Nueva Visión.
- 10- Foucault, M. (2002). Historia de la sexualidad I: la voluntad de saber. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Otras bibliografías consultadas

- Marina, J. A. (2010). La educación del talento. Barcelona: Ed. Planeta.
- Marina, J. A. (2016). Objetivo: Generar talento, Cómo poner en acción la inteligencia. Barcelona: Empresas Filosóficas S.L, Penguin Random House Grupo Editorial, S. A. U.
- Csikszentmihalyi, M., (1990). Flow, The Psychology of Optimal Experience, New York: Harper & Row. Versión castellana de Nuria López, Fluir. Una psicología de la felicidad, Kairós, Barcelona, 1997.
- Cubeiro, J. C. (2012). Del Capitalismo al Talentismo. Barcelona: Deusto San Martín Sala, J. (2015). Antropología Filosófica II: Vida humana, persona y cultura. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Beorlegui, C. (2011). La singularidad de la especie humana: De la hominización a la humanización. Bilbao: Universidad de Deusto.

NUEVAS PERSPECTIVAS PARA EL ABORDAJE INTEGRAL EN LA ADOLESCENCIA: *Modos de Ver... Modos de Hacer*

Lic. TS Norma Mora⁴⁶

El consultorio Amigable del Adolescente, del Hospital Allen es una iniciativa que se encuadra en los lineamientos del Programa Nacional Salud en la Adolescencia. Posee enclave territorial en la ciudad de Allen Provincia de Río Negro y aborda la salud como un derecho humano y social. Enmarca sus acciones en la Convención de los Derechos del Niño, Niña y Adolescentes de rango Constitucional, en la Ley 26.061 de Protección Integral de Derechos de niños, niñas y Adolescentes que garantiza el derecho a su Salud Integral (Art. 14), la Ley 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable y la Ley 26.529 de Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado. Desde este marco el mismo promueve y difunde el derecho de los/as adolescentes a acceder al sistema de salud en forma autónoma, sin obligación de acompañamiento de un/a adulto/a y en el marco del respeto y confidencialidad.

La cotidianeidad en la atención en general, hacia toda la población que accede a los Servicios de salud pública, muestra dificultades en, la movilidad y disponibilidad de transporte, la prevalencia de un clima hostil bajo la rigurosidad de la geografía patagónica, distancias pronunciadas, entre otros aspectos. Al interior de la institución salud encuentra barreras para el acceso tales como, el aparato burocrático del estado, horarios inaccesibles, lenguajes herméticos, además de los significados que trascienden en el imaginario colectivo y que construyen categorías que miran a ese otro que demanda atención con conceptos y prejuicios preestablecidos: “color de piel, migrante, etnia, adolescente, joven, identidades sexuales , adolescente embarazada, rostros que suponen riesgo y peligrosidad, forma de vestir, forma de andar” (1).

Todas estas categorías subjetivantes atraviesan los abordajes de la práctica cotidiana en las instituciones y atraviesan a cada uno/a de nosotros/as como actores públicos. Seguramente serán estas categorías propias del Hospital de Allen, como de otras regiones, y existirán más allá de estas territorialidades también. Nuestro abordaje cotidiano tiene una fuerte apuesta que consiste en atravesar un camino de lucha para resignificar la intervención del equipo de salud, a efectos de sensibilizar, capacitar a los

⁴⁶ Norma Mora: Lic. en Trabajo Social, Hospital Allen, Referente programa Preventores Juveniles Ministerio de Salud Provincia de Río Negro, Docente Universidad Nacional del Comahue, Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, Carrera Lic. en Servicio Social, Diplomada en Adolescencia

diversos actores sobre la interculturalidad, aprender a situar la historia y el contexto, desnaturalizar lo dado, desarmar estigmas, prejuicios, comprender las nuevas subjetividades, cuestionar la mirada en la atención diaria, modificar el abordaje considerando la particularidad, en la complejidad de la vulnerabilidad y la comprensión de los/as adolescentes como sujetos de derecho en desarrollo y crecimiento.

Significa así mismo, pensar el Hospital público como garante de acceso a la Salud Integral, a través de dispositivos, cuyas prácticas enuncien un conjunto de símbolos y formas culturales que tracen líneas de reconocimiento, de posibilidades y oportunidades. Representa construir nuevos conocimientos, como enuncia la colega chilena Teresa Matus (2): “se requiere pensar el trabajo social como una forma de ver que funda un hacer peculiar. Allí, existe un vínculo que no puede ser roto al hablar.”

Es este, el posicionamiento del cual parto, para plasmar el presente documento, como un modo de producir conocimientos y como una forma de comprender la realidad. Desde Las Epistemologías del Sur, desde la mirada de Boaventura de Sousa Santos (3), quien trae una propuesta alternativa, que visibiliza y reconoce las experiencias y prácticas de colectivos sociales subordinados y discriminados por los procesos articulados del capitalismo, del colonialismo y del patriarcado.

Lo primordial de esta apuesta epistemológica se basa en dos aspectos, uno, que permite entender que el conocimiento científico tal como se configura posee ciertas limitaciones, y que existen otras formas de conocimiento "no occidentales" que son válidas y valiosas como dice el autor que configuran un pensamiento “alternativo de alternativas” (3).

Respecto a la comprensión y el trabajo en adolescencias y juventudes pone sobre la mesa la distancia entre teoría y práctica como un criterio que exige revisión constante en las investigaciones académicas, científicas. Ese aspecto es clave para proponer nuevas construcciones teóricas que aborden de manera comprensiva la gran variedad de prácticas y reivindicaciones colectivas que existen. El otro aspecto, pone como fundamento epistemológico la visibilización de una gran variedad de experiencias e iniciativas de base, dentro de los cuales podríamos encontrar a las adolescencias y juventudes con empoderamiento y ejercicio de ciudadanía. La perspectiva que abre la puesta en valor de las iniciativas adolescentes puede leerse bajo el horizonte de las denominadas por este autor como, “sociologías de las emergencias que resalta las capacidades y posibilidades de construcción de proyectos colectivos y que nos corre de la mirada centrada en las la sociología de las ausencias” (3).

Esto significa, obviamente no dejar de ver la vulneración de derechos y las afectaciones que viven los adolescentes, sus pares y familias, pero no quedarnos solo en la crítica y la queja, sino enfatizar la lucha y la resistencia, orientando el accionar hacia los recursos existentes, las potencias y potencialidades, los aprendizajes logrados que ya están presentes en la capacidad de construir futuro, mirando el pasado y gestadas en el presente.

Implica reconocer la posibilidad y la potencialidad de un futuro siempre abierto a nuevas realizaciones en ideas, prácticas y experiencias que tiene a los/as adolescentes con su capacidad de agencia y actoria. La participación activa de adolescentes, desde sus distintos ámbitos y contextos, han apostado a su propia visibilización, este es un fenómeno social que merece ser tenido en cuenta. En ese sentido, colectivos, como Preventores Juveniles vinculados entre otros aspectos, al acceso y promoción de la salud, apuestan a generar procesos de reconocimiento desde abajo, en donde se valora lo territorial y se intenta transformar los imaginarios que constituyen las subjetividades de las cuales hablamos en un principio en los esquemas institucionales en el presente documento.

“Preventores Juveniles”, es una práctica que pone en valor la construcción colectiva de saberes, que facilita el acceso de los/as adolescentes a la salud integral. Una práctica con fuerte vinculación al Consultorio amigable, que irrumpe en el sistema administrativo funcional en su lógica operativa y permite pensar Las Adolescencias, como la singularidad de la trama social que rodea a cada sujeto de intervención. Generando nuevas formas de reinscripción social que intenta cambiar las formas de nominar, de mirar y escuchar.

Practica que genera construcción de ciudadanía, con acciones transversales que trascienden las particularidades de los espacios microsociales, que se articula y coloca las demandas en un espacio público mayor, interpelando a decisores y políticas públicas.

La figura de preventores Juveniles en el marco del Programa Adolescencia del Hospital Ernesto Accame de Allen, se instala como un dispositivo diseñado en la concepción de la educación popular y en la autonomía progresiva de los/as Adolescentes, para su inclusión y accesibilidad a la vida pública, vinculada a políticas educativas y sanitarias.

Articula el área de Salud, Escuelas de Nivel Medio, Municipio, Desarrollo Social Provincial, Supervisión de Escuelas Nivel Medio, Delegación Escolar, Consejo del Niño Niña y Adolescentes, que enlaza a su vez Programas Nacionales Provinciales dependientes de Salud y Educación, otras reparticiones públicas y grupos de base

comunitarios. La finalidad es consolidar grupos de adolescentes con capacidad de agencia que promuevan conductas saludables entre sus pares, que a su vez, serán reflejadas en el ámbito intraescolar, en los espacios barriales y familiares.

Preventores Juveniles como actores-pares protagónicos incentiva la consulta generando confianza, amigabilidad y confidencialidad. Afirma valores de igualdad libertad y solidaridad. Habilita la palabra como dispositivo, pues es así, como subyace la idea de Freire (4): *“La palabra por ser lugar de encuentro y de reconocimiento de las conciencias, también es de reencuentro y de reconocimiento de sí mismo”*.

Revincular a los sujetos con su historia, con los otros/as, con un nosotros/as. Escuchar las voces en el territorio, desde allí reconstruir y recrear nuevas subjetividades, es un camino complejo, plagado de contrariedades, conflictivo, pero comprometido con la intervención transformadora que centra la atención en la institucionalización de los procesos sociales.

Conclusión

- Afianzar la co-construcción de saberes, dejando de mirar a los/as adolescentes como víctimas o como victimarios, y comenzar a visibilizar a estos/as como agente de transformación, con capacidad de agenciamiento, mirados/as y escuchados/as como sujetos políticos.
- Es clave en los momentos actuales reconocer, aprender de las luchas y de los movimientos que gestan adolescentes y jóvenes. Se requiere construir un dialogo de saberes que recupere la palabra de los/as mismos/as, que está presente en cada uno de estos colectivos.
- Romper discursos hegemónicos en los escenarios de salud, en las escuelas, en las familias, en las organizaciones, desde una mirada crítica, orientada siempre hacia las potencias y las potencialidades, a las capacidades, a las fortalezas.
- Los problemas sociales complejos trascienden los sectores, lo vemos en la práctica. Se requieren abordajes pluridimensionales que consideren la dimensión teórica, la especificidad de los campos disciplinares y los procedimientos que incluyan los saberes y voz de los actores en el territorio.
- Acercar distancias, cortar brechas comunicacionales, instalar creativos modelos de trabajo, irrumpir en los esquemas convencionales. Entender lo virtuoso de los espacios colectivos que nuclea a los pares como modelo de identificación saludable.

Bibliografía

- 1- Mora, N. "Participación Juvenil y Prevención entre pares: Una estrategia saludable". Ed. Publifadecs- Facultad de derecho y Ciencias Sociales – Universidad Nacional del Comahue. (2017).
- 2- Matus, T. La Intervención Social como Gramática. Escuela de Trabajo Social, Pontificia Universidad Católica de Chile. Revista de Trabajo Social. N° 71. (2003).
- 3- Boaventura De Souza Santos, "Epistemologías del Sur" Utopía y Praxis Latinoamericana / Año 16. N° 548 (Julio-Septiembre, 2011) Revista Internacional de Filosofía Iberoamericana y Teoría Social / ISSN 1315-5216 CESA – FCES – Universidad del Zulia. Maracaibo-Venezuela (2011)
- 4- Freire, P. Pedagogía de la Autonomía, Saberes Necesarios para la Práctica Educativa Río de Janeiro, Brasil: Editorial Paz y Tierra. (2004).

Otras bibliografías consultadas

- Aquín, N. El Trabajo Social Comunitario en las Actuales Condiciones: Fortalecer la Ciudadanía. Licenciatura de Trabajo Social. Psicología Social I. Curso 2004. Documento 20. Montevideo, Uruguay: Universidad de la República. Facultad de Ciencias Sociales. (2004).
- Carballeda, A. La intervención en lo social como dispositivo. Una mirada desde los escenarios actuales. En: Revista Trabajo Social Unam.VI Época• Número 1 diciembre 2010. [p. 46 - 59] .Ciudad de México. (2010).
- Carballeda, A. El territorio como relato. Una aproximación conceptual. Margen N° 76 – marzo (2015).
- Clemente, A Familiarización del enfoque de bienestar, últimas redes y reconfiguración de la pobreza y la indigencia en medios urbanos. Tensión entre comprensión y medición de la pobreza extrema. Proyecto de

- Investigación (MS04). Directora Adriana Clemente. Programación científica 2010 - 2012. Secretaría de Ciencia y Técnica. Universidad de Buenos Aires. (2012).
- Girard, G. Poverty And Inequity In Adolescent Health Care, AM:Stars International Health Issues. En: Adolescents, Volumen 20: 887-899. Diciembre. (2009).
- Girard, G. A. Comunidad, Adolescencia y Participación. Jornadas Patagónicas de Actualización en Salud Integral del Adolescente. El Bolsón, Río Negro, 27 al 29 de marzo. (2014).
- Kaplan, A. y BEREZÁN, Y. Prácticas de no-violencia. Intervenciones en situaciones conflictivas. Experiencias con docentes, padres y alumnos. Buenos Aires: Editorial Novedades Educativas. (2014).
- Konterllnik, I. La participación de los adolescentes: ¿exorcismo o construcción de ciudadanía? En: *Adolescencia y participación. Palabras y juegos*. (pp. 79-108). Montevideo, Uruguay: Unicef. (2006).
- Krauskopf, D. Los grupos de pares en la Adolescencia. En: Maddaleno, M. et al. (edits.) *La salud del adolescente y el joven*. Washington D C: Organización Panamericana de la Salud. (1995).
- Krauskopf, D. Participación Social y Desarrollo en la Adolescencia, (segunda edición). Fondo de Población de las Naciones Unidas. Unfpa/Fnua. (2003).
- Krauskopf, D. "Estado del Arte de las Experiencias y Proyectos de Prevención de la Violencia en Ámbitos Escolares" Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Agencia de Cooperación Técnica Alemana (GTZ). Washington: OPS. (2006).
- Ministerio de Salud de la Nación. AA. VV. Situación de la Salud de los y las Adolescentes en la Argentina. Programa Nacional de Salud Integral del Adolescente. (2016)
- Pasqualini, D. y Llorens, A. Salud y Bienestar de los Adolescentes y Jóvenes: una Mirada Integral. OPS/OMS Facultad de Medicina // Universidad de Buenos Aires. (2010).
- Pautassi, L. Los derechos en las políticas sociales Desafíos teóricos y opciones estratégicas. Revista Debate Público, Reflexión de Trabajo Social. Noviembre 2015. (2015).
- 68ava. Asamblea Mundial de la Salud. Salud del adolescente. Documento A68/15 Punto 14.3 del orden del día provisional - Informe de la Secretaría. (2015)
- Tenti Fanfani, E. Políticas Socioeducativas y Saberes Escolares. En: actas del II Seminario Interno. Problemas, Estrategias y Discursos sobre las Políticas Socioeducativas. Dirección Nacional de Políticas Socioeducativas. Ministerio de Educación de la Nación. (2015)
- UNICEF Argentina. Estado de la Situación de la Niñez Y La Adolescencia. Resumen Ejecutivo en Argentina. Unicef para cada Niño. En: <https://www.unicef.org/argentina/spanish/SITAN-WEB.pdf>. (2017). Consultado julio 2018

LA IRRUPCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN LA TRANSICIÓN DE LA ADOLESCENCIA A LA ADULTEZ⁴⁷

Irene Melamed⁴⁸

Introducción

El presente material busca describir e incorporar algunos conceptos plausibles de ser considerados a fin de analizar el impacto que conlleva la aparición de toda enfermedad, cuando la misma se presenta en la transición de la adolescencia a la adultez en general y en la del adolescente varón en particular.

La irrupción de una enfermedad en la vida de las personas es en general motivo de preocupación; su aparición en la transición de la adolescencia a la adultez lo es aún más.

La percepción de dicha irrupción por parte de las personas afectadas y sus familiares muchas veces se hace presente a través de la metáfora de un “tsunami”, aún sin haberlo experimentado nunca y tampoco haber estado en el medio de una vivencia similar.

La necesidad de recuperar las rutinas habituales por más tediosas que ellas sean y la pérdida parcial y/o total del espacio de la cotidianeidad, constituyen en general características que en más o en menos se hacen presentes cuando un integrante de una familia padece una enfermedad.

A los fines de este breve aporte es de preferencia no definir el significado de lo que se entiende por “enfermedad o estar enfermo” sino que puede ser oportuno apelar a las representaciones que cada quien posea en este sentido, las que a su vez se nutren de las experiencias previas en relación con la salud y enfermedad.

La voz y la palabra como potenciales vías de expresión

La palabra cuando - en el marco de una dolencia o de una alteración de la salud – se encuentra habilitada, se erige erguida y desafiante como la emisaria de la voz y de los sentimientos o bien como una fuerza que se opone, resiste y hasta se rebela contra la presencia insolente de la enfermedad.

⁴⁷ La presente propuesta ha sido inspirada y adaptada de una presentación realizada por la autora Irene N. Melamed en las XI Jornadas Regionales de Psico-oncología Pediátrica, Fundación Natali Dafne Flexer, FNDF, 14 de agosto, 2018, Universidad ISALUD.

⁴⁸ Irene N. Melamed. Médica Pediatra, especialista en Adolescencia. Investigadora y Profesora de Bioética, Programa de Bioética, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO, Argentina e integrante del equipo del Programa de Ciencias Sociales y Salud, FLACSO, Argentina.

La información (y el necesario acceso a ella) en tanto posibilita la expresión de la voz y de la palabra, “(...) otorga a todo aquello que se expresa: reconocimiento y conocimiento; poder ser receptiva/o a una información es de por sí un elemento complejo y para ello es necesario no sólo disponer de la capacidad de escucha sino que también se instale entre los interlocutores la retroalimentación a modo de un diálogo que acompañe la interpretación crítica de esa información” (1).

La información así en los diferentes espacios pero más aún en el de salud puede ser percibida como un puente, un verdadero instrumento del cuidado cuya omisión o inadecuada verbalización y transmisión pueden volverse herramientas del “no cuidado” o de un cuidado insuficiente y/o de falta de calidad (1).

La “pedagogía de la información” (2) entonces y en el ámbito de la salud deberá dejarse permear por los interlocutores de la relación, por la cultura, los contextos en la que cada una de las diferentes variables aportará matices que contribuyan a la traducción de las palabras e inclusive de los silencios. Se vuelve necesario personalizar la información y revestirla de saberes y de contenidos pero también de emociones como parte de un mismo y articulado proceso.

Las emociones tienen una historia y una trayectoria que se recrean en las sucesivas y reiteradas experiencias de salud y enfermedad. ¿Es lo mismo para un adolescente que padece una enfermedad crónica recibir información a los fines de su incorporación en un ensayo clínico cuando en los últimos años su experiencia vital ha sido primariamente y casi en forma exclusiva la del hospital? Martha Nussbaum (3) determina que en un sentido profundo las emociones humanas están en relación con los hechos del pasado y arrastran así los trazos de esa historia.

Paralelamente ¿adquiere igual relevancia cuando dicha enfermedad se hace presente e irrumpe en la transición de la adolescencia a la adultez, proceso en el que las/os adolescentes deben adquirir progresivamente las pautas de la adultez?.

La transición de la adolescencia a la adultez: la enfermedad como un punto de giro

Transición de la Adolescencia a la Adultez I

- } Suficiente evidencia de la importancia de las “transiciones”: vulnerabilidad y potencial transformador, eventos marcadores, momentos cruciales o puntos de giro.
- } La transición de la **adolescencia** a la **adultez** es una etapa crítica del ciclo de vida de las personas: implicancias en el desarrollo futuro.
- } **Conocimiento y experiencia marcada** en la “transición de la infancia a la adolescencia”.

Imagen 1: Irene N. Melamed, presentada en XI Jornadas Regionales de Psico-oncología Pediátrica, Fundación Natali Dafne Flexer, FNDF, 14 de agosto, 2018, Universidad ISALUD.

La transición de la adolescencia a la adultez es una etapa crítica de la vida de las personas que tiene implicancias en el desarrollo futuro. En este sentido cabe identificar los siguientes elementos (4) que nos permiten inferir que la “irrupción de la enfermedad” se conformará como un evento de vida y/o un punto de giro que alterará en más o en menos las trayectorias de la adolescencia a la adultez.

TRAYECTORIA	Patrón de más largo término de estabilidad y de cambios que usualmente involucra múltiples transiciones
EVENTO DE VIDA	Hecho significativo que contempla un cambio abrupto capaz de producir efectos severos y a largo plazo
MOMENTO CRUCIAL/PUNTO DE GIRO	Evento de vida o transición que produce un cambio duradero en la trayectoria de curso de vida

Tabla 1 Adaptado de Hutchison, E. D. (2010). A life course perspective. Dimensions of human behavior: The changing life course, 3-38 en Curso Irene Melamed “De la Adolescencia a la adultez en contextos de salud” www.saludyadolescencia.com (4).

Transición de la Adolescencia a la Adulthood II

- ⌋ A pesar de la existencia de un cuerpo de conocimiento en el tema aún no es posible contar con criterios que - centrados en las **trayectorias adolescentes** - puedan predecir la aparición de uno u otro devenir.
- ⌋ Paralelamente existe un **replanteo** de los hitos tradicionalmente aceptados para alcanzar el período de la adultez y existen **nuevos paradigmas** que los reemplazan y/o superan.

Imagen 2: Irene N. Melamed, presentada en XI Jornadas Regionales de Psico-oncología Pediátrica, Fundación Natali Dafne Flexer, FNDF, 14 de agosto, 2018, Universidad ISALUD.

Si bien hay disponible suficiente evidencia que permite comprender en profundidad diferentes aspectos de la “transición de la infancia a la adolescencia” - la que no debe ser considerada como un mero pasaje sino por el contrario como un genuino proceso – pareciera no ocurrir aún lo mismo con la “transición de la adolescencia a la adultez” y, a pesar de existir un interesante y actualizado cuerpo de conocimiento en el tema, en general la mayoría de las conceptualizaciones están centradas en el universo de las enfermedades crónicas en las que su modo de aparición e inicio puede haber sido ciertamente de un modo agudo y disruptivo.

La transición de la adolescencia a la adultez en el VARÓN

La salud de los varones está fuertemente atravesada por factores determinantes de las representaciones sobre las masculinidades. Así Juan Carlos Escobar (2015) [5] destaca que:

“(…) La salud de los varones está fuertemente determinada por valores matrices con los que construyen su corporalidad y subjetividad: autosuficiencia, afrontamiento temerario del riesgo, omnipotencia, negación de la vulnerabilidad, dureza, represión emocional, autoridad sobre las mujeres y valoración de la jerarquía, características todas que los exponen a un mayor riesgo de enfermar y morir” (5)

Es en este contexto entonces en el que la enfermedad (cuando irrumpe) lo hace en un ser – en este caso el “varón adolescente” - que atraviesa (siendo esencial que lo realice)

una serie de procesos - no exentos de avances y de retrocesos - que lo lleven a ser una persona adulta.

Completar el ciclo escolar (cuando el mismo es factible de ser realizado), obtener un empleo, consolidar una relación de pareja a modo de ejemplo, han sido elementos claves de la transición a la adultez en ciertas culturas occidentales. Estos paradigmas ya no son lo que eran, se renuevan y surgen nuevas aproximaciones que incluyen factores individuales como lo son el sentido de agencia y de autonomía así como la responsabilidad y el apego a ciertas convenciones y normas morales.

Paralelamente Jensen Arnett (6) hace referencia a la denominación de "adultez emergente" que ocurre aproximadamente entre los 18 y 25 años y en el que el autor deja entrever que su existencia está condicionada por sociedades que les "permiten" un período de exploración de sus roles de independencia.

La "adultez emergente" es según el investigador "(...) el tiempo de la vida en la que muchas direcciones son posibles cuando aún es poco lo que sobre el futuro ha sido decidido con certezas y cuando el margen para la exploración de las posibilidades de la vida es mayor en comparación con otros momentos del curso de vida" (6).

Sin embargo, no siempre las/os adolescentes en sus últimas fases de la adolescencia y de la transición a la adultez los viven (o pueden vivirlos) como años de exploración aún en ciudades industrializadas ya sea porque no hayan tenido ni dispongan de los recursos necesarios o porque ven limitadas esas posibilidades de exploración; pareciera que esta heterogeneidad es una de las características distintivas de esta etapa y más aún en el varón, a quien muchas veces se le atribuye un rol proveedor; como señala J. C. Escobar (5) en línea con cierta percepción de "(...) la masculinidad dominante los hombres se caracterizan por ser personas activas, autónomas, fuertes, potentes, racionales, emocionalmente controladas; heterosexuales; son los proveedores en la familia y su ámbito de acción está en la calle" (5).

Nuevas líneas a considerar

Ya al final de este escrito es de interés formular algunas breves consideraciones que si bien revisten importancia en el contexto de salud en general, adquieren mayor relevancia en el abordaje e implementación de la transición de la adolescencia a la adultez.

Desde la posibilidad de revisar nuestras respectivas prácticas que definitivamente acompañen los procesos de desarrollo, dando prioridad a la habilitación de espacios de

escucha y de expresión pluralista en la que las/os adolescentes puedan participar activamente en el camino de alcanzar la plena autonomía en el ejercicio de sus elecciones y decisiones.

Esto implica la necesidad de superar desacuerdos que tal vez involuntariamente se vuelven funcionales a las dificultades para alcanzar la integralidad en la promoción de la salud en la adolescencia.

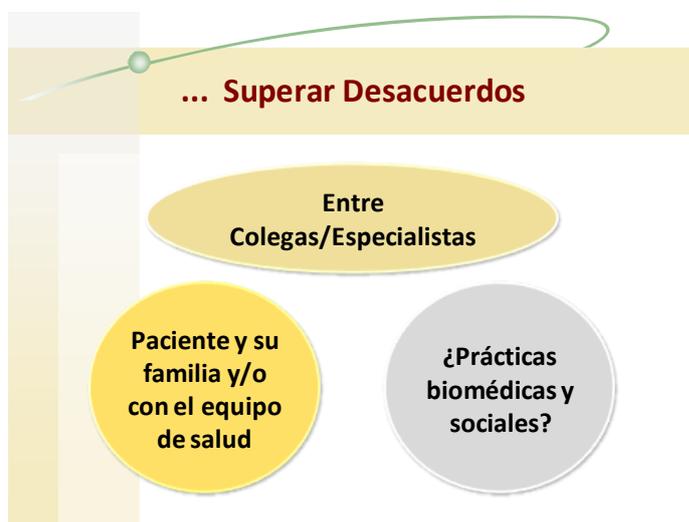


Imagen 3: Irene N. Melamed, presentada en XI Jornadas Regionales de Psico-oncología Pediátrica, Fundación Natali Dafne Flexer, FNDF, 14 de agosto, 2018, Universidad ISALUD.

Interrogantes tales como

- ¿Qué rasgos o condiciones adultas (entendidas como la de autonomía progresiva en su desarrollo personal y social, grado de capacidad de tomar decisiones, desarrollo de pensamiento abstracto, empatía), identifico en la/el adolescente que tengo a mi lado?
- Si considero que esas condiciones aún no están suficientemente desarrolladas. ¿Qué puedo hacer desde mi lugar para promoverlas?

Así las respuestas a estos interrogantes nos permitirán acompañar y sostener activamente en el caso de que la enfermedad “irrumpe” en la transición de la adolescencia a la adultez y alcanzar una mejor comprensión de qué tipo de decisión prima en el adolescente, si la que le otorga recompensas inmediatas o más diferidas que - según las investigaciones de Albert D y Steinberg, L (7) - son las primeras de ellas más privativas de la adolescencia.

Tal vez estas últimas observaciones puedan ser un indicador indirecto de cuán lejos o cuán cerca de la adultez o de la adolescencia se está, y el modo en el que ese adolescente o joven se enfrentará a una dolencia o enfermedad en el caso de que desafortunadamente la misma se presente.

Bibliografía

1. Melamed, Irene. "Los adolescentes y el derecho a la información en contextos de salud. Reflexiones y aportes desde la Bioética. Material presentado en el 12 Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis 2011. Irene Melamed, Curso Virtual "De la adolescencia a la adultez en contextos de salud": aportes y herramientas prácticas para un adecuado acompañamiento. Disponible en www.saludyadolescencia.com "Fecha de Consulta" [25 de Agosto, 2018].
2. Dussel, Inés, ¿Qué significa educar la mirada hoy? Proyecto Tramas, Educación, imágenes y ciudadanía, FLACSO, Argentina. Disponible en: <https://bit.ly/2wdQmQA> "Fecha de Consulta" [25 de Agosto, 2018].
3. Nussbaum, Martha, *Upheavals of Thought, The Intelligence of Emotions*, USA, Cambridge University Press, 2001, pp.62-63, en Melamed I, Tesis de Maestría de Bioética y Derecho, Universidad de Barcelona, pp.55-56. Traducción personal.
4. Adaptado de Hutchison, E. D. (2010). A life course perspective. *Dimensions of human behavior: The changing life course*, 3-38, Traducción personal en
5. Escobar JC, 2015. "Construcción de Masculinidades y su impacto en la Salud del Varón" Presentación realizada en las II Jornadas Patagónicas de Actualización en Salud Integral del Adolescente El Bolsón, Abril 2015.
6. Arnett JJ. Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American psychologist*. 2000 May;55(5):469. Traducción personal.
7. Albert, D. and Steinberg, L. (2011), Judgment and Decision Making in Adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 21: 211–224. Traducción personal

CREANDO LAZOS ENTRE SALUD Y EDUCACIÓN
El recorrido de “Penélope, Zoe, Amelia, Valentina, Ruberta,
Jacinto, uno no nombrado... y Alehandro”.

Dra. María Alejandra Wlocha⁴⁹.

Lic. Irene Arrieta⁵⁰.

El Partido de San Andrés de Giles está a 103 km de Buenos Aires, se ubica al noroeste de la provincia de Buenos Aires. Limita con los partidos de Exaltación de la Cruz al noroeste, Mercedes al sur, Luján al sudeste, Suipacha al sudoeste, Carmen de Areco al oeste y San Antonio de Areco al noroeste. Ocupa 113.204 km, hoy presenta según índices INDEC 2010, una población de 23.027 habitantes, de los cuales 2009 corresponden a adolescentes entre 15 y 19 años varones: 1050, Mujeres: 959. En marzo del 2017 se inaugura el consultorio de adolescencia ubicado en el CAPS Monte de Novi, en el mismo trabaja una médica especialista en adolescencia (con atención programada y de demanda espontánea que se realizan durante dos mañanas y una tarde) y una Lic. en enfermería con modalidad de atención exclusiva del sector. Este trabaja en red dentro de la atención primaria de la salud con otras especialidades tales como: medicina general, nutrición, toco ginecología (embarazo de alto riesgo), odontología, oftalmología, servicio local, CPA y hogar de niñas y adolescentes José Coll.

Dado lo reciente de su inauguración y ante la necesidad de generar un mayor acceso a salud de los adolescentes con la identificación de un área asistencial propio a este grupo poblacional, se articularon intervenciones puntuales con el sector de educación involucrando a la Inspectora distrital y directores del nivel secundario de la localidad para trabajar en una primera instancia sobre temáticas inherentes a salud sexual y reproductiva (SS y R) y derechos de los adolescentes. Para esto, se diseñaron diferentes estrategias que incluyeron reuniones informativas, capacitaciones en equipos (dos encuentros) y talleres para adolescentes referentes y docentes (un encuentro).

Desde el área de salud, a comienzos del 2017, se propusieron dos trabajos enlazado con las instituciones educativas del partido (tanto públicas como privadas laicas y religiosas), divididos en: un trabajo para adolescencia temprana de 10-13 años y otro para adolescencia media de 14-16 años, ambos de modalidad taller desde un “enfoque afectivo” (1). En este artículo nos enfocaremos en la experiencia del segundo taller.

⁴⁹ Profesora Médica especialista en Adolescencia y Salud Comunitaria.

⁵⁰ Profesora Lic. en Enfermería.

Este Taller: “Amigarte...amarte”, de una duración de dos horas aproximadamente por encuentro, tiene una modalidad itinerante que circula entre escuelas anfitrionas⁵¹ y aborda temas sobre salud sexual y reproductiva, derechos reproductivos, con énfasis en prevención de ITS, embarazos no planificados en igualdad, equidad de género y afectividad. La modalidad taller habilita momentos de mayor dialogo, orientación sobre dudas personales o puntuales, así como también, permitir un encuentro más descontracturado.

Durante las reuniones con los directivos del área docente, pudimos conocer algunas limitaciones y dificultades en la aplicación de la ESI, motivo por el cual este diseño permitió acompañar el trabajo curricular docente y armar redes con el sector educativo, en donde como objetivo general del trabajo nos propusimos promover mediante este diseño la asimilación⁵², siguiendo a Piaget (2), de conocimientos mediante el proceso de discusión e identificación de aquellas herramientas de protección eficaz para un fortalecido ejercicio pleno, libre y responsable con respecto a la salud sexual, que permita prepararlos en el pleno ejercicio del derecho. Así como, la promoción y el acceso a nivel local del consultorio de adolescencia facilitando las derivaciones desde el sector de educación.

El fundamento del taller es generar reflexiones respecto a los idearios colectivos de los diferentes métodos anticonceptivos ofrecidos por el circuito público (incluimos también los del circuito privado), haciendo énfasis en el adecuado conocimiento de los mismos y la importancia de la coparticipación en la elección y uso de los métodos, reforzar el uso del preservativo en la prevención de las ITS, el empoderamiento de los varones con respecto a su uso, así como las vías de ingreso a los diferentes sectores de salud y marco de derecho en función de las nuevas leyes que amparan al adolescente conceptualizando “el proceso de autonomía progresiva⁵³.”

⁵¹ Persona Anfitriona: Que tiene invitados en casa, en especial cuando les atiende adecuadamente y les brinda sus atenciones. [entidad, estado] Que organiza una actividad o acontecimiento y recibe en su sede o territorio a representantes de otra entidad o Estado, a los que dispensa ciertas atenciones.

⁵² El conocimiento no es una copia sensorial de lo real, sino que resulta de la asimilación que el sujeto realiza por medio de sus propios esquemas. De esta manera, la asimilación queda definida como la integración de los fenómenos a estructuras previas que les confieren significado. La mente humana otorga significado al mundo en función de sus experiencias previas. La tesis central de Piaget es que, como los esquemas de asimilación se originan en la acción, la acción aparece como el origen de todo conocimiento. Este proceso de asimilación es indisoluble de su complemento, la acomodación, que es la modificación causada en el esquema por los elementos que asimila.

⁵³ “Ejercicio de los derechos por la persona menor de edad” disponiéndose que “La persona menor de edad ejerce sus derechos a través de sus representantes legales. No obstante, la que cuenta con edad y grado de madurez suficiente puede ejercer por sí los actos que le son permitidos por el ordenamiento jurídico. En situaciones de conflicto de intereses con sus representantes legales, puede intervenir con asistencia letrada. La persona menor de edad tiene derecho a ser oída en todo proceso judicial que le concierne, así como a participar en las decisiones sobre su persona. Se presume que el adolescente entre trece y dieciséis años tiene aptitud para decidir por sí respecto de aquellos tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física. Si se trata de tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida, el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores; el conflicto entre ambos se resuelve teniendo en cuenta su interés superior, sobre la base de la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no del acto médico. A partir de los dieciséis años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo” según el Código Civil y Comercial art.26 (01708/15).

“La educación en sexualidad no sólo está relacionada a las relaciones sexuales, aborda también otros temas como el ejercicio de una ciudadanía autónoma, la capacidad de tomar decisiones con conocimientos y de manera responsable, entre otros aspectos. En estas tareas, el rol formativo y el modelo de referencia de los profesores en las escuelas son fundamentales.” (1). La puesta en ejercicio de los talleres permite la continuidad sobre las temáticas de la E.S.I en cada institución mediante el currículo de áreas como construcción ciudadana, adolescencia y salud, literatura, plástica, etc. El hecho de la articulación con educación y la participación con el compromiso de docentes referentes, permite continuar fortaleciendo los conocimientos y su empoderamiento.

Teniendo en cuenta la “Situación de salud de los y las adolescentes en la Argentina” (3) con respecto a la iniciación sexual vemos que el 62% de varones y el 52% de mujeres tiene su primera relación sexual entre los 15 y 19 años en todo el país. Sólo el 17% a los 15 años y el 60% entre 15-16 años. Sólo los restantes 23% entre los 17-19 años.

Con respecto al conocimiento y uso de métodos anticonceptivos prácticamente todas las adolescentes de 10-19 años conocen un método. Pero si bien este conocimiento es alto hay más de un 20% que no utiliza ningún de ellos. Siendo que “(...) “no quiere/no le gusta usarlos”, y la oposición de la pareja (Resultados de la EENSyR 2013). (...) El 52% de los embarazos en la adolescencia refieren el uso irregular o discontinuo o incorrecto del preservativo y la no utilización a lo largo de toda la relación sexual. Con respecto al uso de anticonceptivos orales se encuentra la toma no sistemática, los olvidos y la discontinuidad a veces asociada a la percepción de efectos secundarios o al temor de experimentarlos, pero también como producto, la voluntad de cambiar a otro método” (3).

Conociendo estos datos, nos pareció pertinente iniciar los talleres en esta etapa temprana de adolescencia media, que articula con el trabajo previo realizado con los talleres de 10-13 años. Es necesario durante este abordaje pensar en las diferentes adolescencias y vivencias. Escuchar lo que los adolescentes expresan y entender las dificultades que tienen en los cambios que suceden en esta etapa, mejorarían los escenarios en donde estos viven, facilitando esta experiencia de aprendizaje - subjetivación, que es la socialización (...) (4) y la conformación de su propia experiencia y preferencia sexual la cual “pone el acento en la fluidez del deseo (...) Dejando de lado lo biológico es evidente que la sexualidad no es universal y que las prácticas y elecciones de que cada persona solo pueden entenderse dentro de su propio contexto social, cultural en un tiempo histórico dado y sin dejar de lado el camino psíquico y subjetivo individual” (5).

Dado que las fuentes de información a las que recurren los adolescentes para conocer sobre la sexualidad influyen en su propia preferencia sexual y en las prácticas que

pueden afectar positiva o negativamente su bienestar y calidad de vida (3), es importante, por lo tanto, propiciar el acompañamiento al adolescente por parte de adultos formado en temáticas inherentes a sus necesidades, que sean sensibles a éstas y que funcionen como “soporte vincular”⁵⁴ (6).

Cómo diseñamos y desplegamos el taller

Partimos de diseñar un contenido teórico en función de preguntas previas que se realizaron en “buzón de preguntas” y otras haciendo referencia a mitos, aportadas por nosotras según observaciones de la práctica y bibliografía (7). Para mantener esta participación tácita de los mismos adolescentes, buscamos integrar a la modalidad del taller elementos simbólicos comunicacionales de los mismos. Para ello, optamos por utilizar una selección de “emojis”⁵⁵ y/o emoticón⁵⁶ que funcionaron como tarjetas disparadoras, las cuales se presentaron dispersas en un panel o mesa (teniendo en consideración el espacio a trabajar ofrecido por las instituciones educativas), dando la posibilidad a cada adolescente de seleccionar libremente una imagen.

En esta primera instancia en la cual los adolescentes leen, verbalizan las tarjetas y discuten, se van utilizando soportes visuales y concretos (DIU, preservativos, geles, parches, pastillas, campo de látex, implante, materiales del maletín de SS y R, cortos ministeriales realizados por adolescentes), que consideramos aportan un conocimiento real y no idealizado de las ofertas de métodos anticonceptivos, con énfasis en el doble método y el enfoque del uso del preservativo del varón como un ejercicio desde el derecho y prevención.

Como cierre se les presentó a los adolescentes tres propuestas; la primera incluyó que cada grupo adolescente aporte a un cuerpo-muñeco (de color neutro, desprovisto de estructuras corporales accesorias) una impronta o marca que realizaron como construcción grupal. La segunda, de manera consensuada, proponer un nombre. Y como tercera propuesta, la construcción colectiva de un mensaje a la próxima escuela anfitriona sobre un soporte de tela (bandera).

Al finalizar el encuentro se realizó entrega a cada estudiante de material de folletería, horarios y nombres de profesionales con la ubicación del consultorio.

⁵⁴ En este sentido rescatamos por un lado el concepto de Vygotski en relación con la zona de desarrollo próximo, siendo esperable que la intervención del adulto sea inversamente proporcional a la competencia demostrada por el niño y por el otro, el término de andamiaje de Bruner, que nos parece sumamente gráfico para pensar nuestro lugar como adultos en tanto guía y facilitador ya que en medida que se va construyendo el conocimiento en término pedagógico y social, el andamio se va quitando.” Espacios lúdicos como lugares de promoción de derechos. Colección desafíos. UNER 2017.

⁵⁵ Emojis una palabra japonesa que se utiliza para designar **las** imágenes o pictogramas que son usados para expresar una idea, emoción o sentimiento en medios de comunicación digital. <https://www.significados.com/emoji/>

⁵⁶ Del ingl. emoticón, y este de emotion 'emoción' y icon 'icono', infl. en su t. por icono.1. m. Inform. Representación de una expresión facial que se utiliza en mensajes electrónicos para aludir al estado de ánimo del remitente.

Conclusión

Se accedieron a 8 escuelas secundarias, durante el período lectivo desde julio 2017 a junio 2018, en las que se incluyeron urbanas, rurales, públicas y privadas con un total de 480 estudiantes. Entre 14 y 15 años correspondientes a los segundos años de ESB (escuela secundaria básica). Por INDEC San A de Giles presenta una población de 393 adolescentes de 14 años (varones: 199 y mujeres: 194), la población total incluye a las personas viviendo en situación de calle.

Los talleres permitieron que los adolescentes pudieran expresar dudas y debatir sobre mitos y preocupaciones vivenciales en lo referente a temáticas sobre afectividad y sexualidad, así como también posibilitar un espacio de reflexión sobre la sexualidad desde un enfoque identitario y no solo desde la práctica binaria heteronormativa.

Los ejercicios realizados mediante herramientas lúdicas son generadores de lazos y un compromiso comunicacional entre los adolescentes participantes de las diferentes escuelas. Dado que a través de un mensaje o frase (la bandera) emiten no solo palabras, sino que incluyen un componente afectivo, producto de las sensaciones y contenidos que se trabajaron durante el taller.

Se observó una participación por parte de los varones, en lo referente a la elección del uso de métodos anticonceptivos, permitiéndose reflexionar sobre un posible embarazo en esta etapa y su impacto en el curso de sus vidas.

Surgieron preguntas sobre “la primera vez”, la masturbación, el uso correcto del preservativo y la preocupación del control de calidad de estos (“si es gratis se rompe / si es de marca... es mejor”), así como los tiempos de colocación y extracción, su asociación a geles o productos de que puedan alterar la calidad e incrementar o disminuir sensaciones placenteras tanto a nivel personal como a sus parejas.

Un altísimo porcentaje conocía el concepto de no abrir con los dientes el preservativo y en su mayoría como conservar el mismo en condiciones adecuadas de uso.

En ninguno de los encuentros los adolescentes supieron describir el concepto de campo de látex.

Con respecto al método de emergencia, conocían el método, pero la mayoría desconocía el concepto de gratuidad y lugares a donde podían acceder al mismo.

En cuanto al acceso a preservativos la mayoría de las escuelas, cinco de ocho tenían dispenser dentro de la institución escolar.

En lo referente a educación, este trabajo articular, permitió puentes comunicacionales con los profesionales orientados a las temáticas de salud en la adolescencia, facilitando el acceso al área asistencial y el acompañamiento y consejería con respecto a temáticas de la ESI.

Con respecto al impacto de estos encuentros a nivel del consultorio, vimos incrementado en un 30% el número de consultas relacionadas en forma directa a los talleres, de los cuales sobre 192 consultas de los últimos seis meses 38,75% correspondieron a varones y 61,25% a mujeres.

La promoción del consultorio entre adolescentes fue un factor importante para tener en cuenta en lo referente al taller y a la participación de estos, lo mismo que los adolescentes que ya conocían previamente el consultorio y participaron del taller comentando la experiencia de sus consultas.

Con respecto al muñeco, se fue enriqueciendo durante su recorrido. El cuerpo funcionó como juguete y territorio de inscripciones, fue incorporando elementos: genitales (femeninos), con un corazón, que en alguna oportunidad fue reparado por otro grupo de adolescentes (ya que se había desprendido), tatuajes (notas musicales, un ojo, bandera del colectivo LGTBQ, el emoji relajado), ojos, boca, ropa interior, ropa de abrigo, un preservativo en la mano y una flor en la otra, calzado, cabello y rastas y una capa de superheroína. En todo momento se respetó lo otorgado por los grupos antecesores, si había algo deteriorado se arreglaba, no se le sacó ninguna parte al cuerpo este permaneció intacto.

Respecto a los nombres propuestos, su recorrido fue el siguiente: Penélope, Zoe, Amelia Valentina, Ruberta, Jacinto, uno no nombrado y Alejandro.

La bandera portó mensajes en este orden.

- “Yo decido: embarazo, sueños, proyectos”.
- “si quieres cumplir tus sueños, hacele caso a tu corazón no a la sociedad, siempre hay una salida si tienen la inteligencia de buscar.”
- ” Cuidarse define tu futuro”.
- Si alguien te pone las manos encima asegúrate que no las ponga encima de nadie más”.
- “Nada bueno viene jamás de la mano de la violencia”.
- “El amor no lastima”.
- “Ni golpes que duelen ni palabras que hieren”.
- “¡Preguntá! No te quedes con la duda”.



Bibliografía

1. Vanesa Rodríguez-Pousada. The emotional-sexual education in adolescents: knowing oneself from the sensoriality [psiquiatria-57/10-vanesa-rodriguez-sepypna57.pdf](#) revista 57 año 2014. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. Sociedad Española de Psiquiatría y psicoterapia del niño y del Adolescente.
2. Piaget, J. (2000) Biología y conocimiento. Ensayo sobre las relaciones entre las regulaciones orgánicas y los procesos cognoscitivos. México: Siglo XXI.
3. Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, MSAL-UNICEF. Situación de salud de las y los adolescentes en la Argentina. Primera Edición, agosto 2016. Argentina.
4. Darío Paglieta Giorgis, niñas, niños y adolescentes; Problema Municipal, Competencia Provincial, Recursos Nacionales. Colección UAI- Investigaciones. Editorial Teseo. 2014.
5. Dr. Ricardo Duranti. Capítulo "Coming out", PRONAP Adolescencia Módulo 3. 2017. Sociedad Argentina de Pediatría.
6. Presidencia de la Nación. Ministerio de desarrollo Niñez, Adolescencia y Familia. Facultad de Trabajo Social (UNER). 2017.
7. Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA. 10 mitos Sobre la Educación Sexual Integral. Lima, 2015.

Otras bibliografías consultadas

Faur, E. El derecho a la educación sexual Integral en la Argentina Aprendizaje de una experiencia exitosa. UNFPA. Ministerio de Educación 2018

Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe (OREALC/UNESCO Santiago) Educación Integral de la Sexualidad: Conceptos, Enfoques y Competencias 2014

Pineda, James Cuenca, José L Montenegro, C.D Garrido Rios. Pontificia Universidad Javeriana Seccional Cali, Cali, Colombia. Anna Haderlein. Universidad de Konstanz, Alemania. Diálogos y Saberes sobre Sexualidad de Padres con Hijos e Hijas Adolescentes Escolarizados. 5 Revista Colombiana de Psicología. Vol. 27 N.º 1 enero-junio 2018 ISSN 0121-5469 impreso | 2344-8644 en línea Bogotá. Colombia.2017. Disponible en: org/10.15446/rcp.v27n1.62148. Consultado el 20 de Julio de 2018.

RELATO DE EXPERIENCIA: ASESORIA EN SALUD SEXUAL INTEGRAL, EN LAS ESCUELAS SECUNDARIAS DE LA LOCALIDAD DE VICTORICA- LA PAMPA. AÑO 2017.

*Luisa Angélica Cardoza Oliva*⁵⁷.

Según la Organización Panamericana de la Salud, “la equidad de género, en salud significa la ausencia de disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres.”

Según Valdéz y Olavarría (1): “La ausencia del varón, su invisibilidad, tiene que ver con las maneras en que se estructura la identidad de género masculina y sus contenidos, no sólo a nivel individual o colectivo, sino también de los propios servicios de salud. En los hombres están especialmente presente la noción de invulnerabilidad; a los varones nunca les pasa nada, la búsqueda de riesgo como un valor de la propia cultura, reforzado por los medios masivos, especialmente en los hombres jóvenes, la creencia de que la sexualidad de los hombres es instintiva y por lo tanto es ‘incontrolado’ y por lo tanto, de poco serviría tratar de normarla, encausarla o de socializar a los varones en conductas preventivas, a través de los servicios de salud.”

En el año 2015, desde este Establecimiento Asistencial “Luisa Pedemonte de Pistarini” de la localidad de Victorica, provincia de La Pampa, se pensó en la realización de las Asesorías en las escuelas secundarias, como una forma de acercar el sistema de salud a los adolescentes, desde la perspectiva de equidad de género (2) “eliminar las diferencias evitables entre hombres y mujeres en el estado de salud y sus factores determinantes”, respeto de los derechos humanos y ejercicio de la ciudadanía⁵⁸. Se establecieron los primeros encuentros con referentes educativos de las escuelas secundarias siendo recibidos en un primer momento por la Escuela Secundaria “Leuvuco”; en el 2016, se suma el nivel secundario del Instituto San Juan Bosco (ISJB), y el colegio Secundario “Félix Romero”, y en el 2017 la Escuela Agrotécnica “Agr. Florencio Peirone”, la cual, a diferencia de las otras escuelas, cuenta de lunes a viernes, con alumnos internos de otras localidades. El Equipo Asesor⁵⁹ fue designados por cada

⁵⁷ Especialista en Medicina General, posgrado en Salud Social y Comunitaria, Diplomatura en “Adolescencias y Adolescentes: lineamientos orientadores para su comprensión y abordaje integral”, trabajo en E.A. “Luisa Pedemonte de Pistarini” y Asesorías de Salud Sexual integral en las Escuelas Secundarias de Victorica, La Pampa.

⁵⁸ Dando cumplimiento a la LEY NACIONAL 26.061 DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE LOS DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES. Esta ley de 2005 protege de manera integral los derechos de las niñas, niños y adolescentes que se encuentren en el territorio de la Argentina, para garantizar el ejercicio y disfrute pleno, efectivo y permanente de aquellos reconocidos en el ordenamiento jurídico nacional y en los tratados internacionales.

⁵⁹ EQUIPO ASESOR DE SALUD: Dra. Luisa Angélica Cardoza Oliva en las escuelas “Leuvuco”, “Félix Romero”, ISJB, Agrotecnica; Lic en Obstetricia Claudia Suarez en escuela Agrotecnica. RESPONSABLES DE LAS ESCUELAS: Asesora Pedagógica Prof.Lidia Fuentes En la Escuela Agrotecnica; Lic. En Psicología: Mariana Lernoud en ISJB; Docente

institución y son quienes promocionan la asesoría y el registro de alumnos que asistirían a la Asesoría. Dicha concurrencia, es voluntaria; se empezó, una vez por semana cada 15 días y debido, a la demanda generada, pasó a realizarse una vez por semana, con dos horas de duración y se sumaron la realización de talleres con temática sugerida por les estudiantes o como refuerzo de actividades docentes en temas específicos de salud. Desde el inicio de las Asesorías, se puso en conocimiento de les estudiantes y directivos docentes el carácter confidencial de las mismas. Según, el Dr. Fernando Zingman (3), “La asesoría es un espacio, pero también representa la gran ocasión de encuentro entre una persona adulta y una generación más joven, con el fin de facilitarle el acceso a salud. Pensar un/a asesor en salud es pensar en un adulto capacitado que pueda conocer y organizar los recursos en una red con las instituciones cercanas y que pueda, principalmente, comunicarse con adolescentes respetando sus derechos y autonomías.”

En el proceso de construcción de las asesorías, profesionales de salud y educación, realizamos capacitaciones a distancia dictadas por FLACSO sede Argentina, Sociedad Argentina de Salud Integral del adolescente (SASIA), Universidad I Salud, Plataforma virtual OPS/OMS, las cuales permitieron podamos pensar nuestros propios prejuicios, y preconceptos, encarnar las leyes que protegen a les adolescentes y convertirnos en adultos habilitantes de derechos. Según Blejmar, J (4) “...ver supone seleccionar un fragmento de nuestra experiencia, cargada de prejuicios y de juicios valorativos, aislarlo de la totalidad que nos rodea y preguntarnos qué nos llama la atención de ese fragmento. Ver, en esta dirección, no es lo mismo que mirar.” Ver, pensar nuevos caminos que nos acerquen a los adolescentes nos hicieron salir de nuestros consultorios y habitar de alguna forma las escuelas, participando de su cotidianeidad, esto causa tensiones y conflictos, que se van solucionando en la medida que nosotros adultos los podemos ver y nos despojamos de etiquetas, conductas rígidas y egos. Así, nos vamos encontramos con les estudiantes adolescentes y continuamos reflexionando, andando y desandando caminos, creando lazos, que sostengan la asesoría en las escuelas secundarias. Logramos articular con el sostén de Directivos, docentes, preceptores este espacio de dialogo y les adolescentes, concurren solos o en grupo; en este espacio manifiestan y comparten, libre y abiertamente, su sexualidad, sus sentimientos, sensaciones, angustias, miedos, modos de convivir, presiones, que los atraviesan y descubren que pueden existir nuevas formas de ser masculino y femenino. De-construir prejuicios y mitos entre todos, reconocer “al otro”, sujeto de derechos, hace que podamos darnos cuenta de cómo se incorpora y reproduce la “masculinidad

Coordinadora: Prof. Cecilia Blanco en ISJB; Directora de la escuela “Leuvuco” Claudia Bonino y Directora de la Escuela “Felix Romero” Raquel Córdoba.

hegemónica”⁶⁰, en la vida de varones y mujeres; poder visibilizarla desde este lugar, es un gran paso en la construcción de nuevas masculinidades. Para Martínez Cáceres, A (6) “...la mayor parte de los chicos adolescentes nunca se han puesto a pensar ni en la masculinidad “en general”, ni en la suya “en particular”; simplemente responden a las expectativas que se tiene de ellos como hombres, según lo que han aprendido de sus figuras masculinas de referencia o de los mensajes que les llegan por diversos canales de transmisión social.” Por lo tanto, es importante considerar seguir trabajando con los adolescentes para seguir pensando y reflexionando nuevas formas de ser masculino y femenino.

Tabla N 1: Número total de alumnos, de primero a sexto año, discriminados por género, que concurren a las escuelas Secundarias de la localidad de Victorica- La Pampa año 2017.

ESCUELAS SECUNDARIAS	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
ISJB	144	50,8%	141	49,2%	285	100%
“Félix Romero”	60	41,6%	84	58,4%	144	100%
Agrotecnica	112	87,5%	16	12,5%	128	100%
“Leuvucó”	49	43%	65	57,0%	114	100%
Total	365	54.4%	306	45.6%	671	100%

Fuente: Elaboración propia con datos estadísticos aportados por las escuelas secundarias de la localidad de Victorica- La Pampa. 2017.

Se puede visualizar en esta tabla, el gran porcentaje de varones 87,5% respecto a mujeres 12,5% que concurren a la Escuela Agrotécnica, cuyo espacio por tener la orientación técnica tradicionalmente ha sido patrimonio de los varones y poco a poco es habitado por mujeres.

⁶⁰ Tomo la definición de CONELL, Robert W (5) “La masculinidad hegemónica se puede definir como la configuración de práctica genérica que encarna la respuesta corrientemente aceptada al problema de la legitimidad del patriarcado, la que garantiza (o se toma para garantizar) la posición dominante de los hombres y la subordinación de las mujeres”.

Tabla N 2: Número total de consultas de Asesoría, realizada por alumnos de primero a sexto año, discriminados por género, que concurrieron a las Asesorías en escuelas Secundarias de la localidad de Victorica- La Pampa. Año 2017.

ESCUELAS SECUNDARIAS	MASCULINO	FEMENINO
ISJB	44	76
“Félix Romero”	46	113
Agrotecnica	107	16
“Leuvucó”	39	51
Total	236	256

Fuente: Elaboración propia con datos propios de asistencia a las asesorías secundarias de la localidad de Victorica- La Pampa. Año 2017.

De la escuela Agrotécnica, podemos decir que el 95,5% (107) de su alumnado masculino participó de las asesorías y a las cuales concurrieron hasta en tres oportunidades, en un 100% lo hicieron en forma grupal, mate de por medio, la participación fue masiva, abierta, y manifestaron libremente sus opiniones, experiencias, formas de convivir, miedos y frustraciones. Esto nos sirvió para reflexionar y cuestionar el modelo masculino tradicional y reflexionar sobre nuevas masculinidades. Las adolescentes femeninas de esta escuela participaron en un 100% de las asesorías y lo hicieron en más de tres oportunidades.

En las otras escuelas, la asistencia a asesorías alcanzó el 60% del total de alumnos y fue del 90% su participación en talleres, cuyos temas a tratar fueron sugeridos por los adolescentes. Algunas veces nos vimos en la necesidad de modificar sobre la marcha lo planificado previamente, por las acotaciones planteadas por los participantes.

Una amenaza que pone en riesgo la continuidad de la Asesoría en Educación Sexual Integral en las escuelas Secundarias de la localidad está dada por la dependencia del aval a ser realizadas por quien esté al frente de la Coordinación de escuelas secundarias. De esta forma recién en este mes se dio el aval desde nivel central para continuar este año con las Asesorías en la Escuela Agrotecnica “Agr. Florencio Peirone “, pese a haber sido solicitada la continuidad desde el año pasado.

Conclusiones

- Es importante la estrategia de Asesorar en salud, dentro de las escuelas, porque nos permite acercarnos al adolescente, escucharlos, visualizar la forma de convivir y relacionarnos, reflexionar en nuevas formas de ser masculino y femenino.

- Es importante la participación activa de los adolescentes en estos espacios, respetar sus derechos, el principio de autonomía progresiva y el ejercicio de su ciudadanía y a la vez repensar nuestras actitudes como adultos responsables.
- Garantizar la continuidad de las Asesorías legitimándose, su continuidad a nivel local, Ministerial Provincial y Nacional.
- Es necesario dar continuidad a la ESI. desde la curricula escolar ya que se complementan y potencia con las Asesorías de Salud.
- Es importante la capacitación continua en adolescencias y Derechos, del personal de salud y educación.

Bibliografía:

- 1- Valdez, T.; Olavarria, J., (Eds.), "Masculinidades y equidad de género en América Latina", Santiago de Chile: FLASCO-Chile, 1998.
- 2- Gómez, Elsa, "Equidad, género y salud: retos para la acción", Revista Panamericana de Salud Pública/Pan Am J Public Health 11(5/6), 2002.
- 3- Zingman, F. Curso virtual "Escuela secundaria y políticas de cuidado, interfaces entre Educación y Salud" FLACSO. Cohorte año 2015.
- 4- Blejmar, J. "La tiranía de los Ojos" Buenos Aires 2010.
- 5- Connell, Robert W., "La Organización social de la masculinidad", ISIS-FLACSO, Ediciones de Mujeres / Santiago de Chile, 1997
- 6- Martínez Cáceres, A. "La nueva masculinidad adolescente, un aprendizaje desde el fracaso", en Lozoya, J.A. y Bedoya Berguá, J.M., (compiladores), Voces de hombres por la Igualdad, Ed. Chema Espada, 2011

EPILOGO

*Pascale Maquestiau*⁶¹

A modo de conclusión y desde una mirada lejana en kilómetros, pero no en la práctica, quisiera aportar reflexiones que estoy desarrollando desde mi rol de capacitadora de adult@s de habla francófona incluyendo países de África.

Desde antes del año 2000, la organización donde trabajo (1), tiene como desafío integrar la mirada de género como condición de desarrollo sustentable. Para llevar adelante el enfoque de género, en los seminarios de capacitación que nosotros realizamos, incluimos de forma sistemática, la temática de masculinidades.

En primer lugar, si bien las diferencias culturales, políticas, organizativas y de desarrollos entre países y sociedades son muchas veces indiscutibles, existe una similitud universal, un sistema transversal a nivel mundial: el patriarcado.

Este sistema patriarcal, desarrollado bajo diversas expresiones y facetas, actualmente hace agua para la mayoría de l@s jóvenes que aspiran a una sociedad igualitaria. En ciertas partes del mundo esto conlleva respuestas muy violentas para radicalizar la dominación del patriarcado sobre la sociedad, su penetración y envergadura en todas las estructuras de organización y de poder. Un par de ejemplos de esta radicalización, son los mecanismos de justificación político ideológicas que justifican, sostienen y hasta pretenden legalizar la esclavitud sexual-prostitución o la violación como arma de guerra. Los diferentes autores que participaron en este libro tuvieron el cuidado de evitar discursos que “racializan” la hombría, evitan la superficialidad segregacionista que pretende que los jóvenes de barrios más populares son profundamente machistas. La puesta en perspectiva social muestra que la construcción de la masculinidad no es reductible a la cultura, o un estrato económico-social, sino más bien está ligada a la política. El desarrollo del sentimiento de pertenencia, por ejemplo a la “nación”, se hace desde la construcción de un cierto orden que favorece a sectores dominantes, sin duda, patriarcales. En ese contexto es que Eric Fassin dice: “las políticas de masculinidad son mundializadas; así se puede decir que existe una geopolítica de género (2)”.

En segundo lugar, me parece importante y no es neutro haber discutido la problemática de la salud, como una necesidad constitutiva e integral en la vida de los adolescentes. Frente a los instrumentos conceptuales desarrollados, rescato mucho la valentía de l@s autores que no tuvieron miedo de **deconstruir los sistemas de creencias y prácticas**

⁶¹ Experta en género y desarrollo, enfermera especializada y capacitadora en Derechos reproductivos y sexuales, investigadora en prácticas interdisciplinarias sobre el desarrollo, conceptualizadora de material en educación popular.

profesionales, tratando de llevar luz y así intentar transformar la visión sanitarista o salubrista todavía, marcada y anclada por el patriarcado médico. Saludo el coraje de los miembros de SASIA en forjar una visión colectiva para actuar sin olvidar, de dar importancia al ciclo de vida, con una parada en la adolescencia, no desde la patología de ser joven, ni desde la estigmatización social de un periodo vinculándolo a la delincuencia, sino desde la percepción psicosocial, crítica de sus prácticas y con la voluntad de ponerse al servicio del sujeto adolescente. Cuestionarse sus propias prácticas y decidir aprender desde los sujetos, es el primer paso en la aplicación de una mirada feminista cuando se cuestionan las relaciones de poder a nivel de género. El segundo paso es de trabajar desde la investigación–acción, poniendo el eje en la práctica, donde no hay más beneficiarios sino más bien sujetos, incluyendo el/la investigador-a que construye el saber de manera conjunta para un cambio de sociedad, que debe ser sin dudas, más igualitaria.

En tercer lugar, quisiera remarcar la humildad y la gran escucha de parte de las y los profesionales que escribieron este libro. Los trabajos ilustran claramente la **deconstrucción del modelo hegemónico de la masculinidad**. La integración de los adolescentes en el proceso de paternidad parece clave para proponer otros modelos. Sin embargo, esto va a necesitar mayores esfuerzos en educación y capacitación para poner en evidencia las situaciones de violencia en las parejas y poder evaluar la calidad de la pareja para llevar adelante la co-responsabilidad. Desafío más grande aún, recalcado por el rol de las ginecólogas y los ginecólogos y las propuestas que surgen de este documento. El cuestionamiento frente al modelo de los 3 P (3); (proveedor - potente sexual-protector) que se vehiculiza en la masculinidad hegemónica, está en marcha desde hace casi dos décadas, pero tarda en ponerse en práctica en los espacios de formación profesional. Los hombres jóvenes comienzan a preguntarse de que les sirve mantener estos privilegios y que están perdiendo, aun mas cuando están siendo escrachados en denuncias vía redes sociales, como por ejemplo, por la ola del movimiento #MeToo.

Las investigaciones empezadas en los años 90 frente a la situación de los hombres llamados “golondrinas” en las villas de emergencia tenían su enfoque en el análisis de los impactos de los ajustes estructurales en la pareja. Desde entonces se ha hecho un largo recorrido, incluyendo los últimos aportes del movimiento #MeToo, y se ha llegado a la conclusión que es una prioridad bien marcada, la necesidad de “educación sexual, relacional y afectiva”; quitándole así el enfoque excluyentemente biologicista de hace algunas décadas. Y esto es una necesidad urgente, porque han sido temas que hemos dejado de lado, como lo es también la necesidad de reconocer, elaborar y respetar el consentimiento. Dejar a la pornografía dar las repuestas que corresponden a la

educación sexual, es dejar instalarse a la cultura de la violación, de la violencia y así dejar desamparados a los jóvenes que desean construir una sociedad distinta y más igualitaria. En eso no hemos avanzado quedándonos en un debate estéril del “por o contra” al sistema prostituyente sin hacer lazos con la pornografía, la trata de seres humanos, las violencias sexuales, el estrés postraumático, olvidando que la violencia y el sometimiento es la base esencial y “la ley” del patriarcado (4).

Las respuestas del acceso a la salud universal para los adolescentes, hacen parte de una reflexión colectiva sobre las masculinidades que permite mayor emancipación de las mujeres pero también favorece la reducción de la incompreensión en ambos sexos sobre la noción de consentimiento. Por ejemplo, el consentimiento es un abordaje clásico que utiliza la Justicia: palabra contra palabra, sin análisis de las relaciones poder. Es común ver, a diferentes niveles, ya sea en las relaciones íntimas o en relaciones institucionales, que existe una confusión con los conceptos de violencia y de conflicto. Esta confusión es palpable en la justicia cuando se utiliza ciertos pseudo síndromes, para justificar el cuidado compartido de los hijos que tendrá efectos devastadores en las mujeres. Estas mujeres víctimas de las sentencias de la Justicia, están obligadas de mantener un lazo con el hombre violento durante todo el periodo de cuidado compartido de los hijos y seguir negociando con alguien que tiene prácticas de sometimiento, pero ahora amparado por una sentencia judicial, lo que refuerza la violencia hacia ellas.

Se suma a esta confusión, los movimientos de oposición anti-género, que son cada vez más virulentos, muchas veces llevados de la mano por ciertas instituciones religiosas y/o movimientos político/ideológicos. En ese marco miembros del movimiento masculinista⁶² matan en innumerables países. Para tomar los aportes de Joan W. Scott “la masculinidad no habla solamente de la organización social de las diferencias entre los sexos; representa siempre y al mismo tiempo, otras relaciones de poder. La masculinidad nos invita a pensar la complejidad política”.

Concuerdo como integrante de una organización feminista con lo que Raewyn Connell dijo en un seminario en Dakar en 2008: “es más que urgente de obrar para el cambio, no solamente con un trabajo individual y transformador de los hombres, sino también de manera colectiva hacia un compromiso de cambio de las estructuras institucionales y económicas del poder masculino.”

⁶² Movimiento de hombres antifeministas. Desarrollan grupos que teorizan odio a las mujeres, justifican la violencia doméstica, la defensa de la prominencia del hombre en la sociedad.

Para terminar, aquí propongo algunas pistas para seguir adelante con estos desafíos de la capitalización de prácticas y saberes. Siguiendo las propuestas ya elaboradas en este documento, me parece que sería interesante seguir investigando sobre ¿cuáles son los caminos espontáneos de los adolescentes para mantenerse saludables? ¿Cuáles son sus maneras de comprometerse en el cuidado del otro de manera amplia? Me refiero al concepto del “Care” o ética del Cuidado⁶³ que desarrolló Tronto. Revisitar el análisis a través el concepto del “Care” permitiría avanzar sobre las masculinidades y en el encuadre de género. También facilitaría la prevención de las violencias hacia las mujeres, como así probablemente también generaría modelos preventivos centrados sobre las masculinidades no violentas. Necesitamos de manera urgente, poner manos a la obra, incluyendo a los adolescentes y jóvenes que pueden construir una sociedad igualitaria, aquella que nuestra generación no pudo desarrollar.

⁶³ “El cuidado sea visto como una actividad de la especie que incluye todo lo que hacemos para mantener, continuar y reparar nuestro «mundo», para que podamos vivir en el lo mejor posible. Ese mundo incluye a nuestros cuerpos, a nosotros mismos y a nuestro medio ambiente, buscando entre todos entretrejer en una red compleja que sostenga la vida...”

Bibliografía

1. Le Monde selon les femmes, ONG feminista especializada en género y desarrollo que trabaja en colaboración con asociaciones feministas en países africanos y de América Latina.
Disponible www.mondefemmes.be/pdf/Plaquette%20institutionnelle%20WEB_ESP.pdf
Consultado: septiembre 2018
2. Fassin Eric, postface de Masculinités en enjeux sociaux de l'hégémonie, Raewyn Connell, éditions Amsterdam, 2014.
3. Les essentiels du genre, genre et masculinités, edición le Monde selon les femmes, 2014.
4. Le clip argentino. Disponible : https://www.youtube.com/watch?v=CN_wtGPuXUQ&feature=youtu.be
Consultado : septiembre 2018.
5. Domínguez Alcón, C. ; Kohlen, E. y Tronto, J. El futuro del cuidado. Comprensión de la ética del cuidado y práctica enfermera Disponible : <https://pbcoib.blob.core.windows.net/coib-publish/invar/d23d4137-42f4-4331-924e-b660473acf64>.
Consultado : septiembre 2018

PALABRAS FINALES

La génesis de este libro, en su historia, en su desarrollo, remarcamos y sostenemos un rasgo fundamental: el compromiso de adoptar la interdisciplina.

La introducción lo anticipa, como fórmula para abordar las realidades de los adolescentes de nuestros días.

Asimismo, es este un trabajo en equipo, de profesionales del amplio espectro de la salud, entendida como integral, y que convoca diversas miradas desde distintos lugares de nuestro país.

Esperamos que nuestro objetivo: un acercamiento al enfoque de las nuevas masculinidades, nos lleve a distintos paradigmas, que incluyen también la relación adulto-adolescente, y la relación varón-mujer.

Se incrementa nuestro compromiso y desafío ante nuevas interpretaciones de la realidad, con la emersión de los Problemas Nuevos Observables.

Y como define el antropólogo y filósofo Claude Levi-Strauss, las palabras, el lenguaje, en este caso escrito, definen uno de los valores supremos de la cultura.

Aquí expusimos nuestras palabras y esperamos despertar en el lector, interés, y evaluaciones, que recibiremos con atención.

Y pensando en los jóvenes como nuestro presente y nuestro futuro, haremos nuestra la gran lección de Levi-Strauss: “Proyecta tu mirada a lo lejos”

Lic. Adriana Narvaez

Presidente SASIA 2018-2020