

# Adolescencia y salud

John Coleman, Leo B. Hendry y Marion Kloop



Manual Moderno®

# Adolescencia y salud



## EL LIBRO MUERE CUANDO LO FOTOCOPIA

### AMIGO LECTOR:

La obra que usted tiene en sus manos posee un gran valor. En ella, su autor ha vertido conocimientos, experiencia y mucho trabajo. El editor ha procurado una presentación digna de su contenido y está poniendo todo su empeño y recursos para que sea ampliamente difundida, a través de su red de comercialización.

Al fotocopiar este libro, el autor y el editor dejan de percibir lo que corresponde a la inversión que ha realizado y se desalienta la creación de nuevas obras. Rechace cualquier ejemplar “pirata” o fotocopia ilegal de este libro, pues de lo contrario estará contribuyendo al lucro de quienes se aprovechan ilegítimamente del esfuerzo del autor y del editor.

La reproducción no autorizada de obras protegidas por el derecho de autor no sólo es un delito, sino que atenta contra la creatividad y la difusión de la cultura.

Para mayor información comuníquese con nosotros:



**Editorial El Manual Moderno, S. A. de C. V.**

Av. Sonora 206, Col Hipódromo, 06100  
México, D.F.

**Editorial El Manual Moderno (Colombia), Ltda**

Carrera 12-A No. 79-03/05  
Bogotá, D.C.



---

# Adolescencia y salud

---

Editado por:

**John Coleman**  
**Leo B. Hendry**  
**Marion Kloep**

Traducido por:

**Dra. Mariana Garduño Ávila**  
**Dra. Gabriela Enríquez Cotera**

Editor responsable:

**Dr. Martín Lazo de la Vega Sánchez**  
Editorial El Manual Moderno



**Manual Moderno**<sup>®</sup>

Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.  
Av. Sonora 206 - 201 Col. Hipódromo, C.P. 06100 México, D.F.

Editorial El Manual Moderno, (Colombia), Ltda  
Carrera 12-A No. 79-03/05 Bogotá, DC

Nos interesa su opinión,  
comuníquese con nosotros:



Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.,  
Av. Sonora núm. 206,  
Col. Hipódromo,  
Deleg. Cuauhtémoc,  
06100 México, D.F.



(52-55)52-65-11-62



(52-55)52-65-11-00



info@manualmoderno.com

Para mayor información sobre:

- Catálogo de producto
- Novedades
- Distribuciones y más

[www.manualmoderno.com](http://www.manualmoderno.com)

*Título original de la obra:*

**Adolescence and Health**

Copyright © 2007 John Wiley & Sons Ltd, The Atrium, Southern Gate,  
Chichester, West Sussex PO19 8SQ, England

“All Rights Reserved. Authorised translation from the English language edition.

This Ebook published under license with the original

Publisher John Wiley & Sons, Inc.”

ISBN 978-0-470-09206-4 (HB)

**Adolescencia y salud**

Copyright © 2008 por Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

ISBN-10: 970-729-340-3

ISBN-13: 978-970-729-340-3

ISBN: 978-607-448-185-3 Versión Electrónica

Miembro de la Cámara Nacional  
de la Industria Editorial Mexicana, Reg. Núm. 39

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de  
esta publicación puede ser reproducida, almacenada  
en sistema alguno de tarjetas perforadas o transmitida  
por otro medio —electrónico, mecánico, fotocopador  
registrador, etcétera— sin permiso por escrito  
de la Editorial.

All right reserved. No part of this publication  
may be reproduced, stored in a retrieval system,  
or transmitted in any form or by any means,  
electronic, mechanical, photocopying, recording  
or otherwise, without the prior permission in  
writing from the Publisher.



**Manual Moderno®**

es marca registrada de  
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Adolescencia y salud / ed. por John Coleman, Leo B.  
Hendry, Marion Kloep ; tr. por Mariana Garduño Ávila,  
Gabriela Enríquez Cotera. -- México : Editorial El  
Manual Moderno, 2008.  
viii, 292 p. : il. ; 23 cm.  
Traducción de: Adolescence and health  
Bibliografía: p. 267-286  
ISBN 978-970-729-340-3

1. Medicina del adolescente. 2. Adolescentes - Salud e  
higiene. 3. Promoción de la salud. I. Coleman, John, ed. II.  
Hendry, Leo B., ed. III. Kloep, Marion, ed. IV. Garduño  
Ávila, Mariana, tr. V. Enríquez Cotera, Gabriela, tr.

616.00835 ADO.y.

Biblioteca Nacional de México

Director editorial:  
**Dr. Alfredo R. Boyd Filós**

Editora asociada:  
**Lic. Vanessa B. Torres Rodríguez**

Coordinador de diseño:  
**Ramiro Alvarado Esquivel**

Diseño de imagen de portada:  
**D.G. Víctor Hugo González Antele**

---

# Contenido

---

Prefacio .....	VII
Capítulo 1. Entendiendo la salud de los adolescentes .....	1
<i>John Coleman, Leo Hendry y Marion Kloep</i>	
Capítulo 2. Personas jóvenes: salud física, ejercicio y recreación .....	23
<i>Ruth Lowry, John Kremer y Karen Trew</i>	
Capítulo 3. Salud y bienestar emocional .....	51
<i>John Coleman</i>	
Capítulo 4. Trastornos de la alimentación, dietas e imagen corporal ....	75
<i>Susan Faulkner</i>	
Capítulo 5. Salud sexual .....	103
<i>Lester Coleman</i>	
Capítulo 6. Uso de sustancias en la adolescencia .....	131
<i>Rutger C. M. E. Engels y Regina van den Eijnden</i>	
Capítulo 7. Establecimiento de un servicio de salud adecuado para los jóvenes .....	153
<i>Aidan Macfarlane y Ann McPherson</i>	
Capítulo 8. Ser diferente: adolescentes, enfermedad crónica y discapacidad .....	177
<i>Peter J. Helms</i>	

---

Capítulo 9. Transiciones para la gente joven con necesidades de salud complejas .....	197
<i>Janet McDonagh</i>	
Capítulo 10. Promoción de la salud y educación para la salud .....	219
<i>Donna Mackinnon</i>	
Capítulo 11. Conclusión .....	247
<i>John Coleman y Leo B. Hendry y Marion Kloep</i>	
Glosario .....	259
Referencias .....	267
Índice .....	287

---

# Prefacio

---

Las necesidades de la atención de salud en personas jóvenes cada vez son mayores en múltiples agendas del Reino Unido, y este momento es el correcto para un libro de texto detallado acerca de la salud de adolescentes. *Adolescencia y salud* influirá en gran medida en la promoción de la salud de las personas jóvenes, al mismo tiempo que será de gran valor para los médicos, los profesionales de la salud pública y aquellos involucrados en la educación y atención social.

Los adolescentes son el único grupo de edad en la población en el que cada indicador prioritario de salud (p. ej., salud mental, obesidad y riesgo cardiovascular, tabaquismo, alcoholismo, uso de drogas, salud sexual) es adverso o estático. La salud de los adolescentes ha cambiado muy poco en los últimos 40 años, en contraste con el curso dramático en la salud de los niños y de las personas de edad avanzada.

Actualmente esto ha sido reconocido como un déficit mayor en la atención de la salud en el Reino Unido. Ciertamente, nosotros hemos observado un mayor énfasis en la salud adolescente en las áreas gubernamentales, clínicas y de salud pública, en los últimos cinco años, en conjunto con un mayor reconocimiento de la necesidad de capacitar a todos los profesionales al cuidado de la salud sobre los aspectos básicos de salud en adolescentes.

A mi parecer, el gran error de los abordajes del Reino Unido a la salud de adolescentes ha sido el enfocarse en aspectos aislados por separado —por ejemplo, los embarazos en adolescentes, infecciones de transmisión sexual, uso de drogas o salud mental. Por otro lado, algunos programas excelentes, como el *Teenage Pregnancy Programme* del gobierno y las diversas estrategias gubernamentales para el abuso de drogas, alcohol y de salud mental, reconocen la importancia de la salud en las personas jóvenes, pero no logran ver más allá de su estrecho silo, ni más allá de su área de acción tradicional, médico o de salud pública.

No obstante, la característica más sorprendente de la salud en adolescentes es la interconexión de la salud física y mental, y sus conductas de salud, más que en cualquier otro grupo de edad. Aquellas personas que beben, fuman, utilizan drogas o tienen sexo sin protección son 5 o 6 veces más propensas a enrolarse en otras conductas exploratorias o de riesgo. De hecho, existen suficientes evidencias de que lo que parecen ser conductas separadas pueden formar lo que ha sido denominado como un “síndrome aislado”, con factores etiológicos comunes relacionados con el bienestar emocional, la privación y la conexión con la familia, la comunidad y amigos.

Ciertamente, se puede argumentar que las necesidades únicas de atención social y de salud en personas jóvenes son dirigidas de manera directa por la naturaleza de desarrollo de la adolescencia. Los problemas tan diversos como conductas exploratorias, sexualidad, adaptación a condiciones crónicas, violencia, accidentes y problemas de salud mental están relacionados directamente con la interacción de elementos biológicos, psicológicos y sociales del desarrollo de la adolescencia, y la interfase de este desarrollo con amigos, familia y la comunidad.

*Adolescencia y salud* proporciona un correctivo bien recibido a los abordajes aislados, abarcando de manera entusiasta las perspectivas más amplias y proporcionando un reto refrescante a los mitos predominantes acerca de la salud en adolescentes y el uso de los servicios de salud. Los autores son figuras nacionales en el campo y han reclutado un panel impresionante de expertos que contribuyen en capítulos individuales. El libro conjunta el reto común observado en la salud de adolescentes de ser una “visión suficientemente grande”, al mismo tiempo que proporciona los detalles necesarios para ser útil al médico o al profesional de salud pública.

Notablemente, este libro evita la visión usual de la adolescencia saturada de problemas y da un fuerte sentido de la resiliencia y fuerza de las personas jóvenes, así como de las recompensas de trabajar con ellas. La salud de adolescentes no es una especialidad, más bien se trata de una generalidad. El conocimiento y las habilidades presentadas en *Adolescencia y salud* son necesarias para, y bienvenidas por, los profesionales que de manera regular, u ocasional tienen la responsabilidad de atender u organizar servicios de salud para personas jóvenes.

**Russell Viner**

*Consultant in Adolescent Medicine  
Hospital for Sick Children, Great Ormond St., Londres*

# CAPÍTULO 1

---

## Entendiendo la salud de los adolescentes

---

*John Coleman*

*Department of Educational Studies, University of Oxford*

*Leo Hendry y Marion Kloep*

*Centre for Lifespan Research, University of Glamorgan*

- Introducción.
- ¿Qué es la salud?
- La visión de la salud de las personas jóvenes.
- El modelo para el desarrollo de la esperanza de vida.
- Influencias en la salud de los adolescentes.
- Conclusión.

### Objetivos de aprendizaje

Después de este capítulo usted deberá:

1. Entender las preocupaciones adultas acerca de la salud de los adolescentes.
2. Estar consciente de que la salud puede ser definida de diferentes maneras.
3. Tener un entendimiento del contraste entre las visiones de la salud de los adultos y los adolescentes.
4. Haber aprendido como el modelo para el desarrollo de la esperanza de vida puede ayudar a entender la salud de los adolescentes.
5. Estar consciente de las diferentes influencias en la salud de los adolescentes.

## Introducción

---

A menudo se dice que los adolescentes son el grupo más grande en la sociedad. Ellos hacen menos uso de los servicios de salud que otros grupos de edad, y parecen mostrar menos interés en los asuntos de salud que los adultos. Sin embargo, la salud de las personas jóvenes es una fuente importante de ansiedad en los adultos. Esto es lo que el profesor Andrew Copp dice en sus comentarios introductorios acerca de la salud en *Working with children 2006/2007*:

*Muchas de nuestras preocupaciones acerca de la salud a largo plazo surgen en la adolescencia. En muchos indicadores, como la salud mental, el suicidio y el autoabuso, la obesidad y la falta de ejercicio, el tabaquismo, el alcoholismo y el uso de drogas, las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos de adolescentes, los adolescentes están volviéndose menos saludables, o por lo menos, dan motivos de preocupación. Debido a que la gente joven asume la responsabilidad de su propia salud, puede ser más difícil que busquen los servicios tradicionales de salud. De hecho, en especial en una sociedad que envejece, se necesitan personas jóvenes saludables, motivadas y bien educadas, que mantengan nuestra sociedad vibrante, próspera y productiva (Copp, 2005).*

El profesor Copp no es el único que ha expresado estas inquietudes. Hace pocos años, la *British Medical Association* publicó un reporte clave acerca de la salud en los adolescentes (Nathanson, 2003), el cual tenía un tono predominantemente deprimente, y Viner y Barrer (2005) en su artículo "*Young people's health: the need for action*" señalaron que la adolescencia es un grupo de edad en el que no ha habido mejorías perceptibles en la salud durante los últimos 20 años. Tanto para los niños, como para las personas de edad avanzada, ha habido mejorías importantes en la salud, a diferencia de los adolescentes, en los que ha habido tendencias negativas (p. ej., en obesidad, infecciones de transmisión sexual y demás) o simplemente, no ha habido cambio alguno. Como exponen estos autores, esto debe establecerse en el contexto de una situación en la que la prevalencia de enfermedades en niños y en personas jóvenes, como el asma y la diabetes, están en aumento. Además, durante los últimos dos decenios, la mortalidad entre los adolescentes ha disminuido menos que en los niños, principalmente debido a que la muerte debido a lesión y suicidio no ha disminuido en este periodo.

¿Está justificado este pesimismo? Por cierto, es verdad que algunos de los indicadores de riesgo de salud, como el uso de sustancias y conductas sexuales problemáticas, muestran una situación en deterioro. También sucede que las personas en el Reino Unido muestran índices más elevados de alcoholismo, uso ilegal de drogas y embarazo en adolescentes que las personas del mismo rango de edad de otros países europeos. No obstante, la salud de los adolescentes no puede ser separada por completo de la salud de los niños o de las personas de edad avanzada. La obesidad, por ejemplo, es un problema que implica a todos

los grupos de edad, y el aumento en la incidencia de problemas mentales y de infección de transmisión sexual son tendencias que pueden observarse en adultos y en personas jóvenes.

Otro factor importante es que los servicios de salud para las personas jóvenes tienen un largo trayecto que recorrer antes de dirigirse a las necesidades de esta población. El profesor Copp, en sus comentarios citados antes, hace referencia al hecho de que las personas jóvenes son más reacias a solicitar los servicios tradicionales de salud que otros grupos de edad. Existen muchos problemas asociados con el suministro de servicios apropiados, incluyendo la necesidad de confidencialidad, el problema del acceso a los servicios para aquellos que asisten a la escuela durante los horarios normales de las clínicas, y el transporte para aquellos que no viven a una distancia razonable de los centros de salud. Hay ciertas dudas acerca de si la profesión médica ha sido lenta al dirigir estas cuestiones. A pesar de que existen ciertas tendencias alentadoras en el cuidado de la salud de los adolescentes, aún existe muy poca energía y muy pocos recursos dirigidos hacia el suministro de servicios efectivos de salud en este grupo de edad.

También sucede que, contrario a la mitología popular, la gente joven está tan preocupada por su salud como las personas adultas. Sin embargo, sus preocupaciones son ligeramente diferentes. No necesariamente se preocupan por los riesgos de salud a largo plazo. Es poco probable que un mensaje acerca de las consecuencias del tabaquismo en las expectativas de vida tenga mucho impacto en ellos. No obstante, se preocupan por su apariencia, su cabello y su piel, y por ciertos aspectos de sus cuerpos. Están preocupados en particular por como se ven en comparación con otras personas de su misma edad. Desean información de salud, ya sea acerca de sexo, salud mental o alimentación saludable. La enseñanza de buena calidad de la EPSS (educación personal, social y de salud) es muy valiosa, y hacen buen uso de los libros y de los sitios en la red, como quedó demostrado por la popularidad de publicaciones como *The diary of a teenage health freak* (Macfarlane y McPherson, 2002).

Al considerar la salud de los adolescentes es importante señalar que la gente joven si va al doctor, como ha sido demostrado en numerosos estudios de investigación (Coleman y Schofield, 2005). Pueden ser más saludables que otros grupos de edad, pero contraen infecciones y sufren lesiones y, por supuesto, que padecen de los mismos trastornos de los adultos. También existen desigualdades médicas mayores que afectan a las personas jóvenes, tanto como afectan a otros grupos de edad. La salud de las personas jóvenes que crecen en pobreza y con privaciones es mucho más deficiente que la de adolescentes con menos desventajas, por lo que hay que considerar que la salud de las personas jóvenes no es igual en todo el espectro social. Como se expone más adelante, la salud de los adolescentes es un tema complejo, de profunda importancia para todos. En las siguientes secciones de este capítulo se explorarán algunas de estas complejidades.

## ¿Qué es la salud?

---

Uno de los factores que contribuyen a la complejidad que se acaba de mencionar es que existen muchas definiciones de salud. Aquí se muestran algunas.

### Salud de la población: un abordaje demográfico

Desde el punto de vista demográfico, la salud de una población se mide por criterios objetivos, como la expectativa de vida promedio de los habitantes de un país. Otras medidas consideradas en la investigación demográfica incluyen niveles de desnutrición, de cantidad de pacientes por médico, distancia del hospital o centro de salud, acceso al agua y otros servicios, condiciones de alojamiento y demás. Las últimas no son medidas de salud *per se*, sino factores que afectan la salud. No obstante, desde esta perspectiva puede establecerse que la población del Reino Unido (expectativa de vida en el momento del nacimiento: varones 75.7 años, mujeres 80.7) es más saludable que la población de Zimbabue (expectativa de vida en el momento del nacimiento: hombres 37.9 años, mujeres 35.1 años; *Index Mundi*, 2004).

A partir de esto surge la pregunta de si la salud es equivalente a la longevidad. ¿La salud se calcula por el número de años sumados durante el transcurso de la vida? La tecnología moderna permite mantener a las personas vivas por más tiempo. Si se mantienen vivas a personas con enfermedades terminales con la ayuda de máquinas complejas, que de manera artificial mantienen sólo las funciones de vida más vitales, ¿se está manteniendo la salud?

Esta pregunta conduce a otra manera de redefinir la salud.

### Evaluaciones biomédicas objetivas de la salud

Un segundo abordaje posible de la salud, es decir, que la salud es la ausencia de enfermedad. De esta manera y de acuerdo a esta definición, una persona normalmente saludable, a la que le da gripa por 15 días, estaría enferma durante el periodo de infección. Existen criterios cuantificables con los que se puede evaluar el estado de salud de un individuo. Estos criterios incluyen presión arterial, temperatura corporal, cantidad de eritrocitos y leucocitos, frecuencia cardiaca y nivel de colesterol. Si todas las funciones corporales se encuentran dentro del rango normal, y no existe evidencia aparente de infecciones u otras condiciones médicas negativas, entonces el médico puede considerar que la salud del paciente es "buena".

Por supuesto que es posible que el individuo no esté de acuerdo con este diagnóstico. El paciente podría estar experimentando molestias y dolores, y hasta podrían no ser detectados hasta que no afecten los criterios recién mencionados. El médico puede creer que el individuo está saludable, y la experiencia personal del paciente contradice esto. Él no se siente "saludable". De manera alternativa, el médico podría identificar alguna alteración de una función cor-

poral que antes no le había dado problema al paciente. En este caso, el médico podría tener dificultades para convencer a la persona involucrada de que no está saludable, y de que necesita tratamiento médico. Esta variación de percepciones induce otra posible definición de salud. Sensaciones subjetivas de bienestar

La perspectiva que considera las sensaciones subjetivas es la que dice: "*si me siento saludable, entonces estoy saludable*". Como Blaxter lo describe:

*El concepto predominante de salud en uno mismo es psicológico. Sentirse bien, feliz, capaz...*  
(Blaxter, 1987, p. 141).

Por supuesto que las sensaciones de bienestar y satisfacción de vida no están desconectadas de las evaluaciones objetivas de la salud, pero tampoco están muy correlacionadas. En un estudio realizado por Herzog (1991), sólo 6% de los encuestados reportó que no estaban satisfechos con su vida, a pesar del hecho de que una gran proporción de esta muestra en particular (62%) padecían por lo menos una condición médica crónica.

Puede suceder que las personas que muestran síntomas de condiciones físicas menores padezcan subjetivamente más que las personas con enfermedades serias. Si esto sucede, dependerá de las habilidades del individuo para lidiar con estas situaciones, el apoyo recibido, la resiliencia personal y el impacto de la condición en el funcionamiento diario. Lo interesante es que se ha descubierto que las percepciones subjetivas de salud de un individuo predicen la longevidad de manera más clara que las evaluaciones de salud realizadas por el personal médico (p. ej., McCamish-Svensson et al., 1999). También es de interés reflexionar lo que la gente considera como saludable. Al pedirles que describieran a alguien que ellos supieran que es "muy saludable", la mayoría de las personas encuestadas en un estudio británico (Blaxter, 1987) describió a una figura masculina físicamente activa, deportista.

Este hallazgo sugiere que ¡la masculinidad, la actividad y una buena condición física son esenciales básicos de salud a los ojos de la población general!

### Definición de la organización mundial de la salud (OMS)

La definición más conocida de salud tal vez sea la que especifica la Organización Mundial de la Salud:

*La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no necesariamente la ausencia de enfermedad o padecimiento (OMS, 1946).*

Esta definición es interesante, ya que enfatiza la salud como una fuerza positiva, definida por algo más que la ausencia de enfermedad. De hecho, añade otras

dimensiones a una perspectiva meramente médica de la salud. No obstante, existen problemas con esta definición:

- Es algo estática, y también algo idealista como modelo de trabajo. Lógicamente, en base a esta definición, muy pocos si no es que ninguno, estarían completamente sanos, ya que no se puede lograr el bienestar total.
- La noción de bienestar es tan difícil de definir como la noción de salud. ¿Se refiere a bienestar objetivo o subjetivo?
- ¿Qué comprende el bienestar social? ¿Se trata de la conformidad con las normas sociales y comunitarias, o de individualismo e independencia?

Por estas razones, los analistas de la salud han tratado de desarrollar una nueva definición de salud, la denominada "noción abierta de salud". Admitiendo que una definición de salud nunca podrá ser objetiva por completo, o libre de valor, Wackerhausen (1994) propone que la salud es:

*La capacidad de realizar los objetivos de uno mismo (tanto en la vida diaria, como en el planeamiento a largo plazo de la vida de uno mismo) bajo condiciones determinadas de vida.*

Esta definición permite diferencias individuales. Por ejemplo, una mujer joven que es corredora profesional tendrá diferentes objetivos de otra mujer sin intereses deportivos, pero que recientemente haya tenido su primera relación sexual. La primera mujer joven puede considerar un dolor en su pie como un problema serio, en tanto que la segunda difícilmente notaría su pie, estando preocupada por los diferentes tipos de anticoncepción.

Esta definición difiere significativamente de una estrictamente médica, ya que es relativa. También aleja el enfoque de las condiciones meramente médicas, al mismo tiempo que compromete cualquier aspecto que evite alcanzar nuestros propósitos. Dichas características de salud pueden incluir la falta de competencia, la falta de confianza, un juicio psicomotor deficiente, la falta de conocimiento acerca de la tarea que se está emprendiendo, etc. Además, existe la pregunta de si la salud, como se define aquí, es sinónimo de la capacidad de lograr los propósitos propios, o de si es un medio o un obstáculo para ello. ¿A qué grado deben las personas jóvenes considerar su salud como uno de los factores que limitan las actividades en las que participan?

Aquí se han explorado diversas maneras de definir la salud. Tal vez todas estas definiciones son importantes y tienen su lugar, dependiendo para que se necesita la definición. Puede ser necesaria para decidir un tratamiento médico, para medir la calidad de vida, para prevención, para invertir en nuevos servicios o para crear posibilidades para el desarrollo positivo del personal.

De manera adicional, es importante reconocer que cualquier definición sólo muestra una pieza del rompecabezas; quizá esto es todo lo que se puede lograr.

La teoría sistémica (p. ej., Lerner, 1998) propone que se abarquen factores interactivos bidireccionales multinivel, desde el nivel genético al nivel celular, a través de factores individuales biológicos y perceptivos-motores, a factores culturales e históricos a un macronivel, de los cuales todos afectan el desarrollo individual. No obstante, desde un punto de vista realista, en la investigación o práctica profesional, parece muy probable que no se puede observar todo a la vez. Debe estar consciente de las limitaciones de cualquier definición o abordaje analítico. El aspecto más importante de comprender es que existen muchas definiciones de salud, y es necesario ser cuidadoso con la que se utilice.

## Visión de la salud de las personas jóvenes

Hasta este punto se han estado considerando las definiciones adultas de la salud pero, ¿cómo ven esto las personas jóvenes? Se ha establecido que las personas jóvenes ven la salud de manera diferente, y ahora puede revisarse esto a mayor detalle. Primeramente, por lo general las personas jóvenes muestran menos interés en discutir temas como el tabaquismo, el alcoholismo y el uso de drogas con profesionales de la salud, ya que son vistos como asuntos de adultos. En el estudio realizado por Hendryet colaboradores (1998) se expresó con frecuencia la opinión de que los adultos, y esto incluye a los padres, los profesores y los adultos de la comunidad, no necesariamente entienden cuales son las inquietudes de los adolescentes. Como demostraron Backett y Davison (1992), estas inquietudes estaban relacionadas con la condición física, la apariencia, la belleza y la aceptación de los amigos. En este estudio, los adolescentes expresaron que preocuparse en exceso por la salud y el estilo de vida era "aburrido" y "cosa de adultos".

Una encuesta realizada en una escuela, a adolescentes entre 13 y 15 años de edad en Londres, indicó que sus principales inquietudes sobre la salud eran acerca del peso, el acné, la nutrición y el ejercicio (Epstein et al., 1989). Una serie de entrevistas realizadas por Aggleton y colaboradores (1996) con personas jóvenes entre 8 y 17 años de edad apoyan la creencia de que las inquietudes de las personas jóvenes acerca de la salud, van más allá de los aspectos relacionados con el tabaquismo, las drogas o la salud sexual. Más bien, los adolescentes expresan preocupación acerca del desarrollo de su cuerpo como progreso de la pubertad. Las siguientes citas fueron tomadas de Shucksmith y Hendry (1998):

*"Oh por Dios, ¿de dónde viene toda esta grasa? Nunca había estado ahí, o nunca antes la había notado. ¡Solía ser capaz de comer muchos dulces y lo único que me crecía eran los pies! (niña, 15 años de edad)*

*"Me preocupo un poco por la salud —bueno, muy poco. Trato de mantener un peso constante, asegurándome de no estar pasada de peso. No quiero verme gorda y horrible, y que la gente haga chistes acerca de mí" (Niña, 15 años de edad).*

Las personas jóvenes no sólo mencionan diferentes preocupaciones de salud, sino que a menudo consideran que los adultos exageran los riesgos aso-

ciados con conductas como beber y fumar. Esto es el caso particularmente cuando se enfoca una conducta que es vista como normal en la edad adulta.

*"Tu padre te dice que no fumes, cuando tiene un cigarrillo en la mano. Te dice que no bebas, ¡cuando al siguiente fin de semana él estará en un bar emborrachándose!" (niña, 14 años de edad; Shucksmith y Hendry, 1998).*

Una diferencia importante entre los grupos de edad es que la gente joven no ve la salud en términos abstractos. Para los adolescentes, la salud tiene mucho que ver con el aquí y el ahora, y sus necesidades están relacionadas con tener la mejor información y las habilidades para manejar las situaciones en las que ellos mismos se encuentran, como las fiestas en donde puede haber alcohol y hasta drogas disponibles. Algunos analistas han señalado el punto de que la salud de los adolescentes es mejor vista como un intercambio entre conocer que es mejor para ti y lidiar con la presión de tus amigos y familia. Como lo escribe Kalnins y colaboradores (1992):

*Ellos (las personas jóvenes) perciben la salud en términos de situaciones de conflicto, en las que los campos de acción están minados por la presión de amigos y familia.*

De esta manera, los adolescentes tienden a adoptar una definición subjetiva de la salud —en contraste con sus padres— y le dan preferencia a aprender habilidades que pudieran favorecer su bienestar en lugar de sólo evitar riesgos.

Cuando se trata de proveer información de salud, se debe trazar una línea delgada entre conocimiento básico y habilidades sociales. Los adolescentes no necesariamente están interesados en recibir más información acerca de esas cosas como el alcohol y las drogas, en especial cuando ya están bien informados. Sin embargo, están abiertos al hecho de que carecen de las habilidades para manejar las presiones sociales y para implementar lo que ya saben en sus vidas diarias. Para tomar el ejemplo del tabaquismo, la mayoría de la gente joven está consciente de los riesgos de fumar, y a muchos les gustaría dejar de hacerlo, y no saben como lograr ese propósito cuando los amigos los alientan a seguir haciéndolo. Los propósitos a largo plazo, como evitar las enfermedades pulmonares en el futuro, no parecen ser lo suficientemente potentes a los 14 años de edad (Turtle *et al.*, 1997).

Por tomar otro ejemplo, Hendry y Singer (1981) descubrieron que las niñas adolescentes presentan actitudes positivas a la actividad física por razones de salud, pero le asignan menos prioridad a su participación en estas actividades debido a un conflicto de intereses. Estos intereses suelen ser sociales, involucrando el pasar tiempo con los amigos y, por tanto, se podría decir que sacrifican los propósitos a largo plazo por las necesidades del momento.

Como Coffield (1992) lo notó, los adolescentes encuentran difícil, si no es que imposible, preocuparse acerca de la salud de un extraño de 50 años de edad, que es ellos mismos dentro de 35 años. Sin embargo, aquí debería hacerse sonar una señal de alarma. ¿Son mejores los adultos para hacer sacrificios per-



sonales por lograr propósitos de salud a largo plazo? Si se considera nuestro propio comportamiento, nuestro peso, nuestra falta de condición física, nuestro uso del alcohol los fines de semana, puede reconocerse que es necesario tomar ciertas precauciones antes de juzgar a una generación más joven que la nuestra.

Con esto surge la interesante pregunta de si la gente joven es más propensa que los adultos a enrolarse en conductas que arriesguen su salud. Podría tenerse el argumento de que es inevitable que la gente joven tenga cierta cantidad de aprendizaje y que los riesgos se toman para hacer que este aprendizaje ocurra. En el caso del alcohol, muchas personas jóvenes describen sus primeras experiencias como aquellas en las que perdían el control, pero después encuentran las maneras de manejar su comportamiento de mejor manera, conforme van creciendo. Las siguientes citas fueron extraídas de Shucksmith y Hendry (1998):

*"Sí, ahora se lo que son los límites, pero no era así cuando empecé. Bebía demasiado, y quedaba totalmente fuera de mí. Quiero ser capaz de controlar lo que bebo... ser sensible" (niño, 15 años de edad).*

*"Debes hacer esto, debes encontrar tus propios límites. Trata de hacerlo, porque es esencial si piensas beber. Es parte de madurar" (niña, 14 años de edad).*

Hendry y Reid (2000) descubrieron que tener las habilidades para "estar a solas con otras personas" es visto por la gente joven como un componente esencial en

un sentido de salud y bienestar. Los adolescentes también creen que deberían recibir lo que ellos llaman "educación emocional" (como lidiar con la rabia, reconocer emociones, etc.), si sus necesidades de salud serán dirigidas. Debemos decir más acerca de esto en el capítulo de "Salud y bienestar emocional". Las personas jóvenes tienen la visión de que pocos adultos se percatan de la naturaleza de las necesidades de los adolescentes para lo que podría ser denominado "aprendizaje emocional social" en el contexto de educación para la salud. Además, las personas jóvenes experimentan una falta de empatía y entendimiento de sus preocupaciones por parte de los adultos. Esto crea una brecha muy seria y requiere más atención si es que se quiere hacer un intento genuino por mejorar la salud de los adolescentes.

## Modelo para el desarrollo de la esperanza de vida

Habiendo revisado los puntos de vista de los adultos y de las personas jóvenes, ¿cuál es más correcto, en relación con la salud y estilos de vida saludables en la adolescencia? Debe sugerirse que ambos puntos de vista tienen sus méritos, y que la salud siempre será un concepto complejo con facetas múltiples. De acuerdo con Stone (1987), sugirió que la salud no debe ser considerada como un estado estático ideal, sino como un concepto dinámico que involucra movimiento en una dirección positiva (o negativa). De acuerdo con esta definición, un individuo puede ser más o menos saludable en diferentes puntos en el transcurso de su vida, y de hecho en diferentes momentos del día, según de las situaciones diversas. Para aclarar este punto de vista, se hará una breve introducción del Modelo de esperanza de vida del reto del desarrollo (Hendry y Kloep, 2002) y se aplicará a la salud de los adolescentes.

Se comienza por enfatizar que ningún evento o comportamiento sucede de manera aislada, sino que se encuentra contenido en todo un sistema de eventos o comportamientos, de los cuales todos influyen en cada uno. Por esta razón, ningún evento tiene el mismo impacto en individuos diferentes, y ni siquiera en el mismo individuo en diferentes situaciones. Esto es por lo que las actividades que son saludables para una persona pueden no serlo para otra, o simplemente no tener consecuencias de salud en una tercera.

Un adolescente que sale de noche con sus amigos podría no ser aceptado si se rehúsa a beber alcohol, y esto podría poner su salud emocional más en riesgo que si fuera a beber. Una mujer joven que es una talentosa jugadora de tenis y que pasa todo su tiempo libre entrenando puede estar físicamente fuerte y en forma, pero puede estar perdiendo la oportunidad de aprender todas las habilidades sociales que sus amigos están adquiriendo durante sus años de adolescencia.

Dentro de este marco teórico, se considera la salud de un individuo como formada por varios elementos, dentro de un sistema interactivo de recursos. Un individuo tiene más o menos recursos en diferentes momentos y circunstancias. Estos recursos, interactuando entre sí, pueden favorecer o disminuir otros recur-

sos ambientales y psicosociales. Es evidente que entre más recursos posea un individuo, es más probable que lleve una vida saludable. Algunos de los recursos son aquellos con los que se nace, como las características genéticas o de constitución. De esta manera, un individuo puede nacer con disposición genética a una cardiopatía o a esquizofrenia. Otros recursos, como la educación, la buena nutrición, etc., se adquieren con el transcurso de la vida.

El tabaquismo, el abuso de alcohol o drogas y la falta de ejercicio disminuyen los recursos de salud de manera potencial, y de acuerdo a esta perspectiva, la visión adulta de la salud es correcta. No obstante, las habilidades sociales e interpersonales, tales como manejar mecanismos, también pueden favorecer los recursos de salud, de manera que la visión adolescente de la salud es por igual correcta. En algunos casos se debe elegir entre prioridades diferentes, ya que una puede ser capaz de reforzar un recurso a expensas de la otra. Además, los recursos interactúan en conjunto, favoreciéndose o inhibiéndose entre ellos. El bienestar mental tiene un efecto en la salud física y viceversa. Es más probable que una persona feliz se enrolle en actividades que favorecen la salud; uno es más propenso a pescar un resfriado si está estresado y es más probable que los sentimientos de estrés ocurran si el cuerpo no está funcionando correctamente.

Sin embargo, no queda realmente claro para que pueden ser utilizados exactamente estos recursos hasta que se sepa a que riesgos de salud se enfrenta un individuo. Se pueden necesitar recursos muy diferentes para lidiar con una enfermedad, para resistir la presión de los amigos, para funcionar de manera satisfactoria en la vida diaria o para desarrollar hábitos que tengan efectos positivos en la salud a largo plazo. Por tanto, una persona joven que maneja la presión de sus amigos, en relación con el alcohol o el tabaquismo, puede necesitar recursos diferentes de aquella persona que lidia con una lesión deportiva o con una enfermedad crónica.

En el contexto de estas observaciones, ¿qué es un estilo de vida saludable para una persona joven? Se sugiere la siguiente solución al dilema. Un estilo de vida saludable es cualquiera que añada recursos al conjunto dinámico de recursos del individuo. Debido a que casi nada de lo que se hace o experimenta únicamente añade recursos, sino que al mismo tiempo tiene un costo, se considera un estilo de vida saludable como cualquiera que maximice las ganancias y minimice los costos, tanto a corto como a largo plazo.

Como un ejemplo de este argumento, puede reconocerse que la gente joven a menudo aprende de lo que a primera vista parecen ser experiencias infelices o negativas. Al decidir no responder de la misma manera en un evento similar de nuevo, pueden desarrollar un rango de habilidades sociales que ayudan en el desarrollo de resiliencia y a manejar mecanismos para utilizar en un futuro (Hendry y Kloep, 2002). Rutter y Smith (1995) han hablado acerca de "forjar" experiencias, pequeñas "inyecciones" de experiencias desafortunadas que inmunizan a las personas jóvenes contra futuros riesgos, de la misma manera que trabaja una vacuna. Desde este punto de vista, queda claro que hasta las experien-

cias que parecen ser peligrosas y arriesgadas, desde un punto de vista objetivo, pueden agregar recursos de salud a las personas jóvenes.

Los autores de libros de salud de los adolescentes (p. ej., Eccles et al., 1996) han argumentado que existe una "falta de correspondencia" entre las necesidades del adolescente en desarrollo y sus experiencias en la escuela y en el hogar. Esta "falta de correspondencia" quizá pueda tener un efecto negativo en el desarrollo psicológico y de comportamiento. ¿Qué es lo que se quiere decir? Como se ha visto, las preocupaciones de salud de los adultos para las personas jóvenes se centran en evitar conductas que puedan ser un riesgo potencial. Este abordaje a menudo se experimenta como un intento por limitar a las personas jóvenes, para restringirlas, para prevenir que hagan cosas que quieren hacer.

Por otro lado, los adolescentes hacen énfasis en la necesidad de enrolarse en algunas actividades que pongan en riesgo su salud, ya que sin éstas no podrían aprender habilidades y ganar recursos para desarrollar un estilo de vida saludable.

Estos puntos de vista tan diferentes no son exclusivos mutuamente, en especial si existe el conocimiento de que ambos pueden contribuir a una mejor salud. Lerner (2002) argumenta que se debe concentrar no sólo en disminuir los riesgos, sino también en forjar las fuerzas y cualidades de las personas jóvenes, de manera que tengan la capacidad de un desarrollo positivo. Como él lo expresa:

*El prevenir que suceda un problema no garantiza que se estén proporcionando las habilidades que necesita la juventud para desarrollar un estilo de vida saludable (Lerner, 2002, p. 528).*

En resumen, se sugiere que lo que es saludable o dañino es un intercambio entre diferentes elecciones al enfrentar los riesgos de salud. Entre más recursos tenga un individuo, más opciones serán posibles. Para alcanzar el máximo grado de recursos, el individuo necesita ser práctico y estar consciente, y hasta tomar riesgos en algunas ocasiones. Al no hacer nada, no se obtienen recursos y los que ya existían podrían ser reducidos. Al encontrar y lidiar con los retos, desarrollar habilidades para evaluar y lidiar con el riesgo, y equilibrar los beneficios y los costos, las personas jóvenes obtienen mejores oportunidades de desarrollar un estilo de vida saludable.

## Influencias en la salud de los adolescentes

---

Está claro que en las personas jóvenes varía enormemente su estado de salud. Imagínese por un momento a dos adolescentes de 16 años de edad. Uno vive en una zona marginada en el interior de la ciudad. No ha visto un doctor o un odontólogo en los últimos tres años, lleva una dieta deficiente, fuma y bebe, nunca ha practicado un deporte, padece molestias y dolores en sus articulaciones y tiene dolores dentales con frecuencia. El segundo es un deportista dedicado. Vive en una zona de clase media, y ha visto a un doctor y a un odontólogo

el año pasado. No tiene síntomas de enfermedad. No fuma, pero bebe alcohol en las fiestas. Sus padres están interesados en la comida saludable y él come frutas y verduras con regularidad. No es muy difícil ver que los dos adolescentes son propensos a tener resultados de salud muy diferentes en la edad adulta.

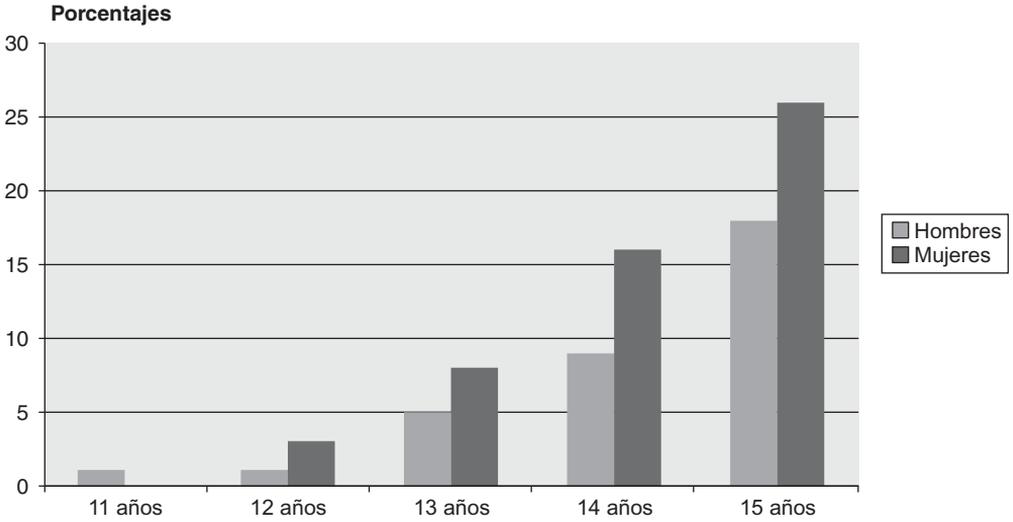
Existe un amplio rango de factores que influyen en, o afectan, la salud de las personas. Éstos incluyen factores familiares, culturales y ambientales, con pobreza y desventajas que tienen un efecto particularmente fuerte en la salud de las personas. Además de estos factores, el género desempeña una función principal, al igual que las variables sociales y geográficas. Como un ejemplo, se verán ciertas comparaciones internacionales del uso de sustancias y embarazos en la adolescencia, en donde pueden observarse variaciones notorias, que no siempre son fáciles de explicar.

Primero se considera el género, ya que puede ser la variable que tiene mayor grado de influencia en el estado de salud. Puede pensarse en una multitud de indicadores de salud que varían de acuerdo al género. De esta manera, por ejemplo, desde los primeros años, los niños son físicamente más activos, y muestran un patrón diferente de salud y enfermedad del de las niñas. Si se examina la adolescencia, se sabe que la pubertad por sí sola difiere notoriamente entre los dos géneros. Las niñas alcanzan la pubertad más rápido, y la secuencia de eventos durante este periodo no es el mismo para varones y para mujeres. Es en este punto en que las diferencias notorias en la forma del cuerpo, el tamaño y la musculatura se vuelven aparentes, y adicionalmente, se sabe que los factores psicológicos entran en juego, con las niñas mostrando mayor insatisfacción con sus cuerpos durante esta etapa que los niños.

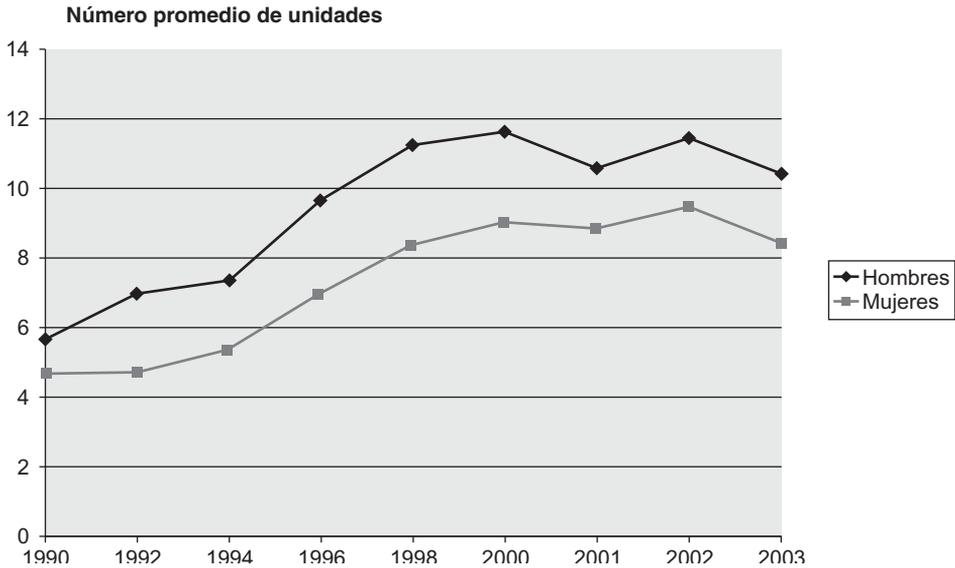
Como será aparente, se puede demostrar que el género tiene un impacto en cualquier cantidad de indicadores y conductas de salud, pero no se cuenta con el espacio necesario para explorar esto a gran detalle. No obstante, como una reflexión de la importancia del género, se consideraran las conductas de fumar y tomar en este contexto. Las evidencias presentadas en las figuras 1-1 y 1-2 muestran que, mientras que es mucho más probable que las niñas sean fumadoras regulares en la adolescencia, son los niños los que beben más alcohol.

¿Por qué esto tiene que ser así? El argumento establecido por Lloyd y Lucas (1998) es que fumar sólo puede ser explicado a través de nociones de identidad social. Mientras que los factores, como la familia y el estrés, pueden desempeñar una parte importante, la conducta del tabaquismo se afecta más por la identificación con grupos particulares de amigos, y ésta es la explicación primaria para los niveles más elevados de tabaquismo en niñas. Un argumento muy similar puede utilizarse con los niños en relación al beber alcohol. De esta manera, el género impacta la manera en que se desarrollan las conductas sociales, y esto a su vez afecta la salud.

Como se ha remarcado, los factores familiares desempeñan una función clave como determinantes de salud en la adolescencia, el tabaquismo refleja esto tan bien como ningún otro indicador. En el estudio realizado por Lloyd y Lucas (1998), se observó muy de cerca los factores familiares, y fueron capaces de



**Figura 1-1.** Proporción de adolescentes de 11 a 15 años de edad que fueron fumadores regulares, por género, 2003 (Boreham y Blenkinsop, 2004).



**Figura 1-2.** Promedio de unidades de alcohol consumido en los últimos siete días entre adolescentes de 11 a 15 años de edad, en Inglaterra, por género, 1990 a 2003 (Boreham y Blenkinsop, 2004).

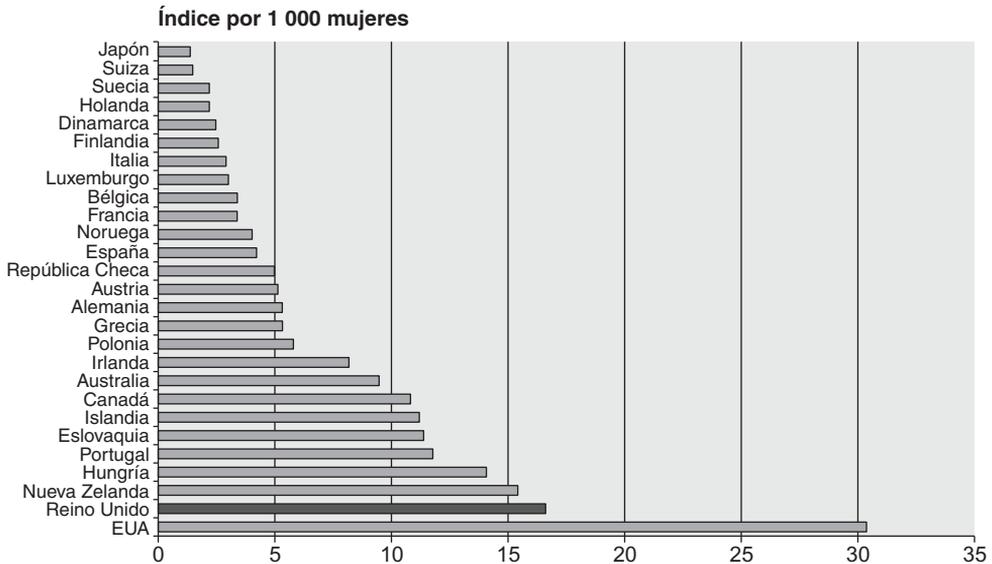
demostrar que tanto la composición familiar, como el comportamiento de tabaquismo de los padres, influían afectando el comportamiento de tabaquismo en los adolescentes. De esta manera, es más probable que las personas jóvenes que crecen en familias con la familia del padrastro o de la madrastra, o con un solo padre fumen, que aquellas que crecen en ambientes familiares con ambos padres. Esto lo explican en términos de niveles de mayor estrés entre estas personas jóvenes. Tanto como el comportamiento de tabaquismo de otros miembros de la familia esté involucrado, la evidencia está clara.

*Se encontró una fuerte asociación entre el comportamiento de tabaquismo de la mayoría de los miembros de la familia y el comportamiento de tabaquismo del adolescente... La mitad de los adolescentes que reportaron que uno de sus padres fuma, han probado un cigarrillo. Dos terceras partes de los adolescentes que tienen un hermano mayor, que fuma actualmente, han probado un cigarrillo... Los padres influyen en el tabaquismo de sus hijos, tanto directa, como indirectamente, a través de su influencia en los hermanos mayores... Cuando se reportó que un miembro de la familia nunca había fumado, era mucho más probable que el adolescente reportara que tampoco había fumado nunca (Lloyd y Lucas, 1998, p. 64).*

Ahora sería interesante echar un vistazo a las comparaciones internacionales, ya que se sabe que los comportamientos de salud varían en gran medida de país a país. Un ejemplo que con frecuencia aparece en las noticias es el hecho de que el Reino Unido tiene el índice más elevado de nacimientos de madres adolescentes que en cualquier otro país de Europa. Las diferencias entre los países se ilustran en la figura 1-3. Se han proporcionado explicaciones muy diversas para este hallazgo, incluyendo las actitudes inhibidas al sexo entre las familias británicas, la educación sexual inadecuada en las escuelas y los bajos niveles de inversión en buenos servicios de salud sexual dirigidos de manera específica a las personas jóvenes. Este aspecto será discutido con mayor detalle en el capítulo 5.

Por supuesto que los índices de concepción no son los únicos indicadores de salud que varían entre países. Por ejemplo, un estudio reciente a gran escala de la OMS (Currie, 2004) muestra que los jóvenes británicos son más propensos que sus contrapartes en la mayoría de los demás países, a beber alcohol y a participar en parrandas. Otros países con índices elevados de alcoholismo en adolescentes incluyen Dinamarca y Holanda. El uso de marihuana entre la gente joven también varía mucho entre países, con Suiza que encabeza actualmente la lista. Los hallazgos más recientes muestran que 40% de los adolescentes han utilizado marihuana durante el último año en Suiza, en comparación con 35% en Inglaterra y 25% en Francia (Currie, 2004).

Por último, en esta sección se considera el impacto de la pobreza y las desventajas en la salud de las personas jóvenes. En el reporte realizado por la *British Medical Association* (Nathanson, 2003) sobre la salud de los adolescentes se remarcó que parece haber más igualdad de salud entre la gente joven que entre otros grupos de edad. Esto se debe en gran medida al hecho de que los compor-



**Figura 1-3.** Índices de nacimientos de mujeres de 15 a 17 años de edad en países de la OCDE, 1998 (UNICEF, 2001).

tamientos que ponen en riesgo la salud, como beber, fumar y utilizar sustancias son muy comunes. Sin embargo, el reporte continúa aceptando que para un amplio rango de problemas de salud, aquellos con antecedentes sociales menos ventajosos, son más propensos a mostrar índices más elevados de enfermedad o riesgo de enfermedad.

De esta manera, los hábitos alimenticios se relacionan con los antecedentes sociales, los problemas con el alcohol y el uso de drogas son más pronunciados entre los grupos menos favorecidos, y los problemas mentales se asocian de manera cercana con pobreza y marginación.

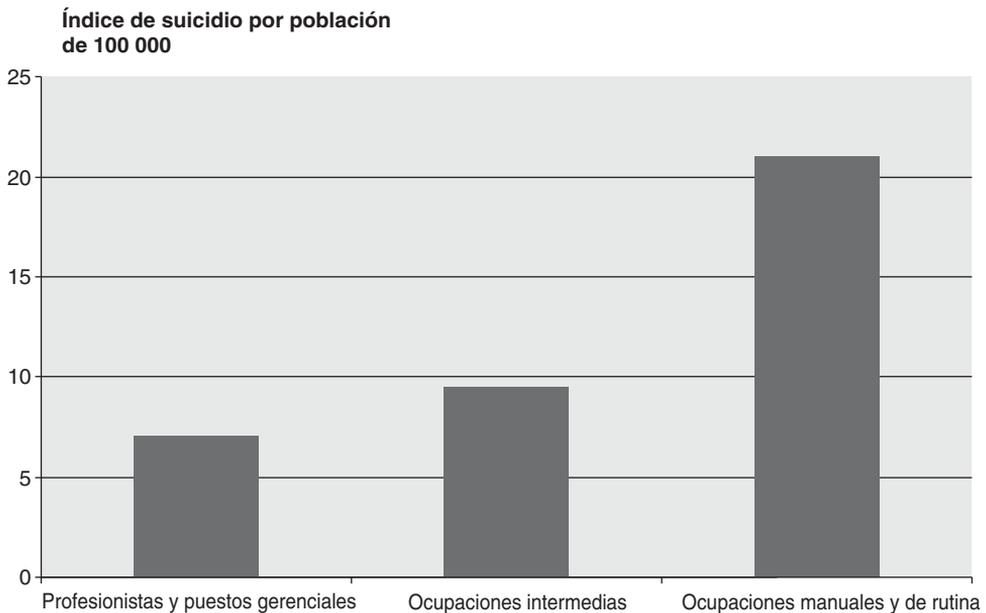
En el estudio realizado por Roker (1998) acerca de las personas jóvenes que crecen en familias pobres, la salud fue un aspecto que fue mencionado con frecuencia por aquellos a los que entrevistó. Muchos indicaron que no tenían dinero suficiente para comprar comida; *"a veces es tan malo que rara vez tenemos comida suficiente para toda la semana"* y otros se quejaron de una salud física o dental deficiente; *"fumo mucho y eso hace que mi pecho me duela"*. Las descripciones más impactantes están relacionadas con la salud emocional de la muestra.

*"Tengo problemas con mis nervios cuando papá y mamá tienen una pelea. Me despierto en la mañana y mis piernas y mis brazos me tiemblan... Me iba a ir de la casa, pero no puedo dejar a mi papá (alcohólico) en caso de que tenga algún problema, por eso tuve que regresar"* (Roker, 1998, p. 58).

Desde 1998, la Fundación Joseph Rowntree ha estado vigilando los cambios en la pobreza y la marginación en todo el Reino Unido, y sus publicaciones han proporcionado una fuente valiosa de información acerca de salud, entre otras cosas. Uno de los indicadores que la fundación ha incluido cada año ha sido los índices de suicidio, y éstos han mostrado de manera rutinaria la diferencia impactante entre los diferentes antecedentes sociales, en donde los problemas de salud mental están relacionados. Como se puede observar en la figura 1-4, los varones jóvenes con trabajos manuales y de rutina son tres veces más propensos a suicidarse que aquellos con puestos gerenciales y profesionistas. ¿Podría haber un reflejo más desolador del impacto de la pobreza y los antecedentes sociales en la salud?

Para concluir, se han explorado algunos de los factores que poseen un impacto en la salud de las personas jóvenes. Como se han mostrado, una gran variedad de factores desempeñan una función en la determinación del estado de salud, aunque por supuesto, los factores que se han seleccionado no son los únicos que pudieran ser incluidos en una discusión de variaciones en resultados de salud.

Las poblaciones particulares se encuentran en riesgo especial, como aquellos bajo custodia o bajo el cuidado de las autoridades. Tampoco se han prestado mucha atención a la influencia de la cultura en la salud, y esto podría ser un tema que merezca más atención. Para los propósitos presentes, es importante



Fuente: División de estadísticas de mortalidad, ONS

**Figura 1-4.** Índices de suicidio entre varones jóvenes de diferentes antecedentes sociales: índice promedio para los años 2001 a 2003.

remarcar que no todas las personas jóvenes son iguales cuando se trata de su estado de salud. Esta conclusión, así de evidente como suena, no siempre recibe la suficiente atención en el planeamiento de los servicios de salud, o en el desarrollo de las actividades para la promoción de la salud. Se puede argumentar que existe mayor igualdad de salud entre adolescentes, que entre otros grupos de edad (Nathanson, 2003). Aunque esto es como pasar por alto el punto. Existen desigualdades sustanciales cuando se trata de la salud de los adolescentes, y esto no debe ser ignorado o subestimado.

## Conclusión

---

El entendimiento de la salud de los adolescentes no es un tema sencillo. Como se ha visto en este capítulo, existen muchas preguntas que surgen al considerar este tema, y muy pocas de ellas tienen una respuesta fácil o directa. Primero, se enfocará a cómo se comparan los adolescentes con otros grupos de edad. Como se ha remarcado, a menudo se ha argumentado que las personas jóvenes entre 11 y 19 años de edad son el grupo más saludable en la sociedad. Esta conjetura se basa en dos premisas. Una es que los adolescentes parecen utilizar los servicios de salud con menos frecuencia que los demás grupos, y la segunda es que los adolescentes dan la impresión de estar menos preocupados acerca de su salud que las personas de mayor edad.

Ambas premisas están sujetas a debate. En lo que respecta al uso de servicios, muchos profesionales al cuidado de la salud creen que las personas jóvenes utilizarían más los servicios si fueran más accesibles y más amigables con los adolescentes. A menudo sucede que las clínicas no siempre están abiertas en las horas convenientes para las personas jóvenes, y acudir puede implicar una travesía en transporte público, lo cual es costoso para un adolescente. Además, la cuestión de la confidencialidad es alta en la lista de prioridades para las personas jóvenes, y todos conocen la clásica historia de la mujer joven que acude al médico general para orientación acerca de anticoncepción, y descubre que la recepcionista es la mamá de uno de sus amigos. También es importante notar que la gente joven sí acude al doctor; 75% de todos los adolescentes menores de 16 años de edad acuden al doctor por lo menos una vez al año, lo cual es comparable con los índices de visitas de los adultos. Muchas personas, incluyendo a los mismos médicos, se sorprenden de este hallazgo.

Ahora, respecto a la posibilidad de que las personas jóvenes se preocupan menos por su salud que los adultos, una explicación podría ser que los adultos y las personas jóvenes tienen definiciones distintas de la salud. Como ya se ha señalado en este capítulo, los adolescentes no están preocupados en particular por los riesgos de salud a largo plazo. Esto se debe a que tienen una perspectiva relativamente a corto plazo, preocupándose por mañana y no por el siguiente mes. No obstante, los adolescentes sí se preocupan por su salud. Se mortifican por su piel, su cabello, su apariencia, su peso, la forma de su cuerpo, la

nutrición y acerca de diversos aspectos de salud sexual y emocional, que no afectan a los adultos. Es por esto, que las generaciones anteriores pueden tener la impresión de que los adolescentes no se preocupan por su salud, pero esto es incorrecto. Es sólo que las preocupaciones de salud de las personas jóvenes son diferentes de las de los adultos. De hecho, como se ha señalado, existen muchas definiciones posibles de salud, y este hecho destaca cuando se piensan acerca de la manera en que las diferentes generaciones entienden su salud.

Otra dimensión de las diferencias entre los adultos y los jóvenes fue ejemplificada cuando se discutió la idea de "falta de correspondencia" entre los diversos abordajes para la educación para la salud. Como se observó, cuando se abordó la noción de riesgo de salud, muchos adultos piensan que la abstinencia es la opción más sensata. El movimiento de "abstinencia" en relación con la conducta sexual o las campañas de "Di no a las drogas" son buenos ejemplos de este punto de vista. Sin embargo, para muchas personas jóvenes, éste es un mensaje contraproducente. Hace que el comportamiento de riesgo sea más incitante, y crea la impresión de que el sexo, las drogas y el alcohol están asociados con un estatus adulto, algo que las personas jóvenes quieren obtener.

Es más probable que las personas jóvenes crean que ciertas experiencias de riesgo son esenciales para el desarrollo de su salud. Desean explorar, entender y aprender lo que pueden o no manejar, para desarrollar las habilidades para lidiar con los riesgos inherentes en sus ambientes sociales. Como se dijo cuando se trató acerca de la noción de recursos, si uno no hace nada (abstinencia), no será capaz de desarrollar ningún nuevo recurso. A menos que los educadores para la salud consideren estas creencias, es poco probable que las personas jóvenes se involucren en sus programas.

La última reflexión en este capítulo introductorio está relacionada con la cuestión de qué es un estilo de vida saludable para las personas jóvenes. Hoy día, existe mucha preocupación acerca de la obesidad, la falta de ejercicio, la salud mental deficiente, el sexo inseguro, el uso de drogas y otras conductas que crean ansiedad en los adultos. Al principio del capítulo se remarco que el tono de muchos reportes recientes acerca de la salud de los adolescentes es deprimente. ¿Está justificado este pesimismo? Y si la salud de las personas jóvenes se encuentra en tanto riesgo, ¿cómo se define un estilo de vida saludable para esta generación? Primero, es importante denotar que existen ciertos signos de progreso. Los servicios están mejorando y hay un mayor enfoque en la salud de los adolescentes hoy día, que en el pasado. Las buenas estadísticas y las mejores investigaciones han ayudado a resaltar las áreas que necesitan más atención.

Varios capítulos en esta obra atraerán la atención a desarrollos prometedores, tanto en el cuidado de la salud, como en el entendimiento de las conductas relacionadas con la salud de los adolescentes.

Por otro lado, es verdad que ha habido menos mejorías en la salud de las personas jóvenes que en la salud de los niños o de los adultos. De manera adicional, algunos índices de conductas de riesgo, como el abuso del alcohol y las infecciones de transmisión sexual, han mostrado aumentos alarmantes en los

años recientes. El cuadro es mixto, y definitivamente es necesario dirigir más recursos gubernamentales a los servicios de salud y a la promoción de la salud. En este contexto, ¿qué hay acerca de un estilo de vida saludable? La respuesta a esta pregunta ha sido señalada en lo que ya se ha mencionado. Una clave recae en la oportunidad de las personas jóvenes de desarrollar recursos para la salud sin incurrir en grandes costos. En esta descripción, se entiende que la salud tiene el significado más amplio posible, y que es necesario incluir la salud emocional y la física. De manera evidente, la noción de un estilo de vida saludable es relativa, y dependerá de las circunstancias y riesgos a los que cualquier individuo se encuentra expuesto. Se ha denominado a éstos "retos de salud". Se sugiere que un estilo de vida saludable para un adolescente debe incluir la adquisición de aprendizaje y habilidades, acceso a los servicios de salud cuando sea necesario, y la oportunidad de involucrarse en comportamientos de riesgo moderado para favorecer el aprendizaje. Esto es lo que se refiere cuando se dice que un estilo de vida saludable es algo que "maximiza las ganancias y minimiza los costos, tanto a corto, como a largo plazo".

### CASO DE ESTUDIO 1-1

Hace algunos años, cuando se entrevistaba una cantidad relativamente pequeña de adolescentes para un estudio piloto acerca de la salud, el autor tuvo que realizar entrevistas individuales en una escuela local muy grande en Escocia.

Después de un par de conversaciones interesantes con alumnos de segundo año, me encontraba esperando en una oficina pequeña —quizá el cuarto de entrevistas para el personal de salud visitante— cuando escuché risas nerviosas y golpes que provenían del corredor que se encontraba afuera. Fui a la puerta, la abrí y me paré afuera para ser saludado festivamente por un niño poco desarrollado, casi débil, en silla de ruedas, guiado por dos niñas.

Él comenzó diciendo: "Hola señor, yo soy su siguiente víctima. Mi nombre es Charlie. ¿Cómo se llama usted?" Después de la presentación, comencé la entrevista la cual trataba de manera abierta y sin estructura de descubrir lo que las personas jóvenes percibían como un estilo de vida saludable. Conforme avanzó la conversación, Charlie reveló que él jugaba un poco de fútbol y nadaba, y junto con una dieta cuidadosa, él consideraba que estaba en forma y saludable, y que de hecho, él tenía un estilo de vida muy saludable.

Más tarde en la entrevista, Charlie mencionó que necesitaba tratamientos médicos intensivos regulares. Debido a que se trataba de un estudio piloto, y la confidencialidad había sido reforzada, no busqué más información, ya que Charlie no parecía considerar su tratamiento médico como un tema de alguna consecuencia, y ninguno de los dos llevó el tema más allá. Más bien, él se fue a los aspectos "realmente importantes" de su vida, como si los Glasgow Rangers o los Celtic ganarían la liga ese año.

Conforme se acercaba el final, me di cuenta de que esta había sido una de las entrevistas más agradables que había realizado.

Sin embargo, el desenlace vino cuando estaba tomando una taza de té en la sala de personal, después de haber terminado todas las entrevistas. Le dije al jefe de profesores cuanto había disfrutado al visitar la escuela y le di las gracias por permitir que el equipo de investigación llevara a cabo las entrevistas.

Le dije que recordaba en particular al pequeño Charlie, el cual era tan agradable a pesar de estar en silla de ruedas por periodos extensos durante el año escolar. "Sí", dijo el jefe de profesores. "Es muy triste, el especialista cree que Charlie morirá de cáncer en 3 a 6 meses más".

Fuente: Hendry y colaboradores 1998

## PREGUNTAS DEL CASO DE ESTUDIO 1-1

1. Describir una persona que conozca a la que usted considere saludable. ¿Cuáles fueron sus criterios para escoger a esta persona?
2. ¿En que criterios basó Charlie su juicio de su estado de salud?
3. ¿Considera que las percepciones de Charlie acerca de su propio estado de salud son correctas? ¿Por qué?

## Lecturas recomendadas

- Brads, J. and Mayhew, E. (eds) (2005) *The well-being of children in the UK*. The Save the Children Fund, London.
- Coleman, J. and Hendry, L. (1999) *The nature of adolescence*, 3rd edn. Routledge, London.
- Coleman, J. and Schofield, J. (2005) *Key data on adolescence*, 5th en. The Trust For the Study of Adolescence, Brighton.
- Heaven, P. (1996) *Adolescent health: the role of individual differences*, Routledge, London
- Roche, J., Tucker, S., Thomson, R, and Flynn, R. (2004) *Youth in society*, 2nd edn. Sage Publications. London.

## Preguntas para discutir

1. ¿Es correcto que los adultos estén preocupados por la salud de los adolescentes?
2. ¿Considera que es esencial que un adolescente saludable tome ciertos riesgos?
3. Muchas de las cosas que las personas jóvenes desean de sus servicios de salud son las mismas que desean los adultos. ¿Se les debe dar un trato especial a los adolescentes?

4. ¿Por qué la teoría del desarrollo de la expectativa de vida ayuda a entender el desarrollo de los adolescentes?
5. ¿Cuáles considera que son las mayores influencias en la salud de los adolescentes?

# CAPÍTULO 2

---

## Personas jóvenes: salud física, ejercicio y recreación

---

Ruth Lowry

Department of Sport, Culture and the Arts, University of Strathclyde

John Kremer y Karen Trew

School of Psychology, Queen's University Belfast

- Introducción.
- Personas jóvenes y ejercicio, historia y tendencias actuales.
- Ejercicio —¿tan bueno para ti hoy como siempre lo ha sido?
- Inicio y retiro —las razones de por qué.
- Promoviendo el ejercicio saludable.
- Conclusión.

### Objetivos de aprendizaje

Después de leer este capítulo usted debe:

1. Entender el nivel de actividad e inactividad reportados por las personas jóvenes.
2. Haber considerado la naturaleza de la asociación entre la actividad física y la salud física.
3. Estar consciente del impacto del ejercicio y la actividad física en las disfunciones psicológicas, como depresión ansiedad y reacción al estrés.
4. Ser capaz de evaluar las explicaciones que vinculan el ejercicio físico y el bienestar.
5. Ser capaz de describir los factores personales, sociales y estructurales que interactúan para alentar o desalentar a las personas jóvenes a involucrarse en actividades físicas.
6. Entender las intervenciones a nivel comunitario, nivel escolar y de los padres, que han sido recomendadas para alentar a las personas jóvenes a mantener un estilo de vida activo.

## Introducción

---

De manera constante nos recuerdan (y a menudo, nuestros abuelos) que el mundo de nuestros abuelos era un lugar más saludable. En tanto que la nostalgia puede ayudar a distorsionar nuestras memorias colectivas, es indudablemente cierto que las épocas pasadas eran tiempos más activos. Por ejemplo, se ha calculado que las personas jóvenes de hoy gastan en promedio entre 600 y 700 kcal menos por día, que sus contrapartes 50 años antes (Boreham y Riddoch, 2001). También es cierto que las oportunidades de alternativas sedentarias para un estilo de vida activo son mucho mayores hoy día de lo que alguna vez lo fueron (Currie *et al.*, 2004; Norman *et al.*, 2005) y las consecuencias de la salud futura de la nación no deben ser subestimadas.

Para muchos, el problema se remonta a las experiencias de la niñez. Durante los juegos Olímpicos de 2004, cuando se le preguntó a un experto porque pensaba que los atletas norteafricanos eran tan dominantes en las carreras de distancias medias, su respuesta fue simple y directa —“nadie les enseñó a correr”. De hecho, hasta se sugirió que la forma de correr, idiosincrásica pero efectiva (con su brazo derecho incómodamente lejos de su cuerpo), de la etiope Haile Gebrselassie, se debía más a que había tenido que correr varios kilómetros hacia la escuela con sus libros bajo un brazo, que a la intervención de cualquier dispositivo biomecánico.

Sin duda, antes de la llegada de las computadoras, las televisiones, los centros de música y los teléfonos celulares, el ejercicio físico solía ser una parte más integral y necesaria en la vida de la mayoría de las personas jóvenes. Sin embargo, para seguir el consejo de nuestros abuelos, exagerando el caso, es tentador pero peligroso; en lugar de eso, existe la necesidad de confiar de manera objetiva en las evidencias disponibles. Con esto en mente, el capítulo comenzará resumiendo las estadísticas actuales acerca de los niveles de actividad e inactividad de las personas jóvenes por medio de variables demográficas clave. La siguiente sección identificará asociaciones entre el ejercicio físico y el bienestar antes de considerar las razones por las que las personas jóvenes empiezan y dejan de hacer deporte. El capítulo terminará con una consideración de estrategias de intervención y su efectividad, observando el papel de otras personas significativas, e incluyendo amigos, padres y entrenadores, así como los tipos de compromiso que tienen más o menos probabilidades de alentar a realizar la actividad física.

## Personas jóvenes y ejercicio historia y tendencias actuales

---

Para las personas que viven en sociedades prósperas, el ejercicio físico ya no es considerado como una necesidad, sino que representa la elección de un estilo de vida (Dishman, 2001). Aunque hoy día, los adolescentes pueden elegir involucrarse en un amplio rango de deportes individuales y de equipo, los cuales no

estaban accesibles para sus padres, existe una gran preocupación de que el bienestar de cantidades cada vez mayores de personas jóvenes esté en riesgo, ya que estas personas suelen ser menos activas que las generaciones anteriores.

La *British Medical Association* (BMA, 2003) considera que los estilos de vida sedentarios y las dietas poco saludables de muchos adolescentes contribuyen a una “epidemia global” de obesidad. El reporte de la BMA remarca que la *Health Survey* de 1998 en Inglaterra mostró un aumento en la prevalencia de aquellos clasificados como con sobrepeso u obesos, con un índice de prevalencia de 21% en adolescentes de 13 a 16 años de edad. Se considera que los cambios en el ejercicio y en la dieta contribuyen al aumento en la obesidad, pero hasta hace poco eran limitadas las investigaciones acerca del nivel actual de actividad física de las personas jóvenes. Sin embargo, de acuerdo a Prentice y Jebb (1995) el aumento en la obesidad en el Reino Unido está más relacionado con los cambios en las medidas de la inactividad física, como poseer un automóvil, uso de computadoras y ver televisión, que con las medidas familiares de consumo de comida. La importancia de vigilar la actividad física de las personas jóvenes ha sido reconocida cada vez más y aunque aún existen problemas considerables con la definición, ahora tenemos algunas pruebas de los niveles de actividad de las personas jóvenes y la importancia relativa del deporte en sus vidas.

### Definiendo deporte y actividad física

La siguiente definición de deporte es ampliamente aceptada en la actualidad:

*Deporte significa todas las formas de actividad física, que a través de la participación casual, tiene el propósito de expresar o mejorar la condición física y el bienestar mental, formando relaciones sociales u obteniendo resultados en la competición a todos los niveles* (Council of Europe, European Sports Charter, 1993)

*Entre expertos existen más desacuerdos acerca de la definición de los niveles de actividad física suficientes para lograr beneficios de salud. En la actualidad, se recomienda que todas las personas jóvenes deberían participar en 1 h de actividad física moderada todos los días, y aquellas personas jóvenes que estaban inactivas deben ser alentadas a participar en por lo menos 30 min de actividad física moderada por día* (UK Department of Health, 2004)

### Participación en deportes y ejercicio

*Sport England* realizó encuestas nacionales a más de 3 000 personas jóvenes (de 6 a 16 años de edad) acerca del deporte en 1994, 1999 y 2002, para documentar los patrones cambiantes de la participación en el deporte (*Sport England*,

2003a). Durante los ocho años, hubo un incremento pequeño en el número de personas jóvenes (15% en 1994 y 18% en 2002) que no participan en por lo menos un deporte de manera regular. En contraste, el porcentaje de personas jóvenes que pasan dos o más horas a la semana en clases de educación física (EF) aumentó de 46% en 1994 a 49% en 2002.

De acuerdo a las encuestas, el tiempo invertido en el deporte, fuera de la escuela es muy constante. Casi todos los niños de 11 a 16 años de edad, encuestados durante los ocho años, han tomado parte en algún tipo de actividad deportiva, y el número de deportes que han sido probados, por lo menos una vez, fuera de la escuela aumentó de 10 en 1994 a 11 en 2002, y el número de deportes en los que participaron con frecuencia, aumentó de cuatro en 1994 a cinco en 2002. Los deportes más populares, fuera de la escuela, en las tres encuestas fueron natación, ciclismo y fútbol. El fútbol se mantuvo como el deporte favorito de los niños y la natación fue el deporte preferido de las niñas, pero la participación regular de las niñas en el fútbol escolar casi se duplicó de 7% en 1994 a 13% en 2002.

Las encuestas de *Sport England* encontraron que las personas jóvenes pasaron más tiempo participando en deportes durante su tiempo libre en 2002 que en 1994. Sin embargo, en 2002 (cuadro 2-1), las personas jóvenes de 11 a 16 años de edad pasaron más tiempo a la semana viendo televisión (11.4 h) y en trabajos de medio tiempo (8.8 h), que participando en deportes (8.1 h). Los promedios provenientes de 3 000 estudiantes ocultan diferencias amplias entre individuos y grupos. En común con casi todas las demás encuestas realizadas en personas jóvenes (Scully, Reilly y Clarke, 1998), en promedio, los niños parecen pasar hasta tres horas más por semana que las niñas en los deportes. Además, las niñas muestran una participación menor en el deporte con el aumento de edad.

Las encuestas a gran escala relacionadas con la salud de las personas jóvenes se enfocan en los niveles de actividad en general, más que en la participación en deportes específicos. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) realizó un estudio internacional de conductas de salud en niños en edad escolar (CSNE) en el que participaron más de 120 000 personas de 11 a 15 años de edad, de 26 países, incluyendo Inglaterra, Gales, Escocia e Irlanda del Norte.

El tiempo que las personas jóvenes pasaron en actividades físicas vigorosas varió mucho entre países, así como por género y grupo de edad. El cuadro 2-2, presenta el porcentaje de estudiantes en la encuesta de CSNE, que reportaron ejercitarse dos veces por semana o más en los cuatro países dentro del Reino Unido, muestra que por lo general los niveles de participación son muy elevados. En general, el porcentaje de niños que se ejercitaron con frecuencia se mantuvo entre las edades de 11 a 15 años, pero la participación de las niñas en el ejercicio fue constantemente más baja, con sólo 50% de las niñas de 15 años de edad reportando estar involucradas en ejercicios vigorosos regulares. La encuesta descubrió que el ejercicio regular era fuertemente asociado con sentirse saludable, pero no fue posible establecer si aquellos que se sentían saludables eran los que más se ejercitaban o viceversa.



Los estudios generales realizados durante el decenio pasado no muestran que las personas jóvenes sean inactivas, pero al mismo tiempo existen fuertes bases para la creencia de que aunque la educación física es parte del currículo, existen niños y personas jóvenes que llevan vidas relativamente sedentarias.

## Ejercicio —¿tan bueno para ti hoy como siempre lo ha sido?

Como Ronald Reagan remarcó notablemente, “Dicen que el trabajo pesado nunca lastimó a nadie, pero pienso —¿Por qué tomar el riesgo?” De igual manera, cuando a la gente joven se le dice de manera repetitiva que el ejercicio es bueno para ellos, podrían responder con justificación —¿realmente vale la pena tanto esfuerzo? Esta sección tratará de contestar esa pregunta.

Cuando se consideran los pros y los contras del ejercicio para adolescentes, es útil distinguir entre los efectos en la mente y en el cuerpo, los psicológicos y los somáticos. En términos de fisiología, la actividad física desempeña una función positiva en la prevención y tratamiento de una variedad de con-

**Cuadro 2–1. Tiempo promedio de cada actividad fuera de clases (horas)**

	Edad en escuela primaria 6 a 11 años de edad			Edad en escuela secundaria 12 a 16 años de edad			Todas las edades		
	Porcentaje de niños	Porcentaje de niñas	Porcentaje total	Porcentaje de niños	Porcentaje de niñas	Porcentaje total	Porcentaje de niños	Porcentaje de niñas	Porcentaje total
Ver TV/vídeos/DVD	11.6	11.7	11.6	11.8	10.4	11.1	11.7	11.1	11.4
Participar en deportes o ejercicios	9.5	7.2	8.3	10.3	5.6	7.9	9.8	6.5	8.1
Utilizar una computadora o internet	3.6	2.9	3.3	5.4	4.3	4.8	4.5	3.5	4.0
Hacer tareas escolares	2.1	2.4	2.3	3.3	4.8	4.3	2.8	3.6	3.2
Hacer un trabajo de medio tiempo <sup>1</sup>				8.9	8.7	8.8	8.9	8.7	8.8

Base: todas las personas jóvenes que han participado en cada actividad (diferentes para cada actividad).

<sup>1</sup> Sólo se le preguntó a personas jóvenes de 11 a 16 años de edad.

Fuente: *Sport England*, 2003b.

diciones físicas, y un estilo de vida físicamente activo corresponde a un estilo de vida saludable.

Las evidencias de las investigaciones confirman la protección a largo plazo que el ejercicio regular proporciona contra muchos padecimientos, incluyendo enfermedad cardíaca coronaria, hipertensión, diversos tipos de cáncer, diabetes y osteoporosis (Bridle, Fox y Boutcher, 2000). Es más, cada vez existen más

**Cuadro 2–2. Estudiantes que reportan ejercitarse dos veces por semana o más (porcentajes)**

	11 años de edad		13 años de edad		15 años de edad	
	Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños
Irlanda del Norte	80	93	83	90	63	90
Escocia	82	89	75	90	61	85
Inglaterra	73	78	63	82	50	79
Gales	82	87	71	89	56	82

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2000.

pruebas de que un nivel apropiado de actividad física durante la niñez y la adolescencia no sólo proporcionará mejorías inmediatas en el estado de salud y en la calidad de vida, sino que también retrasará el establecimiento de enfermedades crónicas en la etapa adulta (Boreham y Riddoch, 2001), al mismo tiempo que establece cierto apego a un estilo de vida saludable que durará toda la vida (Malina, 1996).

¿Cuál es un nivel apropiado de actividad física? De acuerdo con Biddle, Fox y Boutcher (2000), se deben acumular aproximadamente 60 min durante todo el día, incluyendo un rango de actividades que ayuden a promover la resistencia, la flexibilidad y la salud ósea. También existen fuertes evidencias que sugieren que los beneficios del ejercicio derivan en gran medida de su efecto en la condición física cardiovascular y, por tanto, la actividad debe ser por lo menos, de intensidad moderada para elevar la frecuencia cardíaca de manera significativa. De manera típica y tradicional, un nivel saludable de ejercicio podía ser acumulado “de manera natural” a través de juegos generales y actividades en el tiempo libre, pero lo que antes venía de manera natural, puede que hoy día tenga que ser manejado de manera activa.

Por desgracia, lo que viene “de manera natural” para los niños se vuelve menos natural para los adolescentes, y en especial entre culturas de jóvenes, que consideran que “estar sudado” no es “cool” (Bone y Gardiner, 2002). Conforme la persona joven va de una situación en la que la actividad física es obligatoria (p. ej., en la escuela) o natural (p. ej., un juego espontáneo), a una en la que puede volverse una elección de estilo de vida, el reto de asegurar que el ejercicio encaja en este nuevo mundo hostil es aún más estresante.

Las personas jóvenes parecen conocer la necesidad del cambio. Una encuesta del instituto MORI (2001) descubrió que mientras los adolescentes pasan una gran parte de su tiempo libre viendo la televisión o jugando juegos de vídeo, desearían pasar más tiempo físicamente activos. De igual manera, Bone y Gardiner (2002) encontraron que las personas de más de 16 años de edad establecieron una preferencia de ir a clubes o al cine, en lugar de ver televisión, con la primera de las preferencias involucrando al menos actividad física.

Lo opuesto de muy poca actividad es mucha —¿se puede hacer mucho, y en poco tiempo? Existen pruebas cada vez mayores que resaltan los peligros (físicos y psicológicos) de entrenar de más a una edad temprana en muchos deportes, incluyendo por ejemplo, el daño a largo plazo asociado con el desarrollo muscular inapropiado antes de que la estructura ósea tenga la oportunidad de madurar por completo. Entre los mejores deportistas, la presión de tener éxito a una edad temprana puede ser inmensa, y los padres, los entrenadores y los profesores tienen la responsabilidad de que el bienestar a largo plazo de la persona joven es el objetivo central, aparte de las aspiraciones a corto plazo. Ciertos deportes han reconocido estos peligros y han establecido restricciones de edad en su participación, lo cual es una postura que debe ser elogiada. Las lesiones por desgaste excesivo entre los atletas jóvenes pueden presentarse, y

aunque aún son poco frecuentes, a menudo tienen consecuencias más serias que las lesiones traumáticas.

Pasando de los efectos físicos a los psicológicos del ejercicio, en términos generales, la literatura indica que las formas saludables de ejercicio pueden desempeñar una función importante en la promoción de la salud mental (Biddle y Mutrie, 2001), y de manera más significativa entre aquellos con predisposición a una enfermedad mental. Aunque la relación está bien establecida, por desgracia el entendimiento de dirección o causalidad, y la relación entre los cambios psicosociales y psicológicos continúa siendo mejor definida como un asunto sin terminar (Morgan y Dishman, 2001). De igual manera, es apropiado proceder con cuidado, ya que la historia de buenas noticias no está exenta de calificaciones y, en especial, cuando los motivos para involucrarse en el ejercicio pueden no ser tan saludables, o cuando el ejercicio va más allá del hábito a signos de morbilidad, abuso o incluso, adicción a drogas, mejor conocido como “ejercicio excesivo” (Loumidis y Roxborough, 1995). Por ejemplo, de la misma manera que las prácticas poco saludables, como fumar, el ejercicio puede ser utilizado como una forma de controlar el peso, por lo que saludable significaría que el ejercicio puede ser utilizado para fines poco saludables, una vez más, incluyendo el control de peso patológico.

Con respecto a los efectos saludables del ejercicio, diversas revisiones minuciosas (Grant, 2000) han confirmado que varias disfunciones psicológicas se pueden beneficiar con la participación en actividad física, incluyendo las siguientes.

## Depresión

Se ha calculado que a lo largo de toda la vida, entre 5 y 12% de varones y 9% y 12% de mujeres en el Reino Unido padecerá depresión clínica, y este panorama está aumentando. Aunque las personas de edad avanzada son vulnerables en especial, los adolescentes no son inmunes, como lo muestra el aumento reciente en suicidios entre varones jóvenes en el Reino Unido (una tendencia no reflejada entre las mujeres jóvenes), con un rango de edad de 15 a 34 años, actualmente como el más vulnerable.

¿El ejercicio puede ayudar a las personas jóvenes a lidiar con la depresión? Sí, pero su uso también implica problemas. Emocionalmente, los síntomas de depresión a menudo incluyen sentimientos de no valer nada, culpabilidad y vergüenza, pensamientos de muerte, tristeza, pesimismo, irritabilidad y la incapacidad de continuar obteniendo placer de las actividades que antes se disfrutaban (como el deporte y el tiempo libre). En términos cognitivos, la depresión puede interferir con la capacidad de concentración y de tomar decisiones. Es más, las personas pueden reportar síntomas físicos, como fatiga, insomnio, lentitud de movimientos, lo cual hace menos probable que la persona joven deprimida se ejercite. De esta manera, el ejercicio puede ayudar, pero puede ser difícil establecer un régimen de ejercicio, dados los síntomas de la depre-

sión —doble vínculo (*Catch-22*). Además, aunque el ejercicio físico posee un efecto antidepresivo inmediato y a largo plazo, es más efectivo entre aquellos que están más enfermos, comenzar con y entre grupos de mayor edad en particular.

No obstante todas estas limitaciones, la depresión clínica aún muestra las respuestas positivas más constantes con el ejercicio físico, teniendo los efectos más poderosos entre aquellos con los síntomas más severos (Martinsen, 1994). El ejercicio aeróbico parece ser el más efectivo, al igual que las actividades repetitivas, como caminar, correr, ciclismo, entrenamientos en circuitos pequeños y cardiovascular, con regímenes que abarcan más de varios meses, en apariencia proporcionan los efectos más positivos.

## Ansiedad

Desde 1980 ha habido más de 30 revisiones de los efectos del ejercicio en la ansiedad (Raglin 1997). A pesar de este esfuerzo intensivo, Scully y colaboradores (1998) remarcaron que aún existe cierta incertidumbre con respecto a que nivel de intensidad de ejercicio es necesario para que se presenten los efectos ansiolíticos. De acuerdo a ciertas investigaciones, hasta una sola sesión de 5 min de ejercicio puede ser suficiente para inducir una disminución en los niveles de ansiedad (Long y Stavel, 1995), aunque los efectos más poderosos tienden a obtenerse con programas que manejan periodos más prolongados (de 10 a 15 semanas o hasta más). La naturaleza del ejercicio no parece ser crucial y, por tanto, lo más apropiado es que los individuos tengan la libertad de ejercitarse en un nivel seleccionado por ellos mismos. Los sentimientos de control y autoterminación asociados a los adolescentes, pueden ser en especial valiosos para alentarlos a involucrarse en cualquier régimen de ejercicio.

## Reacción al estrés

La literatura relacionada ha considerado como el ejercicio puede proporcionar protección contra los efectos negativos del estrés. Los aumentos o mejoras en la condición física suelen facilitar la capacidad del individuo para lidiar con el estrés, aunque algunos estudios reportan diferencias insignificantes entre la buena condición física y una menor condición física.

En tanto que puede ser que los individuos en buena forma aeróbica muestren una menor respuesta al estrés psicosocial, la función que el ejercicio puede desempeñar quizá sea más preventiva que correctiva, y la respuesta al estrés por sí misma continúa siendo comprendida sólo de manera parcial. Para las personas jóvenes se recomienda que un régimen de ejercicio aeróbico (p. ej., ejercicio continuo de suficiente intensidad para elevar la frecuencia cardiaca de manera significativa por encima del índice de reposo, por una duración de más de 21 min) puede favorecer de manera importante la reacción al estrés, y en particular el estrés relacionado con el estilo de vida o con el trabajo.

## Estado de ánimo

Numerosos estudios han investigado las propiedades favorecedoras del estado de ánimo del ejercicio, y han mostrado que el ejercicio puede tener una influencia positiva en el estado de ánimo (p. ej., Crabbe, Smith y Dishman, 1999). Sin embargo, el optimismo inicial ha sido opacado por el descubrimiento de que los efectos pueden no ser tan persistentes entre las poblaciones no clínicas (Scully *et al.*, 1998). Las investigaciones sugieren que la relación puede ser mucho más compleja de lo que implicaron las primeras investigaciones, y que las diversas formas de ejercicio, tanto aeróbico como anaeróbico, pueden ser asociadas con un aumento en el estado de ánimo, en circunstancias particulares. Aún no se ha determinado si el efecto está basado en factores psicosociales, psicológicos, psicofarmacológicos o psicofisiológicos.

## Autoestima

Como era de esperarse, las investigaciones sugieren un vínculo positivo entre el ejercicio y la autoestima, y en especial entre aquellos cuya autoestima se encuentra baja, incluyendo a los adolescentes, conforme se esfuerzan por desarrollar un sentido de personalidad (Fox, 2000). A pesar de la idea de que el ejercicio favorece la autoestima, Johnsgard (1989), entre otros, han enfatizado que el ejercicio hará muy poco por mejorarla si ésta presenta déficit principalmente en otras áreas de la vida, como educación, problemas emocionales o de conducta, o falta de habilidades sociales. No obstante, si la autoestima baja de la persona joven tiene sus raíces en una imagen corporal deficiente, en la falta de condición física o en el control de peso, entonces el ejercicio puede tener un efecto positivo, y éste parece ser más poderoso cuando se emplean actividades aeróbicas.

Los trabajos recientes en esta área han empleado medidas de múltiples facetas de la autoestima, incluyendo el *Physical Self-Perception Profile* (PSPP; Fox, 2000), que es una escala que distingue entre la autoestima global y la física, y que a su vez debe ser relacionada con factores que incluyen imagen corporal y competencia en los deportes. Los trabajos subsecuentes indican que la actividad física está asociada con niveles más elevados de autoestima en varones y mujeres jóvenes. En general, las investigaciones indican que el ejercicio puede reforzar la autoestima en los casos en que es frágil o no está bien desarrollada, y la adolescencia puede ser un período de la vida en donde puede desempeñar una función en particular útil.

## Imagen corporal

Cuando se recomienda realizar actividades físicas, es importante asegurar que el ejercicio no produzca más problemas de los que resuelva. Hoy día, existen evi-



dencias considerables de los peligros asociados con el ejercicio excesivo y del tipo de individuo que es más propenso a utilizar el ejercicio de manera inapropiada (Johnston, 2001). La naturaleza por géneros de la actividad física no debe ser ignorada en este debate. Scully, Reilly y Clarke (1998) y Franzoi (1995) describen como las mujeres, y en especial las jóvenes, se enfocan en su cuerpo como un registro estético, mientras que de manera tradicional, es más probable que los varones se fijen en los aspectos dinámicos de sus cuerpos, como la coordinación, la resistencia y la velocidad.

Este énfasis en la forma femenina en los escenarios del ejercicio puede generar sentimientos de ansiedad social-física, limitar que la actividad sea disfrutada y hasta puede ser exacerbada por la naturaleza de la vestimenta requerida (Frederick y Shaw, 1995). McAuley y colaboradores (1995) reportaron que la

ASF está correlacionada con los motivos de autopresentación para el ejercicio, como el control de peso y ser atractivo, los cuales son mayores entre las mujeres (Frederick y Morrison, 1996). De manera constante, las mujeres tienen menor puntuación que los hombres en medidas de autoconfianza con respecto a sus cuerpos y a su competencia física y, por tanto, es una necesidad pensar con cuidado acerca del diseño del ejercicio y los lugares en donde se lleva a cabo (o sea, ropa e instalaciones para cambiarse), para hacer que las mujeres se sientan más cómodas con la imagen de su cuerpo durante el ejercicio.

De manera más general, las investigaciones muestran que la imagen corporal tiende a ser menos positiva entre las mujeres (Koff y Bauman, 1997), y se encuentra vinculada de manera más cercana a la autoestima general de las mujeres que a la de los varones, y puede hacer que las mujeres jóvenes sean más susceptibles a los trastornos relacionados con el ejercicio, incluyendo la tríada de la mujer atleta.

Con respecto a los trastornos de la alimentación, la amenorrea y la osteoporosis, la tríada de la mujer atleta es la manifestación física de un apego patológico al ejercicio, a menudo aunada a una dieta inapropiada (Arena, 1997). Es común en los deportes que enfatizan la importancia de un bajo peso corporal para tener un mejor desempeño o apariencia (p. ej., gimnasia, patinaje sobre hielo y danza). Además, no sólo el ejercicio puede ser asociado con la insatisfacción corporal, una vez que ha comenzado puede mantener la naturaleza repetitiva y cíclica de los trastornos de la alimentación (Davis, 1999).

A pesar de que las discusiones tradicionales acerca de estos aspectos tienden a enfocarse en las mujeres jóvenes, cada vez existe mayor conocimiento de que los varones jóvenes también tienen riesgo de desarrollar trastornos relacionados con el ejercicio, incluyendo no sólo anorexia, sino también dismorfia muscular o la búsqueda de mayor volumen, en particular, definición muscular (Olivardia y Pope, 2002).

Para concluir esta sección, no existe una deficiencia en las investigaciones acerca de la relación entre el ejercicio físico y la salud, y aunque el panorama general es positivo, es necesario proceder con cautela. Esto es cierto debido a que los mecanismos subyacentes, ya sean bioquímicos, farmacológicos, fisiológicos o psicológicos, continúan siendo comprendidos sólo de manera parcial. Por ejemplo, ¿por qué el ejercicio debe influir en la autoestima de los adolescentes?, y ¿por qué el ejercicio debe mejorar el estado de ánimo y la depresión? Hoy día, la psicología del ejercicio se caracteriza por un grupo de mecanismos cada vez más sofisticados y de modelos utilizados para explicar un rango de fenómenos (Buckworth y Dishman, 2002), pero aún es necesario tener un consenso claro. En el recuadro inferior se incluyen los mecanismos principales.

¿Qué teorías, modelos o hipótesis proporcionan las mejores explicaciones? La mejor suposición sería que todas desempeñan cierta función, pero la importancia de cada una variará de manera considerable según el contexto.

## Explicaciones del ejercicio físico y el bienestar

### Hipótesis de la catecolamina

Las catecolaminas (p. ej., adrenalina, noradrenalina y dopamina) actúan como transmisores en el sistema nervioso central, y están implicadas en el control de los movimientos, el estado de ánimo, la atención, así como en las respuestas endocrina, cardiovascular y de estrés. La hipótesis de la catecolamina sugiere que el ejercicio activa la liberación de catecolaminas, que a su vez son asociadas con estados de euforia y de ánimo positivo.

### Hipótesis de la endorfina

En el decenio de 1980-89, surgió la frase “alto en endorfinas” o “droga de los corredores” para describir el efecto que las endorfinas (también conocidas como morfina endógenas o “péptidos del placer”) pueden tener en los sentimientos de bienestar después del ejercicio. Las endorfinas son transmisores tipo opiáceo presentes de manera natural, que parecen unirse en sitios receptores específicos en partes discretas del sistema nervioso central, asociadas con la información y el efecto del dolor. Se ha demostrado que el ejercicio provoca un aumento por fases significativo de endorfinas dentro del torrente sanguíneo a partir de la hipofisis.

### Hipótesis termogénica

Esta hipótesis sugiere que el aumento en la temperatura corporal, obtenida con el ejercicio, reduce la actividad tónica muscular, reduciendo así la ansiedad somática y, por tanto, induciendo un efecto psicológico positivo.

Se ha sugerido que el aumento en la temperatura puede modificar los niveles de monoaminas (incluyendo a los neurotransmisores, como noradrenalina, adrenalina, serotonina y dopamina); no obstante, las investigaciones no son muy abundantes (Youngstedt *et al.*, 1993).

### Hipótesis de la distracción o descanso

Esta hipótesis se inclina a una explicación psicosocial de los efectos positivos del ejercicio, sugiriendo que a través del acto de involucrarse en el ejercicio, se obtiene una liberación psicológica de la fuente principal de la preocupación o la depresión (Alfermann y Stoll, 2000).

### Hipótesis del dominio

Es probable que cualquier ejercicio que involucre el dominio de habilidades particulares tenga un efecto positivo en la autoeficacia, que a su vez se verá reflejado en una mayor autoestima y un estado afectivo positivo (Casper, 1993). La variable crítica aquí es que puede ser probable que el éxito o logros percibidos sean asociados con la actividad física más que con la actividad *per se*.

## Inicio y retiro: las razones de por qué

Por las primeras secciones en este capítulo debería ser capaz de elaborar una imagen de los niveles de salud y actividad física en los adolescentes, y de cómo

se comparan con generaciones anteriores. Además, debe tener una comprensión clara de los beneficios potenciales de salud que un estilo de vida activo puede proporcionar, ya sea a través de actividades deportivas organizadas o por medio de ejercicio regular sin estructurar. Ahora cambiaremos la atención del ¿qué? de la actividad física hacia el ¿por qué? —a las razones subyacentes de por qué los adolescentes hacen o no ejercicio. Las investigaciones en el área de la motivación de participación se han enfocado en los deportes juveniles estructurados más que en los adolescentes involucrados en diversas actividades que implican ejercicio. Sin embargo, muchos de los descubrimientos también aplican en aquellos involucrados en actividades menos formalizadas. Si preguntan por qué se toma parte en un deporte o ejercicio pueden darse muchas razones pero por lo general, se identifican cinco grupos principales de motivos.

### Motivos de participación

1. **Habilidad:** para obtener sentimientos de realización o capacidad.
2. **Social:** para obtener un sentido de pertenecer o sentirse afiliado a una organización o grupo
3. **Condición:** para mejorar la fuerza, la forma o la resistencia.
4. **Competencia:** para lograr el éxito, ya sea a través de la competencia o al observar el progreso
5. **Diversión:** por último (pero no por ello menos importante) por placer o diversión.

(Buonamano *et al.*, 1995)

A menudo estas razones cambiarán durante los años y conforme continua la participación, pueden darse diversas razones en cualquier momento. De manera similar, las razones dadas para retirarse o dejar de participar en un deporte o ejercicio pueden ser agrupadas en cinco temas:

### Motivos para el retiro

1. **Mejoría limitada:** una falta de progreso o mejoría notable en las habilidades requeridas para la actividad.
2. **Conflictos de interés:** un aumento de interés en otras actividades, provocando conflictos con el tiempo.
3. **Presión de otros:** sentimientos de presión excesiva de otras personas, como un entrenador, padre u otros jugadores.
4. **Falta de tiempo para jugar o lesión.**
5. **Aburrimiento:** y finalmente, una falta de diversión o emoción.

(Gould, 1987)

Una vez más, si usted fuera a preguntar a alguien porque se retiró o dejó de participar en una actividad, la persona puede dar diversas razones, las cuales

pueden cambiar a largo plazo después de haber dejado dicha actividad, tal vez reflejando un desencanto mayor con su participación restante. También es importante distinguir entre aquellos que se retiraron de un deporte específico, pero permanecen activos a través de otras actividades, *versus* aquellos que eligieron retirarse de todo tipo de deporte o ejercicio (de dominio general; Gould y Petlichkoff, 1998).

A partir de esta lista y en base a su experiencia usted será capaz de elaborar una imagen de una red más compleja de circunstancias y personas (variables que influyen), que interactúan para alentar o desalentar a las personas jóvenes para que se involucren en la actividad física. Ahora deben revisarse estas variables en tres grupos de facilitadores o barreras: **personales** (motivación, propósitos y diversión), **sociales** (amigos, padres y entrenadores) y **estructurales** (elección, acceso y alternativas de actividades).

## Personales

En general, cuando se utiliza el término “motivación” se entiende a hablar de aquellos que están altamente motivados o de aquellos que tienen poca motivación, sugiriendo que la motivación es un concepto singular vinculado a la personalidad. Los investigadores como Deci y Ryan (1985, 1991) se refieren a la motivación como la caída en un espectro con desmotivación (ausencia) en un extremo y **motivación intrínseca** (interna) en el otro. En la mitad de estos extremos se encuentran diversos tipos de **motivos extrínsecos**, como el reconocimiento de los demás, evitar los sentimientos negativos y cumplimiento de deseos personales. Aquellos participantes que son más autónomos o que sienten una personalidad con control de sus vidas son más propensos a estar motivados de manera intrínseca, en tanto que aquellos que sienten como si tuvieran poco control de la situación, son más propensos a ser motivados de manera extrínseca o hasta desmotivados (Vallerand y Losier, 1999). Los investigadores han encontrado que las personas que participan en ejercicios son más propensos a citar motivos extrínsecos para el inicio de la actividad (p. ej., condición física y apariencia), mientras que aquellos que están involucrados en deportes tradicionales refieren más motivos extrínsecos, como diversión, competencia y afiliación (Frederick y Ryan, 1993; Lowry y Kremer, 2004).

Como se estableció antes, con una participación mantenida, los motivos pueden cambiar de aquellos que determinaron originalmente el inicio de la actividad. De hecho, los motivos intrínsecos, y en particular la competencia y la diversión, predicen una continuidad, en tanto que los motivos extrínsecos, y en específico la apariencia, suelen predecir el abandono de la actividad (Ryan *et al.*, 1997). Al parecer, la motivación también puede influir en la frecuencia y duración de la participación.

Frederick y Ryan encontraron una correlación positiva para los motivos intrínsecos y una correlación negativa para los motivos extrínsecos, con horas por semana de participación. De esta manera, aquellos que mencionaron los

motivos intrínsecos de diversión y competencia, participaron con mayor frecuencia y por mayor duración que aquellos que mencionaron los motivos extrínsecos.

### **Teoría de la orientación de logro de propósitos**

Originalmente desarrollada en relación con la realización educacional (Nicholls, 1984). La teoría de orientación de logro de propósitos ha sido explorada de manera extensa dentro del contexto de la participación en el deporte, y en particular en relación con el deporte de competencia en jóvenes (Roberts, 2001). White y Duda (1994) sugieren que los motivos de participación son el resultado de la orientación de propósitos subyacentes de un individuo. Aquellos que son identificados como orientados a una tarea tienden a participar por razones de desarrollar o realizar habilidades, afiliación u obtener condición física. En contraste, aquellos identificados como orientados por el ego tienden a citar motivos de participación relacionados con el estado social, la competencia y el reconocimiento. En realidad, un individuo puede poseer ambas orientaciones de propósitos, en mayor o menor grado; o sea, pueden estar altamente orientados por una tarea y por el ego, bajos en ambos, o alto en una y bajo en otra orientación (Fox *et al.*, 1994). Papaioannou y Theodorakis (1996) descubrieron que la orientación a una tarea predecía la intención de participar en actividades físicas y que la orientación por ego mostraba una predicción deficiente de la intención de participar. Al mismo tiempo, debe remarcarse que con el inicio de la adolescencia también existe un aumento en la orientación por ego hacia la participación (Nicholls, 1978).

Una razón comúnmente proporcionada para la participación en una actividad física es la diversión, pero a pesar de su importancia para el entendimiento de la motivación de la participación, el concepto ha sido definido de manera deficiente y a menudo es menospreciado. Czikszenmihalyi (1990), que definió la diversión en términos de un curso o un proceso, propuso que la diversión se presentaba cuando la capacidad o habilidades de un individuo correspondían con las demandas de la actividad, en tanto que el aburrimiento se debía a una falta de correspondencia (ya sea muy fácil o muy difícil). Scanlan y Lewthwaite (1986) ofrecen una perspectiva alternativa, definiendo la diversión como una respuesta o producto positivo que surge de la participación. Separando el proceso del debate de producto, los hallazgos de la investigación revelan la importancia de la variable en la actividad de los adolescentes. Boyd y Yin (1996) han sugerido que las fuentes importantes de diversión deportiva en la actividad física de los adolescentes incluyen mayor orientación por una tarea, mayor percepción de competencia y mayor número de años de participación en la actividad. Scanlan y colaboradores (1993) encontraron fuentes similares de diversión en los atletas jóvenes, incluyendo factores como el esfuerzo, el dominio, la satisfacción con el desempeño, así como el apoyo de amigos y del entrenador. Como se puede observar en estos estudios, la diversión tiende a ser más asociada con factores de motivación intrínseca, que con factores de motivación extrínseca.

## Sociales

Por lo general, el deporte juvenil es una actividad realizada en compañía de, o en competencia con otros participantes y bajo la instrucción de entrenadores o profesores. Además de los amigos y los tutores, los padres pueden involucrarse por medio de la provisión práctica de transporte y ayuda financiera, y en ocasiones, instrucción.

Otra razón que ha sido mencionada para la participación es el descubrimiento de un sentido de afiliación con otros, y en particular, con el grupo de amigos. La influencia de los amigos es de gran importancia durante el principio de la adolescencia, teniendo la comparación y la evaluación de los amigos como fuentes de importancia particular de información acerca de la competencia en el deporte (Horn y Amorose, 1998). Duncan (1993) sugirió que los amigos influirán en la diversión, el compañerismo y el reconocimiento; éstos a su vez influyen en las percepciones de competencia y las respuestas afectivas (emocionales) a la participación. Si el adolescente es aceptado o rechazado por su grupo de amigos, esto no sólo proporciona información acerca de la competencia en la atmósfera deportiva, sino que también proporciona una visión de las habilidades sociales. Imagine por 1 min los pensamientos y sentimientos que acompañan al jugador que de manera constante es elegido en último lugar cuando se eligen los equipos. No sólo es el rechazo como el peor jugador en el grupo, sino que la persona puede comenzar a cuestionar su popularidad dentro del grupo. Estas evaluaciones negativas influirán de manera subsecuente en el autoconcepto y en las reacciones emocionales a la actividad, desalentando así una participación futura.

Los entrenadores y los padres pueden ser responsables de crear un **ambiente motivacional**, enfatizando el dominio, o un **ambiente competitivo**, rodeando la actividad física. De manera constante, los investigadores han encontrado una correlación significativa entre las diferencias en el ambiente motivacional y el efecto, conducta o conocimiento motivacional (Ntoumanis y Biddle, 1999). Al parecer, los padres o los entrenadores son considerados por mostrar preferencia por ciertas razones de participación y propósitos asociados, y es esta percepción del ambiente (sea verdadera o no) la que contribuye a la diversión, la satisfacción, y la creencia de estar involucrado y de la calidad de la participación de la persona joven (Seifriz, *et al.*, 1992). Los entrenadores y los instructores no sólo proporcionan la enseñanza necesaria para adquirir una habilidad, sino que también dan indicios con respecto a la capacidad, progreso y aceptación, logrados a través de los estímulos, retroalimentación y refuerzo. La influencia del entrenador es determinada por como el participante percibe estos indicios y actúa en base a ellos. Allen y Howe (1998) sugieren que las personas jóvenes en una situación de equipo, perciben a aquellos que reciben elogios como competentes, y aquellos que reciben **retroalimentación correctiva** como que tienen menos capacidad. La influencia de un entrenador también varía de acuerdo a factores como edad, género, madurez física y experiencia deportiva (Allen y Howe,

1998). Los padres desempeñan una función importante en los niños, en especial en la niñez temprana a media (Jambor, 1999). Las características de los padres (como el niño las percibe) son asociadas con la diversión, motivación intrínseca, percepción de competencia, y de presión del niño (Babkes y Weiss, 1999). Esto es apoyado por Kendall y Danish (1994) quienes sugieren que más que proporcionar un modelo físico para sus hijos, los padres son una fuente clave de apoyo y aliento, por medio de sus actitudes, opiniones y comportamiento.

### **Reciprocidad de la influencia familiar**

Weiss y Hayashi (1995) resaltaron la naturaleza recíproca de la influencia social sobre las actividades de aquellos involucrados. Por ejemplo, si un niño está involucrado en un deporte, la vida familiar se ajusta para poder acomodarla a las prácticas y competencias. Los padres y otros hermanos pueden elegir apoyar desde afuera o involucrarse en un deporte específico o en un estilo de vida más activo.

*En especial los padres, reportaron cambios de actitud y de comportamiento como una consecuencia de la participación intensiva de su hijo o hija en un deporte, apoyando la existencia de efectos inversos de socialización por medio de participación en el deporte (p. 46)*

## **Estructurales**

Por desgracia, el entendimiento de los factores estructurales o ambientales, asociados con la adopción y continuación de la actividad física, queda por debajo de aquellos factores personales o sociales. Sin embargo, las percepciones de las facilidades inmediatas, así como del ambiente circundante en definitiva influyen en la probabilidad de que ese sitio sea utilizado para realizar deportes o ejercicio. Los factores ambientales percibidos, como la falta de seguridad peatonal (volumen de tráfico, alumbrado, cruceros, carril para bicicletas y pavimentación), los niveles elevados de crímenes en el área, el acceso deficiente a las instalaciones (parques, campos y centros) y el acceso limitado al transporte público, se encuentran asociados con niveles menores de actividad física (Kirtland *et al.*, 2003; Timperio *et al.*, 2004). Lo importante es que, la percepción de los factores ambientales inapropiados es lo que se relaciona con los bajos niveles de actividad, más que la realidad de estas características (Timperio *et al.*, 2004). Un análisis de estos factores ambientales podrían extenderse de manera exitosa a algunos aspectos, incluyendo el diseño de las áreas para cambiarse y bañarse, y los efectos que estos diseños pueden tener, por ejemplo, en el temor que las personas jóvenes tienen de avergonzarse, pero desafortunadamente, estos aspectos permanecen sin ser investigados.

Otro factor estructural que influye en los niveles de actividad física es el estado socioeconómico. Lasheras y colaboradores (2001) descubrieron que los niños de familias con estado socioeconómico medio a alto son más activos que aquellos de familias con estado socioeconómico bajo. Esto puede estar relacio-

nado con la inversión financiera que se requiere para el equipo, las clases y el transporte. Ellos argumentaron que un estilo de vida activo no necesariamente significa un gasto extra, sugiriendo que al fomentar juegos tradicionales, caminatas, ciclismo y haciendo uso de los campos comunitarios, se puede adoptar un estilo de vida activo. Sin embargo, los descubrimientos de Timperio y colaboradores (2004) sugieren que las personas con estado socioeconómico más bajo viven en comunidades que son consideradas como inseguras y, por tanto, no permiten que las personas jóvenes tengan la libertad de salir a jugar. Por último, se debe considerar la localización geográfica de la casa de las personas jóvenes. Si está localizada en una ciudad más grande, es más probable que participen en deportes varias veces a la semana, y que se involucren en deportes organizados que los que viven en áreas rurales (Lasheras *et al.*, 2001).

Como se sugirió en este capítulo, la participación de los adolescentes en la actividad física parece ser influenciada en gran medida por las experiencias en las clases de educación física en la escuela. Una encuesta de 2 400 personas jóvenes, realizada por el *Sports Council for Northern Ireland*, descubrió que 31% indicó que la escuela era el factor que más influía en su seguimiento del deporte y 26% estableció que la escuela influía al promover el deporte que jugaban con mayor frecuencia (Kremer *et al.*, 1997). Coakley y White (1992) encontraron que la participación de los adolescentes en programas deportivos comunitarios también era influenciada por las experiencias en las clases de educación física. A pesar de la fuerte influencia de la escuela, De Knop y colaboradores (1999) sugieren que los adolescentes han mostrado un cambio de las actividades interactivas organizadas a actividades recreativas individuales, que son menos demandantes físicamente. Esta desviación del deporte tradicional se observa tanto a nivel privilegiado del deporte competitivo, como en las políticas gubernamentales. El Comité Olímpico Internacional (COI) revisa continuamente los deportes incluidos en los eventos de invierno y verano. Las inclusiones recientes han sido volibol playero, el cual debutó en el año 2000, y *snowboarding* y esquí estilo libre en 1998. En 2004, el gobierno británico donó dinero adicional para aumentar la impartición de clases de educación física en las escuelas; al realizar el anuncio, el primer ministro citó la inclusión de actividades como yoga, tai chi y cursos para porristas, como actividades apropiadas.

Aunque los adolescentes parecen tener una gran variedad en cuanto a actividades físicas se refiere, ¿será que la elección de la actividad influye en la calidad de la participación? La relación entre la cohesión grupal y el desempeño es mayor para aquellos que están involucrados en actividades de equipo, que en los que están involucrados en actividades más individuales (Carron y Dennis, 1998). Se ha descubierto que la cohesión de equipo o la falta de ésta hace la diferencia entre los participantes que permanecen en el equipo y aquellos que renuncian (Carron, 1982), y entre los que asisten con regularidad a las prácticas o ejercicios y aquellos que con frecuencia se ausentan (Spink y Carron, 1992, 1993).

En conclusión, como esta sección debería ilustrar, un entendimiento del “por qué” de la participación de los adolescentes en ejercicios físicos requiere una

consideración de una variedad amplia de factores personales, sociales y estructurales, que se combinan para determinar los niveles de actividad, y cambian a través del tiempo. La transición de actividades formales organizadas, como parte del currículo escolar a la participación voluntaria durante la adolescencia es una meta muy lejana para muchas personas jóvenes. No obstante, sólo a través de una consideración sistemática de cómo estas variables complejas interactúan, puede esperarse fomentar estilos de vida en los que la actividad física desempeñe una función integral e importante, y es a través de intervenciones efectivas que ahora se intenta.

## Fomentando el ejercicio saludable

En términos generales, se ha observado que conforme los niños entran en la adolescencia existe una disminución en su participación en actividades físicas, siendo más pronunciada esta tendencia en las niñas que en los niños. ¿Qué puede hacerse para detener esta disminución y alentar a los adolescentes a mantener su participación en el deporte y el ejercicio? Hasta la fecha, se han diseñado una gran cantidad de intervenciones en actividades físicas, en base a modelos y conceptos teóricos, para hacer frente a los conocimientos, actitudes y conductas individuales (Wechsler *et al.*, 2000). Otro abordaje ha sido desarrollar una intervención individual en el adolescente, enfocándose en los factores contextuales asociados con la actividad física. En la sección anterior se examinaron diversos factores contextuales o estructurales que influyen en las actividades, así como otros factores importantes, el ambiente y las experiencias en base a la escuela. En un reporte reciente del *Department of Health, At least five times a week* (2004), el *Chief Medical Officer* propuso diversas acciones que podían ser realizadas a nivel autoridades locales, escuelas y padres para mejorar la salud de la nación. Utilizando este marco, deben examinarse las posibles intervenciones que pueden ser utilizadas como evidencias de su efectividad.

### Recomendaciones para el ejercicio

Reporte de DHSS, *At least five times a week* (2004), Recomendaciones (p. v-vi)

Nivel autoridades locales y comunitario

- Planes de transporte local para dar consideración particular al caminar y al ciclismo como medios de comunicación y transporte personal.
- Las autoridades locales deben hacer que los vecindarios y comunidades sean más “amistosas con las actividades” –placenteras y seguras al caminar, andar en bicicleta y jugar.
- Planeadores de ciudades, arquitectos e ingenieros para asegurar que la actividad física sea más fácil y no más difícil de realizar, en edificios, calles, desarrollos de vivienda y escuelas nuevas.

**Escuelas**

- Los profesionales escolares y los entrenadores deportivos deben alentar a los niños y personas jóvenes de todas las capacidades, formas y tamaños, para que participen en deportes y actividades en las que se involucran toda su vida.
- Caminar a la escuela y al colegio debe ser apoyado y alentado.
- Mayor educación para ayudar a entrenar a profesionales de mayor calidad, como expertos en la promoción de actividades físicas que favorecen la salud.

**Padres**

- Los padres deben alentar a los niños a que sean activos y establecer ellos mismos modelos activos.
- Las actividades sedentarias y hogareñas deben ser reducidas y más activas, aumentando las actividades fuera de casa.

## Intervenciones basadas en la comunidad

Dado el papel esencial que desempeña la comunidad, tal vez sea sorprendente que existe una falta de investigación acerca de las intervenciones comunitarias en el fomento de estilos de vida más activos (Kahn *et al.*, 2002). Aún más aparente es la falta de evidencias basadas en personas jóvenes, con muchos de los estudios utilizando trabajadores adultos, personas de edad avanzada o niños más pequeños. Existen diversos beneficios de las intervenciones a nivel comunitario que superan a los que se conducen en las escuelas:

- Las personas jóvenes pasan su tiempo libre en las tardes, fines de semana y días festivos en la comunidad.
- Existe participación de modelos potenciales distintos de los profesores.
- La participación se lleva a cabo en un ambiente informal.
- La provisión de servicios a nivel comunitario permite una implementación más sencilla de un estilo de vida activo (Pate *et al.*, 2000).

En términos de la primera y segunda recomendaciones para las intervenciones comunitarias, ofrecidas por el *Chief Medical Officer (Department of Health, 2004)*, las autoridades locales deberían considerar e implementar las caminatas y el ciclismo como medios de transporte y recreación. Recientemente, dentro del Reino Unido, *Sustrans*, una organización para el transporte eficaz ([www.sustrans.org.uk](http://www.sustrans.org.uk)), ha sido involucrada en la organización de la campaña “rutas seguras a la escuela”, la cual trata de proporcionar a cada niño en el Reino Unido una ruta segura que pueda tomar a la escuela. La organización también es responsable de la red de circuitos nacionales y otras campañas, incluyendo los proyectos “rutas seguras a las estaciones” y “zonas de casas”, en los que a muchas calles de las comunidades se les da un uso prioritario para transeúntes. Estas iniciativas

deben permitir un acceso mejor y más seguro a los espacios externos, para que las personas jóvenes participen en actividades recreativas.

Como se mencionó, existe una diferencia entre géneros, en términos de los tipos de actividades y de la intensidad en que dichas actividades son realizadas por varones y mujeres, siendo las mujeres jóvenes las que quedan por debajo de sus compañeros masculinos. Las organizaciones comunitarias deben fomentar la ampliación de oportunidades para las actividades no competitivas que requiere este grupo en particular, y ser imaginativas en términos de recursos disponibles. Por ejemplo, las comunidades religiosas y las organizaciones voluntarias pueden ser un recurso útil para promover actividades físicas en comunidades más grandes, ya que a menudo cuentan con espacio y voluntarios disponibles. Un fenómeno más reciente en EUA es la actividad de “caminata en centro comercial”, en donde la gente es alentada a utilizar los espacios internos y seguros de los centros comerciales, fuera las horas normales de trabajo, para caminar y ejercitarse (Bland y Colby, 1999).

Para ayudar a desarrollar el conocimiento, las campañas de medios comunitarios y nacionales pueden ser dirigidas al cambio de conducta, al proporcionar información a las personas acerca de los beneficios de elegir un estilo de vida activo. Las campañas de los medios, recientes en el Reino Unido, como las que fundaron la *Health Promotion Agency* y otros organismos, han alentado al público a volverse más activos, a hacer ejercicio de manera regular y a viajar de manera activa al trabajo o a la escuela.

En una revisión de la efectividad de las intervenciones de las actividades, Kahn y colaboradores (2002) no lograron encontrar estudios de investigación suficientes, que hubieran evaluado la efectividad de las campañas de medios masivos de comunicación; no obstante, concluyeron que parecían proporcionar mejoras útiles en el conocimiento y en la apreciación de los beneficios de las actividades físicas. En contraste, numerosos estudios han evaluado la efectividad de los estímulos de actividades. Estos estímulos pueden ser carteles visuales colocados en lugares estratégicos, cuando el individuo necesita elegir una respuesta activa o sedentaria. Es típico que los anuncios sean colocados cerca de los elevadores o las escaleras de edificios públicos, para fomentar que las personas elijan utilizar las escaleras como una alternativa activa. Blamey, Mutrie y Aitchison (1995) encontraron que el uso de escaleras en varones aumentó de 12 a 21%, mientras que en las mujeres subió de 5 a 12%, cuando los anuncios fueron colocados entre las escaleras y las escaleras eléctricas de una estación de tren subterráneo.

Al considerar el diseño de muchos edificios públicos de varios pisos, como los centros comerciales, se nota que muchos parecen haber sido planeados para un estilo de vida sedentario. Las escaleras pueden tener una localización inconveniente y pueden ser pocas, mientras que los elevadores y las escaleras eléctricas suelen ser colocados en los puntos de entrada a estos edificios. De hecho, Kahn y colaboradores (2002) sugirieron que algunos parecen ser una elección poco segura, por tener iluminación y mantenimiento deficientes.

## Intervenciones basadas en las escuelas

Las personas jóvenes que participaron en la encuesta del *Sports Council Northern Ireland* (SCNI; Kremer, Trew y Ogle, 1997) reportaron que la razón más común para participar era “por la escuela” (31%). Por tanto, es lógico que cualquier intervención que alentara una mayor actividad física entre las personas jóvenes debe hacerse dentro del ambiente escolar. Las intervenciones basadas en las escuelas pueden ser a nivel individual del profesor o a nivel de organización. Lo siguiente ilustra cada una de ellas.

El profesor, como modelo, tendrá un impacto significativo en la participación o en el rechazo individual del alumno hacia la actividad física. Los mensajes transmitidos a los alumnos a través de la estructura y ambiente de la clase de educación física, y las señales dadas por el profesor requieren de consideración cuidadosa. Como ya se observó antes, el tipo de retroalimentación proporcionada por el profesor o entrenador puede influir de manera significativa en la motivación, y por consecuencia, tener impacto en los niveles de compromiso en las actividades físicas. La retroalimentación permitirá que el individuo evalúe su progreso, en base y más allá, de los resultados de la competencia contra otros. Sarrazin y Famose (1999) ofrecen a los educadores un marco útil para estructurar la retroalimentación dada a los alumnos para reflejar una orientación a una tarea, más que por ego, sin descartar la naturaleza competitiva de muchos deportes.

### Lineamientos de retroalimentación (Sarrazin y Famose, 1999)

1. Evitar situaciones en las que los estudiantes sean evaluados por ganar o perder —enfaticar las mejorías y el dominio de las habilidades involucradas.
2. Evitar publicar los resultados de las competencias en clase.
3. Evitar las situaciones en las que los estudiantes participen de manera individual frente a su clase.
4. Evitar situaciones que resalten las diferencias entre los niveles de competencia (el primero equivale al mejor o el último es castigado).

Al promover las referencias competitivas implicadas en el deporte, Sarrazin y Famose (1999) están sugiriendo que la competencia deportiva se convertirá en una oportunidad para que las personas jóvenes obtengan una visión de su propia capacidad y progreso, en lugar de compararse a sí mismos con otras personas.

Muchas escuelas ofrecen un amplio rango de deportes y actividades físicas extracurriculares, tanto interescolares (compitiendo contra equipos de otras escuelas), como intramuros (competencias y actividades dentro de la escuela). Las actividades interescolares son una característica tradicional de la educación de los adolescentes, en donde los atletas privilegiados son seleccionados para competir a nivel condado, regional o nacional, en tanto que las actividades intramuros son ofrecidas a las masas, pero con menos frecuencia, y tienden a propor-

cionar menos *estatus* en términos de reconocimiento de la escuela (Wechsler *et al.*, 2000). El dilema aquí es que las actividades intramuros tienen mejor potencial para alentar a una mayor cantidad de estudiantes a adoptar prácticas saludables, a asociar las actividades físicas con el aprendizaje y la diversión, y a permanecer involucrados en actividades físicas durante su estadía en la escuela y aún después (Stone *et al.*, 1998). Por su naturaleza, las actividades restringidas a la membresía escolar pueden ser más fluidas e interactivas. No están restringidas por estructuras y estándares externos, por lo que ofrecen mayores oportunidades, aceptan más niveles de habilidades y le proporcionan a los alumnos la oportunidad de involucrarse en su organización (Wechsler *et al.*, 2000).

### Intervenciones de los padres

Las estructuras familiares cambiantes de los años recientes invariablemente influirán en el papel que los padres desempeñan en la socialización de sus hijos para con las actividades físicas. Las familias con padres divorciados o solteros, padres que trabajan, las presiones del trabajo o de dinero, pueden impactar de manera potencial en el énfasis y en la importancia que los modelos de adultos le otorgan a las actividades físicas (Greendorfer *et al.*, 2002). Elkins y colaboradores (2004) sugirieron que las presiones de la vida moderna pueden conducir a colocar responsabilidades adicionales en los adultos jóvenes, con muchos de ellos trabajando medio tiempo, cuidando hermanos menores, familiares enfermos, o ambas, lo cual puede inhibir la participación en actividades extracurriculares. Lamentablemente, estos hallazgos sugieren que los padres tienen menos tiempo disponible para sus hijos, y de esta manera pueden estar alentando de forma inadvertida a sus adolescentes hacia un estilo de vida sedentario.

Las recomendaciones del *Chief Medical Officer (Department of Health, 2004)* a los padres fueron ofrecer un modelo positivo a sus hijos, demostrando personalmente los beneficios de un estilo de vida activo. Los individuos primero deben obtener información acerca de sus propias capacidades a través de la experiencia personal, aunque otras fuentes de información pueden ser por experiencias de otros (Bandura, 1977). Si el participante se siente capaz de realizar o de involucrarse en la actividad, es más probable que se comprometan. Un padre puede actuar como un modelo apropiado, en especial en las primeras etapas de adopción, cuando su hijo aún está inseguro de sus propias capacidades. Al ver a otra persona involucrada en la actividad novedosa, ellos juzgarán sus propias capacidades (Poag y McAuley, 1992). El concepto de modelo también puede ser aplicado a los detalles de los deportes, como la actitud hacia la competencia y la camaradería.

Los padres también pueden alentar a sus hijos a estar activos físicamente, al involucrarse en la participación de sus hijos. Sin embargo, este proceso puede ser un acto cuidadoso de equilibrio. El padre necesita ofrecer apoyo y aliento, pero no hasta el punto en donde esta participación sea percibida como dominio o presión controladora. En una observación retrospectiva de la participación de

los padres de jugadores de béisbol profesional, Hill (1993) encontró que los jugadores mencionaron las siguientes conductas de apoyo: asistencia financiera (para el deporte y pagos generales), transportación, asistencia a los juegos, voluntad de practicar con los jugadores y fomento para lograr una carrera profesional en el deporte. Los investigadores han sugerido que las niñas requieren más apoyo y aliento de los padres que los niños para que continúen dentro del deporte (Anderson *et al.*, 2003).

Puede que ésta no sea la historia completa, ya que la cultura en el Reino Unido aún refuerza el estereotipo de género, la cual apoya la participación de varones en los deportes, mientras que la participación de las mujeres en otros deportes que no sean estéticos (danza, patinaje, gimnasia) es criticada y juzgada como no femenina (Scully y Clarke, 1997). La presión de los padres en el deporte se puede caracterizar por conductas como criticar, respuestas a la derrota, preocupación por ganar y presión para triunfar (Leff y Hoyle, 1995). Curiosamente, Anderson y colaboradores (1993) descubrieron que los niños reportaron mayor presión de los padres hacia su participación en actividades deportivas que en actividades artísticas, grupales o del club; tal vez esto refleje la alta estima y seguridad financiera que los atletas disfrutaban dentro de la sociedad.

### Padres que presionan o LPDD

Cada vez existe más literatura acerca del fenómeno de “padres que presionan” en el deporte –aquellos que están dispuestos a ir a distancias extremas para asegurar que sus hijos ganen, y a menudo a cualquier costo (también conocidos como logros por distorsión delgada [LPDD], Tolfer, Knapp y Drell, 1998). Para obtener información acerca de LPDD, visite la siguiente página en la red, que describe la relación entre la tenista joven, Jelena Dokic y su padre Damir, entre otras.

<http://news.bbc.co.uk/1/hi/uk/812924.stm>



## Conclusión

---

En este capítulo se han examinado las investigaciones y las teorías relacionadas con el ejercicio y el deporte. Las evidencias por encuestas indicaron que en general, la participación de las personas jóvenes en el deporte ha aumentado ligeramente durante el decenio anterior, pero existen grandes diferencias individuales y de grupo. Las mujeres adolescentes se involucran menos en el deporte que los varones adolescentes, y esta diferencia aumenta conforme a la edad.

Puede darse cuenta de la gran cantidad de investigaciones al respecto, lo cual demuestra la importancia de los niveles apropiados de ejercicio físico para mantener la salud física y mental, al mismo tiempo que prueba que existen efectos dañinos al entrenar de más en edades tempranas.

Bajo las condiciones adecuadas, se ha descubierto que el ejercicio apropiado mejora la autoestima y el estado de ánimo, tiene cierto impacto en la depresión y ansiedad, y ayuda a prevenir el estrés, en tanto que el ejercicio excesivo e inapropiado ha sido asociado con diversos trastornos relacionados con el ejercicio. No existe un consenso claro acerca de cuales son exactamente los factores que explican los efectos observados, pero es probable que los mecanismos farmacológicos, fisiológicos y psicológicos, estén involucrados hasta cierto grado en el vínculo del ejercicio físico con el bienestar psicológico.

Las investigaciones también comienzan a desenredar la compleja red de circunstancias y personas que interactúan para alentar o desalentar a las personas jóvenes para que se involucren en actividades físicas. En términos de factores personales, tanto la motivación intrínseca, como la extrínseca desempeñan una función importante en la promoción de la participación en el ejercicio. La motivación extrínseca se considera importante para el inicio de la actividad, en tanto que la diversión continua de los adolescentes por las actividades deportivas tiende a ser asociada con factores de motivación intrínseca. Algunos estudios de motivación de participación también han demostrado la importancia de los factores sociales, como la influencia de amigos, padres y entrenadores. Se han realizado menos investigaciones acerca de los factores estructurales asociados con la participación de las personas jóvenes en las actividades físicas, pero el acceso deficiente a las instalaciones y el estado socioeconómico bajo sí representan barreras para la participación.

El capítulo concluye al describir diversas intervenciones específicas por las comunidades, autoridades locales, escuelas y padres, que alientan a las personas jóvenes a mantener su participación en el deporte y el ejercicio.

## CASO DE ESTUDIO 2-1

Jack fue criado en una familia con una fuerte historia deportiva. Su mamá había sido jugadora de netball del condado y su padre había sido capitán del equipo local de rugby y ahora era el presidente del club estatal de rugby. Su hermano mayor era un buen nadador que estaba próximo a entrar en la selección nacional. En la escuela primaria, Jack era una elección automática para cada equipo escolar. Jugó fútbol para el equipo del distrito y corrió en los campeonatos del condado, los cuales ganó con facilidad. El deporte se le daba fácil y el disfrutaba el mantenerse activo, probando nuevos deportes y haciendo amigos en el camino. Ambos padres lo apoyaban mucho, pero a menudo, la presencia de su padre inhibía su desempeño. En la secundaria, Jack jugó fútbol y demostró ser muy talentoso –atrayendo la atención de diversos buscadores locales. Su padre estaba involucrado con el minirugby en su club y Jack jugaba rugby en la mañana, antes de jugar fútbol en la tarde. En ocasiones, cuando había un juego de fútbol en la escuela, tenía que faltar al minirugby, lo cual su padre aceptaba a regañadientes. Su profesor de educación física era un entrenador entusiasta del atletismo, y Jack competía aunque no tuviera tiempo para un entrenamiento específico. A la edad de 15 años, el entusiasmo de Jack por el deporte comenzó a disminuir. Durante este periodo se lesionó su pierna, lo cual lo mantuvo fuera del deporte por seis semanas, y sus padres notaron que se volvió muy callado y retraído. Después de recuperarse, parecía que Jack había perdido su talento y se le dificultó perder peso. Su padre trató de presionarlo para jugar sin beneficios, y Jack se encontró a sí mismo pasando más y más tiempo jugando en su computadora

## PREGUNTAS DEL CASO DE ESTUDIO 2-1

1. En referencia a las teorías y modelos relevantes, ¿cómo interpretaría lo que está sucediendo en este estudio de caso?
2. ¿Qué intervenciones podrían ser utilizadas para ayudar a lidiar con esta situación?

## Lecturas recomendadas

Berger, B. G., Pargman, D. and Weinberg, R. S. (2002) *Foundations of exercise psychology*. Fitness Information technology Inc., Morgantown, WV. Se trata de un texto introductorio al área de la psicología del ejercicio y está dirigido a los estudiantes. Este libro cubre la información clave de cómo la actividad física y el ejercicio influyen en la calidad de vida y en la motivación. Los temas dirigidos incluyen autoestima, estado de humor, estrés, lesiones, trastornos de la alimentación, flujo y estrategias de motivación. También incluye capítulos separados para trabajar con poblaciones de niños y jóvenes, así como aspectos relacionados al género en el ejercicio.

- Cale, L, and Harris, J. (2005)** *Exercise and young people. Issues, implications and initiatives.* Palgrave macmillan, Basingstoke, Hampshire. Escrito desde una perspectiva predominante del Reino Unido, este libro examina la actividad física de los adolescentes. Este capítulo explora aspectos como el estado actual de la actividad física en las personas jóvenes, recomendaciones actuales y las determinantes de la actividad. Se discuten varios ejemplos de intervención y promoción de actividades, a nivel individual, escolar y comunitario. El libro está dirigido a los estudiantes y practicantes que trabajan con personas jóvenes.
- Gard, M. and Wright, J. (2005)** *The obesity epidemic: science, morality and ideology.* Routledge, London. Escrito por autores australianos, este libro explora la validez de las contribuciones científicas al debate de la obesidad. Explora la construcción científica y social de lo que comúnmente se llama obesidad. No está diseñado para proporcionar una respuesta definitiva a los problemas relacionados con la salud, sino para estimular el debate y cuestionar la aceptación ingenua de los “hechos”.
- Murphy, S. (1999)** *The cheers and the tears: a healthy alternative to the dark side of youth sports today,* Jossey-Bass Publisher, San Francisco. Escrito por un psicólogo estadounidense, como un auxiliar para los padres y los entrenadores de atletas jóvenes, este libro ofrece una visión de las posibles fuentes de estrés que los niños experimentan debido a la interacción de los padres y los entrenadores, al mismo tiempo que ofrece a los adultos diversas soluciones prácticas para estos problemas.
- Weiss, M. (2004)** *Developmental sport and exercise psychology: a lifespan perspective,* Fitness Information Technology Inc., Morgantown, WV. Este libro proporciona una síntesis de teorías relevantes que influyen en diversos grupos de edad. La segunda parte explora el grupo de edad de jóvenes y adolescentes, revisando los aspectos que incluyen la influencia de los padres y amigos, así como los aspectos más amplios de la autopercepción y la motivación. Está dirigido a los estudiantes, pero proporciona un balance entre las teorías relevantes y las intervenciones prácticas que pueden ser empleadas.

## Preguntas para discutir

---

1. Con referencia a las teorías y modelos de motivación de participación señalados en el capítulo, evaluar de manera crítica la extensión en la que se entiende por completo las razones de por qué las personas jóvenes inician y no continúan el deporte y las actividades físicas.
2. ¿Acepta el argumento de que la población está inclinándose hacia una epidemia de obesidad? De ser así, ¿qué formas de intervención serían más efectivas para fomentar estilos de vida más activos y saludables entre las personas jóvenes?
3. ¿Bajo qué circunstancias el ejercicio físico tiene un efecto positivo o negativo en el bienestar psicológico?
4. Padres que presionan –¿quiénes son y que se puede hacer para lidiar con ellos?

## Salud y bienestar emocional

---

*John Coleman*

*Department of Educational Studies, University of Oxford*

- Introducción.
- ¿Qué es salud y bienestar emocional?
- ¿Por qué ha aumentado el interés en este tema?
- Trastornos mentales en niños y personas jóvenes.
- Riesgo y resiliencia adoptando factores de protección.
- Programas para fomentar la salud y el bienestar emocional.
- Programas de Promoción de la Salud Mental, ¿Funcionan?
- Conclusión.

### **Objetivos de aprendizaje**

---

Después de leer este capítulo usted debe:

1. Entender los problemas de definición relacionados con la salud y el bienestar emocional.
2. Apreciar porque este es un tema de interés cada vez mayor.
3. Conocer algo acerca de las debilidades mentales en personas jóvenes.
4. Comprender el riesgo y la resiliencia, y la función de los factores de protección.
5. Saber acerca de los programas de promoción de la salud mental para adolescentes.
6. Ser capaz de decir si estos programas funcionan o no.

## Introducción

---

Todos queremos ser felices, y aún no existe una opinión unánime de cómo alcanzar la felicidad. Desde que los primeros pensadores comenzaron a discutir acerca de la condición humana, ha habido debates acerca de este tema. Han pasado los siglos y es muy probable que se haya escrito más acerca de la felicidad que de cualquier otro aspecto de la filosofía. En las ciencias sociales, se ha prestado atención considerable en años recientes a lo que se conoce como psicología positiva, involucrando una consideración de lo que constituye una vida equilibrada y satisfactoria.

Por supuesto que las preguntas de este tipo están íntimamente relacionadas con el tema de salud y bienestar emocional. ¿Puede decirse que alguien que está emocionalmente saludable es propenso a ser feliz? ¿El bienestar es lo mismo que la felicidad? ¿Cómo se relaciona la salud emocional con la psicología positiva? ¿Los conceptos de salud y bienestar emocional en adultos son iguales a los que aplican en adolescentes?

No existen respuestas simples a estas preguntas, y éstas nos llevan más cerca de la filosofía que de la educación o la psicología. No obstante, son de interés intrínseco para nosotros, e inspiran una preocupación creciente relacionada con la salud y el bienestar emocional, los cuales serán explorados en este capítulo. ¿Por qué este tema ha recibido tanta atención en años recientes?

Una razón para el interés creciente ha sido el enfoque en lo que ha sido denominado inteligencia emocional. Muchos han argumentado que las emociones han estado por mucho tiempo en la periferia cuando se trata de comprender el funcionamiento humano, y que se puede obtener mucho a través de un mejor entendimiento de este aspecto de nuestras vidas. Ha habido mucha preocupación acerca de las deficiencias de salud mental y sus consecuencias en niños y personas jóvenes. La noción de la escuela saludable, y la necesidad de criterios y estándares contra los cuales evaluar este concepto, han dado lugar a diversas preguntas interesantes acerca de la función de la emoción en las escuelas.

Además de todo esto, el debate acerca de la salud pública, y el ímpetu dentro del gobierno durante los últimos años, por dirigir las preocupaciones claves, como la obesidad y el consumo de alcohol, han tenido el beneficio adicional de atraer la atención a los problemas de salud pública relacionados con la salud y el bienestar emocional. En este capítulo, el autor considera algunos de los problemas que rodean a las definiciones de este concepto, y exploraré a mayor detalle algunas de las razones detrás del interés creciente en este tema. Revisa trastornos mentales y factores de protección, y continua revisando las evidencias, disponibles hasta ahora, acerca del valor de los programas de promoción de la salud mental para niños y personas jóvenes.

## ¿Qué es salud y bienestar emocional?

El tema de salud y bienestar emocional está cargado de problemas de definición. Cada quien tiene una perspectiva ligeramente distinta acerca de la materia. Primero, existen diversos términos traslapados en uso, como por ejemplo, educación emocional, bienestar, salud emocional, etc. Además, existe el problema de distinguir entre salud y enfermedad. Diferentes grupos de profesionales prefieren utilizar diferentes términos, y no existe una frase o palabra que haya sido aceptada para uso en el concepto de salud y bienestar emocional.

Para los escritores como Catherine Weare (2004), el término “educación emocional”, es considerado como el más útil. Weare define la educación emocional como:

*La capacidad de entendernos a nosotros mismos y a otras personas y, en particular, de estar conscientes de comprender y utilizar la información acerca de los estados emocionales de nosotros mismos y los demás con habilidad.*

*Incluye la capacidad de comprender, expresar y manejar nuestras propias emociones, y responder a las emociones de otros, en maneras que sean útiles para nosotros mismos y para los demás (2004, p. 2).*

Para Weare, la importancia de esta definición es que le permite continuar definiendo un rango de capacidades relacionadas a la educación emocional, poniendo así el concepto subyacente en términos operacionales. Las capacidades que señala incluyen autoentendimiento, entendimiento y manejo de las emociones, y el entendimiento de las situaciones sociales y la formación de relaciones.

Muchas otras personas que trabajan en el campo de la promoción de la salud mental tienen un punto de vista similar. Existen ventajas evidentes en tener una definición que se refiere a algo cuantificable, aunque aún debe reconocerse que la educación emocional, como la define Weare, no es lo mismo que bienestar, si con eso se refiere a cierta impresión de sentirnos bien con nosotros mismos. Es posible imaginar a alguien que tiene la capacidad para entender las emociones, pero no necesariamente se siente bien con él mismo.

Aquellos que desean utilizar un concepto que implica la clasificación continua de saludable a no saludable también se enfrentan con un problema. Parte de la dificultad es que el término salud mental casi siempre es un sinónimo de debilidad mental. Sin embargo, muchos escritores o profesionales afirman que al utilizar el término salud mental, desean incluir ambos tipos de salud, tanto buena como deficiente; el hecho es que este término casi siempre es utilizado en el contexto de trastorno. Este aspecto también está compuesto por el hecho de que los grupos de profesionales utilizan términos diferentes cuando se refieren a un trastorno mental. De esta manera, los profesores se pueden referir a los problemas emocionales y de conducta, en tanto que los que trabajan en servicios psiquiátricos pueden utilizar términos como “trastorno psicológico”.

Tiene que reconocerse que no existe un término comúnmente aceptado, que pueda ser utilizado en el contexto de buena salud mental. Como se ha dicho, bienestar es un término más general que educación emocional, con la desventaja de ser ligeramente impreciso, y es asociado con felicidad, calma, tranquilidad, etc. Por otro lado, quizá sea mejor que salud mental, ya que no incluye las implicaciones de trastorno o debilidad mental. Se ha utilizado los términos de salud y bienestar mental para el título de este capítulo, primeramente debido a que es el término en la actualidad en uso en los ámbitos certificados, y debido a que de todos los términos es el que ha sido más favorecido por los escritores de la materia.

## ¿Por qué ha aumentado el interés en este tema?

Se pueden identificar diversas razones para explicar el aumento de atención que se le ha dado a la salud y al bienestar emocional. El libro de Daniel Goleman, *Emotional intelligence* (1996), es un buen lugar para comenzar. Aunque ha habido muy poco consenso acerca de la validez de sus argumentos, la atención prestada a su trabajo, y los debates que siguieron a la publicación de su libro, sirvieron para aumentar la conciencia de toda la idea de que las emociones y la salud emocional son temas de discusión. La promoción de la salud mental, de diferentes formas, ha estado presente desde mediados del decenio 1990-1999, y de hecho, Goleman puede ser considerado como un marcador en el desarrollo del pensamiento relacionado con la salud y el bienestar emocional. De su trabajo fluyen ideas acerca de la educación emocional, y mucho del trabajo relacionado con la promoción de la salud recibió un refuerzo de las ideas de Goleman. Como Weare dijo:

*La idea de inteligencia emocional desencadenó una explosión de interés en el trabajo científico acerca de cómo trabaja el cerebro y, en particular, en la función central que el lado emocional del cerebro desempeña en este proceso. Enfocó la atención en los vínculos entre inteligencia emocional y social y los resultados educacionales, como el aprendizaje, el desarrollo cognitivo, asistencia a la escuela y éxito en el trabajo (2004, p. 5).*

Otro componente del pensamiento ha alterado los niveles de problemas de salud mental actualmente vistos en niños y personas jóvenes, y los costos asociados con las debilidades mentales. En 1999, la *Office for National Statistics* (ONS) realizó una encuesta de trastornos psiquiátricos en personas entre 5 a 16 años de edad, mostrando que aproximadamente 10% puede ser considerado como que tiene un problema de salud mental (Meltzer *et al.*, 2000). Una encuesta comparable se realizó en 2004, indicando un nivel muy similar de debilidad mental (Green *et al.*, 2005). Los niños fueron más propensos que las niñas a presentar trastornos mentales. Entre 5 a 10 años de edad, 10% de los niños y 5% de las niñas tuvieron un trastorno. Entre 11 a 16 años de edad, las proporciones

fueron 13% para niños y 10% para las niñas. En la siguiente sección se encuentra información adicional de estas estadísticas.

La preocupación acerca de la debilidad mental también está asociada con la ansiedad por el estigma. Muchos profesionales han enfocado su atención en este aspecto de la salud mental durante años anteriores. De hecho, Helen Cowie y colaboradores (2004), en su libro acerca de salud y bienestar emocional, argumentan que una de las razones principales para introducir la promoción de la salud mental en el ámbito escolar es acabar con el estigma. Como ellos mencionan:

*Aunque las personas jóvenes de hoy parecen enfrentar estreses que eran desconocidos una generación antes, la sociedad aún tiene visiones negativas y estereotipadas de la enfermedad mental y de los problemas de salud mental. La sensación de vergüenza y humillación que rodea el concepto de un trastorno de la salud mental contribuye al hecho de que los problemas de salud mental de las personas jóvenes a menudo pasan inadvertidos o son negados (Cowie et al., 2004, p. 4).*

Otro de los factores para el aumento del interés en la salud y el bienestar emocional en el Reino Unido proviene del movimiento internacional relacionado con la promoción de la salud mental. Los programas más importantes en Australia, Nueva Zelanda y Canadá han demostrado tener un impacto significativo en el funcionamiento escolar, y los trabajos particulares, como los realizados por Pauline Dickinson (Dickinson, Neilson y Agee, 2004) han tenido un fuerte impacto en el pensamiento de ese país. Dickinson mostró que era posible trabajar con todos los interesados en un distrito escolar en Nueva Zelanda, y aumentar la conciencia de la salud emocional, al punto de que todos los profesores y alumnos se suscribieron en un programa que tenía beneficios claramente identificados por lograrlo, así como para la comunidad escolar.

Finalmente, es importante remarcar que otras iniciativas en Gran Bretaña, tanto dentro como fuera del gobierno, han tenido un efecto acumulativo en los niveles de conciencia e interés en este tema. Por lo menos, se han realizado tres revisiones literarias principales, una por el EPPI *Centre at the University of London* (Harden et al., 2001), otra por el SCRE *Centre at the University of Glasgow* (Edwards, 2003), y la tercera por Wells, Barlow y Stewart-Brown (2003). Además, el trabajo realizado por Stewart-Brown (2005), comisionado por el *Department of Health*, y el trabajo realizado por Catherine Weare para a DfES *on Social and Emotional Aspects of Learning* (SEAL), han influido en diferentes maneras.

Además de todo lo anterior, no existe duda de que la introducción del *National Healthy Schools Programme* fomentó la formulación de preguntas acerca de la salud emocional en las escuelas. A pesar del hecho de que las nociones de la salud emocional en las escuelas aún se encuentran lejos de ser ejercidas por completo, el ímpetu del programa atrajo la atención a la materia. Ofsted también ha estado poniendo interés en el tema, y su reporte *Healthy minds: promoting emotional health and well-being in schools* (2005) dirige la atención a la dis-

tancia que aún se tiene que recorrer para promover la salud y el bienestar emocional en las escuelas.

## Trastornos mentales en niños y personas jóvenes

Como se ha indicado, los vínculos entre bienestar y trastorno emocional son complicados. A menudo, los dos conceptos son confundidos en la literatura y en la práctica, lo cual provoca una ambigüedad considerable en muchos de los debates acerca de este tema. Como se remarcó, un ímpetu importante para la promoción de la salud mental, y para el interés en el bienestar emocional, está relacionado con los costos de las debilidades mentales. Es bien sabido que los trastornos mentales implican un grado significativo de desventajas, que se extienden a casi todos los aspectos del desarrollo humano. Al discutir la encuesta más reciente de problemas de salud mental en Gran Bretaña (Green *et al.*, 2005), los autores señalaron que las personas que padecen esos trastornos eran más propensos a dejar la escuela, tener menos amigos y una red social más limitada, y que era probable que sus problemas también tuvieran un impacto en sus familias.

Las debilidades mentales también implican otros costos. Como muchos escritores han señalado, los problemas de salud mental a menudo son asociados con problemas de salud físicos, causando así angustia adicional y un aumento en la interrupción del funcionamiento normal. Los problemas de salud mental son costosos económicamente para la sociedad, interrumpiendo la asistencia a la escuela, aumentando la necesidad de servicios y colocando demandas en una variedad de instituciones dentro de las comunidades. Por todas estas razones existe una necesidad urgente, así como un incentivo genuino para desarrollar iniciativas efectivas de promoción de la salud mental.

En vista del hecho de que un ímpetu importante, para el desarrollo de trabajo en la salud y el bienestar emocional, está relacionado con la reducción de trastornos mentales, en este capítulo es importante pasar un tiempo señalando que es lo que actualmente se conoce acerca de trastornos mentales en niños y personas jóvenes. El encabezado de la publicación asociada a la encuesta más reciente (Green *et al.*, 2005) fue el siguiente: "*Uno de cada 10 niños presenta un trastorno mental*". De hecho, este dato es un promedio tomado de diversas estadísticas. Menos niñas que niños presentan trastornos mentales, y las cantidades para ambos sexos aumentan con la edad. Los niños son más propensos a presentar trastornos de conducta, en tanto que las niñas tienen niveles más elevados de trastornos emocionales, incluyendo depresión y ansiedad.

Los problemas de salud mental no están distribuidos de manera equitativa en la sociedad. Uno de los hallazgos más fuertes de la encuesta está relacionado con el hecho de que las debilidades mentales están íntimamente asociadas con la pobreza y las desventajas sociales. Los índices de trastornos mentales son el doble de elevados entre niños criados en familias con un solo padre, de lo que

son entre niños que viven con ambos padres, así como son mucho más elevados entre las familias en donde ninguno de los padres trabaja. Los padres de los niños y personas jóvenes con un trastorno mental también son más propensos que otros padres a no tener calificación educacional. Los factores como éstos se vinculan a otros índices de privación, de tal manera que entre las familias cuyos niños tienen un trastorno mental, suele haber un ingreso familiar bajo, una vivienda pobre y salud más débil. El peso combinado de las desventajas, observado aquí como asociado a una salud mental deficiente, es un factor crítico en el panorama general, y no puede ser ignorado al considerar la prevención o intervención (figura 3-1).

Uno de los hallazgos importantes de la encuesta de 2005 es que no ha habido cambios en los índices de trastornos, si éstos se comparan con los reportados en un encuesta similar realizada en 1999 (Meltzer *et al.*, 2000). Esto es relevante, debido al hecho de que se ha prestado mucha atención recientemente a la posibilidad de que la debilidad mental está empeorando entre niños y personas jóvenes.

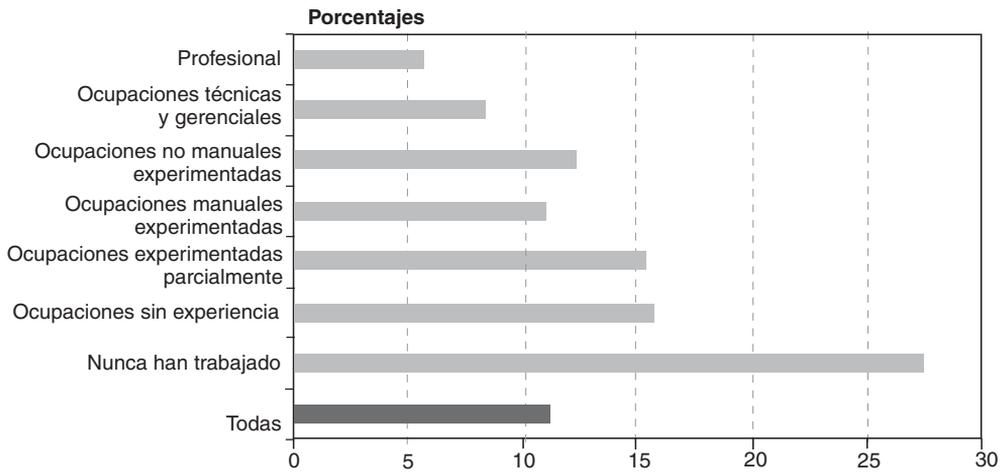
Dos estudios en particular han contribuido a este punto de vista. Ambos estudios utilizaron exactamente las mismas medidas con diferentes cohortes, uno de los estudios retrocedió a 1974, y el otro a 1987. En el primero de estos estudios (West y Sweeting, 2003), los investigadores utilizaron datos escoceses en personas de 15 años de edad, y observaron los cambios en ansiedad y depresión durante un periodo de 12 años.

Los resultados mostraron aumentos notables entre las niñas en cuanto a angustia psicológica se refiere, pero no encontraron cambios significativos entre los niños. Un estudio realizado por Collishaw y colaboradores (2004) investigó una variedad de trastornos durante 25 años. Los resultados de este estudio mostraron que entre los años de 1974 y 1999, hubo aumentos entre niños y niñas, en trastornos de conducta y problemas emocionales, aunque como podría esperarse, los niveles de trastornos de conducta entre niños fueron más elevados y el nivel de los problemas emocionales entre niñas fue más alto (figura 3-2).

Se ha sugerido que los cambios como los que reportan estos estudios podrían deberse al aumento de estrés por los exámenes, los cambios en el mercado de trabajo y la dificultad para encontrar un empleo estable, en particular para las personas jóvenes con capacidades menores.

Sin embargo, el hecho de que las encuestas de la ONS parecen no mostrar cambios durante un periodo de cinco años, también es importante, y puede indicar que el deterioro de la salud mental, que aparentemente sucedió durante los decenios de 1980-1989 y de 1990-1999, ha disminuido o se ha detenido por completo.

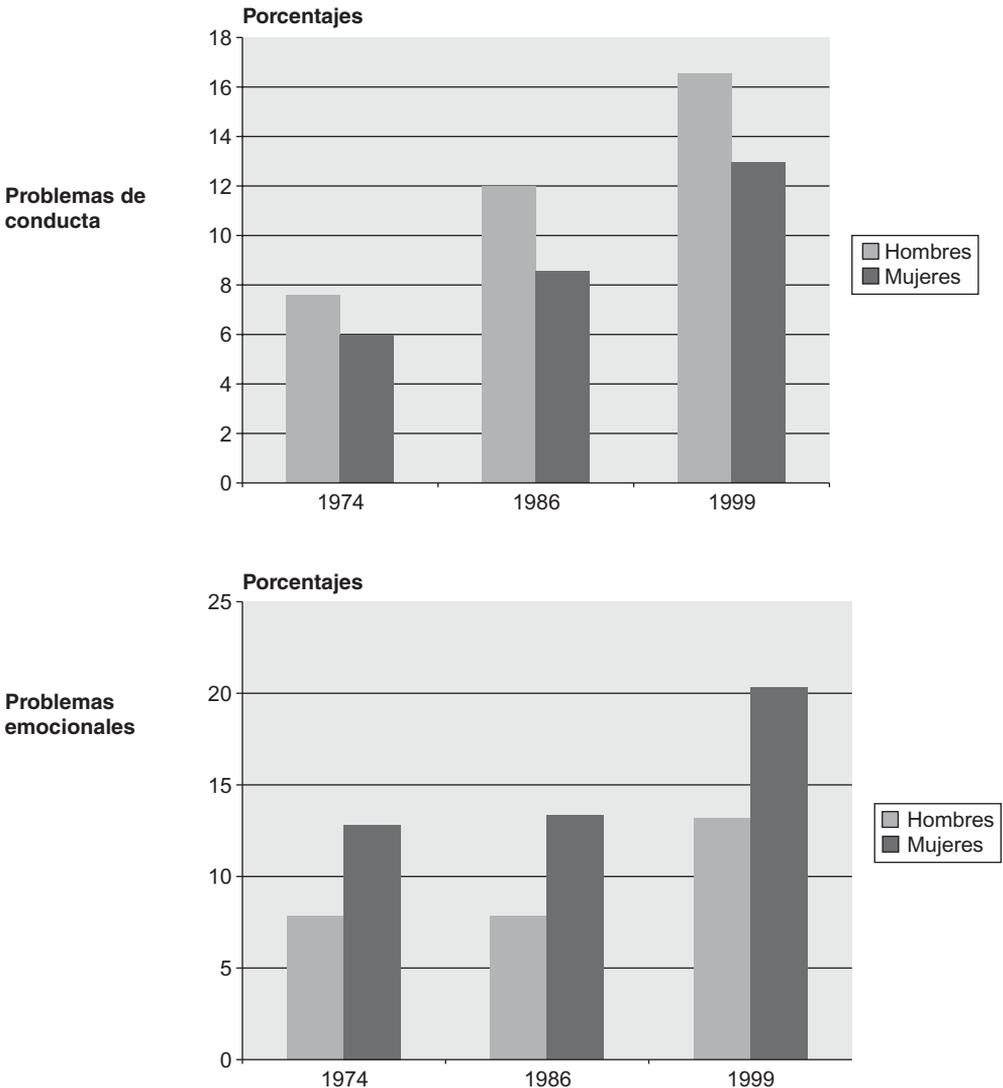
Al considerar la salud mental de niños y personas jóvenes, parece importante hacer cierta referencia al suicidio y las autolesiones. Los índices de suicidio han sido vistos por el gobierno como indicadores importantes de la salud mental de la nación, y desde la iniciativa política de Virginia Bottomley "*Health of the Nation*" a principios del decenio de 1990-1999, la reducción de los índices



**Figura 3–1.** Prevalencia de trastornos mentales entre personas de 11 a 15 años de edad por la clase social de la familia (Meltzer *et al.*, 2000).

de suicidio ha sido un objetivo clave del gobierno. En “*Choosing Health*” (*Department of Health, 2004*) el objetivo es reducir los índices de muerte por suicidio o las lesiones indeterminadas en 20% para el año 2010.

Con respecto a las estadísticas acerca del suicidio, pocas personas jóvenes menores de 15 años de edad se quitan la vida, aunque siempre hay excepciones



**Figura 3–2.** Proporciones de personas de 15 y 16 años de edad con problemas de conducta y emocionales en el Reino Unido, por género y cohorte (Collishaw *et al.*, 2004); *Time trends in adolescent well-being. Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45:1350-1362, Blackwell Publishing.

a esta regla. Si se observa a aquellas personas dentro del rango de 15 a 24 años de edad, los índices entre los varones jóvenes alcanzaron un pico a principios del decenio 1990-1999, y desde entonces a disminuido de manera gradual. El índice en el año 2003 para los varones jóvenes en Inglaterra y Gales fue de 12 de cada 100 000, en comparación con un índice de 17 por cada 100 000 en 1992. El índice para las mujeres jóvenes fue mucho menor, de 3 por cada 100 000, y no ha variado durante el último decenio. Sin embargo, existe una variación regional considerable, ilustrada por el hecho de que en Escocia, el índice de suicidio para los varones jóvenes en el año 2003 fue de 30 por cada 100 000, casi el triple del índice para Inglaterra y Gales (Coleman y Schofield, 2005).

En las autolesiones, es evidente que las estadísticas son mucho más difíciles de conseguir. Las agencias voluntarias de sector, como *Childline* y *Samaritans* han realizado cálculos que sugieren que las autolesiones, en forma de cortadas y autolesiones, han aumentado de manera notable durante los últimos años, pero estas afirmaciones son difíciles de validar debido a la naturaleza de las evidencias recolectadas, de las cuales la mayor parte es a través de llamadas telefónicas. Estudios más sistemáticos han sido realizados por personas como Keith Hawton en Oxford. En el estudio que realizó en aquellas personas admitidas en el *Radcliffe Hospital*, como resultado de autoenvenenamiento, durante los años de 1990 a 2000, mostró un aumento entre las niñas y las mujeres jóvenes de casi 20%, sin cambio en los índices para niños y varones jóvenes (Hawton *et al.*, 2003).

Hawton también realizó una encuesta comunitaria sobre las autolesiones entre casi 6 000 adolescentes, y los resultados indicaron que 3% de los varones y 11% de las mujeres habían estado involucrados en alguna forma de autolesión durante los pasados 12 meses (Hawton *et al.*, 2002). Estos datos muestran que ésta es un área significativa de preocupación para los profesionales, así como para los padres, aunque quizá los datos son menos alarmantes de lo que la especulación de los medios de comunicación ha hecho creer.

Existe literatura considerable acerca de los trastornos mentales en niños y personas jóvenes, y éste no es el lugar para realizar una revisión exhaustiva. No obstante, antes de cerrar esta sección vale la pena remarcar algunos resultados del reporte más reciente de la *Exeter Schools Health Education Unit* (Balding, 2004). Este estudio es una encuesta anual de una gran población de alumnos de secundaria, y las preocupaciones de las personas jóvenes es uno de los temas estudiados. Los resultados de la más reciente encuesta muestran que las niñas se preocupan más que los niños y que la extensión de las preocupaciones aumenta con la edad. Muchos adolescentes se preocupan por sus familias (19% de los niños y 35% de las niñas), con casi las mismas cantidades preocupándose por la carrera profesional y el trabajo de la escuela. El factor que crea mayor preocupación es la apariencia, con 21% de niños y 49% de niñas expresando ansiedad acerca de este aspecto de sus vidas. Estos hallazgos deben indicar un momento para reflexionar (cuadro 3-1).

Esta pequeña revisión de trastornos mentales es útil en la consideración de salud y bienestar emocional. Una apreciación de algunas variables asociadas con

**Cuadro 3–1. Proporciones de personas de 10 a 15 años de edad que responden “Mucho”/“Bastante a la pregunta2: “¿Qué tanto te preocupas por estos problemas?” (porcentajes)**

	Niños			Niñas		
	10 a 11	12 a 13	14 a 15	10 a 11	12 a 13	14 a 15
Problemas de la escuela-trabajo	17	14	24	17	14	31
Problemas de salud	20	14	13	22	18	22
Problemas respecto a la profesión	*	14	24	*	13	30
Problemas con los amigos	14	13	13	26	24	27
Problemas familiares	25	17	19	32	23	35
La forma en que te ves	15	18	21	25	39	49
VIH/SIDA	*	5	6	*	7	8
Pubertad y crecimiento	12	10	8	24	16	12
Intimidación	*	8	6	*	11	8
Ser homosexual, lesbiana o bisexual	*	3	3	*	2	3
Ninguno de estos	53	54	46	41	40	25

*Fuente:* Balding, 2004. Reproducido con autorización de la *Schools Health Education Unit*.

la debilidad mental puede guiar la discusión acerca de la intervención y la prevención. De esta manera, los factores como género, familia y antecedentes sociales pueden causar impacto en los abordajes que son los más efectivos en la promoción de la salud mental. Se hará uso de esta información en secciones posteriores de este capítulo.

## Riesgo y resiliencia: adoptando factores de protección

En la exposición, hasta el momento, se ha referido a una variedad de factores que pudieran ser percibidos como factores de riesgo para trastorno mental. De esta manera, por ejemplo, ciertos factores familiares podrían intensificar el riesgo de trastorno mental, y como se ha visto, existe una fuerte asociación entre las privaciones y la debilidad mental. Se ha notado que el género es una variable que no puede ser ignorada al considerar la salud mental, con el ejemplo más claro siendo el factor de que cuatro veces más varones jóvenes que mujeres jóvenes terminan con sus vidas a través del suicidio. Por otro lado, la proporción de géneros para las autolesiones es casi exactamente opuesta, con por lo menos tres veces más mujeres jóvenes que varones jóvenes involucrados en conductas de autolesiones.

También existen grupos particulares de personas jóvenes que muestran índices mucho más altos de trastornos mentales que otros. La investigación realizada por Meltzer y colaboradores (2003) indica que 49% de las personas jóvenes al cuidado de las autoridades, presentan cierta forma de trastorno mental, en comparación con 10% de la población general (cuadro 3–2). Entre las personas bajo custodia, los índices son quizá más elevados, aunque el uso de categorías diagnósticas varían entre diferentes estudios. Hagell (2002) reporta índices de trastornos mentales entre los adolescentes en prisión, que varían entre 41 y 80%, según la población estudiada y las medidas utilizadas.

Por último, existe la cuestión de si el origen étnico desempeña una función en lo que respecta a los trastornos mentales. No todos los estudios coinciden en este punto, pero si se consideran los hallazgos de la encuesta reportados por Meltzer *et al.*, en el año 2000, que muestran que las personas jóvenes de ascendencia negra tuvieron niveles sustancialmente más elevados de trastornos mentales que otros grupos étnicos (16% en comparación con 10%). En contraste, aquellos de ascendencia india tuvieron niveles más bajos de trastornos (3.5%).

Es evidente que el entendimiento de los factores de riesgo es importante para cualquier consideración de la promoción de la salud mental. Si la prevención es uno de los objetivos clave de la promoción de la salud mental, entonces cualquier intervención dirigida a la prevención necesitará ser clara acerca de la morbilidad y los factores de riesgo asociados con estos trastornos.

Sin embargo, la promoción de la salud mental no sólo está relacionada con la prevención de la enfermedad mental. También tiene el propósito de promover la salud y el bienestar emocional, y para esto, se necesita ser capaz de identificar factores de protección y factores de riesgo.

Muchos escritores han argumentado que para lograr la prevención y fomentar el bienestar, se debe esforzar por la “salud mental pública”, lo cual incluye

**Cuadro 3–2. Prevalencia de trastornos mentales entre personas de 11 a 15 años de edad al cuidado de las autoridades locales en Inglaterra, por género, 2002 (porcentajes)**

	Niños	Niñas	Todos
Trastornos emocionales	8.4	16.1	11.9
Trastornos de conducta	45.4	34.5	40.5
Trastornos hipercinéticos	10.9	2.4	7.1
Trastornos menos comunes	8.2	1.5	5.2
Cualquier trastorno	54.7	42.8	49.3
Base	265	216	480

Fuente: Meltzer y *et. al.*, 2003.

un enfoque en la salud mental de toda la población. Este abordaje “universal” atrae la atención a las escuelas, los vecindarios y las comunidades por su función protectora. El ambiente físico y social debe ser dirigido si quieren lograrse los propósitos asociados con la promoción de la salud. Por supuesto que esto no es una tarea sencilla. Como Stewart-Brown expresa con precisión:

*La mejora de la salud en la población entera puede ser difícil de imaginar y de aspirar lograr. Es más fácil enfocarse en cambiar la salud de los menos saludables, que la de la mayoría de la población (2005, p. 5).*

Sin embargo, muchos han argumentado que la promoción de la salud y el bienestar emocional es un propósito que vale la pena y que se puede alcanzar, y se revisaran algunos programas que apoyan este propósito en la siguiente sección de este capítulo. Pero primero se necesita considerar la pregunta: ¿qué es exactamente lo que se está tratando de alcanzar?

Tilford y colaboradores (1997) han propuesto que existen tres factores clave de protección, que se puede decir que sustentan una buena salud mental. Estos son:

- Habilidad para lidiar.
- Autoestima.
- Apoyo social.

Si se imagina un individuo que se está adaptando al estrés y a los retos de todos los días, entonces esta adaptación puede ser facilitada o inhibida por factores individuales, como habilidades para lidiar y autoestima, así como por factores sociales, como el apoyo familiar y comunitario.

La *Health Education Authority* (Friedli, 1997) especifica un marco complementario para la promoción de la salud mental, señalando factores de promoción y degradación. Estos factores son clasificados en términos de “resiliencia emocional”, “ciudadanía” y “estructuras saludables”.

La **resiliencia emocional** se define como “*las personas se sienten acerca de ellas mismas, la interpretación de eventos y la capacidad de las personas para lidiar con circunstancias estresantes o adversas*”, e incluye “*autoestima, habilidades para lidiar y para vivir y oportunidades de tomar elecciones, así como ejercer control sobre la vida de uno mismo*” (Friedli, 1997, p. 8).

**Ciudadanía** se define como “*un sentido positivo de pertenecer y participar en la sociedad*”, e incluye “*apoyo social, redes sociales fuertes, un sentido de integración e inclusión social*” (ibid., p. 7).

Las **estructuras saludables** incluyendo factores sociales, económicos y culturales, se relacionan con la estructuración de la sociedad y se refiere a las instituciones y organizaciones que impactan en las vidas de los individuos involucrados (ibid., p. 8).

Como se ha remarcado en la primera parte de este capítulo, Weare (2004) y otros que se enfocan en la inteligencia emocional señalan propósitos que están más relacionados con la noción de capacidad que con los factores de protección. De esta manera, Weare define tres capacidades clave, incluyendo el autoentendimiento, el entendimiento y manejo de las emociones, y el entendimiento de situaciones sociales y el manejo de las relaciones. Debido a que estas tres capacidades están tan centradas en los conceptos de salud y bienestar emocional, el autor considera que vale la pena revisarlos con mayor detalle. Así es como estas tres capacidades son detalladas en Weare (2004, pp. 3-4).

### Autoentendimiento

- Tener una visión precisa y positiva de uno mismo.
- Tener un sentido de optimismo acerca del mundo y de uno mismo.
- Tener una historia de vida coherente y continua.

### Entendimiento y manejo de emociones

- Experimentar todo el rango de emociones.
- Comprende las causas de nuestras emociones.
- Expresar nuestras emociones de manera apropiada.
- Manejar nuestras respuestas a nuestras emociones de manera efectiva, por ejemplo, manejar nuestra furia, controlar nuestros impulsos.
- Sabe como sentirse bien más a menudo y por más tiempo.
- Emplear la información de nuestras emociones para emplear y resolver problemas.
- Resiliencia: procesando y recuperándose de experiencias difíciles.

### Entendimiento de situaciones sociales y el manejo de las relaciones

- Formar lazos con otras personas.
- Experimentar empatía por otros.
- Comunicarse y responder de manera efectiva con otras personas.
- Manejar nuestras relaciones de manera eficiente.
- Siendo autónomo, independiente y confiando en uno mismo.

Una mirada más cercana a estas capacidades mostrará que existe un traslape considerable con el abordaje de alguien como Tilford y colaboradores mencionado antes. Tanto el manejo como la autoestima están integrados a muchas de las capacidades sugeridas por Weare. Si se revisan los programas diseñados para la promoción de la salud mental se observará como todos estos aspectos que surgieron

aquí son dirigidos de alguna u otra forma dentro de las intervenciones. De esta manera, algunos escritores abordan la tarea desde una perspectiva de riesgo, otros identifican los factores de protección que pueden ser fomentados, otros se enfocan en las capacidades, mientras que otros buscan proporcionar información esencial acerca de los aspectos de la salud mental. Justo como con el problema de las definiciones, se verá que los diferentes abordajes a la promoción de la salud mental pueden provocar resultados distintos para las personas jóvenes, y dificultades significativas para asegurar una evaluación de alta calidad.

## Programas para Incrementar la salud y el bienestar emocional

Generalmente, es reconocido que existen tipos diferentes de programas diseñados para incrementar la salud y el bienestar emocional, y una cantidad enorme de intervenciones de uno u otro tipo que pueden ser encontrados en la literatura. Harden y colaboradores (2001) mencionaron haber encontrado más de 800 ejemplos de programas de intervención relacionados con personas jóvenes y salud mental, y esta búsqueda no fue exhaustiva. Como parte del ejercicio reportado en la revisión de Harden, se hizo un intento por clasificar las intervenciones, en base a si su propósito es la prevención primaria o secundaria. La prevención primaria fue descrita de la siguiente manera:

*La prevención primaria de la debilidad mental o la promoción del bienestar emocional se define como cualquier iniciativa que está dirigida a las personas jóvenes que no tienen un diagnóstico establecido de un problema de salud mental (Harden, 2001, p. 18).*

La prevención primaria también puede ser dividida en intervenciones “universales”, que están dirigidas a todos los individuos, intervenciones “selectivas”, que están dirigidas a aquellos individuos con mayor riesgo de presentar problemas de salud mental, y por último, las intervenciones “indicadas”, dirigidas a aquellos que muestran signos tempranos de debilidad mental. Todos estos programas de intervención primaria se distinguen de los programas secundarios, los cuales se enfocan de manera específica en individuos que tienen un problema de salud mental identificable.

Lo que si está claro de las tres revisiones principales (Harden *et al.*, 2001; Edwards, 2003; y Wells, Barlow y Stewart-Brown, 2003) es que existe un rango enorme de actividad en este campo, y la dificultad surge al tratar de decidir que incluir en cualquier revisión. Se han utilizado diversos sistemas de clasificación, pero el más completo es el que Harden y colaboradores (2001) desarrollaron, y en este capítulo se utilizará éste como un modelo.

En primer lugar, las intervenciones pueden ser divididas de acuerdo a su enfoque en la salud mental. De esta forma, Harden y colaboradores (2001) descubrieron que de un total de 345 intervenciones que habían sido evaluadas, 148 fueron diseñadas para prevenir trastornos específicos, en tanto que 197 fueron diseñadas para promover una salud mental positiva. De aquellos que podrían ser

llamados programas selectivos o indicados, hubo algunos dirigidos a las autolesiones y al suicidio, algunos relacionados con la depresión y la ansiedad, y otros dirigidos a los trastornos de la alimentación, los problemas de comportamiento y al estrés. En el otro grupo, aquellos que podrían ser denominados programas universales, por lo general el enfoque fue la salud mental general, pero algunos incluyeron un enfoque en el manejo, el concepto de uno mismo y la autoestima.

Las intervenciones también pueden ser clasificadas de acuerdo a la edad de la población involucrada, por ejemplo, menores de 11, de 11 a 15, de 11 a 19 años de edad, o alguna combinación de estas edades. Los grupos involucrados también pueden ser utilizados como una clasificación.

De esta manera, algunos estudios observan personas jóvenes socialmente excluidas, mientras que otros fueron diseñados para padres jóvenes, asilados, aquellos con una discapacidad, etc. Por tanto, de los 345 programas estudiados por Harden y colaboradores más de 70% de ellos fueron diseñados para llevarse a cabo dentro de un ambiente escolar. Sin embargo, no todos fueron realizados en escuelas, y algunos se llevaron a cabo en ambientes comunitarios, otros en casa, en tanto que unos pocos fueron canalizados a través de los medios masivos de comunicación.

Tal vez el más importante de los propósitos es una clasificación que desintegre el tipo de intervención basada en un ambiente escolar. Wells, Barlow y Stewart-Brown (2003) dividieron las intervenciones que estudiaron en aquellas que podían ser descritas como que tomaron un abordaje completamente escolar, aquellas a nivel de salón de clases y las que se extendieron más allá del salón de clases a toda o una parte de la escuela.

Como será aparente, no existe una clasificación simple que abarque todos los programas e intervenciones relacionadas con la promoción de la salud y el bienestar emocional en niños y personas jóvenes. Aun con las actividades de prevención primaria, existe un rango de propósitos y objetivos, sin mencionar la diversidad de métodos y localizaciones elegidas para este tipo de trabajo. Para estos propósitos es importante remarcar que la mayor parte de programas evaluados se encontraron en EUA y una pequeña parte en Australia y Canadá. Como Edwards comentó: "*La investigación en el Reino Unido ha sido muy limitada, y la mayor parte de los estudios reportados provienen de EUA*" (2003, p. 22).

Esto conlleva a otra distinción crucial. Las tres revisiones principales refieren haber seleccionado sólo aquellas intervenciones que han sido sujetas a una evaluación rigurosa. Por tanto, no es de sorprender que la mayor parte se encuentren en EUA, dadas las limitaciones bien conocidas con las evaluaciones, en el Reino Unido. A pesar de la falta de lo que podría ser denominado una evaluación rigurosa, aún existe un rango de actividades que se llevan a cabo en el Reino Unido, que cubren todos los aspectos de la promoción de la salud mental.

Para tomar algunos ejemplos, Alexander (2002) reportó estudios de casos en cinco escuelas inglesas, diseñados para promover la salud mental, y la *Mental Health Foundation* (MHF, 2002) encontró siete proyectos en Londres, tratando de desarrollar sistemas de apoyo entre amigos con las personas jóvenes en edad

de escuela secundaria, como una manera de promover la salud mental positiva. Cowie y colaboradores (2004) reportan el desarrollo de un módulo de salud mental para utilizar en escuelas secundarias, y remarcan que éste estuvo sujeto a un proceso de evaluación, con resultados positivos. Otros programas en uso en el Reino Unido incluyen tiempo grupal, el uso de **capacitación**, el programa de **trayectorias**, actualmente en uso en Escocia, y muchos otros. No existen carencias de actividades en este campo, y ahora es tiempo de dirigirse a la pregunta: ¿Estos programas funcionan?

## Programas para la promoción de la salud mental —¿funcionan?

No sorprende descubrir que no existe una respuesta sencilla a la pregunta de si los programas diseñados para incrementar la salud y el bienestar emocional realmente funcionan. Existen muchos obstáculos y retos en el camino. En el primer caso, no se ha llegado a un acuerdo acerca de lo que debería ser el enfoque de un programa de intervención. Algunos creen que debe ser diseñado para incrementar las habilidades, como para manejar situaciones, en tanto que otros opinan que todo lo que se necesita es tener buena información acerca de la salud mental. Wells, Barlow y Stewart-Brown (2003) argumentan que las intervenciones que estaban basadas por completo en las habilidades deben ser excluidas de su revisión, en base a que esas no son medidas de salud mental, aunque están de acuerdo en que la relación entre las dos cosas es compleja. Ellos acertaron al comentar:

*También es importante notar de los estudios incluidos que muchos de los componentes de la salud mental positiva no han sido materia de intervenciones en las escuelas... Ninguno de los programas revisados incluyeron entre sus propósitos mejorar la capacidad de los alumnos para disfrutar la vida, reírse de ellos mismos y del mundo, o desarrollarse en el ámbito emocional o espiritual, de los cuales todos, han sido sugeridos como componentes importantes de la salud mental (Wells, Barlow y Stewart-Brown, 2003, p. 216).*

No obstante, este punto ilustra bien el problema de definición. ¿Qué es exactamente la salud mental? y si se quiere promover el bienestar, ¿en qué aspectos se debe enfocar? Los programas, así como la investigación de evaluación, difícilmente pueden ser comparados si se están utilizando diferentes definiciones y abordajes.

Otro problema es que aun cuando se llegue a un acuerdo acerca de lo que es la salud mental positiva, aún existe un rango muy amplio de programas de intervención en operación. Como se ha visto, algunos están basados en el salón de clases, en tanto que otros hacen un abordaje a toda la escuela. Algunos argumentan que los programas deben estar basados en la familia, involucrando a los padres, si es que esperan tener éxito. En realidad, no se pueden comparar dos

evaluaciones de igual a igual y, por tanto, cualquier respuesta acerca de la efectividad debe ser manejada con cautela. También debe enfrentarse la dificultad que surge del hecho de que muchas de las investigaciones se originan en EUA.

No es de sorprender que los investigadores que realizaron las revisiones se han preguntado si los hallazgos obtenidos de investigaciones realizadas en culturas muy diferentes pueden ser considerados relevantes en el Reino Unido. Además, el tipo de evaluación puede no ser la misma, ya que en EUA los métodos de evaluación son más rigurosos, en tanto que es más probable que en el Reino Unido se utilicen procesos de evaluación “más blandos”.

Por último, el problema más difícil de todos es que las revisiones por sí mismas no necesariamente llegan a las mismas conclusiones. Harden y colaboradores (2001) proporcionan el mejor resumen cuando dicen:

*Aunque en la actualidad la base de evidencias es muy limitada, esta revisión sistemática ha demostrado que, bajo una variedad de circunstancias diferentes, las intervenciones para promover la salud mental y prevenir la debilidad mental han sido efectivas para una variedad de resultados. Sin embargo, muchas otras intervenciones probadas no muestran o muestran muy pocos efectos claros, y algunas hasta muestran efectos dañinos. Otras intervenciones aún deben ser probadas de manera rigurosa. Es por esto, que lo que falta actualmente es una imagen clara de lo que se relaciona con el éxito o el fracaso (Harden et al., 2001, p. 125).*

Después, citan dos revisiones que llegaron a conclusiones opuestas. Durlack y Wells (1997) argumentan que la mayoría de los participantes que reciben programas de prevención primaria experimentarán cambios positivos en los resultados de salud mental, mientras que Nicholas y Broadstock (1999) creen que pocas intervenciones, aparte de aquellas dirigidas al abuso de sustancias y trastornos de conducta, tienen algún efecto cuantificable.

Uno de los puntos clave aquí está relacionado con el tipo de resultado a medir. Las intervenciones pueden ser evaluadas de acuerdo a diversos criterios. Por un lado, puede considerarse apropiado estudiar si una intervención tiene un efecto en el comportamiento después de un periodo prolongado, aunque en otro estudio puede ser simplemente un caso de descubrir si las personas se sienten mejor después de involucrarse en el programa. Inevitablemente, es mucho más difícil demostrar el primer efecto que el segundo. La diferencia explica muchos de los hallazgos confusos obtenidos en las revisiones extensas. Entre más rigurosos son los criterios, será menos probable que se puedan demostrar resultados positivos.

La mayor parte de las evaluaciones que examinan si las personas se sienten mejor o no, muestran resultados positivos. En ese sentido, se puede decir que sí funcionan. Sin embargo, éstos pueden no ser criterios suficientes para aquellos que promueven o recolectan fondos para la intervención.

A pesar de esta respuesta algo desalentadora, se pueden obtener algunas conclusiones generales de estas revisiones. Primero, está claro que existe una

escasez de investigaciones de buena calidad que evalúen la efectividad de los programas de promoción de la salud mental, en especial en el Reino Unido. Como Harden y colaboradores concluyeron:

*A pesar de la falta de buenas investigaciones, esta revisión identificó una cantidad reducida de evaluaciones rigurosas que han demostrado que diferentes tipos de promoción de la salud mental pueden ser efectivas para cambiar algunos resultados para algunos grupos de personas jóvenes. Lo que aún no está claro, es cuáles son los componentes clave de las intervenciones efectivas, si existen beneficios a largo plazo, y hasta qué punto las conclusiones acerca de la efectividad son generalizables a otras poblaciones de personas jóvenes (Harden et al., 2001, p. 144).*

Una segunda conclusión crítica es que las personas jóvenes por sí mismas, tienen visiones claras acerca de las barreras de la salud mental. Relativamente pocos programas toman estos puntos de vista en cuenta. De esta manera, otro descubrimiento principal de las revisiones es que entre más capaces sean los planeadores de programas de involucrar personas jóvenes en las primeras etapas del diseño y la implementación de la promoción de la salud mental, es más probable que la actividad sea efectiva.

Una tercera conclusión de las revisiones es que entre más enfoque tenga la intervención, es más probable que sea efectiva. De esta manera, si la intención es incrementar la autoestima, entonces el programa debe ser diseñado con ese propósito específico en mente. No tiene caso diseñar un módulo de salud mental general, y después esperar que la autoestima sea incrementada como resultado del programa.

Por último, los autores de las revisiones encontraron que pocos programas han desarrollado maneras efectivas para involucrar a los grupos socialmente excluidos en la promoción de la salud mental. Aunque claramente los grupos de personas jóvenes, como los custodiados por las autoridades locales, los refugiados y los buscadores de asilos, etc. deberían ser los grupos clave para el trabajo de promoción de la salud mental, parece haber pocas evidencias disponibles para guiar a aquellos que desean trabajar con estos grupos.

## Conclusión

- Existen problemas importantes de definición en donde la salud y el bienestar emocional están relacionados.
- En relación con la promoción de la salud mental, la participación de las personas jóvenes es crítica.
- En la promoción de la salud mental, muy a menudo existe una visión centrada en los adultos de lo que es salud emocional.
- Los programas que proporcionan información sólo son menos efectivos de aquellos que proporcionan desarrollo de habilidades e información acerca de la salud mental.

- Los programas para la promoción de la salud mental son populares con las personas jóvenes, pero aún no se sabe si tienen efectos a largo plazo en el comportamiento.

En este capítulo se ha considerado un rango de temas relacionados con la salud y el bienestar mental de niños y personas jóvenes. Se ha visto que durante el último decenio, ha aumentado de manera considerable el interés en este tema, con educadores, profesionales al cuidado de la salud mental e investigadores académicos debatiendo los aspectos asociados con la promoción de la salud mental.

A pesar del ejercicio importante de investigación involucrando docenas y docenas de estudiantes, junto con la sabiduría combinada de por lo menos tres metaanálisis realizados en Gran Bretaña desde 2001, aún no existen respuestas claras para muchas de las interrogantes alrededor de la promoción de la salud mental para niños y personas jóvenes.

No se puede estar seguro de cuales son las maneras más efectivas de promover la salud mental positiva, y aunque existen muchos programas disponibles, no se sabe cual trabaja mejor. No obstante, existen algunas conclusiones muy importantes que pueden obtenerse de las investigaciones y las revisiones, y todas tienen implicaciones para las iniciativas futuras.

El primer punto a tratar, y no es de sorprender, es que es necesario realizar más investigaciones. Esto puede sonar como una conclusión inusual, dada la actualidad de estudios en la literatura. No obstante, muchas preguntas clave no parecen haber sido dirigidas, en particular en el contexto del Reino Unido. Las revisiones principales, como la de Harden y colaboradores (2001), señalan diversas carencias en la investigación. Lo más sorprendente de todo es que no ha habido evaluaciones sistemáticas y rigurosas de ninguno de los programas de promoción de la salud mental en ninguno de los países del Reino Unido.

En particular, se necesitan investigaciones que vayan más allá del proceso de evaluación de primer nivel (que estudian el factor "sentirse bien"), y evalúen los resultados a largo plazo. Es muy probable que se pudiera beneficiarse enormemente de una iniciativa de investigación planeada, al abordar algunos de los aspectos que se ha planteado como parte de esta revisión. Algunas de las cuestiones, que sería particularmente importante investigar, incluyen un estudio del impacto a largo plazo de la promoción de la salud en el funcionamiento escolar, una comparación entre profesores y otros profesionales como guías de promoción de la salud mental, un estudio de la efectividad de los consejeros de la misma edad en el campo de la salud mental, y algunos trabajos evaluados de manera apropiada, que involucren el desarrollo de materiales adecuados para grupos socialmente excluidos de personas jóvenes.

Una segunda conclusión importante de todas las revisiones es que la participación de personas jóvenes es un factor crítico en la efectividad de los programas. Cuando las personas jóvenes han sido involucradas desde el principio, en

el planeamiento y el diseño de las intervenciones para la promoción de la salud mental, es más probable que obtengan mejores medidas de evaluación y que la participación del personal y de los alumnos sea más entusiasta. Esto puede estar relacionado con el punto señalado por Edwards (2003), cuando dijo que se necesita preguntar a las personas jóvenes cuales creen que sean las barreras para su salud mental. Los estudios que han hecho esto encontraron que los niños, así como los adolescentes, son coherentes acerca de las cosas que creen que ayudan o empeoran su salud mental, y a menudo identifican los recursos materiales y físicos, tanto como el capital social. Los programas diseñados para la promoción de la salud mental necesitan incorporar ideas como estas en su marco teórico.

Este punto también puede ser vinculado con el descubrimiento de que muy a menudo existe un punto de vista de adultos, acerca de en que consiste lidiar con los problemas de las personas jóvenes. Una vez más, diversos autores de revisiones señalaron que no todas las personas jóvenes creen que hablar con otros sea una estrategia efectiva. Algunos, en especial los varones jóvenes, pueden sentir que la actividad física o las actividades creativas, pueden ser tan importantes, como una manera de expresar emociones. Puede ser que la música, o la actuación, puedan ofrecer un medio para el desarrollo de la autoestima, por ejemplo, o hasta un medio para explorar recuerdos dolorosos o ansiedades. A menudo, se ha argumentado que los adultos simplemente asumen que el hablar es la mejor manera de promover una buena salud mental.

En términos de los programas por sí solos, existe una conclusión importante obtenida de las revisiones de efectividad. Aunque no puede confiarse en que se entiende todo acerca de la efectividad, se sabe que los programas que proporcionan información sólo son menos efectivos que aquellos que combinan el desarrollo de habilidades con la información. Por las evaluaciones, parece que las personas jóvenes son menos propensas a experimentar un incremento en su salud mental si la intervención es de las que se enfocan en proporcionar información.

De la misma manera, aquellos que sólo se enfocan en las habilidades parecen ser menos efectivos. Los que combinan ambos abordajes son preferibles. Además, se ha aprendido de las investigaciones que entre más estricto y más dirigido sea el programa, es más probable que mostrará un efecto en el resultado designado. Entre más generales sean los propósitos y los materiales del programa, es más difícil mostrar un efecto en una medición de resultados.

Como ha sido remarcado, estas conclusiones tienen implicaciones en la política. Se necesita ser realista y aceptar que aún no se está en el punto en el que puede decirse que los programas de salud mental tienen efectos a largo plazo en el comportamiento. Tampoco queda claro como es que los programas para la promoción de la salud mental impactan en una escuela, en su cultura y en su desarrollo. No obstante, puede decirse que los programas son populares entre las personas jóvenes, y que en la mayor parte de casos, se logra impactar el conocimiento y las actitudes. Se conoce una cantidad considerable de lo que hace que

los programas sean más efectivos, y se necesita incrementar ese conocimiento para asegurar que estas lecciones sean puestas en práctica. De esta manera, involucrar a las personas jóvenes, tener programas que incluyan información y desarrollo de habilidades, y asegurar que los propósitos de cualquier intervención están definidos y estructurados de manera estricta, deberán ser componentes clave de cualquier desarrollo futuro.

Se sabe que los trastornos mentales tienen costos elevados, no sólo para la persona joven, sino también para la escuela y la comunidad. Por esta razón, nuestra prioridad debe ser diseñar programas de promoción de la salud mental de alta calidad. Se espera que algunas de las lecciones identificadas en este capítulo puedan ser útiles para acercarnos a este propósito.

### CASO DE ESTUDIO 3-1

#### Una escuela saludable

En 2005, el gobierno del Reino Unido lanzó el *National Healthy Schools Programme*. Para ser calificada como escuela saludable debían ser dirigidos cuatro puntos: actividad física, alimentación saludable, educación personal, social y de salud (EPSS), y la salud y el bienestar emocional de los alumnos

Una escuela secundaria que aspira tener un *estatus* de escuela saludable podría, por ejemplo, planear y poner atención en los siguientes puntos:

- Liderazgo y manejo.
- Enseñanza y aprendizaje.
- Cultura y ambiente escolar.
- Otorgar voz a los alumnos.
- Provisión de servicios de apoyo a los alumnos.
- Desarrollo profesional del personal.
- Suplemento y planeamiento curricular.

Cada uno de estos elementos contribuye a la cultura general de la escuela. De esta manera, el liderazgo y el manejo pueden involucrar tener una visión clara de la escuela, asegurando que esto es entendido y conocido por todos, y tener personal capacitado, comprometido e involucrado con todas las actividades necesarias para cumplir los propósitos de una escuela saludable

La enseñanza y el aprendizaje implicarán apoyo para todos los alumnos, independientemente de su nivel de capacidad, y puede incluir tener abordajes innovadores para el desarrollo de habilidades de aprendizaje. La cultura y el ambiente escolar considerarán la manera en que los alumnos se organizan en grupos, el movimiento alrededor de la escuela, la seguridad de los alumnos en todo momento, los códigos de conducta y el manejo de comportamiento, así como los sistemas disciplinarios

El dar a los alumnos una voz requiere de un compromiso genuino de escuchar los puntos de vista de las personas jóvenes, permitiéndoles que contribuyan con el desarrollo de la escuela

La provisión de servicios de apoyo a los alumnos debe asegurar que está disponible, y que las personas jóvenes conocen las rutas para encontrar ayuda siempre que la necesiten. El desarrollo profesional del personal debe asegurar que los profesores y otros empleados han sido capacitados en lo que se refiere a salud mental, y por último, el planeamiento del currículo debe involucrar la provisión de la EPSS de alta calidad

El programa de escuelas saludables puede crear una dimensión de valor agregado a cualquier escuela. Algunos de los beneficios del programa de escuelas saludables podrían incluir:

- El compromiso de los alumnos y los padres en el proceso.
- El desarrollo de desarrollos complementarios en la alimentación saludable y en el ejercicio físico.
- Las escuelas se vuelven más exclusivas.
- El surgimiento de conciencia de lo que es salud y bienestar emocional, y la provisión de un enfoque para esto como un propósito legítimo dentro de la escuela;
- Uso más efectivo de los servicios especializados en el currículo.
- El desarrollo de vías más claras para la intervención especializada.
- Evidencia para Ofsted (*Office for Standards in Education*) de la contribución de la escuela a los cinco resultados en el programa de *Every Child Matters*, o sea, estar saludable, permanecer seguro, hacer una contribución positiva, disfrutando y logrando, y alcanzando un bienestar económico.

Fuente: Un agradecimiento particular a la *Highfield School*, Letchworth, Hertfordshire, Reino Unido, por proporcionar un modelo en el que esta descripción está basada.

### PREGUNTAS DEL CASO DE ESTUDIO 3-1

1. ¿Está de acuerdo con esto como una descripción de una escuela saludable?
2. ¿Existen otras dimensiones que le gustaría agregar?
3. ¿Existen otras formas en que usted dirigiría las necesidades de los alumnos, con respecto a su salud y bienestar emocional?
4. ¿Cuáles cree que son las barreras para que cualquier escuela secundaria se volviera una escuela saludable?
5. Existen considerables estigmas asociados con los problemas de salud mental en la mayoría de ambientes escolares. Si usted fuera director de la escuela, ¿qué pasos seguiría para dirigir esto?

---

## Lecturas recomendadas

---

- Cowie, H., Boardman, C., Dawkins, J. and Jennifer, D. (2004) *Emotional health and well-being: a practical guide for schools*, Paul Chapman Publishing, London.
- Dwivedi, K, and Harper, P. (eds) (2004) *Promoting the emotional health and well-being of children and adolescents and preventing their mental ill-health*, Jessica Kingsley Publishers, London.
- Goleman, D. (1996) *Emotional intelligence*, Bloomsbury, London.
- Weare, K. (2004) *Developing the emotionally literate school*, Paul Chapman Publishing, London.

---

## Preguntas para discutir

---

1. De los términos inteligencia emocional, salud y bienestar emocional, o salud mental, ¿cuál prefiere?, ¿por qué?
2. ¿Qué cree que influye más en la salud emocional de los adolescentes; la familia, la escuela o el grupo de amigos?
3. Algunos dicen que la debilidad mental entre los adolescentes está en aumento. Desde su propia perspectiva, ¿cree que éste sea el caso?
4. ¿Cree que existe un lugar para la enseñanza de educación emocional en la escuela? ¿Cuáles son los obstáculos y los retos para hacer esto de manera efectiva?

# CAPÍTULO 4

---

## Trastornos de la alimentación, dietas e imagen corporal

---

*Susan Faulkner*  
*University of Glamorgan*

- Introducción.
- ¿Qué son los trastornos de la alimentación?
- Anorexia nerviosa.
- Bulimia nerviosa.
- Teorías de la etiología de los trastornos de la alimentación.
- Obesidad.
- Tratamiento de los trastornos de la alimentación.
- Conclusión.

### **Objetivos de aprendizaje**

---

Después de leer este capítulo usted debe:

1. Estar consciente de las controversias y de los aspectos que rodean los intentos por definir los trastornos de la alimentación.
2. Ser capaz de entender y reconocer lo síntomas principales de anorexia y bulimia.
3. Adquirir cierto conocimiento de los principales abordajes teóricos para la etiología de los trastornos de la alimentación.
4. Comprender los abordajes sociales y culturales para los trastornos de la alimentación.
5. Haber aprendido acerca de la obesidad y de comidas excesivas.
6. Saber que existen diferentes abordajes para el tratamiento de los trastornos de la alimentación.

## Introducción

---

Comer puede ser una actividad social y que se puede disfrutar. No obstante, la sociedad se vuelve cada vez más ansiosa acerca de su peso corporal, el ejercicio y la nutrición. Las dietas, la alimentación saludable y la imagen corporal son aspectos que ocupan los pensamientos de muchas niñas adolescentes, y de cada vez más niños adolescentes. Esto no es de sorprender dada la obsesión de los medios con el peso y la forma corporal de las celebridades y las modelos. En tanto que el aumento de conciencia quizá haya provocado hábitos más sanos de alimentación en muchas personas jóvenes, también es probable que sea asociado con el incremento en los trastornos de la alimentación, que por mucho, son causas de sufrimiento físico y psicológico.

Este capítulo se enfoca en los principales trastornos de la alimentación —anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad. Los propósitos son proporcionar una visión general de estos trastornos y de los factores que contribuyen para su desarrollo y evolución en personas jóvenes. Al mismo tiempo, se describirán y discutirán los síntomas principales, resaltando los aspectos más importantes y las controversias con respecto a su naturaleza precisa y las dificultades asociadas con su identificación y tratamiento. Los estudios de casos serán utilizados para ilustrar los temas de importancia y para demostrar la verdadera naturaleza de la incidencia de este tipo de trastornos en los adolescentes que los padecen.

Aunque es justo decir que las causas reales de los trastornos de la alimentación son extremadamente complejas y no se han comprendido por completo, se revisarán las explicaciones principales y diversas perspectivas, incluyendo los sistemas biológicos, psicológicos, psicodinámicos, cognitivos y familiares, y se evaluarán los abordajes sociales. Por último, se revisará como estos abordajes están relacionados con los diferentes métodos de tratamiento.

## ¿Qué son los trastornos de la alimentación?

---

### Anorexia nerviosa

El término anorexia nerviosa fue acuñado en 1873 por William Gull, un doctor inglés que describió una extraña enfermedad que involucraba una pérdida severa de peso corporal, rechazo a comer, pérdida de apetito, vigilia, amenorrea (ausencia de la menstruación) y letargo. Él estableció que por lo general, la condición se presentaba en mujeres jóvenes entre 16 y 23 años de edad. La palabra anorexia significa “pérdida del apetito” y Gull sugirió que esta pérdida de apetito se debía a una condición psicológica. Casi al mismo tiempo, Ernest Lasegue, un doctor francés, reportó una condición denominada “*anorexia hysterica*”. En

realidad, fue el trabajo de estos dos médicos lo que marcó el punto inicial para comprender este trastorno.

Las explicaciones de los trastornos de la alimentación han cambiado con el paso del tiempo para incorporar muchos puntos de vista diferentes. La influencia de un modelo médico en donde la enfermedad es percibida como una consecuencia de una enfermedad física tuvo una influencia significativa en la manera en la que se entiende la anorexia nerviosa. Como consecuencia de este modelo, se tiene un conjunto de criterios de diagnóstico, que señalan los síntomas de la enfermedad que son utilizados para su evaluación y tratamiento.

Un abordaje alternativo para comprender los trastornos de la alimentación es un enfoque sociocultural, el cual resalta la importancia de las influencias sociales y culturales. Muchas personas creen que el aumento de personas jóvenes que padecen de trastornos de la alimentación es una consecuencia de las presiones de los medios de comunicación y sociales para que las personas jóvenes sean muy delgadas. Las personas jóvenes son en particular vulnerables a este nivel constantemente alto de exposición a modelos muy delgadas, que representan lo que es ser una persona hermosa y exitosa. Las revistas y los anuncios dirigidos a los adolescentes están llenos de sugerencias de dietas y de cómo lograr una forma particular de cuerpo. Las celebridades, tan delgadas como un lápiz, cubren las páginas de las revistas, y las celebridades que aumentan unas cuantas libras son criticadas y a menudo son retratadas en imágenes nada atractivas. Para la mayoría de las personas jóvenes, la única manera de alcanzar la imagen corporal deseada sería adoptar una dieta de inanición y un programa de ejercicios inapropiados.

Esto puede provocar sentimientos de fracaso, vergüenza por la forma del cuerpo y la adopción de dietas “yo-yo” o restricción de alimentación, seguida por comidas excesivas e infelicidad general.

Aunque, como ya se estableció antes, la anorexia implica la “pérdida de apetito”, en la mayor parte de los casos, los anoréxicos están hambrientos y muy interesados en la comida. Con frecuencia, las personas que la padecen leerán libros de cocina, cocinarán para la familia y estarán orgullosos del hecho de que, a pesar de su hambre, no se permiten a sí mismos comer.

Se dice que las características principales de la anorexia nerviosa son:

- Un temor mórbido de engordar.
- Pérdida significativa de peso.
- Imagen corporal distorsionada.
- Cese de la menstruación.

### *Temor mórbido de engordar*

Una característica fundamental de este trastorno es una sensibilidad “anormal” acerca de engordar; por esta razón, aquí se denominada como una “fobia al

peso". Las personas que padecen anorexia temen de manera mórbida el aumentar de peso o perder el control de lo que comen. Se cree que ésta es la razón de su disminución notable en la ingestión de calorías. Limitan de manera estricta su alimentación y, en particular, restringen los carbohidratos como pan, pasteles y dulces, así como alimentos grasosos. No es raro que las personas anoréxicas utilicen estrategias, como comer pequeñas comidas de manera muy lenta, cortando la comida en trozos muy pequeños. Otras estrategias para perder peso pueden incluir hacer ejercicios excesivos; pueden pasar gran parte de su tiempo corriendo, tomando entrenamientos extenuantes o nadando excesivamente en un esfuerzo casi frenético por "quemar" calorías. Otra estrategia utilizada por algunos es el vómito autoinducido (el subtipo comer en exceso y purgarse) y el abuso de laxantes, lo cual puede originar el desequilibrio de electrolitos y deficiencias minerales. Aunque la anorexia es menos común en niños, se dice que su incidencia está en aumento, aunque parece que la forma es más problema que el peso. Los niños temen estar flácidos y fuera de forma, o tener una mala constitución (p. ej., Lask y Bryant-Waugh, 2000).

### *Pérdida significativa de peso*

El diagnóstico está basado en gran medida en la pérdida significativa de peso. Es necesario descartar otra enfermedad física o psicológica como la causa de la pérdida de peso. El índice de masa corporal (IMC) es utilizado como una medida del grado de enflaquecimiento. Se trata de una medida que considera la proporción peso-altura, y existen cuadros de estándares para el IMC normal, por debajo de lo normal y por encima de lo normal, para varones y mujeres de diferentes edades. El IMC se calcula dividiendo el peso (en kilogramos) entre la altura al cuadrado ( $IMC = \text{peso (kg)}/\text{altura}^2$ ). Un IMC de menos de 18 se considera como un síntoma de anorexia.

### *Imagen corporal distorsionada*

Muchos argumentan que la alteración en el peso o la forma corporal es una característica específica del trastorno. Por lo general, existe una negación a su bajo peso corporal en las personas jóvenes, las cuales perciben su cuerpo como más grande, ancho o gordo, de lo que en realidad es.

Aunque las personas que padecen anorexia reportan esta evaluación distorsionada de su tamaño y forma de cuerpo, no es raro que las personas jóvenes que no son anoréxicas subestimen el tamaño de su cuerpo y expresen una falta de satisfacción con la forma de su cuerpo o su peso.

En ocasiones, las personas anoréxicas también poseen percepciones internas distorsionadas, reportando inflamaciones, distensión severa, o ambas, después de comer pequeñas cantidades de comida. Si esta distorsión reportada refleja sus percepciones reales o si se trata de una autonegación para justificar que "no comen" es un aspecto adicional.

## Cese de la menstruación

La amenorrea es otra característica clave de este trastorno. Este síntoma también puede ser problemático, ya que no es raro que la anorexia inicie durante la pubertad y retrase el inicio de la menstruación.

### CASO DE ESTUDIO 4-1

#### Una mujer joven anoréxica

*Caí en la anorexia hace ocho años. Mi madre tuvo un infarto y mi padre, el cual es obeso, había desarrollado diabetes y estaba a punto de que le practicaran una cirugía para colocarle un marcapasos. Vi esto como mi propio futuro y me espanté. Entonces decidí hacer ejercicio y comer sano. Aunque no hice dietas, baje 6 kg. Yo pensaba que estaba comiendo demasiado, pero sabía que no era así. Durante los siguientes seis meses, de manera periódica perdía el apetito y bajaba unos cuantos kilogramos. Una vez que había perdido peso, no quería volver a ganarlo. Me sentía poderosa por ser capaz de perder peso —algo que la mayoría de las personas quiere, pero nunca logra*

*No fue sino hasta hace tres veranos, en un punto de mi vida particularmente bajo, en el que me sentía miserable y fuera de control, que tomé la decisión de ver cuanto peso podía perder. Mi cuerpo era la única área de mi vida en el que sentía que tenía control total. En medio de un gran miedo, con un intento desesperado por sentirme bien conmigo misma, empecé a restringirme la comida y hacer ejercicio*

*Me veía normal por fuera, pero me refugiaba en mi propio mundo. Cada pensamiento, en cada minuto, de cada día, giraba en torno a la comida. Aunque moría de hambre, rara vez dejaba que algo pasara a través de mis labios. En lugar de eso, planeaba comidas, soñaba con comidas y preparaba comidas para otras personas. Comer sola se volvió una necesidad, de manera que pudiera comer exactamente lo que quisiera —como quisiera. Estaba tan débil, que el sólo hecho de permanecer de pie o subir escaleras demandaba toda mi energía. Cuando me sentaba en alguna silla, sentía como si me hubieran aplastado todos mis huesos*

*Si en algún momento comía algún bocado adicional, me preocupaba de manera incesante, y sólo me tranquilizaba cuando la báscula confirmaba que no había subido de peso o me subía a la caminadora por segunda vez en el día. Estaba tan débil, que me torcía mis tobillos con facilidad, pero prefería que me sacaran los ojos a dejar de hacer ejercicio un solo día. Recuerdo un momento —traté de cargar al hermoso bebé de mi hermana, pero no pude porque no tenía fuerza suficiente en mis brazos*

### PREGUNTAS DEL CASO DE ESTUDIO 4-1

1. ¿Cuáles características clave de la anorexia reconoce en este caso de estudio?
2. ¿Cómo podría reconocer un trastorno de la alimentación en una persona joven que usted conoce?
3. Existe un gran mercado en la publicidad de pérdida de peso, comidas de dieta y productos para ejercicio. ¿Cree que debería culparse a estas industrias por el aumento en los trastornos de la alimentación?

### Bulimia nerviosa

Las personas con bulimia nerviosa presentan una compulsión por comer grandes cantidades en periodos relativamente cortos. Aunque existen similitudes entre la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa (de hecho, más de 40% de personas con anorexia presentan episodios en los que comen de manera excesiva), muchas de las personas que comen en exceso no presentan anorexia. Por lo general, la mayoría de las personas que padece bulimia tienen un peso normal o por encima del promedio, y aproximadamente 10% de aquellos que pueden ser clasificados como obesos, también presentan episodios de comidas excesivas. Aunque se pueden encontrar evidencias de un ciclo de comer en exceso y purgarse, no fue sino hasta 1979 que la bulimia nerviosa fue reconocida de manera oficial, y desde entonces la incidencia de este trastorno ha aumentado de manera significativa, excediendo al de la anorexia (Fairburn *et al.*, 1999, Fairburn y Brownell 2002). Se ha descubierto que muchas personas comen de manera excesiva. Pyle y colaboradores (1986) afirman que una cantidad significativa de estudiantes de universidad reportaron excesos alimentarios periódicos y muchos de ellos habían tratado de vomitar. Aquellas personas que padecen de bulimia nerviosa, presentan episodios, a menudo más de dos veces por semana, y sienten que han perdido el control sobre su alimentación. Por lo general, las personas con bulimia reconocen que tienen un trastorno de la alimentación y, a diferencia de las personas con anorexia, es raro que lo nieguen. Ésta es una característica que distingue la bulimia nerviosa de la anorexia nerviosa, mientras que una de las características que suelen compartir es la fascinación con la comida —leyendo libros de cocina y preparando comida para otros.

Las comidas excesivas en las personas con bulimia son antecedidas por sentimientos intensos de ansiedad y tensión. Pueden tener palpitaciones y comenzar a sudar. Durante la comida excesiva, la tensión comienza a desaparecer y pueden experimentar una sensación de liberación de la ansiedad y la preocupación que sentían. Una vez que han terminado de comer, comienzan a sentir ansiedad y culpabilidad, y la purga (que por lo general es a través del vómito) tiene la función de “liberarse” de la comida y prevenir el aumento de peso, al mismo tiempo que eliminan los sentimientos de ansiedad, angustia y culpabilidad.

### *Episodios frecuentes de comidas excesivas*

Los episodios de comidas excesivas son el centro de este trastorno y comprenden el comer en grandes cantidades en un periodo limitado. Por supuesto, lo que constituye una comida excesiva varía de manera significativa, pero algunas personas pueden consumir 30 veces más de la cantidad que normalmente comen en un día. Algunos ingerirán grandes cantidades de comida, en ocasiones introduciendo la comida de manera frenética en sus bocas. Algunas personas seleccionan comida que sea fácil de deglutir (y fácil de regurgitar después). En algunas ocasiones, comerán alimento que ellos mismos se prohíben normalmente, como pasteles y bizcochos.



Las características principales de la bulimia nerviosa son:

- Episodios frecuentes de comidas excesivas.
- Falta de control en la alimentación.
- Purgas regulares.
- Preocupación por la forma del cuerpo y el peso.

### **Falta de control en la alimentación**

La característica central es la pérdida de control en la alimentación. Algunos describen una comida excesiva como “una liberación” o “abandono”, a menudo después de algunos días de control estricto y alimentación restringida. Después de una comida excesiva, estas personas se sentirán disgustadas con ellas mismas, y a menudo prometen no repetir el ciclo. No obstante, la falta de control queda demostrada no sólo en el episodio frenético de comida excesiva, sino también en la frecuencia y repeticiones del ciclo comer en exceso y purgarse.

### **Purgas regulares y preocupación por la forma del cuerpo y el peso**

El propósito de estos es prevenir el aumento de peso. Al igual que con las personas con anorexia, los que presentan bulimia ponen gran énfasis en el peso corporal y en la forma del cuerpo, de tal manera que le dan un valor superior, lo cual los lleva a realizar esfuerzos desesperados por prevenir un aumento de peso.

## **CASO DE ESTUDIO 4.2**

### **La experiencia de la bulimia**

*“Lo has arruinado todo. Te rendiste. Eres débil”, murmuraba con enojo. Viéndome al espejo, los ojos llenos de lágrimas. Dejé de verla, dándole espacio para que llorara. Mis ojos se detuvieron en la puerta roja del compartimiento para discapacitados del desolado baño. Caminé lentamente hacia ella, limpiando mis ojos con mis mangas. Entré con decisión en el compartimiento y cerré la puerta y puse el seguro, inconsciente de la metamorfosis que acababa de ocurrir. Observé con precaución el excusado blanco de porcelana, con su manija plateada y me subí las mangas de mi blusa café con franjas color crema hasta mis codos. Me levanté y respiré profundamente. Abrí mi boca tanto como pude, e introduje mi dedo índice derecho en mi garganta*

*Me atraganté y vomité, viendo la pizza aún sin digerir y los palitos de pan caer en el agua. Escuchando el eco de mi vómito, luché por respirar. La mezcla de bilis y salsa de pizza escaldaron mi lengua, y los ojos comenzaron a llorarme. El olor ácido del vómito saturó mi nariz, pero volví a empujar mi dedo hacia mi garganta, como si estuviera en un sueño*

*La puerta rechinó y me quedé helada, aterrorizada de que pudieran descubrirme. Me di la vuelta de manera que mis pies se vieran de manera correcta, y con cuidado suspendí mi mano derecha sobre el excusado para dejar que la saliva y los restos de comida escurrieran dentro del desagradable líquido y no en el piso. Mi corazón latía con fuerza mientras escuchaba como el intruso entraba en el baño de al lado. Escuche petrificada como le jalaba al baño y abrió la puerta. Escuché como abría la llave del lavabo, prendió el secador de manos, y por último el rechinido de la puerta que señalaba su salida. Me di la vuelta y volví a meter mi dedo en mi epiglotis. Mi uña raspó mi garganta conforme trataba de vomitar y el ácido estomacal sabía más amargo en la parte posterior de mi boca. Observé la última parte de mi cena, revuelta en una mezcla*

*Cuando ya no pude expulsar nada más, decidí que había hecho todo lo que podía. Miré la comida sin digerir que llenaba el excusado con un sentimiento intenso de placer. Limpiando los restos grotescos de moco y saliva de mi mano y antebrazo derecho, me sentí limpia. Vacía. Había recuperado el control*

*Sin embargo, la angustia emocional y mental era peor que el dolor físico. No me podía concentrar ya que de manera incesante pensaba en comer. Durante las clases, en lugar de escuchar las lecturas y tomar apuntes, pensaba en lo que había comido ese día, cuando volvería a comer, que comería, y si tendría la oportunidad de vomitar. Por las noches homeaba pastelillos y los regalaba al siguiente día a mis amigos. Veía como los demás comían, saboreando cada bocado. Leía libros de cocina y juntaba recetas. Nunca me veía al espejo sin pensar "gorda". Veía tanta grasa en mi estructura de 1.57 m, que en verdad me sorprendía cuando las personas me decían que estaba muy delgada*

*Al principio de la enfermedad me pesaba cada mañana y cada noche, después varias veces al día, hasta que literalmente me pesaba de 6 a 12 veces en un solo día. No pensaba en otra cosa que no fuera que necesitaba bajar de peso. Cuando comía alimentos no saludables me iba volando al baño más cercano, azotando la puerta y metiéndome todos los dedos de mi mano derecha en mi garganta rasguñada y adolorida*

## **PREGUNTAS DEL CASO DE ESTUDIO 4-2**

1. ¿Qué características de la bulimia nerviosa reconoce en este caso de estudio?
2. Existen muchas pruebas de las presiones en las mujeres jóvenes para estar delgadas o tener el cuerpo de una forma en particular. ¿Cuáles cree que pueden ser las presiones para los varones jóvenes?
3. ¿Cómo explicaría el hecho de que todas las mujeres jóvenes en las sociedades occidentales están expuestas a las imágenes culturales de delgadez, pero sólo una minoría desarrolla un trastorno de la alimentación?

### Comparaciones entre personas con anorexia y bulimia

La psicopatología subyacente común en la anorexia y la bulimia nerviosas es el temor sorprendente a subir de peso. Para prevenir un aumento de peso, inician una variedad de conductas que incluyen dietas extremistas, evitan alimentos, se ejercitan en exceso, abusan del uso de laxantes, comen en exceso, vomitan o ambas.

Es más probable que los bulímicos presenten conductas antisociales, las cuales pueden incluir abuso de sustancias o promiscuidad. Las personas con anorexia tienden a ser más conformistas y obsesionadas que las personas con bulimia, que por lo general son más impulsivas y emocionalmente inestables.

Las personas con bulimia confían más en las personas que pueden ayudarlas y son más abiertas con respecto a las anomalías en su comportamiento, en tanto que las personas con anorexia son más propensas a negar y a desconfiar de los demás, en particular de los terapeutas y de la familia. Las personas que padecen anorexia tienen más autocontrol emocional, y difícilmente expresan sus emociones o sentimientos.

Para obtener más detalles acerca de la manera en que la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa se clasifican y se diagnostican puede leer el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* cuarta edición (DSM-IV) de la *American Psychiatric Association* (APA) o *La Clasificación internacional de las enfermedades, trastornos mentales y del comportamiento* (ICD-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los criterios de diagnóstico son revisados de manera constante.

Los trastornos identificados incluyen anorexia nerviosa (de tipo restrictivo y de tipo purgante), bulimia nerviosa (tipo purgante y no purgante) y otros tipos de trastornos de la alimentación no tan bien especificados.

### ¿Quién padece estos trastornos de la alimentación?

La *Eating Disorders Association* establece que 60 000 personas en el Reino Unido son diagnosticadas con un trastorno de la alimentación, pero el dato real para aquellas personas que padecen un trastorno de la alimentación es aproximadamente de 1 100 000. El cálculo menor puede deberse a que las personas con trastornos de la alimentación se rehúsan a reconocer el hecho y también debido a los retrasos para reconocer y diagnosticar el trastorno. Howlett y colaboradores (1995) afirman que 1 de cada 250 mujeres y 1 de cada 2 000 varones padecen anorexia, por lo general en la adolescencia, y casi cinco veces más de esta cantidad padecen bulimia.

Los trastornos de la alimentación son responsables de una mayor cantidad de muertes que cualquier otro trastorno psiquiátrico (Palmer, 1996), aunque sea más común que la anorexia. Por lo general, la bulimia nerviosa no es físicamente peligrosa. No obstante, la bulimia es asociada con el uso excesivo de laxantes y vómito autoinducido, lo cual puede tener consecuencias serias en la salud, como ruptura del esófago, deficiencia de minerales y deshidratación. La bulimia también ha sido asociada con la depresión mayor y suicidio en adolescentes. Las complicaciones de la anorexia incluyen problemas cardíacos, renales, gastrointestinales y de fertilidad.

## Teorías de la etiología de los trastornos de la alimentación

Aún no se ha llegado a un acuerdo en cuanto a las causas de los trastornos de la alimentación, y muchas controversias rodean la identificación de factores etiológicos. Lask y Bryant-Waugh sugieren que “*buscar una sola causa para los trastornos de la alimentación es una tarea fútil*” (2006, p. 63). Es más probable que sean determinados por factores múltiples, involucrando la interacción de diversos factores incluyendo los genéticos, fisiológicos, neuroquímicos, de personalidad, familiares, psicológicos y socioculturales. Garner y Garfinkel (1980) afirman que diversos factores están asociados con el desarrollo de los trastornos de la alimentación, y hacen una distinción entre aquellos que predisponen a un individuo a desarrollar un trastorno de la alimentación (precondiciones); otros factores que precipitan el inicio del trastorno (detonadores); y un conjunto adicional de factores que perpetúan el trastorno (mantenimiento). Este modelo proporciona una perspectiva biopsicológica de cómo los trastornos de la alimentación pueden ser influenciados por la interacción de factores biológicos, psicológicos y socioculturales, y más adelante se revisan las investigaciones de estas perspectivas.

### Perspectivas biológicas

Éstas pueden ser subdivididas en investigaciones acerca de la predisposición genética, daño estructural y teorías neuroquímicas.

Existen pruebas de que los trastornos de la alimentación “se dan en familias” (existe una mayor incidencia de trastornos de la alimentación en familiares de primer grado de aquellos con estos trastornos que en la población general; Strober, 2000). Los estudios de gemelos han descubierto que el índice de concordancia (p. ej., cuando ambos gemelos desarrollan el trastorno) para gemelos monocigóticos se encuentra en 55%, en tanto que para los gemelos dicigóticos fue más cercano a 5%, y para bulimia 35 y 30%, respectivamente (Treasure y Holland, 1995). Esto sugiere un componente genético, en particular para la anorexia y en un menor grado para la bulimia. No obstante, se debe tener cuidado al interpretar estos datos porque:

- Parece haber una gran variación en los estudios con respecto a los cálculos de contribución genética.
- Por lo general, los gemelos en estos estudios han compartido un ambiente en común, al igual que los genes.
- Por lo general, estos estudios son conducidos en esas clínicas de atención para tratamiento, y por tanto no incluyen a aquellos que padecen del trastorno, sino que no han tenido un diagnóstico formal. Además, los números reales en muchos de los estudios son relativamente pequeños.

A pesar de estas reservas, Lask y Bryant-Waugh (2000) sugieren que los genes pueden ser un factor predisponente importante y aunque aún no se ha llegado a un acuerdo claro respecto a las maneras en que los trastornos de la alimentación pueden ser heredados, si existe un acuerdo en que los factores genéticos desempeñan una función.

Un argumento es que las personas heredan características de personalidad, como la inestabilidad emocional, las obsesiones y el perfeccionismo (Klump y Gobrogge, 2005).

Otras investigaciones biológicas se enfocan en los sistemas que regulan el apetito, el hambre, la saciedad, así como la inanición y el cese de alimentación. Se ha sugerido un trastorno del sistema endocrino que afecta el eje hipotálamo-hipófisis-gónada, aunque aún no se sabe con exactitud como es el trastorno. También se ha sugerido la falta de regulación en cualquiera de los neuroquímicos involucrados en este sistema, incluyendo la noradrenalina, la serotonina y la dopamina. De esta manera, por ejemplo, los niveles bajos en la actividad de serotonina han sido asociados con una personalidad impulsiva, y esto podría estar relacionado con los síntomas de bulimia, en tanto que los niveles elevados pueden conducir a un conjunto de síntomas que incluyen rigidez, ansiedad, obsesiones, siendo características de personalidad con anorexia. El problema con la mayor parte de los descubrimientos en relación con los cambios endocrinos es que éstos pueden ser una consecuencia, más que una causa, de la pérdida de peso y el regreso a la normalidad cuando se recupera el peso.

### Abordajes psicodinámicos

Las primeras perspectivas psicodinámicas estaban basadas en el tema del “conflicto oral” y en el punto de vista de que los niños son incapaces de separarse de sus madres y se espantan de manera particular cuando la adolescencia se acerca, ya que tienen que afrontar la independencia, la separación de los padres y la madurez sexual. La anorexia es vista como una manera de evitar esto. Crisp (1980) define la anorexia como “*una evasión fóbica de la pubertad o del crecimiento*”. Otras autores de teorías psicodinámicas, como Bruch (1985), Lawrence (1989) y Orbach (1986) ofrecen una perspectiva ligeramente diferente.

Bruch (1985) sugiere que las madres de personas anoréxicas son muy ansiosas y tratan de anticiparse a cada una de las necesidades de sus hijos. Su respuesta puede ser inapropiada: alimentar al niño en momentos de ansiedad y no de hambre, y confortarlo cuando está cansado y no cuando está ansioso. Esto provoca confusión respecto a la necesidad de comida y sus necesidades emocionales, conforme la madre define de manera constante lo que las necesidades del niño deberían de ser. Esto provoca problemas en la autonomía y en el bienestar emocional del niño, y un fracaso en el desarrollo de un sentido de independencia. Además, esto origina sumisión, sentimientos de vulnerabilidad, sentirse controlado desde afuera e incapaz de enfrentar a los demás. Para superar estos sentimientos, estas personas alcanzan un autocontrol extremo sobre su alimenta-

ción y el tamaño de su cuerpo. Algunos son “exitosos” y se vuelven anoréxicos, en tanto que otros son menos “exitosos” y desarrollan un patrón comer en exceso y purgarse. Las comidas excesivas simbolizan el deseo de estar cerca de la madre y la purga refleja el deseo de alejarse de ella. Esto puede explicar porqué las personas con bulimia comen en exceso cuando tienen sentimientos de rabia, culpabilidad o ansiedad; la experiencia de estas emociones se confunde con la necesidad de comer. Otros soportes para la perspectiva de Bruch provienen de los descubrimientos de que las personas con anorexia tienden a buscar la aprobación de otros, son muy conformistas y poseen un *locus* externo de control (p. ej., Lask y Bryant-Waugh, 2000; Tchanturia *et al.*, 2004).

Lawrence (1989) sugiere que los síntomas de los trastornos de la alimentación se desarrollan como una manera de expresar la angustia y la infelicidad. Las personas jóvenes expresan su angustia a través de su cuerpo, ya que no pueden hablar al respecto; esto se vuelve un foco de ansiedad, al mismo tiempo que una fuente de posible control. El sólo tratar los síntomas del trastorno de la alimentación, sin entender las emociones detrás de éste, no será efectivo. Orbach (1986) establece que la comida simboliza el cuidado, la crianza y el cumplir con las necesidades básicas: las necesidades físicas y emocionales no están separadas del todo. Se abraza y alimenta a los bebés, para proporcionarles nutrición, amor y seguridad. Después, se hace una distinción entre la necesidad física de comida y las necesidades emocionales, aunque en ocasiones, aún se utiliza la comida con propósitos emocionales.

Orbach hace énfasis en el conflicto inherente en la cultura occidental, en donde se espera que las mujeres (en su papel de esposas y madres) proporcionen comida a la familia y nieguen sus propias necesidades para mantener una talla particular que vaya de acuerdo a los estándares occidentales de belleza.

Las perspectivas psicodinámicas pueden proporcionar algunas visiones importantes de los trastornos de la alimentación. No obstante, es un abordaje difícil de probar o verificar. El enfoque en deseos inconscientes requiere de la interpretación y, por tanto, está basado en la visión subjetiva del terapeuta específico. El siguiente estudio de caso resalta algunos de los sentimientos y emociones subyacentes de una persona joven con bulimia.

## CASO DE ESTUDIO 4-3

### Cómo se siente

Los trastornos de la alimentación son enfermedades silenciosas. Todos estamos gritando en silencio por algo: atención, amor, ayuda, escape o perdón. Aunque podríamos estar buscando llenar diferentes vacíos, nunca pedimos las cosas que necesitamos. Sentimos que no valemos la pena, que por alguna razón no las merecemos. Por esto, jugamos el juego de adivina que es lo que necesito de ti. Tu

incapacidad para adivinar sólo alimenta nuestros sentimientos de inutilidad. Cuando finalmente te das cuenta que existe un problema, ya es demasiado tarde. Ahora, pelearemos, mentiremos y engañaremos para mantener la única cosa que nos ha dado apoyo. Tú ves los síntomas, pérdida de peso, aumento de peso, o depresión. Nos ves morir de hambre, comer, purgarnos y aislarnos. Nos dices si comer o no comer, si dormir o levantarnos y hacer algo, no puedes entender porque no podemos mejorar

Nosotros trataremos de alejarte. Haremos que te enojas con nosotros. Te diremos que no te necesitamos y que nos dejes solos. Haremos rabietas temperamentales y hasta arrojaremos comida. Nos encerraremos y te dejaremos fuera. Dejaremos pasar citas importantes. Haremos las cosas que nos dijeron que no se podían hacer, ejercicio, mascar chicle, beber refrescos de dieta... traspasaremos cada límite. No hacemos estas cosas para lastimarte; es sólo que tenemos miedo y nos sentimos amenazados. Tú quieres que dejemos algo, sin lo cual no imaginamos la vida

### **PREGUNTAS DEL CASO DE ESTUDIO 4-3**

1. ¿Se debe considerar una preocupación por perder peso y por la forma del cuerpo como un indicativo de un problema psicológico (p. ej., distorsión cognitiva o una obsesión) o debe ser considerada como normal, dada su alta incidencia?
2. ¿Cómo puede distinguirse entre la normalidad y la anormalidad?

### **Abordajes a sistemas familiares**

Así como las investigaciones que se enfocan en el desarrollo del niño y en la relación con su madre, existen investigaciones que incluyen la función del niño dentro de la familia y otros miembros familiares. Este punto de vista sugiere que existen características particulares de ciertas familias que predisponen a las personas jóvenes a desarrollar anorexia. Los investigadores de esta perspectiva, incluyendo a Palazolli (1974) y Minuchin y colaboradores (1978), argumentan que la familia puede ser vista como un "sistema", en el que cada miembro puede influir en otros y ser influido por otros.

Esta perspectiva no necesariamente ve a la familia como la causa del trastorno pero hace énfasis en la familia como el contexto dentro del cual se pueden desarrollar los trastornos de la alimentación. Las características de las familias con una persona que padece de un trastorno de la alimentación se listan más adelante, y se ha sugerido que el contexto familiar crea y mantiene los síntomas de la enfermedad. No obstante, los descubrimientos más recientes de Bryant-Waugh y Lask (1995) sugieren que el posible conflicto dentro de la familia

puede ser una consecuencia de la anorexia, más que una causa de ésta, y que estas características no son exclusivas de las familias con un miembro anoréxico, sino de cualquier familia en la que alguien tiene alguna forma de problema psicosomático.

Palazolli hace énfasis en las siguientes características:

- Falta de resolución de conflictos.
- Desilusión marital.
- Autosacrificio.
- Alianzas encubiertas.

Minuchin hace énfasis en las siguientes características

- Confusión.
- Sobreprotección.
- Rigidez.
- Evasión de conflictos.

## Abordajes cognitivos

Los abordajes cognitivos sugieren que los “pensamientos distorsionados” acerca de la forma del cuerpo y del peso sustentan las características clínicas de los trastornos de la alimentación en las personas jóvenes. Garner y Bemis (1982, 1985) propusieron un “modelo conductual cognitivo”, basado en el modelo cognitivo de la depresión de Beck, el cual describe un conjunto de cogniciones disfuncionales que motivan su conducta. Pensamientos como “si me como una pieza de chocolate me sentiré inflamado y distendido” o “si soy delgado seré feliz y popular” caracterizan y dominan su pensamiento. Estos patrones de pensamiento se arraigan más conforme su conducta es reforzada a través del éxito en el control sobre su peso. A menudo, existe un refuerzo social inicial por perder peso, y conforme la pérdida de peso progresa reciben más atención de su familia y amigos, quienes están preocupados por la pérdida de peso —la cual está siendo reforzada de manera adicional.

Una modificación de este abordaje cognitivo fue desarrollado por Fairburn, Shafran y Cooper (1999), que sugieren que la característica central de los trastornos de la alimentación es la necesidad extrema de controlar la comida. Esto desarrolla una necesidad más general de autocontrol, que está relacionada con las características de perfeccionismo, la falta de control y la baja autoestima. Experimentan control sobre la ingestación de comida como un refuerzo de tres maneras:

- El control sobre la comida incrementa el sentido de estar en control y los sentimientos de valor propio.

- El éxito conduce a dejar de comer y los cambios fisiológicos y psicológicos pueden promover por sí solos una mayor restricción en la dieta. Esto se acompaña de una preocupación por la comida, por lo que se le da aún más importancia al control sobre la comida.
- En una sociedad en donde la delgadez es admirada y la gordura ha sido estigmatizada, se ha reforzado el juzgarse a uno mismo en términos de forma y peso. El aumento de peso o hasta la ausencia de pérdida de peso, es visto como una prueba de poco control, lo cual intensifica los esfuerzos por restringir la dieta.

Conforme el peso empieza a disminuir, es necesario comer menos y menos para alcanzar una mayor pérdida de peso, y esto puede ser incrementado utilizando métodos adicionales para controlar el peso, como ejercicio excesivo, vómito autoinducido y abuso de laxantes, y esto también puede ser perpetuado por uno mismo. En la bulimia, el vómito y el uso de laxantes pueden provocar la pérdida de control, lo cual establece un círculo vicioso de comer y purgarse.

La ventaja principal mayor de este modelo es que puede informar los programas de tratamiento. Además, existen pruebas que soportan la noción de los patrones de pensamientos distorsionados en aquellas personas que presentan trastornos de la alimentación (p. ej., Fairburn, Cooper y Shafran, 2003). La desventaja principal es el hecho de que el modelo es mejor para explicar el mantenimiento de los trastornos de la alimentación que para encontrar las causas reales. Han surgido preguntas con respecto a la naturaleza causal de los pensamientos distorsionados: ¿las distorsiones cognitivas se desarrollaron después del inicio de los trastornos de la alimentación o el trastorno de la alimentación causó las actitudes incorrectas?

### Abordajes sociales y culturales

Los modelos socioculturales de los trastornos de la alimentación enfatizan el contexto social en el que estos trastornos de la alimentación se desarrollan y se enfocan en gran medida en los conflictos diversos con los que las mujeres jóvenes tienen que autonegociar. Estos conflictos pueden ser asociados con las funciones de género, aspectos de control y vulnerabilidad, así como aspectos de identidad, y son expresados a través del control que la persona joven tiene sobre la alimentación y la talla de su cuerpo.

Aunque la incidencia de los trastornos de la alimentación está aumentando en los varones jóvenes, conforme se preocupan cada vez más por la imagen de su cuerpo, estos trastornos aún son más predominantes en mujeres jóvenes. Esto puede ser asociado con el papel de la mujer joven en la sociedad occidental. Durante la pubertad —cuando es más probable que los trastornos de la alimentación se desarrollen —los niños producen testosterona, la cual promueve el desarrollo muscular. El crecimiento acelerado de los niños comprende comer más y desarrollar masa muscular —la proporción de grasa en la composición de

su cuerpo casi no cambia. No obstante, en las niñas no existe un aumento de masa muscular similar. Después de la pubertad, las niñas jóvenes suelen comer lo mismo que antes, pero la proporción de grasa corporal aumenta de manera natural. Se podría esperar que las mujeres jóvenes desarrollen un cuerpo con más curvas, con una proporción más elevada de grasa corporal. En generaciones anteriores y en otras sociedades esta forma femenina redondeada era apreciada como un símbolo de belleza. En las sociedades occidentales modernas, la biología de las mujeres jóvenes está en conflicto con lo que la sociedad considera apropiado y atractivo. Las mujeres extremadamente delgadas son retratadas como las más hermosas y exitosas.

El cuerpo femenino ideal como se retrata en los medios se ha vuelto cada vez más delgado desde el decenio de 1960-1969, culminando en los decenios de



1980-1989 y 1990-1999, en donde promovían el *look* demacrado de los modelos como Kate Moss. Junto con esto, ha habido un aumento masivo en los anuncios y artículos sobre el peso y las dietas en las revistas para mujeres. Se ha descubierto que la exposición directa a las imágenes de mujeres atractivas y delgadas incrementa la incidencia de insatisfacción corporal en las niñas adolescentes (Shucksmith y Hendry, 1998; Durkin y Paxton, 2002). Heinberg, Thompson y Stormer (1995) encontraron que la interiorización de las presiones sociales para estar delgada era un aspecto importante de la insatisfacción corporal y de los trastornos de la alimentación.

### Cultura de delgadez

En el decenio de 1980-1989, en las sociedades occidentales, la delgadez llegó a representar el éxito y la belleza, y el estar “gordo” o con sobrepeso fue estigmatizado. Esto podía ser observado hasta en niños tan pequeños de 6 a 9 años de edad (Hill, Oliver y Rogers, 1992). La búsqueda de la delgadez se ha vuelto casi un imperativo moral y las mujeres jóvenes experimentan una presión enorme para lograr una forma corporal particular. En un estudio realizado por Nichter y Nichter (1991), las niñas adolescentes afirmaron que la niña ideal debería medir 1.70 m y pesar 45.360 kg, con cabello rubio y largo, y ojos azules —¡una imagen totalmente irreal!

Para lograr esa forma imposible, las mujeres no sólo recurren a dietas insanas, sino también a la cirugía estética. De hecho, la cirugía estética se ha vuelto una de las especialidades médicas de crecimiento más rápido, con un número de mujeres cada vez mayor que recurre al “bisturí” como un medio para controlar la forma de su cuerpo. Lo que antes no se podía lograr por medio de las restricciones extremas de comida, hoy día se puede lograr por medio de procedimientos quirúrgicos como implantes de senos y liposucción. Por desgracia, las mujeres jóvenes a las que se les practican estos procedimientos a menudo continúan insatisfechas con ciertos aspectos de la talla o forma de sus cuerpos, y regresan por más intervenciones quirúrgicas, en una persecución imposible e interminable de una forma corporal particular que ellas piensan que las hará felices y exitosas (Wolf, 1991).

Aunque la insatisfacción con la imagen corporal es un fenómeno extenso entre las mujeres jóvenes, se ha descubierto que las mujeres con anorexia y bulimia están mucho más insatisfechas con la talla y forma de su cuerpo que las demás (Cash y Deagle, 1997).

Las perspectivas feministas sugieren que la asociación entre los trastornos de la alimentación y los conflictos y presiones culturales es importante para identificar el desarrollo en niñas jóvenes que lidian con un sentimiento de inseguridad, uniéndose al “ideal femenino”. Las mujeres jóvenes pueden ser alentadas a evaluarse ellas mismas, no por quienes son o por lo que hacen, que tan creativas o inteligentes sean, sino por como se ven. Existe un conflicto entre su deseo

de éxito y belleza y entre el deseo de realización y las barreras de la sociedad para la realización en mujeres jóvenes. El contexto social refuerza la obediencia y está relacionado con la belleza física, al mismo tiempo que mitiga el desarrollo de independencia y seguridad.

## Obesidad

Así como su asociación con la bulimia, las comidas excesivas son asociadas con frecuencia con la obesidad y el peso inestable (Fairburn *et al.*, 1998). Además, los estudios longitudinales que investigan los factores asociados con el inicio de la obesidad en la adolescencia han encontrado fuertes evidencias de una asociación entre las dietas y el inicio subsecuente de obesidad y otros trastornos de la alimentación (p. ej., Patton *et al.*, 1999). Un estudio realizado por Neumark-Sztainer y colaboradores (2006) siguió una población diversa de varones y mujeres en edad adolescente por un periodo de cinco años, y descubrió que las personas jóvenes están preocupadas por su peso y su imagen corporal, y que a pesar (o como una consecuencia de) de sus intentos por seguir dietas y controlar el peso, muchos tenían sobrepeso o eran obesos.

Al igual que otros trastornos de la alimentación, se dice que los índices de obesidad están aumentando enormemente. De acuerdo al *Economic and Social Research Council* (ESRC), los índices de obesidad en el Reino Unido se han cuadruplicado en los últimos 25 años. En 2002, 22% de los varones y 24% de las mujeres fueron clasificados clínicamente como obesos (43% de los varones y 34% de las mujeres tenían sobrepeso). La Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó que los índices de obesidad han aumentado en muchos países europeos desde el decenio de 1980-1989, y predicen que con estos índices se espera que 150 000 000 de adultos serán obesos en el año 2010. Los datos para niños y adolescentes, dados por la *Office for National Statistics* en el año 2000 fueron que 27% de niñas y 5% de niños eran obesos. Sugieren que no existen muchas pruebas de que exista un incremento significativo en la cantidad de comida ingerida durante los últimos 10 años, pero si existen pruebas de una disminución en la cantidad de actividad física realizada.

### ¿Por qué las personas tienen sobrepeso o se vuelven obesas?

Al igual que los demás trastornos de la alimentación expuestos antes, no existe una explicación simple de por que las personas se vuelven obesas, sino que más bien se trata de una interacción compleja de diversos factores. Ya se ha considerado la función de la dieta y el control de peso en la adolescencia y como esto incrementa la probabilidad de problemas de peso y alimentación a futuro. Otras teorías se basan en factores fisiológicos, incluyendo influencias genéticas en la vulnerabilidad a subir de peso, factores psicológicos y sociales, así como aspectos nutricionales y gasto de energía.

### Factores genéticos

Al igual que la anorexia, la obesidad y el sobrepeso se presentan entre familias y la probabilidad de tener sobrepeso aumenta de manera significativa si uno de los padres es obeso. Se ha calculado que tener dos padres obesos da como resultado una probabilidad de 70 a 80% de ser obeso, en tanto que las probabilidades de que los niños de padres delgados tengan sobrepeso son mucho más pequeñas —alrededor de 10% (Garn *et al.*, 1981). Para separar las influencias ambientales de las genéticas puede considerarse el peso de gemelos idénticos, que hayan sido criados por separado (o sea, genes idénticos, pero ambientes diferentes) o comparar el peso de niños adoptados con el de sus padres biológicos y sus padres adoptivos. Esta investigación sugiere que los factores genéticos sí desempeñan una función importante (se puede encontrar una revisión detallada en Kopelman, 1999). No obstante, al igual que con todos los factores genéticos nunca existe 100% de concordancia entre los gemelos idénticos, lo cual sugiere que los factores ambientales también necesitan ser considerados. Además, aún no está claro como funciona la predisposición genética, aunque la influencia de la predisposición genética en el índice metabólico, el número de células adiposas y el impulso del hambre han sido considerados.

### Índice metabólico

Comúnmente, el índice metabólico bajo es citado como una de las razones para tener sobrepeso. No obstante, las evidencias sugieren que las personas con sobrepeso tienden a índices metabólicos más altos que las personas delgadas, lo cual significa que gastan más energía en una actividad determinada, debido a su tamaño mayor (Prentice *et al.*, 1989). Los factores ambientales pueden influir en el índice metabólico; el ejercicio físico aumenta el índice metabólico durante la actividad y por un periodo después de la actividad.

### Teoría de las células adiposas

Las células adiposas permiten almacenar grasa en periodos de energía extra y movilizar la energía cuando sea necesario. Las personas con sobrepeso pueden tener células adiposas más grandes y en ocasiones, en mayor cantidad, que las personas con un peso promedio. Antes se pensaba que la cantidad de células adiposas era determinada por factores genéticos y por la infancia temprana. Sin embargo, hoy día se entiende que entre más se come, más crecen las células adiposas, cuando alcanzan cierto tamaño se desarrollan más células adiposas. Esto sucede durante toda la vida y entre más células adiposas haya, será más fácil almacenar más energía en forma de grasa.

Como la *Association for the Study of Obesity* (2006) señala, “los genes sólo pueden ejercer su efecto aumentando la ingestión de energía o disminuyendo el gasto de energía, como por ejemplo, a través

de una preferencia determinada genéticamente por alimentos altos en grasas o por un estilo de vida sedentario. El rápido aumento en la prevalencia de la obesidad durante los últimos 50 años (un periodo de evolución demasiado corto), sugiere que la obesidad está más determinada por las influencias ambientales, ya que el conjunto de genes ha permanecido en esencia constante" ([www.aso.org.ok](http://www.aso.org.ok))

### Aporte de energía comparado con gasto de energía

Claramente, la razón por la que las personas suben de peso es la diferencia entre la ingestión y el gasto de energía. Se sube de peso cuando la cantidad que se come (ingestión calórica) excede la cantidad de ejercicio que se realiza (gasto de energía).

Una pérdida de 0.5 kg de grasa necesita un gasto de energía de 3 500 calorías, y la reducción de 3 500 calorías en el gasto origina un aumento de 0.5 kg. Por tanto, es importante considerar no sólo lo que se come, sino también cuánto ejercicio se realiza.

### Actividad física

Se ha debatido bastante la cuestión de si los aumentos en la obesidad son una consecuencia de un incremento en el consumo calórico o una disminución en el gasto de energía. Parece que ha habido una disminución en el gasto de energía promedio durante los últimos 50 años. La disminución calculada de 300 a 600 kcal/día *per capita* podría tener un impacto significativo en el aumento de peso ([www.dh.gov.uk/publications](http://www.dh.gov.uk/publications)). Un estudio realizado por Prentice y Jebb (1995) consideró los aumentos en el uso del automóvil y en el hábito de ver la televisión de 1950 a 1990, concluyendo que los niveles resultantes de menor actividad están haciendo una contribución importante en el aumento de la obesidad. No obstante, ellos no dirigen la pregunta del "huevo y la gallina" —¿la baja actividad conduce a la obesidad, o la obesidad disminuye la probabilidad de realizar actividad física? Diversos estudios prospectivos han demostrado que los aumentos en la actividad física reducen la probabilidad de un aumento sustancial de peso y viceversa (Williamson *et al.*, 1993).

## CASO DE ESTUDIO 4-4

### Comedor compulsivo

*He estado luchando con mis hábitos de comer en exceso durante los últimos cinco años. Recientemente, acabo de iniciar una terapia para discutir este trastorno. Aun ahora, conforme trato de recordar como comenzó todo, no puedo. Es como si hubiera sucedido repentinamente. Antes de que lo supiera, comía sin parar, sin pensar en el hecho de que solía consumir calorías y grasas suficientes para 3 o 4*

*personas sólo en un día. Me quedaba en blanco, embutiendo comida en mi boca cuando estaba aburrido, triste, enojado, o cuando trataba de celebrar. Es como si cada emoción que tuviera estuviera relacionada con la comida. Aumenté de peso. A veces, cuando pienso en todo lo que he comido, prometo que voy a comer más sano. Pero eso no dura mucho; antes de que me de cuenta, estoy comiendo alimentos “saludables” en exceso. Calorías y más calorías, y si te comes muchas de ellas, engordas. Tengo una imagen corporal muy deficiente y una autoestima muy baja*

#### **PREGUNTAS DEL CASO DE ESTUDIO 4-4**

1. ¿Puede identificar alguna similitud entre las personas que desarrollan bulimia y las que desarrollan obesidad?
2. ¿Los esfuerzos de los adolescentes por perder peso están asociados con el aumento de peso? ¿Cómo podría explicar esto?

#### **Abordajes psicológicos**

Los factores psicológicos también pueden contribuir al entendimiento de por qué las personas jóvenes comen de más. Se ha sugerido que las personas con sobrepeso comen por razones diferentes y que son más susceptibles a las señales ambientales, como la disponibilidad de comida o los olores apetitosos.

Se ha argumentado que las personas con un peso promedio están más sintonizadas con las señales internas de hambre, o sea que comen cuando tienen hambre y dejan de comer cuando quedan satisfechas, en tanto que las personas con sobrepeso responden menos a (o están menos gobernadas por) estas señales internas (Schachter y Rodin, 1974; Ogden y Wardle, 1990).

Otra explicación psicológica es similar a la descrita antes en relación con la anorexia y la bulimia nerviosas; las personas con sobrepeso se inclinan más a comer en exceso cuando están aburridas o deprimidas, o pueden sustituir de manera alternada la comida por vacíos emocionales (Bruch, 1974). Un estudio longitudinal realizado por Richardson y colaboradores (2003) encontró que la depresión en mujeres adolescentes aumentaba de manera significativa las oportunidades de desarrollar obesidad al principio de la etapa adulta.

#### **Tratamiento de los trastornos de la alimentación**

- El reconocimiento y la ayuda temprana proporciona una oportunidad mucho mayor de una recuperación completa.
- El tratamiento necesita dirigir los aspectos psicológicos, así como los alimentos y la alimentación (Eating Disorders Association, 2006).

La mayor parte de los diferentes métodos de tratamiento han evolucionado desde las perspectivas mencionadas antes, como la terapia psicodinámica, las terapias biológicas (por lo general, con medicamentos), las terapias cognitiva y la familiar. Existe mucha controversia con respecto a la efectividad del tratamiento y, por tanto, existen evidencias insuficientes con respecto a su eficacia a largo plazo. Los diferentes abordajes pueden ser más apropiados para diferentes personas. Por ejemplo, se ha reportado que la terapia familiar tiene un grado de mayor éxito cuando todos los miembros de la familia asisten con el terapeuta de manera regular durante un periodo de varios meses. Este compromiso es difícil de lograr. Además, por lo general significa que la persona que padece el trastorno aún vive con la familia, por lo que es probable que sea menor de 18 años de edad. Es más probable que la terapia sea exitosa entre más pronto inicie, o sea, entre menos tiempo la persona haya padecido el trastorno. ¿La terapia familiar es exitosa por su método distintivo o por el hecho de que este método es utilizado principalmente en pacientes más jóvenes, que han padecido la enfermedad por un periodo corto?

## Psicoterapia

En la psicoterapia, el terapeuta trata de resolver los conflictos inconscientes que origina a los síntomas del trastorno de la alimentación. La terapia adopta un abordaje a largo plazo y depende de una relación de confianza entre el terapeuta y el cliente. Existe un elemento fuerte de interpretación subjetiva, y la cuestión es si funciona sólo como una forma de orientación, mientras el cliente tiene tiempo de hablar acerca de sus problemas personales de persona a persona, o si en realidad se trata de la identificación de conflictos sin resolver, que son la raíz para el éxito del tratamiento.

## Terapia de conducta cognitiva

La terapia de conducta cognitiva representa un abordaje más estructurado, que se enfoca principalmente en el proceso de pensamiento y conducta de la persona que padece el trastorno. La terapia está dirigida al cambio de patrones de pensamientos distorsionados en las personas afectadas, e involucra sesiones regulares durante un periodo establecido de alrededor de 12 a 15 semanas.

Es crucial cierto nivel de confianza entre el paciente y el terapeuta, y su efecto depende de la capacidad del paciente para articular actitudes y ansiedades. La terapia cognitiva es quizá uno de los abordajes de tratamiento mejor documentados.

## Conclusión

---

Hoy día existe un mayor conocimiento acerca de los beneficios de una dieta saludable y del ejercicio, y una mayor conciencia de los trastornos de la alimen-

tación. Se han desarrollado diversas teorías para ayudar a explicar el inicio y la evolución de estos trastornos. No obstante, aún es necesario establecer la(s) causa(s) precisa(s), y ya que los expertos prefieren un abordaje a otro, puede ser necesario cruzar los límites de los abordajes biológicos, cognitivos, psicodinámicos, sociales, culturales y de sistemas familiares, para obtener un mejor entendimiento al respecto. Otros investigadores refuerzan un abordaje sistémico, multifactorial y se enfocan en la distinción entre los factores y los procesos de predisposición, precipitación y perpetuación.

No obstante, a pesar de todos los aspectos que se ha discutido previamente, se debe hacer énfasis en que la mayoría de las personas jóvenes **no** desarrollan trastornos de la alimentación. Además, como sociedad, nos estamos haciendo cada vez más conscientes de los peligros de los problemas nutricionales, que pueden dar como resultado que los individuos alcancen un peso superior o inferior no saludable, y la conciencia es el primer paso para la intervención y la prevención. Además, como practicantes, debemos enfocarnos en enseñar a las personas jóvenes los placeres de la comida **saludable**, de sus funciones sociales, y de adquirir una apreciación para el olfato y la vista de comidas bien preparadas. En otras palabras, desarrollar una cultura de alimentación en la que la comida es asociada con diversión, no con culpabilidad, y en la que las personas jóvenes de verdad entiendan los parámetros de una alimentación saludable para disfrutar la vida.

### Evalúe la estima de su imagen corporal

Esta escala de 12 puntos evalúa los pensamientos y sentimientos de autoevaluación de una persona, en relación con su apariencia física. El rango de puntuaciones es de 1 a 96 —las puntuaciones altas indican niveles elevados de estima de imagen corporal.

#### 1. Creo que tengo un cuerpo físicamente atractivo

Definitivamente falso (1)	Falso (2)	Generalmente falso (3)	Más falso que verdadero (4)	Más verdadero que falso (5)	Generalmente verdadero (6)	Verdadero (7)	Definitivamente verdadero (8)
------------------------------	--------------	---------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	------------------	----------------------------------

#### 2. No creo ser tan atractiva como muchas otras personas.

Definitivamente falso (1)	Falso (2)	Generalmente falso (3)	Más falso que verdadero (4)	Más verdadero que falso (5)	Generalmente verdadero (6)	Verdadero (7)	Definitivamente verdadero (8)
------------------------------	--------------	---------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	------------------	----------------------------------

**3. Creo que tengo una buena constitución corporal**

Definitivamente falso (1)	Falso (2)	Generalmente falso (3)	Más falso que verdadero (4)	Más verdadero que falso (5)	Generalmente verdadero (6)	Verdadero (7)	Definitivamente verdadero (8)
------------------------------	--------------	---------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	------------------	----------------------------------

**4. Estoy feliz con mi cuerpo**

Definitivamente falso (1)	Falso (2)	Generalmente falso (3)	Más falso que verdadero (4)	Más verdadero que falso (5)	Generalmente verdadero (6)	Verdadero (7)	Definitivamente verdadero (8)
------------------------------	--------------	---------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	------------------	----------------------------------

**5. Existen muchas cosas de mi cuerpo que me gustaría cambiar**

Definitivamente falso (1)	Falso (2)	Generalmente falso (3)	Más falso que verdadero (4)	Más verdadero que falso (5)	Generalmente verdadero (6)	Verdadero (7)	Definitivamente verdadero (8)
------------------------------	--------------	---------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	------------------	----------------------------------

**6. No estoy feliz del todo con la constitución de mi cuerpo**

Definitivamente falso (1)	Falso (2)	Generalmente falso (3)	Más falso que verdadero (4)	Más verdadero que falso (5)	Generalmente verdadero (6)	Verdadero (7)	Definitivamente verdadero (8)
------------------------------	--------------	---------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	------------------	----------------------------------

**7. Muchas personas son más atractivas que yo**

Definitivamente falso (1)	Falso (2)	Generalmente falso (3)	Más falso que verdadero (4)	Más verdadero que falso (5)	Generalmente verdadero (6)	Verdadero (7)	Definitivamente verdadero (8)
------------------------------	--------------	---------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	------------------	----------------------------------

**8. Me gustaría ser más atractiva físicamente**

Definitivamente falso (1)	Falso (2)	Generalmente falso (3)	Más falso que verdadero (4)	Más verdadero que falso (5)	Generalmente verdadero (6)	Verdadero (7)	Definitivamente verdadero (8)
------------------------------	--------------	---------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	------------------	----------------------------------

**9. No me gusta la constitución de mi cuerpo**

Definitivamente falso (1)	Falso (2)	Generalmente falso (3)	Más falso que verdadero (4)	Más verdadero que falso (5)	Generalmente verdadero (6)	Verdadero (7)	Definitivamente verdadero (8)
------------------------------	--------------	---------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	------------------	----------------------------------

**10. Estoy satisfecha con la forma de mi cuerpo**

Definitiva- mente falso (1)	Falso (2)	General- mente falso (3)	Más falso que verda- dero (4)	Más ver- dadero que falso (5)	General- mente verdadero (6)	Verdadero (7)	Definitiva- mente verdadero (8)
--------------------------------------	--------------	-----------------------------------	--	--	---------------------------------------	------------------	--

**11. Acepto con agrado la forma de mi cuerpo**

Definitiva- mente falso (1)	Falso (2)	General- mente falso (3)	Más falso que verda- dero (4)	Más ver- dadero que falso (5)	General- mente verdadero (6)	Verdadero (7)	Definitiva- mente verdadero (8)
--------------------------------------	--------------	-----------------------------------	--	--	---------------------------------------	------------------	--

**12. No estoy feliz del todo con mi apariencia física**

Definitiva- mente falso (1)	Falso (2)	General- mente falso (3)	Más falso que verda- dero (4)	Más ver- dadero que falso (5)	General- mente verdadero (6)	Verdadero (7)	Definitiva- mente verdadero (8)
--------------------------------------	--------------	-----------------------------------	--	--	---------------------------------------	------------------	--

Reimpreso de *Personality and Individual Differences*, 7/38, Markham, A. Thompson, T., Bowling, A. (2005), "Determinants of Body Shame", con autorización de Elsevier.

## Lecturas recomendadas

---

Fairburn, C. G. and Brownell, K. D. (eds) (2002) *Eating disorders and obesity: a comprehensive hand-book*, 2nd edn. The Guilford Press, New York.

Lask, B. and Bryant-Waugh, R. (eds) (2000) *Anorexia Nervosa and related eating disorders in child-hood and adolescence*, Psychology Press, Hove.

Ogden, J. (2003) *The psychology of eating from healthy to disordered behaviour*, Blackwell Publishing, Oxford.

## Sitios en la red

---

[www.edauk.com](http://www.edauk.com)- Eating Disorders Association, UK

<http://www.kidzworld.com/site/p979.htm>

[http://www.teenoutreach.com/Online\\_Help/health/eating\\_disorders/anorexia.htm](http://www.teenoutreach.com/Online_Help/health/eating_disorders/anorexia.htm)

<http://www.something-fishy.org/>- Vea el enlace para ayudar a los seres queridos, lo que puede hacer.

[http://www.Anorexiabulimiare.co.uk/road\\_to\\_recoery.html](http://www.Anorexiabulimiare.co.uk/road_to_recoery.html)- for help.

[www.statistics.gov.uk](http://www.statistics.gov.uk) Para el Reino Unido una serie de estadísticas sobre la obesidad y los trastornos de la alimentación.

[http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/documents/iotf\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/iotf_en.pdf) Para Europa sobre las cifras de obesidad y sobrepeso.

## Preguntas para discutir

---

1. Las investigaciones muestran que la estima de la imagen corporal se deteriora durante la pubertad, en especial para las mujeres. ¿Cuáles son las razones de esto, y que se puede hacer al respecto?
2. ¿Cuáles son los puntos fuertes y los puntos débiles del modelo médico que ayuda a comprender los trastornos de la alimentación?
3. La adolescencia parece ser un momento en el que los trastornos de la alimentación son más comunes. ¿Por qué sucede esto?
4. Desde su punto de vista, ¿qué papel desempeña la familia en la determinación de actitudes y conductas relacionadas con la alimentación?
5. ¿Qué tan cercano considera que es el vínculo entre la riqueza y la cultura de un consumidor con los trastornos de la alimentación, en las sociedades occidentales?



# CAPÍTULO 5

---

## Salud sexual

---

*Lester Coleman*

*Trust for the Study of Adolescence, Brighton*

- Introducción.
- Definiendo salud sexual y estableciendo el nivel de salud sexual entre los adolescentes.
- ¿Qué conductas sexuales determinan la salud sexual de un adolescente? y ¿Cómo están cambiando?
- ¿Cómo podemos explicar las conductas sexuales de los adolescentes?
- Políticas y prácticas actuales en la promoción de la salud sexual en los adolescentes.
- Conclusión.

### **Objetivos de aprendizaje**

Después de leer este capítulo usted debe:

1. Ser capaz de definir el término "salud sexual".
2. Tener los conocimientos para describir el nivel de salud sexual entre los adolescentes, observando los indicadores de salud sexual (como los índices de infecciones de transmisión sexual).
3. Estar consciente de qué conductas son significativas en la determinación de la salud sexual de un adolescente (p. ej., el uso de condón).
4. Apreiciar el conjunto de factores que soportan estas conductas, con miras a comprender la mejor manera de intervenir y promover una mejor salud sexual.
5. Comprender en donde se encuentra actualmente la base actual de evidencias, y cuales son los espacios en blanco en nuestro entendimiento de la salud sexual de un adolescente.

## Introducción

---

La salud sexual de los adolescentes ha llamado mucho la atención en los últimos años. Para ilustrarlo, los encabezados en primera plana de *The Sun* (13 de septiembre de 2004) anuncian “SEXO EN ADOLESCENTES: UNA BOMBA DE TIEMPO”. Aunque dichos encabezados pueden ser un poco alarmistas, este capítulo revelará como la salud sexual es de hecho un área de preocupación, interés público extremo y debate constante.

Es justo establecer que el tema de la salud sexual, particularmente en las personas jóvenes, se ha vuelto uno de los problemas más grandes de salud pública que dominan la agenda política. Desde principios del decenio de 1990-1999, hasta la fecha, se han realizado grandes inversiones para disminuir los aumentos en los índices de embarazos en adolescentes e infecciones de transmisión sexual, junto con el *National Health Service* (NHS) y el apoyo de fundación estatal para aquellos que lo necesitan. Antes de que este capítulo se embarque en detallar los problemas relacionados con la salud sexual de los adolescentes, es recomendable que el lector contemple como considera que la sexualidad y la salud sexual de las personas jóvenes pueden haber cambiado en el transcurso de sus propias vidas. Al hacer esto, viene a la mente una gran variedad de problemas acerca de la naturaleza de la salud sexual de los adolescentes para las personas jóvenes de hoy. Los problemas en el primer plano de los pensamientos del autor incluyen: (a) La cultura sexual del Reino Unido —retratos explícitos del sexo y la sexualidad en los medios, a pesar de la tradicional falta de discusión y apertura dentro del ambiente familiar; (b) como en medio siglo, han cambiado las tradiciones y las expectativas de las actitudes y conductas sexuales entre las personas jóvenes; y (c) las culturas sexuales contrastantes de algunos de nuestros vecinos europeos (p. ej., Holanda), en donde algunos de los problemas que serán expuestos en las siguientes secciones del capítulo son de menor relevancia.

A lo largo de este capítulo, se tratarán dos temas de manera concomitante. Primero, el capítulo presentará información obtenida de investigaciones, prácticas y políticas recientes. En segundo lugar, esta información será complementada por puntos que vale la pena discutir más a fondo. Estos “puntos de discusión” están diseñados para permitir que el lector piense de manera más innovadora y amplia acerca del tema. También pueden ser utilizados como indicadores del trabajo de grupo, ya sea con practicantes, padres/personas a cargo o personas jóvenes.

### Definiendo salud sexual y estableciendo el nivel de salud sexual entre adolescentes

---

Un punto de inicio apropiado sería definir “salud sexual”. Después de que ha sido considerada como una prioridad y como un problema de salud pública en el *Health of the Nation White Paper* (en 1992), el término salud sexual ha sido

utilizado cada vez con mayor frecuencia. Al preguntarles a las personas que entendían por salud sexual es probable conjurar una variedad de respuestas. Por ejemplo, “*embarazo de adolescentes*”, “*enfermedades de transmisión sexual*”, “*SIDA*” y “*sexo bajo coerción*”. De hecho, no existe una definición única o universal de salud sexual. Quizás, en el nivel más general, la APF (Asociación de Planeación Familiar) define la salud sexual como:

*...disfrutar de la actividad sexual que uno desea, sin causar sufrimiento, o daño físico o mental, a uno mismo o a alguien más.*

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud sexual con mayor detalle:

*...un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no se trata solamente de la ausencia de enfermedad, disfunción o padecimiento. La salud sexual requiere un abordaje positivo y respetuoso a la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales seguras y placenteras, libres de coerción, discriminación y violencia.*

Está claro que ambas definiciones reconocen que la salud sexual es más que la incidencia o prevención de resultados negativos. Aunque el embarazo de adolescentes y las enfermedades de transmisión sexual pueden ser las primeras cosas que vienen a la mente, ambas definiciones ilustran que la salud sexual también abarca la diversión y los placeres asociados al sexo. Estos aspectos positivos de la salud sexual se reflejan con claridad en el modelo holístico de Jo Adams y Carol Painter (2004) de salud sexual y sexualidad. Sus siete componentes de salud sexual y sexualidad, representados como pétalos individuales en un símbolo de “*flor de sexualidad*”, son los siguientes:

- Sexo/práctica sexual —con uno mismo, una pareja (del mismo género u opuesto), y celibato.
- Sensualidad —p. ej., comida, música, masajes.
- Emociones —p. ej., amor, placer, diversión e intimidad.
- Espiritualidad —p. ej., sensaciones de unidad, sentido de personalidad más profunda y vínculos más profundos.
- Autoimagen —p. ej., imagen corporal, autoestima, talla y discapacidad física.
- Relaciones sociales —p. ej., monogamia, no monogamia y matrimonios.
- Identidad política —p. ej., hombres gay, mujeres gay, personas con discapacidades y personas con VIH.

Habiendo presentado algunas definiciones variadas de salud sexual, ahora se delinearé el nivel de salud sexual en los adolescentes del Reino Unido. El primer punto a tratar, en el contexto de las definiciones mencionadas anteriormente, es

que es difícil obtener información acerca de **todos** los diversos componentes de salud sexual. Por ejemplo, ¿cómo podemos entender o representar los niveles de emociones, placeres y diversiones asociadas con la salud sexual de los adolescentes? En contraste, la información sobre los índices de concepción (o embarazo de adolescentes) y las enfermedades de transmisión sexual son probablemente, los datos que se encuentran disponibles con más facilidad. Aunque gran parte de lo que resta del capítulo se enfocará en estos dos indicadores de la salud sexual de adolescentes, y casi indudablemente sean los problemas de salud sexual más serios, debe reforzarse el hecho de que la salud sexual abarca más que los embarazos y las infecciones.

Los datos obtenidos de encuestas rutinarias acerca de índices de concepción y de infecciones de transmisión sexual se encuentran disponibles en la *Office for National Statistics* (ONS) y en la *Health Protection Agency* (HPA), respectivamente. Estos datos son actualizados y se le recomienda a los lectores que contacten las páginas *web* apropiadas para obtener los datos más actualizados ([www.statistics.gov.uk](http://www.statistics.gov.uk) y [www.hpa.org.uk](http://www.hpa.org.uk)).

La disminución en los índices de concepción de adolescentes ha sido considerada como una prioridad para el gobierno, con la *Teenage Pregnancy Unit* (establecida en 1999) incentivando esta estrategia a diez años. En 2001, de cada 1 000 mujeres jóvenes de 15 a 19 años de edad, en Inglaterra y Gales, 60 se embarazaron. Durante los últimos diez años, los índices alcanzaron un pico en 65 por cada 1 000 mujeres en 1998, y desde entonces ha disminuido. Los índices de nacimientos por embarazos en adolescentes (número de nacimientos por 1 000 mujeres entre 15 a 19 años de edad) en el Reino Unido son los más elevados en Europa Occidental. Los índices de nacimientos por embarazos en adolescentes son aproximadamente cinco veces más que en Holanda, tres veces más que en Francia y dos veces más que en Alemania (UNICEF, 2001).<sup>1</sup>

Como revela el siguiente cuadro (cuadro 5-1), los datos nacionales de Inglaterra y Gales también muestra que más de un tercio de todas las concepciones para menores de 20 años de edad resultan en el término del embarazo (esto representa la mitad de las concepciones en mujeres de 15 a 17 años de edad). Esto representa lo que podría ser considerado como el nivel mínimo de concepciones no planeadas, ya que una proporción desconocida de concepciones que terminan en nacimientos, pueden no haber sido planeadas en un inicio. Dadas estas comparaciones europeas, y esta indicación de arrepentimiento, es fácil apreciar porque la disminución de los embarazos en adolescentes se ha vuelto una prioridad (ver punto de Discusión 3).

Junto con la preocupación acerca de los índices de embarazo en adolescentes, ha habido un incremento dramático y reciente en los índices de infecciones de transmisión sexual entre las personas jóvenes (ver cuadro 5-2).

---

<sup>1</sup> Las comparaciones de datos equivalentes para los índices de concepción no están disponibles.

**Cuadro 5–1. Índices de concepción, nacimiento y abortos en personas menores de 20 años en Inglaterra y Gales, 1993-2003**

Año	Índice de concepción por 100 mujeres de 15 a 19 años de edad	Concepciones que condujeron a maternidad —índice y (% de concepciones)	Concepciones terminadas en aborto —índice y (% de concepciones)
1993	59.7	39.3 (65.8)	20.5 (34.3)
1994	58.7	38.3 (65.2)	20.4 (34.7)
1995	58.7	38.4 (65.4)	20.3 (34.6)
1996	63.2	40.3 (63.7)	22.9 (36.2)
1997	62.6	39.6 (63.3)	23.0 (36.7)
1998	65.1	40.5 (62.2)	24.6 (37.8)
1999	63.1	38.7 (61.3)	24.3 (38.5)
2000	62.5	37.9 (60.6)	24.6 (39.4)
2001	60.8	36.3 (59.7)	24.5 (40.3)
2002	60.3	36.3 (60.2)	24.1 (39.9)
2003	59.8	35.7 (59.7)	24.1 (40.3)

Fuente: ONS, 2005.

Este cuadro ilustra que los aumentos en infecciones son particularmente evidentes entre los hombres jóvenes, aunque las mujeres jóvenes tienden a reportar un mayor número de casos.

Además de estos datos nacionales, es importante notar que existe una gran variación en la salud sexual de los adolescentes. Por ejemplo, las mujeres jóvenes con antecedentes de oficios manuales que no requieren de habilidad (clase social V) son más de diez veces más propensas a ser madres adolescentes, que las de antecedentes profesionales (clase social I) (Botting, Rosato y Word, 1998). Es evidente el mayor riesgo de volverse padres adolescentes entre los criminales jóvenes, grupos étnicos minoritarios y aquellos que reportan un grado educacional bajo. En relación con la probabilidad de enfermedades de transmisión sexual, las personas jóvenes (en particular las mujeres adolescentes), los hombres gay y las minorías étnicas negras también padecen una parte desproporcionada de la enfermedad (Testa y Coleman, 2006).

Adicionalmente, y en cierta forma conectado con estos subgrupos de población, existe una tremenda variación geográfica, particularmente en los índices de embarazos en adolescentes. Esta variación geográfica ha dado como resultado la estrategia de embarazos en adolescentes, definiendo áreas de índices elevados de concepción como “zonas de concentración” de embarazo en adolescentes. De igual manera, claramente existe mucho por aprender de aquellas áreas en donde la disminución en los embarazos de adolescentes ha sido más impactante. Para ilustrar esto, el índice de concepción en mujeres de 15 a 17 años en

**Cuadro 5–2. Tendencias en nuevas infecciones de clamidia y verrugas genitales entre personas jóvenes de 16 a 19 años de edad en el Reino Unido**

Año	<i>Chlamydia</i>			Verrugas genitales		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
1996	1448	5876	7324	2116	7793	9909
1997	1886	7560	9446	2609	8487	11 096
1998	2444	8659	11 103	2695	8875	11 570
1999	3015	10 350	13 365	3262	8781	12 043
2000	4009	12 813	16 822	3564	9343	12 907
2001	4553	14 307	18 860	3629	9500	13 129
2002	5661	16 562	22 223	3674	9530	13 204
2003	6549	18 475	25 024	3986	10 018	14 004
2004	7618	19 969	27 587	4441	10 711	15 152

Fuente: HPA, 2005 © Health Protection Agency 2005

Inglaterra y Gales es de 4.3 por cada 1 000 mujeres (ONS, 2005). Sin embargo, varía de 30.3 en Dorset y Somerset a 67.3 en el sureste de Londres. Se pueden observar variaciones comparables en la proporción de concepciones concluidas por aborto en Inglaterra y Gales. Por lo tanto, al interpretar estos indicadores de salud sexual, obviamente es muy importante entender que las personas jóvenes con antecedentes y de localizaciones geográficas particulares tienen mayor riesgo que otras.

Habiendo señalado algunas tendencias en la salud sexual de los adolescentes, ahora es importante poner esto en contexto. En otras palabras, ¿por qué son importantes estas tendencias? El impacto negativo de las enfermedades de transmisión sexual sobre la salud sexual de los adolescentes es inequívoco. Las complicaciones médicas asociadas con las enfermedades de transmisión sexual son numerosas y pueden incluir enfermedad pélvica inflamatoria, embarazo ectópico, aborto espontáneo, infertilidad y episodios recurrentes de infección. Además, las enfermedades de transmisión sexual y la enfermedad pélvica inflamatoria también presentan complicaciones médicas serias para los recién nacidos, incluyendo partos prematuros, bajo peso al nacer, nacimiento de niños muertos y complicaciones neonatales. Además de estas complicaciones médicas, los efectos sobre el bienestar emocional de una persona también pueden ser significativos. Aunque existe muy pocas investigaciones en esta área, las evidencias limitadas sugieren que las enfermedades de transmisión sexual asociadas con estigmatización, vergüenza y actitudes negativas, tienen implicaciones relacionadas con la promiscuidad o la infidelidad (France y cols., 2001). También, en términos de problemas de la sociedad, la incidencia en aumento de las enfermedades de transmisión sexual ha colocado una carga extra en las clínicas de medicina genitourinaria. Hoy en día, el acceso limitado a las clínicas de medicina



genitourinaria se extiende por todo Inglaterra, y se han reportado esperas de hasta dos semanas para la primera cita.

Con frecuencia, el impacto de los embarazos y el alumbramiento en las adolescentes son vistos de manera negativa. Ciertas condiciones médicas son claramente más predominantes entre los embarazos de mujeres jóvenes, tales como anemia, hipertensión, trabajo de parto prolongado o partos prematuros. Los riesgos para un bebé nacido de una madre adolescente o joven son la mayor probabilidad de bajo peso al nacer y las complicaciones médicas asociadas con dicha condición (como anomalías congénitas y dificultades neurológicas y respiratorias). Junto con estos problemas de **salud física**, también existe un víncu-

lo entre el embarazo en adolescentes y la pobreza y desventajas aludidas a las primeras. Una síntesis de una visión general de las evidencias de las investigaciones sobre embarazo en adolescentes ilustra la imagen negativa de la maternidad en adolescentes de la siguiente manera:

*Aquellas mujeres que han sido madres adolescentes han experimentado una privación socioeconómica mayor, más dificultades de salud mental y problemas de drogas, han tenido niveles más bajos de realización educacional, y fueron más propensas a vivir en vecindarios marginados. Sus padres eran más antisociales y abusivos. Sus hijos mostraron realización educacional reducida, tuvieron más problemas emocionales y de conducta, mayor riesgo de maltrato o daño, y mostraron índices más altos de enfermedad, accidentes o lesiones. (Dennison, 2004, p. 7).*

#### **Punto de discusión 1 —¿Cómo deberíamos definir el embarazo en las adolescentes?**

Resulta discutible que la postura del gobierno está fuertemente inclinada a la disminución de embarazos **no planeados**. Por ejemplo, aquellos que se originan a partir de eventos de los que después se arrepienten, o por las fallas en el uso apropiado de **anticonceptivos**. Esto se refleja en la política actual, la cual parece estar enfocada hacia el aumento de la provisión de servicios, de educación sexual y de la promoción del uso de **anticonceptivos**. En contraste, el problema de los embarazos **planeados** entre adolescentes parece ser un área relativamente olvidada. A pesar de que el límite entre los embarazos planeados y no planeados es, sin duda alguna, difícil de definir (por ejemplo, ¿Qué hay de las mujeres jóvenes que tienen dudas de si están o no están embarazadas?), las investigaciones informan muy poco acerca de aquellos embarazos en adolescentes que son más deliberados o planeados. Sería razonable asumir que las personas con pocas expectativas tienen menos incentivos para evitar un embarazo y por lo tanto, pueden embarazarse de manera intencional. En conclusión, es importante desafiar la visión estereotípica de que los padres adolescentes son un grupo homogéneo y reconocer que en realidad, la paternidad es una opción que algunos prefieren. Además de la provisión de servicios, las expectativas mayores hacia las oportunidades de educación y de trabajo podrían actuar como un elemento de disuasión hacia los embarazos no planeados en adolescentes.

#### **Punto de discusión 2 —¿Cómo debemos interpretar los datos acerca de las infecciones de transmisión sexual?**

Los datos presentados en esta sección muestran un aumento dramático y alarmante en los casos de infecciones de transmisión sexual durante los últimos cinco años. Es importante contextualizar como deben ser interpretados estos datos. Existen dos puntos de los que el lector debe estar consciente cuando evalúe esta información. Primero, las infecciones de transmisión sexual a menudo pueden no mostrar síntomas evidentes, por lo que muchas más personas pueden padecer infecciones de transmisión sexual sin saberlo. Es por esta razón que los episodios nuevos de infecciones de transmisión sexual son “*sólo la punta del iceberg*” (Fenton y Hughes, 2003, p. 199) y posiblemente un cálculo por debajo del número verdadero de infecciones. De esta manera, el número real de personas infectadas con infecciones de transmisión sexual puede ser mucho más elevado que los datos sugeridos. En segundo lugar, es importante reconocer la sofisticación aumentada de las pruebas de diagnóstico que han sido utilizadas durante el tiempo en el que los datos han sido presentados. Con una mayor consciencia acerca de las infecciones de transmisión sexual, también muchas más personas pueden ofrecerse para pruebas voluntarias, al mismo tiempo que las pruebas de rutina han sido realizadas con mayor frecuencia. Con este punto en mente, la extensión en la que el aumento de infecciones de transmisión sexual indica cambios en las prácticas sexuales es debatible.

### Punto de discusión 3 —¿El embarazo en adolescentes es “malo para su salud”?

Acabamos de delinear los efectos que las infecciones de transmisión sexual tienen en la salud. La seriedad de estas complicaciones es inequívoca. Sin embargo, los efectos negativos en la salud por embarazo en adolescentes son más cuestionables. Para examinar si el embarazo en adolescentes es “malo para su salud”, es necesario separar los aspectos biológicos/fisiológicos de los sociales.

Es factible que todos estarían de acuerdo en que aún cuando una mujer joven tenga la capacidad de embarazarse, tal vez a los 12, 13 o 14 años de edad, su posible falta de madurez fisiológica bien pueda tener complicaciones médicas negativas. Dentro del rango de edad de la adolescencia, la diferencia en la madurez fisiológica entre los 13 y los 19 años de edad puede ser muy notoria. Desde esta perspectiva, podría ser razonable argumentar que los efectos negativos en la salud por embarazo en adolescentes (en general para todas las adolescentes) no están garantizados.

En términos de aspectos sociales, debemos considerar la extensión en la que las “desventajas” asociadas con el embarazo en adolescentes son un producto de la sociedad en la que vivimos. El hecho de que los índices de embarazo en adolescentes sean más elevados en áreas poco favorecidas puede ser un reflejo de la falta de oportunidades, apoyo o servicios en dichas áreas. De manera similar, ¿es la sociedad la que no permite que los padres jóvenes de estas áreas escapen de la pobreza y las dificultades? Adicionalmente, si consideramos la cita presentada al final de esta sección (Dennison, 2004), ¿qué tan precisos somos al decir que en realidad, el embarazo en adolescentes **provocó** esta desventaja evidente? O dicho de otra manera, si una adolescente elige embarazarse por satisfacción y darle dirección a su vida, quizás para reintegrarse a una familia, ¿debe argumentarse esto como un impacto negativo sobre su salud emocional? Para ilustrar esto, las investigaciones innovadoras que exploran los motivos de las adolescentes para embarazarse resaltan algunas de las fuertes percepciones y creencias sostenidas por algunas mujeres jóvenes (Cater y Coleman, 2006, p. 43). Al mirar hacia atrás en el tiempo, desde que ella se embarazó intencionalmente, esta mujer de 18 años de edad afirma:

*Estoy tan feliz de que ella esté aquí, ella cambió mi vida por completo, al mismo tiempo que me dio más confianza en mi misma. Antes, yo era muy tímida —tal vez ni siquiera me atrevía a entrar a una tienda y preguntar por algo —con ella es como tener una protección, ella me da la confianza necesaria. Me digo a mi misma que esta soy yo —esta es mi bebé y yo voy a entrar ahí y a hacer esto, y en realidad es mucho mejor.*

El punto clave aquí es que el asumir que **todos** los embarazos en adolescentes involucran impactos negativos en la salud puede ser muy presuntuoso. Quizás la distinción entre embarazo “intencionado” y “no intencionado” pudiera ser más indicativo de las implicaciones de salud, en lugar del embarazo en adolescentes *per se*.

## Resumen de la sección

- La salud sexual se define de diferentes maneras. Lo importante es reconocer que el término de salud sexual abarca más que los aspectos problemáticos (como concepción no intencionada y enfermedades de transmisión sexual), incluyendo también la diversión y los placeres asociados al sexo.
- La disminución en los índices de concepción en adolescentes y de enfermedades de transmisión sexual han sido reconocidos como una prioridad del gobierno.
- Todos los embarazos en adolescentes no deben ser considerados como “no intencionados” o “no deseados”.
- Los datos sobre los índices de enfermedades de transmisión sexual deben ser interpretados de manera cuidadosa. Los aumentos reportados deben reconocer la naturaleza asintomática de algunas infecciones (esto es, el cálculo puede estar corto) y que las pruebas para las infecciones son más amplias y rutinarias (o sea, no necesariamente puede ser indicativo de conductas sexuales más promiscuas).
- Los efectos negativos en la salud, debidos a las enfermedades de transmisión sexual, son serios e inequívocos.
- Los efectos negativos en la salud, debidos al embarazo en adolescentes, pueden ser considerados como más debatibles. Separando los aspectos fisiológicos y sociales, es necesario evaluar la extensión en la que el embarazo en adolescentes puede ser considerado “malo para su salud”.

## ¿Cuáles conductas sexuales determinan la salud sexual de un adolescente? y ¿cómo están cambiando?

En consideración del nivel relativamente alto de concepciones en adolescentes y la incidencia en aumento de las enfermedades de transmisión sexual, proporcionaremos una revisión más profunda de estas tendencias, examinando las conductas sexuales en función. El examinar como han cambiado estas conductas durante los años recientes, nos ayudará a explicar los niveles de salud sexual, señalados previamente. Existen tres conductas sexuales clave:

### Edad de la primera experiencia sexual

Hoy en día, los adolescentes reportan su primera experiencia sexual a una edad más temprana. Esto ha sido mostrado al preguntar a los participantes de encuestas a que edad tuvieron su primera experiencia sexual, para después comparar las respuestas con los datos reunidos de encuestas anteriores. Una comparación de encuestas, conducidas por Schofield (1965), Farrel (1978) y Johnson y cols., (1994, 2001), muestra que ha habido una reducción progresiva en la edad de la

primera experiencia sexual. Las encuestas NATSAL (Johnson y cols., 1994, 2001) han sido particularmente útiles al proporcionar estos datos<sup>2</sup>. De las personas entrevistadas de 16 a 19 años de edad, 30% de los hombres y 26% de las mujeres reportaron su primera experiencia sexual antes de los 16 años de edad, comparados con 27% y 14% de hombres y mujeres respectivamente, de 40 a 44 años de edad (Johnson y cols., 2001). Los autores remarcan la convergencia de esta conducta entre los hombres y las mujeres jóvenes a mediados y finales del decenio de 1980-1989, y la aparente estabilización de la edad de la primera experiencia sexual entre las mujeres en el decenio de 1990-1999. Desde el punto de vista de la salud sexual, las encuestas NATSAL también muestran que esta experiencia sexual progresivamente más temprana ha sido asociada con una edad más temprana de concepción, mayor probabilidad de enfermedades de transmisión sexual, práctica de abortos, falta de uso de anticonceptivos y/o condón y sentimientos subsecuentes de arrepentimiento.

### Anticoncepción y uso de condón

Para prevenir el embarazo, la anticoncepción efectiva debe ser utilizada de manera correcta. Para prevenir las enfermedades de transmisión sexual se deben utilizar condones, aún cuando se estén empleando otras formas de anticoncepción. No obstante, el uso de anticonceptivos y condones entre las personas jóvenes es inconstante y por lo tanto, no elimina por completo el riesgo de embarazo o enfermedades de transmisión sexual. Este uso inconstante ha sido documentado por diversas encuestas y revisiones acerca de las conductas sexuales. Lester Coleman (1999) revisó 11 encuestas realizadas en el Reino Unido, acerca de la conducta sexual de las personas jóvenes y concluyó lo siguiente.

El identificó, en "*Cálculos generales*" (p. 297), que la falta de uso de anticoncepción **en la última experiencia sexual** varía de aproximadamente 20% a 30%, y que la falta de uso de condones varía aproximadamente de 40% a 50%. Aunque los adolescentes reportan recientes aumentos en el uso de condones, el uso de anticoncepción y condones aún es inconstante.

### Número de parejas sexuales

La probabilidad de concepción y de enfermedades de transmisión sexual ha aumentado por las personas jóvenes que reportan un mayor número de parejas sexuales. Una comparación de las encuestas NATSAL muestra un aumento notable en las parejas reportadas, siendo dicho aumento más elevado entre los

<sup>2</sup> NATSAL se refiere a la *British National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles* conducida entre muestras nacionalmente representativas (16 a 44 años de edad) en 18 876 personas (Johnson y cols., 1994) y 11 161 personas (Johnson y cols., 2001).

adolescentes. El número de parejas sexuales también muestra una variación notable. Por ejemplo, la encuesta NATSAL más reciente mostró que de las personas entrevistadas de 16 a 24 años de edad, aproximadamente una quinta parte de todos los hombres reportaron 10 o más parejas. Entre las mujeres se reportó una divergencia similar. El intercambio de parejas sexuales (tener más de una pareja al mismo tiempo) es de particular importancia en la transmisión de enfermedades de transmisión sexual, ya que aumentan la probabilidad de que una infección sea transmitida a más de una persona. Las encuestas NATSAL también reportan incrementos en las parejas sexuales concurrentes, con más de 20% y 15% en mujeres y hombres de 16 a 24 años de edad, respectivamente, teniendo este tipo de relaciones durante el año anterior.

#### **Punto de discusión 4 —¿Cuáles son los aspectos a interpretar cuando se trata de encuestas de conducta sexual?**

El siguiente punto de discusión proporciona dos aspectos que necesitan ser tomados en cuenta al interpretar las encuestas de conducta sexual.

**¿Qué tan de adolescentes son estas encuestas?** Gran parte de los datos reportados han sido obtenidos de los estudios NATSAL, las encuestas más recientes de muestras nacionalmente representativas. El rango de edad cubierto en estas encuestas fue de 16 a 44, por lo que la información acerca de la salud sexual, por lo general queda confinada a 16 a 19 o 16 a 24 años de edad. Obviamente, esta no es la información más precisa acerca de la salud sexual de los **adolescentes**. Rara vez se han realizado encuestas en personas más jóvenes, con excepción de un estudio reciente por Daniel Wight y cols., (2002), llevado a cabo en Escocia. De su encuesta en personas de 15 a 16 años de edad, después de una intervención de salud sexual (ver más adelante en este capítulo), 41% de mujeres jóvenes y 31% de hombres jóvenes reportaron haber tenido relaciones sexuales. Otros hallazgos clave fueron que 14% de hombres jóvenes de 15 a 16 años de edad y 23% de mujeres jóvenes de 15 a 16 años de edad (de toda la muestra, y no sólo de aquellos que habían tenido relaciones sexuales) reportaron evidencias de sexo sin protección para enfermedades de transmisión sexual. Resulta interesante que este estudio fue uno de los pocos que ha medido los aspectos positivos de la salud sexual. En relación con su última experiencia sexual, reportaron haber disfrutado la experiencia. De una puntuación promedio de diversión (de 1 a 5, dependiendo de que tanto una persona estaba de acuerdo con una afirmación que reportaba diversión), los hombres jóvenes reportaron 4.6 y las mujeres jóvenes reportaron 4.3.

**¿Cómo se mide el uso/riesgo de condón?** Este punto ha sido mencionado en la sección principal del capítulo. Se ha utilizado un gran número de mediciones del uso de condón, dependiendo del evento específico relación sexual en cuestión. Por ejemplo, estos eventos varían de “en el último año”, “en la última relación sexual”, “en la primera relación sexual” y “en la primera relación sexual con la pareja actual”. Cada medición tiene sus ventajas y desventajas. Por ejemplo, una persona que tuvo sexo sin utilizar condón en su “última relación sexual” puede no necesariamente ser un indicativo de una experiencia sexual riesgosa o insegura. Una pareja puede estar tomando la píldora y ambos pueden haber dado negativo en la prueba de cualquier enfermedades de transmisión sexual. De manera similar, puede ser que una persona que no utilizó condón en su “primera relación sexual” sí lo utilice desde entonces de manera constante, encubriendo así sus experiencias sexuales predominantemente seguras. Algunas maneras para lograr esto han sido pedir una evaluación general del uso de condón, como “¿Qué tan seguido ha utilizado condones?”, pero una vez más, han sido criticadas por los diferentes conceptos que las personas tienen de “que tan seguido”. De igual manera, en relación con el número de parejas sexuales, una pareja que reporta muchas parejas diferentes no debe considerarse con un

mayor riesgo de embarazo o de enfermedades de transmisión sexual, si los condones son utilizados de manera constante. Quizás una medición más precisa del riesgo de enfermedades de transmisión sexual y embarazo sea combinar las mediciones de uso de anticonceptivos y condón, con el número de parejas, como “¿Con cuantas diferentes parejas no ha utilizado condón durante el último año?”. Otro avance sería enfocar el uso de anticonceptivos o condón en las parejas de “alto riesgo”, aunque así, surgen problemas de interpretación.

#### **Punto de discusión 5 —¿Cómo es que la edad de la pubertad afecta cambiando los patrones de conducta sexual?**

Este capítulo ha señalado como los adolescentes están reportando una edad cada vez más temprana en su primera experiencia sexual. Se ha sugerido que un inicio más temprano de la pubertad puede explicar parcialmente estas tendencias. La edad de inicio de la pubertad tiene implicaciones en la provisión de servicios y en el suministro de orientación médica apropiada, el momento de iniciar la educación sexual y en la legislación respecto a la edad permitida. El debate actual acerca de la edad en la que las personas inician su pubertad es tipificado claramente en los reportes recientes de la prensa, tales como: “directo, de niño a adolescente... hoy en día, los niños llegan a la pubertad mucho antes” (*The Times*, 21 de octubre del 2000), y “Los doctores afirman que la preadolescencia es un mito” (*The Observer*, 4 de marzo de 2001). En una revisión de investigaciones realizadas a principios del decenio de 1960-1969, Lester y John Coleman (2002) evaluaron si la edad de la menarquia y del inicio de la pubertad ha disminuido en los años recientes. En resumen, dada la gran variación de los métodos utilizados para evaluar la pubertad, sólo fue posible obtener inferencias acerca de si la edad del inicio de la pubertad estaba cambiando. Los métodos de evaluación, ya sea por profesionales de la salud, los padres o uno mismo, y el rango en las técnicas de muestreo (p. ej., población general *versus* aquellos que asisten a centros de salud, que a su vez pueden estar asistiendo debido a un inicio temprano de la pubertad) fueron las principales dificultades reportadas en esta revisión. En resumen, los autores de este artículo remarcan que la única conclusión firme es la necesidad de una investigación extensa en esta área.

*No obstante, tomando en cuenta estas limitaciones [metodológicas], se pueden obtener algunas conclusiones tentativas. Con respecto al inicio de la pubertad entre niñas, parece posible que haya disminuido en los años recientes... Entre más relacionado esté el inicio de la menstruación, la evidencia de una disminución en la edad de incidencia es menos convincente...*

*También debe notarse que muy pocas investigaciones en niños han reportado haber llegado a alguna conclusión de si ha habido una disminución en la edad en el desarrollo de la pubertad masculina... Se espera que esta revisión haya demostrado la necesidad de realizar más investigaciones, así como de alentar a aquellos que buscan respuestas a las preguntas metodológicas críticas, respecto al estudio de la pubertad. (Coleman y Coleman, 2002, p. 548)*

### **Resumen de la sección**

- Las personas jóvenes están reportando haber tenido su primera relación sexual a una edad más temprana, en comparación con grupos de personas de mayor edad.
- A pesar de los aumentos en el fomento del uso de condón, la anticoncepción y los condones aún son utilizados de manera inconstante por algunas personas jóvenes.

- Ha habido aumentos recientes en el número de parejas sexuales reportadas por las personas jóvenes, incluyendo parejas concurrentes.
- La mayoría de los datos sobre conductas sexuales están orientados hacia las **personas jóvenes** (desde 16 años de edad) comparados con **adolescentes** (de 12 a 13 años de edad).
- La evaluación precisa de las conductas sexuales de riesgo es problemática. Una medición combinada del uso de condón y del número de parejas sexuales ofrece una mejor visión, aunque rara vez es utilizada.
- La evidencia de que la edad de inicio de la pubertad ha disminuido es inconclusa, debido principalmente a las dificultades metodológicas y a las variaciones amplias en el diseño del estudio y en el muestreo. La mayoría de las investigaciones han sido conducidas en EUA y es necesario realizar un estudio de representación nacional de adolescentes en el Reino Unido.

## ¿Cómo podemos explicar las conductas sexuales de los adolescentes?

Dados los niveles de salud sexual reportados entre los adolescentes de hoy, resulta de clara importancia la promoción de una mejor salud sexual. De hecho, es probable que muchos lectores de este libro estén interesados en mejorar el estado de salud sexual de los adolescentes. Es muy importante entender que lo que algunos adolescentes hacen los coloca en un mayor riesgo de una salud sexual deficiente. Sólo al comprender esto, podemos empezar a intervenir y a promover una mejor salud sexual de la manera más apropiada. El primero y principal punto a hacer aquí es que existen muchos factores en el trabajo que no pueden ser encapsulados en un solo capítulo; ¡valdría la pena dedicarles un libro entero por lo menos! No obstante, se hará el intento por resaltar algunos de los factores más significativos, de mayor relevancia para propósitos de promoción de la salud. Para lograr esto, se resaltarán el siguiente grupo de influencias: **influencias individuales, influencias contextuales, influencias sociales e influencias culturales.**

### Influencias individuales

Las teorías de cognición social, como la *Theory of Planned Behaviour* (Ajzen, 1998) y el *Health Action Process Approach* (Schwarzer, 1992), han sido utilizadas en gran medida por los investigadores sociales para ayudar a predecir las conductas de salud. Al predecir y entender las conductas de salud, encontramos una mejor posición para modificar, o en este caso, promover una mejor salud sexual.

Al utilizar estos modelos como una base, una persona es más propensa a protegerse a sí misma de cualquier efecto negativo de salud, de acuerdo a los

atributos individuales particulares. Tomando el uso de condón como un ejemplo pertinente, una persona es más propensa a utilizar condón si:

- Si sabe acerca de los efectos protectores de los condones.
- Cree que tiene riesgo de embarazarse y/o contraer enfermedades de transmisión sexual si no utiliza condón.
- Tiene actitudes positivas hacia los condones.
- Percibe que otros (incluyendo a sus padres) comparten la importancia relacionada con el uso del condón.
- Percibe que es capaz de utilizar los condones de manera correcta, al negociar y defender su uso cuando sea necesario (unido a la autoeficacia, *locus* de control y autoestima).

Como se puede mostrar, al proporcionar conocimientos y hechos acerca del embarazo, de la transmisión de infecciones de transmisión sexual y del uso de condones es esencial, pero no suficiente para asegurar el uso constante. En el otro extremo, al ayudar a las personas a negociar el uso del condón, tal vez cuando una pareja está menos entusiasmada al respecto, es un aspecto mucho más desafiante, pero igualmente importante.

Las **influencias individuales** adicionales incluyen la propensión a tomar riesgos en general. Se ha argumentado que algunas personas son más propensas a tomar riesgos que otras. Por ejemplo, puede ser más probable que ciertas personas, o “tomadoras de riesgos”, sean más propensas a participar en una multitud de diferentes actividades arriesgadas, como manejar rápido, uso de drogas, deportes de alto riesgo y sexo arriesgado. Existen grandes muestras representativas, en especial de EUA, que han demostrado que algunos adolescentes tienen una mayor propensión a las conductas de riesgo, en un rango de diferentes dominios. Habiendo tocado este punto, permanece la pregunta de ¿qué incrementa la probabilidad de que una persona sea denominada “tomadora de riesgos”? El trabajo del profesor Marvin Zuckerman (1994) en EUA resalta un perfil de personalidad de búsqueda de sensaciones elevadas y de impulsividad, lo cual predispone a una naturaleza de tomar riesgos.

En términos de promoción de la salud, el alterar o cambiar la personalidad de un individuo es una tarea extremadamente ardua. Con esto en mente, las intervenciones que se enfocan en las formas resaltadas en los modelos de cognición social (como conocimiento, edificación de habilidades de negociación, etc.) han sido el enfoque principal de dichos esfuerzos, en contraste con el cambio de personalidad.

### Influencias contextuales

Estas incluyen aquellas características presentes en un momento en el que se lleva a cabo la interacción social. Por ejemplo, el alcohol puede ser una influen-

cia contextual poderosa, en términos de conducta sexual. Aunque el vínculo entre el alcohol y la conducta sexual es complejo, un gran número de estudios han identificado una asociación. Aunque no de manera exclusiva, la mayoría de los estudios resaltan los efectos negativos del alcohol sobre la salud sexual. Por ejemplo, la primera encuesta NATSAL encontró que dos terceras partes de las personas que dijeron que el alcohol fue la razón principal para tener su primera relación sexual, no utilizaron métodos anticonceptivos. De manera similar, de las personas de 15 a 19 años de edad que tuvieron sexo con alguien a quien conocían de menos de un día (posiblemente, pero no necesariamente un indicativo de una experiencia sexual más riesgosa), 61% de mujeres y 48% de hombres reportaron el uso de alcohol o drogas como una razón (Ingham, 2001).

Una **influencia contextual** adicional es la de la pareja sexual. Una pareja sexual no sólo puede afectar en si se lleva a cabo la relación sexual, sino también en si se utilizan anticonceptivos o condón. Las investigaciones previas, realizadas por Janet Holland y cols. (1998) encontraron que esta influencia de la pareja, o “relación de poder de género”, está dominada por la influencia de los hombres jóvenes sobre las mujeres jóvenes. Además, en términos de barreras específicas para el uso del condón, Lester Coleman y Roger Ingham (1999), encontraron en un estudio cualitativo entre 56 hombres y mujeres jóvenes de 16 a 19 años de edad, que el temor a que la pareja reaccione de manera negativa al uso del condón, fue primordial en la probabilidad de su uso.



Estas barreras son resumidas por el siguiente testimonio de una joven de 19 años de edad de este estudio:

*“No lo sé, ya que es muy difícil saber como decir algo, pero como si te tuviera que gustar, no sé, probablemente sólo sería como tratar de alejarlo un poco y como, o más o menos como, tú sabes, bueno, no lo sé. En realidad no lo sé. Debería sólo salir y decirlo. No lo sé, es muy difícil... no puedes sólo detenerte y decir, oh, podrías ponerte un condón por favor”. (Mujer, 19)*

Su investigación cualitativa también mostró que estas barreras fueron más impactantes cuando los condones eran desaprobados por los hombres jóvenes, cuando la pareja era más grande de edad, cuando la pareja tenía una reputación social más alta, y cuando había un deseo de una relación a largo plazo con la pareja.

## Influencias sociales

Estas influencias están relacionadas con la sociedad en la que vivimos, un punto que alude a un punto de discusión previo. El reporte detallado sobre el embarazo en adolescentes, realizado por la *Social Exclusion Unit* (1999), resalta la importancia de las “expectativas bajas” que conducen al embarazo en adolescentes. Esto es, dada la percepción que enfrentan algunas personas jóvenes acerca de la falta de educación o prospectos de trabajo, no encuentran una razón para **no** embarazarse. Además, se ha demostrado que el acceso a los servicios de salud sexual tiene cierto impacto en la salud sexual. En relación con el término del embarazo, un estudio reciente, realizado por Ellie Lee y colaboradores (2004) encontró que el acceso a los servicios de aborto estaba relacionado con la proporción de concepciones que conducen a abortos. Han surgido preguntas similares en relación a las clínicas de medicina genitourinaria.

Una influencia social adicional, y que es clave, es la impartición y la calidad de la educación sexual a través de los ambientes convencionales, como las escuelas y las unidades a donde refieren a los alumnos. Hasta el presente, la impartición y la calidad de la educación sexual y de relaciones en las escuelas queda a consideración del juicio individual de la escuela. El reporte de la *Social Exclusion Unit* (1999) acerca del embarazo en adolescentes denota, entre la evidencia de una buena práctica innovadora, que:

*... en algunas escuelas, la educación sexual y de relaciones es una materia con bajos recursos, que no esta soportada con capacitación, y no está vinculada con estrategias locales más amplias para combatir el embarazo en adolescentes y mejorar la salud sexual. (p. 36)*

Se ha demostrado que una educación sexual y de relaciones extensa aumenta de manera importante la probabilidad del uso de métodos anticonceptivos, promoviendo así una salud sexual positiva.

## Influencias culturales

Las comparaciones en niveles de salud sexual muestran la importancia de las influencias culturales. Aunque nuestros vecinos europeos han reportado aumentos recientes en *Chlamydia* (más que otras infecciones de transmisión sexual), los índices reales de infección son marcadamente mayores en el Reino Unido (OMS, 1999). De manera similar, los índices de nacimientos por embarazos en adolescentes en Inglaterra son más altos que en cualquier otro país europeo, y son aproximadamente cinco veces más altos que en Holanda (mencionado anteriormente en este capítulo).

Utilizando a Holanda como un contraste apropiado, estas diferencias en la salud sexual pueden ser explicadas parcialmente por las diferencias en cómo el sexo es retratado entre las culturas. En Holanda, la imagen del sexo es definitivamente más explícita y abierta. El sexo se discute de manera más abierta en las escuelas y entre las personas jóvenes, en particular al hacer elecciones acerca de la anticoncepción antes de tener sexo. En contraste, se ha documentado que los “mensajes mezclados” acerca de sexo contribuyen al estado deficiente de salud sexual en personas jóvenes en el Reino Unido. El siguiente extracto del reporte de la *Social Exclusion Unit* ilustra las influencias culturales relevantes para el Reino Unido:

*Una parte del mundo adulto bombardea a los adolescentes con mensajes sexualmente explícitos, y con un mensaje implícito de que la actividad sexual es la norma. Otra parte, incluyendo a muchos padres y a la mayoría de instituciones públicas, se muestra avergonzada en el mejor de los casos, y se calla en el peor de los casos, esperando que al no hablar de sexo, éste no sucederá. El resultado neto no es menos sexo, sino sexo sin protección. (1999, p. 7)*

Estas diferencias culturales pueden estar reflejadas en las razones que los adolescentes dan para su primera relación sexual. En Holanda, se reporta con mayor frecuencia “amor y compromiso” como factor principal, comparado con “oportunidad”, “atracción física” y “presión de los amigos”, que fueron los factores principales reportados por los adolescentes del Reino Unido (Ingham y van Zessen, 1998). Además, el contraste entre estas culturas puede ser ilustrado por la proporción de personas jóvenes que hablan de sexo con sus padres. En Holanda, es más común para los padres (tanto padres, como madres) hablar de sexo con sus hijos. Aunque las personas jóvenes expresan el deseo y la preferencia de hablar con sus padres acerca de sexo, los padres en el Reino Unido tienden a verlo como problemático, en comparación con los padres de Holanda. Existen cada vez más evidencias de que al mejorar la comunicación en la familia acerca del sexo, es probable que logren mejorar los niveles de salud sexual entre los adolescentes.

**Punto de discusión 6 —De las influencias que impactan en las conductas sexuales, ¿Cuáles son más fáciles y más difíciles de alterar?**

Esta sección del capítulo ha resaltado algunas influencias clave individuales, contextuales, sociales y culturales, sobre las conductas sexuales. Al reconocer estas influencias, nos encontramos en una mejor posición para considerar como promover una conducta sexual más segura y lograr resultados de salud sexual más positivos. No obstante, también debería ser aparente que al entender estas influencias, algunas son claramente más fáciles de alterar que otras. Al considerar las **influencias individuales**, el proporcionar a las personas jóvenes los “hechos” y el mejorar su conocimiento, es indiscutiblemente la manera más sencilla de intervenir. Las escuelas proporcionan un medio excelente para transmitir esta información a grupos de personas jóvenes, en una edad apropiada y de manera redituable. En contraste, es probable que sea más difícil proporcionarles las habilidades necesarias, como por ejemplo, insistir en el uso del condón o tener respuestas efectivas a las objeciones del uso del condón. No obstante, a excepción de la alteración de la personalidad de tomar riesgos de una persona, se puede argumentar que de todas las influencias, las de nivel individual son las más fáciles de cambiar a corto plazo. Esto resulta más obvio al comparar las **influencias contextuales**, en las que por ejemplo, puede ser más difícil prevenir que la pareja sexual influya en el resultado. Por otro lado, es evidente que es más difícil alterar las **influencias sociales y culturales**, por lo menos a corto plazo. Aunque éstas pueden influir con más poder en la salud sexual, también son las más difíciles de cambiar. Por ejemplo, los esfuerzos por ayudar a los padres a que hablen de sexo con sus hijos tendrían resultados benéficos, pero cambiar la cultura sexual en el Reino Unido para que el hablar de sexo sea más abierto y “fácil”, es probable que tarde muchos años.

**Punto de discusión 7 —¿Cuál es la relación entre el alcohol y la salud sexual?**

La relación entre el alcohol y la salud sexual es compleja. Como se mostró en la parte principal del capítulo, se ha mostrado que el alcohol afecta la probabilidad de tener relaciones sexuales, la anticoncepción y el uso de condones, y por lo tanto, la salud sexual. Un estudio reciente de 64 adolescentes, realizado por Suzanne Carter y Lester Coleman (2006) proporciona una visión más profunda de esta relación. Sólo un poco menos de las dos terceras partes de su muestra de personas de 14 a 17 años de edad, quienes habían elegido de manera deliberada experimentar el estar borrachas, recordaron casos de sexo del que se arrepentían o riesgoso después de haber tomado. Hubo dos puntos clave que se obtuvieron de este estudio. Primero, aunque las experiencias sexuales riesgosas fueron recordadas, una proporción considerable de la muestra también remarcó como el alcohol les había permitido tener experiencias sexuales más placenteras. Esto incluía una mayor capacidad para charlar con las personas, “jalarlas” y tener relaciones sexuales. No obstante, también hubo evidencias de que el “valor holandés” le permitió a algunas personas jóvenes insistir en el uso de condón.

El segundo punto clave a tratar es que el análisis cualitativo proporcionó una gran visión de cómo el alcohol impactó en la conducta sexual, y en la salud sexual. Fue claro que el alcohol operó de diferentes maneras. Por ejemplo, algunas personas jóvenes comentaron como una vez que estaban tomadas, las demás personas parecían sexualmente más atractivas. Otros también comentaron como utilizaban el alcohol como una excusa para explicar sus conductas socialmente inaceptables, a sus amigos o a su pareja sexual, las cuales habían planeado y disfrutado “en secreto”. Por ejemplo:

*“Si haces algo mal...no tienes más que culpar al alcohol...Planeé [tener sexo con alguien], entonces me emborraché, lo hice y después culpé a la bebida...Digo “oh, sólo porque estaba borracho”. Pero 90% del tiempo las personas estaban diciendo lo que en realidad sentían...Porque pueden echarle la culpa a la bebida”. (Hombre, 17 años)*

Asociado con consecuencias más serias, algunos adolescentes recordaron experiencias en las que el alcohol había alterado de manera evidente su juicio, por lo que era más probable que hubiera conse-

cuencias negativas en la salud sexual. En el siguiente ejemplo, este juicio alterado fue manifestado a través de “olvidar” las consecuencias:

*“Si, debido a que si estás realmente nervioso por tener sexo, tienes que tomar más, ¿o no? Y estarás tan fuera de ti mismo que olvidarás usar un método anticonceptivo”. (Hombre, 17 años)*

Por último, algunos adolescentes reportaron casos de estar completamente “fuera de control”, lo cual fue indicado por intoxicación y colapso. En estas situaciones, el potencial de una experiencia sexual riesgosa estaba al máximo, y la elección del uso de condón quedaba a consideración de la pareja sexual. Estas situaciones después del consumo excesivo de alcohol también tuvieron más potencial para conducir a relaciones sexuales sin consentimiento. La siguiente cita ilustra esta pérdida de control:

*“Ya he tenido problemas con el alcohol, ya que he estado tan borracha que de hecho no puedo ni recordar, y a la siguiente mañana, o durante las siguientes dos semanas, me cuentan cosas y de pronto todo [tener sexo con alguien] se me viene a la mente, y pienso, oh por Dios, que he hecho”. (Mujer, 16 años)*

La investigación de Suzanne Cater y Lester Coleman no sólo ilustra la naturaleza compleja de la relación entre el alcohol y la salud sexual, sino también como el alcohol opera de diferentes maneras. Por un lado, el alcohol como una “excusa” sugiere que el alcohol, *per se*, no afecta la salud sexual. Sin embargo, lo opuesto puede ser verdad cuando el tomar de manera excesiva conduce a la alteración del juicio o a la pérdida de control sobre si se utilizan condones, por nombrar un ejemplo.

## Resumen de sección

- El comprender los factores que soportan las conductas sexuales de los adolescentes puede indicar como intervenir y promover la salud sexual.
- Las influencias clave sobre la conducta sexual pueden ser clasificadas en individuales, contextuales, sociales y culturales.
- Las influencias individuales incluyen creencias, conocimientos, actitudes, percepciones de normalidad y capacidades percibidas, incluyendo habilidades de negociación y seguridad. Una personalidad tomadora de riesgos, motivada por la búsqueda de sensaciones y el impulso, también se incluye como influencia individual.
- Las influencias contextuales incluyen alcohol, uso de drogas y la influencia de la pareja sexual.
- Las influencias sociales incluyen oportunidades de educación y de trabajo, pobreza, acceso a servicios de salud sexual y educación sexual.
- Las influencias culturales se reflejan en los “mensajes mezclados” acerca del sexo en el Reino Unido, en la apertura y facilidad para discutir sobre sexo y en la comunicación que exista en la familia acerca del sexo.
- Con la excepción de alterar la personalidad tomadora de riesgos de una persona, se puede argumentar que de todas las influencias, las de nivel individual son las más fáciles de cambiar a corto plazo.

- La relación entre el alcohol y la conducta sexual es compleja. Por un lado, el alcohol puede ser utilizado para fomentar experiencias sexuales positivas. No obstante, el alcohol también puede conducir a una alteración del juicio y pérdida total del control, lo cual a su vez puede provocar la práctica de sexo inseguro.

### Políticas y prácticas actuales en la promoción de la salud sexual en los adolescentes

La promoción de mejoras en la salud sexual de las personas jóvenes puede ser considerada a nivel política de gobierno y también a través de prácticas efectivas. En años recientes, dos documentos de política significativos han expuesto la estrategia para promover la salud sexual. La *Teenage Pregnancy Unit* fue establecida en 1999 para poner en pie la estrategia del gobierno para el embarazo en adolescentes. Aproximadamente, se han invertido 156 millones de dólares (EUA) en esta estrategia en el año 2002. Uno de los propósitos específicos (de un total de 30 puntos de acción) es reducir a la mitad el índice de concepciones entre personas menores de 18 años de edad, y establecer una tendencia de disminución en el índice de concepciones en personas menores de 16 años de edad para el año 2010. Desde 1998, los índices de concepción entre personas menores de 16 y de 18 años de edad han disminuido, sin embargo, es muy pronto para ver si estos objetivos del gobierno se cumplirán. Un propósito adicional es lograr la reducción en el riesgo de exclusión social a largo plazo para los padres y sus hijos (a través de una mayor participación en la educación, trabajo o capacitación).

La segunda iniciativa política clave fue la *National Strategy for Sexual Health and VIH* (*Department of Health*, 2001). Esta estrategia, que fue la primera en su naturaleza, tiene cinco propósitos principales durante un periodo de diez años:

- Reducir la transmisión de VIH y enfermedades de transmisión sexual.
- Reducir el predominio de VIH y enfermedades de transmisión sexual sin diagnosticar.
- Reducir los índices de embarazos sin planear.
- Mejorar la salud y el cuidado social para las personas que viven con VIH.
- Reducir el estigma relacionado con el VIH y enfermedades de transmisión sexual.

Esta estrategia tiene paralelos obvios con el trabajo de la *Teenage Pregnancy Unit* (en la reducción de los embarazos sin planear, y en las inversiones substanciales), pero difiere en que está enfocado en todos los grupos de edad, y no sólo en las personas jóvenes. El énfasis en VIH y enfermedades de transmisión sexual es muy evidente en esta estrategia e ilustra nuevamente como la prevención de embarazos y de enfermedades son esenciales en nuestro entendimiento de la

salud sexual. La parte restante de esta sección ahora delinearé tres áreas de práctica que han sido influenciadas por estas iniciativas políticas:

### Mejorando la base de evidencias

Las compilaciones accesibles de las últimas evidencias de investigación son valiosas, ya que informan a los practicantes que “funciona” con respecto a la promoción de la salud sexual. Respecto a las estrategias antes mencionadas, se han publicado dos revisiones extensas que son muy importantes para la salud sexual. Primero, Catherine Swann y cols., (2003) buscaron en 30 revisiones separadas, relacionadas con la prevención del embarazo en adolescentes.

Su revisión presenta una serie de características de intervenciones que han demostrado ser efectivas en la disminución de embarazos en adolescentes:

- Un enfoque en los grupos de mayor riesgo.
- Reconocimiento en el desarrollo de las habilidades interpersonales, tales como habilidades de negociación y rechazo.
- Accesibilidad de intervenciones en términos de localización, horario de apertura, etcétera.
- Tomar oportunidades clave para la educación y la prevención, por ejemplo, si una adolescente asiste a la clínica y recibe una prueba de embarazo negativa.
- Fomentar una cultura local en la que la discusión de sexo, sexualidad y anticoncepción sea permitida.

En segundo lugar, Simon Ellis y Anna Grey (2004) observaron 26 revisiones sobre la prevención de enfermedades de transmisión sexual en ambientes no clínicos. Aunque son aplicables a todos los grupos de edad, esto tiene relevancia obvia en la salud sexual de los adolescentes. Esta revisión remarcó las características de las intervenciones efectivas para enfermedades de transmisión sexual de la siguiente manera:

- Teniendo una base teórica firme, por ejemplo, modelos de cambio de conducta.
- Que estén enfocadas y personalizadas (en términos de edad, género, cultura, etc.), haciendo uso de evaluación de necesidades o investigación formativa.
- Provisión de información básica y precisa, a través de mensajes claros, no ambiguos.
- Uso de capacitación en habilidades de conducta, incluyendo autoeficacia.

### Guías de prácticas buenas

En conjunto con las mejoras en la base de evidencias, las dos estrategias también han dado como resultado la publicación de guías breves y accesibles de prácti-

cas buenas. A pesar de que son muy numerosas para mencionarlas, se han seleccionado dos, dada su referencia en específico a la salud sexual en los adolescentes. Primero, la *Teenage Pregnancy Unit* (2000) produjo *Best practice guidance on the provision of effective contraception and advice services for young people*. Esta guía resalta las características de un servicio efectivo para las personas jóvenes de la siguiente manera:

*un foco específico de edad, confidencialidad, personal que no emita juicios, localizaciones accesibles y horarios abiertos, una atmósfera amigable y publicidad en lugares a los que las personas jóvenes asisten. Para que sea efectivo, la anticoncepción y los servicios de orientación para personas jóvenes deben estar comisionados y ser proporcionados con estos criterios. Las personas jóvenes deben estar involucradas en el planeamiento y en los servicios de evaluación. (Teenage Pregnancy Unit, 2000, p. 1)*

En segundo lugar, *Sex and relationships education guidance*, publicado por la DfEE en el año 2000, proporciona un amplio rango de información útil. Esto incluye actualizaciones en el desarrollo de políticas, los aspectos específicos a enseñar, integración de educación sexual y de relaciones en la EPSS (Educación personal, social y para la salud), y estrategias apropiadas de enseñanza. Como una ilustración, la guía establece que todas las escuelas deben tener una política actualizada en educación sexual y de relaciones, la cual debe incluir a todos los alumnos, y ser desarrollada en consulta con los padres y la comunidad en general. En términos de promover una mejor salud sexual, la guía señala áreas que deben ser enfocadas en la educación sexual y de relaciones. Estas incluyen:

- Las personas jóvenes necesitan acceso e información precisa acerca de, información, orientación y servicios confidenciales de anticoncepción.
- Las personas jóvenes necesitan estar conscientes de los riesgos de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo VIH, y saber acerca de la prevención, diagnóstico y tratamiento;
- Las personas jóvenes necesitan saber no sólo lo que es el sexo seguro y porqué es importante, sino también como negociar con la pareja.

Además, la guía de educación sexual y de relaciones proporciona información sobre las técnicas de enseñanza para cumplir con estos requerimientos. Estas incluyen establecer reglas firmes, introducir técnicas de “distancia”, hacer uso del aprendizaje de discusión y proyectos y fomentar la reflexión.

Como una nota final en esta sección, es importante señalar que se ha establecido una gran cantidad de intervenciones innovadoras gracias a las mejorías en la base de evidencias y a la guía de prácticas mejores. No obstante, debido a que llevará varios años reportar la evaluación de estas intervenciones, actualmente no hay seguridad de que su efectividad a largo plazo sea verdadera. Por mencionar un ejemplo, los recién implementados *Youth Development Pilot Programmes* actualmente están siendo evaluados en el Reino Unido. Después de

su implementación exitosa en EUA, estos programas piloto intentan prevenir las enfermedades de la salud sexual, junto con otras conductas sexuales riesgosas, tales como el uso de drogas y el tabaquismo. Además de proporcionar información y habilidades, estos programas intentan fortalecer a las personas con un mayor sentido de propósito, autovalor y oportunidades para el futuro, disminuyendo así la motivación para participar en conductas riesgosas.

**Punto de discusión 8 —¿Cuál es el caso para la educación para la abstinencia?**

En vista de la inconsistencia en las intervenciones de educación sexual y de relaciones, reportada en esta sección, es importante considerar abordajes alternativos para promover la salud sexual. Una de estas iniciativas, promovida ampliamente en EUA, es la educación para la abstinencia. La educación para la abstinencia ha recibido fondos federales durante más de 20 años. El principio detrás de esta iniciativa es que el “decir no” al sexo hasta que las personas se casen, reducirá la actividad sexual en los adolescentes, disminuyendo así los índices de embarazos y de enfermedades de transmisión sexual, y mejorando la salud sexual. Algunas personas jóvenes utilizan un anillo plateado de castidad hasta que se casan (conocido como la “Cosa del Anillo Plateado”). El debate polarizado entre la educación para la abstinencia *versus* una educación sexual extensa ha sido tipificada de manera precisa por Simon Blake y Gill Frances (2001).

Las personas que apoyan los abordajes de abstinencia creen lo siguiente:

- Las personas jóvenes son irracionales y se dejan llevar por la emoción. Ya que no saben tomar decisiones, no vale la pena desarrollar sus habilidades para tomar decisiones.
- Las personas jóvenes necesitan que se les diga que no tengan sexo, de otra manera elegirán volverse sexualmente activos.
- Las personas jóvenes necesitan recibir un mensaje constante de la escuela, la comunidad en general y los medios de comunicación.
- La única manera de evitar el peligro y la enfermedad inminente es por medio de la abstinencia del sexo.
- Debería enseñarse que el sexo es maravilloso si uno se espera para el matrimonio.

Las personas que apoyan la educación sexual extensa creen lo siguiente:

- Los niños toman decisiones y el acceso a una buena información es la clave para tomar estas decisiones.
- Aún con el abordaje de la abstinencia, algunos adolescentes tienen sexo antes del matrimonio y por lo tanto, necesitan el conocimiento y las habilidades acerca de anticoncepción, sexo seguro y otros aspectos.
- La diversidad de las experiencias de las personas jóvenes debe ser dirigida. Los mensajes de abstinencia no cumplen con las necesidades de muchas personas jóvenes de EUA, incluyendo aquellas de las comunida-

des afroamericanas, lesbianas, gays, y aquellas con ambientes familiares diferentes.

- Los servicios de salud sexual para las personas jóvenes no aumentan la actividad sexual, sino que incrementan el uso de medios de anticoncepción cuando tienen sexo.

Los lectores pueden preguntarse a si mismos en que posición se encuentran respecto a este debate.

A pesar de la existencia de más de 20 años de la educación para la abstinencia en EUA, sólo recientemente ha sido evaluada de manera sistemática. Bearman y Bruckner (2004), al estudiar 12 000 personas jóvenes durante un periodo de seis años, reportaron que los índices de infecciones de transmisión sexual fueron los mismos entre aquellos que habían mantenido o no la abstinencia antes del matrimonio. Nueve de cada diez personas jóvenes que habían hecho votos de abstinencia sexual los rompieron, y debido a que no estaban preparados y se sentían culpables fue menos probable que utilizaran métodos anti-conceptivos o condón. Los autores reportan los problemas de la campaña de abstinencia de la siguiente manera:

*Resulta difícil preparar de manera simultánea para el sexo y para decir que no vas a tener sexo... El mensaje es realmente simple: "Sólo decir no" funciona a corto plazo, pero no a largo plazo. (Bearman y Bruckner, 2004)*

## Resumen de Sección

- La *Teenage Pregnancy Strategy* del gobierno (1999) y la *National Strategy for Sexual Health and HIV* (2001) intentan reducir los índices de embarazo en adolescentes y mejorar los niveles de salud sexual.
- Estas estrategias han conducido a las mejorías en la base de evidencias acerca de las intervenciones que previenen el embarazo en adolescentes y las enfermedades de transmisión sexual. Además, se han recolectado diversas guías de prácticas buenas, que incluyen referencias a la educación sexual y de relaciones en las escuelas.
- Además, se han establecido diversas intervenciones recientes e innovadoras para promover una mejor salud sexual en los adolescentes. Las innovaciones en la educación sexual escolar distan mucho de proporcionar una solución simple o completa para mejorar los niveles de salud sexual entre las personas jóvenes.
- Las estrategias del gobierno y las actividades asociadas son muy recientes para haber sido evaluadas de manera extensa.
- La educación para la abstinencia en EUA no parece mejorar la salud sexual de los adolescentes, y continúa el debate polarizado sobre las ventajas y las desventajas de la educación sexual extensa en las escuelas.

## Conclusión

Este capítulo ha proporcionado un recuento extenso de la salud sexual actual de los adolescentes. El abordaje ha sido profundizar de manera progresiva en el entendimiento del lector sobre los aspectos clave y los debates.

Comenzando con una definición de salud sexual, el capítulo ha delineado el nivel de salud sexual entre los adolescentes, principalmente señalando los indicadores de mayor acceso para los índices de embarazo en adolescentes y enfermedades de transmisión sexual. Este capítulo resumió brevemente la importancia de estos indicadores, y resaltó algunas de las conductas sexuales clave que pueden explicar estas tendencias (tales como las tendencias en el uso del condón, múltiples parejas sexuales, etc.). Con referencia a la promoción de una mejor salud sexual, el capítulo hizo referencia a la literatura teórica para definir algunas de las influencias sobre estas conductas sexuales (tales como conocimiento, adquisición de habilidades, influencias culturales, etc.). Por último, el capítulo ha mencionado las iniciativas políticas recientes y las intervenciones innovadoras que han sido establecidas para mejorar los niveles de salud sexual entre los adolescentes. A través de los puntos de discusión, este capítulo también ha permitido que los lectores evalúen de manera crítica algunas de las literaturas teóricas y empíricas a las que se ha hecho referencia.

Para concluir en términos de salud sexual, la situación que los adolescentes enfrentan hoy en día, claramente es preocupante. Con altos niveles de embarazo en adolescentes y enfermedades de transmisión sexual en aumento, obviamente es un problema de salud pública que requiere atención. No obstante, también debemos reconocer los placeres físicos y emocionales que la mayoría de adolescentes derivan de la interacción sexual. También, en una nota más positiva, con la reciente inversión substancial, pudiera ser que la salud sexual de los adolescentes mejorara de manera gradual. Hasta que se conozcan los resultados de la evaluación de la *Teenage Pregnancy Strategy* y la *National Strategy for Sexual Health and HIV*, es imposible estar seguros de tales mejorías. Aunque esta evaluación continúa siendo un hueco en la base de evidencias, también existen diversas áreas que necesitan atención. Al elaborar este capítulo, se ha hecho evidente que los siguientes cuatro puntos de la salud sexual requieren más investigación y enfoque de prácticas y políticas.

- 1. Los aspectos positivos de la salud sexual:** la salud sexual debe ser vista de manera más positiva, y no sólo de manera exclusiva sobre embarazos en adolescentes y enfermedades de transmisión sexual que con frecuencia se documentan en la literatura. Simplemente, sabemos menos de la diversión, los placeres y los beneficios del sexo y de la conducta sexual. El balance entre los aspectos negativos y positivos de la salud sexual necesita ser redirigido.
- 2. Pubertad:** dada la importancia de la edad en la que las personas jóvenes inician la pubertad, en términos de legislación, intervenciones médicas, conducta sexual, resulta imperativo que estemos más seguros de si la edad del inicio

de la pubertad esta disminuyendo. Las evidencias de anécdotas sugieren que este podría ser el caso, pero a gran escala, es necesario realizar encuestas representativas adoptando un diseño prospectivo para probar científicamente esta hipótesis.

3. **Salud sexual de los adolescentes:** muchas de las evidencias reportadas en este capítulo han sido obtenidas de grupos de personas de 16 años de edad. Existe una carencia de pruebas de investigación en personas jóvenes al principio de su adolescencia. No sólo es crucial conocer más acerca de las conductas sexuales de las personas de este grupo de edad, sino también investigar con mayor detalle, lo que nos permitirá saber más acerca de los precursores para la actividad sexual temprana (que por sí sola ha demostrado estar vinculada con una salud sexual deficiente).
4. **Heterogeneidad de adolescentes:** los adolescentes distan mucho de ser un grupo homogéneo. Como se ilustró anteriormente, las necesidades de salud sexual de las personas jóvenes gay, las de los grupos étnicos minoritarios y aquellos que viven con diferentes circunstancias socioeconómicas pueden variar. La política y las prácticas podrían beneficiarse al investigar con mayor detalle las actitudes sexuales, los estilos de vida y las conductas de estos grupos.

Por último, resulta apropiado dejar que un adolescente tenga la última palabra en este capítulo. El siguiente extracto, tomado del estudio de un caso real, publicado en *The Observer* (Octubre 27, 2002), cubre claramente algunos de los aspectos clave en este capítulo.

Esperamos que las siguientes palabras ilustren como algunos de estos aspectos operan en el mundo real. También indican el rango de dificultades que se enfrentan al mejorar la salud sexual de los adolescentes.

### CASO DE ESTUDIO 5-1

Nicola Hughes (el nombre fue cambiado), de 15 años de edad, nos habla acerca de su primera experiencia sexual, de la presión de sus amigos y de la educación sexual:

*“He hablado con algunos de mis amigas acerca de cuando sientes que deberías tener sexo. “Perdí mi virginidad cuando tenía 12 años de edad” anunció una. La mayoría sólo dice que lo hará cuando estén listos. “Yo no estaré lista hasta que tenga 18”, dijo otra amiga. Hace un par de años, el sexo no parecía algo que nos preocupara —pero ahora que no estamos lejos de cumplir 16 años de edad, existe el prospecto preocupante de tener que decidir si dormir o no con tu novio.*

*Una de mis amigas dice: “Existen dos extremos de presión de los amigos acerca del sexo: en un extremo te pueden llamar frígida. Nadie va a querer salir conti-*

go otra vez porque, en especial en el caso de los muchachos, parecería que no sabes como pasarla bien. Y en el otro extremo, te pueden llamar fácil. Es mucho mejor tener una respuesta definitiva de “sí” o “no” para dormir con alguien o no. Si estás insegura, creo que deberías decir no, porque de otra manera podrías arrepentirte. Por ejemplo, una de mis amigas tuvo sexo con su novio justo después de tres semanas de salir, y después de una relación de dos meses, ni siquiera se dirigen la palabra. Por otro lado, otra amiga tuvo una relación de nueve meses con su novio, sin haber tenido sexo, y después de romper aún son buenos amigos.

Desde los ocho años de edad, hemos estado conscientes del sexo por las clases de educación sexual. Cada año las lecciones se vuelven más y más gráficas y humillantes. Cuando teníamos 13 o 14 años de edad, nos pusieron el típico vídeo, que probablemente fue hecho antes de que nacióéramos, pero esta vez nos dieron preguntas para resolver y nos sentaron para ver a una pobre amiga colocar un condón en un tubo de prueba. A todas nos tocó ruborizarnos cuando el profesor nos contó algunos mitos acerca del sexo —todas nosotras creíamos por lo menos uno de ellos.

“No te puedes embarazar la primera vez que tienes sexo” fue el que yo pensé que era verdad. Otro —“No te puedes embarazar cuando estás de pie”— parecía lógico. Aunque la educación sexual nos decía que hiciéramos algo, la televisión nos decía que hiciéramos lo contrario. Existen por lo menos dos telenovelas entre semana que de manera inevitable involucran personajes teniendo sexo. Anna pasó una noche con Alex, lo cual dio como resultado un bebé. Y Jamie, que es un poco tonta le dio a cada uno un aplauso. Fue un poco melodramático porque cada niña en Chester lo bofeteó, pero el punto parecía ser lo que podía haber pasado. En algunas historias, muestran el sexo como si fuera lo correcto, y en otras tiene sus castigos”. (Nicola Hughes, de 15 años de edad, alumna de Leicestershire)

Nicola describe un mundo en donde existe gran controversia y enfoque en el sexo, y aún mucha confusión también. ¿Qué se podría hacer para mejorar esta situación?

## Lecturas recomendadas

- Social Exclusion Unit (1999) *Teenage pregnancy*, HMSO, London. Excelente revisión de literatura relacionada.
- Department of Health (2001) *The National Strategy for Sexual Health and HIV*, Department of Health. Excelente revisión de literatura relacionada.
- Ingham, R. and Aggleton, P. (2006) *Promoting young people's sexual health*, Routledge. Visión extensa de las maneras para promover una salud sexual positiva entre las personas jóvenes.
- Moore, S.M. and Rosenthal, D.A. (2006) *Sexuality in adolescence: current trends*, Taylor and Francis London. Una visión detallada de las investigaciones teóricas y empíricas acerca de la sexualidad de los adolescentes.
- Wellings, K., Nanchahal, K., Macdowall, W. *et al.* (2001) Sexual behaviour in Britain: early heterosexual experience. *The Lancet*, 358: 1843-1850. La visión más reciente de los patrones de conducta sexual derivados de una muestra nacionalmente representativa de personas jóvenes en Gran Bretaña.

# CAPÍTULO 6

---

## Uso de sustancias en la adolescencia

---

*Rutger C. M. E. Engels y Regina van den Eijnden  
Radboud University Nijmegen*

- Introducción.
- Funciones facilitadoras del uso de sustancias.
- Efectos a largo plazo del uso de sustancias a edad temprana.
- Cuestiones sin resolver.
- Consecuencias negativas sociales y de salud por beber y fumar.
- Implicaciones prácticas.
- Conclusión.

### **Objetivos de aprendizaje**

Después de leer este capítulo, usted debe:

1. Ser capaz de aportar un marco de trabajo para describir las funciones del consumo del alcohol y el tabaquismo en personas jóvenes.
2. Mostrar evidencia empírica que ilustre las funciones sociales benéficas del uso de sustancias, en especial, del alcohol.
3. Comprender las funciones del uso de sustancias en relación con sus consecuencias negativas a corto y largo plazos.
4. Apreciar que el desarrollo de medidas y políticas preventivas requiere tomar en cuenta las funciones benéficas del uso de sustancias para algunos adolescentes.
5. Estar consciente de que fumar y beber son dos tipos distintos de conducta, con precursores y funciones diferentes.

## Introducción

---

*...que no se administre a jóvenes, desde los 14 años de edad hasta los 25, ya que el vino es a lo sumo lo más repugnante; ya que tiene una capacidad sobremedida de foguear su naturaleza impaciente, cálida y agitada, y estimularles (como hombres enloquecidos) a incurrir en acciones excesivas y escandalosas (Rules to live a long and healthy life, del Dr. T. Venner, 1650; citado en Hermus, 1983).*

El alcohol, la nicotina y otras drogas recreativas constituyen riesgos de salud importantes en nuestra época. De hecho, en cuanto al referente demográfico, las estadísticas demuestran que las enfermedades relacionadas con alcohol y drogas están en aumento, y que es común que ambos estén implicados en accidentes de tránsito, violencia doméstica y pública, a la vez que en una serie de actos criminales. Sin embargo, los censos nacionales de sociedades occidentales, tales como en EUA y países europeos demuestran que la experimentación de conductas con riesgo potencial, como consumo de tabaco, uso de marihuana e ingesta de alcohol, es bastante normal entre los adolescentes. Sólo una proporción baja de adolescentes mayores indica no haber fumado o tomado alcohol nunca, de tal forma que, desde el punto de vista estadístico, no resulta “normal” abstenerse por completo de fumar y beber.

En función de que un número grande de personas participa en estas actividades durante la adolescencia, debe darse una mirada más detallada al papel que desempeñan las metas del desarrollo durante el segundo decenio de la vida en este sentido. En primer lugar, el consumo de bebidas en adolescentes se relaciona con cambios de sus preferencias en cuanto al uso del tiempo libre. En comparación con niños y adolescentes menores, los adolescentes de edad mediana pasan más tiempo con amigos, fuera de la casa de sus padres. Acudir a bares, discotecas y fiestas se considera una actividad importante para el desarrollo y la conservación de amistades, así como de las relaciones amorosas. Debido a que algunas actividades de tiempo libre se llevan a cabo en situaciones en que coincide la ocurrencia de ciertas conductas de riesgo (p. ej., fumar, beber) y el desarrollo de relaciones entre pares, se podría asumir que algunas conductas de este tipo facilitan la integración al grupo de referencia (Engels, 2003; Engels y Knibbe, 2000; Engels, Knibbe y Drop, 1999a; Maggs y Hurrelmann, 1998; Pape y Hammer, 1996; Shedler y Block, 1990). En este sentido, es fácil comprender la afirmación casi provocadora de Richard Jessor (1987, p. 335), quien sostiene que conductas como beber, fumar y tener experiencias sexuales “no son necesariamente irracionales, perversas o patológicas; para los adolescentes, pueden implicar el alcance de metas importantes y podrían ser un aspecto esencial del desarrollo psicológico”. De forma que el consumo ocasional de bebidas se podría mirar como una manifestación de la experimentación apropiada en esta fase del desarrollo.

Este supuesto entra en conflicto con investigación previa, que indica que el consumo de alcohol refleja un ajuste psicológico inadecuado. De acuerdo con

este enfoque, se esperaría que el desempeño deficiente en la familia o en la escuela causara autovalía baja y tensión, así como disfunción en las redes de trabajo entre pares. En forma eventual, estos jóvenes buscan la compañía con la que se sienten seguros y a salvo, la cual con mucha frecuencia está constituida por otros jóvenes mal adaptados. Esta parte del argumento asume una relación lineal entre uso de sustancias y salud psicológica, y se percibe a los abstemios como los adolescentes con mejor adaptación.

Shedler y Block (1990) objetan esto y asumen una relación curvilínea entre el uso de alcohol y el bienestar psicológico. De hecho, los estudios realizados por Pape y Hammer (1996) indican tal relación curvilínea. Por ejemplo, en una encuesta longitudinal noruega Pape y Hammer demostraron que **tanto** los varo-



nes que comienzan a beber a edad temprana **como** los que lo hacen en una fase posterior tiene una autoestima más baja y sentimientos más intensos de depresión que aquellos que comienzan el consumo a la edad promedio. Mientras este resultado parecería bastante evidente para los que inician el consumo a edad temprana, se requiere una explicación para los que comienzan en fase posterior y los abstemios. Podría ocurrir que no bebieran debido a que no participan en actividades sociales normales para adolescentes.

Se podría argumentar que estas relaciones son diferentes para otras sustancias. Sin embargo, Shedler y Block encontraron que tanto los abstemios como los consumidores frecuentes de marihuana informan dificultades intensas. Los adolescentes con mayor posibilidad de convertirse en consumidores frecuentes se encontraban bajo tensión emocional y no eran capaces de establecer relaciones satisfactorias. En contraparte, los autores describen al abstemio típico como *“...un niño que tiene un control excesivo relativo, es tímido, miedoso y no se involucra... no es cálido y sensible, no es curioso ni abierto a experiencias nuevas, no es activo, vital ni alegre”* (1990, p. 620).

La investigación sobre las funciones del uso de alcohol en adolescentes puede contribuir a una prevención más adecuada de su uso inadecuado y sus consecuencias, en comparación con los estudios de correlación. Si, desde la perspectiva del adolescente, ir a un bar es más que sólo beber alcohol, los programas que no tomen esto en consideración tienen riesgo de lograr efectos limitados por dos razones: primero, si el alcohol se muestra como algo malo que se debe evitar a cualquier costo, los jóvenes no aceptarán esto como algo **creíble**, debido a que muchos de ellos también tienen otras experiencias más positivas; segundo, las personas jóvenes tendrán más dificultad para **identificarse** si los anuncios o la promoción educativa describen a los usuarios como seres antisociales, criminales o agresivos. Además, las estrategias que limitan la disponibilidad de bebidas alcohólicas o cigarrillos, por ejemplo, podrían tener efectos colaterales negativos si la acción de beber o los sitios en que ocurre fueran relevantes para el desarrollo del adolescente.

## Funciones facilitadoras del uso de sustancias

---

### Amistades

La transición de la adolescencia a la edad adulta se acompaña de intensificación de los contactos con pares, así como entrada a contextos sociales y actividades nuevos. La importancia de lograr objetivos de intimidad, como cercanía y confianza, se redirecciona de los padres hacia los coetáneos. Existen dos líneas de investigación sobre los efectos del uso de alcohol en el desempeño de los jóvenes en grupos pares y con amistades.

En primer lugar, la investigación demuestra que en comparación con los bebedores, los abstemios son menos sociables, pasan menos tiempo con sus ami-

gos, tienen menor probabilidad de tener un confidente (Pape, 1997; Silbereisen y Noack, 1998) y tienen habilidades sociales menos adecuadas (Pape, 1997). Por otra parte, los hallazgos de unos cuantos estudios longitudinales sugieren que los adolescentes mayores y adultos menores abstinentes tienen menos probabilidad que los bebedores de establecer una relación íntima estable (Engels y Knibbe, 2000; Pape y Hammer, 1996). De ahí que exista soporte suficiente para asumir que las personas jóvenes que beben alcohol son más sociables, están más integradas a su grupo de referencia, tienen mejores relaciones con pares y experimentan menos sentimientos de soledad (recuadro 6-1).

**Recuadro 6-1. Fragmentos de entrevistas con adolescentes en Rotterdam, Holanda (Wits, Spijkerman y Bongers, 1999)**

I: ¿Qué es lo que te gusta de beber alcohol?

R: Nada.

I: Entonces, ¿por qué lo haces?

R: Sí... por compañía, porque no soy el único; cuando estoy solo no bebo.

I: De forma que sólo bebes cuando estás con otras personas. Sin embargo, aún no sé por qué bebes.

R: ¿Por qué? Porque todo el mundo está bebiendo y yo bebo con ellos.

I: ¿Qué es tan especial de beber con otros?

R: No hay nada especial al beber con otros, es sólo que... cuando todo el mundo pide una cerveza y yo pido un refresco, eso no va. Si todos beben cerveza, yo quiero beber cerveza también.

I: ¿Eso a qué se debe?

R: Mire, son mis amigos, y si ellos beben cerveza y yo no... no les importaría, de hecho no les importaría... es sólo que yo quiero beber cerveza si mis amigos lo hacen (varón, 17 años de edad).

R: Si una bacha está circulando en el grupo y otros le dan una fumada, es difícil no unírseles.

I: ¿Es difícil decirles que no te unirás?

R: Sí.

I: ¿Por qué?

R: Bueno... no es difícil decirles que no me uniré, ¡es sólo que es difícil no unirse!

I: ¿Qué es lo que lo hace difícil?

R: Que todo el mundo está fumando la bacha, pasando un buen rato y en onda, y yo no... (varón, 14 años de edad).

Segundo, cuando se interroga a los jóvenes sobre los motivos que les llevan a beber o fumar, mencionan con frecuencia aspectos sociales (Kuntsche *et al.*, 2005). Parece provocar que las fiestas sean más divertidas, permite mayor relación, facilita el acercamiento a otros, o bien compartir sentimientos y experiencias. La bibliografía relativa a los motivos para beber, por ejemplo, ilustra que las personas que refieren consumir para tener capacidad mayor para actuar (es decir, beben para sentirse relajadas y cómodas) y por motivos sociales (es decir, beben para celebrar o para pasar un buen rato con amigos) tienden a presentar niveles altos de consumo en contextos sociales (véase la revisión de Kuntsche *et al.*, 2005). La investigación demuestra que los elementos sociales que se espera refuercen el consumo de bebidas alcohólicas se relacionan y son predictores de la frecuencia y cantidad de alcohol que consumen los adolescentes (Aas *et al.*, 1998). En apariencia y a los ojos de quien lo practica (es decir, los mismos jóvenes), el consumo de alcohol está interconectado con la sociabilidad y se relaciona con las interacciones sociales. Por supuesto, esto no significa que no exista cierta tolerancia en los grupos de referencia. Por ejemplo, algunos grupos de referencia de fumadores pueden aceptar miembros que no consumen tabaco debido a que tienen otras cualidades (Shucksmith y Hendry, 1998). Esto implica simplemente que **por lo general** las personas se asocian a otras para exhibir comportamientos y actitudes similares.

Estas líneas de investigación indican que el uso de sustancias tiene beneficios sociales o, por lo menos, que las personas jóvenes así lo perciben. Sin embargo, la mayor parte de los estudios usó datos sobre el desempeño o relaciones sociales obtenidos mediante autorreporte. Una limitante del autorreporte es que podría existir discrepancia con respecto a la forma en que la persona cree que actúa en los encuentros sociales, y la forma en que otros perciben su interacción. De ahí que sea esencial obtener información de los pares del individuo. Si las funciones sociales o psicológicas se ubican sólo en la percepción del sujeto pero los miembros del grupo de referencia **no** asocian habilidades o desempeño de tipo social a los elementos del grupo que consumen sustancias, las percepciones del adolescente joven sobre las consecuencias sociales de su conducta podrían estar distorsionadas, y esto podría constituir un reto para el aporte de información. Más aún, aunque el uso de sustancias se relaciona con beneficios sociales, también lo hace con conductas antisociales, como agresividad, falta de atención y desempeño escolar deficiente. Por ello, es relevante integrar una imagen más detallada de los adolescentes jóvenes mediante la obtención de información a partir de los miembros de su grupo de referencia.

Esto se hizo al pedir a adolescentes de secundaria que evaluaran a sus compañeros de grupo con respecto a rasgos personales como sociabilidad, confianza en sí mismos, agresividad y nerviosismo (Engels, Scholte y Van Lieshout, 2005). Así, para cada alumno incluido en el estudio, se contó con calificaciones sobre conducta social derivadas de 25 a 35 compañeros de grupo. Se encontró que los coetáneos suelen percibir a sus compañeros de grupo que beben o fuman como sociables y con confianza en sí mismos.

## Citas y relaciones íntimas

El amor y el romance tienen importancia singular para las personas jóvenes. En este periodo de la vida, tienen sus primeras citas y encuentros sexuales. Si bien las experiencias sexuales implican ciertos riesgos, como contagio de enfermedades y embarazos no deseados, el establecimiento de relaciones íntimas es valioso para la gente joven. En este sentido, hablan sobre sus problemas y preocupaciones con su pareja y aprenden habilidades específicas para la comunicación. Por otra parte, los jóvenes con experiencias románticas parecen tener madurez emocional y bienestar mayores. El inicio de las relaciones íntimas podría percibirse, como el consumo de alcohol, como una de las conductas que marcan la transición de la niñez a la adolescencia. Sólo existen unos cuantos estudios que analizan los efectos de la bebida en la participación en relaciones íntimas. Estos estudios demuestran que los abstemios o quienes comienzan el consumo de sustancias en una fase tardía, tienen menos posibilidad de tener una pareja estable en comparación con los que sí beben (Engels y Knibbe, 2000; Pape y Hammer, 1996; Engels y Ter Bogt, 2001). Es importante mencionar que la relación entre beber y tener relaciones románticas deriva del contexto. Los bares, discotecas y fiestas son lugares a los que la gente joven acude para conocer a personas del sexo opuesto y buscar oportunidades de establecer una relación o tener aventuras amorosas. También son los sitios en los que tiene lugar el consumo mayor de alcohol entre adolescentes (Coleman y Hendry, 1999).

A pesar de que la participación en conductas de riesgo se relaciona con la dimensión de la red social y el tiempo que se pasa con pares, los niveles de consumo de alcohol no parecen tener relación directa con las habilidades románticas que se perciben. De tal forma y en relación con lograr una entrada adecuada al “mercado de citas”, no sólo aporta la oportunidad (salir con amigos) sino causa en los consumidores adolescentes la sensación de que es más fácil aproximarse a las parejas románticas en prospecto (Engels y Ter Bogt, 2001).

En conclusión, existe cierta evidencia de que el uso de alcohol tiene una función positiva para los adolescentes en función de las experiencias sexuales y románticas. Sin embargo, el consumo intenso de alcohol también puede tener consecuencias negativas, como desempeño inadecuado, pérdida de control, práctica de sexo inseguro e incluso violación durante una cita.

## Relación con padres

Casi al mismo tiempo que los jóvenes buscan la integración al grupo de referencia, se inclinan a distanciarse del control social de sus padres y otras figuras de autoridad. La relación con los padres cambia debido a procesos de maduración y autonomía. Muchos investigadores se enfocan en el proceso de separación-individuación de los adolescentes. La percepción general es que los niños se separan de sus padres en búsqueda de la compañía de amigos, pero al mismo tiempo tienden a mantener buenas relaciones con sus progenitores (p. ej., aún

tratan con ellos temas importantes sobre la formación profesional). Desde la perspectiva del desarrollo, cierta separación de los padres es un paso importante en el proceso de crecimiento. Salir con amigos se convierte en una forma importante para pasar el tiempo libre, en especial durante los fines de semana, lejos de la supervisión de los progenitores u otros adultos. No es sorprendente que esos sean los momentos en que consumen alcohol.

Sin embargo, se dispone de hallazgos empíricos limitados sobre el papel que tiene el consumo de alcohol en los adolescentes con respecto a los cambios en las relaciones paterno-filiales. Los adolescentes con problemas de apego tienen riesgo mayor de uso de sustancias o presentan más problemas para beber durante los seis meses previos que los que tienen un apego adecuado (Anderson y Henry, 1994).

Es posible que las personas jóvenes beban alcohol porque tienen relaciones defectuosas con sus padres o que, cuando un niño comienza a beber por primera vez, la conducta se vuelve una razón para distorsionar tal relación. Un diseño longitudinal permite eliminar la confusión con respecto a los vínculos causales entre el uso de alcohol en adolescentes y las relaciones paterno-filiales. Un estudio realizado entre adolescentes jóvenes, que fueron entrevistados tres veces durante su primer año de educación secundaria, trató de determinar si el uso de alcohol conduce a deterioro de la calidad de las relaciones con los padres (Van Der Vorst *et al.*, 2004). De hecho, hubo cierto apoyo para esta hipótesis. Los adolescentes que comienzan a beber indicaron disminución del apego paternal, en particular si el consumo era frecuente e intenso. De tal forma, es posible que la participación en conductas problemáticas pueda afectar la relación entre padres e hijos jóvenes.

En lo relativo al tabaquismo, existe cierta evidencia de que muchos conflictos entre padres e hijos podrían afectar su relación en forma negativa, lo cual incrementa a su vez la inclinación de los adolescentes por el tabaquismo (Duncan *et al.*, 1998). Una de las explicaciones para esto es que las relaciones insatisfactorias con los padres podrían inducir sentimientos de depresión en los hijos, lo cual a su vez podría aumentar el riesgo de inicio de tabaquismo. Más todavía, Engels y colaboradores (2005) demostraron que los grados mayores de control supresivo paterno se relacionan con tasas más altas de tabaquismo en hijos varones, en tanto las relaciones paterno-filiales adecuadas casi siempre se relacionan con menor tabaquismo entre los hijos.

En resumen, existe cierta evidencia empírica de que la participación en tabaquismo y consumo de alcohol se relaciona con obtención de autonomía e independencia respecto de los padres: las personas jóvenes que inician estas prácticas tienen mayor probabilidad de referir la existencia de conflictos con padres, y deterioro de la comunicación y lazos emocionales con los mismos.

### Objetivos del desarrollo

La investigación sobre estereotipos e identificación entre sí mismo y otra persona recae en gran medida en el supuesto de que las personas valoran en términos

positivos a los coetáneos que fuman o beben, y podría aportar motivos de conformación y reforzamiento personales al consumo del cigarro. Es más posible que los jóvenes comiencen a fumar si perciben que su autoimagen es semejante a la de un estereotipo que fuma (fumador de referencia) o si valoran más las características de un fumador típico de referencia (estereotipo) que su propia imagen (Spijkerman *et al.*, 2004). En resumen, las personas que asocian características que admiran (autoimágenes ideales) o atributos reales (autoimágenes reales) a la imagen de compañeros que fuman o beben alcohol tienen más riesgo de implicarse en estas actividades (véase el Recuadro 6-2).

Al mirar la actuación de los adultos y la forma en que los medios de comunicación los muestran, los adolescentes también aprenden sobre las normas y valores de ser adultos. Debido a que el consumo de alcohol es una conducta normativa entre adultos en la mayor parte de las sociedades occidentales, no sorprende que los jóvenes adopten tal hábito: comenzar a beber es una de las formas para identificarse con el mundo de los adultos, un reflejo de las normas y valores en la sociedad. Además, el consumo de alcohol también distingue a los adolescentes de los niños menores. En corto, es plausible asumir que la acción de beber se relaciona con otras conductas de transición, como la independencia financiera a través de un empleo, el interés en posiciones futuras en la sociedad, tener citas y formar pareja, y dejar la casa de los padres (Pape, 1997).

Otros cambios psicológicos en las vidas de los adolescentes se relacionan con la formación de la identidad y la obtención de una definición clara sobre sí mismo. Con respecto a la formación identitaria, parece que el consumo promedio de sustancias en adolescentes tiene relación con un *estatus* identitario más maduro y sofisticado, en tanto los jóvenes con grados bajos y altos de consumo tienen más posibilidades de evitar su confrontación a cuestiones de identidad.

## Bienestar psicológico

Beber y acudir a bares se pueden percibir como situaciones colectivas que se aprecian para el uso del tiempo libre, en la que es legítimo olvidar los problemas cotidianos. Facilitan compartir actividades, experiencias y emociones con otros coetáneos. El intercambio de experiencias comunes y el reconocimiento de que otros se encuentran en posiciones similares tienen un impacto positivo en el bienestar de los jóvenes. Por ejemplo, la participación en actividades sociales con amigos parece asociarse con un desempeño emocional más saludable. De tal forma, si se toman en cuenta las ventajas potenciales de las situaciones que se vinculan al consumo de alcohol, su evitación podría relacionarse con soledad, aislamiento y estrés. Es posible que la gente que no beba en forma regular tenga menos oportunidades de liberar sus tensiones cotidianas o interrelacionarse con sus semejantes.

Una creencia difundida es que cierto consumo de alcohol causa una liberación breve de los efectos desagradables de la tensión y el conflicto. Son diversas las causas subyacentes a la tensión emocional en adolescentes. Algunos, en espe-

### Recuadro 6–2. Método para medir los estereotipos de compañeros que fuman en forma cotidiana, autoimágenes reales y autoimágenes ideales

Los estereotipos de compañeros que fuman en forma cotidiana se midieron mediante la aplicación de la siguiente pregunta:

Creo que alguien de mi edad que fuma todos los días:

	Absoluta- mente no	Es posible que no	Es posible	Es posible que sí	Absoluta- mente sí
a. tiene su mejor desempeño en la escuela					
b. es sociable					
c. escucha a sus padres					
d. se siente segura(o) de sí misma(o)					
e. disfruta la vida					
f. tiene muchos amigos					
g. es honesta(o)					
h. es descarada(o)					
i. es valerosa(o)					
j. tiene citas con frecuencia					
k. está fuera de casa con frecuencia					
l. pertenece al grupo					
m. es popular					
n. es buena onda					
o. se ve ruda(o)					
p. se ve bien					
q. es interesante					
r. se ve sexy					
s. se ve deportiva(o)					

La escala está formada por cuatro factores confiables, es decir: “bien ajustada(o)” (opciones a a g), “rebelde” (opciones h a m), “buena onda” (opciones n y o) y “atractiva(o)” (opciones p a s). Las autoimágenes reales se determinaron al preguntar a los entrevistados hasta qué grado estas características les eran aplicables (1 = “para nada” a 5 = “mucho”), y las autoimágenes ideales se midieron al preguntarles a qué grado les gustaría tener tales características en dos años más (1 = “para nada” a 5 = “mucho”).

En la referencia de Spijkerman *et al.* (2004) se puede obtener más información sobre este instrumento.



cial aquellos que no tienen buena relación con sus padres y no tienen compromiso con un desempeño escolar y académico bueno, pueden ser susceptibles a buscar coetáneos antisociales y comenzar a beber. Por otra parte, la capacidad académica baja y el medio familiar problemático (p. ej., padres divorciados, vivir en zonas pobres) son factores que inducen estrés y, de manera eventual, el inicio de uso de alcohol y consumo intenso (Kumpfer y Turner, 1990).

Los hallazgos empíricos no son concluyentes con respecto a las relaciones entre el bienestar psicosocial y el uso de sustancias. En tanto algunos estudios indican que la autoestima baja, la depresión y el estrés se relacionan con consumo intenso de alcohol o problemático entre personas jóvenes, otros no demuestran interrelación significativa. Una explicación para tal ambivalencia es que tales relaciones podrían ser más complejas que lo que esos estudios asumieron. Windle y Windle (1996) enfatizan que los factores personales y sociales afectan la relación entre estresores y conductas problemáticas. Por ejemplo, la búsqueda de estilos generales de acoplamiento y acoplamiento específico con uso de alcohol revela que los estilos generales que no se enfocan en problemas se relacionan con uso inadecuado de alcohol y consumo intenso, en especial bajo condiciones de estrés. Otra línea de investigación dirige su atención hacia el apoyo social como factor mediador. Por ejemplo, cuando una persona no tiene un desempeño adecuado en la escuela y tiene riesgo de reprobar, el grado de apoyo que obtiene de padres y amigos afecta el hecho de que se perciba que el problema tiene potencial para su resolución y puede aliviar el estrés y los sentimientos negativos.

El caso es un tanto distinto para el tabaquismo. Varios estudios longitudinales revelan que los adolescentes con síntomas de depresión tienen más riesgo de iniciar el consumo de tabaco (Breslau, Kilbey y Andreski, 1993). Además, cierta investigación longitudinal revela que la autoestima baja se relaciona con tabaquismo de intensidad mayor.

Algunos autores sugieren que la asociación entre el ajuste emocional deficiente, como la depresión y la autoestima baja, y el tabaquismo se podría interpretar como una variante de la automedicación: la nicotina se puede usar para establecer distancia con respecto a los problemas vigentes y aliviar las molestias emocionales. Sin embargo, existen otras explicaciones para la asociación entre los problemas emocionales y la conducta tabáquica. Durante la adolescencia, los jóvenes que no fuman se confrontan con el aumento rápido del hábito tabáquico en su medio de referencia. Debido a que varios estudios demuestran que la presión de grupo es un predictor relevante del inicio del tabaquismo, es muy probable que los jóvenes que tengan problemas para afrontar presiones de grupo tiendan más a ceder ante ellas y comenzar a fumar. Por otra parte, se asume que los adolescentes con problemas emocionales, como depresión o autoestima baja, tienen vulnerabilidad singular para comenzar a fumar cuando también carecen de confianza y habilidades para enfrentar presiones de grupo. Por ejemplo, en un estudio prospectivo que duró 12 meses, Petraitis y colaboradores encontraron asociaciones negativas intensas entre la eficacia personal del rechazo y el inicio del tabaquismo (Petraitis, Flay y Miller, 1995).

En resumen, existe evidencia mixta relativa al vínculo entre ajuste psicológico (es decir, depresión, autoestima baja, estrés) y el consumo de alcohol. Sin embargo, existe evidencia amplia de que el ajuste psicológico deficiente tiene relación con el tabaquismo en personas jóvenes.

### Confrontación de límites

Shedler y Block (1990) hicieron una investigación que demuestra que los jóvenes que no tienen curiosidad ni se abren a experiencias nuevas tienen más probabilidad de abstenerse del uso de sustancias durante sus años de adolescencia. De esta forma, debido a que es raro que los jóvenes sean abstemios, podrían percibirse con miedo de perder el control y carecer del deseo “normal” de búsqueda de sensaciones. Existe cierta evidencia que apoya en forma indirecta esta idea. Es bien sabido que ciertas variantes del uso de sustancia coexisten con conductas delictivas. Por ejemplo, quienes se abstienen de beber tienen menos probabilidad de fumar, experimentar con uso de marihuana o cometer actos antisociales menores, participar en actos de bribonería y ser rebeldes en la escuela. Sin que esto constituya un argumento que se convierta en la “primera piedra” de una teoría según la cual la práctica del tabaquismo y el consumo de alcohol induzcan al uso de drogas complejas o delincuencia, se cree que existe evidencia de que los niños que comienzan a beber y fumar a edad temprana se involucran más en otras actividades de experimentación (Engels y Ter Bogt, 2001). De ahí que en algunos individuos la abstención de la bebida sea un signo de estilo de vida relativamente controlado y conservador (Recuadro 6-3).

### Recuadro 6-3. ¿Se debe dejar de prestar atención al consumo de alcohol en adolescentes?

Aunque el consumo de alcohol en adolescentes se relaciona con varios beneficios sociales y psicológicos, esto no implica que se debe dejar de preocupar sobre el consumo de bebidas en el adolescente o incluso invitarles a beber. En las sociedades occidentales, en las que la mayoría de los adultos bebe, esta práctica refleja en gran medida un ajuste a la sociedad. Sin embargo, en las comunidades en las que el alcohol está prohibido por reglas religiosas, como en el mundo islámico, es cierto lo contrario, y el consumo de alcohol podría reflejar una adaptación deficiente. Esto ilustra la forma en que el grado al cual el consumo de alcohol y otras drogas es funcional y benéfico, depende en gran medida de las normas existentes para interrelación y de la sociedad específica.

Se debe recalcar que los patrones de bebida que se aceptan en la sociedad, como consumo intenso durante los fines de semana, tienen efectos dañinos para la salud al igual que consecuencias negativas como agresión, violencia, acoso sexual, conducción de vehículos en estado de ebriedad o desarrollo de problemas de consumo. Por ello, desde el punto de vista de los autores, las normas para convivencia social y de la sociedad en relación con el uso de alcohol deben ser un tema de interés para quienes integran políticas y los que hacen labores preventivas. Sin embargo, en el contexto de las normas existentes, debe tenerse especial atención a los adolescentes que no consumen alcohol por razones sociales, y que lo utilizan para enfrentar sentimientos de tensión y depresión, o carencia de autoestima.

## Efectos a largo plazo del uso precoz de sustancias

Varios estudios prospectivos encontraron asociaciones positivas entre edad al momento del primer consumo y problemas con consumo de alcohol en una fase posterior de la vida (Dawson, 2000); no obstante, otros estudios identificaron evidencia escasa sobre persistencia del consumo de alcohol durante toda la vida (Temple y Fillmore, 1986). La interpretación causal de la asociación todavía es controversial, debido a que el inicio del consumo y los problemas con el alcohol pueden tener un origen común en el apoyo familiar deficiente, rasgos de personalidad o ambiente social. La participación precoz en el consumo de alcohol se percibe como parte de un complejo de circunstancias y conductas problemáticas, que se ignoran muchas veces en los estudios científicos. Tanto el momento de inicio como el desarrollo de patrones problemáticos de consumo de alcohol en una fase posterior podrían explicarse por una vulnerabilidad generalizada ante conductas problemáticas. En un estudio longitudinal gemelo, Prescott y Kendler (1999) demostraron que la edad de inicio del consumo y los problemas posteriores por uso de alcohol se deben tanto a la naturaleza como a la crianza.

Es del dominio público que la experimentación del tabaquismo en la adolescencia conlleva riesgos. Una vez que los jóvenes desarrollan adicción por la nicotina es difícil que la dejen, y existe la posibilidad de que desarrollen un patrón regular de tabaquismo (Prokhorov *et al.*, 1996; Stanton, 1995). En opinión de los autores, los hábitos regulares de consumo de tabaco se desarrollan siguiendo una secuencia de decisiones menores, como la de probar un cigarrillo o fumar con amigos. En este sentido es importante señalar que fumar unos cuantos cigarrillos durante la adolescencia incrementa la probabilidad de desarrollar dependencia a la nicotina. Los datos de estudios indican de forma constante que la gran mayoría (66% o más) de los fumadores adolescentes experimentan síntomas de abstinencia cuando trata de dejar o reducir su consumo de tabaco (Colby *et al.*, 2000). Sin embargo, un número considerable de fumadores adolescentes desea dejar de fumar y muchos tratan de hacerlo. Desafortunadamente, las tasas de reincidencia son altas y sólo pocos adolescentes que intentan dejar el hábito por su cuenta tienen éxito. La experimentación del tabaquismo induce un riesgo 16 veces mayor de fumar durante la edad adulta, y cerca de 75% de los adolescentes que fuma de manera cotidiana continúa fumando durante la edad adulta.

De esta manera, existe cierta evidencia de que el consumo intenso de alcohol en la adolescencia aumenta la posibilidad de consumo inadecuado y dependencia de esta sustancia durante la edad adulta. En cuanto al tabaquismo, incluso la sola experimentación con cigarrillos aumenta el riesgo de adicción a la nicotina en una fase ulterior de la adolescencia o la edad adulta.

## Cuestiones sin resolver

---

Con respecto a las características sociales del uso de sustancias entre jóvenes, se podría argumentar que tales efectos se deben atribuir a la propia sustancia o las situaciones en las que la gente joven utiliza alcohol, drogas o cigarrillos. Desde alrededor de los 14 años de edad, la mayoría de los jóvenes sale a bares, cafés, discotecas o fiestas, con amigos o cuando tiene citas. Por supuesto, tales circunstancias están asociadas con el consumo de alcohol: uno de los factores de predicción más sólidos para uso de alcohol en adolescentes es la visita frecuente a bares. De esta manera, el hecho apoya la hipótesis de que esas funciones pueden tener una relación estrecha.

Por otra parte, es del conocimiento de muchos que después de unos cuantos tragos la gente se siente más libre y en confianza para acercarse a compañeros potenciales, por dar un ejemplo. En el caso de los adolescentes que beben de manera exclusiva en casa (con o sin sus padres), el uso de alcohol no se relaciona con la función social en grupos de referencia. En contraste, se determinó que el consumo de alcohol entre tales jóvenes se asocia a ajuste inadecuado y problemas mentales (sobre todo en varones; véase Engels, Knibbe y Drop, 1999b).

De esta manera, es posible que se trate de que una combinación de algunas de las propiedades de la bebida y de las circunstancias específicas sea la responsable de la relación entre el consumo de alcohol y sus beneficios sociales. Esta línea de razonamiento es menos franca en el caso del tabaquismo, debido a que se sabe que el consumo de cigarrillos no afecta en forma intensa los estados emocionales y sociales del individuo (excepto quizá, en lo que atañe a la reducción del estrés).

La mayor parte de los estudios usa datos de tipo transversal para examinar los factores que se correlacionan con el uso de sustancias. De ahí que sea difícil obtener conclusiones relativas a la naturaleza causal de los distintos procesos. Aparte de esto, queda sin resolver la pregunta sobre cuáles son los efectos de la abstinencia prolongada. En este sentido, los adolescentes que no beben pueden ser individuos que maduren en forma tardía. De ahí que algunas de las diferencias en el desarrollo social y emocional podrían desaparecer si los sujetos volvieron a entrevistarse a la mitad del tercer decenio de su vida. Por otra parte, algunos adolescentes que no experimentan lo que para la mayoría de su grupo de edad son cambios normativos importantes podrían enfrentar problemas para la formación de relaciones de referencia o su separación de la familia. De ahí que la investigación futura debiera explorar aspectos etiológicos con mayor detalle antes de integrar conclusiones sobre la posición relativa de los abstemios y los que consumen en grado moderado o intenso.

Los abstemios constituyen un grupo muy heterogéneo y podrían tener razones diversas para **no** usar sustancias. Un grupo está formado por jóvenes aislados con pocos contactos con grupos de referencia fuera de la casa paterna, que no se sienten satisfechos debido a que desean pasar más tiempo con otros y pertenecer a algún grupo. Otro segmento está constituido por atletas jóvenes, que podrían abstenerse debido a que desean mantener un estilo de vida saludable, pero que podrían tener de cualquier forma una vida social adecuada. Además, para otros la abstinencia podría ser una característica de un estilo de vida específico. Por ejemplo, algunos grupos religiosos tienen normas que impiden el consumo de alcohol, tabaco y drogas en su totalidad. De esta manera, quienes participan en estos movimientos no beben pero pueden tener una integración adecuada en la red social. De hecho, pueden enfrentar problemas serios si rompen tales reglas. Otra razón para no beber es la que se relaciona con el estado de salud. Un ejemplo es la posibilidad de que las personas jóvenes con alguna enfermedad crónica no deseen (o no se les permita) consumir alcohol o fumar, pero no obstante tienen mayor desajuste psicosocial por otras causas.

Aunque existen limitantes sustanciales en los estudios sobre los aspectos positivos del consumo de alcohol, algunos hallazgos enfatizan los beneficios sociales y para el desarrollo que tiene el consumo de alcohol en los adolescentes. Esto implica que los esfuerzos para prevención que no tomen en cuenta tales elementos positivos tienen muchas probabilidades de fallar.

## Consecuencias negativas sociales y de salud del consumo de alcohol y tabaco

---

En este capítulo sólo se presta atención limitada al lado negativo del uso de sustancias. La investigación sobre desarrollo y funciones instrumentales de las conductas de riesgo del adolescente es esencial para la comprensión de las razones por las que los jóvenes experimentan y persisten en la práctica de conductas de riesgo y contra la salud. Sin embargo, la investigación sobre las consecuencias de conductas de riesgo requiere información **tanto** sobre consecuencias negativas **como** positivas. Por ejemplo, es probable que si un individuo detecta ciertas consecuencias positivas con la práctica de una conducta de riesgo, pero percibe al mismo tiempo que las consecuencias negativas sobrepasan las positivas, se abstenga de incurrir en tal conducta (Hendry y Kloep, 2002).

La razón más importante para enfocarse en las funciones de desarrollo del uso de sustancias es que la mayoría de las personas jóvenes comienza a beber o fumar debido a que percibe que esto tiene consecuencias positivas. Los motivos más significativos que los adolescentes tienen para beber son de tipo social y de reforzamiento (Kloep *et al.*, 2001; recuadro 6-4). De esta manera, los adolescentes beben debido a que desean divertirse, pasar un buen rato con amigos o pareja, o sentirse bien, no para involucrarse en peleas o accidentes automovilísticos.

No obstante, también existen consecuencias negativas a corto y largo plazos para ellos. Como ejemplo, varios estudios demuestran que el uso de alcohol entre adolescentes se relaciona con problemas para beber y abuso de la sustancia durante la edad adulta. Pape y Hammer (1996) encontraron que los jóvenes que beben en abundancia durante la adolescencia tienen más riesgo de beber con intensidad en la edad adulta. Sin embargo, sólo la dependencia de alcohol en una fase temprana o media de la adolescencia se asocia a problemas para beber y consecuencias negativas relacionadas con uso de alcohol en la edad adulta, en tanto tal relación no existe para el consumo social. Estos hallazgos son paralelos a los de Beck, Thombs y Summons (1993), quienes demostraron que las razones que la gente tiene para beber, más que los grados de consumo en sí mismos, son los que tienen influencia sobre su conversión en bebedores problemáticos o de volúmenes considerables. Los adolescentes que beben para reducir sus sentimientos de tensión podrían aprender a percibir la bebida como un mecanismo de ajuste, y podrían volverse propensos a consumir cantidades mayores de alcohol o tener problemas para beber durante la adolescencia tardía o la edad adulta temprana. Estos hallazgos sugieren que las funciones que tiene el consumo de alcohol para cada adolescente pueden influir sobre los hábitos para beber que desarrolle en una fase posterior de la vida.

Sin embargo, existe evidencia de las consecuencias negativas directas del consumo en parrandas y del consumo inadecuado de alcohol en la adolescencia, y hay correlación con accidentes automovilísticos, suicidio, homicidio, delincuencia, agresión y ataques sexuales. Los costos que tiene para la sociedad el consumo de alcohol por personas jóvenes son enormes, lo mismo que los efec-

**Recuadro 6–4. Fragmentos de entrevistas (Kloep *et al.*, 2001)**

Jóvenes de Suecia y Escocia dieron las siguientes respuestas a la pregunta “¿Por qué bebes?”:

*Emoción y diversión*

Si no estás sobrio puedes divertirte con todo. Se siente bien reírse y puede ser tonto a veces, de forma que es agradable carcajearse, ¿sabe? (joven sueca, 16 años de edad)

En algunos bailes he tomado bastante. Diría que de hecho me emborraché, pero sólo una vez al grado de vomitar. La mayor parte del tiempo sólo tomo lo suficiente para sentirme realmente, realmente bien, ¿sabe? (joven escocesa, 17 años de edad)

En ocasiones tomas hasta ponerte tonto, y todo cambia y se vuelve un mundo maravilloso lleno de muchachos guapos. (joven sueca, 15 años de edad)

*Facilidad para establecer contacto con otros*

Es difícil entrar en contacto —no con amigos, sino con los que van de paso, es decir, sin tomar alcohol... Conocí una muchacha en una fiesta de la escuela; no estaba sobrio en aquel momento, pero ella me ha hablado varias veces después, la última vez el sábado (joven sueco, 16 años de edad)

A veces se te acercan y te hablan si están tomados —aunque eso no es divertido tampoco. Al principio, puede ser así, están borrachos cuando los conoces; luego están sobrios de nuevo pero sin embargo van contigo y te sientes super feliz... es común que sea así, que conozcas un buen de amigos cuando están borrachos (joven sueca, 16 años de edad)

tos sobre cada adolescente y su familia. A pesar de ello el análisis dirigido de numerosos estudios sobre las consecuencias negativas a corto y largo plazos del consumo de alcohol no aporta mayor información sobre las causas por las que los jóvenes comienzan a beber y persisten en ello.

Por otra parte, aunque es esencial enfocarse en el consumo inadecuado de alcohol y sus consecuencias adversas, se debe resaltar que la mayoría de los bebedores adolescentes (en forma moderada o no) no participa en ataques sexuales, violaciones o tiene accidentes automovilísticos. La mayor parte de los adolescentes bebe durante fines de semana con amigos y familiares y no parece padecer consecuencias graves de salud en el corto plazo (excepto por el síndrome de abstinencia posterior al consumo). Si bien muchos adolescentes beben sólo durante parrandas, sus patrones de consumo cambian de manera significa-

tiva cuando logran un *estatus* en la sociedad adulta. En otras palabras, para muchos adolescentes beber alcohol tiene escasas consecuencias negativas, o no las tiene.

## Implicaciones prácticas

Aunque la investigación sobre las funciones benéficas del uso de sustancias se considera preliminar, tiene importancia tratar algunas cuestiones sobre la prevención del tabaquismo y del uso inadecuado de alcohol, y sus consecuencias. Un primer punto es que en las sociedades occidentales la mayoría de adolescentes mayores ha experimentado con el tabaquismo y la bebida. Esto implica que beber y fumar no sólo son prácticas aceptadas por la sociedad, sino quizá incluso son normativas. De ahí que se pueda esperar que la educación para la salud que busca evitar por completo que los jóvenes consuman alcohol tenga efectos limitados. De manera adicional, al análisis de los aspectos positivos del consumo de alcohol muestran que la prevención que se enfoca en los aspectos negativos del alcohol y en la negación de sus funciones benéficas no es convincente para los grupos blanco. Así, si se planea reducir la prevalencia del consumo de alcohol durante parrandas o la conducción en estado de ebriedad es esencial pensar de manera más integral sobre los distintos motivos que la gente tiene para salir y beber.

Otro aspecto importante es que varios estudios demuestran los efectos limitados de los programas para prevención que se aplican en las escuelas (Tobler *et al.*, 2000). Se cree que una de las causas primordiales por las que esto sucede es que las actividades se basan en las premisas equivocadas, las cuales se relacionan con las causas del consumo de alcohol entre los jóvenes. La primera premisa es que beber es una conducta racional y que los aspectos cognitivos de la persona (es decir, actitudes, ideas, creencias, expectativas, capacidad) predicen sus hábitos de consumo. Sin embargo, estudios recientes demuestran que tales elementos cognitivos sólo tienen efecto limitado sobre el desarrollo del hábito de consumo en personas jóvenes al pasar el tiempo (Jones, Corbin y Fromme, 2001).

Un segundo punto es que con frecuencia se asume que los compañeros constituyen la fuerza social principal que induce a los jóvenes al uso de sustancias. Sin embargo, estudios longitudinales recientes indican que la presión de grupo sólo se relaciona de manera marginal con el desarrollo de los patrones de consumo de alcohol y tabaco al pasar el tiempo. Por otra parte, se asume que la gente usa y consume de manera inadecuada alcohol, cigarrillos y drogas debido a que carece de competencia social. No obstante, los hallazgos recientes mencionados antes sugieren que en particular son los jóvenes sociables y bien integrados los que consumen alcohol o tabaco.

De forma adicional, también es bastante notorio que apenas se presta atención a la influencia que tienen los padres en cuanto a las conductas de riesgo de los jóvenes, tanto en prevención como en intervención. A pesar de ello, a partir

de varios estudios se sabe que los hábitos de los padres en cuanto a uso de sustancias, normas y prácticas, como supervisión, control y apoyo, así como la calidad de la comunicación, se relacionan con el consumo en adolescentes.

Así, aunque existe evidencia abundante de que los padres tienen un papel importante, sigue siendo una interrogante la razón por la cual no están más involucrados en la prevención primaria en muchos países de Europa. Una causa tiene relación con la motivación y la responsabilidad: muchos padres creen que los gobiernos (campañas en medios masivos de comunicación, leyes) y las escuelas deben hacer tal trabajo. Además, es frecuente que los padres no estén conscientes de que ellos pueden hacer la diferencia. No obstante, se cree que existe evidencia suficiente para concentrar la prevención en padres y adolescentes de manera conjunta.

## Conclusión

En este capítulo se presentaron algunas bases teóricas y empíricas para sostener el argumento de que el uso de sustancias puede tener funciones positivas para las personas jóvenes. Aunque muchos investigadores, padres, legisladores y educadores en salud se enfocan de manera primordial en los aspectos negativos del tabaquismo, el consumo de alcohol y el de drogas, se cree que si en realidad se desea **comprender** las razones por las que los jóvenes comienzan a usar sustancias es eficaz concentrarse de manera exclusiva en las consecuencias negativas de tales prácticas. Por el contrario, se deben evaluar ambos lados de la moneda, para asegurar que las intervenciones, programas educativos y “mensajes” promocionales tomen en cuenta la perspectiva de las personas jóvenes, y se orienten de manera más sensible hacia las vías apropiadas para acceder de manera genuina a aquellos que requieren ayuda. Se espera que el énfasis que hace este capítulo sobre el significado que tiene el uso de sustancias para el desarrollo estimule al lector a reflexionar sobre las conductas de riesgo en el adolescente en una forma distinta a la que lo hacía antes de consultarlo.

### CASO DE ESTUDIO 6–1

En Holanda existe un programa preventivo popular con componentes múltiples para aplicación escolar, que se enfoca en evitar que los jóvenes comiencen a fumar, beber y usar marihuana. El programa se denomina *Healthy School and Drugs* y se concentra en niños de nivel secundaria, con edades entre 12 y 15 años; entre 64 y 73% de todas las escuelas holandesas participan en su aplicación.

Se basa en un modelo que afirma que las intenciones y las conductas están determinadas por actitudes, normas sociales percibidas y autoeficacia (ASE), y que los elementos del programa pueden ser efectivos si ejercen un efecto positivo

sobre estos tres determinantes. Los participantes son las escuelas, sus alumnos y los padres, así como profesionales de la salud, organizados en un grupo de tareas, y el programa consiste en una serie de lecciones educativas, reglas escolares sobre uso de sustancias, desarrollo e implementación de un sistema de detección de jóvenes que inician el consumo de manera precoz, y la participación de los padres. La participación de las escuelas varía de manera sustancial en cuanto a grado de colaboración en el programa.

Se realizó un estudio para evaluación entre tres escuelas control y nueve escuelas experimentales. Los efectos de la intervención se analizaron entre los alumnos, 1, 2 y 3 años después de comenzar la aplicación. No se encontraron efectos de la intervención relativa al inicio del tabaquismo, hubo poca influencia en cuanto al consumo de alcohol e incluso tuvo efectos contraproducentes en cuanto al consumo de marihuana: los adolescentes en el programa experimental fueron consumidores de esta droga con mayor frecuencia que los que no participaron en la intervención.

Fue claro que la intervención no funcionaba. Antes de continuar leyendo, intente encontrar las razones por las que la intervención no fue eficaz.

En opinión de los autores, esto podría haberse debido a la imagen de las sustancias que se presentó durante el programa. En su mayoría, tenían una representación negativa (en cuanto a consecuencias a corto y largo plazos) y el mensaje central a los alumnos era posponer el inicio de consumo de drogas y alcohol. Sin embargo, esto no coincidió con su conocimiento social e implícito (y con frecuencia con la experiencia personal) sobre los efectos de fumar y beber. Muchos jóvenes asignan cualidades positivas a compañeros que beben, como se menciona en el capítulo.

De acuerdo con los autores, la prevención con base escolar de consumo de alcohol y drogas no será efectiva si ignora las funciones sociales importantes que tienen tales actividades para la mayoría de los adolescentes. Los programas futuros que incluyan una perspectiva más realista de las funciones de tales sustancias —y de sus usuarios— podrán tener mayor credibilidad y quizá también sean más efectivos.

### PREGUNTA DEL CASO DE ESTUDIO 6-1

1. ¿Cuáles son los obstáculos para incluir los efectos positivos y negativos del uso de sustancias en un programa preventivo que tenga base en las escuelas?

### Lecturas recomendadas

1. Engels, R.C.M.E. and Ter Bogt, T. (2001) Influences of risk behaviors on the quality of peer relation in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 30, 675-695.
2. Kuntsche, E, Knibbe, R.A., Gmel, G. and Engels, R.C.M.E. (2005) Why do young people drink? A review of drinking motives. *Clinical Psychology Review*, 25, 841-861.

3. Pape, H. and Hammer, T. (1996) Sober adolescent: PRedictor of psychosocial maladjustment in young adulthood? *Scandinavian Journal of Psychology*, 37, 362-377.
4. Prescott, C.A. and Kendler K.S. (1999) Age at first drink and risk for alcoholism: A non-causal association. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23, 101-107.
5. Maggs, J. L. and Hurrelmann, K. (1998) DO substance use and delinquency have differential associations with adolescents' peer relations? *International Journal of Bheavioral Development*, 22, 367-388.

## Preguntas para discusión

---

1. ¿Para qué tipos de grupo los costos del uso de sustancia sobrepasan sus beneficios y por qué?
2. ¿Qué se puede hacer para asegurar que la política pública tome en cuenta la conclusión de que el uso de sustancias tiene funciones benéficas?
3. ¿Existen diferencias culturales en las implicaciones de los hallazgos presentados en relación con la prevención?
4. ¿Considera que las funciones benéficas del uso de sustancias son similares para varones y mujeres? Analice si se requieren estrategias distintas para mujeres y varones jóvenes.



# CAPÍTULO 7

---

## Establecimiento de un servicio de salud adecuado para los jóvenes

---

*Aidan Macfarlane*

*Independent International Consultant in Child and Adolescent Health*

*Ann McPherson*

*General Practitioner, Lecturer in Primary Care, University of Oxford*

*Autores de la serie 'Teenage Health Freak' [www.teenagehealthfreak.org](http://www.teenagehealthfreak.org)*

- Introducción.
- Quién provee la atención de salud para personas jóvenes en el Reino Unido.
- Qué es lo que las personas jóvenes desean de los servicios de atención primaria.
- Puntos a favor y en contra de los servicios de atención primaria y la cobertura de las necesidades de los jóvenes.
- Cuestiones de calidad implicadas en el mejoramiento de los servicios de atención primaria para jóvenes.
- Retos futuros.

### Objetivos de aprendizaje

Después de leer este capítulo, usted debe:

1. Entender quiénes proveen la atención de la salud para jóvenes en el Reino Unido.
2. Estar consciente de lo que la gente joven desea de los servicios de atención de la salud.
3. Tener conocimiento sobre los puntos a favor y en contra de los servicios de atención primaria en cuanto a respuesta a las necesidades de los jóvenes.
4. Tener orientación sobre las cuestiones de calidad que están implicadas en el mejoramiento de los servicios de atención primaria de la salud para jóvenes.
5. Conocer la forma en que los servicios de atención primaria de la salud necesitan desarrollarse en el futuro para responder mejor a las necesidades de las personas jóvenes.

## Introducción

---

Cerca de 7 700 000 millones adolescentes entre 10 y 19 años viven en el Reino Unido en la actualidad, lo cual corresponde de manera aproximada a 15% de la población total. La provisión de servicios de salud que cubran las necesidades de personas de este grupo de edad ha tenido baja prioridad durante muchos años debido a que: a) las personas jóvenes se han considerado un grupo relativamente saludable; b) desde el punto de vista del gobierno tienen poco poder como votantes; c) la sociedad y los medios de comunicación han elegido ver a este grupo etéreo como conformado por personas que eligen exponerse a “riesgos” y son más bien irresponsables con respecto a sus conductas y cuidado de la salud; y d) las presiones sobre los recursos del NHS se refieren a los grupos de edad con perfil más alto, entre ellos neonatos y ancianos.

Sin embargo, la atención para jóvenes ha comenzado a recibir un poco más de prioridad del Departamento de Salud y las políticas gubernamentales ante la concienciación gradual de que las necesidades de personas jóvenes entre 10 y 19 años son diferentes en grado significativo de las de niños entre 0 y 9 años, la persistencia de los medios masivos de perfilar a los jóvenes y sus conductas de manera muy negativa, la aceptación de que los adolescentes en una fase ulterior se convierten en adultos con capacidad de voto político y el incremento de la presión por parte de los propios profesionales de la salud.

Como resultado, los servicios de salud están comenzando a mirar las necesidades específicas de las personas jóvenes y responder en consecuencia. Un objetivo de este capítulo es delinear cuáles son las necesidades de salud de los jóvenes y la forma en que los servicios de salud podrían desarrollarse para cubrir tales necesidades en el futuro, en aceptación de que los servicios del NHS serán, y deberán ser por restricciones financieras, dirigidos de manera prioritaria a atender a los grupos más pobres. Sin embargo, invertir para el futuro en la salud a largo plazo para adultos mediante el aporte de servicios excelentes de salud para niños y personas jóvenes es una estrategia muy conveniente desde el punto de vista económico y con enormes ventajas costo-beneficio.

## Quién provee la atención de salud para personas jóvenes en el Reino Unido

---

Al evaluar los servicios de salud de los que dispone y hace uso la gente joven, es esencial entender primero el amplísimo espectro de personas externas al NHS al que recurren los jóvenes para obtener información relevante, que también son responsables del manejo de la atención de la salud de este grupo en sus aspectos más diversos. La mayor parte del “mantenimiento de la salud” y el “cuidado de enfermedades” en personas jóvenes lo llevan a cabo los mismos pacientes y sus padres. Si tales recursos no son suficientes se recurre de manera ordinaria a otras fuentes que no son médicas —las cuales incluyen a amigos, fami-

liares, vecinos, maestros, etcétera—, antes de acudir con profesionales de la atención médica.

También existe una gran cantidad de agencias y servicios gubernamentales que se ubican al exterior del NHS, muchos de los cuales pueden ser en extremo relevantes para atender la salud de los adolescentes en un sentido u otro. Un problema con estas instancias es que es posible que no estén alertas del hecho de que las necesidades de salud de las personas jóvenes son muy distintas tanto de aquellas de niños como de adultos. El aporte simple de información a estas agencias sobre las necesidades de salud de los jóvenes resulta insuficiente, y muchos de quienes entran en contacto directo con ellos deberán recibir entrenamiento específico en el futuro, no sólo sobre cuestiones de salud, sino también para ser sensibilizados en relación con las necesidades específicas de este grupo de edad y las mejores maneras para establecer comunicación con sus sujetos de trabajo.

De esta forma, 80% de los problemas de salud lo resuelve la gente sin que exista una referencia hacia los **profesionales** de este campo, y existe un promedio de consulta de cinco fuentes distintas de información que no son profesionales (familia, amigos, vecinos, etc.) antes de entrar en contacto con los servicios de salud primaria. Cuando se consultan los servicios de atención primaria de la salud, la primera línea de tratamiento se aporta en un primer nivel de atención, y a ésta siguen servicios de segundo y tercer nivel de atención. No obstante, de nuevo sólo 1 de cada 10 pacientes que se atiende en un primer nivel de atención se refiere al segundo o el tercer nivel de atención.

Cuando los servicios de atención primaria de la salud se usan, pueden proveerse a través de un rango amplio de profesionales relacionados con la salud,

#### **Proveedores de atención de la salud externos al *National Health Service***

- Los jóvenes mismos
- Padres
- Otros miembros de la familia
- Fuentes comunitarias cercanas
- Organizaciones no gubernamentales (p. ej., las clínicas Brook)
- Amigos
- Maestros
- Volantes
- Libros
- Revistas
- Programas de televisión
- Páginas en la internet (p. ej., [www.teenagehealthfreak.org](http://www.teenagehealthfreak.org))

**Algunos servicios del gobierno nacional y local que son relevantes para la salud de los jóvenes**

- *Department for Education and Skills*
- Servicios juveniles
- *Youth Justice Board*
- *Connexions* (servicio gubernamental de apoyo para personas de 13 a 19 años de edad)
- Servicios en prisiones que incluyen instituciones de infractores juveniles
- Equipos de acción contra uso de drogas
- Redes de refugiados
- Autoridades locales de educación
- Servicios sociales
- Servicios de libertad condicional
- Servicios de juzgados de lo familiar

que incluye enfermeras escolares, visitantes de salud, enfermeras en salud pública, enfermeras practicantes, terapeutas, psicólogos, expertos en promoción de la salud, asesores, recepcionistas practicantes, farmacéuticos, médicos generales y dentistas.

En un sentido similar, aunque en la actualidad ingresan a hospitales más jóvenes entre 10 y 19 años de edad que niños menores de 10 años (excepto por los recién nacidos, toda vez que la mayoría de los nacimientos ocurre ahora en instancias de segundo nivel), la mayor parte de la gente joven que se hospitaliza se recibe en servicios internos con un diseño que no es específico para este grupo (Viner y Barker, 2005). De ahí que entre los médicos del hospital que entran en contacto con el paciente joven se encuentren pediatras, endocrinólogos, médicos generales e internistas, obstetras y ginecólogos, cirujanos generales y especializados que incluyen ortopedistas, especialistas en atención de urgencias medicoquirúrgicas, psiquiatras, y mucho otros más, sin tomar en cuenta al personal adicional que conforma equipos de atención especializada.

## Qué es lo que las personas jóvenes desean de los servicios de atención primaria

Las preguntas en relación con los problemas cotidianos de salud no son de ordinario lo primero que surge en la mente de los jóvenes. La información obtenida en censos indica que, según el orden de importancia que asignan los jóvenes de manera general a su problemática, escuela, apariencia y dinero son áreas de interés mayor que la “salud” para el grupo. A pesar de ello, si se juzga a partir de las páginas de las revistas para adolescentes, las cuestiones de salud les son importantes (Balding, 2004).

Aun así, cuando las personas jóvenes **realmente** desean obtener información y atención, quieren que esté disponible cuando **ellos** lo necesitan, y no sentir que se les obliga a obtenerla cuando los profesionales de la salud creen que deben recibirla, a la vez que desean que se provea en un formato y lenguaje que encuentren accesibles y comprensibles, de manera no autoritaria ni condescendiente, y cuando sea factible con ajuste individual según sus necesidades específicas. La información de que se dispone debe ser actualizada y, siempre que sea posible, basarse en evidencias.

El primer nivel por el cual tal información debe aportarse, fuera de la familia, está constituido por libros, televisión, medios masivos en general e internet. De ahí que ahora se disponga de sitios en la red numerosos que aportan información de salud para jóvenes, de los cuales el más exitoso es [www.teenagehealthfreak.org](http://www.teenagehealthfreak.org), y le siguen [www.youthhealthtalk.org](http://www.youthhealthtalk.org), [www.mindbodysoul.gov.uk](http://www.mindbodysoul.gov.uk) y [www.childline.org.uk](http://www.childline.org.uk).

Los más de 1 000 correos electrónicos que recibe [www.teenagehealthfreak.org](http://www.teenagehealthfreak.org) cada mes de gente joven constituyen un indicador tanto del tipo de preocupaciones sobre salud de este grupo de edad como de las cuestiones que no se atienden en otros servicios. El análisis de 1 500 correos electrónicos demuestra que sus dudas primordiales tienen relación con cuestiones graves sobre salud sexual (26%), dieta y peso (7%), padecimientos menores como cefaleas y sangrados nasales (5%), problemas relacionados (5%), efectos del tabaquismo (5%), imagen corporal (3.5%) y aspectos relativos a cambios puberales (2%). Los correos electrónicos se catalogaron en 22 grupos distintos. Sin embargo, muchas preguntas relacionadas con acciones intimidatorias se atendieron por separado, al igual que aquellas sobre disparates sexuales (“Mi pájaro mide 90 cm... ¿puedo lastimar a mi novia?”) y las escritas por adultos.

### Qué es lo que las personas jóvenes dicen que quieren de los servicios de atención primaria

Al explorar los servicios de salud de que se dispone para jóvenes, es importante enfocarse en y descubrir en qué grado corresponden a las expectativas y necesidades de las personas jóvenes. Cuando se interroga sobre ello, lo que los jóvenes desean de los servicios de salud se dispone en un rango amplio de temas, algunos de los cuales son importantes en grado similar para los adultos. Por ejemplo, la mayoría de los jóvenes califica a la “confidencialidad” como la cuestión más importante y su principal preocupación (Churchill *et al.*, 2000). Quieren consultar a un médico interesado y versado en sus necesidades de salud y su atención, a lo que sigue obtener ‘citas el mismo día’ y tener la posibilidad de elegir el género del profesional que les atenderá. Más abajo en la lista (cuadro 7-1) se encuentra “contar con una clínica de fácil acceso para personas jóvenes” y encontrarse con “una recepcionista amigable”.

Otra forma de mirar lo que la gente joven quiere de los servicios de atención primaria de la salud es mediante el análisis de las preguntas que desean for-

**Cuadro 7–1. Prioridades para la provisión de servicios de primer nivel de atención entre jóvenes**

	Porcentaje
Confidencialidad (saber que se dice algo al médico y otras personas no lo sabrán)	81
Tener un médico interesado en los problemas de los adolescentes	51
Poder consultar a un médico el mismo día que se hace la cita	39
Tener una clínica especial para adolescentes a la que se pueda “ir de paso” si se tiene algún problema	39
Tener la posibilidad de elegir si se consulta a un médico o una médica	33
Tener la posibilidad de pedir consejo por vía telefónica sin dar el nombre	32
Contar con una recepcionista amigable	30
Ver al mismo médico o enfermera en todas las citas	20
Tener la posibilidad de discutir los problemas con una enfermera en vez de con un médico	17
Ser invitado a un chequeo especial de salud con personal médico o de enfermería	17

Tomado de Churchill D, Allen J, Denman S, *et al.*, Do the attitudes and beliefs of young teenagers towards general practice influence actual consultation behaviour? *British Journal of General Practice* 2000;50:953-957.

mular en tales sitios. Se pidió a adolescentes de 10 a 19 años de edad que listarán tres preguntas que les gustaría hacer a su médico o a otros profesionales de la salud.

Los diez temas principales y algunos ejemplos de preguntas fueron:

### 1. Anticoncepción

- ¿Cómo sé cuál es el mejor método para mí?
- ¿A dónde acudo?
- ¿A qué edad puedo comenzar a tomar la píldora?

### 2. Problemas menstruales

- ¿Por qué duele tanto la menstruación?
- ¿Por qué es irregular?
- ¿Qué puedo hacer si mi sangrado es muy intenso?

### 3. Peso

- ¿Cómo puedo perder peso?
- ¿Cuál es el peso ideal para mi estatura?

### 4. Ejercicio y comida saludable

- ¿Cuál es el mejor tipo de ejercicio?
- ¿Cómo puedo investigar sobre una dieta saludable?

## 5. Sexo

- ¿A dónde puedo acudir para obtener información adecuada sobre el sexo?
- ¿Tener relaciones más joven aumenta el riesgo de enfermedades?
- ¿Debemos acceder a tener relaciones?

## 6. Confidencialidad

- ¿Puedo confiar en que la información que dé a mi médico sea confidencial?
- ¿Hay algo que podrían decirle a mi mamá?
- ¿Las cuestiones de los pacientes se discuten entre colegas?

## 7. Enfermedades de transmisión sexual

- ¿Cómo me puedo proteger del SIDA?
- ¿Cómo sé si tengo una enfermedad de transmisión sexual?
- ¿Es normal mi flujo vaginal?

## 8. Acné

- ¿Tiene curación?
- ¿Comer chocolate hace que te salgan manchas?
- ¿Sirve alguna crema?

## 9. Estrés y depresión

- ¿Por qué me siento tan estresado?
- ¿Alguien se preocupa por mí?
- ¿Por qué duele tanto el amor?

## 10. Cáncer

- ¿Cómo me puedo proteger del cáncer?
- ¿Cuáles son los signos tempranos del cáncer?
- ¿Puede un doctor decir con rapidez si tengo cáncer?

(Tomado de Jones *et al.*, 1997)

Sin que en verdad sea sorprendente, las preocupaciones específicas sobre salud que tienen individuos jóvenes no siempre corresponden a las cuestiones que atañen a otros **sobre** la salud de los adolescentes en general. Los problemas principales de salud de los jóvenes de acuerdo con los profesionales de la salud incluyen: crecimiento y pubertad, nutrición, ejercicio y obesidad, salud sexual y reproductiva, afecciones médicas comunes en la adolescencia (p. ej., acné, enfermedades ortopédicas frecuentes, trastornos funcionales y psicossomáticos, trastornos del sueño, fatiga y síndrome de fatiga crónica), discapacidades crónicas, salud mental y trastornos de la alimentación, abuso de sustancias, accidentes y autolesiones.

### Causas reales por las que la gente joven acude cuando usa los servicios de atención primaria de la salud

Muchas personas jóvenes, al igual que sus contrapartes adultas, no consultan a nadie sobre problemas de salud, no obstante cuando lo hacen la persona a quien más recurren es a su médico general (cuadro 7-2).

La cuestión que le sigue es con cuánta asiduidad visitan los jóvenes a sus médicos generales y los resultados censales sobre este tema demuestran que de hecho les consultan con frecuencia mayor que la que esperaría la mayoría de la gente (figura 7-1).

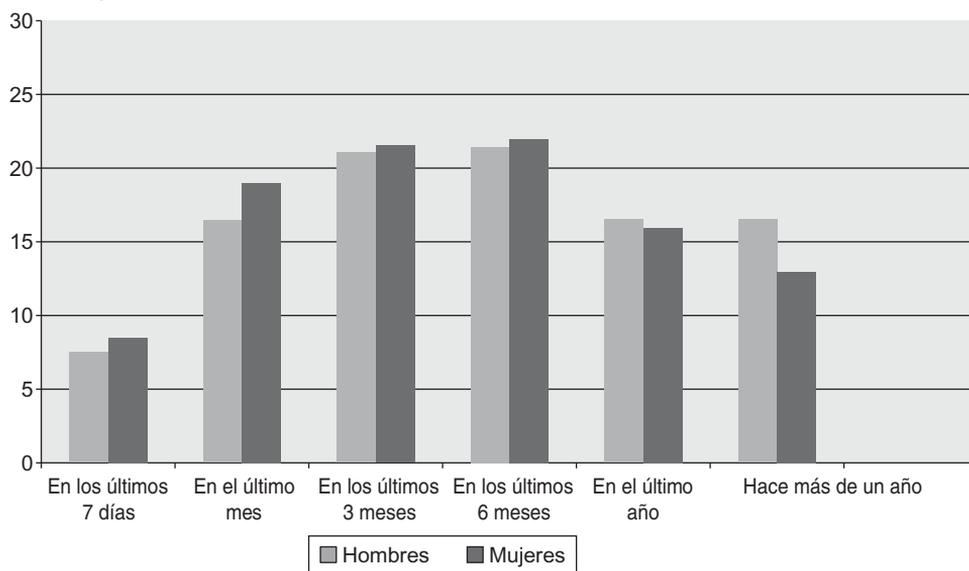


**Cuadro 7-2. Consultas sobre distintas afecciones entre jóvenes de 15 y 16 años de edad**

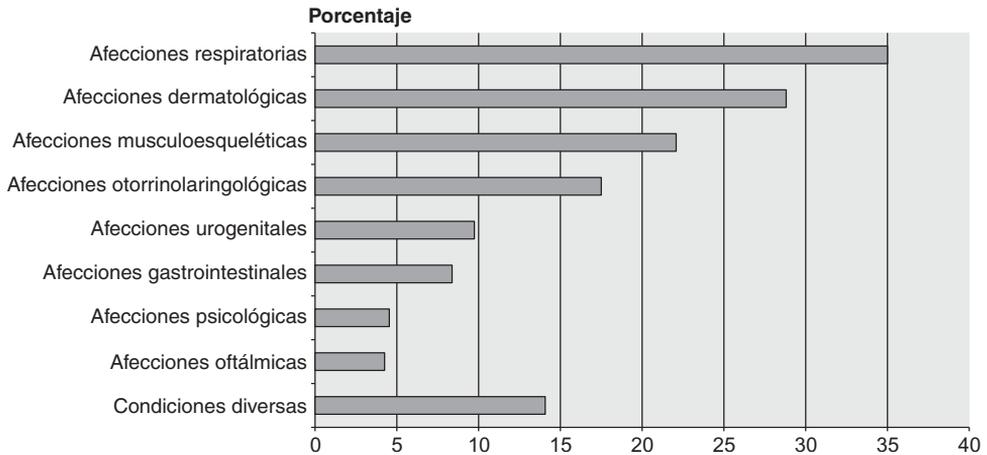
Afección	A nadie	Médico general	Enfermera escolar	Clínica	Otra
Manchas o acné	39.1	50.8	1.3	4.8	4
Dieta	49.8	30.8	8.6	3.9	6.9
Tabaquismo	63.5	16	8.7	3.4	8.3
Embarazo	34.3	25	4.3	30.2	5.2
Enfermedades de transmisión sexual	58.3	18.2	9.2	7.9	6.3

LD Jacobson *et al.*, Teenager's views on general practice consultations and other medical advice, *Family Practice* 2000;17:156-158, con permiso de Oxford University Press.

Por otra parte, el análisis sobre qué personas jóvenes consultan a su médico general indica que las causas no son del todo distintas de las que inducen la consulta entre adultos, como lo demuestra la figura 7-2.

**Porcentaje**


**Figura 7-1.** Frecuencia de visita al médico entre personas de 12 a 15 años de edad, según el género, 2003 (Balding, 2004). Reproducida con autorización de Schools of Health Education Unit.



**Figura 7-2.** Causas de consulta con el médico general durante un periodo de 12 meses (Churchill *et al.*, 2000). Tomado de Churchill D, Allen J, Denman S, *et al.*, Do the attitudes and beliefs of young teenagers towards general practice influence actual consultation behaviour? *British Journal of General Practice*, 2000;50:953-957.

## Puntos a favor y en contra de los servicios de atención primaria en la cobertura de las necesidades de los jóvenes

Los servicios de atención primaria de la salud en el Reino Unido tienen varias grandes ventajas, algunas de las cuales son tan evidentes que a menudo se pasan por alto. Estas ventajas con frecuencia tienen relación con los servicios que se ofrecen tanto a jóvenes como a adultos, e incluyen: ser de horario libre, ser relativamente locales, contar con cierto grado de experiencia (aunque no siempre específica para las necesidades de los jóvenes), tener capacidad para la referencia a servicios especializados, tener atención en continuidad y, se esperaría, confidencialidad.

Contra ellas ocurren las desventajas de los tiempos prolongados de espera para citas, horarios de cirugía inconvenientes desde la perspectiva de las personas jóvenes, tiempo de consulta limitado, riesgo de carencia de confidencialidad, actitud paternalista potencial y carencia de habilidades para la comunicación con jóvenes.

En general, los adolescentes (al igual que muchos adultos) pueden tener preocupaciones que no revelan con facilidad a su médico general, aun cuando los jóvenes visitan a este profesional en promedio 2 o 3 veces por año y cerca de 70% de la población joven total acude a su servicio de primer nivel cada año. Aún así, otros censos demuestran que los adolescentes suelen aceptar la discu-

### Lo que la gente joven refiere como barreras para el uso efectivo de servicios de primer y segundo niveles de atención

- Falta de información
- Dificultad para lograr un acceso notorio limitado cuando consultan por cuestiones confidenciales
- Los servicios no se perciben favorables para jóvenes debido a:
  - Preocupación con respecto a la confidencialidad para los menores de 16 años de edad.
  - Carencia de experiencia y continuidad de atención por los profesionales.
  - Falta de respeto a la validez de los puntos de vista de los jóvenes.
  - La gente joven hospitalizada se debe ubicar ya sea en un servicio pediátrico o con población que percibe como anciana.
  - Algunos grupos de jóvenes tienen dificultad singular para acceder a servicios que se asocian a cuestiones como discapacidad, pobreza, grupo étnico provisión de cuidados u orientación sexual

*Bridging the gaps: health care for adolescents.* Royal College of Paediatrics and Child Health, 2003.

sión de cuestiones de salud con su médico general, aunque 4 de cada 10 enfrentan cierta dificultad para ver a su médico general y 6 de cada 10 dicen que no sabrían como hacer una cita al dejar la casa de sus padres. La investigación también demuestra que el tiempo de consulta promedio al adolescente es de 8 min, en comparación con 10 min para adultos.

Por otra parte, desde la perspectiva de una persona joven existen muchas otras barreras para el uso de servicios de salud apropiados.

### Servicios de primer nivel de atención de la salud y cobertura de las necesidades de los jóvenes con enfermedades crónicas

En el primer nivel de atención de la salud, al igual que en otros servicios médicos, se atenderá cada vez a un número mayor de personas jóvenes con afecciones crónicas, toda vez que los avances terapéuticos para enfermedades como fibrosis quística permiten a los pacientes vivir hasta la adolescencia o la edad adulta. La implementación del documento “*Our health, our care, our say*” (*Department of Health, 2006*) implica que en la comunidad se llevarán a cabo mayores acciones de atención dirigidos a problemas crónicos, que incluyen asma, diabetes y otras. Éste será un reto importante para los servicios de primer nivel de atención de la salud.

### Dificultades para la comunicación con jóvenes que consultan los servicios de atención de primer nivel de atención

Se requieren habilidades especiales para asegurar que la comunicación con personas jóvenes tenga eficacia máxima, y tal situación es válida tanto para instan-

cias de primer nivel de atención como para los hospitales. Para lograrlo, es necesario entender el desarrollo cognitivo y social de los jóvenes. Una razón por la que existen dificultades para la comunicación es la naturaleza triádica de muchas consultas de primer nivel de atención con adolescentes, en las que el profesional de la salud con frecuencia tiene que comunicarse al mismo tiempo con el paciente y su(s) padre(s). Otra causa es que intentar comunicarse con una persona que está pasando por cambios sociales y psicológicos rápidos puede implicar que existan pocos valores compartidos, o menor comprensión al tratar de describir los mejores tratamientos y el manejo en general (Donovan *et al.*, 2004). Sin embargo, los estudios aleatorios controlados indican que el entrenamiento puede mejorar las habilidades para la comunicación de los médicos generales y sus interacciones con la gente joven (Sanci *et al.*, 2000).

### El papel del primer nivel de atención en la promoción de la salud para jóvenes

Existen varias situaciones relacionadas con la salud en las que parecería evidente que el primer nivel de atención podría, por lo menos en ciertas oportunidades, ofrecer consejo y ayudar a los jóvenes en el ámbito de la promoción de la salud y la prevención primaria. Estas áreas incluyen obesidad, tabaquismo, drogas ilícitas, abuso de alcohol, salud sexual y anticoncepción, así como problemas de salud mental que incluyen autolesión o trastornos de la alimentación. Sin embargo, el papel de los servicios del primer nivel de atención en la promoción de la salud debe percibirse según “el contexto” y sólo constituye un eje de la rueda, cuyos elementos principales se ubican en el ámbito político. No obstante, para asegurar cualquier grado de efectividad es esencial que toda provisión de servicio a personas jóvenes se vea como “un segmento de la misma partitura” y cuente con la capacidad para referir a tales pacientes hacia numerosos servicios —de la manera más apropiada y efectiva.

### Cuestiones de calidad implicadas en el mejoramiento de los servicios del primer nivel de atención de la salud para jóvenes

Ante la delegación cada vez mayor de la atención de la salud en el Reino Unido a los parlamentos locales, queda sólo al alcance de este capítulo dar algunos ejemplos de las iniciativas en esta área que el *Department of Health* implementa en Inglaterra.

### Estándares de calidad “You’re Welcome” para la provisión de servicios de atención de la salud a los jóvenes

Toda la gente joven tiene derecho a recibir atención de la salud apropiada de manera independiente al sitio en que la recibe. El *Department of Health* desarro-

lló por ello los criterios de calidad “*You’re Welcome*”, que definen los principios que deben ayudar a conducir los servicios de salud tanto en instancias de primer nivel de atención y en hospitales, para “hacerla” y convertirse en elementos ‘amistosos para el usuario’ joven. Los estándares generales de calidad se describen adelante, y la forma en que se aplican en el primer nivel de atención se muestra en *itálicas* (Department of Health, 2005b).

Los servicios de medicina general se requieren para proveer servicios de primer nivel de atención de la salud a un espectro amplio de la población, y no sólo a gente joven. Muchos de los estándares citados en este documento son genéricos y aplican a todo tipo de servicio, como por ejemplo el cumplimiento de la *Disability Discrimination Act* y los procedimientos para protección infantil. El listado a continuación resume por ello los estándares que son específicos para proveer una atención de salud de alta calidad a la **población joven**.

## 1. Accesibilidad

- La gente joven puede usar el servicio fuera de horario escolar o universitario, o los servicios se proveen muy cerca de una escuela o campus universitario.
- Los menores de 16 años de edad pueden acceder al servicio sin que un adulto haga su cita, y se les puede atender solos.
- Cuando existe posibilidad de optar por el sitio en que se solicita el servicio, su ubicación es accesible mediante transporte público y es aceptable para las personas jóvenes.

*Los jóvenes de cualquier edad deben ser capaces de hacer y acudir a citas sin un adulto. Fuera de los horarios normales de escuela o universidad se debe disponer de horarios mixtos para citas de urgencia y de rutina. Algunos servicios podrían ser capaces de ofrecer un servicio “de paso”.*

## 2. Publicidad

- Colocar avisos, ya sea por medio de pósters o cuadernillos informativos, sobre:
  - Confidencialidad.
  - Posibilidad de hacer una cita personalmente incluso si se tiene menos de 16 años de edad.
  - Anticoncepción gratuita.
  - Otros servicios locales para personas jóvenes.

*El volante de servicios, y cualquier otra información sobre éstos, debe establecer de manera explícita que los menores de 16 años de edad pueden acudir sin la compañía de un adulto y que tienen derecho a un servicio confidencial. Los carteles deben colocarse en el área de recepción para este efecto. Algunos servicios podrían diseñar volantes específicos para jóvenes.*

### 3. Confidencialidad y consentimiento

- Asegurarse que existe una política escrita, que incluye a los menores de 16 años de edad, que rige a todo el personal.
- Tener juntas de personal cada año para discutir las cuestiones de confidencialidad (y también de otros servicios).
- Asegurarse que la gente joven y sus padres entienden lo que es confidencialidad.
- Usar los instrumentos del equipo de confidencialidad para ayudar en este proceso.

*Los servicios tienen e implementan, una política escrita sobre confidencialidad y consentimiento en relación con los jóvenes menores de 16 años de edad, que es congruente con las guías actuales del Department of Health. La política asegura la provisión de un servicio confidencial para este grupo e incluye un protocolo bien definido para el manejo de cuestiones de protección infantil y posibles vías de confidencialidad.*

*El personal debe aprovechar las oportunidades para explicar la política de confidencialidad y sus implicaciones tanto a padres como a gente joven en edades diversas, tanto antes como durante la adolescencia. La gente joven que acude con un adulto debe tener la oportunidad de ser atendida sin compañía durante parte de la consulta, si así lo desea.*

### 4. Ambiente

- Dar una bienvenida adecuada a los jóvenes.
- Asegurarse que las salas de espera son agradables para los jóvenes.
- Distribuir volantes, revistas, etcétera, a la gente joven.
- Renovar la información en la sala de espera cada tres meses.
- Proveer opciones como acceso a internet o música (según preferencia).

*Debe recibirse a la gente joven cuando llega y debe evitarse hacerle preguntas privadas en público, cuyas respuestas pudiera escuchar alguna otra persona en la recepción o en el área de espera. Las áreas de espera deben ser "amistosas" para los jóvenes, y contar con revistas juveniles recientes, volantes y carteles relevantes sobre otros servicios locales y nacionales.*

### 5. Capacitación del personal, habilidades, actitudes y valores

- Todo el personal debe tener entrenamiento básico en habilidades de comunicación con jóvenes.
- El personal clínico debe tener capacitación en habilidades para dar consulta a jóvenes, en particular en relación con salud mental y sexual.

*El personal recibe capacitación sobre la política de confidencialidad de los servicios. Los servicios deben evaluar cualquier evento significativo que ocurra en relación con la política, como parte de sus procedimientos de regencia clínica.*

*Todo el personal que pudiera entrar en contacto con gente joven debe recibir capacitación básica para comunicarse con facilidad con personas jóvenes, y promover actitudes y valores que respeten a los jóvenes.*

## 6. Trabajo en equipo

- Las instancias deben tener conocimiento sobre los servicios a los que pueden acceder los jóvenes en el nivel local y el nacional.
- Debe tenerse conciencia de los padres, sin romper el derecho de confidencialidad.

*El servicio debe contar con información actualizada sobre las diferentes opciones de atención de que se dispone para jóvenes en la comunidad, así como mecanismos adecuados para referencia.*

## 7. Inclusión de la gente joven

- Obtención de retroalimentación de la misma gente joven, por ejemplo mediante:
  - Censos.
  - Grupos temáticos.
  - Pláticas durante la consulta.
  - Buzón de comentarios.
- Hacer que el personal se imagine que es adolescente.

*Los puntos de vista de las personas jóvenes se incluyen y toman en cuenta en el desarrollo de los servicios, y también en censos sobre satisfacción entre pacientes.*

## 8. Servicios que se ofrecen

La gente joven puede hacer una solicitud sobre el género del miembro del equipo que va a atenderla, y esto debe ajustarse siempre que sea posible. Los volantes informativos para pacientes que se diseñan para cubrir las necesidades de la gente joven deben usarse siempre que estén disponibles, de preferencia a material dirigido a adultos. Debe disponerse de servicios de rutina de salud sexual como parte de una estrategia integral de atención.

El segundo documento gubernamental publicado que define los servicios para niños y jóvenes es el *National Services Framework* (NSF) para niños, personas jóvenes y servicios de maternidad (DH y DfES, 2004). Muchos de los estándares que presenta este documento tienen requerimientos específicos de servicios de salud, que incluyen:

- Dar a la gente joven mayor información, poder y elección con respecto al apoyo y tratamiento que reciben, e involucrarlos en la planeación de su atención y servicios.
- Introducir un programa de promoción de salud nuevo.

- Promover la salud física y mental, y el bienestar emocional.
- Mejorar el acceso a los servicios.
- Asegurar que todo el personal cuenta con entrenamiento adecuado.

El NSF entra en detalle para apoyar la implementación de tales estándares en relación con la atención de las personas jóvenes en el primer nivel de atención:

- La salud y bienestar de la gente joven debe promoverse y atenderse mediante un programa coordinado de acción que conduzca el NHS en unión con autoridades locales.
- Las instancias del primer nivel de atención deben diseñar sus servicios de promoción de la salud de acuerdo con las necesidades de los grupos en desventaja.
- Los jóvenes deben participar en forma activa en la toma de decisiones sobre su salud, con base en información adecuada.
- Las instancias de primer nivel de atención y las autoridades locales deben trabajar junto con otras agencias para desarrollar vínculos, de tal manera que la información que derive de una evaluación les pueda seguir y estar disponible para otros servicios.
- Toda la gente joven debe tener acceso a servicios apropiados que den respuesta a sus necesidades específicas en tanto están en el proceso de convertirse en adultos.

## Retos para el futuro

---

Como sugiere este capítulo, existe un gran número de elementos propuesto al interior de los servicios nacionales de salud, diseñados para cubrir de manera adecuada los requerimientos de la gente joven. La barrera principal para su implementación es la carencia de profesionales de la salud con capacitación adecuada.

### Entrenamiento en salud del adolescente

La necesidad prioritaria actual está clara. Aunque en otros países, como EUA y Australia, se implementaron durante los últimos 10 años programas extensos de capacitación específica sobre salud y enfermedad en el adolescente, en centros académicos como Rochester, Minneapolis y Boston en el primero, y Melbourne y Sydney en el segundo, en el Reino Unido hasta el momento no se ha desarrollado un centro académico o curso de entrenamiento de tal tipo.

Excepto por el campo de la psiquiatría del adolescente, la capacitación en el Reino Unido sobre la salud del adolescente en la actualidad la llevan a cabo de manera ad hoc unos cuantos médicos de diversas especialidades, como profesionales de salud pública, reumatología y atención primaria, la mayoría de los cuales tiene poca o ninguna formación para ser “entrenador”. Como resultado, la

capacitación en el ámbito de la salud y enfermedad del adolescente ha sido y sigue siendo en extremo limitada, y si se espera que el entrenamiento médico cubra las necesidades actuales y futuras deberá haber una expansión rápida de la cantidad de personas capacitadas en el campo (McDohagh et al., 2004).

En el lado positivo se encuentran las metodologías para capacitación y el contenido de un programa de entrenamiento en salud y enfermedad del adolescente que ya están bien desarrollados en Europa, en un programa que se aplica a través de internet —“*European Training in Effective Adolescent Care and Health*” (EuTEACH, [www.euteach.com](http://www.euteach.com)). Los mejores elementos de este programa necesitan ahora usarse para desarrollar programas para capacitación en el campo de la salud del adolescente en el Reino Unido.

De ahí que los requerimientos para la capacitación en la salud del adolescente se pueden resumir como sigue:

- Los clínicos practicantes debe comprender que requieren una capacitación en la salud del adolescente.
- “La capacitación en la salud del adolescente debe ser obligatoria tanto para estudiantes de pregrado como para personas que se están formando en los *Royal Colleges* cuyos miembros podrían participar en la atención de gente joven” (Bridging the gaps: healthcare for adolescents, RCPCH, 2003). Todos aquellos que trabajen en el campo de la salud y la medicina del adolescente deben ser impulsados para obtener un entrenamiento relevante.
- En la actualidad, en el Reino Unido no hay capacitación formal específica sobre la salud y enfermedades del adolescente, excepto por la salud mental y el primer nivel de atención.
- Existe muy poca información disponible en los libros de pediatría general o medicina interna en relación con la salud del adolescente.
- Desde la perspectiva de los clínicos, dos limitantes importantes para acceder a la capacitación son el tiempo requerido y la disponibilidad de cursos.
- Se requiere una estrategia nueva para la capacitación en salud del adolescente. Tales requerimientos de formación debe involucrar a gente joven, tanto como actores como asesores.
- Es necesario que se desarrollen programas modulares para capacitación multidisciplinaria en aspectos generales y específicos de la salud del adolescente para profesionales de la salud aliados.
- Los módulos de capacitación para enfermería que existen sobre la salud del adolescente deben desarrollarse y estar disponibles en todo el país. El entrenamiento práctico sobre atención de enfermería para personas jóvenes también se debe desarrollar.
- Existe necesidad urgente para formar capacitadores en el ámbito de la salud del adolescente.
- Se dispone de programas de capacitación como [www.euteach.com](http://www.euteach.com) para formar a los capacitadores, y es necesario enriquecerlos.

## Inclusión de la perspectiva de los jóvenes y participación de éstos en el desarrollo de servicios adecuados

Es importante asegurarse que los puntos de vista de los jóvenes se toman en cuenta, aunque algunos de ellos podrían querer participar para ayudar a desarrollar servicios apropiados mientras otros sólo desearían disponer de servicios de buena calidad. Existen muchas formas para obtener retroalimentación, que incluyen cuestionarios, investigación cualitativa y grupos temáticos. No obstante, es esencial asegurar que los puntos de retroalimentación se colectan en forma rigurosa para asegurar que no se queda sólo en el concepto de “quien grita más fuerte es el que logra lo que quiere”.

El concepto “un tamaño sirve para todo” tampoco es idóneo y deben existir muchas variantes para aportar un servicio adecuado para la gente joven que sea posible desde el punto de vista financiero.

Cuando se trata de salud, la participación de los jóvenes necesita ser más profunda que sólo dar una mirada a los servicios disponibles.

La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (ratificada en 1989 por 192 países, con excepción de EUA y Somalia) iguala la liber-

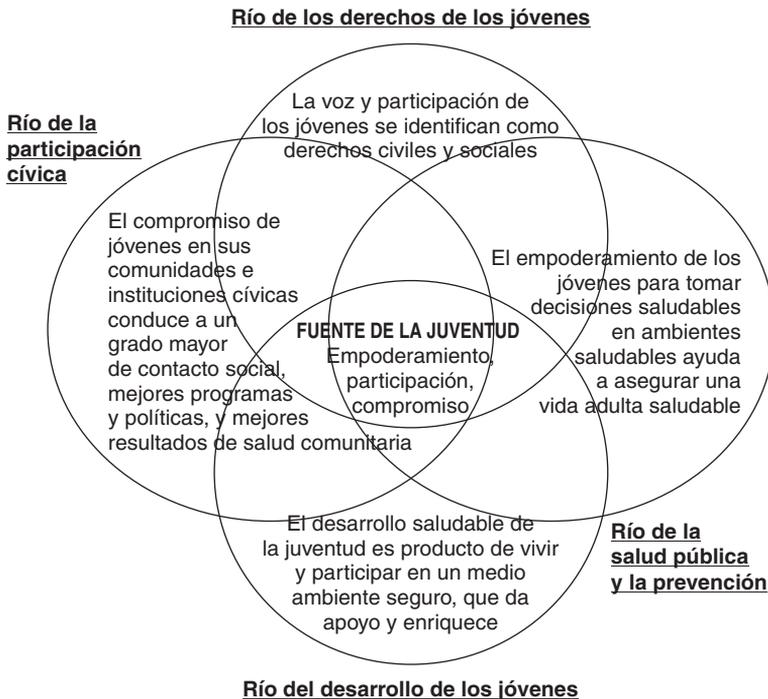


Figura 7-3. Fuente de la juventud (*Youth Infusion*; Sarah Schulman, [www.youthinfusion.com](http://www.youthinfusion.com)).

tad de pensamiento, expresión y conciencia a la voz de los jóvenes. Su Artículo 12 establece: “Los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño” (página electrónica de UNICEF).

## El papel del primer nivel de atención en la promoción de la salud

Los razonamientos lógicos básicos que respaldan la promoción de la salud para los adolescentes son que existen conductas relacionadas con la salud que se establecen durante la adolescencia y continúan hasta la edad adulta (p. ej., consumo de tabaco, tipo de dieta), que existen conductas relacionadas con la salud durante la adolescencia que tienen efecto directo sobre su calidad de vida inmediata (p. ej., uso de drogas) y, por último, que existen conductas relacionadas con la salud en los adolescentes que tienen efectos tanto inmediatos como a largo plazo (p. ej., ejercitación, conductas sexuales).

Para promover la salud entre la gente joven existen tres estrategias principales, las cuales son: promoción de la salud que lleva a cabo la sociedad en su conjunto en pro de los adolescentes (p. ej., prohibición de anuncios de cigarros, facilitar el acceso a y hacer gratuitas las medidas para la anticoncepción), la educación para la salud de tipo más personal que exhorta a los adolescentes a adoptar conductas saludables (p. ej., no fumar, usar métodos anticonceptivos, consumir una dieta balanceada, etc.), y la provisión de la información más actualizada de salud a los jóvenes en el formato que deseen, en el momento en que lo deseen.

La atención de primer nivel tiene un sitio en estas tres áreas. Primero, todos aquellos que trabajan con jóvenes en el campo de la salud tienen la responsabilidad de abogar por el bienestar de las personas jóvenes. Esta vocación incluye coleccionar y proveer datos relativos a la salud de la gente joven, y usar la información en su nombre ante el gobierno y otros grupos. En segundo lugar, debido a que la gente joven hace uso de los servicios médicos generales en forma regular, la consulta constituye el momento ideal para tratar temas específicos de salud. La investigación indica que un análisis es más efectivo si tiene relación con la causa de la consulta; por ejemplo, si un joven acude a consulta debido a tos crónica, es posible que se logre un efecto aditivo si se interroga sobre consumo de tabaco, se da información sobre las estrategias para dejar tal práctica y, al mismo tiempo, se otorga un pase para obtener parches de nicotina en forma gratuita. Por último, los servicios de atención primaria tienen la responsabilidad para proveer información sobre salud a la gente joven en forma apropiada, para que la utilice de la manera en que lo desee. Esto se puede lograr mediante el uso de volantes o avisos en el servicio, o a mayor escala al recurrir a medios electróni-

cos o desarrollar sitios electrónicos nacionales, como [www.teenagehealthfreak.org](http://www.teenagehealthfreak.org) y [www.youthhealthtalk.org](http://www.youthhealthtalk.org) (véase recuadro pág. 174).

### **Papel de los padres en la provisión de atención de la salud**

Los padres son fuentes vitales y proveedores primarios de salud (al igual que de otras áreas de la vida) para la gente joven hasta los últimos años del segundo decenio de la vida.

En primer lugar, la provisión de un referente socioeconómico que los padres confieren a sus adolescentes tiene efecto profundo en su salud, aunque se ha demostrado que esto tiene menor influencia cuando los adolescentes crecen y se convierten en personas económicamente independientes de sus padres.

En segundo lugar, los padres siguen siendo una fuente primaria de información sobre salud para la gente joven en diversas áreas hasta los últimos años de la adolescencia (¡aunque es posible que en temas como drogas y sexo la gente joven podría sentirse mejor informada que sus padres o prefiere no discutir tales temas con ellos!).

El tercer punto es que los padres siguen siendo los proveedores vitales del primer nivel de atención cuando sus hijos padecen una enfermedad grave o tienen padecimientos crónicos.

En términos generales, entre los profesionales de la salud se ha verificado cierto alejamiento de la práctica de hablar casi de forma exclusiva a los padres sobre sus hijos adolescentes, y la adopción de una estrategia que implica casi sólo hablar con los adolescentes **sin** incluir a los padres.

A pesar de esto, en el primer nivel de atención deben tomarse en cuenta las necesidades de los padres como cuidadores, con el fin de facilitarles el desempeño de su papel en la práctica de la atención primaria, al mismo tiempo que se consideran las necesidades de los jóvenes mismos. Esto significa que cuando surgen cuestiones relativas a la confidencialidad en la atención de personas jóvenes y de revelación de información a los padres, los profesionales de la salud deben sopesar de manera cuidadosa las ventajas y las desventajas de involucrar a los progenitores, y si tal conducta se considera benéfica, incluso tratar de persuadir a la persona joven de comunicársela.

### **Factores que podrían influir sobre la comunicación con personas jóvenes en el primer nivel de atención**

Para comprender los elementos que podrían inducir dificultades para la comunicación entre los profesionales del primer nivel de atención y la gente joven, es necesario observar algunos de los factores que influyen en tal acción.

**Padres:** cuando se establecen contactos por afecciones físicas, la presencia de los padres podría no importar tanto como cuando están implicados problemas emocionales o personales íntimos. aunque las consultas “difíciles” pueden

propender a la existencia de problemas al estar presente un padre, también se debe recordar que los progenitores podrían desempeñar un papel “facilitador”. Sin embargo, debe hacerse énfasis en la necesidad que podría tener una persona joven de ver a un médico sin que el progenitor esté presente durante algún momento de la consulta.

**Carencia de capacitación adecuada de los profesionales de la salud:** cuando se trabaja con un adolescente, en especial uno con algún problema personal que le cause turbación, podría ser necesario el desarrollo de una relación de confianza entre el profesional de la salud y el paciente, antes de que se revele la problemática. Esto requiere tiempo, capacitación y experiencia, y es posible que se necesiten varias visitas para que tal relación se establezca.

**Confusión sobre la persona en quién recae la responsabilidad de la atención:** el profesional de la salud podría tener dificultad durante la consulta para determinar hasta qué grado es responsabilidad de una persona joven revelar su problema de salud y hasta dónde debe avanzar el médico para inducir tal revelación. Parte de la confusión se refiere a la autonomía del individuo, es decir, hasta qué grado el profesional de la salud debe sentirse responsable por los pacientes adolescentes y respetar la capacidad de la persona joven para hacer frente a sus propios problemas de salud.

**Sentimientos personales del profesional de la salud:** pueden ser muy variables e incluir frustración, ansiedad, ira, sentimiento de fracaso, omnipotencia e impotencia. También puede ser difícil para un profesional de la salud no experimentar sentimientos paternos hacia un adolescente —ser sobreprotector y enfrentar los problemas de salud en respaldo a la persona joven, en vez de dejarla resolverlos por sí misma. Sin embargo, los sentimientos no siempre son negativos y la consulta con adolescentes puede traer satisfacciones profundas si se realiza de forma adecuada.

**Proceso de desarrollo del adolescente:** los cambios físicos, emocionales y de la capacidad cognitiva que cursan en la gente joven durante la pubertad implican que existe una variación enorme en cuanto a la facilidad de comunicación que tiene cada adolescente. Esto significa que el profesional de la salud debe ser muy sensible en relación con la fase de desarrollo en que se encuentra cada adolescente en tales áreas, debe escuchar en forma atenta y con compromiso, y tener capacidad para construir una relación de confianza y respeto mutuo.

**Puntos de vista del adolescente en cuanto al primer nivel de atención:** cuando la gente joven considera acudir a los servicios de primer nivel atención sus puntos de vista sobre lo que espera podrían condicionar la forma en que se conduce durante la consulta. La investigación indica que la gente joven valora a los profesionales de la salud que les conceden tiempo para sobreponerse a sus temores iniciales y para desarrollar confianza suficiente para hablar sobre sus preocupaciones. Esto les permite relajarse, lo cual ocurre cuando los profesionales de la salud son atentos, amistosos, muestran interés y escuchan con presteza.

**www.youthhealthtalk.org**

El sitio electrónico [www.youthhealthtalk.org](http://www.youthhealthtalk.org) es un ejemplo de cómo se puede poner a disposición directa de los jóvenes y sus cuidadores información sobre salud de excelente calidad.

Se tiene acceso gratuito en internet y la página está constituida por una serie de módulos que tratan cuestiones relativas a la salud de la gente joven. Para cada tema, se integra en forma cuidadosa una muestra con alrededor de 40 puntos de vista y opiniones de gente joven con antecedentes diversos, y que pertenece a distintos grupos étnicos y áreas geográficas.

Incluye vídeos y entrevistas de audio a personas jóvenes, con respecto a su perspectiva y opinión sobre lo que es tener una enfermedad, entrar en contacto con los servicios médicos, y la forma en que médicos y enfermeras pueden ayudar a los jóvenes.

Debido a que presenta comentarios de jóvenes sobre los servicios que reciben, también constituye material de enseñanza excelente para todos aquellos que atienden a jóvenes, incluyendo a los profesionales de la salud.

A manera de ejemplo, se transcribe aquí la entrevista con un joven que tiene diabetes y habla de lo que espera de sus cuidadores –tanto en el primer como en el segundo nivel de atención:

*“Creo que deben saber que la gente joven no es por completo inconsciente de lo que le sucede. Creo que es importante no condescender con las personas jóvenes respecto de su diabetes, y decirles qué hacer y cómo controlar su enfermedad. Porque es... es el individuo quien la controla. Y cualquier cosa que uno les dice en realidad no... no ayuda en nada. Es probable que haga más daño que bien, porque hace que la gente quiera ponerse en contra de uno, contra el consejo que uno da. Así es que pienso, y no hay necesidad de mandar realmente sobre alguien y decirle “Bueno, no deberías estar haciendo esto” o lo que sea. Y yo no creo que eso sea, eso sea un buen consejo para alguien. Yo creo que sólo deben dar apoyo. Y si alguna vez hacen preguntas sobre ella, sobre la diabetes, nunca tener miedo de decir la verdad o sólo dar las respuestas que la gente quiere recibir. No decir sólo lo que piensan que ellos quieren escuchar. Decirles la verdad. Y creo que eso va a beneficiar a las personas jóvenes. Pero, sí, yo creo que la... la cuestión clave es sólo no hacerse responsable de la gente joven o tratarla como si fuera algún tipo de ser extraño porque tiene diabetes, o algo por el estilo. O, o como cuando tienen un r-, un s-, la peor, la peor cosa es cuando la gente te trata como si tuvieras la enfermedad más grave, una enfermedad mortal. Cuando las cosas no son así. Yo creo que sólo es, sólo es importante entender que es su diabetes y que debes dejarlos, debes recordar que son esos, esos individuos los que la controlan. Y así, simplemente ser comprensivo.”*

(Los autores desean agradecer a todos los miembros del grupo de trabajo sobre “Salud del adolescente” del *Royal College of General Practitioners*, debido a que este capítulo se basa en sus ideas, pensamientos y observaciones. También desean reconocer que la sección “Factores que podrían influir sobre la comunicación con personas jóvenes en el primer nivel de atención” basa en gran medida su contenido en observaciones provenientes del libro *Difficult consultations with Adolescents*, escrito por Chris Donovan y Heather C. Suckling, junto con Zoe Walker, Janet Bell, Tami Kramer y Sheila R. Cross, y publicado por Radcliffe Medical Press, 2004).

## Lecturas recomendadas

---

- Coleman, J, and Schofield, J. (2005) *Key data on adolescence*, Trust for the Study of Adolescence, Brighton.
- Donovan, C., Suckling, H., Walker Z *et al.* (2004) *Difficult consultations with adolescents*, Radcliffe Medical Press, Oxford.
- McPherson, A., Donovan, C, and Macfarlane, A. (2002) *Healthcare of young people: promotion in primary care*, Radcliffe Medical Press, Oxford.
- Chambers, R. and Licence, K. (2004) *Looking after children in primary care: a companion to the Children's National Service Framework*, Radcliffe Medical Press, Oxford.



# CAPÍTULO 8

---

## Ser diferente: adolescentes, enfermedad crónica y discapacidad

---

*Peter J. Helms*

*Departamento de Salud Infantil,*

*University of Aberdeen*

- Introducción.
- Enfermedad crónica y transiciones del adolescente.
- Prácticas de riesgo en el adolescente.
- Impacto de la enfermedad crónica sobre la identidad y la autoestima.
- Los progenitores del adolescente con enfermedad crónica.
- Muerte y proceso.
- Aspectos legales.
- Retos para el equipo de atención de la salud.
- Conclusiones.

### **Objetivos de aprendizaje**

Después de leer este capítulo, usted debe:

1. Comprender los efectos de las enfermedades crónicas sobre los jóvenes y sus familias durante la transición de la niñez a la fase temprana de la adultez.
2. Entender y reconocer los efectos diversos de estas enfermedades de acuerdo con su gravedad real o percibida, así como la existencia de cambios físicos evidentes que podrían hacer que el individuo afectado parezca distinto de sus pares.
3. Identificar las interacciones complejas entre las propias enfermedades y los objetivos de desarrollo durante la adolescencia, como incurrir en prácticas de riesgo, establecer relaciones entre pares e independización respecto de los padres.
4. Comprender el papel de los progenitores y los profesionales de la salud, que son clave para lograr una negociación exitosa de la transición de niño a adulto.
5. Comprender la naturaleza compleja de estas discapacidades, incluyendo cuestiones de control, vulnerabilidad e identidad, y encontrar formas para contribuir a un ajuste adecuado de la gente joven con tales afecciones.

## Introducción

---

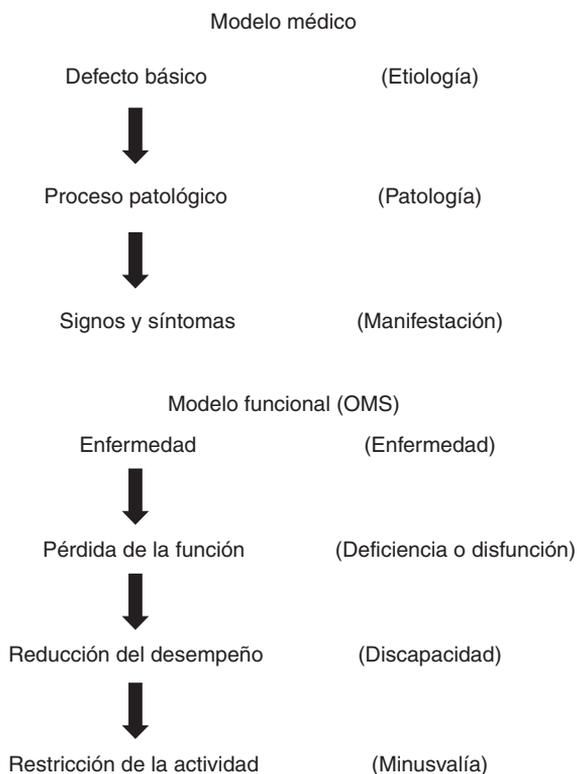
La adolescencia abarca un periodo de vida en el que la madurez física, psicológica y sociológica así como la independencia se entremezclan, durante el cual las enfermedades crónicas y la discapacidad imponen retos adicionales para el individuo y su familia. De acuerdo con la mayor parte de las definiciones, la adolescencia se refiere a las edades cronológicas entre los 10 y 20 años, lo que implica que en ella se ubica 12 a 15% de la población total en el Reino Unido. De este grupo de edad, a aquellos con alguna discapacidad o enfermedad crónica se les denomina “la tribu olvidada”, ya que sus necesidades suelen pasarse por alto con frecuencia durante la transición desde los servicios pediátricos hacia los de adultos. Se han ganado la reputación de ser difíciles de tratar, y de que su manejo es menos satisfactorio que el de niños menores y adultos maduros (Viner, 2005).

Las distintas enfermedades crónicas divergen en cuanto a evolución clínica, y por ello tienen impacto diferente en el individuo afectado. Para el profesional que no tiene entrenamiento clínico, una de las primeras tareas debe ser adquirir cierto conocimiento sobre las características principales de la enfermedad o afección, lo que incluye sus manifestaciones, pronóstico en los plazos mediano y largo —en especial si pone en riesgo la vida—, y los tipos de tratamiento que se pueden ofrecer, a la vez de sus efectos colaterales inevitables. Enfermedades como fibrosis quística, la afección genética más común que pone en riesgo la vida entre la población caucásica, son progresivas, si bien por lo general la calidad de vida se mantiene sin alterarse en forma intensa hasta 2 a 3 años antes de la muerte. Esto difiere un tanto de la situación que se observa en otros trastornos genéticos graves, como la distrofia muscular, en que la pérdida de la función física y el deterioro de la calidad de vida describen una trayectoria más lineal durante el periodo de vida restringido de los pacientes. El mejoramiento reciente en cuanto a mortalidad y morbilidad para ciertos trastornos crónicos que antes ponían en riesgo la vida, como la fibrosis quística, causó un desplazamiento a partir de la perspectiva de la salud en función estricta de la supervivencia hacia la consideración de la calidad de vida y los efectos de la enfermedad sobre las actividades cotidianas normales.

El modelo médico tradicional, que se basa en la necesidad de entender los mecanismos subyacentes de los procesos, describe la enfermedad como una secuencia que fluye desde la etiología hacia la patología, y luego hacia las manifestaciones. Sin embargo, este modelo no tiene capacidad para reflejar toda la dimensión de la problemática que atañe a las funciones cotidianas, como acudir a la escuela o ver amigos, problemas que no siempre se generan por la visión de los propios jóvenes, como lo demuestran los comentarios que hace una niña de 11 años de edad con asma grave: “*La escuela está bastante bien, pero en ocasiones los maestros pasan un poco del límite al asegurarte que estás del todo bien, ¿sabe? Uno sólo quiere ser tratado un poco como una persona normal*” y “*si tu amigo dice*

*‘¿Te gustaría venir?’, su mamá dice ‘Bueno, no lo sé’, porque se preocupa de que puedas tener un ataque y ella no sabría qué hacer, de forma que prefieren que tú no vayas, por si acaso’.*

En este contexto, la Organización Mundial de la Salud sugiere un modelo más integral de salud con una secuencia que fluye desde la enfermedad hacia la disfunción, y luego hacia la discapacidad y la minusvalía (Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, OMS, 1980). Como se muestra en la figura 8-1, esta última secuencia permite hacer una distinción entre deficiencia o disfunción (psicológica, fisiológica, anatómica, estructural), discapacidad (restricción o carencia de habilidad para realizar actividades normales) y minusvalía (desventaja respecto de las personas del grupo de referencia). Se trata de un modelo que se centra más en el paciente y se puede usar para evaluar el impacto de la enfermedad sobre la vida cotidiana, así como para determinar los aspectos de la enfermedad que no se evidencian



**Figura 8-1.** Dos modelos importantes de la enfermedad: el modelo médico se enfoca en los mecanismos biológicos, en tanto el de la OMS se centra en el impacto que la enfermedad tiene sobre el individuo.

mediante las determinaciones clínicas tradicionales de la afección, como escalas de gravedad, consumo de fármacos y uso de recursos para atención de la salud.

La transición desde pérdida de la función hasta disminución del desempeño y, por último, restricción de la habilidad y minusvalía, recibe influencia clara tanto de los efectos físicos de la enfermedad, como la dificultad para la respiración en el asma o la incapacidad para caminar en la distrofia muscular, y de la manera en que el individuo, la familia y sus grupos de referencia perciben la afección. Por ejemplo, lo que podría percibirse como un grado menor de dificultad para la respiración en un adolescente sedentario con asma, podría convertirse en una minusvalía grave y limitante para un joven que aspira a ser atleta de alto rendimiento. La falta de comprensión de la condición y su manejo también podrían tener como resultado un trato inapropiado y discriminatorio por los compañeros y los mentores adultos del paciente. Las actitudes y comportamientos de padres y profesionales de la salud también pueden tener efectos deletéreos o positivos.

## Enfermedades crónicas y transiciones del adolescente

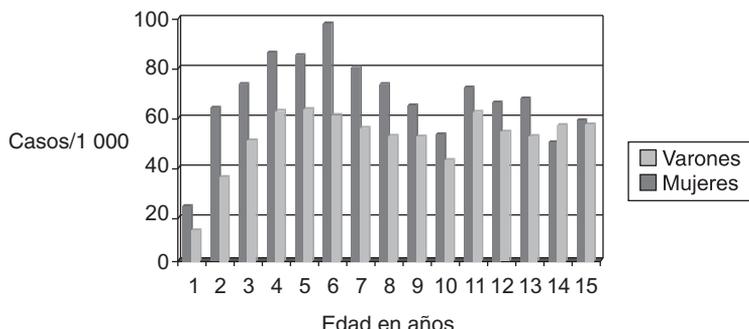
---

El impacto de la enfermedad crónica podría ser considerable y amplificarse por los retos de la transición de niño a adulto, e incluso las enfermedades menores en apariencia podrían tener impacto significativo que induzca aislamiento, estigmatización y minusvalía. Como señala la teoría focal (Coleman y Hendry, 1999), la mayoría de la gente joven enfrenta uno por uno los diversos retos de la transición de la adolescencia. Si estos retos de desarrollo se exacerban por las complicaciones agregadas por enfermedades crónicas, el ajuste se dificulta. Algunas condiciones como acné, trastornos de la alimentación y escoliosis (desviación lateral de la columna vertebral) se originan en la adolescencia y junto con los problemas crónicos de salud ya existentes representan otra complicación que actúa sobre la transición del adolescente hacia la edad adulta. Por ejemplo enfermedad renal, se agrava ante el control deficiente de la diabetes insulino dependiente, cuya incidencia máxima se verifica durante los primeros años de la adolescencia (12 a 14 años). La prevalencia e impacto de la enfermedad también pueden variar de acuerdo con el género, por una parte debido a las influencias fisiológicas y hormonales, y por otra a los cambios sociales y conductuales específicos de cada género. Un ejemplo de esto es la inversión del predominio del asma en varones (figura 8-2) y el riesgo mayor de evolución de enfermedades respiratorias graves en mujeres adolescentes.

## Prácticas de riesgo entre los adolescentes

---

Aunque es común que se crea que la mayoría de los jóvenes son sanos, más de 50% visita a su médico general por lo menos una vez al año, y cerca de 30% tiene algún problema médico crónico. La mayor parte de estas afecciones se



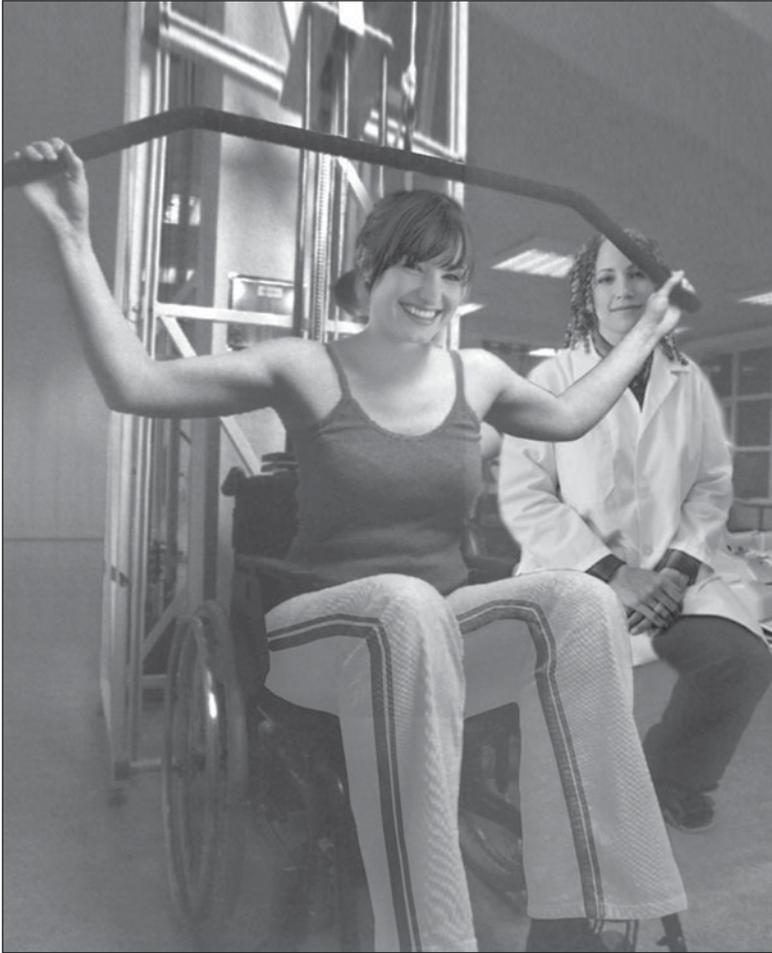
**Figura 8-2.** Niños y adolescentes que se presentan a la consulta médica general por asma (Scottish Continuous Morbidity Recording [CMR] de consultas entre 1998 y 1999).

podría clasificar como menor en términos médicos estrictos, pero aún así podría tener un impacto muy real en la calidad de vida y comportamiento cuando se asocia a otros cambios que ocurren durante la transición de la niñez a la edad adulta.

La adolescencia es un periodo de transición durante el cual comienza la aparición de conductas de riesgo y sus consecuencias, como lo evidencian diversas características del uso de servicios de atención de la salud. Las causas más frecuentes de hospitalización en varones durante los últimos años de la adolescencia (15 a 20 años) son lesiones en cabeza y heridas expuestas. La incidencia de envenenamiento intencional aumenta con la edad, y 30% de los abortos legales se realiza en menores de 20 años. Casi 60% de los decesos durante la conducción de vehículos corresponde a varones jóvenes entre 16 y 24 años, en tanto los de conductores con licencia sólo constituyen 10%. El desarrollo de estilos de vida como tabaquismo, consumo de alcohol, elección de dieta y actividad física tiene implicaciones claras sobre la salud vitalicia de toda la población, y su repercusión es aún mayor en aquellos con enfermedades crónicas. El crecimiento involucra al adolescente en diversas experiencias de aprendizaje, experimentación y “pruebas de límites” para las reglas y prácticas que acepta la sociedad. El deseo de participar en “prácticas de riesgo” es normal en la transición hacia la adultez (Kloep y Hendry, 1999). Sin embargo, las conductas con potencial poco saludable se conjuntan a los problemas crónicos de salud, como asma o diabetes.

## Impacto de la enfermedad crónica en la identidad y la autoestima

Las conductas que se desarrollan durante periodos de enfermedad en niños y adolescentes revelan que existe gran expectativa de que la presentación de un



problema de salud casi siempre se asocia a la coincidencia con más dificultades. Las autoevaluaciones de salud también reciben influencia de la competitividad en áreas de la vida como éxito escolar, y participación en deportes y ejercicio. Para los niños con enfermedad crónica la expectativa de enfrentar diversos síntomas somáticos y psicológicos tiene potencial de influir sobre la discapacidad y la minusvalía. En este sentido, se encontró que los problemas y limitaciones de salud que se perciben en asociación a la enfermedad son más prominentes que los que en realidad experimenta la gente joven. Los estudios en adolescentes jóvenes con fibrosis quística (Brown, Rowley y Helms, 1994) demuestran que aunque éstos parecen ajustarse de manera muy exitosa a su enfermedad, se perciben a sí mismos como más vulnerables a los efectos psicológicos de la enfermedad que lo que las experiencias reales de la vida demuestran. También



podría haber discontinuidad entre la gravedad clínica de la enfermedad y las percepciones propias del adolescente con respecto a su estado de salud. Esta discontinuidad es relevante para que los profesionales de la atención de la salud y los cuidadores conciban que lo que parecería ser una enfermedad leve en términos clínicos estrictos podría tener un impacto considerable en la calidad de la vida que percibe el adolescente y su comportamiento. Por otro lado, aquellos con enfermedad clínica muy grave podrían haberse adaptado a las limitaciones de vida relacionadas, y en consecuencia no perciban su propia situación como tan limitada y adversa como lo interpretan sus cuidadores médicos. Aunque muchas personas jóvenes con una enfermedad discapacitante grave parezcan ajustarse muy bien a las consecuencias de su condición, Brown, Rowley y Helms (1994) encontraron que existe disparidad entre la vulnerabilidad percibida y las

experiencias subsecuentes, lo que indica inseguridad respecto de los efectos de la enfermedad o falta de comprensión sobre los objetivos y resultados del tratamiento médico.

La esperanza y las aspiraciones de los adolescentes con enfermedad crónica y discapacidad no difieren de las de sus pares con capacidad física. No obstante, como señala Wilkinson (1981), sus expectativas suelen ser bajas, y muestran preocupación que se centra en su apariencia física y atractivo, así como respecto de la forma en que podrán adaptarse a las tareas que perciben en relación con la paternidad.

En este sentido, las actitudes de sus progenitores son importantes, debido a que éstos podrían creer que su hijo nunca será capaz de establecer una relación duradera con alguien que pudiera comenzar a desempeñar el papel de atención que antes estaba a cargo de los padres. Una preocupación natural en los padres es querer proteger a su hijo, pero al hacerlo podrían reducir la posibilidad de que adquiriera habilidades para establecer y desarrollar relaciones maduras con otros. Algunos padres, por instancia, insisten en elegir la ropa de sus hijos y aprovechan la oportunidad para vestirles con prendas adecuadas para personas menores a su edad real, para hacerles parecer menos atractivos para personas del sexo opuesto, desde el punto de vista físico. Esto podría formar parte de una estrategia para mantener a sus hijos en dependencia y conservar el control de lo que de otra forma parecería un futuro peligroso y desconocido. A pesar de esta problemática, muchos adolescentes con enfermedad crónica y discapacidad logran realizar sus aspiraciones, no obstante se considera que la frecuencia de relaciones sexuales premaritales suele ser inferior que el de sus pares sanos, para lo cual los factores limitantes principales son la actividad de la enfermedad y el dolor o fatiga que se le asocian, más que su apariencia física. También podrían padecer los efectos afectivos neutralizantes de no contar con privacidad en relación con su higiene personal y el contacto impersonal frecuente que proporcionan los profesionales de la salud, lo que genera una actitud de desapego hacia la intimidad física.

El aislamiento social de jóvenes con enfermedad crónica grave es común y muchos podrían tener muy poco contacto con coetáneos ajenos a su propia familia y durante las vacaciones escolares. La gente joven podría sentirse poco atractiva debido a las manifestaciones físicas de sus deficiencias crónicas de salud, y al hecho de que podría estar retrasado su desarrollo puberal, lo hace que su aspecto sea menor respecto de su edad real. La presión de grupo y la necesidad de ser aceptados como “uno más” son otros elementos que influyen de forma singularmente intensa en niñas y mujeres jóvenes. La necesidad de tomar fármacos durante el día suele atraer atención indeseable, junto con las características de la afección que no se pueden simular con facilidad, como tos constante, producción de flema y alteración de la apariencia física. Éstas son algunas de las razones que cita muchas veces la gente joven para tener adherencia deficiente al tratamiento o no cumplirlo de manera regular, o bien para la evitación de situaciones que podrían provocar la sintomatología y comentarios adversos entre los compañeros.

Es importante reforzar la expectativa de que el niño y el adolescente se incorporarán al mundo laboral en algún momento futuro. Blum (1995) demostró que la inclusión temprana de niños con enfermedad crónica a tareas ordinarias en el hogar, que incluyen responsabilidades rutinarias, es importante para incrementar la confianza en sí mismos. La mayor asistencia escolar posible, la solución de problemas de transporte, el uso de computadoras y la integración con grupos pares son muy importantes en este sentido. White, Gussek y Fisher (1990) resaltan que la experiencia laboral, la asesoría vocacional o una mesa de asesoría para empleados tienen importancia semejante para la gente joven con enfermedad crónica y discapacidades que para niños con capacidad física y otros jóvenes. Resulta elemental no “escudar” a la gente joven de estas cuestiones y elecciones importantes debido a que tiene el reto adicional de la enfermedad crónica o se le considera con minusvalía en algún sentido. Como lo expresa un niño de 13 años de edad con asma persistente: *“Bueno, me pregunto si alguna vez se irá, porque podría afectar tu trabajo si quieres ser un constructor o algo así”*, y como una niña madura de 11 años de edad comenta: *“Bueno, algunas veces más bien te preguntas algunas cosas, como qué efectos tiene esto cuando creces, qué es lo que te hace tenerlo o si se transmite a los hijos, y cosas como esas”*.

## Ser padres de adolescentes con enfermedades crónicas

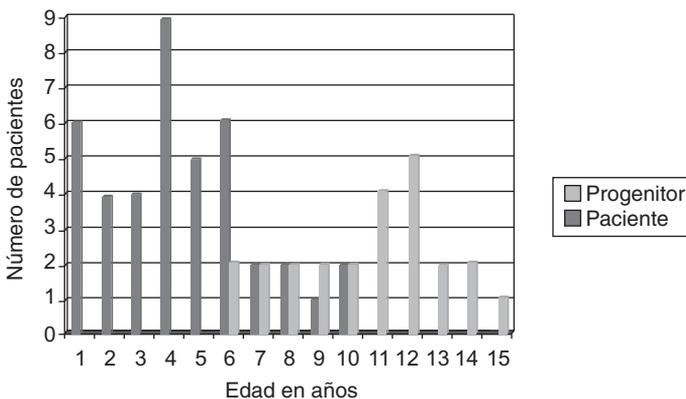
Para la mayoría de las familias en países con economías desarrolladas es raro que las enfermedades crónicas y la muerte prematura constituyan una amenaza, por lo que la carga de enfermedades crónicas graves y las que ponen en riesgo la vida sea más difícil de llevar y aceptar. Las situaciones que se muestran en los estudios de caso 8-1 a 8-3 ilustran las tensiones que se podrían generar entre la autonomía emergente del joven y el papel de los progenitores, y encapsulan algunas cuestiones y tareas que enfrenta la gente joven al tener que ajustarse de manera simultánea a las dificultades que implica una discapacidad grave y los retos del desarrollo.

En uno de los pocos estudios europeos sobre el tema de ser padres de adolescentes, Shucksmith, Hendry y Glendinning (1995) demostraron que los progenitores de adolescentes tienden a ser más permisivos, para intentar impulsar a sus hijos para conseguir una independencia cada vez mayor. Aún así, para algunos padres de niños con enfermedad crónica o discapacidad esta transición es difícil. Todos los progenitores responsables invierten cantidades enormes de tiempo y energía emocional para la crianza del hijo, pero tales esfuerzos se redoblan cuando existe discapacidad aguda y enfermedad crónica. La mayoría de los progenitores experimenta algunos sentimientos de pérdida cuando termina la niñez y las relaciones con su hijo cambian mientras transitan hacia la edad adulta. Tal pérdida podría evitarse si los padres eligieran aprovechar la presencia de la enfermedad crónica para hacer que su hijo mantenga un rol dependiente (véase el Estudio de caso 8-1).

### CASO DE ESTUDIO 8-1

Mark, de 12 años y medio, tiene asma intermitente leve, que se desencadena sobre todo por infecciones virales desde los tres años de edad. Nunca se le ha hospitalizado, y cuando acude para valoración presenta función pulmonar normal, y carece de deformidad torácica y signos de enfermedad crónica persistente. Se encuentra en una fase temprana de la pubertad y crece con normalidad, siendo mayor que el promedio según su edad. Mark tiene una hermana de 20 años, quien cursa el último año de la universidad. Su madre, Elizabeth, hace guardias ocasionales como auxiliar de enfermería en una casa cuna y su padre es conductor de un camión materialista para traslados a distancias grandes, lo cual le hace permanecer fuera de casa con frecuencia cada semana. Mark participa sólo en ocasiones escasas en la consulta médica y su madre Elizabeth suele hablar por él. Mark tiene antecedente de rechazo escolar durante sus primeros años, pero esto parece haberse resuelto. Le desagrada la actividad física y su madre negoció en la escuela para que no participara, excepto en actividades físicas muy leves en el gimnasio. Por lo general, ella lo lleva y recoge en la escuela. También tiene toda la responsabilidad del tratamiento del asma de Mark.

Es posible que el niño no esté consciente de esta situación de dependencia mutua o podría experimentar la necesidad de establecer su independencia al no cumplir de manera deliberada con el régimen terapéutico. En enfermedades con



**Figura 8-3.** Distribución de la responsabilidad del tratamiento del asma entre progenitores y pacientes, según la edad del menor (datos adaptados según Kaarsgaren, Zulstra y Helms, 1994). Reimpresa con autorización de Elsevier: *Respiratory Medicine*, Vol. 88, Núm. 5, Kaarsgaren RJ, Zulstra RF, Helms P, *Asthma medication in children*, pp. 383-386, Copyright 1994.

potencial de poner en riesgo la vida o limitarla, el apego al tratamiento recomendado se puede convertir en una fuente de conflicto. Los padres están conscientes de los peligros potenciales de un seguimiento inadecuado de la terapéutica y de comportamientos de riesgo como fumar y beber, pero muchos jóvenes encuentran difícil vincular las conductas vigentes a consecuencias en el largo plazo y utilizan su condición como una oportunidad para establecer una rebelión adolescente (véase el Caso de estudio 8-2). No obstante, el cumplimiento del tratamiento es un tema importante, ya que la incapacidad para mantener una terapia en forma regular podría tener consecuencias graves de manera inmediata y en el largo plazo sobre la salud del individuo afectado. El asma sigue siendo una causa rara pero real de muerte súbita en la adolescencia. Por fortuna, tales situaciones son poco frecuentes y la transición hacia el autocontrol y la delegación de la responsabilidad suelen verificarse entre los 10 y 13 años de edad (figura 8-3).

### CASO DE ESTUDIO 8-2

Susan, de 14 años, tiene asma persistente grave con exacerbaciones frecuentes, consultas hospitalarias y estancias cortas de 2 a 3 días. Acude de manera esporádica a sus clínicas para seguimiento y en muchas ocasiones no se presenta a las citas. Su técnica para inhalación es deficiente, y a pesar de que refiere tomar su medicina de manera regular esto no lo refleja el surtido irregular de los fármacos que le receta su médico general. Su madre, quien suele acudir con ella en sus escasas visitas para seguimiento, muchas veces entra en conflicto con Susan cuando se discute el tema del control sintomático y la medicación. Susan es una niña sociable, quien recibe de forma constante mensajes de texto en su celular, incluso durante sus ingresos hospitalarios y sus citas en la clínica. Sus dos progenitores son fumadores habituales, y aunque Susan indica que no consume cigarrillos es común que se le detecte olor a tabaco durante sus consultas de seguimiento. Ella siente que su madre, los médicos y enfermeras de la clínica de asma se están quejando de manera innecesaria sobre ella, y que puede cuidarse por sí misma si tan sólo la dejan ser.

Unos cuantos padres viven a través de sus hijos e imponen sus propias metas a los objetivos del niño. Esto se hace evidente, por ejemplo, cuando los progenitores presionan a sus hijos para participar en competencias deportivas (Hendry y Kloep, 2006). En el caso de los niños con enfermedades crónicas, las ambiciones de los padres pueden inducirles a una negación de sus enfermedades subyacentes, así como a rechazar la aceptación de sus consecuencias y lograr una aproximación con equilibrio razonable a la terapéutica (Caso de estudio 8-3).

### CASO DE ESTUDIO 8–3

John, de 13 años de edad, tiene asma crónica grave desde los cinco años. En la actualidad recibe terapia inhalatoria máxima, y su técnica para inhalación es adecuada y rara vez olvida aplicarse su fármaco. Como consecuencia de su enfermedad crónica, su desarrollo puberal es tardío, y es menos maduro y más pequeño que el resto de sus compañeros de clase. Tiene dificultad singular con los síntomas que le induce el ejercicio. Tiene dos hermanas menores, su madre es maestra de primaria de tiempo parcial, y su padre, James, es ingeniero y trabaja en la industria petrolera y gasera. James, de 42 años, suele estar fuera de casa y viaja lejos con frecuencia. Cuando era más joven, jugaba rugby y sigue apoyando de manera entusiasta al equipo local. Con frecuencia lleva a John a partidos de campeonato e internacionales. John trata de jugar rugby en la escuela, pero no disfruta el deporte por su tamaño, su inmadurez sexual en comparación con sus compañeros de equipo y su sintomatología al jugar. James cree que su hijo necesita “volverse más rudo”, y que participar y enfrentarse a los retos asociados son parte importante para el crecimiento. Desde su perspectiva lo que John necesita es demostrar mayor determinación, y sobreponerse a su negativa a participar será lo que le permitirá madurar. Se rehúsa a aceptar que el asma de su hijo es tan grave como dicen los médicos y su esposa.

## Muerte y proceso

Para la persona joven que se encuentra en las fases terminales de su vida, en particular después de soportar la carga que implica la enfermedad crónica y la

**Cuadro 8–1. Algunas enfermedades o condiciones crónicas que afectan a los adolescentes**

Que limitan la vida	Con potencial para poner en riesgo la vida	Que limitan en sentido físico o social	Desagradables o inconvenientes
Distrofia muscular Fibrosis quística	Asma Diabetes	Escoliosis Enfermedad intestinal inflamatoria (de Crohn y colitis ulcerosa)	Eccema Fiebre del heno
Parálisis cerebral grave	Epilepsia Alergia aguda grave (anafilaxia)	Autismo Síndrome de Asperger	Alopecia (pérdida del cabello) Psoriasis Acné

### Temas clave que son relevantes para adolescentes con enfermedad crónica

Retos para que los padres "los dejen ir"  
 Mejorar y mantener el apego (cumplimiento) al tratamiento  
 Enfrentar las presiones del grupo de referencia  
 Desarrollar confianza con los profesionales de la atención de la salud  
 Transición hacia servicios de atención para adultos

minusvalía, surgen diversos retos. La excepcionalidad relativa de la muerte durante la niñez y la adolescencia en los países industrializados ricos implica que incluso los especialistas se enfrentan en pocas ocasiones a la muerte en este grupo de edad. El amplio espectro de afecciones implicadas también dificulta las generalizaciones, toda vez que cada situación es única.

Los jóvenes y las familias que enfrentan la muerte de un ser querido y apreciado suelen contar con relaciones con numerosos profesionales de la salud de confianza. Es este grupo de profesionales el que tiene posibilidad mayor de participar en los cuidados paliativos de la persona joven, una vez que se toma la muchas veces difícil decisión de que un manejo apropiado de la muerte es la opción más adecuada. Más que mirar la transición hacia los cuidados paliativos en función de qué tratamientos podrían prolongar la vida o podrían suspenderse, es necesario que el énfasis se enfoque sobre los tratamientos que tienen potencial para mejorar la calidad de la vida que queda. La gente joven debe estar involucrada en tales decisiones, aunque al igual que entre adultos, algunos individuos podrían tener dificultad para aceptar su condición.

Para los padres y hermanos que muy probablemente invirtieron recursos físicos y emocionales en cuantía para el cuidado de la persona que enfrenta la muerte, la situación podría ser dolorosa en extremo y difícil de aceptar. Para los mismos jóvenes es el proceso de muerte, más que la muerte misma, lo que causa temor. Éste puede ir acompañado de sentimientos de inaptitud y culpa por fallar de alguna forma ante la inversión enorme que su atención representa para padres y cuidadores (caso de estudio 8-4).

### CASO DE ESTUDIO 8-4

A Louise, de 12 años de edad, se le diagnosticó con fibrosis quística a los dos años, y cuando yo la conocí había desarrollado enfermedad pulmonar irreversible; su esperanza de vida se aproximaba a seis meses o menos. Provenía de una familia muy unida, y una hermana mayor y su madre hacían grandes esfuerzos para mantenerla en buenas condiciones. Su madre, Jane, había renunciado a su

empleo varios años antes para cuidar de Louise y siempre se quedaba en el hospital durante sus ingresos frecuentes. En aquel momento se estaba implementando un programa para trasplante de corazón y pulmones para niños con enfermedad pulmonar en fase terminal, y los padres de Louise estaban presionando para que se le valorara para su inclusión en tal programa. Louise parecía estar de acuerdo con este plan y se estaba preparando una solicitud para revisión por el equipo de trasplante. Temprano, una tarde, cuando sus padres y hermana mayor estaban en un evento escolar de ésta, Louise comenzó a hablar sobre su situación.

Afirmó que su calidad de vida actual era muy mala y que se estaba acercando al final de su vida. No tenía miedo de enfrentar la muerte, pero sí lo estaba del proceso de morir. No quería que se le valorara para trasplante de corazón y pulmones, pues ya había tenido suficiente con hospitales y tratamientos, y no quería pasar ni hacer pasar a su familia por más dolor y tensión. En todos los sentidos, su preocupación más grande era cómo aceptarían sus padres, en especial su madre, su muerte: “He sido una parte tan grande de su vida, que no sé qué harán ella y papá cuando yo no esté. Mamá y papá han pasado tantas horas cuidándome... No quiero decepcionarlos, pero en realidad no quiero seguir con el asunto del trasplante”.

Tras un intervalo apropiado después de la muerte (2 a 4 meses) se debe dar a padres y hermanos la oportunidad de ver a un representante del equipo de atención, de manera que sea factible aclarar cualquier pregunta sobre la causa subyacente y sus implicaciones futuras. Los hermanos podrían desarrollar sentimientos de culpa y pérdida mezclados con alivio e ira, en tanto los padres podrían culparse de manera irracional por lo que ocurrió. Además, muchos padres perciben un vacío enorme en sus vidas y tienen problemas para reemplazar todas las horas invertidas en el cuidado del hijo. Los padres también necesitan apoyo para reconocer que su hijo perdido nunca podrá ser reemplazado y que su dolor volverá a intensificarse en fechas importantes, que incluyen el cumpleaños y el aniversario de la muerte, la Navidad y los festivales religiosos relevantes en su cultura, así como en las fiestas familiares.

## Aspectos legales

La ratificación de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño por el gobierno del Reino Unido, en 1991, se refleja en la legislación nacional y tiene consecuencias significativas para padres, gente joven y sus cuidadores (véase antes). La *Children Act* (Inglaterra y Gales, 1989; Escocia, 1995) enmarca algunos de los derechos de la gente joven y la responsabilidad de sus cuidadores. Esta legislación apoya la previa sobre la mayoría de edad. Aunque los 18 años se consideran con frecuencia como el momento en que se adquieren derechos y responsabilidades completas como adulto, los niños de cualquier

edad que sean capaces de comprender lo que se les propone, ya sean tratamientos médicos o quirúrgicos, o acuerdos sobre custodia, deben ser consultados en el proceso de toma de decisiones. La edad a la que el niño debe participar en estas decisiones importantes no tiene un límite inferior de edad pero para los 12 años, los niños y jóvenes necesitan ser implicados en la obtención de consentimiento para someterse a cualquier intervención médica propuesta. La confidencialidad también se debe mantener, a menos que existan razones poderosas para no aplicarla. La gente joven tiene el derecho de evitar que su información confidencial se revele a padres o tutores, si lo desea. En algún momento el niño se vuelve competente para tomar sus decisiones, competencia que no se basa de manera estricta en la edad, sino en la capacidad. También se argumenta que a mayor riesgo propio implique cualquier intervención o procedimiento, mayor deberá ser la capacidad del menor para demostrar entendimiento sobre las consecuencias de la decisión. Existen varios informes escritos y se han integrado recomendaciones de manera subsecuente, y se sugiere que se cuente con estatutos tales como los que sugiere la *British Association for Community Child Health* en situaciones en las que los profesionales de la atención de la salud atienden a personas jóvenes (véase más adelante).

### **Temas de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño**

- Considerar el mejor interés del niño, en especial en disputas familiares.
- Mantener estándares altos para servicios y unidades.
- Respetar y apoyar a padres y cuidadores.
- Buscar conocer el punto de vista del niño.
- Mantener la privacidad y la confidencialidad.
- Proveer acceso a información relevante.
- Proteger de la violencia.
- Proteger el derecho a la educación.
- Proteger los derechos del discapacitado.
- Proteger los derechos de las minorías.

### **Sugerencia para estatuto de confidencialidad y privacidad**

Nosotros:

- Te atenderemos de manera individual, en privado, si eso es lo que deseas.
- Siempre mantendremos la confidencialidad de la información que nos aportes (a menos que exista alguna razón de gran peso para no hacerlo). Si debemos comunicársela a alguien te comunicaremos de quién se trata y por qué lo hacemos.
- Te daremos todo el apoyo que requieres si vamos a comunicar la información a alguien más.
- Nos aseguraremos de que todo nuestro personal conozca estas reglas sobre la confidencialidad.

## Retos para el equipo de atención de la salud

---

En ocasiones el equipo de atención se puede enfrentar al reto de lograr un balance entre la sobreaceptación patológica de la enfermedad en el joven y los padres, y el otro lado del espectro —la negación de la gravedad de la enfermedad y la inducción de daño por falta de cumplimiento de los tratamientos médicos más adecuados de que se dispone.

Los profesionales de la salud que tratan con gente joven y sus familias también se pueden ver envueltos por la situación, ya sea al acceder a las conductas de los padres o parecer tomar parte en el conflicto resultante. Los padres también se pueden involucrar en conflictos con el equipo de atención de la salud y buscar otras opiniones, pasando de un grupo de atención a otro hasta encontrar alguno que parezca no oponerse a su conducta ni la enfrente.

Es común que se adopte un patrón de atención transicional para un joven en los primeros años de la adolescencia, y esto constituye un paso importante hacia la independencia completa y el seguimiento regular en un servicio para adultos. La transferencia hacia el servicio para adultos debe ocurrir de manera característica en algún momento entre los 16 y 18 años. Los padres suelen tener dificultad para permitir la independencia de sus hijos, en especial si han sido responsables hasta ese momento de sus tratamientos médicos. A menos que la responsabilidad cotidiana para el tratamiento se transfiera a la gente joven, existe riesgo de que el mismo manejo se vuelva parte de la conducta natural de prueba de límites que los jóvenes requieren para establecer su independencia (véase el recuadro previo), como lo demuestran los ejemplos de los casos de estudio 8-1 a 8-3. En el caso de afecciones graves, como la fibrosis quística, una actitud responsable hacia el tratamiento puede significar de manera muy literal la diferencia entre la muerte precoz y la supervivencia prolongada en condiciones de relativa buena salud. Los padres están conscientes de este hecho, pero para muchos jóvenes la conducta vigente suele no tener un vínculo con las consecuencias a largo plazo.

El establecimiento de confianza entre los profesionales del equipo de atención de la salud y la gente joven, la transferencia de la responsabilidad del tratamiento y la comunicación de lo deseable que es adoptar un estilo de vida saludable para los mismos jóvenes son prerrequisitos para la salud futura a largo plazo (p. ej., véase el caso de estudio 8-5).

Siersted y colaboradores (1998) encontraron que la facilidad para el acceso a los profesionales de la atención de la salud y que tengan un carácter accesible son de suma importancia, debido a que muchos problemas crónicos de salud pueden pasar desapercibidos en la gente joven debido a dificultades para la comunicación con tales personas. Viner (1999) comenta que esto se puede aunar a la incomodidad que algunos médicos experimentan cuando tratan con gente joven que se encuentra confundida y no desea entrar en las vías convencionales de la atención de la salud. La gente joven también se puede irritar ante exhortos repetidos para seguir un tratamiento y esto puede tener efectos con-

trarios a los que se pretenden. Como comentó un paciente de 11 años respecto de su contacto con un profesional de la salud específico: *“Ella me repite todo el tiempo las cosas que ya sé, una y otra vez”*.

Un programa exitoso para la transición (véase capítulo 9) anticipa los obstáculos potenciales y establece una transición afable hacia los servicios para adultos. La incapacidad para lograrlo esto puede hacer que los pacientes dejen de acudir de manera regular a consultas para seguimiento con las consecuencias que esto implica por tratamiento deficiente y avance de la enfermedad. El modelo que se prefiere en el Reino Unido es un programa de transición coordinado entre pediatras e internistas. Se debe recordar que tal programa es un proceso y no está constituido por un evento aislado, de forma que requiere el respaldo de un protocolo establecido que impida que se pasen por alto los detalles. Tal programa debe ser multidisciplinario, aunque suele estar coordinado por un individuo, que muchas veces es una enfermera especialista que trabaja en clínicas pediátricas y para adultos.

### CASO DE ESTUDIO 8-5

Colin, de 13 años de edad, padece enfermedad intestinal inflamatoria desde los seis años, y desde entonces requiere seguimiento en el servicio de gastroenterología pediátrica. Su madre, Ann, se involucró mucho en su manejo cotidiano y se volvió organizadora local de un grupo regional de apoyo para niños con tal afección. Colin ya está en la pubertad, y cuando acude con su madre a la consulta en la clínica, parece ser menos comunicativo que lo que solía ser, en tanto Ann parece estar molesta con la rudeza aparente de Colin. El Dr. Mackenzie, el gastroenterólogo pediatra, quien conoce a Colin y su familia desde que se estableció el diagnóstico, cree que debe atenderse a Colin en forma individual, por lo menos en algunas de las consultas externas, para prepararlo para la transición hacia el servicio de gastroenterología para adultos en algunos años. De hecho, sugiere que se le dé a Colin la oportunidad de ser atendido solo en la visita que transcurre, y solicita a Ann que salga del consultorio algunos minutos mientras habla con Colin sobre su tratamiento futuro. Después, solicita a Ann que entre de nuevo y pide a Colin que salga, para tratar con ella cualquier otro tema remanente. Al inicio, Ann parece impactada y lastimada por lo que acaba de ocurrir, pero tras analizarlo acepta que esto debe ser un paso importante para Colin, y que él en realidad necesita involucrarse y responsabilizarse más de su propio tratamiento.

### Conclusión

La gente joven, que pasa por un periodo de vida lleno de retos que es en muchas ocasiones turbulento, y tiene además la carga de la enfermedad crónica, necesita y merece tener un equipo de atención de la salud preparado y con empatía,

con el objetivo de que se le ofrezcan las mejores opciones para lograr tener las oportunidades mayores de una vida saludable. Los padres y cuidadores también necesitan apoyo durante este periodo, de tal manera que puedan ayudar al joven a pasar por la transición hacia una independencia responsable como adultos. La conciencia sobre las cuestiones que enfrenta la gente joven es un requerimiento absoluto para asegurarse que tendrá un manejo exitoso de sus problemas médicos y que comprende la contribución que debe aportar para mantener su salud física y mental.

Existen retos considerables para cuidadores de la gente joven, padres y tutores que enfrentan las problemáticas de la enfermedad crónica y la minusvalía. A pesar de esto, se debe tener en mente el argumento de Rutter (1996) de que las experiencias que son difíciles en grado suficiente para poner a prueba los recursos psicosociales del individuo, pero logran enfrentarse, se podrían equiparar a vacunas que crean anticuerpos y preparan al sistema inmunológico contra infecciones futuras. En forma análoga, denomina a estos retos “experiencias de blindaje” (*steeling experiences*), pequeñas “inyecciones” que preparan a la persona para ajustarse a los retos de mayor demanda en el futuro. Es en este sentido que los cuidadores pueden tener un desempeño efectivo. Al escuchar a la gente joven y comprender sus percepciones se puede ser de ayuda para ellos, a la vez que dar instrucción y recompensa a quienes se encargan de su cuidado. Los principios de empatía, comprensión y honestidad no difieren de los necesarios para tratar con personas de cualquier edad o nivel de competencia.

## Lecturas recomendadas

---

- Brook C.G.D. (ed.) (1993) *The practice of medicine in adolescence*, Edward Arnold, London.
- British Association for Community Child Health (1995) *Child health rights. A practitioner's guide*. British Paediatric Association, London.
- Macfarlane A. (ed.) (1996) *Adolescent medicine*. Royal College of Physicians, London.
- Royal College of Paediatric and Child Health (2003) *Bridging the gaps: health care for adolescents*. RCPCH, London.

## Preguntas para discusión

---

1. Por encima y sobre todas las demandas normales que enfrentan los padres de un adolescente, existen otras adicionales para aquellos con hijos con enfermedades crónicas o discapacidad. Analice la forma en que la dependencia entre progenitores e hijos adolescentes puede constituir una fortaleza y una debilidad a la vez.
2. ¿La educación sobre la muerte debe integrarse como parte de la currícula escolar? ¿En qué forma la impartiría?

3. No es sorprendente que los dos padres y los miembros del equipo de atención de la salud se involucren en la negación de la gravedad de una condición médica en una persona joven. ¿Cómo puede resolverse este problema?
4. ¿Cómo decidiría que una persona joven debe considerarse competente para tomar sus propias decisiones sobre el tratamiento y atención médica personal?

## Agradecimiento

---

Los comentarios de personas jóvenes son cortesía del Dr. Leisl Osman.



# CAPÍTULO 9

---

## Transiciones para la gente joven con necesidades de salud complejas

---

*Janet McDonagh*

*Clinical Senior Lecturer in Paediatric and Adolescent Rheumatology,  
Division of Reproductive and Child Health, University of Birmingham*

- Introducción.
- Transición —evidencias de su necesidad.
- Manejo efectivo de la transición.
- El potencial de la atención transicional.
- Conclusión.

### **Objetivos de aprendizaje**

Después de leer este capítulo, usted debe:

1. Entender la importancia de la transición en la atención de la salud del adolescente.
2. Reconocer la interdependencia de las transiciones de salud con las de tipo educativo, vocacional y social durante la adolescencia.
3. Estar alerta sobre los principios clave de la atención transicional.
4. Ser capaz de integrar estrategias para un manejo efectivo de la transición durante la adolescencia.
5. Tener una visión general de los beneficios potenciales de la atención transicional coordinada.

## Introducción

La transición es un componente integral de la atención de la salud del adolescente. Se espera que toda la gente joven transite de la niñez a la edad adulta y, en el camino, deje el hogar familiar para vivir en forma independiente y termine la escuela, y consiga un empleo o continúe su educación o capacitación. Otra transición que enfrentan los jóvenes es de la transferencia desde los servicios pediátricos hacia aquellos para adultos, que incluyen los de tipo médico. La atención de la salud para adultos difiere en muchos sentidos de la pediátrica, y la gente joven con o sin enfermedades crónicas necesita recibir preparación y adquirir habilidades para convertirse en usuaria efectiva de los servicios de salud para adultos.

### Diferencias entre servicios de atención de la salud pediátricos y para adultos

- Intervalo de edad de los pacientes (!)
- Cultura de atención
- Reconocimiento de crecimiento y desarrollo
- Dinámicas de consulta
- Habilidades de comunicación
- Cuestiones de género
- Papel de los padres
- Papel de la familia
- Papel de pares
- Cuestiones educativas
- Cuestiones vocacionales
- Cuestiones de confidencialidad
- Tolerancia de inmadurez
- Procedimientos para control del dolor
- Espectro de enfermedades
- Impacto de la enfermedad
- Legislación
- Provisión de servicio

Las transiciones que caracterizan a la adolescencia, es decir, de tipo educativo y psicosociales, son interdependientes y tienen implicaciones para las relacionadas con la salud, ya sea de manera directa o indirecta. Las asociaciones entre ellas, sin embargo, se hacen cada vez más laxas y tienen menor relación con la edad, como resultado de la trayectoria sociocultural cambiante; por ejemplo, la edad promedio en que se deja la casa de los progenitores o se contrae

matrimonio se desplazó a los años finales del tercer y cuarto decenio de la vida, respectivamente. Muchas personas jóvenes transcurren estas transiciones de forma exitosa. No obstante, algunas las encuentran difíciles por razones diversas; este grupo incluye de manera potencial a jóvenes con enfermedades crónicas o discapacidad. Ante la evolución rápida de la tecnología médica y el mejoramiento de la terapéutica existen cada vez más personas jóvenes con enfermedades crónicas o discapacidades que antes morían durante la niñez y ahora sobreviven hasta la edad adulta, como en el caso de aquellas con fibrosis quística, trastornos hereditarios del metabolismo, cardiopatías congénitas, cáncer, trasplantes, hemoglobinopatías, parálisis cerebral y otras. Algunas de estas afecciones no eran antes objeto de atención en los servicios adultos, pero debido al incremento de la sobrevivencia lo son ahora, y con frecuencia tienen morbilidad asociada. La morbilidad en la edad adulta de otras afecciones como diabetes y artritis juvenil idiopática también se reconoce con frecuencia cada vez mayor.

## Transición: evidencias de su necesidad

La transición de la salud es un **proceso**, que comienza en los servicios pediátricos y se completa en aquellos para adultos, después del **evento** de transferencia. La transición es un proceso activo integral que se centra en la persona joven, es multidimensional y multidisciplinario, y tiene como objetivo cubrir las necesidades médicas, psicosociales, educacionales y vocacionales de los adolescentes cuando pasan de los servicios dirigidos a niños a los de adultos. La transición comienza cuando se toma la decisión de comenzarla o prepararla. De manera idónea, esto debe hacerse en una fase temprana. La fase intermedia es aquella en que se logra la preparación para la transición, cuando el adolescente, su familia y los proveedores del servicio se encuentran listos para iniciar, continuar y terminar el proceso de transición. La fase final o terminal se verifica cuando el adolescente o adulto joven no sólo es transferido a un servicio de adultos, sino participa de manera activa en actividades propias de tal servicio, como por ejemplo el tratamiento propio o la toma de decisiones.

### Principios clave de la transición

- Un proceso activo, enfocado en el futuro
- Que se centre en la persona
- Que sea incluyente para progenitores y cuidadores
- De inicio temprano
- Que constituya un marco de trabajo sólido, pero adaptable
- Que sea multidisciplinario

- Que se lleve a cabo entre las agencias
- Que involucre a los servicios pediátricos y de adultos, además de aquel de medicina general
- Aporte atención de la salud coordinada y sin interrupciones:
  - Apropiaada según la edad y el desarrollo
  - Apropiaada a la cultura
  - Incluyente, flexible, que responda a necesidades
  - Integral: que incluya aspectos médicos, psicosociales, así como educativos y vocacionales
- Capacite al joven para el desarrollo de habilidades para comunicación, toma de decisiones, asertividad, autocuidado y automanejo
- Incremente el sentido de control e interdependencia de los servicios de atención de la salud
- Maximice el potencial y el desempeño durante toda la vida

La bibliografía es muy persuasiva en cuanto a la necesidad de mejorar la provisión de atención transicional y ésta ha sido tema de dos revisiones importantes en años recientes (While *et al.*, 2004; Beresford, 2004). Algunos de los temas principales de estas evidencias se analizan más adelante.

### Experiencia de la gente joven

Desafortunadamente, la evidencia desde la perspectiva de los jóvenes es que su transferencia hacia los servicios para adultos no constituye un evento positivo y



se relaciona con preocupaciones y ansiedad significativas (While *et al.*, 2004; Beresford, 2004; Shaw, Southwood y McDonagh, 2004a). Aunque indican cierta reticencia a ser transferidos a servicios para adultos, algunos jóvenes también refieren cambios positivos de la transferencia a tales instancias durante la adolescencia (Shaw, Southwood y McDonagh, 2004a; Boyle, Farukhi y Nosky, 2001; Zack *et al.*, 2003).

## Aumento de cifras y morbilidad

Entre 10 y 20% de los adolescentes indica un incremento significativo de sus necesidades de atención de la salud en relación con alguna enfermedad crónica. Además de mayor supervivencia, existen evidencias de aumento de incidencia, prevalencia o reconocimiento de enfermedades específicas en el grupo de edad de los adolescentes (p. ej., cáncer, diabetes). Existen afecciones de la niñez que aún no están cubiertas de manera suficiente por los servicios para adultos (p. ej., trastornos del espectro del autismo, trastorno por déficit de la atención e hiperactividad). También existe evidencia de aumento de la morbilidad en la adultez de enfermedades de inicio durante la niñez (p. ej., problemas como espina bífida complicada con hidrocefalia [Tomlinson y Sugarman, 1995], pérdida de la función del trasplante [Watson, 2000], segundas enfermedades malignas, osteoporosis y otras). De los pacientes con trasplante renal que se refieren a servicios de nefrología para adultos, 35% tiene pérdida de la función del trasplante en los 36 meses que siguen a la transferencia (Watson, 2000). La adolescencia es un momento clave para llevar a cabo transiciones educativas y se puede asociar a resultados negativos. Burchardt informó que aunque no existe diferencia en la perspectiva o nivel de aspiración entre jóvenes de 16 años con discapacidad y sus contrapartes sin discapacidad en Reino Unido, existe divergencia significativa en cuanto a la experiencia y aspiración en la fase temprana de la edad adulta (Burchardt, 2005). El desempleo no siempre revela correlación con el logro educativo o la discapacidad, y atrae la atención sobre la posibilidad de que otros factores que podrían originarse durante la adolescencia contribuyan a la disposición vocacional, como expectativas propias o ajenas, conocimiento sobre recursos o derechos, autoestima, experiencia laboral y otras más.

## Pérdida y falta de seguimiento después de la transferencia

Los informes sobre pérdida o falta de seguimiento de la gente joven tras la transferencia a servicios para adultos constituye evidencia indirecta de la necesidad de aportar cuidados transicionales; por ejemplo, hasta 66% de los adultos jóvenes con diabetes se pierden para seguimiento después de egresar de los servicios pediátricos (Pacaud *et al.*, 1996) y tienen potencial de cursar con tasas más altas de complicaciones relacionadas con la enfermedad. En un estudio realizado en

el Reino Unido con una cohorte de pacientes después de dos años de su transferencia, 51% aún acudía a recibir atención, en tanto la cifra correspondía a 92% dos años antes de tal evento (Kipps *et al.*, 2002). Tomlinson y Sugarman informaron un seguimiento de 100% hasta los 16 años en personas jóvenes con espina bífida complicada con hidrocefalia, pero sólo de 40% durante la edad adulta (Tomlinson y Sugarman, 1995).

### Provisión limitada de servicios

Además de lo ya mencionado, existe evidencia de la necesidad de desarrollo de servicios. Los estudios informan que no existen servicios para adolescentes o para transición en una cantidad significativa de clínicas de especialidad, por ejemplo, en 82% de las clínicas de reumatología (McDonagh *et al.*, 2000). Por otra parte, se cuenta con una cantidad limitada de unidades de hospitalización que se reserven para adolescentes y que apoyen a los servicios externos (Viner, 2001). La limitación de la disponibilidad de servicios tiene pertinencia particular para los pacientes con enfermedades que se establecen durante la adolescencia, que sólo se presentan durante la adolescencia y que bien podrían diagnosticarse en los servicios pediátricos, y que debido a las políticas locales se someten a transferencia poco tiempo después del diagnóstico e incluso antes de que se establezca el control terapéutico.

Las **diferencias** en cuanto a la provisión de atención entre los servicios pediátricos y para adultos también se deben reconocer, toda vez que podría haber una reducción real de los servicios tras la transferencia a pesar del hecho de que la mayoría de la gente joven con discapacidad tiene problemas persistentes de salud. La gente joven misma podría tener dificultades para apreciar la causa por la que no puede recibir ya los servicios que antes obtenía a partir del equipo pediátrico (p. ej., hidroterapia), a pesar de seguir con el mismo médico y en el mismo hospital (Shaw, Southwood y McDonagh, 2004a). La carencia de información disponible para los jóvenes y sus padres sobre opciones y oportunidades futuras, y el tipo de servicios y apoyo que podrán recibir cuando se realice la transferencia, tampoco ayuda (Shaw, Southwood y McDonagh, 2004a).

### Diferencias entre la atención de la salud para niños y adultos

La atención de la salud para niños y adultos se basa en sistemas muy disímiles (véase antes), que atienden a poblaciones muy diferentes con necesidades de atención divergentes ¡situación en la que residen las evidencias de los retos para la transición! Las personas jóvenes perciben estas diferencias con facilidad, y esto contribuye a su preocupación respecto de la transferencia. Tanto por los proveedores de la atención de la salud como el contenido del programa de transición deben reconocer las diferencias de las culturas de atención en los servi-

cios pediátricos y aquellos para adultos, para preparar a la gente joven y sus cuidadores en este sentido.

### Potencial de postergación del desarrollo del adolescente hasta la edad adulta

Una parte integral de la provisión de atención de la salud al adolescente, junto con el cuidado transicional, es el conocimiento práctico de las influencias recíprocas del desarrollo del adolescente sobre su salud individual. El desarrollo se debe utilizar como una lente para mirar la salud del adolescente en su totalidad, en reconocimiento de las interrelaciones del desarrollo físico, cognitivo y psicosocial con la salud y la enfermedad. El potencial de retraso del desarrollo se debe reconocer al evaluar a aquellos con enfermedades crónicas o discapacidad, para asegurar el aporte de una atención adecuada para la edad y el grado de desarrollo, **tanto** en servicios pediátricos **como** para adultos.

### Manejo adecuado de la transición

A pesar de que la filosofía de la transición se acepta tanto en el nivel nacional como el internacional desde hace más de un decenio, los retos de traducir la política en práctica aún prevalecen. La legislación, las políticas y la dirección política no garantizan el cambio o alguna mejoría. No obstante existe consenso nacional respecto de la importancia de la transición, un estudio realizado en EUA entre 4 332 jóvenes con necesidades especiales de atención de la salud reveló que 50% no había analizado la transición y sólo 59% de los que la habían discutido tenía un plan, en tanto sólo 42% había hablado sobre la transferencia misma a un servicio para adultos (Lotstein *et al.*, 2005). En un proyecto de investigación multicéntrico sobre atención transicional en el Reino Unido, sólo 2 de 10 centros participantes contaban con una política escrita para la transición al inicio y, aunque se entregó una plantilla de aplicación simple entre los recursos del estudio, ningún centro más había desarrollado una política al final del periodo de estudio de tres años (McDonagh, Southwood y Shaw, 2006a).

Existen muchas estrategias basadas en evidencias que apoyan un manejo efectivo de la transición para gente joven con necesidades especiales de atención de la salud, y se presentan en seguida (véase abajo).

#### Cómo ser un administrador efectivo de la transición para la gente joven

- Recordar mirar fuera del entorno de la salud.
- Ser amistoso con el adolescente al presentar la estrategia y el sitio.
- ¡Comunicar, educar, anticipar y colaborar!

## Mirar fuera del entorno de la salud

Debido a que las transiciones que enfrenta el adolescente son interdependientes, como se mencionó antes, es importante que los médicos miren fuera del “entorno de la salud” y adopten una visión realmente holística de tal desplazamiento. La evidencia que apoya esta perspectiva proviene de la propia gente joven, quien percibe que los profesionales de la salud (y en particular los médicos) carecen de conciencia sobre el impacto amplio que tiene la enfermedad durante la adolescencia (Shaw, Southwood y McDonagh, 2004a; Klosterman *et al.*, 2005; Beresford y Sloper, 2003). En una serie de grupos de enfoque que incluyó a personas jóvenes con artritis juvenil idiopática, los participantes deseaban información y apoyo no sólo sobre su afección sino de numerosos temas que incluían cuestiones psicosociales, problemas por intimidación, temas vocacionales, revelación de su enfermedad a compañeros o empleadores futuros, vida independiente, salud sexual y relaciones entre adultos (Shaw, Southwood y McDonagh, 2004a).

Por definición, la transición es multidisciplinaria y ocurre entre organismos. Los médicos que participan en el servicio de transición necesitan mirar más allá de su equipo inmediato y tomar en cuenta el papel de la propia gente joven, sus compañeros, familias, los servicios de primer, segundo y tercer nivel de atención, los servicios educativos y vocacionales, los servicios juveniles y sociales, además de los organismos voluntarios.

## Ser amistoso con el adolescente al presentar la estrategia y el sitio

La conducta del proveedor de servicios es un determinante clave para lograr la satisfacción del adolescente respecto de la atención de la salud. ¡Ser empático y evitar ser prejuicioso son elementos clave para tener éxito! El aseguramiento de la confidencialidad es imperativo para ganar la confianza de la gente joven y el tema debe explicarse, y confirmarse, al terminar todas las consultas con adolescentes. Los derechos de la gente joven respecto de la confidencialidad también se deben explicar a sus cuidadores o padres. Los carteles que tratan cuestiones relativas a la confidencialidad son de utilidad en las áreas de espera. La participación en una plática breve es una vía para ganar la confianza del adolescente, según lo indican los jóvenes, y facilita el reconocimiento del impacto amplio que tiene la enfermedad y se menciona antes (Klosterman *et al.*, 2005). Otras estrategias incluyen preguntar al adolescente su opinión y evitar retener información (Shaw, Southwood y McDonagh, 2004b; Klosterman *et al.*, 2005). La gente joven también es clara en cuanto a su deseo de honestidad y respeto de parte de los profesionales de la atención de la salud, además de la cuestión de la confidencialidad (Shaw, Southwood y McDonagh, 2004b; Klosterman *et al.*, 2005).

El tiempo es un factor importante a tomar en cuenta para la institución de condiciones apropiadas para la atención transicional en función de la edad y el desarrollo. La duración de las consultas clínicas para adolescentes necesita ser

mayor que para niños y adultos, debido a la necesidad de contar con tiempo suficiente para tratar a los adolescentes y la complejidad del aporte del servicio a esta población. Algunas de las demandas de tiempo se pueden solucionar si se permite la continuidad de los profesionales de la salud en consultas subsecuentes (Klosterman *et al.*, 2005), aunque la gente joven debate con cuánta frecuencia se necesita ver a un profesional específico antes de lograr el establecimiento de una alianza terapéutica efectiva (Beresford y Sloper, 2003). La continuidad en la atención también ayuda a los padres y cuidadores cuando comienzan a anticipar que la gente joven se volverá más independiente para el manejo de su propia salud (Shaw, Southwood y McDonagh, 2004b).

Es desafortunado que aún se carezca de instancias que se dediquen a la atención de adolescentes en los hospitales del Reino Unido. Es común que la gente joven se sienta “fuera de lugar” tanto en salas de pediatría como de adultos, y que indique que los servicios pediátricos son paternalistas, los de adultos son estresantes, y que ambos causan aislamiento (Shaw, Southwood y McDonagh, 2004a). Los jóvenes piden ser evaluados y lograr una sensación de normalidad mediante la provisión de áreas dedicadas a adolescentes y apropiadas para su edad (Shaw, Southwood y McDonagh, 2004a). Los medios dedicados a adolescentes constituyeron 1 de los 3 componentes de la atención transicional que evaluó un grupo de usuarios y proveedores en un estudio de Delphi sobre buena práctica médica, pero sólo están disponibles en unos cuantos centros en el Reino Unido (Shaw, Southwood y McDonagh, 2004b). Un documento reciente sobre una política resume los atributos clave de los servicios de salud amistosos para jóvenes y constituirá un referente importante para la creación de servicios en el futuro (Department of Health, 2005b). ¡La participación directa de la gente joven en la planeación y diseño de los servicios es vital para asegurar su éxito!

### **¡Comunicar, educar, anticipar y colaborar!**

Las habilidades primordiales de cualquier médico que trabaje en la salud del adolescente se pueden resumir en cuatro simples, pero muy retadoras palabras: comunicar, educar, anticipar y colaborar. Cada una de estas áreas se analiza en seguida.

### **¡Comunicar!**

La comunicación entre la gente joven y el profesional de la salud debe ser interactiva y no interrogativa. Las estrategias se pueden calificar como de dos tipos: uno es el unidireccional, que se caracteriza por exponer hechos, exponer opiniones o dar consejos. Si el profesional de la salud usa tal estrategia, el joven tiene que interrumpir o hacerse evidente para entrar en esas conversaciones. Esto contrasta con las estrategias interactivas bidireccionales preferibles, que

incorporan la evaluación de la comprensión de la persona joven, a la vez que aportan ciertas capacidades en forma de medios para resolución de problemas y la exposición de situaciones hipotéticas. En esta última variante de comunicación existe una expectativa clara de que la persona joven participe y responda. El uso de verbos conjugados en “tercera persona” es otra estrategia apropiada para el grado de desarrollo del paciente, en especial cuando se trata de temas sensibles, como por ejemplo: *“algunas personas jóvenes con tu afección se sienten superadas por ella y comienzan a hacerse daño. ¿Alguna vez te ha pasado?”* Siempre es importante solicitar su permiso para hacer este tipo de preguntas, explicando la causa por la que se formulan: *“Quiero hacerte algunas preguntas personales. Esto es una práctica ordinaria en nuestra clínica y tus respuestas me sirven para que obtener una imagen de tu salud general y de quién eres. ¿Esto te causa algún problema?”* También es importante que los médicos se aseguren de entender con claridad que lo que entienden es exactamente lo que la gente quiere decir. Una estrategia útil es simplemente parafrasear lo que la persona joven dijo y repetirlo para que se haga cualquier aclaración.

Beresford y Sloper (2003) informaron diversos factores prácticos, sobre actitudes y comportamientos, que influyen en la comunicación entre los jóvenes con enfermedades crónicas y sus médicos. Éstos incluyen actitudes percibidas hacia los adolescentes, habilidades para comunicación de los adolescentes y de los profesionales de la salud, tipo de información que se necesita, percepción de carencia de interés en el impacto amplio que tiene la enfermedad crónica, presencia de padres y estudiantes o practicantes, así como duración y frecuencia del contacto con el médico y género de éste (Beresford y Sloper, 2003). Tales hallazgos apoyan la inclusión del entrenamiento en habilidades para la comunicación como tema central de los programas dirigidos a profesionales de la salud para capacitación en atención de la salud del adolescente.

## ¡Educar!

La información sobresaliente, en términos adecuados para la edad y el desarrollo, conforma una parte integral de la educación sobre la enfermedad, el auto-manejo y el consentimiento informado para la gente joven con enfermedades crónicas. Tanto progenitores como jóvenes solicitan tal información, pero no siempre está disponible o se percibe como suficiente (Shaw, Southwood y McDonagh, 2004a, 2004c). Es común que la información esté diseñada para padres o niños menores, pero no para adolescentes. El rango de necesidades que informa la gente joven tiene potencial de ser amplio y muchas veces sobrepasa los aspectos médicos de las enfermedades (Shaw, Southwood y McDonagh, 2004a). De manera semejante, la información sobre farmacoterapia que solicitan los jóvenes incluye las razones por las que se elige y cuestiones de riesgo-beneficio, y no sólo detalles sobre los regímenes diarios y los efectos secundarios

(Shaw, Southwood y McDonagh, 2004a). Se requiere conocimiento para lograr una apertura efectiva y apropiada con compañeros potenciales o empleadores, situación que constituye una necesidad transicional no cubierta que refieren los mismos jóvenes (Shaw, Southwood y McDonagh, 2004a). Se ha indicado que la información efectiva mejora la calidad de vida, el apego a los regímenes de salud y el ajuste a las enfermedades crónicas. A pesar de esto, las deficiencias de conocimiento son cuestiones que se pueden encontrar tanto en adolescentes como en poblaciones adultas con enfermedades de inicio durante la niñez, incluyendo a aquellos que han sido pacientes durante periodos prolongados.

El entendimiento de las implicaciones que tiene una afección crónica y su tratamiento en otros aspectos de la salud es un elemento importante para la gente joven. Por ejemplo, la comprensión de las implicaciones de una enfermedad crónica o discapacidad para la salud sexual o reproductiva es un punto clave de la atención transicional y aún así los profesionales de la salud no siempre las analizan de forma adecuada con los adolescentes. La salud sexual es importante por muchas razones, y no lo es menos para el desarrollo de la identidad sexual, la consideración de limitaciones físicas, cuestiones de herencia, efectos puberales, teratogenicidad y otros similares. Se indica que la gente joven con enfermedad crónica o discapacidades físicas tiene por lo menos el mismo grado de actividad sexual que sus coetáneos (Suris y Parera, 2005; Valencia y Cromer, 2000; Suris *et al.*, 1996). Sin embargo, su conocimiento y uso sobre medidas anticonceptivas tiende a ser menor que el de sus pares sin discapacidad (Valencia y Cromer, 2000), y experimentan más consecuencias negativas por su comportamiento sexual en relación con infecciones de transmisión sexual y abuso (Suris *et al.*, 1996). Los retos de la maduración al tener una enfermedad crónica durante la adolescencia también podría conducir a la gente joven a participar en conductas de riesgo como un medio para lograr algunos objetivos del desarrollo, como la aceptación por grupos de referencia y la independización.

Otro componente integral de la educación es el aporte de información. No se trata sólo de **qué** información se aporta sino **cómo** se presenta. El desarrollo de recursos siempre debe basarse en una evaluación de las necesidades que involucre de manera directa a los jóvenes mismos, y no sólo se base en el juicio médico. En forma ideal, se dispone de métodos diversos que incluyen algunos que se mantienen actualizados y pueden accederse en forma anónima. En varios estudios, la gente joven expresa su deseo de contar con profesionales honestos y que no retengan información o se perciban custodios de las puertas de las fuentes de información (Shaw, Southwood y McDonagh, 2004a, 2004b; Klosterman *et al.*, 2005). El uso de tecnologías modernas como la internet y el envío de mensajes de texto tiene beneficios evidentes, y se dispone de muchos sitios en red excelentes (véase adelante).

### Sitios con información de salud amistosos para el adolescente

Con base en el Reino Unido

[www.teenagehealthfreak.org](http://www.teenagehealthfreak.org)

[www.youthhealthtalk.org](http://www.youthhealthtalk.org)

[www.childrenfirst.nhs.uk](http://www.childrenfirst.nhs.uk)

[www.need2know.co.uk](http://www.need2know.co.uk)

[www.connexions.gov.uk](http://www.connexions.gov.uk)

[www.lifebytes.gov.uk](http://www.lifebytes.gov.uk)

[www.mindbodysoul.gov.uk](http://www.mindbodysoul.gov.uk)

Internacionales

[www.doctissimo.fr](http://www.doctissimo.fr)

[www.ciao.ch](http://www.ciao.ch)

[www.teenhealthfx.com](http://www.teenhealthfx.com)

[www.goaskalice.columbia.edu](http://www.goaskalice.columbia.edu)

El entrenamiento para desarrollo de habilidades es otro aspecto importante de la educación para la salud del adolescente y trata en gran medida sobre el mantenimiento de un marco de resistencia integral a la atención transicional (Olsson *et al.*, 2003). Se ha demostrado que los programas de entrenamiento para educación y desarrollo de habilidades para el autotratamiento y ajuste a la diabetes permiten mejorar el control metabólico, la confianza personal y la calidad de vida de los adolescentes que la padecen (Anderson y Wolpert, 2004). Sentirse en confianza para elegir si se consulta sólo al médico constituye una oportunidad clave para el desarrollo de autoapoyo en el ámbito de la atención de la salud. Se informa que este factor es 1 de las 5 estrategias principales que tienen los proveedores de atención de la salud para “demostrar la transición” entre adolescentes con enfermedad de células falciformes en EUA (Telfair *et al.*, 2004), a la vez que impulsar a los pacientes para asumir mayor responsabilidad, aportarles información escrita, delegar al paciente mayor responsabilidad económica y tener entrevistas familiares para analizar la transición (Telfair *et al.*, 2004). Se demostró que las visitas independientes tienen importancia como uno de los determinantes de asistencia a una cita clínica para seguimiento en un servicio para adultos con cardiopatías congénitas (Reid *et al.*, 2004), y como factor asociado con mejoría de la calidad de vida que se relaciona con la salud en adolescentes con artritis juvenil idiopática (McDonagh, Southwood, Shaw, 2006b). En un estudio de Delphi que incluyó a adolescentes con artritis juvenil idiopática, padres de tales pacientes y profesionales de la salud implicados en su atención, se determinó que 1 de las 6 características de lo que se consideró la mejor práctica y es accesible a la mayor parte de los hospitales en el Reino Unido, es dar a los adolescentes la opción de ser atendidos por los profesionales sin la pre-

sencia de sus padres (McDonagh, Southwood, Shaw, 2004b). Es factible que la gente joven no esté consciente de su derecho de elegir ser atendida de manera independiente, por lo que es importante informarle de forma activa e incluir tal información en la literatura clínica, así como anunciarla en carteles que se coloquen en salas de espera y otros sitios semejantes. Su derecho a acudir con un acompañante (distinto a sus padres) debe señalárseles, además de asegurárseles y explicárseles el tema de la confidencialidad, como se menciona antes.

¡La promoción del automanejo entre personas con enfermedades crónicas podría ser un reto tanto para los padres como para los profesionales de la atención de la salud! Se informan discrepancias entre padres y proveedores de servicios de salud en cuanto a la que se percibe como “edad adecuada” para comenzar las prácticas de autoatención, tales como visitas independientes y autoadministración de fármacos (Geenen, Powers y Sells, 2003). Discrepancias semejantes se informan en cuanto a la importancia que se percibe del análisis de salud sexual y cuestiones sobre uso de sustancias con la gente joven con necesidades especiales de salud, mismas a las que los profesionales de la salud asignan importancia mayor (Geenen, Powers y Sells, 2003). Los profesionales de la salud deben estar conscientes de los aspectos de competencia potencial que surgen en el papel de los progenitores durante la transición, es decir, proteger la salud de sus hijos al mismo tiempo que favorecer su necesidad de independencia, privacidad y autonomía. El cuidado óptimo puede o no alcanzarse, lo cual depende del nivel de desarrollo de la persona joven. Como resultado, ¡es común que se requieran negociar los compromisos entre progenitores y jóvenes con frecuencia!

Una consideración final respecto de la educación es la formación de los profesionales que participan en la transición. Telfair y colaboradores informan que aunque la mayoría de los proveedores está de acuerdo en que se requiere un programa de transición para adolescentes con enfermedad de células falciformes, en realidad pocos hacen algo para demostrar su participación en el proceso de transición (Telfair *et al.*, 2004). Existe necesidad de mayor guía, educación y entrenamiento para los profesionales, tanto en la práctica como en el nivel político. El referente actual limitado en cuanto a oportunidades para la capacitación en salud del adolescente, tanto para proveedores de atención para niños y adultos, tendrá impacto en la provisión de cuidados transicionales en el Reino Unido. Aunque se considera una buena práctica, según un estudio de Delphi en el Reino Unido se cree que los profesionales capacitados para dar atención transicional adecuada sólo existen en unos cuantos hospitales (Shaw, Southwood y McDonagh, 2004b). En un censo realizado entre el personal de un hospital pediátrico importante en el Reino Unido, 60% de los que respondieron informó que no había recibido capacitación específica en salud del adolescente, sin que hubiera diferencias significativas en cuanto a estas necesidades entre médicos y otros profesionales de la salud (McDonagh *et al.*, 2006).

¡En la actualidad existe evidencia de que la capacitación en salud del adolescente trae beneficios! En un estudio aleatorio y controlado en servicios de atención primaria en Australia, se informó gran mejoría en conocimientos, habi-

lidades y competencia autopercebida, que se mantuvo tras cinco años (Sanci *et al.*, 2005). Más aún, los resultados positivos de tal entrenamiento suelen incluir mayores índices de prácticas clínicas deseables, por ejemplo, confidencialidad, detección, incremento del número de adolescentes atendidos e incremento de la tendencia a participar en educación continua en salud del adolescente. El potencial de usar la atención transicional como un modelo invaluable para enseñanza de la atención que se basa en el paciente y la familia, las diferencias entre el cuidado de adolescentes y adultos, la realización de consultas diádicas **comparadas** con las triádicas, las competencias culturales y la toma de decisiones no se debe subestimar.

## ¡Anticipar!

¡La esencia de la transición es su inicio temprano! Cada encuentro con un adolescente es una oportunidad potencial para promover la salud o capacitar en habilidades. En el contexto de la enfermedad crónica, la transición a la escuela secundaria es un medio útil para explicar el cambio de servicios a una persona joven —no va a estar en la primaria todo el tiempo—, ¡y de la misma manera no se quedará en los servicios pediátricos por siempre! El inicio de la planeación del proceso a los 11 años en un programa de transición basado en evidencias para adolescentes, en el servicio de reumatología pareció tener ventajas (McDonagh, Southwood, Shaw, 2006b).

En un censo nacional entre profesionales de la salud, 77% sentía que los planes de transición individualizados eran importantes/muy importantes para los adolescentes con artritis juvenil idiopática (McDonagh, Southwood, Shaw, 2004c). Sin embargo, una proporción significativa de pacientes en varios estudios no contaba con evidencia documentada de algún plan de transición a un servicio para adultos (Robertson *et al.*, 2006; Lam, Fitzgerald y Sawyer, 2005). En una auditoría de 10 años de los ingresos de adultos jóvenes de 18 años o más a un hospital pediátrico en Australia, 51% de los pacientes quirúrgicos y 28% de los pacientes hospitalizados por afecciones médicas no tenían un plan documentado para transición a servicios para adultos (Lam, Fitzgerald y Sawyer, 2005). Además de la carencia de planeación, se informó que la complejidad de la enfermedad contribuía a una cantidad mayor de ingresos (Lam, Fitzgerald y Sawyer, 2005).

La gente joven tiene claridad sobre su deseo de participar en la planeación o establecimiento de metas con su equipo de atención de la salud. En la atención transicional, al igual que en el resto de los cuidados del adolescente, es importante que los profesionales de la salud involucren a los jóvenes al proveer los servicios. Cuando en un servicio de atención transicional se implementaron planes individualizados para transición desarrollados con la gente joven y sus progenitores se encontró que fueron completados en forma exitosa por 95 y 92%, respectivamente, y que identificaban sus necesidades de manera adecuada (McDonagh, Southwood, Shaw, 2006a).

Por último, la dirección para la anticipación es un componente importante de la atención transicional. Los adolescentes suelen tener preocupaciones más diversas y serias de salud que lo que esperan los proveedores de salud, y éstas enfatizan la necesidad de una guía estrategia proactiva y anticipatoria en las consultas con adolescentes. Un apoyo para la provisión de tal guía incluye la prevalencia de las conductas de riesgo en que participan los jóvenes con enfermedades crónicas o discapacidades (Suris y Parera, 2005; Valencia y Cromer, 2000; Suris *et al.*, 1996). Un instrumento útil para detección que ayuda a definir la guía anticipatoria es la nemotecnia HEADSS (Hogar, Educación, Actividades, Drogas, Sexo, Suicidio), que ahora se encuentra en varios formatos en la bibliografía (McDonagh, 2005). Se informa sobre un mejoramiento de la documentación de cuestiones HEADSS en las notas clínicas de expedientes de jóvenes que acaban de transferirse a servicios para adultos tras la implementación de un programa para transición (Robertson *et al.*, 2006). Esto se atribuye en parte a una concienciación mayor sobre la salud del adolescente en los centros participantes (Robertson *et al.*, 2006).

## ¡Colaborar!

¡La colaboración más importante es la de la misma gente joven! La investigación identificó diferencias entre las visiones de la gente joven y las de adultos cercanos, lo que sugiere que las segundas no se pueden considerar referentes confiables de las perspectivas de los jóvenes (Waters, Stewart-Brown y Fitzpatrick, 2003). En un estudio que evaluó tanto calificaciones de adolescentes como de padres informantes, 50% de los padres con hijos con artritis juvenil idiopática (n = 303) sobreestimaba o subestimaba el dolor, la capacidad funcional, el bienestar global o la calidad de vida en relación con la salud de sus hijos (Shaw, Southwood, McDonagh, 2006). Los padres y la gente joven también tienden a estar más de acuerdo en cuanto a las conductas que se observan con facilidad en comparación con fenómenos menos evidentes (Shaw, Southwood y McDonagh, 2006).

La colaboración con y la inclusión de progenitores y cuidadores tiene importancia similar. La conexión en la familia, los modelos de roles familiares, la ocupación familiar sobre el bienestar del menor y la autonomía en el hogar son factores que favorecen la adaptabilidad de los jóvenes, y se deben buscar y afirmar (Patterson y Blum, 1996), en especial durante la adolescencia y la transición. El reto de negociar el grado adecuado de participación de los progenitores constituye un componente integral de la salud del adolescente, de manera independiente a la presencia o ausencia de enfermedad crónica o discapacidad. En un censo en el Reino Unido entre profesionales involucrados en la atención de adolescentes con AJI, 33% indicó la existencia de dificultades de los progenitores (que incluían sobreprotección a los hijos) durante la transición, y percibía que influían en el éxito del proceso (Shaw, Southwood y McDonagh, 2004c). De ahí que los progenitores también requieran un periodo de preparación para

la transición y la transferencia. La provisión de tal servicio tiene repercusión evidente en función del espacio clínico o del tiempo, así como de cuestiones de personal, en particular para aquellos profesionistas que no trabajan al interior de un equipo multidisciplinario.

Además de la colaboración entre proveedores y la persona joven y su familia, la colaboración efectiva en la interfase de los servicios para niños y adultos es una clave para el éxito. Telfair y colaboradores informaron divergencia de opiniones entre los proveedores de la salud de niños y adultos respecto de los adolescentes con enfermedad de células falciformes (Telfair *et al.*, 2004). Estas diferencias tuvieron relación con las expectativas de transición y el programa requerido, sobre todo entre proveedoras del sexo femenino, aquellos con práctica en área urbana y proveedores que atendían tanto a adolescentes como a adultos, en comparación con sus contrapartes (Telfair *et al.*, 2004). Es frecuente que los proveedores pediátricos estén más preocupados que sus contrapartes para adultos, y esto se refleja en el origen pediátrico de gran parte del desarrollo de la atención transicional e investigación que existe hasta la fecha. No obstante, la transición incluye por definición a los servicios para adultos, por lo que ambas perspectivas y opiniones se deben reconocer y respetar.

Debido a la naturaleza holística de la transición, por definición la atención requiere una estrategia de colaboración, multidisciplinaria y multiorganismos. La heterogeneidad de estos “equipos virtuales” tiene implicaciones importantes para una comunicación efectiva al interior y entre los servicios. La documentación de información relevante es importante en vista de la naturaleza multidimensional y multidisciplinaria de la atención transicional. Desafortunadamente, en una auditoría nacional de notas clínicas de personas jóvenes transferidas en fecha reciente a servicios de reumatología para adultos, había un registro limitado de cuestiones clave de la atención transicional (Robertson *et al.*, 2006). Los jóvenes y sus progenitores expresan temores específicos en relación con esta transferencia de información (Shaw, Southwood, McDonagh, 2004a). A pesar de la participación en un programa de investigación multicéntrico sobre atención transicional, no hubo mejoría en cuanto a la cantidad de pacientes de los cuales se enviara una copia de cartas o resúmenes médicos o del equipo multidisciplinario al equipo de atención para adultos antes de la transferencia (Robertson *et al.*, 2006).

---

## El potencial de la atención transicional

---

En el contexto de una sobrevivencia o reconocimiento mayor durante la edad adulta de las afecciones que inician en la niñez, el cuidado transicional se puede justificar como una responsabilidad más que como una oferta adicional de los profesionales de la salud que atienden a jóvenes con esas características. Esto es singularmente válido entre los especialistas que atienden a niños y adolescentes, que deben dar atención apropiada según la edad y desarrollo, de manera inde-

pendiente a la edad cronológica. No obstante, este mensaje debe ser transmitido ahora de forma efectiva a sus contrapartes que atienden adultos, quienes tienen el potencial de participar en la atención de estos adultos jóvenes durante un tiempo mucho mayor que los especialistas pediátricos. Si bien existen datos objetivos limitados, se informan beneficios por la transición en función de mayor satisfacción, control de enfermedad y cumplimiento de citas tras la transferencia. En las clínicas de diabetes hubo una tasa más alta de asistencia a citas en las unidades en que los jóvenes habían conocido a los médicos para adultos antes de la transferencia (Kipps *et al.*, 2002) y también un control más adecuado (Orr, Fineberg y Gray, 1996). Los jóvenes informan cierta preferencia por conocer a los médicos para adultos antes de ser transferidos (Shaw, Southwood y McDonagh, 2004a; Kipps *et al.*, 2002) y existen cada vez más evidencias que apoyan el desarrollo de clínicas para adultos jóvenes entre 16 y 25 años para atender a pacientes en este periodo particular de adultez emergente (Dovey-Pearce *et al.*, 2005; Anderson y Wolpert, 2004). La primera evaluación objetiva grande de un programa coordinado para atención transicional basado en evidencias para una enfermedad crónica artritis juvenil idiopática informa mejoramiento significativo tras 6 a 12 meses entre adolescentes y sus padres, en comparación con la condición inicial en cuestiones de calidad de vida relacionada con la salud, conocimientos, satisfacción con la atención y disponibilidad vocacional (McDonagh, Southwood y Shaw, 2006b). Existen modelos numerosos de buena práctica provenientes de todo el mundo sobre los cuales basar el desarrollo futuro en esta área, de los que se listan ejemplos más adelante.

### Recursos en internet para la transición

#### Reino Unido

[www.transitioninfonynetwork.org.uk](http://www.transitioninfonynetwork.org.uk)

[www.dh.gov.uk/transition](http://www.dh.gov.uk/transition)

[www.dreamteam-uk.org](http://www.dreamteam-uk.org)

[www.transitionpathway.co.uk](http://www.transitionpathway.co.uk)

[www.youngminds.org.uk/publications/booklets/adulthood.php](http://www.youngminds.org.uk/publications/booklets/adulthood.php)

#### Australia

[www.rch.org.au/transition](http://www.rch.org.au/transition)

#### EUA y Canadá

[www.door2adulthood.com](http://www.door2adulthood.com)

<http://hctransitions.ichp.edu>

<http://depts.washington.edu/healthtr/index.html>

<http://chfs.ky.gov/ccshcn/ccshcntransition.htm>

[www.communityinclusion.org/transition](http://www.communityinclusion.org/transition)

A pesar de esto, existen aún muchas más preguntas que respuestas en el ámbito de la transición en la atención de la salud. ¿Los distintos modelos de atención transicional producen resultados médicos y psicosociales equivalentes? ¿Cuál es la evaluación sobre el costo económico de tales modelos? ¿Qué características del paciente (médicas, sociales, psicosociales) identifican a aquellos que requieren un programa transicional? ¿Qué define la disposición para la transición? ¿Qué define una transición “exitosa”? ¿Existen periodos críticos durante la transición en los que la oportunidad de las intervenciones sería más efectiva que en otros? ¿Cuál es el papel de la atención primaria en la transición? ¿Cuáles son los temas esenciales para la capacitación en atención transicional para profesionales de la salud? ¿Se relaciona la efectividad del apoyo de los progenitores con los resultados de la transición? ¿Existe relación entre las características familiares y el desarrollo de disposición para la transición en la persona joven o su logro de la transición? ¿Puede la atención transicional influir sobre la evolución a largo plazo? ¿Cuáles son las medidas de evolución más apropiadas para la investigación que evalúa resultados? Por último, si se quiere obtener una imagen realista, tal investigación debe involucrar a la gente joven y a sus familias o cuidadores, así como a los proveedores de atención pediátrica y para adultos, a los servicios educativos y sociales, y al voluntariado.

### CASO DE ESTUDIO 9-1

Alex va a cumplir 18 años de edad, y han pasado cuatro años desde que inició su cuadro de artritis juvenil idiopática, misma que fue diagnosticada y sigue siendo controlada por el equipo de reumatología en el hospital infantil local. Desafortunadamente, a pesar de la farmacoterapia máxima, aún no logra la remisión de la afección. Persiste con dolor, rigidez e inflamación en múltiples articulaciones, tanto grandes como pequeñas, a pesar de recibir inyecciones de etanercept dos veces por semana, de metotrexato una vez por semana, y tabletas antiinflamatorias y de prednisolona diarias. Este último fármaco le causa acné facial, lo cual le desagrada. Dejó de ir a la escuela a los 16 años, sin estar seguro de lo que quería hacer, pero en fecha reciente comenzó a trabajar como cajero en un banco local. Se siente ansioso por que llegue su tiempo libre, y lo disfruta, y no acudió a sus cuatro últimas citas de reumatología. Antes vivía con su madre. Ella se casó de nuevo el año pasado y tuvo un bebé, pero desafortunadamente Alex no tiene una relación buena con su padrastro, por lo que dejó la casa hace poco tiempo y se mudó con su novia. En la actualidad no tiene contacto con su madre y ya no recibe el tratamiento inyectable, pues su madre se lo aplicaba. Había incrementado su dosis de esteroides en tabletas sin notificarlo para tratar de detener el empeoramiento de su artritis por dejar los inyectables. A pesar de esto, la estrategia no tuvo éxito y él se siente cada vez más preocupado sobre el tiempo que podrá continuar trabajando. Tiene vida sexual activa, pero no usa condones debido a que le

es difícil colocárselos por la afección en las articulaciones de sus dedos y su novia toma anticonceptivos orales. Sabe que la política de transición en el hospital infantil indica que los adolescentes se deben transferir a los servicios para adultos entre los 16 y 18 años, pero las condiciones del hospital más cercano a su casa no le son convenientes por su empleo.

Considere y analice las cuestiones clave siguientes sobre manejo para la transición en relación con Alex, y que el equipo de reumatología debe analizar:

### **A. Salud**

1. Negociación de citas mutuamente convenientes en el hospital infantil.
2. Entrenamiento en técnicas para autoinyección, y reinicio de etanercept y metotrexato.
3. Revisión del tratamiento farmacológico y análisis de la necesidad de inducir la remisión de la enfermedad, en vista de que las terapéuticas nuevas requerirán un financiamiento distinto, que necesitará negociarse con el servicio para adultos.
4. Discusión sobre la corticoterapia (prednisolona), incluyendo un análisis de riesgo-beneficio y la importancia de hablar sobre cambios de dosis, ya sea con su médico general o el equipo de reumatología.
5. Sugerencias sobre tratamiento tópico contra el acné.
6. Introducción de temas relacionados con la salud sexual, que incluya los servicios de salud sexual disponibles para atender a adolescentes, infecciones de transmisión sexual, importancia del uso de condones y estrategias alternativas potenciales, solicitar a su novia que los coloque cuando él no pueda hacerlo.

### **B. Cuestiones vocacionales**

1. Discusión relativa a presentación de la enfermedad a empleadores, y sobre derechos aplicables según la *Disability Discrimination Act*.
2. Evaluación de terapia ocupacional relacionada con función de manos y sitio de trabajo.

### **C. Cuestiones sociales**

1. Exploración de vías para reconciliación potencial con su madre en tanto se refuerza la confidencialidad.
2. Recepción de beneficios para los cuales es elegible.
3. Evaluación de la conducción vehicular, para ayudar con cuestiones de transporte.
4. Desarrollo de vínculos con servicios de apoyo juvenil en la comunidad.

### D. Transferencia a servicios para adultos

1. Discusión relativa a la transferencia a una clínica para adultos jóvenes, en la que participen tanto su reumatólogo pediátrico como su reumatólogo adulto hacia un hospital más cercano a su sitio de trabajo, con una cita vespertina tardía para favorecer la asistencia y facilitar la transición completa.
2. Mantener contacto mediante correo electrónico o mensajes de texto con el miembro del equipo que conoce mejor (el terapeuta ocupacional) durante el periodo de transición, hasta lograr y confirmar una transferencia exitosa.
3. Participación del equipo de atención primaria para aportar apoyo mayor durante este periodo.

## Conclusión

La atención transicional es un área lista para el desarrollo desde el punto de vista de servicios, educación, capacitación e investigación. El reconocimiento de la naturaleza no categórica de la transición en el contexto de la enfermedad crónica o la discapacidad, con la comunicación subsecuente de conocimientos y experiencia entre especialidades, ayudará al avance de la atención transicional. Al hacerlo, será posible ayudar a mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de todos los jóvenes con enfermedades crónicas o discapacidad, al permitirles “sobrevivir y mejorar”, ¡y alcanzar su potencial verdadero!

## Lecturas recomendadas

- Department of Health (2006) Transition: getting it right for young people. Improving the transition of young people with long-term conditions from children's to adult health services. Department of Health Publications, London [[www.dh.gov.uk/transition](http://www.dh.gov.uk/transition)].
- Eiser C. (1993) *Growing up with a chronic disease*, Jessica Kingsley Publishers, London.
- Michaud, P.-A., Suris, J.-C. and Viner R. (2004) The adolescent with a chronic condition. Part II: Healthcare provision. *Archives of Disease in Childhood*, 89, 943/949.
- Office of the Deputy Prime Minister (2005) Transitions: young adults with complex needs, ODPM Publications, Wetherby, UK [[www.socialexclusion.gov.uk](http://www.socialexclusion.gov.uk)].
- Royal College of Paediatrics and Child Health (2003) Bridging the gaps: health care for adolescents, RCPCH, London [[www.rcpch.ac.uk](http://www.rcpch.ac.uk)].
- Suris, J.-C., Michaud, P.-A, and Viner R. (2004) The adolescent with a chronic condition. Part I: Developmental issues. *Archives of Disease in Childhood*, 89, 938-943.

## Preguntas para discusión

1. Sally es una adolescente con diabetes insulín dependiente desde los cuatro años. ¿Cuáles son los efectos potenciales de su enfermedad crónica sobre su desarrollo psicosocial y cognitivo a la edad de 11, 14 y 17 años?

2. ¿Quiénes son los elementos clave en la atención transicional y cuál es su papel potencial en el cuidado de Sally?
3. ¿Cuáles son las habilidades para la transición que Sally necesitará para poder participar de manera activa en su atención de la salud cuando sea adulta?
4. ¿Qué apoyo requerirá de manera potencial la madre de Sally cuando la niña crezca, y qué profesionales podrían aportarlo en el Reino Unido?
5. A los 16 años, se informa a Sally sobre su transferencia a la clínica para adultos. ¿Cuáles son las preocupaciones que podrían tener a) Sally, b) la madre de Sally, c) el endocrinólogo pediátrico de Sally y d) el endocrinólogo para adultos?



# CAPÍTULO 10

## Promoción de la salud y educación para la salud

Donna Mackinnon

Health Scotland, Health Education Board for Scotland.

- Introducción.
- Promoción de la salud del adolescente.
- Hacia la integración de un programa “juvenil”.
- Construcción de un puente entre proveedores y usuarios.
- Conclusión.

### Objetivos de aprendizaje

Después de leer este capítulo, usted debe:

1. Estar consciente de las razones por las que los adolescentes son un objetivo prioritario de la promoción y la educación para la salud.
2. Comprender que diversos individuos deben contribuir para promover la salud de los adolescentes, lo que incluye a personal que no se dedica a la atención de la salud y personas que no son profesionales de ésta.
3. Reconocer las diferencias y necesidades clave entre la gente joven y las distintas influencias que tienen lugar en su salud y bienestar.
4. Entender la razón por la cual las iniciativas deben tener resonancia con la propia vida de los adolescentes, y tomar en cuenta los significados que ellos mismos asignan a su salud y sus conductas en este sentido.
5. Describir las formas en que los jóvenes podrían volverse copartícipes en la promoción de la salud y el esfuerzo educativo, y las causas por las que esto es importante.
6. Comprender por qué la evidencia disponible debe contribuir al diseño e implementación de intervenciones, al mismo tiempo que reconocer qué tanta evaluación más se requiere, en especial sobre actividades para adolescentes con exclusión social.

## Introducción

---

Este capítulo analiza la difícil tarea de proveer educación para la salud y promoción de la salud para los adolescentes, y enfatiza que las estrategias apropiadas para adultos por ningún motivo deben transferirse de manera directa a la población joven. Presta una mirada a algunas de las cuestiones que se presentan al dirigirse a la gente joven mientras pasa por transiciones clave en vía de convertirse en adulta. El capítulo también considera las dificultades de proveer educación y promoción de la salud para adolescentes vulnerables y con exclusión social.

La primera sección de este capítulo evalúa la naturaleza de la promoción y la educación para la salud, y la razón por la que las personas jóvenes constituyen un blanco de acción clave. Algunas de las áreas principales en las que se ubican la promoción y la educación para la salud se examinan: educación para la salud con base escolar, espacios de trabajo para jóvenes, uso de medios masivos de comunicación y tecnología de la información. Se sugiere que una estrategia distribuida en diversos sitios podría dar los beneficios más significativos para la salud de los jóvenes y que existen diversos individuos (que incluyen a quienes no son profesionales de la salud) que necesitan contribuir para lograrlo. Este capítulo enfatiza la forma en que cada joven es distinto del resto. Tal heterogeneidad se demuestra a través del análisis de los diferentes factores que influyen sobre su salud, así como las diferencias clave en sus conductas relacionadas con ésta. La vida y las necesidades de salud de los jóvenes son complejas, sobre todo en vista de que se ha demostrado que los factores que se sabe promueven su salud también tienen potencial de dañarla, como es el caso de pares, familia y escuela.

Sin duda, existe gran cantidad de datos relativos a muchos aspectos de la vida y salud de las personas jóvenes. No obstante, gran cantidad se desarrolló a partir de la perspectiva del adulto sobre las cuestiones e inquietudes relativas a la salud. La segunda sección del capítulo enfatiza la necesidad de desplazarse hacia una programa “juvenil”. Las evidencias indican que es común que se detecte una perspectiva distinta cuando se interroga a la gente joven sobre su percepción de su salud y bienestar. Se analizan algunas preguntas clave. ¿Qué significa salud para la gente joven? ¿Por qué toma “riesgos” la gente joven? ¿Qué es lo que desean los propios jóvenes para cubrir sus necesidades? La discusión trata de alejarse de las estrategias y currícula que se enfocan en problemas específicos, y tomar en consideración la experiencia de la juventud contemporánea —cómo es ser joven en la actualidad— con una táctica que priorice su bienestar mental, y el desarrollo de resistencia y resiliencia.

La parte final del capítulo se refiere a la forma en que los jóvenes pueden ser copartícipes en el esfuerzo por la promoción de la salud y examina la forma en que esto se puede lograr mediante estrategias de mayor participación. La importancia de las evidencias en la promoción y educación para la salud se confirma cuando se plantea la pregunta sobre cómo se sabe si lo que se hace está

funcionando. El capítulo concluye que si las iniciativas para la salud han de tener un significado para las personas jóvenes requieren tener resonancia en sus propias vidas, tomar en consideración los significados de los propios jóvenes en cuanto a salud y conductas relacionadas con ésta, y reconocer también las diferencias existentes al interior de tal población.

## Promoción de la salud del adolescente

**Educación para la salud y promoción de la salud** son términos que se usan muchas veces en forma indistinta. No obstante las definiciones precisas de los términos se siguen refutando, hay diferencias en cuanto a las actividades y objetivos de cada uno. La promoción de la salud tiene sus raíces en la educación para la salud establecida desde hace tiempo y se hizo prominente durante el decenio de 1980-1989. El *Ottawa Charter*, que se estableció en 1986 durante la primera conferencia internacional para promoción de la salud, define la promoción de la salud como el proceso de habilitar a la gente para incrementar su control sobre su salud y mejorarla. De ahí que un principio esencial de la promoción de la salud sea el empoderamiento. En fecha más reciente, el empoderamiento se dejó de mirar como algo atribuible al individuo y de tipo conductual, y se orientó más como una actividad colectiva con base comunitaria. El objetivo principal de la promoción de la salud es prevenir la salud deficiente, y también favorecer una salud y bienestar positivos. Esto puede implicar procesos numerosos, como la provisión de elementos prácticos como programas para detección, inmunización y mejoramiento de la salud. En efecto, la promoción de la salud consiste en la prevención de la salud deficiente, la protección de la salud y la educación sobre la salud. Pone énfasis en los elementos físicos, mentales y sociales de la salud. Es válido decir que la promoción de la salud tiene un ímpetu político, y que la acción social para la salud es dirigida por las políticas.

La educación para la salud tiene un sentido más **comunicativo**, en cuanto difunde información e incrementa el conocimiento a la vez que busca motivar a la gente para promover su salud. Un objetivo central es estimular la existencia de un ambiente saludable, y hay énfasis sobre actividades con enfoque individual y conductual. Es frecuente que los esfuerzos para promoción de la salud asuman una estrategia con base en temas específicos, con programas integrados para cada uno, entre otros consumo de tabaco y alcohol, o enfermedad cardíaca coronaria. Sin embargo, las conductas y temas se asocian de manera clara, y tal estrategia podría dar por resultado la duplicación de los esfuerzos. La otra vía principal es el trabajo que se basa en el entorno, tal como en el sector del voluntariado, el sitio de trabajo, la comunidad y la escuela. Esto permite la coordinación de esfuerzos en las áreas temáticas. Además, es posible que una estrategia que se base más en lo local pudiera facilitar el desarrollo de asociaciones nacionales-locales.

## ¿Por qué dirigirse a la gente joven?

Por mucho, la gente joven constituye un sector saludable de la población. West y Sweeting (2002) argumentan que existe incluso una tendencia hacia la “ecualización” del efecto de que se evidencia un discreto patrón de salud relacionado con la clase social durante algún periodo. Como se señala en el capítulo 1, tal grupo no demuestra los signos del desgaste natural por vivir. Aún así, los jóvenes son uno de los blancos primarios de los esfuerzos para la promoción de la salud. Relacionada a esto se encuentra la dirección política que busca derribar las conductas del adolescente. Existe el deseo de evitar que la gente joven se implique en conductas desordenadas y de riesgo que con frecuencia los adultos y la sociedad en general perciben como amenazantes. Como resalta la discusión en el capítulo 1, el enfoque se pone en los adolescentes como **un riesgo** y como **quienes toman riesgos**. También existe la necesidad de ser vistos en acción de terminar con los resultados futuros negativos potenciales que podrían conducir a la existencia de una población adulta carente de salud, como en el caso de las tasas crecientes de obesidad entre niños y adolescentes. Es un hecho que la prominencia de los adolescentes en el programa para mejoramiento de la salud se puede entender en función de la necesidad de tener acción y control en el presente, y de que se genera a partir de una preocupación sobre el futuro.

## Acumulación de millas

La perspectiva vitalicia de la promoción de la salud tiene como consecuencia el surgimiento de preocupaciones relativas a las consecuencias que pudiera tener la conducta del adolescente sobre su salud posterior. Existen evidencias sólidas de que los factores de riesgo para enfermedad durante la edad adulta, como la enfermedad cardíaca coronaria, con frecuencia se originan en alguna fase previa de la vida. Aunque en comparación con generaciones mayores se observa un patrón de salud menos dependiente de la clase social entre la gente joven, la acción durante la adolescencia podría evitar inequidades en salud en fases posteriores. Más aún, al igual que con la sociedad adulta, es real que las personas jóvenes que forman parte de grupos vulnerables, excluidos o empobrecidos siguen experimentando muchos de los resultados más deficientes o riesgos en cuanto a la salud. Es un hecho que los grupos marginados están identificados: la gente joven que reside en sitios para cuidado, que no tiene hogar, la que abandona casas de asistencia y la que viaja, así como los delincuentes juveniles (Tisdall, 2002). Las evidencias también sugieren que estas personas jóvenes tienen las tasas más altas de enfermedad crónica grave y las dietas más deficientes, a la vez que son los que consumen más tabaco, alcohol y drogas ilícitas. De hecho, en tanto la adolescencia es uno de los periodos de mayor salud durante la vida en relación con la morbilidad y la mortalidad, algunos jóvenes ya tienen muchas millas acumuladas.



### Derribamiento de la incursión en riesgos

Una causa relacionada por la que debe ponerse atención en la gente joven reside en la forma en la que la conducta de ésta se problematiza y en que la adolescencia se mira a través de una lente de “tormenta y tensión” —¡un periodo de agitación natural con todas esas hormonas al frente! Es raro que pase un día sin que se señalen estadísticas alarmantes sobre el consumo de alcohol y drogas, la obesidad o el riesgo sexual entre los jóvenes. No sólo eso, sino que la incidencia mayor de participación en diversas conductas de riesgo provoca preocupación entre los adultos. Los **pánicos morales** en torno a la conducta de los jóvenes no son nuevos. Los académicos los han seguido incluso hasta la sociedad victoriana, cuando la palabra *hooligan* apareció por primera vez en la prensa para referirse a un grupo de jóvenes. ¡La problematización de las conductas de la gente joven tiene como resultado el desarrollo de estrategias y currícula para promoción y educación de la salud dirigidas contra problemas específicos en vías de tratar de reducir esas estadísticas!

### Ritos de iniciación

Durante la transición hacia la edad adulta los jóvenes se encuentran con situaciones nuevas que les conducen a tener que enfrentar diversas opciones, que incluyen aquellas sobre su conducta. La experimentación es un elemento integral de la adolescencia y es una característica clave del periodo de transición de la juventud en que las identidades adultas comienzan a formarse, y se ponen a prueba conductas de riesgo. Fumar, beber, usar drogas y tener actividad sexual son parte de

los “ritos de iniciación” que los jóvenes prueban como parte de su experimentación de diversas identidades personales. En particular, los jóvenes asocian el consumo de alcohol con su transformación en adultos y con la participación social. De manera adicional, están entrando en un mundo de adultos que tiene una carga sexual intensa. Sin embargo, como se analiza más adelante en este capítulo, la gente joven percibe la experimentación y las conductas de riesgo de manera diferente a como lo hacen muchos adultos, quienes interpretan tales comportamientos entre jóvenes como un problema. Todavía más, los cambios recientes en la experiencia juvenil sobre la transición hacia la adultez han conducido a algunos investigadores hacia la discusión de que la gente joven está ahora sujeta a muchas más “ventanas de riesgo”, lo cual podría aumentar su vulnerabilidad a conductas con potencial dañino para la salud (Furlong y Cartmel, 1997).

### Retos nuevos

En la actualidad se acepta ampliamente que la naturaleza de las transiciones de los jóvenes hacia la adultez se está modificando. Los retos que la gente joven enfrenta mientras transcurre por la transición son ahora muy distintos incluso de los que había hace un decenio, sin siquiera considerar los que enfrentó la generación previa. En relación con esta aceptación se encuentra el reconocimiento mayor de que la visión de “tormenta y tensión” es demasiado estrecha, dados los cambios sociales más amplios y sus efectos sobre la experiencia de los jóvenes. En tanto en el pasado las transiciones hacia la edad adulta eran relativamente directas y predecibles, ahora son mucho más heterogéneas y complejas; la consecuencia que son experiencias de tipo más individual y menos grupal. La gente joven pasa periodos sin precedente con sus coetáneos, y se dice que su tiempo libre y relaciones sociales han adquirido significado y significancia nuevos para la formación de su identidad (Hendry *et al.*, 1993). El paso por las transiciones (tal como el cambio de los sistemas educativos, dejar la casa de los padres, convertirse en padres jóvenes) es un elemento clave de la vida de la gente joven en la actualidad, y lograr un cambio exitoso es un aspecto importante para la salud y el bienestar durante la juventud, aunque también un fundamento trascendental de la salud futura y el bienestar como adulto. Los jóvenes que no logran transiciones exitosas adquieren un riesgo grave de exclusión, al igual que de salud mental y física deficientes durante su vida adulta. De ahí que la aportación de información confiable y fidedigna, así como consejo confidencial sobre salud y bienestar sean primordiales durante este periodo.

### ¿Dónde y cómo se dirigen los profesionales de la salud a la gente joven?

#### *El medio escolar*

Las escuelas se miraron como un sitio primordial para la promoción de la salud durante muchos años, pero el reconocimiento de su potencial para llevar a cabo

iniciativas para la educación y promoción de la salud se renovó. Los comentaristas hicieron un análisis sobre las ventajas y las desventajas de la escuela como un sitio para la promoción de la salud en diversos países. Algunas de éstas se resumen en el cuadro 10-1.

Como lo indica el cuadro, las escuelas podrían proporcionar los medios para mejorar la salud y bienestar de la gente por medios que también aportan beneficios para sus logros educativos. Cuentan con una audiencia blanco significativa debido a que la asistencia es obligatoria. En un estudio sobre las experiencias de los padres sobre la difusión de salud sexual para sus hijos, Walker (2001) concluyó que los padres tenían habilidades como educadores, pero que también encontraban la experiencia incierta y embarazosa, en particular cuando trataban con sus hijos. La educación para la salud en la escuela podría permitir a los padres desentenderse, pero también podría facilitar sus esfuerzos. Algunos estudios demuestran que los padres están interesados en la educación de sus hijos en torno a la salud. También existen evidencias para sugerir que las escuelas son

**Cuadro 10-1. Fortalezas y limitaciones clave del medio escolar**

Fortalezas	Limitaciones
<p>Llega a un número significativo. La mayoría de los jóvenes acude a la escuela durante un mínimo de 11 años</p> <p>Los maestros tienen un entrenamiento que facilita el aprendizaje</p> <p>Los maestros podrían tener ya una comunicación con los jóvenes con los que entran en contacto a diario</p> <p>Las asociaciones con otros temas o sujetos de aprendizaje como los estudios modernos, podrían ayudar a promover habilidades transferibles como comunicación y reflexión sobre sí</p> <p>Las escuelas son percibidas como positivas por la mayoría de los padres para la provisión de educación para la salud</p> <p>Ofrecen una estructura curricular que se conduce en forma apropiada para la edad y según niveles de aptitud</p>	<p>Algunas personas jóvenes dejan de estar al alcance, al tener actitudes de bribonería, ser excluidas, tener enfermedades, etcétera</p> <p>Los profesores podrían no contar con entrenamiento y apoyo adecuado para cuestiones más sensibles</p> <p>Muchos jóvenes podrían ver a las escuelas como sitios institucionales de autoridad y por ello dudar sobre la existencia de confidencialidad</p> <p>Las presiones existentes sobre el currículo podrían implicar que la educación para la salud no sea una prioridad en los estándares y objetivos que el personal debe cubrir</p> <p>Los padres pueden usar las escuelas como una opción para no relacionarse</p> <p>Los profesionales de la educación y la salud suelen recurrir a discursos distintos que pueden impedir la comprensión y el compañerismo para el trabajo</p> <p>Es posible que existan entendimientos diferentes de lo que constituye un resultado exitoso en educación para la salud, como por ejemplo, la reducción de las tasas de tabaquismo o el conocimiento mayor</p>

Fuentes: Young, 2004; Scriven y Stiddard, 2003

más efectivas en función del logro académico si se desarrollan relaciones adecuadas con los padres (Denman, 1998). Es seguro que tales asociaciones conferirían beneficios a la educación para la salud. Sin embargo, existen dificultades en cuanto a la escuela como ubicación, toda vez que se incrementan las presiones que ya existen para el personal en relación con el currículo escolar y la necesidad de ajustarse a los estándares educativos en las materias núcleo.

Los elementos positivos respecto de la escuela como sitio para el mejoramiento de la salud recaen en el concepto de escuela promotora de salud en Escocia e Irlanda del Norte, en la *Welsh Network of Healthy Schools* y en el estándar *National Healthy School* en Inglaterra. Como sugiere Young (2004), tal estrategia unificadora escolar total podría tener como resultado instituciones capaces de incluir la salud en su **currícula informal** y formal; en otras palabras, no sólo a través de las estrategias tradicionales educativas e informativas, sino también mediante la promoción de un carácter distintivo saludable. Esto es importante, no obstante las escuelas podrían transmitir mensajes contrapuestos a la gente joven. Los mensajes sobre la alimentación saludable y los beneficios de la actividad física podrían no estar respaldados por opciones alimentarias saludables en la cafetería o las máquinas automáticas, o bien por la disponibilidad de facilidades para bicicletas o áreas de vestidores. Por otra parte, la promoción de la salud resalta la importancia del empoderamiento en tanto el medio institucional escolar tiene un carácter distintivo de control y la educación para la salud en las escuelas podría tener un choque con la cultura en el hogar. También sería posible cuestionar de manera ética el elemento de “audiencia cautiva” del medio escolar —¿con cuánta frecuencia da la gente joven su consentimiento informado para las intervenciones con base escolar en contraposición a sus padres o maestros?

### *Personal de la escuela*

Gordon y Turner (2001) exploraron las perspectivas del personal y los alumnos con respecto a si los primeros debieran ser “ejemplares” de salud —es decir, modelos del rol. Estos investigadores encontraron poco soporte en este sentido tanto del personal como del alumnado. Los alumnos incluidos en la investigación sentían que aun cuando los maestros debían tener conductas saludables esto no sería de utilidad para que ellos adoptaran la actitud mostrada. El personal más bien constituye un grupo del cual los alumnos desean diferenciarse y no identificarse. Tanto el personal como el alumnado en la investigación coincidieron en que el personal podría dar consejos válidos sobre salud. Los alumnos percibían que el personal no debería demostrar de manera abierta conductas dañinas para la salud si al mismo tiempo las describía como negativas, es decir, tener una actuación contradictoria. No obstante, los sentimientos más intensos tanto de los elementos del personal como del alumnado respecto de los primeros como “ejemplares” no tenían relación con la salud física, sino más bien tenían relación con mostrar conductas interpersonales buenas, como ser respetuosos,

amigables y tranquilos. El concepto de escuela promotora de la salud va más allá de enseñar a enfatizar relaciones comunitarias y tiene una perspectiva de tipo multifacético. También incluye a todos los miembros de la comunidad escolar. Aún así, como Young (2004) afirma, la educación para salud que tiene como base única la escuela es insuficiente para modificar el comportamiento de los jóvenes y se requiere una táctica mutifacética en vista de la diversidad de influencias que recibe la salud de los jóvenes. Una influencia importante en ese sentido la ejercen los medios masivos de comunicación.

### *Medios masivos de comunicación*

La gente joven es consumidora experta de los medios masivos de comunicación y es más bien perspicaz en cuanto a cuáles son mejores para aportar distintos tipos de información. Se sugiere que las personas jóvenes en el Reino Unido que tienen entre 6 y 17 años de edad pasan hasta 5 h cada día consumiendo a usando medios masivos de comunicación, y existen evidencias que señalan incluso niveles de uso mayores (Batchelor y Raymond, en Burtney y Duffy, 2004). En los censos la gente joven cita de manera constante a los medios como fuente principal para obtención de información. Los jóvenes también tienen gran capacidad para recordar los anuncios en comparación con otras poblaciones, y son mucho más críticos cuando discuten su contenido (Batchelor y Raymond, en Burtney y Duffy, 2004). El uso de los medios masivos de comunicación para promover su salud parecería el medio idóneo para acceder a esta población pero, ¿son funcionales los anuncios sobre promoción de la salud? La respuesta a esta pregunta es sí, pero no por sí mismos.

Los educadores para la salud deben ser realistas en torno a qué es lo que puede lograrse con el uso de los medios masivos de comunicación. Podrían ser importantes para atraer la atención hacia ciertos temas, ponerlos en la agenda pública y difundir información. Existen evidencias que sugieren que influyen sobre las actitudes. En particular las campañas sostenidas contribuyen a cambios más amplios de las actitudes sociales, como aquellas sobre conducción en estado de ebriedad. Sin embargo, se necesita un tiempo considerable para que esos cambios de actitud se manifiesten. Por otra parte, es muy difícil determinar y especificar cuáles son los efectos de los anuncios de salud sobre los cambios de conducta que resultan. De ordinario, el cambio sólo se logra cuando ya existe motivación para ello. De igual forma, la relación con esfuerzos más locales para promoción de la salud tiene importancia trascendental. El uso de los medios debe respaldarse con acciones sobre la raíz. Se logra poco beneficio al difundir información sobre la suspensión del tabaquismo si no se están llevando a cabo acciones para tal efecto en el nivel local, y viceversa.

### *Consumidores activos*

El elemento positivo principal para el uso de anuncios para promover mensajes de salud reside en retar a la gente joven a reflexionar y darle más conocimien-

to. Lejos de ser consumidores pasivos de los mensajes sobre la salud, los jóvenes son usuarios muy activos, que construyen sus propios significados y conocimiento. Se ha demostrado que su propia vida y experiencia personal media estos significados. Al igual que otras iniciativas para la promoción de la salud, las campañas en los medios sólo tienen éxito cuando reciben información precisa a partir de las evidencias que surgen de las vidas de la gente joven. De hecho, una investigación realizada por la empresa MORI indica que la mayoría de la gente joven, 68%, cree que su grupo sería el más adecuado para escribir los guiones sobre una vida saludable (MORI, 1998, citado en Burtney y Duffy, 2004). De manera adicional, la investigación sugiere que el matiz de un anuncio que se diseña para la gente joven tiene tanta importancia como el contenido mismo. La importancia de aquella cualidad también se demostró en un análisis en línea sobre los puntos de vista de la gente joven en cuanto a la información de salud.

### *Uso de tecnología para la información*

La tecnología para la información continúa transformando la manera en que la información se intercambia, y en particular la internet se reconoce cada vez más como un instrumento potencialmente poderoso para mejorar la salud. Permite a la gente responsabilizarse de su salud y también da oportunidad a los profesionales para ofrecer un tipo alternativo de servicio que puede tener contenido global y local. La investigación realizada por Mackinnon y Soloman (2003) consideró las necesidades, experiencias y actitudes de los jóvenes en torno a la provisión de información sobre salud en línea (véase también Gray *et al.*, 2005). Muchos jóvenes miran la internet como su fuente de información principal. Se percibe como más divertida que los libros o volantes, y más actualizada. También se mira como la fuente ideal de información dada la cualidad anónima que se le asigna. No obstante, la investigación observó que el acceso, las preferencias y el uso de la internet varían con la edad y esto tiene importancia para desarrollar esos recursos.

Los anuncios y el uso de la nueva tecnología para la información desempeñan un papel valioso para llegar a la gente joven. En particular, los elementos multimedia sin duda adquirirán significancia mayor como medio de aprendizaje innovador para la promoción de la salud. Sin embargo, es claro que la información es insuficiente en sí misma. Por ejemplo, se demostró que las campañas para información sobre VIH inducen niveles de conciencia mayores, pero la gente sigue participando en actividades sexuales sin protección. De forma similar, los mensajes sobre uso de drogas pueden tener efecto limitado para la gente joven que no percibe su uso como dependencia. Más aún, Duffy y colaboradores (2003) señalan con prudencia que no toda la gente joven cuenta con experiencias que le permitan valorar la información que se presenta o capacidad para cambiar situaciones negativas para la salud incluso si cuenta con información. Estos autores también señalan que menos de 10% de la población mundial cuenta con acceso a la internet y que de hecho la mayoría tiene que conectarse

por vía telefónica. De igual forma, las condiciones que incluyen la escuela y el uso de medios masivos de comunicación o tecnología innovadora para la información podrían no estar al alcance de los tipos principales de personas que requieren más apoyo.

### *En la comunidad y más allá*

También es necesario considerar la forma en que es posible acceder a las personas jóvenes que están fuera del sistema estatutario escolar; ¿cómo se puede hacer llegar un mensaje de promoción para la salud hasta los jóvenes de difícil acceso y excluidos? Es aquí que se vuelve evidente que existe cierto número de individuos que tiene que hacer alguna contribución a la promoción de la salud para los jóvenes. Tanto trabajadores de campo, trabajadores juveniles en cafés y centros, como educadores comunitarios tienen contacto considerable con los jóvenes. Cada vez más, las cuestiones de la salud de los jóvenes se identifican y responden mediante la acción de diversas organizaciones juveniles, tanto estatutarias como voluntarias. La investigación respecto de las necesidades de trabajadores jóvenes y organizaciones demuestra que de manera independiente a su giro, la salud es un área importante de preocupación, en particular la salud mental (Smith, Cunningham-Burley y Backett-Milburn, 2003). Es un hecho que otros estudios de investigación entre profesionales adultos con un giro amplio en relación con la gente joven indican que se requiere una estrategia sobre prioridades más incluyente y no una enfocada en temas específicos como drogas o salud sexual (Aggleton *et al.*, 1998).

En un mapeo sobre promoción de la salud entre personas jóvenes, Peersman (1996) encontró que distintas actividades de riesgo se interrelacionan y también tienden a acumularse en las personas jóvenes más vulnerables. Es así que tiene sentido usar una estrategia más conjunta e integral para la promoción y educación para la salud para gente joven que la que se usa para adultos, si es que se quieren cubrir sus necesidades. Por ejemplo, en otras investigaciones los jóvenes indican que para educar debe adoptarse una visión más holística del consumo de alcohol y drogas, que tome en consideración su vida en general (Potter y Hodgkiss, 2002). Por otra parte, un tamaño no se ajusta a todos, dada las diferencias individuales, comunitarias y sociales que toman parte en la salud de la gente joven y sus conductas relacionadas.

### *La heterogeneidad de la juventud*

Es común que se perfile a la gente joven como un grupo relativamente homogéneo. ¿A qué se debe esto? No son más parecidos entre sí que los adultos. No comparten los mismos puntos de vista, ni exhiben las mismas conductas. Existen muchos elementos que influyen sobre sus necesidades y conductas de salud. En una revisión sistemática de las evidencias en torno a las perspectivas de la gente joven y las intervenciones de salud, Shepherd y colaboradores (2002) llaman la atención hacia las formas en que los elementos clave que influ-

yen sobre la salud de los jóvenes tienen potencial para actuar tanto como facilitadores y barreras. Aseguran que tales influencias operan en tres niveles primordiales: individual, por ejemplo, edad y género; comunitario, tal como amistades y familia; social, que incluye circunstancias económicas y medioambientales. Estas influencias se pueden visualizar a través de la participación en conductas que comprometen la salud y los significados que la gente joven asigna a tales comportamientos, relaciones y situaciones de vida en ese momento.

En relación con el género, Wight y Henderson (en Burtney y Duffy, 2004) resaltan que los significados que la gente joven otorga las relaciones sexuales derivan de los mismos pares sexuales, y por ello se desarrolla una diferencia en el conocimiento que tienen mujeres y varones jóvenes. Las mujeres jóvenes muestran en forma constante tasas más elevadas de tabaquismo en Bretaña que sus contrapartes varones. Son más receptivas a mensajes sobre alimentación saludable, pero participan en menos actividad física extraescolar (Shepherd *et al.*, 2002). La etnicidad también induce diferencias. Wight y Henderson (en Burtney y Duffy, 2004) señalan que la edad para la primera relación sexual difiere de manera considerable entre grupos étnicos, y también entre géneros. Los adolescentes que pertenecen a minorías étnicas tienen necesidades específicas de promoción de la salud, que tienen relación no sólo con el lenguaje sino también con las expectativas culturales y de sus progenitores. Por ejemplo, en su estudio sobre necesidades de vivienda y salud mental de asiáticos, Radia (1996) afirma que en culturas distintas existen creencias diferentes sobre lo que es útil para el tratamiento de cuestiones de salud mental, como por ejemplo acudir con un *hakim* que utiliza remedios herbolarios tradicionales o con un curandero. En tanto en la cultura occidental el cuerpo y la mente suelen verse como entidades separadas, Radia (1996) resalta que en muchas culturas étnicas se miran como un solo elemento y necesitan tratarse como un todo. De ahí que diversas intervenciones no sean adecuadas en el sentido cultural.

### *Pares, progenitores y ubicación*

Durante la adolescencia, los pares adquieren un significado renovado para la gente joven, no sólo como contrapartes etéreos, sino también como proveedores de consejo y apoyo. Los jóvenes ven a sus amigos como una de las fuentes de información más importantes sobre temas de salud como sexo y drogas. En tanto los amigos difieren de los pares (están seleccionados), los estudios siguen demostrando que tener amigos o un mejor amigo que consume tabaco incrementa la posibilidad de que la persona fume. Aunque la presión de los grupos de referencia tiene un papel específico de influencia en algunos adolescentes, en especial los de edad menor, la identificación o influencia que reciben de sus pares se acepta cada vez más como una explicación. De manera semejante, en tanto las creencias de los progenitores podrían afectar las conductas de salud de los jóvenes, se observa que las conductas de los progenitores tienen más influencia como predictores, como en el caso de tener padres fumadores.

Como se señaló, la situación económica y origen social del adolescente se resaltan como contribuyentes para la participación en conductas que comprometen la salud —la acumulación de millas. Se encontró que la mediana de edad para la primera relación sexual es menor en personas jóvenes de clase trabajadora. Es interesante señalar que los jóvenes cuya clase social está determinada por el empleo de los progenitores también muestran características distintivas claras en cuanto a los niveles de participación en actividades de riesgo que cuando se toman en consideración sus propias expectativas profesionales (Glendinning *et al.*, 1992). En tanto el nivel educativo se relaciona con la clase social, la investigación encontró que tiene efecto independiente. Por ejemplo, las aspiraciones y expectativas educativas más bajas se asocian a actividad sexual más temprana, tasas menores de uso de métodos anticonceptivos e incremento mayor de embarazos no deseados (Wight y Henderson, en Burtney y Duffy, 2004). Existe evidencia abrumadora que indica la relación entre pobreza, nutrición deficiente y niveles de actividad. Es claro que el acceso y costo de alimentos y actividades para recreación tienen su papel. A pesar de ello, los niveles de acceso y costo no sólo impactan en las poblaciones con deprivación económica; otro factor que también influye en este sentido es el sitio en que vive el adolescente.

Mientras se acumula cada vez más evidencia sobre el impacto del género, la clase y los grupos de referencia, la promoción de la salud no siempre ha tenido velocidad suficiente para actuar sobre la influencia que ejercen el lugar y la cultura local sobre actitudes y conductas del adolescente. Sin embargo, existen diferencias urbanas y rurales claras en relación con la cobertura de las necesidades de salud entre la gente joven. Como discuten Shucksmith y Hendry (1998), la ubicación constituye una dimensión significativa de las relaciones sociales. Estos autores sugieren precaución en cuanto a la adopción de un determinismo espacial, pero señalan que las influencias locales impactan sobre las culturas de la gente joven. Otros estudios también resaltan la diferenciación rural, mismos que encuentran que distintas culturas locales ejercieron influencia sobre creencias y expectativas de los jóvenes, como por ejemplo en el tema de la actividad sexual en un área remota que tiene por característica la religión y en donde se reverencia el matrimonio, o el temor que deriva de adquirir cierta reputación o tener algún estigma (Mackinnon, 2005; Hendry *et al.*, 1998).

Se hace patente que las intervenciones necesitan tomar en cuenta tales diferencias y ver a los adolescentes como individuos con diferente etnicidad, género, clase social, ubicación y edad. De hecho, la investigación en la internet resalta la necesidad del adolescente de ser visto como un individuo. Los jóvenes sienten que esta variante aporta la oportunidad de obtener datos más personalizados, con estrategias individuales diseñadas según su propio peso, condición y tensores (Mackinnon y Soloman, 2003). La sección siguiente de este capítulo explora en mayor profundidad la complejidad de la vida de las personas jóvenes cuando analiza sus perspectivas sobre necesidades y conductas relacionadas con la salud. Se sugiere que a la par de la conciencia de diversidad se tomen en cuen-

ta las perspectivas de los jóvenes en la promoción y educación para la salud dados su propio entender y significados.

### Resumen de la sección

- Los adolescentes son un foco prioritario de la promoción y educación para la salud debido a las preocupaciones de los adultos sobre las repercusiones futuras de sus conductas de riesgo. Se cree que tales conductas se acumulan en grado mayor durante este periodo.
- El aporte de información sobre la salud es necesaria pero ésta no es adecuada en sí misma, sobre todo en vista de que no toda la gente joven tiene la habilidad o capacidad para tener acceso a ella o actuar en consecuencia.
- La promoción y la educación para la salud requieren distintas estrategias y actores para interactuar con una gran diversidad de adolescentes.

### Hacia el desarrollo de una agenda “juvenil”

*Muchas personas jóvenes tienen una comprensión sofisticada sobre la salud, su conducta y el medio socioeconómico general en que se desenvuelven. Asumir que todos deben tratarse como receptores pasivos de una agenda de salud conducida por profesionales es negarles su papel como agentes activos en sus propias vidas (Shepherd et al., 2002, p. 14)*

¿Cómo toma sentido la salud para los adolescentes y qué es lo que desean que la promoción y la educación para la salud hagan para responder a sus preocupaciones sobre salud? Una revisión reciente indica que existen pocas publicaciones que tomen en cuenta la perspectiva de la persona joven como tema primordial y que consideren la forma en que los jóvenes construyen sus mundos (Shucksmith y Spratt, 2002). De cierto, la gente joven participa en censos, quizá hasta el punto de saturarse, pero tal investigación se ha enfocado en su mayor parte en la respuesta de la gente joven a un listado predeterminado de preguntas predefinidas por adultos. En los estudios escasos en los que se consultó a los jóvenes sobre sus creencias en cuanto a salud, la investigación indica que más que hacer énfasis en temas prominentes como drogas o tabaquismo, los jóvenes asignan importancia considerable a la imagen corporal, las relaciones sociales y las actividades sociales para su bienestar (Aggleton *et al.*, 1998; Shucksmith y Hendry, 1998; Shucksmith y Spratt, 2002; Mackinnon y Soloman, 2003). Con base en un estudio sobre las inquietudes de jóvenes del medio rural, Hendry y Reid (2001) informan que las preocupaciones primordiales sobre salud son falta de confianza en sí mismos, incertidumbre sobre logros personales, preocupación sobre la interacción con otros, y manejo de emociones y depresión. Aunque se

hizo evidente su inquietud sobre temas como drogas, los autores señalan la prominencia de las relaciones sociales entre los sentimientos de las personas jóvenes en cuanto a salud y bienestar.

Un tema fuerte que deriva de la investigación sobre la salud de los jóvenes es su deseo de actuar de manera autónoma y tener control sobre sus propias decisiones. Hendry y Reid (2001) encontraron que la gente joven desea mantener su habilidad para llegar a conclusiones propias después de obtener información confiable (véase también Hendry *et al.*, 1998). En algunos de estos estudios con rasgos de mayor consulta, la gente joven expresó el deseo de contar con material **interactivo** que incluya análisis o métodos más interactivos para la educación. Estos estudios indican que los jóvenes expresan necesidad de:

- Oportunidad para discutir las implicaciones con libertad y sin conclusiones preestablecidas.
- Información con base en el contexto de sus vidas.
- Recursos diseñados para géneros y edades distintos.
- Trabajo grupal sólo para personas de un mismo sexo cuando se desee.
- Información actualizada, relevante y sin prejuicios.

Al igual que la conclusión a que llegan Shepherd y colaboradores y que se menciona antes, Shucksmith y Spratt (2002) confirman en su revisión que el conocimiento de la gente joven sobre la forma de mantener su propia salud es adecuado o incluso cuantioso. Sin embargo, este conocimiento no necesariamente se refleja en su conducta. Por ejemplo, estos autores ilustran la forma en que la gente joven tiene una conciencia adecuada sobre aspectos nutricionales y sabe sobre los beneficios de la actividad física, aunque en la práctica recibe otras influencias socioculturales más fuertes. En efecto, el conocimiento parecería ser menos que un atributo sobre los estilos de vida para la salud que el contexto social en que se verifican tales conductas. Aggleton (1996, p. 89) llama la atención hacia el concepto de “culturas de riesgo” como la forma en que distintas personas jóvenes asignan sentido a la salud e inquietudes relacionadas:

*Tales culturas incluyen comprensiones del ser en relación con la salud. También generan normas y expectativas sobre la conducta apropiada e inapropiada que se relaciona con la salud, y posicionan a la gente joven de manera diferencial en relación con el riesgo de salud. Cada una tiene valores propios, ya sean estos definidos en forma explícita o no, y se asocia a estados específicos de bienestar físico y mental.*

Es importante entonces entender y referirse a los significados que los propios jóvenes asignan a sus conductas, y reconocer que con frecuencia pueden mostrar contradicciones en cuanto a actitudes y ambivalencia. Por instancia, Allbutt, Amos y Cunningham-Burley (1995) encontraron que la gente joven sostiene actitudes ambivalentes y contradictorias en torno a fumar. De manera indepen-

diente a si fuma, expresa imágenes positivas y negativas del tabaquismo. Es clara la necesidad de explorar con profundidad mayor la manera en que los jóvenes miran su propia persona, sus procesos de autocalificación e identidad.

### ¿Por qué incurre en riesgos la gente joven?

Como se menciona en la discusión previa, la adolescencia es un periodo en que se incrementan las conductas de riesgo y la mayoría de la gente joven usa tales comportamientos como una forma para experimentar o establecer identidades. Existen evidencias que sugieren que la mayor parte percibe su conducta como muy distinta de la de personas que incurren en riesgos en grado problemático, y que su práctica de riesgo es una práctica social, es decir, momentos clave de interacción social mientras se convierten en adultos. Como indican Hendry y Kloep (1999), muy pocas conductas de riesgo se realizan en solitario, sin requerir una audiencia. En particular, el consumo de alcohol es una actividad de mayorías y se percibe como parte del crecimiento. Shucksmith (en Burtney y Duffy, 2004) hace notar que los riesgos pueden parecer aceptables cuando la gente joven percibe que de ellos deriva una recompensa en función del desarrollo de su autonomía, o afirmación de su identidad y de su condición de casi adultos. Como tal, es necesario reconocer la naturaleza voluntariosa del comportamiento de los jóvenes. En otras palabras, se requiere mayor enfoque en las necesidades de la educación e investigación sobre salud en cuanto a los beneficios que las personas jóvenes creen que se originan a partir de consumir tabaco o sustancias, participar en actividad sexual —en alguna conducta que los adultos califiquen como riesgosa. Shucksmith y Hendry (1998, p. 54) resaltan la importancia de la elección individual:

*Queda claro a partir de este estudio que la gente joven creía tener un grado de autodeterminación, tanto en cuanto a la selección de su grupo de referencia como en la elección de opciones individuales relativas a cuestiones de salud, con frecuencia en resistencia a normas grupales más amplias.*

Eso no significa que la elección es una casa abierta:

*...existen determinantes estructurales claros de las conductas de salud de la gente joven y de las conductas de riesgo. A pesar de que estos jóvenes tienen capacidad para determinación y pueden optar, el menú de alternativas está restringido de acuerdo no sólo con limitantes estructurales, sino a un proceso localizado de desarrollo cultural y de establecimiento de normas. (Shucksmith y Hendry, 1998, p. 54)*

Para reducir los resultados negativos sobre la salud, desarrollar e implementar estrategias efectivas, y apoyar a la gente joven para tomar decisiones saludables, es necesario tomar en consideración el contexto más amplio de vida de la gente joven y sus perspectivas. Lo que las personas jóvenes priorizan, lo que creen que

es importante y llevan a cabo no siempre corresponde a la perspectiva del adulto, sobre todo si se toma en cuenta que la gente joven actúa muchas veces al interior de un marco de tiempo distinto.

### Perspectiva de la gente joven

La investigación indica que la gente joven piensa y actúa de acuerdo con un marco de tiempo más inmediato que los adultos. Al analizar el consumo de alcohol entre personas jóvenes, Coffield (1992) encontró que es muy difícil para ellos pensarse a los 50 años. De hecho, para la gente joven las consecuencias posibles por incurrir en conductas que comprometen la salud parecen ubicarse en un futuro lejano y por ello les son menos relevantes. Los riesgos de la adquisición de enfermedades transmitidas por vía sexual debidos a prácticas sexuales sin protección, enfermedad cardiaca por tabaquismo y abuso de sustancias, que podrían aparecer por lo menos un decenio después del momento en que viven, tienen un significado mucho menor para los jóvenes. Esto también se evidencia en la investigación que analiza la definición de salud según la gente joven. Para los grupos de edad menor, la salud es un concepto distante y negativo que implica enfermedad, hospitales y médicos y, al cuestionar al respecto, uno no necesita preocuparse de ella hasta que se es viejo. La gente joven de edad mayor tiene más posibilidad de incluir el bienestar emocional en su definición de salud y mirar ésta en términos más positivos (Mackinnon y Soloman, 2003). Hendry y Reid (2001) encontraron que la gente joven siente que los adultos subestiman e incluso tachan de trivial el impacto de las relaciones interpersonales en lo que atañe a su salud emocional. Estas relaciones se ven tanto como fuente de ansiedad como factor que permite adquirir habilidad para enfrentar otras cuestiones de salud. Los jóvenes indican razones muy semejantes a las de la población adulta para involucrarse en ciertas conductas, sobre todo porque las disfrutan e implican socialización. Sin embargo, tienen algunas razones específicas. En resumen, los jóvenes se implican en riesgos porque:

- No necesariamente los perciben como riesgos.
- Las conductas de riesgo constituyen interacciones y prácticas sociales importantes.
- Es común que operen en un marco de tiempo distinto.
- Los perciben como elementos que dan recompensa.
- Ven tales conductas en el mundo de adultos a que están por entrar.

La educación para la salud ha tomado con frecuencia un viraje distinto y problematiza la conducta de los jóvenes, de tal manera que la describe como peligrosa y como algo que debe limitarse, eliminarse o controlarse. Las evidencias recientes obtenidas a partir tanto de adultos como de jóvenes señalan la necesidad de usar un acercamiento diferente, que refuerce el desarrollo positivo y promueva la resiliencia de los jóvenes, en línea con el reconocimiento de que exis-

ten asociaciones entre lo que la gente joven hace y siente (Shepherd *et al.*, 2002).

### Promoción del bienestar y la resiliencia

Shepherd y colaboradores (2002) argumentan que la salud mental adecuada se puede ver como un recurso para lograr todo el potencial personal. Más aún, aseguran que el bienestar mental da soporte a otros aspectos de la salud de la persona joven y que como tal debe constituir una prioridad, dados los retos y elecciones que existen en la actualidad. Sin embargo, desplazarse de un enfoque en problemas específicos, que identifica y responde de manera primaria a los riesgos, hacia la promoción de una **resiliencia** mental adecuada también podría significar que se acepta que la gente joven experimentará, y por ello debe estar equipada con habilidades para competencia social y emocional que le permitirán lograr su propio desarrollo. También implica el reconocimiento de que la salud mental y emocional de la gente joven necesita tomarse con seriedad, en vez de perpetuar el modelo de tormenta y tensión. Los propios jóvenes encuentran que tal modelo les menosprecia y desean que su opinión se considere con seriedad en relación con cuestiones de salud mental (Shucksmith y Spratt, 2002). Parece ser que sus inquietudes están justificadas toda vez que existen evidencias que sugieren que los trastornos psicosociales entre los adolescentes van en aumento (Rutter y Smith, 1995).

Toda la investigación sobre las inquietudes de la gente joven sobre bienestar mental señala los mismos factores para promover sentimientos positivos: familia y amigos, contar con alguien con quién hablar, tener desempeño adecuado (logro personal) y sentirse bien respecto de sí mismo. De la misma forma, los sentimientos negativos derivan de carencia de confianza en sí y no sentirse bien consigo, de conflictos con pares y familia, de preocupaciones sobre los logros y que el desempeño no sea adecuado. Shucksmith y Spratt (2003) resaltan la ironía de que la adolescencia sea un tiempo de retirarse de la familia y reafirmar el autocontrol mediante experimentación que podría implicar riesgos, no obstante al mismo tiempo se sigue necesitando el apoyo de las redes familiares y amistades sólidas. De manera similar, Aggleton y colaboradores (1998) encontraron que los jóvenes dan importancia a las relaciones sociales con familia y amigos en relación con su sensación de bienestar. En la investigación informada por Hendry y Reid (2001), la importancia de vínculos estrechos y de apoyo fue un elemento que los jóvenes resaltaron de manera continua como elemento que ayuda para incrementar su sensación de ser y de salud. Aunque es común que se asigne mucho peso a la autoestima y se haya demostrado que es un factor protector en particular contra la inducción personal de daño y suicidio, no es del todo incluyente. De hecho, existen estudios que retan la idea de una relación directa entre autoestima y conductas asociadas a la salud como uso de alcohol y drogas, tabaquismo y experimentación sexual temprana (West y Sweeting, 1997; Glendinning, 1998).

## ¿Qué es resiliencia?

Existen definiciones numerosas de la resiliencia (véase un análisis conceptual en Olsson *et al.*, 2002) pero un significado común es que se trata de un proceso para adaptarse a la adversidad. De ahí que no sea un rasgo personal. Más que **evitar** las experiencias de riesgo, la resiliencia implica **ajustarse** de manera exitosa a ellas. La teoría de la resiliencia no se aleja mucho de otras teorías del desarrollo como la del apego, y existe la creencia subyacente de que se cubran las necesidades al tiempo que crece el adolescente. También existen asociaciones con el conocimiento emocional, por ejemplo, sobre habilidades interpersonales adecuadas y la capacidad para establecer empatía con otros. Kloep y Hendry (1999) concluyen que aprender a ajustarse mediante experiencias de riesgo favorece los sentimientos de la gente joven de estar en control. Ésta es una premisa similar al concepto de Rutter (1996) de “experiencias de blindaje”. Las exposiciones limitadas a experiencias negativas pueden ayudar a la gente joven a manejar riesgos en el futuro y por ello servir como un elemento al que los adolescentes recurren. Para Newman (2002), la exposición al riesgo controlado es esencial para que los jóvenes aprendan mecanismos para ajuste y desarrollen habilidades para resolución de problemas. ¡De ahí que advierte que las experiencias que promueven la resiliencia no siempre sean aceptables desde el punto de vista social!

Aunque algunos jóvenes demuestran resiliencia sin requerir intervenciones, la dificultad de traducir la teoría a la práctica se revela de manera especial cuando se trata a personas jóvenes cuyas vidas han sido impredecibles en gran medida o quienes enfrentan problemas graves, como los jóvenes sin hogar y aquellos que egresan de instituciones para atención. Por otra parte, existen diferencias genéricas en la promoción de la resiliencia. Para las jóvenes, los estilos paternos que favorecen un grado razonable de incursión en riesgo e independencia son pertinentes. Para los varones jóvenes, parece ser que el que modelos masculinos que desempeñan algún rol pasen tiempo con ellos y se interesen en sus asuntos es tan importante como tener niveles más altos de supervisión. De hecho, es muy común que la gente que entra en contacto o trabaja con gente joven promueva la resiliencia a través de sus esfuerzos, si bien no la describen como tal. Newman (2002) escribió una revisión muy amplia sobre la resiliencia e identifica factores clave para la promoción de ésta entre adolescentes, como el apoyo familiar, las experiencias educativas buenas, las oportunidades para tomar decisiones y el desempeño de roles sociales valiosos, como el empleo de tiempo parcial o el trabajo voluntario. En particular, Newman (2002) resalta la importancia de personas ordinarias para promover la resiliencia. Por ejemplo, un padre sustituto o un tutor comprometido.

### Tutoría: ¿otras personas importantes?

En fecha reciente, Philip, Shucksmith y King (2004) estudiaron el impacto de la **tutoría** en distintos ámbitos. Estos autores encontraron que la mayoría de la

gente joven encuentra la experiencia de tutoría como positiva y favorecedora de su confianza, habilidades y desarrollo en distintas formas. Los jóvenes estudiados sentían que las relaciones de tutoría diferían de aquellas con otros adultos. La “capacidad para reír” y la naturaleza amistosa de la relación hace la experiencia diferente. Los tutores que compartían orígenes y experiencias similares se valoraron de manera singular. Se encontró que la tutoría ayuda a los jóvenes para arreglar relaciones que eran difíciles, en especial las familiares. También se encontró que ayuda a la gente joven a explorar su identidad y sus propias habilidades de apoyo a otros. Estos investigadores encontraron también que la experiencia de tutoría es positiva para los tutores que valoraban el trabajo con jóvenes en contraste al trabajo sobre ellos. Algunos percibieron su papel como un puente entre el joven y adultos profesionales más formales. El estudio identificó dificultades para la tutoría. Por ejemplo, los jóvenes expresaron temores a ser decepcionados o a que sus confidencias se hicieran públicas, y por ello mantenían distancia. De igual forma, el proceso de terminar una relación de tutoría podría dañar cualquier beneficio logrado, al igual que los grupos de referencia negativos. La investigación concluyó que en tanto la tutoría no puede solucionar todos los problemas de la gente joven vulnerable, constituye una parte útil de las intervenciones. Philip y colaboradores (2004) también concluyeron que se necesitan estrategias de tutoría distintas para ajustarse a las circunstancias de cada persona joven. Ésta es una propuesta similar a la que hacen Philip y Hendry (1996), quienes sostienen que existen diferentes relaciones sociales y redes que podrían tener influencia además de las propias del modelo tradicional uno a uno, que implican el trabajo de un adulto mayor con una persona joven.

### Tipos de tutoría

En una publicación previa, Philip y Hendry (1996) construyeron una tipología para la tutoría, que ilustra la diversidad de la práctica: tutoría clásica en la que se establece una relación uno a uno con un adulto experimentado que aporta apoyo y consejo a la persona joven; tutoría individuo-grupo, en la cual un grupo obtiene apoyo de un individuo o de un número pequeño de personas; tutoría amigo a amigo, en la que los amigos constituyen el medio para gente joven que siente desconfianza singular con adultos; tutoría con grupo de referencia, en donde un grupo de amigos tiene un papel tutorial y puede compartir algún elemento común, como por ejemplo, el uso de drogas; la tutoría de relación a largo plazo con adultos “que incurrieron en riesgos”, la cual si bien carece de las formas de la tutoría clásica, cuenta con un adulto que tiene antecedentes de reto a las autoridades o adultos de la sociedad. Al igual que las intervenciones para educación por pares, la tutoría juvenil refuerza a la gente joven como participante activa. No obstante, al igual que este tipo de intervención, sufre la carencia de evaluación. A pesar de ello, cada vez más analistas sugieren que la presencia de un tutor adulto podría hacer una diferencia real para ayudar a la gente joven

a pasar por las transiciones y constituir una estrategia importante para promover la resiliencia, en especial en personas jóvenes con desventajas.

Hasta este punto, las evidencias sobre la incorporación de estrategias para promoción de la resiliencia a los servicios para jóvenes indican que tiene efectividad adecuada. Sin embargo, como concluye Newman (2002), hasta que exista una comprensión adecuada de los procesos que promueven la resiliencia, también es necesario saber las formas en las que es posible influir en esos procesos, es decir, que las aplicaciones prácticas requieren un desarrollo mucho mayor. Por otra parte, es factible que las estrategias efectivas para resiliencia sean parte de una estrategia más amplia que incluya diversas instituciones y agencias.

## Resumen de la sección

- Las percepciones de los jóvenes sobre la salud difieren en relación con los principios “adultos” subyacentes de la currícula de educación para la salud.
- La investigación indica que la promoción y la educación para la salud necesitan tomar en cuenta los significados que los propios jóvenes asignan a sus conductas y ubicarlos en un contexto social más amplio.
- La mayoría de la currícula se enfoca en problemas y temas, y no resaltan el desarrollo positivo. La promoción de la resiliencia en la promoción de la salud es una clave para avanzar en el campo.

## Establecimiento de un puente entre proveedores y usuarios

Esta sección hace algunas sugerencias en cuanto a la forma en que se podría establecer un acercamiento más efectivo entre proveedores y usuarios, por ejemplo, mediante el uso de estrategias participativas como la promoción y la educación para la salud que lleven a cabo individuos pares. La premisa subyacente es que las intervenciones para promoción de la salud no pueden funcionar si la gente joven no participa en ellas. Pero, ¿cómo se responde a las perspectivas de las personas jóvenes? La Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (1989) afirma que los niños y los jóvenes tienen derecho de ser escuchados en cuestiones que les afectan y que sus puntos de vista se deben tomar en cuenta. ¿Cómo se puede dar información adecuada a los jóvenes sobre las vías para mantener su salud, tomar decisiones, y a la vez involucrarlos en la definición de las decisiones y servicios que les atañen? Una vez que se les escucha, ¿qué es lo que se debe hacer?

### Educación para la salud impartida por pares

La gente joven siempre comparte información entre sí, utiliza discursos similares y pasa tiempo considerable junta. La **educación por pares** deriva de un deseo

de capitalizar un proceso que ocurre por naturaleza (Milburn, 1995). Dado que el intercambio de información sobre cuestiones de salud ocurre de cualquier forma y permite una mayor participación de los jóvenes, este tipo de acercamiento es atractivo. Carece del elemento autoritario de otras estrategias. También podría llegar hasta la gente joven más vulnerable en grado mayor que otras tácticas. Los pares también tienen un grado alto de credibilidad en las jerarquías que asignan los jóvenes (a quienes creen más), en particular si son capaces de basarse en experiencias personales. Sin embargo, las definiciones y significados de la educación por pares son diversas y varían de un grupo profesional a otro. Milburn (1995) critica la carencia de claridad teórica en torno a la educación por pares, y también formula una inquietud con respecto al grado al cual el poder se mantiene sin desviación en la relación educando par-educador par. También existen dudas en cuanto al impacto de la educación por pares y lo que puede calificarse como efectivo. La carencia de evaluación de proyectos de educación por pares se aúna a la imposibilidad de llegar a conclusiones respecto del valor que tiene esta estrategia. No obstante, se han comenzado a publicar revisiones sobre educación por pares, y algunas de las ventajas y desventajas comunes identificadas se señalan en el cuadro 10-2.

Las similitudes entre los jóvenes podrían agregar credibilidad a la información que aportan, y hacer los mensajes más persuasivos. La importancia de la precisión de tal información es evidente. De igual manera, mecanismos sociales distintos entran en juego en circunstancias diferentes. La información que se presenta en un medio escolar no necesariamente puede transferirse al exterior. El jurado parece no tener veredicto en el caso actividad por pares **comparada** con la conducida por maestros, y a los investigadores les es difícil identificar las características que podrían hacer efectiva la estrategia de educación por pares. Es posible que la mejor forma de describir esta estrategia sea decir que tiene valor potencial o, como Milburn (1995) describe, como una hipótesis de trabajo.

## Empoderamiento y participación

Aunque el empoderamiento implica participación, una persona puede participar y no empoderarse. Para ser una persona empoderada, el joven debe no sólo participar, sino saber que su participación y voz se están tomando en cuenta y podrían dar como resultado una acción. Dar a las personas jóvenes una voz, e incrementar su participación y control sobre su salud y bienestar, no es algo tan simple como tener buenas intenciones. De hecho, las estrategias participativas podrían favorecer el sentido de posesión de la gente joven y es más probable que éste les haga sentir que tienen control sobre su salud, y que se involucren en la promoción de la salud. Aún así, Shucksmith y Hendry (1998) señalan la limitación de las experiencias y percepciones de la gente joven en cuanto a empoderamiento en la investigación, o alguna prueba de que lo perciban como deseable. Siempre es un riesgo una participación simbólica de minorías (tokenismo).

**Cuadro 10–2. Fortalezas y limitaciones de la educación por pares**

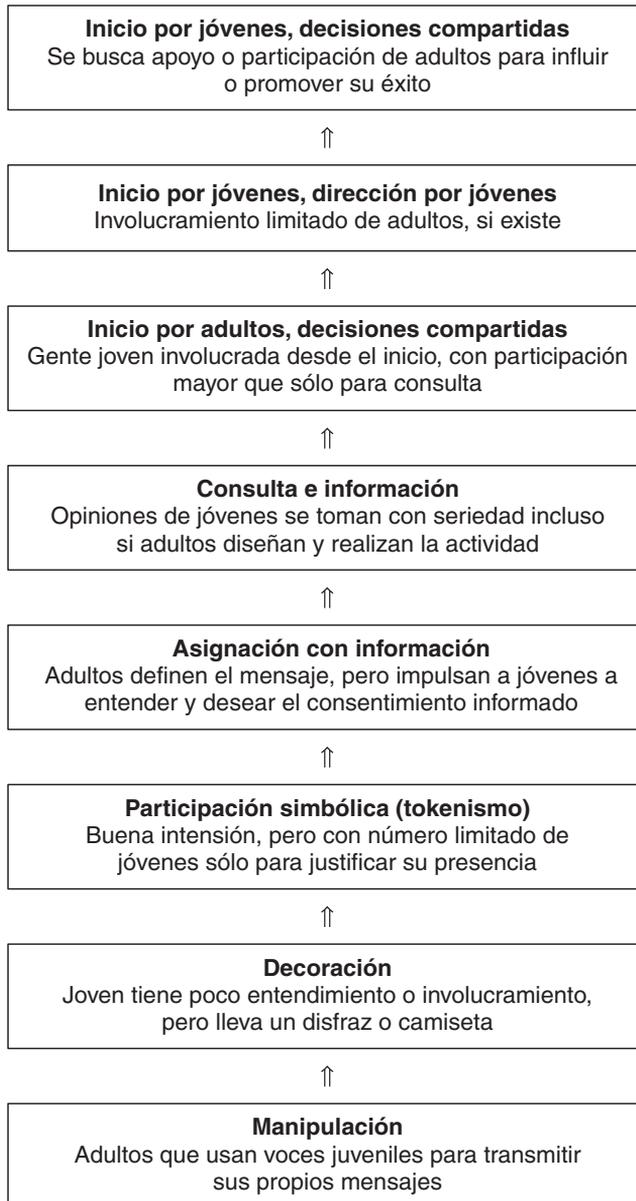
Fortalezas	Limitaciones
<p>Puede llegar a grupos vulnerables de personas jóvenes</p> <p>Los jóvenes se relacionan con sus pares como educadores y les perciben como fuentes válidas de información, más empáticas</p> <p>Los educadores pares se perciben como menos tendientes a romper con la confidencialidad</p> <p>Puede ayudar para el desarrollo de conocimiento emocional, autoestima, y desarrollo social y cognitivo</p> <p>Puede fortalecer el desarrollo personal y la confianza de los educadores</p> <p>Recurre a conexiones y redes sociales existentes, que son aceptables para el grupo objetivo</p>	<p>Puede tener audiencia limitada en el trabajo uno a uno</p> <p>Pueden surgir conflictos entre coordinadores de programas y educadores pares</p> <p>Los educadores pares podrían no recibir apoyo adecuado</p> <p>Los educadores pares suelen ser rechazados o seleccionados por figuras de autoridad si se les percibe como modelos de rol “apropiados”</p> <p>Permite que adultos y padres se desvinculen</p>

Fuente: Milburn K, A critical review of peer education with young people with special reference to sexual health, *Health Education Research* (1995), Vol. 10. No. 4, pp. 407-420, con autorización de Oxford University Press, Harden, Weston y Oakey, 1999.

La consulta a los jóvenes podría convertirse en un ejercicio de opción múltiple. Los beneficios de empoderar a la gente joven son semejantes a los que se resaltan para las estrategias conducidas por pares. De igual forma, como para tales estrategias, las mediciones de evolución de las actividades participativas para promoción de la salud aún se deben definir.

Existen diversos tipos y modelos de participación y la *Health Education Authority* (McNeish, 1999) comisionó una serie útil de estudios sobre estrategias participativas para la promoción de la salud. Algunos son modelos organizativos, pero es posible que una tipología más relevante se base en la escalera de la participación de Hart (1992, 1997; McNeish, 1999). Sus “peldaños” se delinean en la figura 10–1. Estas estrategias no son exhaustivas y se critica a la escalera por su carácter jerárquico. No obstante, Hart argumenta que el nivel más alto no siempre es el más apropiado para un programa específico y distintos contextos entran en juego. Los cinco niveles más altos representan opciones viables.

En los peldaños inferiores se ubican las estrategias menos participativas, que son simbólicas para Hart. Cualquiera ha acudido a una conferencia o reunión a la que asisten unas cuantas personas, pero con poco compromiso significativo. Los niveles más altos constituyen la participación más significativa. En tanto el segundo nivel parece ser el más aceptable, la carencia de participación de adultos podría conducir a que una actividad se perciba como menos valiosa y su potencial se desarrolle en menor grado. De igual forma, la participación no es factible para todos los jóvenes, en especial aquellos con problemas serios de vida y habilidades. La atención a la diversidad vuelve a ser importante cuando la



**Figura 10–1** Escalera de la participación de Hart (Hart, 1992, 1997; McNeish, 1999).

gente joven desea participar. El modelo que se elija debe ser apropiado según la edad, diferenciado según el género o sensible a la cultura. Algunas personas jóvenes enfrentan más barreras para la participación que otras debido a sus situaciones y experiencias de vida, como los que carecen de hogar, los delincuentes juveniles y los discapacitados. No obstante, no existe duda de que la gente joven puede participar en la toma de decisiones sobre su vida, provisión de servicios, cuestiones comunitarias, investigación y la influencia de la política.

### Así es que, ¿cómo se sabe si lo que se hace funciona?

Para saber si funciona lo que se está haciendo, es necesario reconocer con claridad lo que se trata de lograr —los resultados deseables. Se debe aclarar la razón por la que se buscan ciertos resultados, es decir, la lógica que esto tiene. Aprovechar la mayor cantidad posible de evidencia existente para diseñar las intervenciones que se enfocan en personas jóvenes puede ser de gran ayuda para lograr un resultado final efectivo. Sin embargo, ¿también es necesario poder medir los resultados, pues es la única forma en que se sabe si algo funciona!

Burtney y Duffy (2004) hacen una reflexión adecuada sobre la forma en que es posible saber si las iniciativas dirigidas a poblaciones jóvenes funcionan. Resaltan la importancia de la evidencia, tanto para la planeación como para la implementación de la promoción de la salud. Mencionan que lo que funciona no es siempre lo que resulta evidente. De igual forma, el simple hecho de que una intervención haya funcionado en algunos casos no significa que siempre lo hará. De ahí que sea necesario identificar procesos. En ocasiones, una actividad funciona debido a la perseverancia o compenetración particular de un trabajador joven específico. Las estrategias y las intervenciones no siempre son realistas o apropiadas a la cultura cuando sólo se transfieren.

Burtney y Burtney (2004) también señalan que ¡no siempre se implementa lo que funciona! Incluso si la evidencia de investigación es sólida en un área particular, en el mundo real los profesionales de la salud podrían no contar con el respaldo de los recursos, el tiempo o la política. Más aún, en ocasiones simplemente no se sabe lo que funciona. Por ejemplo, como indican West, Sweeting y Leyland (2004), a pesar del interés persistente en la escuela promotora de salud, existen estudios limitados sobre las formas en que las escuelas influyen sobre las conductas de salud de sus alumnos y esto resalta sobre todo en comparación con la gran cantidad de trabajo de que se dispone sobre los efectos de la enseñanza escolar cuanto a los resultados educativos. Por otra parte, es posible que sea necesaria la innovación. Cuando se hace un estudio piloto, la evaluación de las actividades tiene significancia adicional. La carencia de certeza en cuanto a lo que funciona no releva de la obligación de buscar resultados efectivos y tratar de engarzar el trabajo a la evidencia disponible. Además, existe un recurso de evidencia clave para establecer si lo que se hace funciona: los propios jóvenes, mediante la consulta, la participación y la retroalimentación.

## Resumen de la sección

- Las intervenciones para promoción de la salud podrían no funcionar si la gente joven no se involucra en ellas.
- Las estrategias participativas podrían favorecer el sentido de posesión de la gente joven y es más posible que les hagan sentirse en control de su salud.
- Es necesario tomar ventaja de la evidencia existente en el mayor grado posible para diseñar e implementar intervenciones, pero también se deben evaluar las actividades en sí.

## Conclusión

Es vital entender la salud de las personas jóvenes en vista del medio social en el que viven, y de las influencias diversas que reciben de los adultos y la sociedad. Los jóvenes necesitan recibir información que les ayude a tomar decisiones durante el periodo de transición hacia la edad adulta, en la que enfrentarán retos y elecciones nuevos. Sería inocente sugerir que si la gente joven desarrolla conocimientos, habilidades y actitudes apropiadas necesariamente tomará decisiones más saludables y se involucrará en menos actividades de riesgo. El ambiente social y cultural general juega un papel vital y las diferencias al interior deben considerarse. Las necesidades y conductas de salud de las personas jóvenes vulnerables y con exclusión social, varones y mujeres, residentes urbanos y rurales, de distintas clases sociales y orígenes étnicos, se han identificado como diferentes, no obstante aún debe hacerse mucho en relación con las necesidades y salud de grupos vulnerables. También es necesaria la sensibilidad en cuanto a la edad. Las necesidades de un joven de 12 años y uno de 18 difieren en grado sustancial, como deben hacerlo los recursos para cubrirlas.

Si bien existen influencias estructurales sobre las actitudes y conductas de los jóvenes, no nulifican el elemento de opción que también es evidente. La promoción para la salud también debe ver a la gente joven como la mejor fuente de información con relación a su propia vida, así como promover su consulta continua y participación en las estrategias, prácticas e investigación que le conciernen. Sin duda, la forma en que los jóvenes se sienten respecto de sí y sus vidas se asocia a lo que hacen. Las iniciativas de resiliencia que promueven el bienestar mental y la competencia emocional para los jóvenes se deben apoyar. Sin embargo, aún queda mucho por aprender sobre las estrategias participativas y las intervenciones para favorecer la resiliencia, como la educación y la tutoría por pares. La definición de la evidencia sobre efectividad no es de ninguna manera una cuestión que sólo atañe a aquellos que se enfocan al trabajo con adolescentes, sino que se refiere también a la promoción y educación para la salud en general. Debe resaltarse la importancia de la evidencia como un proceso continuo, que transcurre desde la información para las actividades iniciales

hasta la vigilancia y evaluación, para descubrir lo que es útil para la promoción de la salud entre la gente joven.

## Resumen del capítulo

- La gente joven no es igual entre sí. Tiene necesidades distintas, y factores diversos influyen sobre su salud y bienestar. La promoción y educación para la salud requieren estrategias diversas y la participación de personas diferentes para trabajar con grupos diversos de adolescentes.
- Las iniciativas de salud deben tener resonancia en la vida de los adolescentes y tomar en cuenta los significados que ellos asignan a su salud y conductas relacionadas. Las personas jóvenes deben involucrarse como copartícipes y tener un sentido de posesión del proceso.
- La evidencia disponible debe tomarse en cuenta para el diseño e implementación de intervenciones, pero se requiere mucha más evaluación, en especial de las actividades con adolescentes excluidos de la sociedad.
- Los adolescentes son un foco prioritario de la promoción y educación para la salud debido a la inquietud que causan a los adultos las repercusiones futuras de sus conductas de riesgo, mismas que se cree tienen mayor frecuencia en la actualidad.
- La provisión de información sobre salud es necesaria pero insuficiente en sí misma, toda vez que no todos los jóvenes tienen habilidad o capacidad para accederla o actuar en función de ella.
- Las percepciones de las personas jóvenes sobre la salud difieren de los principios “adultos” de la currícula de educación para la salud. La investigación indica que la promoción y educación para la salud necesitan tomar en cuenta los significados que los jóvenes asignan a sus conductas y ubicarlas en un contexto social más amplio.
- La mayor parte de la currícula se enfoca en problemas o temas, en vez de resaltar un desarrollo positivo. El fomento de la resiliencia en la promoción de la salud es una clave para avanzar.

### ¿Es buena la educación sexual para la gente joven?

Distintos grupos sociales tienen visiones contrastantes en relación con el valor de la educación sexual para los jóvenes. Aquí se presentan tres argumentos en pro y tres en contra:

**No**, la educación sexual no es buena para los jóvenes por las siguientes razones:

1. Para los adolescentes en edad puberal es embarazoso tener clases sobre los detalles y mecánicas del sexo, incluso si tales lecciones ayudan a evitar las prácticas sexuales sin protección.

2. Hacer hincapié en la necesidad de “sexo seguro” sexualiza el mundo de la niñez y puede de hecho favorecer la actividad sexual durante la adolescencia. Los adolescentes jóvenes no deben tener “sexo seguro”... ¡no deben tener relaciones sexuales!
3. El incremento de educación detallada y explícita sobre sexo se acompaña de un aumento masivo en los embarazos en adolescentes. Es claro que la educación sexual no funciona.

**Sí**, la educación sexual es buena para los jóvenes por las siguientes razones:

1. Los adolescentes jóvenes son criaturas sexuales. Es estúpido mantenerlos ignorantes de algo que es central en sus vidas.
2. Ya sea que guste o no, muchos ámbitos de la sociedad presentan imágenes sexuales a los jóvenes. Esto hace que sea mucho más vital explicar la sexualización de la sociedad a los niños. Es mejor que obtengan información correcta a partir de sus maestros, que información incorrecta a partir de la pornografía.
3. Los países escandinavos tienen los programas para educación sexual más integrales en el mundo: también tienen la tasa más baja de embarazo en la adolescencia. Es evidente que la educación para la salud funciona.

1. ¿Qué tan válidos son estos argumentos? ¿Apoya las afirmaciones en pro o en contra? ¿Por qué?
2. ¿Cómo pueden los maestros aportar educación sexual sin prejuicios a los adolescentes?
3. ¿Cómo pueden los padres involucrarse en los programas para educación sexual?
4. ¿Qué temas se deben tratar en la educación sexual?

## Lecturas recomendadas

- Aggleton, P. (1996) *Health promotion and young people*, Health Education Authority, London.
- Bradshaw, J. and Mayhew, E. (2005) *The well-being of children in the UK*, Save the Children, London.
- Brainbauer, C. and Maddaleno, M. (2005) *Youth: choices and change. Promoting healthy behavior in adolescents*. Pan-American Health Organization, Washington DC.
- Catan, L. (2004) *Becoming adult: changing youth transitions in the 21<sup>st</sup> century*, Trust for the Study of Adolescence, Brighton.
- Shucksmith, J. and Hendry, L.B. (1998) *Health issues and adolescents: growing up and speaking out*, Routledge, London.

## Preguntas para discusión

1. Analice las causas por las que algunos jóvenes aún participan en conductas de riesgo, como sexo sin protección, incluso si están muy alertas sobre los riesgos.
2. ¿Cómo pueden las conductas de riesgo tener consecuencias positivas para la gente joven?
3. ¿Cuáles son las barreras para utilizar estrategias participativas entre jóvenes?

# CAPÍTULO 11

---

## Conclusión

---

*John Coleman*

*Department of Educational Studies, University of Oxford.*

*Leo B. Hendry y Marion Kloep*

*Centre for Lifespan Research, University of Glamorgan.*

- Introducción.
- Salud y cambio social.
- Nueva forma de interpretar el riesgo.
- Personas jóvenes, salud y política pública.
- Involucramiento de la gente joven en los servicios clínicos.

### Objetivos de aprendizaje

---

Después de leer este capítulo, usted debe:

1. Entender cómo ha impactado el cambio social sobre la salud del adolescente.
2. Estar consciente de las distintas nociones sobre riesgo.
3. Saber sobre los desarrollos políticos recientes en relación con salud del adolescente.
4. Entender algunos de los principios que respaldan el involucramiento de la gente joven en los servicios clínicos.

### Introducción

---

Esta obra cubre una variedad amplia de temas y cuestiones relativas a la salud del adolescente. En tanto los primeros capítulos tratan temas específicos como sexualidad o trastornos de la alimentación, los últimos se refieren a los servicios relevantes para la atención de la salud para las personas jóvenes. Los autores de

los capítulos formulan preguntas controversiales e incluyen temas para discusión y debate. Muchos de éstos tienen significancia considerable para comprender a los jóvenes, y para aproximarse a la atención de la salud y su promoción. Tales preguntas incluyen, por ejemplo, cómo juzgar la competencia de una persona joven para tomar decisiones sobre su propio tratamiento, qué posición tomar en relación con la educación sobre la abstinencia, y qué papel deberían desempeñar los progenitores con adolescentes que tienen problemas complejos de salud. Se espera que la inclusión de preguntas como éstas haga del libro un elemento más interesante, y valioso para los lectores que se interesan por la adolescencia y la salud.

En este último capítulo se desea explorar una cantidad pequeña de temas que tienen relevancia amplia para todas las cuestiones que se analizan en el libro. De ahí que se mencionen algunos de los cambios sociales principales ocurridos en los últimos decenios y se analice la forma en que han afectado a los jóvenes. Se discute la cuestión del riesgo, y se revisan algunas de las distintas perspectivas y actitudes en relación con este tema complejo. Se delinearán algunas iniciativas políticas recientes sobre la salud del adolescente y se termina con la sugerencia de los temas más importantes a tomar en cuenta cuando se busca involucrar a la gente joven en los servicios clínicos.

Por supuesto, no es posible responder de manera concluyente todas las preguntas clave sobre la salud del adolescente. Algunas quedan en el aire en forma inevitable. A lo largo del libro se ofrecen algunas sugerencias, pero algunas de las temáticas más controversiales siempre constituirán elemento para el debate.

- ¿Qué es un estilo de vida saludable para una persona joven?
- ¿Necesitan los adolescentes incurrir en riesgos para crecer y desarrollarse?
- ¿En qué formas difieren las definiciones de adultos y adolescentes sobre salud?
- ¿Está empeorando cada vez más la salud del adolescente?

Los lectores no dudarán en seguir ponderando estos temas, evaluándolos en el contexto de sus experiencias con gente joven. Con esto en mente se analiza a continuación la temática general que subyace a gran parte del material que contiene este libro.

## Salud y cambio social

---

A lo largo del libro se hacen distintas referencias al cambio social y su impacto, o impacto potencial, sobre la salud de la gente joven. A manera de ejemplo, en el capítulo introductorio se ilustra la forma en que los niveles de tabaquismo y de consumo de alcohol se incrementaron en los últimos años, a la vez que Lowry, Kremer y Trew (capítulo 2) formulan preguntas sobre los cambios en cuanto a cantidad de ejercicio físico y deportes en que participan los jóvenes.

J. Coleman (capítulo 3) llama la atención sobre el planteamiento de que la salud mental de los adolescentes declinó durante los últimos 20 años y L. Coleman (capítulo 5) documenta cambios importantes en la conducta sexual. Como se resaltó, la mayoría de estos cambios parece apuntar a un deterioro en la salud de las personas jóvenes y constituyen la raíz de las inquietudes de los adultos sobre la salud del adolescente que se analizan en el capítulo 1.

En el capítulo de conclusión es adecuado analizar estas inquietudes en mayor detalle, pero antes de hacerlo se revisan de manera breve algunos de los cambios sociales que han impactado sobre la gente joven. El primer cambio social, y quizá el que afecta de manera más evidente a la gente joven, es la extensión del periodo educativo y de formación, con el retraso consecuente de ingreso al mercado laboral. Este cambio es profundo y significa que hoy casi toda la cohorte de individuos de 16 a 18 años se mantiene sin emplearse, además de que cada vez más personas de 19 a 22 años siguen en la misma situación. En la actualidad, 45% de este grupo de edad se encuentra cursando algún tipo de educación superior en el Reino Unido.

Este cambio creó un grupo de jóvenes que sigue siendo dependiente de su familia o del estado en cuanto a apoyo financiero, y para quienes la vía para la independencia como adultos se encuentra cada vez menos estructurada. La consecuencia es la creación de una cohorte de edad que está en una posición “intermedia”, una fase que se conoce ahora como “adultez emergente” (Arnett, 2004). Los individuos que son “adultos emergentes” no son adultos ni adolescentes, y todavía más importante, los servicios de salud no están diseñados para tal grupo. Se hace evidente que la carencia de servicios y la ambigüedad de la condición de quienes se encuentran en este estado “intermedio” podrían tener consecuencias serias para su salud.

Un segundo cambio social de importancia para esta discusión es el incremento del ingreso disponible para este grupo etéreo. En tanto esto podría parecer paradójico en vista del hecho de que ahora una cantidad menor de jóvenes tiene empleo y que los estudiantes en educación continua y en grados más altos se están endeudando, el caso es que muchos adolescentes tienen más dinero disponible ahora en comparación con lo que ocurría hace 10 o 20 años (Coleman, 2002). La implicación que tiene esto es que este grupo de edad tiene mayor acceso a sustancias, incluidos tabaco, alcohol y *cannabis*. Existe gran debate sobre las causas por las que el uso de sustancias es mayor entre los jóvenes en la actualidad. Se sugiere que esto podría deberse a la publicidad mayor, al lado del crecimiento de los supermercados como punto de venta de alcohol y cigarrillos, o con patrones cambiantes de uso del tiempo libre. Todos estos elementos podrían participar. No obstante, el ingreso mayor de que dispone la gente joven tiene potencial de influir en la determinación del estado de salud de los adolescentes en la actualidad.

En un sentido más amplio, las relaciones entre generaciones están cambiando, de manera que existe mayor igualdad entre niños y adultos. Esto forma parte de un movimiento hacia una equidad creciente en la sociedad de manera gene-

ral. La Convención sobre los Derechos del Niño de la OMS se adoptó en el Reino Unido en 1991, 40 años después de la proclamación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (¡para los adultos!). En el mundo de la investigación social, durante los últimos 15 años los científicos comenzaron a realizar investigación en sociedad con niños y jóvenes, impulsados a llevar sus propias experiencias y conocimiento del mundo al ámbito de la investigación.

Este sentido creciente de equidad va de la mano con la promoción del individualismo y el impulso hacia la expresión personal. La equidad también trae consigo una creencia en el acceso igualitario a los bienes y experiencias, y un factor que contribuye al aumento del uso de sustancias por jóvenes podría ser un deseo de compartir en el grado más amplio posible lo que se interpreta como placeres del adulto. Como sugieren muchos escritores (p. ej., Jenks, 2003), la sociedad tiene que aceptar la negociación de promover el individualismo y la necesidad de tener control social. En ningún espacio esto se hace más aparente que en las actitudes de los adultos en cuanto a la sexualidad y uso de sustancias de los adolescentes. En este ámbito los legisladores luchan por encontrar vías para limitar las que se interpretan como conductas de riesgo, y con frecuencia autorizan leyes y políticas de referencia que no tienen relación con lo que sucede en el mundo real. Como L. Coleman (capítulo 5) y Mackinnon (capítulo 10) ilustran de manera gráfica, la educación para la salud no tendrá impacto a menos que tenga raíces firmes en las experiencias cotidianas de la gente joven en los temas que trata.

Por último, no se puede discutir el cambio social y su relación con la salud sin mencionar el papel de la publicidad y los medios masivos de comunicación, así como el de las nuevas tecnologías como la internet. Se dice con frecuencia que se vive una cultura de consumo, en que la publicidad, la televisión y las películas, al igual que los medios impresos y la internet, promueven valores y marcas que tienen impacto importante en la vida de toda la gente. En lo que respecta a los adolescentes, existen formas diversas en que esto se hace aparente. Un ámbito evidente lo constituyen los alimentos, la nutrición y la imagen corporal. Como aclara Faulkner (capítulo 4), la promoción del mensaje dirigido a las mujeres de “lo delgado es bello” produce ansiedad y presión, y conduce a la realización de dietas y control de alimentos, y también puede conducir al desarrollo de trastornos de la alimentación. Existe también una cuestión más general relativa a la publicidad de comida chatarra, y el incremento en el consumo de chocolate, dulces, bebidas como *Coca-Cola* y botanas, los cuales podrían estar contribuyendo al aumento de niños que presenta sobrepeso.

Otra área más de preocupación en la que los jóvenes tienen implicación es la que se relaciona con la “sexualización” de la sociedad. El grado de cambio en esta área de vida desde 1960 es notorio. El sexo se evidencia en todos los canales de comunicación masiva, y niños y jóvenes son bombardeados por imágenes y mensajes sobre sexo en la televisión, las películas, las revistas juveniles, los

anuncios y la música. Esta cuestión en cuanto al sexo en los medios masivos de comunicación no puede sino influir sobre las actitudes y los comportamientos de la gente joven. No sorprende que los adolescentes comiencen su actividad sexual a una edad menor ahora que en los decenios de 1970-1979 y 1980-1989, y la cantidad elevada de embarazos y el incremento de enfermedades de transmisión sexual entre jóvenes (capítulo 5) también deben asociarse con las actitudes de la sociedad en relación con la sexualidad.

Se describieron algunos de los cambios sociales que podrían afectar la salud de la gente joven. En diversos capítulos del libro se llama la atención hacia los cambios en las conductas relacionadas con la salud que parecen indicar una situación de deterioro. El uso de sustancias va en aumento, es posible que también lo haga la salud mental deficiente y existe más evidencia de la incursión en conductas sexuales de riesgo. ¿Cómo podrían asociarse estas situaciones? Es claro que la cultura de consumo tiene parte en ello. Como se mostró, conductas alimentarias, sexualidad y uso de sustancias podrían estar influidos por los mensajes que promueven los anuncios publicitarios e incrustados en el material que muestran los medios masivos de comunicación.

La salud también podría ser afectada por el ingreso disponible. Se bebe y come más si se dispone de dinero para pagar estos efectos. Los patrones cambiantes de uso de tiempo libre también son importantes. Las instalaciones para práctica de deportes y el tiempo que se pasa en la escuela haciendo ejercicio se redujeron durante los últimos dos decenios, con un efecto evidente sobre la salud (Capítulo 2). Por otra parte, existen pocas alternativas para actividades comerciales para tiempo libre para los jóvenes. Las oportunidades de recreación que existen suelen organizarse **para** gente joven y no **por** gente joven, y por ello no favorecen el desarrollo de habilidades organizativas y creativas (Hendry y Kloep, 2002).

Por último, se debe hacer notar que los cambios ocurridos indujeron dos implicaciones en salud para quienes tienen entre 16 y 22 o 23 años. Primero, debido a la naturaleza cambiante del mercado laboral, los títulos académicos se han hecho más importantes. Esto a su vez incrementó la importancia de las evaluaciones, lo que causa mayor nivel de tensión emocional en este grupo etéreo. Esto podría abarcar de alguna forma la explicación sobre el incremento de alteraciones de salud mental entre las personas jóvenes. En segundo lugar, como se indica antes, los servicios no están diseñados pensando en este grupo de edad. Helms (capítulo 8) y McDonagh (capítulo 9) analizan la transición entre servicios pediátricos y para adultos, pero el problema es con mucho más amplio. Para adultos jóvenes que se encuentran en educación de tiempo parcial o completo, los servicios deben diseñarse de tal manera que sean accesibles y apropiados, a la vez que cuenten con personal profesional de salud que comprenda y tenga experiencia en los problemas de este grupo de edad. El tema se retoma más adelante en este capítulo.

## Nueva forma de interpretar el riesgo

En este libro se hacen muchas referencias a la noción del riesgo. Se exploró la creencia de que la gente joven se expone a cada vez a más riesgo, mediante incremento del consumo de alcohol o marihuana, o participación en prácticas sexuales inseguras. Ésta es la creencia que subyace las predicciones grises sobre la salud del adolescente que se expresan en el informe BMA (Nathanson, 2003). No obstante, también se analiza la incursión en riesgos como parte de un proceso de aprendizaje. Si no experimentan comportamientos que conllevan riesgo, los adolescentes no pueden desarrollar nociones sobre lo que es seguro y sano para ellos. Si todas las conductas que tienen riesgos potenciales para la salud se evitan, entonces la persona joven no puede aprender cómo superar obstáculos y retos, o cómo desarrollar recursos para ajuste. Como se argumenta en el capítulo 1 en la discusión sobre el *Lifespan Model of Developmental Challenge*, un estilo de vida saludable es cualquier cosa que aporte al resguardo dinámico personal de recursos, y la adquisición de habilidades durante la preparación para la vida adulta podría facilitar tal acervo.

En un artículo con análisis profundo sobre el riesgo, Michaud (2006) señala que existe una asociación estrecha entre el estereotipo negativo generalizado sobre los jóvenes y la creencia de que éstos tienden a comportamientos de riesgo elevado. Argumenta que el estereotipo negativo está dañando las relaciones entre generaciones y que se trata de algo que necesita ser cuestionado cada vez que exista oportunidad. De hecho, las conductas de riesgo durante la adolescencia no son un fenómeno universal. No todos los jóvenes se involucran en comportamientos de riesgo. Estas conductas podrían verse con mayor frecuencia en adolescentes que experimentan desventajas, pobreza y privación. Así, Michaud sugiere la necesidad de tratar las causas de las desventajas en el mismo grado en que se requiere desarrollar educación para la salud de buena calidad.

Este punto de vista lleva hacia la idea de que el uso de alcohol o sustancias no necesariamente representa una amenaza a la salud, y que más bien debe verse como parte de una fase de exploración o experimentación. Este argumento se ajusta de manera estrecha a las conclusiones que alcanzan Engels y van den Eijnden (capítulo 6), quienes demuestran que el consumo de alcohol y cigarrillos cuentan con lo que ellos denominan funciones facilitadoras para la gente joven. Así, señalan que beber alcohol ayuda a los adolescentes a enfrentarse a situaciones sociales y desarrollar habilidades sociales importantes. Esto es muy similar al argumento que los autores de este capítulo integran en el capítulo 1 en relación con un estilo de vida saludable. Esto, consideran, sólo se puede desarrollar en el contexto de una situación en la que una persona joven recibe ayuda para comprometerse con la salud y cuestiones relativas a ésta. En ocasiones, este compromiso puede implicar conductas de riesgo.

Por supuesto, existe una línea delgada que debe resaltarse aquí, puesto que algunas conductas de riesgo son claramente inseguras y dañinas para la salud. ¿Cómo se debe distinguir y ayudar a los jóvenes a distinguir entre experimen-

tación y comportamiento peligroso? Además, ¿habrá acuerdo en este sentido entre adultos y personas jóvenes? ¿O existirán puntos de vista distintos de lo que es seguro e inseguro, y de lo que es peligroso y lo que no lo es?

Aquí se citan algunas perspectivas tomadas de un estudio de gente joven y consumo “riesgoso” de alcohol (Coleman y Cater, 2005a).

*“Salimos y nos subimos en unos andamios... Cuando estás borracho todo parece estar en un mismo lugar, pero entonces, entonces de pronto te das cuenta de que estás trepado en un sitio alto y estás borracho. Cosas muy peligrosas como esa, igual que sólo hacer locuras y correr por ahí, simplemente haciendo cosas estúpidas.” (varón, 16 años de edad)*

*“Nos pusimos absolutamente perdidos y borrachos. Y entonces, porque parecía una buena idea bajar por el acantilado para ir a la playa, porque no queríamos dar toda la vuelta y bajar por el camino... Pero entonces empezó a llover a cántaros y el acantilado se puso todo lodoso, y tuvimos que regresar hacia arriba. Y no sé qué demonios estaba haciendo, porque estaba completamente ebria.” (muchacha, 17 años de edad)*

En estos dos casos la gente joven se puso en riesgo de lesión o incluso muerte, de forma que existen pocas dudas respecto de si éstas son conductas peligrosas. En tanto los adultos no pueden prevenir tales comportamientos, existen muchas cosas que pueden hacerse para reducir la posibilidad de que se presenten, como señalan L. Coleman (capítulo 5) y Mackinnon (capítulo 10). Los autores de este libro coinciden de manera unánime en que existe la necesidad de prestar mayor atención al desarrollo de resiliencia y habilidades para ajuste en el currículo de la educación para la salud. También desearían ver un reconocimiento más amplio de que la minimización del daño es una estrategia más productiva que la prohibición. Debe reconocerse que los propios jóvenes pueden ejercer responsabilidad y están más consciente sobre cómo manejar el riesgo que lo que los adultos reconocen. Las citas siguientes del estudio realizado por Coleman y Cater (2005a) permiten ver esto con claridad.

*“La gente piensa ‘¡Oh, Dios! ¡Miren, niños alcoholizados en las calles!’. Pero éramos más sensibles que lo que ellos pensaban. Se sientan ahí diciendo ‘Claro, no te comes tu comida’ –sí, lo hacemos. Comemos nuestra comida, la mayoría de los varones bebe litro y medio de leche, leche entera, antes de salir, porque no quiere enfermarse” (muchacha, 15 años de edad).*

*“Todos somos más bien buenos, no nos tomamos las bebidas que dejamos mucho tiempo en la barra, o nos aseguramos antes, porque estamos bastante conscientes de que les pueden echar drogas a las bebidas y cosas así... y somos bastante buenos en eso...” (muchacha, 17 años de edad).*

*“Casi siempre hay 1 o 2 personas que no están tan borrachas como los demás... si tú haces algo lo más factible es que vengan y te digan algo como ‘¿Qué estás haciendo? ¿Estás bien?’, o cosas como esas” (muchacha, 15 años de edad).*

Existen formas diversas de entender el riesgo. El punto es que no toda incursión en riesgo es mala. En algunas situaciones, y en especial cuando la gente joven está desarrollando habilidades nuevas y explorando sensaciones novedosas, la participación en el riesgo tiene beneficios. Sin embargo, es esencial que la educación para la salud y la promoción de la salud impulsen a los adolescentes a aprender sobre los resultados diversos de las conductas de riesgo, como lo observa Mackinnon (capítulo 10). Desde la perspectiva de la mayoría de los autores en este libro, decir no solamente no es útil. La gente joven explorará y experimentará lo que sea que los adultos digan. En vista de esto se recomienda con intensidad una estrategia de minimización del daño, aunada al desarrollo de un currículo que se enfoque en la resiliencia, las habilidades sociales y las estrategias para ajuste.

## Personas jóvenes, salud y políticas públicas

Durante los primeros años del siglo XXI ha habido un incremento del enfoque sobre cuestiones de políticas públicas en relación con la salud del adolescente (Coleman, 2001). Muchos de los capítulos en este libro se refieren a una publicación que derivó de un grupo de trabajo que representó a todos los *Royal Colleges* médicos y se tituló *Bridging the gaps: health care for adolescents* (2003). Éste fue un paso importante hacia delante y la primera vez en el Reino Unido que un consenso de perspectivas tal se incorporó en un documento político. El informe contiene diversas recomendaciones clave.

En primer lugar, el informe aclara que los adolescentes tienen necesidades específicas en relación con los servicios de salud. Estas necesidades se podrían sobreponer con las de niños menores o adultos, pero son distintas en aspectos significativos. Las necesidades de las personas jóvenes que se identifican en el informe son:

- Tener acceso a los servicios en horarios convenientes, que no impliquen conflicto con el horario escolar o de entrenamiento.
- Tener garantía de confidencialidad.
- Ubicación de los servicios en sitios accesibles para los jóvenes, que tomen en cuenta la problemática de transporte.
- Tener un personal de salud con conocimientos sobre las personas jóvenes y sus circunstancias.

El segundo punto que señala este informe es que los adolescentes reciben menos atención de los planeadores de servicios de salud que cualquier otro grupo de edad. Existe una brecha evidente en la provisión de servicio para quienes ya no son niños pero aún no se convierten en adultos independientes. Se hicieron notar ya los cambios sociales que se relacionan con el ingreso tardío al mercado laboral, mismos que contribuyen a la creación de una cohorte etárea que casi es invisible a planeadores y comisionistas. Esta situación debe cambiar.

En tercer lugar, el informe argumenta que se necesita prestar más atención a la transición entre los servicios pediátricos y para adultos. Esta cuestión recibe atención considerable en este libro, tanto de Helms (capítulo 8) como de McDonagh (capítulo 9), y no es necesario agregar más en este sentido. En cuarto lugar, el informe argumenta que se requiere mayor participación de la gente joven en la planeación de servicios y este punto se trata en la sección que sigue. Por último el informe subraya la necesidad urgente de tener una capacitación más adecuada en salud del adolescente. Este tema también se trata con más detalle más adelante.

El informe *Bridging the gaps: health care for adolescents* no es la única publicación política que existe en Bretaña respecto de la atención para la salud del adolescente. Macfarlane y McPherson (capítulo 7) hacen referencia a otras iniciativas políticas distintas, que incluyen los estándares “*You're welcome*”, publicados por el *Department of Health*, y el *National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services*. El *Green Paper “Youth matters”* (2005) también tuvo impacto, al poner en relieve la importancia de la salud emocional de la gente joven y señalando el desarrollo de cuatro sitios innovadores *Young People's Health Demonstration*, distribuidos a lo ancho del país y que ofrecen un servicio integral de calidad elevada para jóvenes. Estos sitios dan servicio desde el otoño de 2006.

Además de las publicaciones gubernamentales, otros autores se dieron a la tarea de pronunciarse por una provisión de atención de la salud de mejor calidad para este grupo de edad. Se menciona el artículo escrito por Michaud (2006) y el de Viner y Barker (2005). Este último documento contiene diversas propuestas que tienen implicaciones para la política de atención de la salud. Aquí se resaltan de manera breve algunas de tales propuestas:

- En primer lugar, se argumenta que la estrategia de acercamiento monotématica a la salud del adolescente no es de utilidad. Al concentrarse sólo en temas como drogas, tabaquismo, anticoncepción u otros temas aislados, el profesional de la salud tiene gran posibilidad de perder de vista las asociaciones potenciales entre diversos aspectos de la salud y subestimar el grado de coexistencia de conductas de riesgo. Lo que se necesita, indican Viner y Barker (2005), es una estrategia holística, y una que se enfoque en los factores predisponentes y protectores comunes.
- Una segunda sugerencia en este documento es que se revise la distribución por edades de los datos nacionales. En la actualidad, la mayor parte de los datos se distribuyen en los bloques de 5 a 15 años y de 16 a 44 años. Esta distribución no permite mirar de manera detallada a los adolescentes mayores o a la población adulta joven, y no es útil si se desea diseñar servicios más adecuados para estas cohortes.
- Los autores del artículo argumentan con fuerza que se requieren programas para investigación nuevos sobre salud del adolescente, así como redes profesionales para impulsar y apoyar a los científicos sociales y profesionales de la salud que tienen interés en la salud del adolescente.

- Por último, se sugiere que el *Healthy Schools Programme* (que se analiza en el capítulo 3) tiene potencial considerable para hacer una diferencia para la salud de la gente joven. Sin embargo, en la actualidad se cuenta con poco financiamiento para el desarrollo de este programa. Viner y Barker (2005) argumentan en pro de un rediseño de la currícula escolar, de tal manera que la promoción de la salud esté incluida en todos los ámbitos de la enseñanza escolar secundaria.

Como se indicó, un aspecto de la política que se menciona de manera invariable como de primera importancia para lograr servicios de salud mejores para la gente joven es la capacitación de los profesionales de la salud. Ésta es una cuestión a la que se asigna prominencia en casi todos los documentos de política sobre el tema de la salud del adolescente, a la vez que se menciona en la mayoría de los capítulos de este libro. En el Reino Unido no existe en este momento ningún entrenamiento formal en salud del adolescente distinto de la salud mental, la enfermería y la medicina general. Incluso en estos ámbitos sólo una cantidad minoritaria de personas con entrenamiento tiene capacitación sustancial en adolescencia, y la mayor parte de quienes trabajan en enfermería, salud mental o medicina general tienen poco conocimiento de la gente joven y sus necesidades específicas. ¿Qué puede hacerse para modificar esta situación?

En primer lugar debe ser obligatorio que todos los estudiantes de pregrado y de grado de los *Royal Colleges* que participen de cualquier manera en el cuidado de adolescentes tengan alguna capacitación en el campo. Para lograrlo se requiere un esfuerzo concertado del *Department of Health*, las universidades y los *Royal Colleges*. Además, existen diversas vías que podrían conducir a un mejoramiento de la situación actual. Por ejemplo, el *Royal College of General Practitioners* en Londres tiene un *Adolescent Task Group*, que se dedica a proveer oportunidades para capacitación mejores a los que trabajan en el primer nivel de atención. Mcfarlane y McPherson (capítulo 7) llaman la atención sobre la iniciativa EuTEACH, un grupo paneuropeo de pediatras y otros profesionales que colaboran para proveer un entrenamiento común en atención para la salud del adolescente. Por último, en la actualidad no existe ningún centro académico que se especialice en salud del adolescente en el Reino Unido. Tanto en EUA como en Australia se establecieron centros de excelencia en salud del adolescente en escuelas médicas, y han hecho una diferencia considerable en el campo. Se debe esperar que antes de que pase mucho tiempo algo semejante se establezca en Gran Bretaña.

---

## Involucramiento de la gente joven en los servicios clínicos

---

Es apropiado terminar este capítulo con una sección sobre la participación de la gente joven en los servicios clínicos. Si se desea mejorar la salud de los jóvenes se debe buscar ofrecer servicios que sean atractivos para este grupo. Existen

muchas formas en que esto se puede lograr, y es estimulante que durante el último decenio pareció haber un aumento del compromiso con este objetivo (Coleman, 2001; Viner y Barker, 2005). La primera y más evidente meta es contar con más clínicas para adolescentes tanto en el primer nivel como en el segundo nivel de atención. El establecimiento de tales clínicas hará que se cuestionen de manera inevitable temas sobre accesibilidad, confidencialidad y capacitación profesional. Éstas son las cuestiones que trata la publicación de los estándares “*You’re welcome*”, que se delinean en el capítulo 7.

Otro elemento que podría contribuir a la participación de las personas jóvenes en los servicios clínicos es involucrarlos en la planeación y provisión de servicios. En tanto es fácil decir que se está de acuerdo con esta noción aunque no sea cierto, en realidad los profesionales de la salud deben tener un compromiso genuino con el objetivo si desean que tenga impacto sobre la provisión del servicio. La investigación sobre servicios innovadores para jóvenes (Cater y Coleman J, 2006) demuestra que tener un adolescente simbólico en el comité directivo no es suficiente para lograr una diferencia. Los servicios que han analizado este tema llegaron a distintas conclusiones sobre formas creativas para involucrar a la gente joven. Aquí se presentan algunos ejemplos.

- Pedir a la gente joven que trabaje en la publicidad del servicio. Diseñar volantes, buscar formas para publicitar el servicio y ser embajadores de sus propios grupos de referencia pueden constituir formas muy efectivas para hacer que los adolescentes adquieran cierto sentido de posesión;
- Involucrar a la gente joven en el diseño, decoración y disposición de habitaciones o edificios que se usan para el servicio;
- Buscar la ayuda de los jóvenes para el proceso de evaluación. Los adolescentes podrían diseñar cuestionarios o llevar a cabo entrevistas entre los usuarios del servicio. Ésta es una actividad muy popular. Algunos servicios piden a las personas jóvenes participar en actividades de “comprador misterioso”, como por ejemplo haciendo llamadas a un servicio para preguntar sobre su horario de apertura o políticas de confidencialidad;

Dejar en claro que el servicio acepta de buen grado la presencia de algún amigo durante las citas clínicas. Esto ha probado ser una cuestión importante para algunos jóvenes, que se sienten avergonzados o incómodos cuando proveen información sobre su salud. Los servicios que aceptan la compañía de amigos tienen niveles elevados de asistencia.

Por último, como se mencionó antes, la accesibilidad al servicio es un factor clave para el involucramiento de la gente joven. Los servicios que se encuentran en instalaciones escolares o en centros de ciudades tienden a percibirse como “amistosos para los usuarios”. El transporte también es una cuestión a tratar, y los servicios móviles podrían tener lugar clave en las zonas rurales.

Muchos de los temas que se analizaron en la sección previa también determinan una diferencia para el involucramiento de los jóvenes. De ahí que los ser-

vicios que tienen una estrategia holística y no sólo se miran como instancias monotemáticas, tienen probabilidad de ser atractivos para la gente joven. Es evidente que la capacitación del personal tiene importancia extrema, y como aclara McDonagh (capítulo 9), los profesionales que prestan atención a las habilidades de comunicación para el trabajo con gente joven tienen más probabilidades de ser capaces de ofrecer consultas útiles. El factor edad también es importante. Es crítico que los servicios no ofrezcan una instalación “de niños” y luego desplacen de manera abrupta a los pacientes de 16 a 18 años a un servicio “de adultos”. La mayor parte de los servicios innovadores revisados por Cater y J. Coleman (2006) tienen una estrategia más flexible, al abrir sus puertas a adolescentes y adultos jóvenes sin restricciones por su edad. Ésta también es la estrategia que toman los cuatro sitios *Young People's Health Demonstration* (Department of Health, 2006).

También es necesario reconocer la importancia de las nuevas tecnologías. Existen muchas maneras en las que el poder de los teléfonos móviles y la internet se pueden aprovechar para involucrar a la gente joven. Ejemplos adecuados de sitios electrónicos para jóvenes se mencionan en los capítulos 7 y 9. También existe la sugerencia (que mencionan Viner y Barker, 2005) de introducir el uso de tarjetas “inteligentes” en Reino Unido, que podrían ligarse con la introducción de registros de salud resguardados por los usuarios. Ésta es otra manera en que los jóvenes podrían comprometerse más con su salud. La participación de los adolescentes en el diseño de un sitio electrónico para recibir un servicio también podría ser atractivo, y darles mayor sentido de posesión.

Para concluir, a lo largo del libro se analizan las dificultades en torno a las definiciones de salud y riesgo, y se espera que haya quedado claro para el lector que no existen soluciones simples. La salud es un proceso de vida con niveles y facetas múltiples, que implica la interacción de factores hereditarios, somáticos, psicosociales, culturales e individuales que podrían entenderse mejor desde la perspectiva de un marco de trabajo interactivo y sistémico. Por otra parte, se enfatiza que, de manera independiente a cómo se defina, la salud es más que la ausencia de enfermedad. Así, la promoción de la salud debe captar la importancia de habilitar a la gente joven para crear su propio desarrollo positivo.

En este último capítulo se da una mirada breve a los cuatro temas primordiales que tienen aplicación para la temática que trata el libro. Estos temas incluyen el impacto del cambio social sobre la salud del adolescente, algo sobre la interpretación reciente del concepto de riesgo, iniciativas políticas importantes para la salud del adolescente y, por último, algunas ideas sobre cómo involucrar a la gente joven en los servicios clínicos. Los objetivos de este libro son despertar la conciencia sobre la salud del adolescente, ofrecer una comprensión más clara de algunas de las preguntas y preocupaciones clave en este campo, y el más importante, encontrar formas para ofrecer servicios más adecuados y mejorar así la salud de toda la gente joven.

---

# Glosario

---

**Acondicionamiento o condición cardiovascular** —capacidad del sistema cardiorespiratorio para mantener un aporte efectivo de oxígeno hacia los músculos del organismo durante el ejercicio prolongado.

**Ambiente o clima motivacional** —este término se usa para describir la percepción de un individuo del medio ambiente en función del énfasis que pone en el logro de objetivos en una situación particular (tal como la escuela o la actividad física). Individuos como padres, grupos de referencia, maestros, entrenadores o la estructura (estándares, métodos de enseñanza, evaluación y reconocimiento) pueden crear el clima. Un clima con implicación en las tareas enfatiza el avance y la competencia con base en una referencia personal, en tanto un clima con implicación del ego enfatiza los estándares normativos y la competencia.

**Amenorrea** —ausencia del periodo menstrual en una mujer en edad reproductiva. Esta condición se asocia a mujeres que se ejercitan en exceso (tales como atletas de élite), o aquellas que restringen su dieta como en el caso de la anorexia nerviosa. Esto ocurre debido a que las concentraciones normales de hormonas sexuales, tales como los estrógenos, se modifican por el incremento de sustancias químicas relacionadas con la actividad (endorfinas).

**Anemia** —es una deficiencia de células rojas de la sangre, que puede conducir a deficiencia de la capacidad para transporte de oxígeno, lo que induce cansancio inusual y otros síntomas.

**Anomalías congénitas** —defectos congénitos.

**Ansiedad social-física** —variante específica de ansiedad que se desarrolla cuando el físico de un individuo se mantiene bajo inspección pública (tal como en el gimnasio, la alberca o en la playa). Esto puede causar el evitar situaciones en las que se incrementa tal ansiedad, y a alteraciones de la dieta.

**Artritis juvenil idiopática (AJI)** —se refiere a varias afecciones, todas las cuales afectan a niños y tienen como manifestación principal inflamación de articulaciones generada por autoinmunidad.

**Asintomática** —sin síntomas detectables.

- Autoeficacia o confianza personal** —creencia de la persona sobre su capacidad para influir sobre los eventos que afectan su vida. La percepción de la autoeficacia determina la manera en que la gente se siente, piensa, se motiva y comporta.
- Autoestima** —también se conoce como autovalía y se refiere a la forma en que un individuo evalúa sus esquemas propios (atleta, estudiante, atractivo, alegre) y posibles variantes del ser (amado, exitoso, famoso). La autoestima baja se asocia a depresión, ansiedad, trastornos de la alimentación, inactividad, abandono del ejercicio, consumo de drogas y algunas variantes de delincuencia.
- Cambios normativos** —cambios que ocurren en los individuos de cierta sociedad en un momento determinado, que se prescriben como leyes o normas, tales como la edad legal para el inicio de la educación escolar. Los cambios que no son normativos se presentan durante toda la vida y se deben a causas distintas a las normas sociales, de manera que no afectan a todos los individuos en tal sociedad (por ejemplo, ganarse la lotería, tener un accidente automovilístico).
- Clamidiasis** —es una enfermedad común de transmisión sexual que induce una bacteria, y que puede dañar los órganos reproductivos de la mujer. Aún cuando la clamidiasis suele ser asintomática o causar síntomas leves, existe el riesgo de complicaciones graves que causen daño irreversible, que incluye infertilidad, en forma ‘silente’ antes de que la mujer incluso reconozca que tiene un problema. La clamidiasis también puede inducir secreción a través del pene del hombre que tiene la infección.
- Clínica GUM** —se trata de una clínica que depende del NHS y que atiende todos los aspectos de la salud sexual (medicina genitourinaria).
- Cohesión de grupo** —se describe con frecuencia como espíritu de grupo o formación de lazos. Este término se usa para describir la fortaleza de la interconexión o integración de los individuos que conforman un grupo o equipo. Esto podría tener relación con la tarea que el grupo tiene que llevar a cabo o las conexiones sociales al interior del grupo.
- Cohorte** —grupo de personas de una población determinada que se define por su experimentación de un evento (casi siempre el nacimiento) en un periodo específico.
- Cuidados paliativos** —es la atención holística activa de pacientes con enfermedad progresiva avanzada. El manejo del dolor y otros síntomas, así como el apoyo psicológico, social y espiritual, son de suma importancia. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la calidad de vida más adecuada para los pacientes y sus familias.
- Currículo** —curso de estudio, serie de cursos académicos.
- Currículo informal** —áreas y aspectos de la vida escolar que son ajenos a la enseñanza formal en el salón de clases, e incluyen actividades extracurriculares, viajes escolares, políticas de disciplina, así como el ambiente escolar, por ejemplo la sala de descanso del personal y el área de juegos.

- Datos de corte transversal** —se refiere a datos obtenidos mediante la observación de muchos sujetos (tales como individuos, firmas o países/regiones) en el mismo punto en el tiempo. El análisis de los datos de corte transversal suelen consistir en comparaciones de las diferencias entre los grupos sujeto. Por ejemplo, un grupo de personas de 16 años se compara con otro de 18 años.
- Demográfica** —estadística que caracteriza las poblaciones humanas (o segmentos de poblaciones separadas por edad, sexo, ingreso, etcétera).
- Depresión clínica** —condición que un clínico (psicólogo o psiquiatra) diagnóstica a un individuo que presenta una serie de síntomas depresivos que se clasifican en una escala diagnóstica. Es común que la persona tenga incapacidad para desempeñarse en forma adecuada en lo cotidiano durante un periodo sostenido.
- Desmotivación** —se caracteriza por la ausencia de motivación o interés en la participación. La actividad tiene poco o ningún valor o importancia para el individuo.
- Diseño cuasiexperimental** —el prefijo ‘cuasi’ significa *como si fuera* o *casi*, de manera que cuasiexperimental significa que se trata de un experimento que casi es real. Sin embargo, el investigador no puede controlar o modificar las variables independientes.
- Dismorfia muscular** —uno de los subtipos de trastorno corporal dismórfico (TCD). El individuo muestra obsesión patológica respecto de todo su organismo, y lo percibe con una masa muscular menor que la deseable. Esto puede conducir a la práctica de ejercicio en exceso y ansiedad cuando no se realiza éste. Otras conductas pueden incluir modificación de la dieta, consumo excesivo de drogas y control de la apariencia.
- Distrofia muscular** —grupo con más de 30 enfermedades genéticas que se caracterizan por debilitamiento progresivo y degeneración de los músculos esqueléticos que controlan el movimiento.
- Educación para la salud** —proceso de información a la gente sobre la forma en que puede lograr y mantener una salud adecuada, motivarle para hacerlo, y promover cambios ambientales y de estilo de vida que le ayuden a lograr su objetivo.
- Educación por pares** —educación que ofrece gente entrenada, que es miembro del mismo grupo (o por lo menos cuenta con características similares, tales como edad y nivel educativo) de la serie relativamente homogénea de personas que está educando. Un objetivo clave es aumentar la aceptación de mensajes educativos mediante la omisión de una situación jerárquica.
- Efectos ansiolíticos** —término que se usa para describir la reducción de síntomas de ansiedad. De manera tradicional, se han usado para su tratamiento fármacos como antidepresivos y bloqueadores de receptores beta, y las terapias alternativas varían desde la yerba de San Juan, la terapia cognitiva o conductual, hasta el ejercicio.
- Embarazo ectópico** —ocurre cuando el huevo fertilizado se implanta fuera de la cavidad uterina.

- Endocrinólogo** —médico que se especializa en el tratamiento de trastornos del sistema endocrino, tales como diabetes e hipertiroidismo.
- Enfermedad de células falciformes** —enfermedad hereditaria de la sangre que afecta a sus células rojas. Las personas con enfermedad de células falciformes tienen células rojas que contienen un tipo anormal de hemoglobina. En ocasiones estas células rojas adquieren una forma en hoz (en media luna) y presentan dificultad para pasar a través de los vasos sanguíneos pequeños. Las células falciformes se destruyen con rapidez en el organismo, por lo que se desarrollan anemia, ictericia y formación de litos biliares. Las células falciformes también bloquean el flujo de sangre a través de los vasos, por lo que ocurren daño pulmonar, cuadros de dolor, infartos y daño en la mayoría de los órganos.
- Enfermedad maligna o malignidad** —evolución clínica que avanza en forma rápida hacia la muerte, con frecuencia un tumor canceroso.
- Enfermedad pélvica inflamatoria** —es un término general que se refiere a la infección e inflamación del aparato genital interno de la mujer. Puede afectar el útero (matriz), las trompas de Falopio (conductos tubulares por los que pasan los óvulos desde los ovarios hasta el útero), ovarios y otros órganos que se relacionan con la reproducción. La cicatrización resultante en estos órganos podría causar infertilidad, embarazo ectópico, dolor pélvico crónico, abscesos y otros problemas graves.
- Escoliosis** —desviación lateral de la columna vertebral.
- Espectro del trastorno autista (ETA)** —el autismo es una discapacidad vitalicia que afecta el desarrollo de habilidades para el desarrollo social, la comunicación y la imaginación. Los niños con trastornos en el espectro autista tienen dificultad para entender lo que otras personas dicen y necesitan ayuda para jugar.
- Espina bífida** —de ordinario, la columna vertebral constituye un conducto protector hecho de hueso, y los nervios (médula espinal) se encuentran en su interior. En la espina bífida los huesos no se cierran en torno de la médula espinal y los nervios pueden protruir en la espalda del embrión o feto y dañarse. Esto se produce en una fase muy temprana del embarazo —con frecuencia antes de que la mujer sepa que está embarazada.
- Estereotipificación genérica** —la estereotipificación se relaciona con las creencias que se tienen sobre un individuo con base en su pertenencia a un grupo específico. Estos conocimientos suelen ser resistentes al cambio y se usan para hacer generalizaciones. Este término tiene relación estrecha con los actos conductuales de discriminación y sentimientos de prejuicio o emociones que se sostienen. De manera característica, a las mujeres se les describe como maternas, sensibles y menos precisas, en tanto a los hombres se les describe como dominantes, independientes y controladores.
- Esteroides** —hormona que deriva del colesterol. Los esteroides tienen diversas funciones biológicas, que van de la participación en la estructura de las membranas celulares hasta la regulación de eventos fisiológicos. Los esteroides sin-

téticos que simulan la acción de la progesterona se utilizan en forma amplia como agentes anticonceptivos orales. Otros esteroides sintéticos se diseñan para simular la estimulación de la síntesis de proteínas y la acción de formación muscular de los andrógenos naturales.

**Estudio Delphi**—se basa en un proceso estructurado de recolección de conocimiento a partir de un grupo de expertos por medio de una serie de cuestionarios, con retroalimentación controlada de las opiniones. Se desarrolló para posibilitar el análisis entre expertos sin que exista una discusión grupal normal que pudiera influir sobre la integración de opiniones.

**Estudio prospectivo** —en un estudio prospectivo los investigadores siguen la evolución activa de los participantes a lo largo del tiempo, durante semanas, meses o incluso años, y registran lo que les sucede.

**Etanercept** —fármaco que se usa para tratar la artritis reumatoide.

**Etiología** —es la ciencia que versa sobre las causas u orígenes de la enfermedad, los factores que producen o predisponen a cierta enfermedad o afección.

**ETS o ITS** —enfermedad o infección de transmisión sexual.

**Fibrosis quística (FQ)** —es una enfermedad hereditaria. Puede causar muchos síntomas que afectan distintas partes del organismo, en particular los pulmones y el sistema digestivo. En una persona sana, existe flujo constante de moco sobre las superficies de las vías del aire en los pulmones. Esto elimina los residuos y las bacterias. En una persona con FQ, el moco tiene viscosidad excesiva y no puede realizar su función de manera adecuada. De hecho, el moco adherente constituye un medio ambiente ideal para el crecimiento de las bacterias. Los niños que nacen con FQ no tienen una esperanza de vida normal.

**Flujo** —explicación conceptual del despertar. La capacidad de un individuo necesita corresponder a las demandas de la actividad para obtener un reto que debe dar como resultado un desempeño óptimo. Si las habilidades de la persona sobrepasan las demandas de la actividad, es muy probable que se desarrolle hastío; por el contrario si las demandas de la actividad exceden la capacidad del individuo es probable la ansiedad.

**Formación de identidad** —proceso de encontrar un sentido del ser en función de un compromiso con ciertos valores, por ejemplo, profesionales, sociales, religiosos o políticos.

**Glándula pituitaria o hipófisis** —glándula pequeña que se ubica en la base del cerebro y participa en la regulación hormonal.

**Hemoglobinopatías** —se refiere a una diversidad de trastornos genéticos hereditarios de la hemoglobina que contienen las células rojas de la sangre, y que incluyen a la enfermedad de células falciformes.

**Hidroterapia** —uso del agua, ya sea por vía interna o externa, para mantener la salud y prevenir la enfermedad.

**Hipertensión** —elevación de la presión arterial de la sangre.

**Holística** —que se refiere o trata la totalidad de algo o alguien y no sólo una parte.

- Homogeneidad** —conformada por elementos con características similares, en oposición a heterogeneidad, que implica la conformación por elementos con diversas características distintas.
- Intoxicación** —envenenamiento.
- Investigación cualitativa** —investigación que recurre a métodos cualitativos como entrevistas, textos y observaciones para comprender, más que medir en términos estadísticos, un fenómeno.
- Metotrexato** —fármaco que se usa para tratar distintos tipos de enfermedad reumática.
- Modelo ASE** —modelo para toma de decisiones que indica que las intenciones y comportamientos están determinados por Actitudes, normas Sociales y Eficacia personal.
- Morbilidad** —grado o gravedad de una enfermedad.
- Motivación extrínseca** —este tipo de motivación se puede ver cuando una persona busca incentivos o recompensas en el medio ambiente o en otras personas, para reforzar su participación en una actividad.
- Motivación intrínseca** —este tipo de motivación se puede ver cuando una persona encuentra la actividad en que participa como gratificante en si misma (disfrute, satisfacción, curiosidad).
- Nefrólogo** —médico que tiene capacitación y entrenamiento en enfermedades renales, trasplante renal y terapia con diálisis.
- Nemotecnia** —instrumento, tal como fórmula o rima, que se usa para ayudar a recordar algo.
- NHS** —*National Health Service* de Bretaña.
- Obesidad** —ocurre como resultado del desarrollo excesivo del tejido adiposo y deriva del latín *obedere* (devorar). Se mide de manera característica mediante el cálculo del peso de la persona en relación con su estatura (tomando en cuenta la edad y el género) para obtener un valor (índice de masa corporal o IMC), que se convierte a una escala. La obesidad conforma una categoría que cae entre el sobrepeso y la obesidad clínica.
- Obstetra** —médico que trata de manera preponderante el manejo del embarazo y el nacimiento.
- OMS** —Organización Mundial de la Salud.
- Osteoporosis** —enfermedad en que los huesos se vuelven frágiles y tienen más riesgo de romperse.
- Pánico moral** —percepción de masas de que un individuo o grupo, con frecuencia un grupo minoritario o cultura secundaria, es peligroso por tener alguna perversión o implica un riesgo para la sociedad. Estos pánicos suelen ser alimentados por la cobertura de cuestiones sociales por los medios masivos.
- Parálisis cerebral** —en la mayoría de las ocasiones es resultado de la incapacidad de una parte del cerebro para desarrollarse, ya sea antes del nacimiento o en una fase temprana de la infancia. El efecto principal de la parálisis cerebral es la dificultad para el movimiento. Muchas personas con parálisis cerebral tienen poca afectación, en tanto otras tienen problemas para caminar, alimentar-

se, hablar o usar sus manos. Algunas personas no son capaces de sentarse sin ayuda y necesitan apoyo constante.

**Patología** —es el estudio de los procesos subyacentes a la enfermedad y diversas condiciones médicas.

**Perceptivo-motor** —que afecta las percepciones (audición, visión, gusto y tacto) y el movimiento en forma concomitante, con énfasis en las interacciones entre la estimulación sensorial y la respuesta motriz que se genera.

**Prednisolona** —fármaco que se usa para tratar afecciones inflamatorias tales como la artritis.

**Primer nivel de atención** —todos los servicios que se imparten fuera del hospital.

**Problemas por apego** —el apego normal se desarrolla durante los dos o tres primeros años de vida del niño. Los problemas en la relación madre-hijo durante ese periodo interfieren con el desarrollo normal de un apego saludable y seguro. La habilidad para confiar y formar relaciones recíprocas afecta la salud emocional y comportamientos del niño, así como su desarrollo y relaciones interpersonales futuras.

**Proceso separación-individuación** —teoría psicodinámica que describe el proceso por el cual el bebé se separa de la madre y desarrolla su sentido individual. En ocasiones se denomina a la adolescencia como un 'segundo proceso de separación-individuación', debido a que la gente joven se vuelve independiente de sus padres y desarrolla su propia identidad.

**Programa piloto** —accionamiento preliminar de prueba de un programa para valorar sus instrumentos, sus procedimientos o ambos.

**Promoción de la salud** —proceso de capacitar a la gente para incrementar su control sobre su salud y mejorarla.

**PSHE** —*Personal, Social and Health Education*.

**Psicología positiva** —es un campo totalmente nuevo de investigación científica. Desde la Segunda Guerra Mundial, los psicólogos se enfocaron casi de manera exclusiva en el estudio y reparación de las conductas negativas y la enfermedad mental. Al hacerlo, la psicología dio una negativa a la manera de hacer la vida más plena. Para tratar de recuperar el equilibrio, la psicología positiva se enfoca en las fortalezas humanas más que en las debilidades, y en la forma en que la vida puede ser buena más que mala.

**Relación curvilínea** —una variable se asocia a otra variable, pero la relación que tienen se describe mediante un trazo curvo y no por uno lineal.

**Remisión de enfermedad** —estado de ausencia de actividad de enfermedad en pacientes con una enfermedad crónica conocida.

**Resiliencia** —capacidad de recuperarse con rapidez de enfermedad, cambio o infortunio.

**Respiratoria** —que afecta algún órgano que se relaciona con la respiración.

**Retroalimentación correctiva** —este tipo de retroalimentación provee a los participantes información sobre la forma en que podrían mejorar su desempeño. La retroalimentación sirve para reforzar la conducta correcta y modelar la competencia que se incrementa. La retroalimentación correctiva se enfoca no

- sólo en proveer al participante con información específica sobre cómo corregir errores, sino también para mejorar el desempeño.
- Segundo nivel de atención** —servicio que se provee en hospitales o que proveen estos.
- Sobreentrenamiento** —puede presentarse en individuos que se entrenan en un grado (frecuencia, intensidad, duración) que excede su capacidad para lograr una recuperación adecuada. El individuo no es entonces capaz de lograr ganancias en su condición (fuerza y resistencia).
- Somática** —que tiene relación con el organismo.
- SRE** —*Sex and Relationship Education*.
- Teratogenicidad** —capacidad de producir una malformación en un embrión o feto.
- Tercer nivel de atención** —servicios de consulta especializada, que por lo general se reciben tras la referencia por personal de primer o segundo nivel, que aportan especialistas que trabajan en un centro que cuenta con personal e instalaciones para investigación y tratamiento especiales.
- Trasplante renal** —procedimiento quirúrgico para implantar un riñón sano a un paciente con insuficiencia renal.
- Trastorno mental** —enfermedad mental grave y persistente que afecta al cerebro.
- Trastorno metabólico** —grupo de más de mil enfermedades hereditarias en las que existe una deficiencia genética que afecta la química del organismo. El efecto en el paciente es variable y no siempre predecible. Muchos defectos inducen afección grave y muerte, en tanto otros parecen no causar problemas.
- Trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH)** —es una condición que se evidencia en algunos niños durante los años preescolares y los primeros de educación primaria. Es difícil que estos niños controlen su conducta, presten atención o ambas situaciones.
- Trastornos de conducta** —se refiere a un grupo de problemas de conducta y emocionales en jóvenes. Los niños y adolescentes con este trastorno tienen gran dificultad para apegarse a reglas y comportarse en formas aceptadas por la sociedad.
- Tutoría** —caso en que un modelo de rol o tutor ofrece apoyo a otra persona. Un tutor tiene conocimiento y experiencia en un área y actúa como guía para la persona que recibe la tutoría.

---

# Referencias

---

- Aas, H.N., Leigh, B.C., Anderssen, N. and Jakobsen, R. (1998) Two-year longitudinal study of alcohol expectancies and drinking among Norwegian adolescents. *Addiction*, 93, 373-384.
- Adams, J. and Painter, C. (2004) *Explore, dream, discover: a resource and training pack on the flower holistic models of sexual health and sexuality, self-esteem and mental health, with guidance on their use in practice*, Centre for HIV and Sexual Health, Sheffield.
- Aggleton, P. (1996) *Health promotion and young people*, Health Education Authority, London.
- Aggleton, P., Whitty, G., Knight, A. *et al.* (1996) *Promoting young people's health: the health concerns and needs of young people*, Health Education Authority, London.
- Aggleton, P., Whitty, G., Knight, A. *et al.* (1998) Promoting young people's health: the health concerns and needs of young people. *Health Education*, 6, 213-219.
- Ajzen, I. (1988) *Attitudes, personality and behaviour*, Open University Press, Milton Keynes.
- Alexander, T. (2002) *A bright future for all: promoting mental health in education*, Mental Health Foundation, London.
- Alfermann, D. and Stoll, O. (2000) Effects of physical exercise on self-concept and well-being. *International Journal of Sport Psychology*, 30, 47-65.
- Allbutt, H., Amos, A. and Cunningham-Burley, S. (1995) The social image of smoking among young people in Scotland. *Health Education Research*, 10, 4, 443-454.
- Allen, J.B. and Howe, B.L. (1998) Player ability, coach feedback, and female adolescent athletes' perceived competence and satisfaction. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 20, 280-299.
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and statistical manual*, 4th edn, American Psychiatric Association, Washington DC.
- Anderson, A.R. and Henry, C.S. (1994) Family system characteristics and parental behaviours as predictors of adolescent substance use. *Adolescence*, 29, 405-420.
- Anderson, B.J. and Wolpert, H.A. (2004) A developmental perspective on the challenges of diabetes education and care during the young adult period. *Patient Education and Counselling*, 53, 347-352.
- Anderson, J.C., Funk, J.B., Elliott, R. and Hull Smith, P. (2003) Parental support and pressure and children's extracurricular activities: relationships with amount of

- involvement and affective experience of participation. *Applied Developmental Psychology*, 24, 241-257.
- Arena, B.** (1997) Hormonal problems in young female athletes. *Sports Exercise and Injuries*, 2, 122-125.
- Arnett, J.** (2004) *Emerging adulthood: the winding road for the late teens through the twenties*, Oxford University Press, Oxford.
- Babkes, M.L. and Weiss, M.R.** (1999) Parental influence on children's cognitive and affective responses to competitive soccer participation. *Pediatric Exercise Science*, 11, 44-62.
- Backett, K. and Davison, C.** (1992) Rational or reasonable? Perceptions of health at different stages of life. *Journal of Health Education*, 51, 55-59.
- Balding, J.** (2004) *Young people in 2003*, Schools Health Education Unit, Exeter.
- Bandura, A.** (1977) Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-212.
- Bearman, P. and Bruckner, H.** (2004) *Rules, behaviors and networks that influence STD prevention among adolescents*, National STD Prevention Conference, Philadelphia, United States.
- Beck, K.H., Thombs, D.L. and Summons, T.G.** (1993) The social context of drinking scales: construct validation and relationships to indicators of abuse in an adolescent population. *Addictive Behaviours*, 18, 159-169.
- Beresford, B.** (2004) On the road to nowhere? Young disabled people and transition. *Child: Care, Health and Development*, 30, 6, 581-587.
- Beresford, B. and Sloper, P.** (2003) Chronically ill adolescents' experiences of communicating with doctors: a qualitative study. *Journal of Adolescent Health*, 33, 172-179.
- Biddle, S.J.H., Fox, K.R. and Boutcher, S.H. (eds)** (2000) *Physical activity and psychological well-being*, Routledge, London.
- Biddle, S.J.H. and Mutrie, N.** (2001) *Psychology of physical activity: determinants, well-being and interventions*, Routledge, London.
- Blake, S. and Frances, G.** (2001) *Just say no! to abstinence education: lessons learnt from a sex education study tour of the United States*, National Children's Bureau, London.
- Blamey, A., Mutrie, N. and Aitchison, T.** (1995) Health promotion by encouraged use of stairs. *British Medical Journal*, 311, 289-290.
- Bland, J. H. and Colby, J.** (1999) *The complete mall walker's handbook*, Fairview Press, Minneapolis.
- Blaxter, M.** (1987) Attitudes to health, in Cox, B. (ed.) *The health and lifestyle survey*, Health Promotion Research Trust, London.
- Blum R.** (1995) Transition to adult healthcare: setting the stage. *Journal of Adolescent Health*, 17, 3-5.
- Bone, J. and Gardiner, J.** (2002) *Speaking up, speaking out: 20/20 vision programme*, Industrial Society, London.
- Boreham, R. and Blenkinsop, S.** (2004) *Drug use, smoking and drinking among young people in England, 2003*, The Stationery Office, London.
- Boreham, C. and Riddoch, C.** (2001) The physical activity, fitness and health of children. *Journal of Sports Sciences*, 19, 915-929.
- Botting, B., Rosato, M. and Wood, R.** (1998) Teenage mothers and the health of their children. *Population Trends*, 93, 19-28. [[www.statistics.gov.uk/downloads/theme population/](http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme_population/)].
- Boyd, M. P. and Yin, Z.** (1996) Cognitive-affective sources of sport enjoyment in adolescent sport participants. *Adolescence*, 31, 383-395.

- Boyle, M.P., Farukhi, Z., and Nosky, M.L. (2001) Strategies for improving transition to adult cystic fibrosis care, based on patient and parent views. *Pediatric Pulmonology*, 32, 428-436.
- Breslau, N. Kilbey, M. M. and Andreski, P. (1993) Nicotine dependence and major depression: New evidence from a prospective investigation. *Archives of General Psychiatry*, 50, 31-35.
- British Medical Association (BMA) (2003) *Adolescent health* [www.bma.org.uk].
- Brown C., Rowley S. and Helms P. (1994) Symptoms, health and illness behaviour in cystic fibrosis. *Social Science and Medicine*, 39, 375-379.
- Bruch, H. (1974) *Eating disorders: obesity, anorexia and the person within*, Basic Books, New York.
- Bruch, H. (1985) Four decades of eating disorders, in Garner, D.M. and Garfinkel, P.E. (eds) *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*, Guilford Press, New York.
- Bryant-Waugh, R. and Lask, B. (1995) Eating disorders in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 6, 2.
- Buckworth, J. and Dishman, R.K. (2002) *Exercise psychology*, Human Kinetics, Champaign, IL.
- Buonamano, R., Cei, A. and Mussino, A. (1995) Participation motivation in Italian youth sport. *The Sport Psychologist*, 9, 265-281.
- Burchardt, T. (2005) *The education and employment of disabled young people: frustrated ambition*, The Policy Press, Marston Book Services, Oxon, UK.
- Burtney, E. and Duffy, M. (eds) (2004) *Young people and sexual health: individual, social and policy contexts*, Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- Carron, A.V. (1982) Cohesion in sports: interpretations and considerations. *Journal of Sport Psychology*, 4, 123-138.
- Carron, A.V. and Dennis, P.W. (1998) The sport team as an effective group, in Williams, J.M. (ed.) *Applied Sport Psychology: Personal Growth to Peak Performance*, 3rd edn, Mayfield, Mountain View, CA, 127-141.
- Cash, T.F. and Deagle, E.A. (1997) The nature and extent of body image disturbance in anorexia and bulimia nervosa. A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 107-125.
- Casper, R.C. (1993) Exercise and mood. *World review of nutrition and dietetics*, 1, 115-143.
- Cater, S. and Coleman, J. (2006) *Adolescent health provision: factors facilitating the provision of young people's health services*. Report for the Department of Health. Available at the Trust for the Study of Adolescence [www.tsa.uk.com].
- Cater, S. and Coleman, L.M. (2006) *'Planned' teenage pregnancy: perspectives of young parents from disadvantaged backgrounds*, Joseph Rowntree Foundation, York.
- Churchill, R., Allen, J., Denman, S. *et al.* (2000) Do the attitudes and beliefs of young teenagers towards general practice influence actual consultation behaviour? *British Journal of General Practice*, 50, 953-957.
- Coakley, J.J. and White, A. (1992) Making decisions: gender and sport participation among British adolescents. *Sociology of Sport Journal*, 9, 20-35.
- Coffield, F. (1992) *Young people and illicit drugs*, Northern Regional Health Authority and Durham University, Durham.
- Colby, S.M., Tiffany, S.T., Shiffman, S. and Niaura, R.S. (2000) Are adolescent smokers dependent on nicotine? A review of the evidence. *Drug and Alcohol Dependence*, 59, S83-S95.

- Coleman, J.C. (2001) Meeting the health needs of young people. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 532-533.
- Coleman, J.C. (2002) Into adulthood, in Lotherington, J. (ed.) *The seven stages of life*, Centre for Reform, London.
- Coleman, J.C. and Hendry, L.B. (1999) *The nature of adolescence*, 3rd edn, Routledge, London.
- Coleman, J.C. and Schofield, J. (2005) *Key data on adolescence*, 5th edn, Trust for the Study of Adolescence, Brighton.
- Coleman, L.M. (1999) Comparing contraceptive use surveys of young people in the UK: what can we learn from such a review? *Archives of Sexual Behavior*, 28, 225-264.
- Coleman, L.M. and Cater, S. (2005a) *Underage "risky" drinking: motivations and outcomes*, Joseph Rowntree Foundation, York.
- Coleman, L.M. and Cater, S. (2005b) Exploring the relationship between adolescent alcohol consumption and risky sexual behaviour. *Archives of Sexual Behavior*, 34, 649-661.
- Coleman, L.M. and Coleman, J.C. (2002) The measurement of puberty: a review. *Journal of Adolescence*, 25, 535-550.
- Coleman, L.M. and Ingham, R. (1999) Exploring young people's difficulties in talking about contraception: how can we encourage more discussion between partners? *Health Education Research: Theory and Practice*, 14, 741-750.
- Collishaw, S., Maughan, B., Goodman, R. and Pickles, A. (2004) Time trends in adolescent well-being. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 1350-1362.
- Copp, A. (2005) An overview of children's health, in Horton, C. (ed.) *Working with children 2006/2007*, Society Guardian and Sage Publications, London.
- Council of Europe (1993) *European Sports Charter. Recommendation No. R (92) 13*, Sports Council, London.
- Cowie, H., Boardman, C., Dawkins, J. and Jennifer, D. (2004) *Emotional health and well-being: a practical guide for schools*, Paul Chapman Publishing, London.
- Crabbe, J. B., Smith, J. C. and Dishman, R. K. (1999) EEG and emotional response after cycling exercise. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 31, S173.
- Crisp A. (1980) *Anorexia nervosa – let me be*, Academic Press, New York.
- Csikszentmihalyi, M. (1990) *Flow: the psychology of optimal exercise*, Harper and Row, New York.
- Currie C., Roberts, C., Morgan, A. et al. (eds) (2004) *Young people's health in context: international report from the HBSC 2001/02 survey*. WHO Policy Series: Health Policy for Children and Adolescents, Issue 4, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Davis, C. (1999) Excessive exercise and anorexia nervosa: addictive and compulsive behaviors. *Psychiatric Annals*, 29, 221-224.
- Dawson, D.A. (2000) The link between family history and early onset alcoholism: earlier initiation of drinking or more rapid development of dependence? *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 637-646.
- Deci, E.L. and Ryan, R.M. (1985) Intrinsic motivation and self-determination in human behavior, cited by Frederick, C.M. and Ryan, R.M. (1995) Self-determination in sport: A review using cognitive evaluation theory. *International Journal of Sport Psychology*, 26, 5-23.

- Deci, E.L., and Ryan, R.M. (1991) A motivational approach to self: integration in personality, in Dienstbier, R. (ed.) *Nebraska symposium on motivation: Vol. 38. Perspectives on motivation*, University of Nebraska Press, Lincoln, NE, 237-288.
- De Knop, P., Wylleman, P., Theeboom M. *et al.* (1999) The role of contextual factors in youth participation in organized sport. *European Physical Education Review*, 5, 153-168.
- Denman, S. (1998) The health promoting school: reflections on school-parent links. *Health Education*, 2, 55-58.
- Dennison, C. (2004) *Teenage pregnancy: an overview of the research evidence*, Health Development Agency, London.
- Department for Education and Employment (DfEE) (2000) *Sex and Relationships Education guidance*. Reference: Department for Education and Employment 0116/2000.
- Department for Education and Skills (2005) *Youth matters*, The Stationery Office, London.
- Department of Health (2001) *The National Strategy for Sexual Health and HIV*, Department of Health.
- Department of Health (2004) *At least five times a week: evidence on the impact of physical activity and its relationship to health*, Department of Health, London. Retrieved on 7 March 2006, from [http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT\\_ID=4080994&chk=1Ft1Of](http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4080994&chk=1Ft1Of)
- Department of Health (2005a) *Young People's Health Demonstration Sites: guidance*, Department of Health, London.
- Department of Health (2005b) *'You're welcome' quality criteria: making health services young people friendly: guidance document*, Department of Health, London [www.dh.gov.uk].
- Department of Health (2006) *Our health, our care, our say*, Government White Paper, The Stationery Office, London.
- Department of Health and Department for Education and Skills (2004) *The National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services*, The Stationery Office, London.
- Dickinson, P., Neilson, G. and Agee, M. (2004) The sustainability of mentally healthy schools initiatives: insights from the experiences of a co-educational secondary school in Aotearoa/New Zealand. *International Journal of Mental Health Promotion*, 6, 27-34.
- Dishman, R. K. (2001) The problem of exercise adherence: fighting sloth in nations with market economies. *Quest*, 53, 279-294.
- Donovan, D., Suckling, H., Walker, Z. *et al.* (2004) *Difficult consultations with adolescents*, Radcliffe Medical Press, Oxford.
- Dovey-Pearce, G., Hurrell, R., May, C. *et al.* (2005) Young adults' (16-25 years) suggestions for providing developmentally appropriate diabetes services: a qualitative study. *Health and Social Care in the Community*, 13, 409-419.
- Duffy, M., Wimbush, E., Reece, J. and Eadie, D. (2003) Net profits? Web site development and health improvement. *Health Education*, 103,5,278-285.
- Duncan, S.C. (1993) The role of cognitive appraisal and friendship provisions in adolescents' affect and motivation toward activity in physical education. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 64, 314-323.

- Duncan, S.C., Duncan, T.E., Biglan, A. and Ary, D. (1998) Contributions of the social context to the development of adolescent substance use: a multivariate latent growth modeling approach. *Drug and Alcohol Dependence*, 50, 57-71.
- Durkin, S.J. and Paxton, S.J. (2002) Predictors of vulnerability to reduced body image satisfaction and psychological well-being in response to exposure to idealised female media images in adolescent girls. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 995-1000.
- Durlack, J. and Wells, A. (1997) Primary prevention mental health programmes: the future is exciting. *American Journal of Community Psychology*, 25, 233-243.
- Eating Disorders Association (2006) [www.edauk.com].
- Eccles, J., Flanagan, C. and Lord, S. (1996) Schools, families and early adolescents: what are we doing wrong, and what can we do instead? *Developmental and Behavioural Paediatrics*, 17, 267-276.
- Edwards, L. (2003) *Promoting young people's well-being: a review of research on emotional health*, SCRE Centre, University of Glasgow.
- Elkins, W.L., Cohen, D.A., Koralewicz, L.M. and Taylor, S.N. (2004) After school activities, overweight, and obesity among inner city youth. *Journal of Adolescence*, 27, 181-189.
- Ellis, S. and Grey, A. (2004) Prevention of sexually transmitted infections: a review of reviews into the effectiveness of non-clinical interventions, Health Development Agency, London.
- Engels, R.C.M.E. (2003) Beneficial functions of alcohol use for adolescents: theory and implications for prevention. *Nutrition Today*, 38, 25-30.
- Engels, R.C.M.E., Finkenauer, C., Kerr, M. and Stattin, H. (2005) Illusions of parental control: parenting and smoking onset in Swedish and Dutch adolescents. *Journal of Applied Social Psychology*.
- Engels, R.C.M.E. and Knibbe, R.A. (2000) Alcohol use and intimate relationships in adolescence: when love comes to town. *Addictive Behaviours*, 25, 435-439.
- Engels, R.M.E., Knibbe, R.A. and Drop, M.J. (1999a) Visiting public drinking places: an explorative study into the functions of pub-going for late adolescents. *Substance Use and Misuse*, 34, 1061-1080.
- Engels, R.C.M.E., Knibbe, R.A. and Drop, M.J. (1999b) Why do late adolescents drink at home? A study on psychological well-being, social integration and drinking context. *Addiction Research*, 7, 31-46.
- Engels, R.C.M.E., Scholte, R., Van Lieshout, C.F.M. et al. (2005) Peer group reputation and alcohol and cigarette use. *Addictive Behaviours*.
- Engels, R.C.M.E., and Ter Bogt, T. (2001) Influences of risk behaviours on the quality of peer relations in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 30, 675-695.
- Epstein, R., Rice, P. and Wallace, P. (1989) Teenage health concerns: implications for primary health care professionals. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 39, 247-249.
- Fairburn C.G. and Brownell, K.D. (eds) (2002) *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*, 2nd edn, The Guilford Press, New York.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z. and Shafran, R. (2003) Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a transdiagnostic theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-529.
- Fairburn C.G., Doll, H.A., Welch, S.L. et al. (1998) Risk factors for binge eating disorder. *Archives of General Psychiatry*, 55, 425-432.

- Fairburn, C.G., Shafran, R. and Cooper, Z. (1999) A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1, 1-13.
- Farrell, C. (1978) *My mother said... the way young people learn about sex and birth control*, Routledge and Kegan Paul, London.
- Fenton, K.A. and Hughes, G. (2003) Sexual behaviour in Britain: why sexually transmitted infections are common. *Clinical Medicine*, 3, 199-202.
- Fox, K.R. (2000) The influence of exercise on self-perceptions and self-esteem, in Biddle, S.J.H., Fox, K.R. and Boutcher, S.H. (eds) *Physical activity and mental well-being*, Routledge, London, 78-111.
- Fox, K., Goudas, M., Biddle, S. *et al.* (1994) Children's task and ego goal profiles in sport. *British Journal of Educational Psychology*, 64, 253-261.
- France, C., Thomas, K., Slack, R. and James, N. (2001) Psychosocial impacts of chlamydia testing are important. *British Medical Journal*, 322, 1245-1246.
- Franzoi, S.L. (1995) The body-as-object versus the body-as-process: gender differences and gender considerations. *Sex Roles*, 33, 417-437.
- Frederick, C.M. and Morrison, C.S. (1996) Social physique anxiety: personality constructs, motivations, exercise attitudes and behaviour. *Perceptual and Motor Skills*, 82, 963-972.
- Frederick, C.M. and Ryan, R.M. (1993) Differences in motivation for sport and exercise and the relationships with participation and mental health. *Journal of Sport Behavior*, 16, 125-145.
- Frederick C.M. and Shaw, S.M. (1995) Body image as a leisure constraint: Examining the experience of aerobic exercise classes for young women. *Leisure Science*, 17, 57-73.
- Friedli, L. (1997) *Mental health promotion: a quality framework*, Mental Health Foundation, London.
- Furlong, A. and Cartmel, F. (1997) *Young People and Social Change: Individualization in Late Modernity*, Open University Press, Buckinghamshire.
- Garn, S.M., Bailey, S.M., Solomon, M.A. and Hopkins, P.J. (1981) Effects of remaining family members on fatness prediction. *American Journal of Clinical Nutrition*, 43, 148-153.
- Garner, D.M. and Bemis, K.M. (1982) A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 123-150.
- Garner, D.M. and Bemis, K.M. (1985) Cognitive therapy for anorexia nervosa, in Garner, D.M. and Garfinkel, P.E. (eds), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*, Guilford Press, New York, 107-146.
- Garner, D.M. and Garfinkel, P.E. (1980) Sociocultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 10, 647.
- Geenen, S.J., Powers, L.E., and Sells, W. (2003) Understanding the role of health care providers during transition of adolescents with disabilities and special health care needs. *Journal of Adolescent Health*, 32, 225-233.
- Glendinning, A. (1998) Family life, health and lifestyles in rural areas: the role of self-esteem. *Health Education*, 2, 59-68.
- Glendinning, A., Love, J., Shucksmith, J. and Hendry, L.B. (1992) Adolescence and health inequalities: extensions to McIntyre and West. *Social Science and Medicine*, 35, 5, 679-687.
- Goleman, D. (1996) *Emotional intelligence*, Bloomsbury, London.

- Gordon, J. and Turner, K. (2001) School staff as exemplars – where is the potential? *Health Education*, 101, 6, 283-291.
- Gould, D. (1987) Understanding attrition in children's sport, in Gould, D. and Weiss, M.R. (eds) *Advances in paediatric sciences (Vol. 2): Behavioral issues*, Human Kinetics, Champaign, IL, 61-85.
- Gould, D. and Petlichkoff, L. (1988) Participation motivation and attrition in young athletes, in Smoll, F.L., Magill, R.A. and Ash, M.J. (eds) *Children in sport*, Human Kinetics, Champaign IL, 161-178.
- Grant, T. (ed.) (2000) *Physical activity and mental health: national consensus statements and guidelines for practice*, Health Education Authority, London.
- Gray, N.J., Klein, J.D., Noyce, P.R. *et al.* (2005) Health information seeking behaviour in adolescence: the place of the internet. *Social Science and Medicine*, 60, 7, 1467-1478.
- Green, H., McGinnity, A., Meltzer, H. *et al.* (2005) *Mental health of children and young people in Britain, 2004*, Office for National Statistics, London.
- Greendorfer, S.L., Lewko, J.H. and Rosengren, K.S. (2002) Family and gender-based influences in sport socialization of children and adolescents, in Smoll, F.L. and Smith, R.E. (eds) *Children and youth in sport: a biopsychosocial perspective*, 2nd edn, Kendall Hunt Publishing, Dubuque, IW, 153-186.
- Hagell, A. (2002) *The mental health of young offenders*, Mental Health Foundation, London.
- Harden, A., Rees, A., Shepherd, J., *et al.* (2001) *Young people and mental health: a systematic review of research on barriers and facilitators*, EPPI-Centre, University of London.
- Harden, A., Weston, R. and Oakley, A. (1999) *A review of the effectiveness and appropriateness of peer-delivered health promotion for young people*, EPI-Centre, Social Science Research Unit, London.
- Hart, R. (1992) *Child's participation: from tokenism to citizenship*, UNICEF International Child Development Centre.
- Hart, R. (1997) *Children's participation: the theory and practice of involving young citizens in community development and environmental care*, UNICEF, Earthscan.
- Hawton, K., Hall, S., Simkin, S. *et al.* (2003) Deliberate self-harm in adolescents: a study of the characteristics and trends in Oxford 1990-2000. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 1101-1198.
- Hawton, K., Rodham, K., Evans, E. and Weatherall, R. (2002) Deliberate self-harm in adolescents: self-report survey in schools in England. *British Medical Journal*, 325, 1207-1211.
- HPA (Health Protection Agency) (2005) *Diagnoses and rates of selected STIs seen at GUM clinics, 2000-2004*, Health Protection Agency, United Kingdom.
- Heinberg, L.J., Thompson, J.K. and Stormer, S. (1995) Development and validation of the sociocultural attitudes towards appearance questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 81-89.
- Hendry, L., Glendinning, A., Reid, M. and Wood, S. (1998) *Lifestyles, health and health concerns of rural youth, 1996-1998*, Department of Health, Scottish Office, Edinburgh.
- Hendry, L.B. and Kloep, M. (1999) Adolescence in Europe: an important life phase? in Messer, D. and Millar, S. (eds) *Exploring developmental psychology*, Arnold, London.

- Hendry, L. and Kloep, M. (2002) *Life-span development: resources, challenges and risks*, Thomson Learning, London.
- Hendry, L.B. and Kloep, M. (2006) Youth and leisure: a European perspective, in Jackson, S. and Goossens, L. (eds) *Handbook of adolescent development*, Psychology Press, London.
- Hendry, L.B. and Reid, L. (2001) Social relationships and health: the meaning of social 'connectedness' and how it relates to health concerns for rural Scottish adolescents. *Journal of Adolescence*, 23, 705-719.
- Hendry, L.B., Shucksmith, M., Love, G. and Glendinning, A. (1993) *Young people's leisure and lifestyles*, Routledge, London.
- Hendry, L. and Singer, F. (1981) Sport and the adolescent girl: a case study of one comprehensive school. *Scottish Journal of Physical Education*, 9, 18-22.
- Hermus, R.J. (ed.) (1983) *Alcohol, health and society*, CIVO/TNO, Zeist.
- Herzog, R. (1991) Measurement of vitality in America's changing life study. *Proceedings of the International Symposium on Aging*. Series 5. No. 6. DHSS Publication No. 91-1482, US Dept of Health and Human Services, Hyattsville.
- Hill, G.M. (1993) Youth sport participation of professional baseball players. *Sociology of Sport Journal*, 10, 107-114.
- Hill A.J., Oliver S. and Rogers P.J. (1992) Eating in an adult world: the rise of dieting in childhood and adolescence. *Br J Clin Psychol*, 31, 95-105.
- Holland, J., Ramazanoglu, C., Sharpe, S. and Thomson, R. (1998) *The male in the head: young people, heterosexuality and power*, Tufnell Press, London.
- Horn, T.S. and Amorose, A.J. (1998) Sources of competence information, in Duda, J.L. (ed.) *Advances in sport and exercise measurement*, Fitness Information Technology, Morgantown, WA, 49-63.
- Howlett, M., McClelland, L. and Crisp, A.H. (1995) The cost of illness that defies. *Postgraduate Medical Journal*, 71, 842, 705-706.
- Index Mundi [[www.indexmundi.com](http://www.indexmundi.com)].
- Ingham, R. (2001) Survey commissioned by Channel Four for the series 'Generation Sex', presented 16 October 2001.
- Ingham, R. and van Zessen, G. (1998) From cultural contexts to international competencies: a European comparative study. *Paper presented at AIDS in Europe, Social and Behavioural Dimensions*, 1998.
- Jacobsen, L., Mellanby, A., Donovan, C. *et al.* (2000) Teenagers' views on general practice consultations and other medical advice. *Family Practice*, 17, 156-158.
- Jambor, E.A. (1999) Parents as children's socialising agents in youth soccer. *Journal of Sport Behavior*, 22, 350-359.
- Jenks, C. (2003) *Transgressions*, Routledge, London.
- Jessor, R. (1987) Problem-Behaviour Theory, psychosocial development, and adolescent problem drinking. *British Journal of Addiction*, 82, 331-342.
- Johnsgard, K.W. (1989) *The exercise prescription for depression and anxiety*, Plenum Press, New York.
- Johnson, A., Mercer, C., Erens, B. *et al.* (2001) Sexual behaviour in Britain: partnerships, practices and HIV risk behaviours. *The Lancet*, 358, 1835-1842.
- Johnson, A., Wadsworth, J., Wellings, K. and Field, J. (1994) *Sexual attitudes and lifestyles*, Blackwell Scientific Press, Oxford.

- Johnston, O. (2001) Eating, exercise and body regulation across the lifespan: a qualitative approach. Unpublished doctoral dissertation, School of Psychology, The Queen's University of Belfast.
- Jones, B.T., Corbin, W. and Fromme, K. (2001) A review of expectancy theory and alcohol consumption. *Addiction*, 91, 57-72.
- Jones, R., Finlay, F., Simpson, N. and Kreitman, T. (1997) How can adolescent's health needs and concerns best be met? *British Journal of General Practice*, 47, 631-634.
- Kaarsgaren, R.J., Zulstra, R.F., Helms, P. (1994) Asthma medication in children 1991. *Respiratory Medicine*, 88, 383-386.
- Kahn, E.B., Ramsey, L.T., Brownson, R.C. *et al.* (2002) The effectiveness of interventions to increase physical activity: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 22, 73-107.
- Kalnins, I., McQueen, D., Backett, K. and Currie, C. (1992) Children, empowerment and health promotion: some new directions in research and practice. *Health Promotion International*, 7, 53-59.
- Kendall, K.A. and Danish, S.J. (1994) The development of preliminary validation of a measure of parental influence on youth participation in organized sports. Paper presented at the *Annual conference of the Association for the Advancement of Applied Sport Psychology*, Lake Tahoe, NV.
- Kipps, S., Bahu, T., Ong, K., *et al.* (2002) Current methods of transfer of young people with type 1 diabetes to adult services. *Diabetic Medicine*, 19, 649-654.
- Kirtland, K.A., Porter, D.E., Addy, C.L. *et al.* (2003) Environmental measures of physical activity supports: perception versus reality. *American Journal of Preventive Medicine*, 24, 323-331.
- Kloep, M. and Hendry, L.B. (1999) Challenges, risks and coping in adolescence, in: Messer, D. and Millar, S. (eds) *Exploring developmental psychology from infancy to adolescence*, Arnold, London, 400-416.
- Kloep, M., Hendry, L.B., Ingebrigtsen, J. E. *et al.* (2001) Young people in 'drinking' societies: Norwegian, Scottish and Swedish adolescents' perceptions of alcohol use. *Health Education Research*, 16, 279-291.
- Klosterman, B.K., Slap, G.B., Nebriq, D.M. *et al.* (2005) Earning trust and losing it: adolescents' views on trusting physicians. *Journal of Family Practice*, 54, 679-687.
- Klump, K.L. and Gobrogge, K.L. (2005) A review and primer of molecular genetic studies of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37, S43-S48.
- Koff, E. and Bauman, C. (1997) Effects of wellness, fitness and sport skills programs on body image and lifestyle behaviors. *Perceptual Motor Skills*, 84, 55-62.
- Kopelman, P. (1999) Aetiology of obesity II: genetics, in *Obesity: the report of the British Nutrition Foundation Task Force*, Blackwell Science, Oxford, 39-44.
- Kremer, J. (1997) Introduction, in Kremer, J. Trew, K. and Ogle, S. (eds) *Young people's involvement in sport*, Routledge, London.
- Kremer, J., Trew, K. and Ogle, S. (eds) (1997) *Young people's involvement in sport*, Routledge, London.
- Kumpfer, K.L. and Turner, C.W. (1990) The social ecology model of adolescent substance abuse: implications for prevention. *International Journal of the Addictions*, 25, 435-463.
- Kuntsche, E., Knibbe, R.A., Gmel, G. and Engels, R.C.M.E. (2005) Why do young people drink? A review of drinking motives. *Clinical Psychology Review*, 25, 841-861.

- Lam, P.Y., Fitzgerald, B.B. and Sawyer, S.M. (2005) Young adults in children's hospitals: why are they there? *Medical Journal of Australia*, 182, 8, 381-384.
- Lasheras, L., Aznar, S., Merino, B. and Lopez, E. G. (2001) Factors associated with physical activity among Spanish youth through the national survey. *Preventive Medicine*, 32, 455-464.
- Lask, B. and Bryant-Waugh, R. (eds) (2000) *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence*, Psychology Press Ltd, Hove.
- Lawrence, M. (1989) *Fed up and hungry: women, oppression and food*, The Women's Press, London.
- Lee, E., Clements, S., Ingham, R. and Stone, N. (2004) *A matter of choice? Explaining national variation in teenage abortion and motherhood*, University of Southampton.
- Leff, S.S. and Hoyle, R.H. (1995) Young athletes' perceptions of parental support and pressure. *Journal of Youth and Adolescence*, 24, 187-203.
- Lerner, R. (1998) Theories of human development, in Damon, W. and Lerner, R. (eds) *Handbook of Child Psychology*, 5th edn, John Wiley & Sons, Inc. New York.
- Lerner, R. (2002) *Concepts and theories of human development*, 3rd edn, Erlbaum, Mahwah, New Jersey.
- Lloyd, B. and Lucas, K. (1998) *Smoking in adolescence: images and identities*, Routledge, London.
- Long, B.C. and Stavel, R.V. (1995) Effects of exercise training on anxiety: a meta-analysis. *Journal of Applied Sport Psychology*, 7, 167-189.
- Lotstein, D.S., McPherson, M., Strickland, B. and Newacheck, P.W. (2005) Transition planning for youth with special health care needs: results from the national survey of children with special health care needs. *Pediatrics*, 115, 1562-1568.
- Loumidis, K.S. and Roxborough, H. (1995) A cognitive-behavioural approach to excessive exercising, in Annett, J., Cripps, B. and Steinberg, H. (eds), *Exercise addiction: motivation for participation in sport and exercise*, British Psychological Society, Leicester, 45-53.
- Lowry, R.G. and Kremer, J. (2004) Exploring intrinsic and extrinsic motivational differences according to choice of physical activity. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 26, S127-S127 Suppl.
- Macfarlane, A. and McPherson, A. (2002) *The diary of a teenage health freak*, Oxford University Press, Oxford.
- Mackinnon, D. (2005) Becoming an adult in rural Scotland. Unpublished PhD thesis, University of Glasgow, Glasgow.
- Mackinnon, D. and Soloman, S. (2003) Delivering health information online: What do young people currently use the Internet for and what do they want? *Scottish Youth Issues Journal*, 6, 115-126.
- Maggs, J.L. and Hurrelmann, K. (1998) Do substance use and delinquency have differential associations with adolescents' peer relations? *International Journal of Behavioral Development*, 22, 367-388.
- Malina, R.M. (1996) Tracking of physical activity and physical fitness across the lifespan. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 67, 48-57.
- Markham, A. Thompson, T. and Bowling, A. (2005) Determinants of body image shame. *Personality and Individual Differences*, 38, 1529-1541.
- Martinsen, E.W. (1994) Physical activity and depression: clinical experience. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 23-27.

- McAuley, E., Bane, S.M., Rudolph, D.L. and Lox, C. (1995) Physique anxiety and exercise in middleaged adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 50, 229-235.
- McDonagh, J.E. (2005) Growing up and moving on. Transition from pediatric to adult care. *Pediatric Transplantation*, June 9, 3, 364-72.
- McDonagh, J.E., Foster, H., Hall, M.A. and Chamberlain, M.A. (2000) Audit of rheumatology services for adolescents and young adults in the UK. *Rheumatology*, 39, 596-602.
- McDonagh, J.E., Minnaar, G., Kelly, K. *et al.*, (2006) Unmet education and training needs in adolescent health of health professionals in a UK children's hospital. *Acta Paediatrica* 95 (6), 715-719.
- McDonagh, J.E., Southwood, T.R. and Shaw, K.L. (2004) Unmet adolescent health training needs for rheumatology health professionals. *Rheumatology*, 43, 737-743.
- McDonagh, J.E., Southwood, T.R. and Shaw, K.L. (2006a) Growing up and moving on in rheumatology: development and preliminary evaluation of a transitional care programme for a multicentre cohort of adolescents with juvenile idiopathic arthritis. *Journal of Child Health Care*, 10, 1, 22-42.
- McDonagh, J.E., Southwood, T.R. and Shaw, K.L. (2006b) The impact of a coordinated transitional care programme on adolescents with juvenile idiopathic arthritis. *Rheumatology* 46(1): 161-168.
- McCamish-Svensson, C., Samuelsson, G., Hagberg, B. *et al.* (1999) Social relationships and health as predictors of life satisfaction in advanced old age. *International Journal of Aging and Human Development*, 48, 301-324.
- McNeish, D. (1999) *From rhetoric to reality: participatory approaches to health promotion with young people*, Health Education Authority, London.
- Meltzer, H., Gatward, R., Corbin, T. *et al.* (2003) *The mental health of young people looked after by local authorities in England*, Office for National Statistics, The Stationery Office, London.
- Meltzer, H., Gatwood, R., Goodman, R. and Ford, T. (2000) *Mental health of children and adolescents in Great Britain*, Office for National Statistics, The Stationery Office, London.
- Mental Health Foundation (2002) *Peer support: someone to turn to. An evaluation report of the Mental Health Foundation*, Mental Health Foundation, London.
- Michaud, P.-A. (2006) Adolescents and risk: why not change our paradigm? *Journal of Adolescent Health*, 38, 481-483.
- Milburn, K. (1995) A critical review of peer education with young people with special reference to sexual health. *Health Education Research*, 10, 4, 407-420.
- Minuchin, S., Rosman, B. L. and Baker, L. (1978) *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Harvard University Press Cambridge, MA.
- Morgan, W.P. and Dishman, M. L. (2001) Adherence to exercise and physical activity: Preface. *Quest*, 53, 277-278.
- MORI (2001) *Get off the couch!* Report prepared for BUPA, London.
- Nathanson, V. (ed.) (2003) *Adolescent health*, British Medical Association, London.
- Neumark Sztainer, D., Wall, M., Guo, J. and Story, M. (2006) Obesity, disordered eating and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: How do dieters fare 5 years later? *Journal of the American Dietetic Association*, 106, 4, 559-568.
- Newman, T. (2002) *Promoting resilience: a review of effective strategies for child care services*, Centre for Evidence-Based Social Services, University of Exeter.

- Nicholas, B. and Broadstock, M. (1999) *Effectiveness of early interventions for preventing mental illness in young people*, New Zealand Health Technology Assessment Clearing House, Auckland, New Zealand.
- Nicholls, J.C. (1978) The development of concepts of effort and ability, perception of attainment, and the understanding that difficult tasks require more ability. *Child Development*, 49, 800-814.
- Nicholls, J.G. (1984) Achievement motivation: Conceptions of ability, subjective experience, task choice, and performance. *Psychological Review*, 91, 328-346.
- Nichter, M. and Nichter, M. (1991) Hype and weight. *Medical Anthropology*, 13, 135, 621-634.
- Norman, G.J., Schmid, B.A., Sallis, J.F. *et al.* (2005) Psychosocial and environmental correlates of adolescent sedentary behaviours. *Pediatrics*, 116, 908-916.
- Ntoumanis, N. and Biddle, S.J.H. (1999) A review of motivational climate in physical activity. *Journal of Sport Science*, 17, 643 – 665.
- Ofsted (2005) *Healthy minds: Promoting emotional health and well-being in schools*, Department for Education and Skills, HMSO, London.
- Ogden J. and Wardle, J. (1990) Cognitive restraint and sensitivity to cues for hunger and satiety. *Physiology and Behaviour*, 47, 3, 477-481.
- Olivardia, R. and Pope, H.G. (2002) Muscle dysmorphia in male weightlifters: a case control study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1291-1296.
- Olsson, C.A., Bond, L., Burns, J.M., *et al.* (2003) Adolescent resilience: a concept analysis. *Journal of Adolescence*, 26, 1-11.
- ONS (Office for National Statistics) (2001-2003) *Mortality statistics*, Statbase, London.
- ONS (Office for National Statistics) (2005) *Conception statistics: conceptions for women resident in England and Wales, 2003*, London.
- Orbach, S. (1986) *Hunger strike*, Penguin, Harmondsworth, UK.
- Orr, D.P., Fineberg, N.S. and Gray, D.L. (1996) Glycaemic control and transfer of health care among adolescents with insulin dependent diabetes mellitus. *Journal of Adolescent Health*, 18, 44-47.
- Pacaud, D., McConnell, B., Huot, C. *et al.* (1996) Transition from pediatric care to adult care for insulin-independent diabetes patients. *Canadian Journal of Diabetes Care*, 20, 4, 14-20.
- Palazolli, M.S. (1974) *Self-starvation: from intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa*, Human Context Books, Chaucer Publishing Company, London.
- Palmer, R.L. (1989) *Anorexia nervosa – a guide for sufferers and their families*, Penguin, Harmondsworth.
- Papaioannou, A. and Theodorakis, Y. (1996) A test of three models for the prediction of intention for participation in physical education lessons. *International Journal of Sport Psychology*, 27, 383-399.
- Pape, H. (1997) Drinking, getting stoned or staying sober: a general population study of alcohol consumption, cannabis use, drinking-related problems and sobriety among young men and women. Doctoral dissertation, NOVA, Oslo.
- Pape, H. and Hammer, T. (1996) Sober adolescence: Predictor of psychosocial maladjustment in young adulthood? *Scandinavian Journal of Psychology*, 37, 362-377.
- Pate, R.P., Trost, S.G., Mullis, R. *et al.* (2000) Community interventions to promote proper nutrition and physical activity among youth. *Preventive Medicine*, 31, S138-S149.

- Patterson, J. and Blum, R.J. (1996) Risk and resilience among children and youth with disabilities. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 150, 692-698.
- Patton, G.C., Selzer, R., Coffey, C. *et al.* (1999) Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *British Medical Journal*, 318, 765.
- Peersman, G. (1996) *A descriptive mapping of health promotion studies in young people*, EPI-Centre, Social Science Research Unit, London.
- Petraitis, J., Flay, B.R. and Miller, T.Q. (1995) Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces in the puzzle. *Psychological Bulletin*, 117, 67-86.
- Philip, K. and Hendry, L.B. (1996) Young people and mentoring: towards a typology. *Journal of Adolescence*, 9, 43-62.
- Philip, K., Shucksmith, J. and King, C. (2004) *Sharing a laugh? A qualitative study of mentoring interventions with young people*, Joseph Rowntree Foundation, York.
- Poag, K., and McAuley, E. (1992) Goal setting, self-efficacy, and exercise behavior. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 14, 352-360.
- Potter, K. and Hodgkiss, F. (2002) *Consultation with children and young people on the Scottish Executive's Plan for Action on alcohol misuse*, Stationery Office, Edinburgh.
- Prentice, A.M., Black, A.E., Murgatroyd, P.R. *et al.* (1989) Metabolism or appetite: questions of energy balance with particular reference to obesity. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 2, 95-104.
- Prentice, A.M. and Jebb, S.A. (1995) Obesity in Britain: gluttony or sloth? *British Medical Journal*, 311, 437-439.
- Prescott, C.A. and Kendler, K.S. (1999) Age at first drink and risk for alcoholism: A noncausal association. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23, 101-107.
- Prokhorov, A.V., Pallonen, U. E., Fava, J. L. *et al.* (1996) Measuring nicotine dependence among high-risk adolescent smokers. *Addictive Behaviours*, 21, 117-127.
- Pyle, R.I., Halvorson, P.A., Neuman, P.A. and Mitchell, J.E. (1986) The increasing prevalence of bulimia in freshman college students. *The International Journal of Eating Disorders*, 5,4,631-647.
- Radia, K. (1996) *Housing and mental health care of Asians*, Joseph Rowntree Foundation, York.
- Raglin, J.S. (1997) Anxiolytic effects of physical activity, in Morgan, W.P. (ed.) *Physical activity and mental health*, Taylor & Francis, Washington DC, 107-126.
- Reid, G.J., Irvine, M.J., McCrindle, B.W. *et al.* (2004) Prevalence and correlates of successful transfer from pediatric to adult health care among a cohort of young adults with complex congenital heart defects. *Pediatrics*, 113, 3, 197-205.
- Richardson, L.P., Davis, R., Poulton, R. *et al.* (2003) A longitudinal evaluation of adolescent depression and adult obesity. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 157, 739-745.
- Roberts, G.C. (2001) Understanding the dynamics of motivation in physical activity: the influence of achievement goals on motivational processes, in Roberts, G.C. (ed.) *Advances in motivation in sport and exercise*, Human Kinetics, Champaign, IL, 1-50.
- Robertson, L.P., McDonagh, J.E., Southwood, T.R. and Shaw, K.L. (2006) Growing up and moving on. A multicentre UK audit of the transfer of adolescents with Juvenile Idiopathic Arthritis (JIA) from paediatric to adult centred care. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 65, 74-80.
- Roker, D (1998) *Worth more than this: young people growing up in family poverty*, Trust for the Study of Adolescence, Brighton.

- Royal College of Paediatrics and Child Health (2003) *Bridging the gaps: health care for adolescents*, RCPCH, London [available on [www.rcpch.ac.uk/publications/recent\\_publications/bridging\\_the\\_gaps.pdf](http://www.rcpch.ac.uk/publications/recent_publications/bridging_the_gaps.pdf)].
- Rutter, M. (1996) Psychosocial adversity: risk, resilience and recovery, in Verhofstadt-Deneve, L., Kienhorst, I and Breat, C. (eds) *Conflict and development in adolescence*, DSWO Press, Leiden.
- Rutter, M. and Smith, D. (1995) *Psychosocial disorders of youth*, John Wiley & Sons, Ltd, Chichester.
- Ryan, R. M., Frederick, C. M., Lepes, D. *et al.* (1997) Intrinsic motivation and exercise adherence. *International Journal of Sport Psychology*, 28, 335-354.
- Sanci, L., Coffey, C., Patton, G. and Bowes, G. (2005) Sustainability of change with quality general practitioner education in adolescent health: a 5-year follow-up. *Medical Education*, 39, 557-560.
- Sanci, L., Coffey, C. and Veit, F. (2000) Evaluation of the effectiveness of an educational intervention for general practitioners in adolescent health care: a randomised control trial. *British Medical Journal*, 320, 224-230.
- Sarrazin, P. and Famose, J-P. (1999) Children's goals and motivation in physical education, in Vanden Auweele, Y., Bakker, F., Biddle, S.J.H., Durand, M. and Seiler, R. (eds), *Psychology for physical educators*, Human Kinetics, FEPSAC, Champaign IL, 27-50.
- Scanlan, T.K., Carpenter, P.J., Lobel, M. and Simons, J.P. (1993) Sources of enjoyment for youth sport. *Pediatric Exercise Science*, 5, 275-285.
- Scanlan, T.K. and Lewthwaite, R. (1986) Social psychological aspects of the competitive sport experience for male youth sport participants: IV predictors of enjoyment. *Journal of Sport Psychology*, 8, 25-35.
- Schachter, S. and Rodin, J. (1974) *Obese Humans and Rats*, Erlbaum, Potomac, MD.
- Schofield, M. (1965) *The sexual behaviour of young people*, Longmans, London.
- Schwarzer, R. (1992) Self efficacy in the adoption and maintenance of health behaviours: theoretical approaches and a new model, in Schwarzer, R. (ed.) *Self-efficacy: thought control of action*, Hemisphere, Washington DC, 217-243.
- Scriven, A. and Stiddard, L. (2003) Empowering schools: translating health promotion principles into practice. *Health Education*, 2,3,20-31.
- Scully, D. and Clarke, J. (1997) Gender issues in sport participation, in Kremer, J., Trew, K. and Ogle, S. (eds) (1997) *Young people's involvement in sport*, Routledge, London.
- Scully, D., Kremer, J., Meade, M., Graham, R. and Dudgeon, K. (1998) Exercise and psychological well-being: a critical review. *British Journal of Sports Medicine*, 32, 111-120.
- Scully, D., Reilly, J. and Clarke, J. (1998) Perspectives on gender in sport and exercise. *Irish Journal of Psychology*, 19, 424-438.
- Seifriz, J.J., Duda, J.L. and Chi, L. (1992) The relationship of perceived motivational climate to intrinsic motivation and beliefs about success in basketball. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 14, 375-391.
- Shaw, K.L., Southwood, T.R. and McDonagh, J.E. (2004a) Users' perspectives of transitional care for adolescents with juvenile idiopathic arthritis. *Rheumatology*, 43, 770-778.
- Shaw, K.L., Southwood, T.R. and McDonagh, J.E. (2004b) Transitional care for adolescents with juvenile idiopathic arthritis: results of a Delphi study. *Rheumatology*, 43, 1000-1006.

- Shaw, K.L., Southwood, T.R. and McDonagh, J.E. (2004c) Developing a programme of transitional care for adolescents with juvenile idiopathic arthritis: results of a postal survey. *Rheumatology*, 43, 211-219.
- Shaw, K.L., Southwood, T.R. and McDonagh, J.E. (2006) Growing up and moving on in rheumatology: parents as proxies of adolescents with juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Care Research*, 55, 2, 189-198.
- Shedler, J. and Block, J. (1990) Adolescent drug use and psychological health: a longitudinal inquiry. *American Psychologist*, 45, 612-630.
- Shepherd, J., Garcia, J., Oliver, S. *et al.* (2002) Barriers to, and facilitators of the health of young people: a systematic review of evidence on young people's views and on interventions in mental health, *physical activity and healthy eating*, EPPI-Centre, Social Science Research Unit, London.
- Shucksmith, J. and Hendry, L.B. (1998) *Health issues and adolescents: growing up and speaking out*, Routledge, London.
- Shucksmith, J., Hendry, L.B. and Glendinning, A. (1995) Models of parenting: implications for adolescent well-being within different types of family context. *Journal of Adolescence*, 18, 253-270.
- Shucksmith, J. and Spratt, J. (2002) *Young people's self-identified health needs*, HEBS, Edinburgh.
- Shucksmith, J. and Spratt, J. (2003) Young people's self-identified health needs. *Scottish Youth Issues Journal*, 6, 47-62.
- Siersted, H.C., Boldsen, J., Hansen, H.S., Mostgaard, G. and Hyldebrandt, N. (1998) Population-based study of risk factors for underdiagnosis of asthma in adolescence: Odense schoolchild study. *British Medical Journal*, 316, 651-655.
- Silbereisen, R.K. and Noack, R. (1988) On the constructive role of problem behaviour in adolescence, in Bolger, N. (ed.), *Persons in context: developmental processes*, Cambridge University Press, Cambridge, 153-180.
- Smith, J., Cunningham-Burley, S. and Backett-Milburn, K. (2003) Young people, health and health information: a scoping study of youth organisations and their views. *Scottish Youth Issues Journal*, 6, 27-46.
- Social Exclusion Unit (1999) *Teenage pregnancy*, HMSO, London.
- Spijkerman, R., van den Eijnden, R.J.J.M., Vitale, S. and Engels, R.C.M.E. (2004) Explaining adolescents' smoking and drinking behaviour: the concept of smoker and drinker prototypes in relation to variables of the theory of planned behaviour. *Addictive Behaviours*, 1615-1622.
- Spink, K.S. and Carron, A.V. (1992) Group cohesion and adherence in exercise classes. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 14, 78-86.
- Spink, K.S. and Carron, A.V. (1993) The effects of team building on the adherence patterns of female exercise participants. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 15, 39-49.
- Sport England (2003a). *Young people and sport in England: trends in participation 1994-2002*, SE/2218/P/02/03, Sport England, London.
- Sport England (2003b) *Young people and sport: national survey 2002*, SE/2220/P/02/03, Sport England, London.
- Stanton, W. (1995) The Dunedin study of childhood and adolescent smoking: selected findings, in Slama, K. (ed.) *Tobacco and health*, Plenum Press, New York.
- Stewart-Brown, S. (2005) Mental health promotion: childhood holds the key. *Public Health Medicine* 5(3) 96-104.

- Stone, E.J., McKenzie, T.L., Welk, G.J. and Booth, M. (1998) Effects of physical activity interventions in youth: review and synthesis. *American Journal of Preventive Medicine*, 15, 298-315.
- Stone, G. (1987) The scope of health psychology, in Stone, G., Weiss, S., Matarazzo, G. and Singer, G. (eds) *Health psychology: a discipline and a profession*, University of Chicago Press, Chicago.
- Strober, M., Freeman R., Lampert C., Diamond J. and Kaye W. (2000) Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry*, 157(3), 393-401.
- Suris, J.C., Parera, N. (2005) Sex, drugs and chronic illness: health behaviours among chronically ill youth. *European Journal of Public Health*, 15, 5, 484-8.
- Suris, J.C., Resnick, M.D., Cassuto, N., Blum, R.W.M. (1996) Sexual behaviour of adolescents with chronic disease and disability. *Journal of Adolescent Health*, 19, 124-131.
- Swann, C., Bowe, K., McCormik, G. and Kosmin, M. (2003) *Teenage pregnancy and parenthood: a review of reviews*, Health Development Agency, London.
- Tchanturia, K., Anderluh, B., Morris, R.G. *et al.* (2004) Cognitive flexibility in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 10, 413-520.
- Teenage Pregnancy Unit (TPU) (2000) *Best practice guidance on the provision of effective contraception and advice services for young people*, Teenage Pregnancy Unit, London.
- Telfair, J., Alexander, L.R., Loosier, P.S. *et al.* (2004) Providers' perspectives and beliefs regarding transition to adult care for adolescents with sickle cell disease. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 15, 443-461.
- Temple M.T. and Fillmore, K.M. (1986) The variability of drinking patterns and problems among young men, age 16-31: a longitudinal study. *International Journal of the Addictions*, 20, 1595-1620.
- Testa, A. and Coleman, L.M. (2006) *Sexual health knowledge, attitudes and behaviours among Black and minority ethnic youth in London*, Trust for the Study of Adolescence, Brighton.
- Tilford, S., Delaney, F. and Vogels, M. (1997) *Effectiveness of mental health promotion interventions: a review*, Health Education Authority, London.
- Timperio, A., Crawford, D., Telford, A. and Salmon, J. (2004) Perceptions about the local neighbourhood and walking and cycling among children. *Preventive Medicine*, 38, 39-47.
- Tisdall, K. (2002) *Constructing the problem, constructing the solution: Young people's health in Scottish executive policies*, HEBS, Edinburgh.
- Tobler, N.S., Roona, M. R., Ochshorn, P. *et al.* (2000) School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20, 275-336.
- Tofler, I.R., Knapp, P.K. & Drell, M.J. (1998) The achievement by proxy spectrum in youth sports: Historical perspective and clinical approach to pressured and high-achieving children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 7(4), 803-820.
- Tomlinson, P. and Sugarman, I.D. (1995) Complications with shunts in adults with spina bifida. *British Medical Journal*, 311, 286-287.
- Treasure, J. and Holland, A. (1995) Genetic factors in eating disorders, in Szmuckler G. Dare C. and Treasure J., (eds) *Handbook of Eating Disorders: Theory, Treatment and Research*, John Wiley and Sons, Inc., New York, 65-81.

- Turtle, J., Jones, A. and Hickman, M. (1997) *Young people and health: the health behaviour of school-aged children*, Health Education Authority, London.
- UNICEF (2001) A league table of teenage births in rich nations. Innocenti Report Card no. 3, UNICEF Innocenti Research Centre, Florence [[www.unicef-icdc.org/publications/index.html](http://www.unicef-icdc.org/publications/index.html)].
- Valencia, L.S. and Cromer, B.A. (2000) Sexual activity and other high-risk behaviours in adolescents with chronic illness: a review. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 13, 2, 53-64.
- Vallerand, R.J. and Losier, G.F. (1999) An integrative analysis of intrinsic and extrinsic motivation in sport. *Journal of Applied Sport Psychology*, 11, 142-196.
- Van Der Vorst, H., Engels, R.C.M.E., Deković, M., Vermulst, A.A. and Meeus, W. (2004) Attachment, parental control and alcohol initiation in adolescence. Revision submitted to *Psychology of Addictive Behaviours*.
- Viner, R. (1999) Politics, power, and pediatrics. *The Lancet*, 353, 232-234.
- Viner, R. (2001) National survey of use of hospital beds by adolescents aged 12-19 in the United Kingdom. *British Medical Journal*, 322, 957-958.
- Viner, R. (ed.) (2005) *The ABC of adolescence*. British Medical Journal Books, London.
- Viner, R. and Barker, M. (2005) Young people's health: the need for action. *British Medical Journal*, 330, 901-903.
- Wackerhausen, S. (1994) Et åbent sundhedsbegreb – mellem fundamentalisme og relativisme, in Jensen, U.J. and Andersen, P.F. (eds) *Sundhedsbegreber – filosofi og praksis*, Philosophia, Århus, 43-73.
- Walker, J.L. (2001) A qualitative study of parents' experiences of providing sex education for their children: the implications for health education. *Health Education Journal*, 60, 2, 132-146.
- Waters, E., Stewart-Brown, S. and Fitzpatrick, R. (2003) Agreement between adolescent self-report and parent reports of health and well-being: results of an epidemiological study. *Child: Care, Health and Development*, 29, 501-509.
- Watson, A.R. (2000) Non-compliance and transfer from paediatric to adult transplant unit. *Pediatric Nephrology*, 14, 469-472.
- Weare, K. (2004) *Developing the emotionally literate school*, Paul Chapman Publishing, London.
- Wechsler, H., Devereaux, R.S., Davis, M. and Collins, J. (2000) Using the school environment to promote physical activity and healthy eating. *Preventive Medicine*, 31, S121-137.
- Weiss, M.R. and Hayashi, C.T. (1995) All in the family: parent-child influences in competitive youth gymnastics. *Pediatric Exercise Science*, 7, 36-48.
- Wells, J., Barlow, J. and Stewart-Brown, S. (2003) A systematic review of universal approaches to mental health promotion in schools. *Health Education*, 103, 197-220.
- West, P. and Sweeting, H. (1997) 'Lost souls' and 'rebels': a challenge to the assumption that low self-esteem and unhealthy lifestyles are related. *Health Education*, 5, 161-167.
- West, P. and Sweeting, H. (2002) *The health of young people in Scotland: quantitative dimensions*, Health Education Board for Scotland, Edinburgh.
- West, P. and Sweeting, H. (2003) Fifteen, female and stressed: changing patterns of psychological distress over time. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 399-411.
- West, P., Sweeting, H. and Leyland, A. (2004) School effects on pupils' health behaviours: evidence in support of the health promoting school. *Research Papers in Education*, 19, 3, 261-291.

- While, A., Forbes, A., Ullman, R. *et al.* (2004) Good practices that address continuity during transition from child to adult care: syntheses of the evidence. *Child: Care, Health and Development*, 30, 5, 439-452.
- White, P.H., Gussek, D.G. and Fisher, B. (1990) Career maturity in adolescents with chronic illness. *Journal of Adolescent Health Care*, 1, 72
- White, S.A. and Duda, J.L. (1994) The relationship of gender, level of sport involvement and participation motivation to task and ego orientation. *International Journal of Sport Psychology*, 25, 4-18.
- WHO (World Health Organization) (1946) *Constitution of the World Health Organization*, WHO, Geneva.
- WHO (World Health Organization) (1980) *International classification of impairments, disabilities and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease*, WHO, Geneva.
- WHO (World Health Organization) (1992) The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *Clinical descriptions and diagnostic guidelines*, WHO, Geneva.
- WHO (World Health Organization) (1999) STI rates comparisons across Europe – global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections [www.who.int/docstore/hiv/GRSTI/002.htm].
- WHO (World Health Organization) (2000) *Health and health behaviour among young people*, WHO Policy Series: Health Policy for Children and Adolescents, Issue 1, International Report, WHO, Copenhagen.
- WHO (World Health Organization) (2004) Draft working definition of sexual health, October 2002 [www.who.int/reproductive-health/gender/glossary.html]
- Wight, D., Raab, G.M., Henderson, M. *et al.* (2002) Limits of teacher delivered sex education: interim behavioural outcomes from randomised trial. *British Medical Journal*, 324, 1430-1435.
- Wilkinson, V.A. (1981) Juvenile chronic arthritis in adolescence: facing the reality. *International Rehabilitative Medicine*, 3, 11-17.
- Williamson, D.F., Madans, J., Anda, R.F. *et al.* (1993) Recreational physical activity and 10-year weight change in US national cohort. *International Journal of Obesity*, 17, 115-126.
- Windle, M. and Windle, R.C. (1996) Coping strategies, drinking motives, and stressful life events among middle adolescents: Associations with emotional and behavioural problems and with academic functioning. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 551-560.
- Wits, E., Spijkerman, R. and Bongers, I (1999) *Als je alleen blout, ist niet leuk man*, IVO, Rotterdam.
- Wolf, N. (1991) *The Beauty Myth*, Doubleday, New York.
- Young, I. (2004) Exploring the role of schools in sexual health promotion, in Burtney, E. and Duffy, M. *Young people and sexual health: individual, social and policy contexts*, Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- Youngstedt, S.D., Dishman, R.K., Cureton, K.J. and Peacock, L.J. (1993) Does body temperature mediate anxiolytic effects of acute exercise? *Journal of Applied Physiology*, 74, 825-831.
- Zack, J., Jacobs, C.P., Keenan, P.M. *et al.* (2003) Perspectives of patients with cystic fibrosis on preventive counselling and transition to adult care. *Pediatric Pulmonology*, 36, 5, 376-383.
- Zuckerman, M. (1994) *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*, Cambridge University Press, New York.



---

# Índice

---

**NOTA:** Los números de página en **negritas** indican cuadros y en *cursivas* corresponden a figuras

## A

- Abstemios, 134, 145
- Abstinencia, 19, 248
  - educación para la, 126
- Acné, 7, 159, 180, **188**
- Acondicionamiento cardiovascular, 259
- Actividad
  - física, 25, 95
  - Actividad fuera de clases, **28**
- Adolescencia, 131, 248
  - uso de sustancias, 131
- Adolescentes, 1, 177
  - aumento de cifras y morbilidad, 201
  - conductas sexuales en, 116
  - discapacidad en, 177
  - educación para la salud de, 221
  - enfermedad crónica en, 177
  - forma de interpretar el riesgo, 252
  - heterogeneidad de, 129
  - necesidades de salud complejas, 197
  - pérdida y falta de seguimiento después de transferencia, 201
  - postergación del desarrollo de, 203
  - prácticas de riesgo entre, 180
  - promoción de la salud de, 221
  - provisión limitada de servicios de salud, 202
  - salud de los, 12
  - transiciones de, 180
- Adultez emergente, 213, 249
- Afección genética, 178
- AJI (artritis juvenil idiopática), 259
- Alcohol, 132, 222
  - abuso de, 11
  - consecuencias negativas sociales y de salud, 146
  - consumo de, 248
  - consumo riesgoso de, 253
  - en adolescentes, 143
  - salud sexual y, 121
- Alcoholismo, 2
- Alergia, **188**
- Alimentación
  - falta de control en la, 82
  - saludable, 3, 76, 226
- Alimentos, 250
- Alopecia, **188**
- Ambiente
  - competitivo, 39
  - motivacional, 39, 259
- Amenorrea, 34, 76, 259
- American Psychiatric Association*, 84
- Amor, 137
- Anafilaxia, **188**
- Anemia, 259
- Angustia, 80
  - psicológica, 57
- Anomalías congénitas, 259

Anorexia, 34, 84  
*hysterica*, 76  
 nerviosa, 76  
 Ansiedad, 31, 80, 201, 250  
 social-física, 33, 259  
 Anticoncepción, 113, 158  
 Anticonceptivos, 113  
 APA (*American Psychiatric Association*), 84  
 Apetito, pérdida del, 76  
 APF (Asociación de Planeación Familiar), 105  
 Apoyo social, 63  
 Aprendizaje, 20, 72, 181  
 emocional social, 10  
 Artritis juvenil idiopática, 199, 259  
 Asintomático, 259  
 Asma, 2, 187  
 Asociación de Planeación Familiar, 105  
 Atención de la salud  
 accesibilidad, 165  
 calidad en, 164  
 capacitación del personal, 166  
 comunicación con personas jóvenes, 172  
 confidencialidad y consentimiento, 166  
 estándares de calidad, 164  
 inclusión de la gente joven, 167  
 padres en la provisión de, 172  
 para adultos, 198  
 para jóvenes, 154  
 pediátricos, 198  
 primaria, 155  
 proceso de desarrollo del adolescente, 173  
 promoción de, 164  
 publicidad, 165  
 responsabilidad de, 173  
 retos para el equipo de, 192  
 sentimientos personales del profesional de, 173  
 trabajo en equipo, 167  
 transicional, 212  
 Autismo, 188  
 Autoabuso, 2  
 Autoconcepto, 39

Autoconfianza, 34  
 Autoeficacia personal, 260  
 Autoentendimiento, 64  
 Autoenvenenamiento, 60  
 Autoestima, 32, 34, 63, 181, 260  
 desarrollo de la, 71  
 Autoimagen, 105  
 Autolesiones, 60  
 Autopresentación, 34

## B

Bebidas alcohólicas, 136  
 Bienestar, 5, 35  
 emocional, 51, 53, 65  
 psicológico, 139  
*British Medical Association* (BMA), 25  
 Bulimia, 84  
 experiencia de, 82  
 nerviosa, 76, 80

## C

Cáncer, 28, 159, 199  
*Cannabis*, 249  
 Cardiopatías, 11  
 congénitas, 199  
 Catecolamina, 35  
 Células  
 adiposas, 94  
 falciformes, 262  
 rojas, 262  
*Chlamydia*, 120  
 Ciclismo, 26  
 Ciudadanía, 63  
 Clamidiasis, 260  
 Clima motivacional, 259  
 Clínica GUM, 260  
 Cohorte, 260  
 COI (Comité Olímpico Internacional), 41  
 Colesterol, 4  
 Colitis ulcerosa, 188  
 Comedor compulsivo, 95

Comer, 76  
 Comida saludable, 98, 158  
 Comité Olímpico Internacional, 41  
 Condición cardiovascular, 259  
 Condón, 113  
   riesgo de, 114  
   uso de, 114  
 Conductas, 39  
   de salud en niños en edad escolar, 26  
   sexuales, 112, 171  
     influencias contextuales, 117  
     influencias culturales, 120  
     influencias individuales, 116  
     influencias que impactan, 121  
     influencias sociales, 119  
   tabáquicas, 142  
 Confianza personal, 260  
 Confidencialidad, 159, 191  
 Conocimiento motivacional, 39  
 CSNE (conductas de salud en niños en edad escolar), 26  
 Cuidados paliativos, 260  
 Culpabilidad, 80  
 Cultura, 72  
   de delgadez, 92  
   sexual, 104  
 Currículo, 260  
   informal, 260

## D

Debilidad mental, 53  
 Deficiencia, 179  
 Deporte, 25, 36  
   intervenciones de padres, 46  
   lineamientos de retroalimentación, 45  
   motivación,  
     extrínseca, 37  
     intrínseca, 37  
   motivos,  
     de participación, 36  
     estructurales, 40  
     para el retiro, 36

  personales, 37  
   sociales, 39  
   padres que presionan en, 47  
   participación en, 25  
   reciprocidad de influencia familiar, 40  
 Depresión, 30, 159  
   clínica, 261  
   mayor, 84  
 Derechos del Niño, 191  
 Desarrollo psicológico, 132  
 Descanso, 35  
 Desmotivación, 261  
 Desnutrición, 4  
 Diabetes, 2, 28, 188, 199  
 Dietas, 75  
 Dietas yo-yo, 77  
 Discapacidad, 177, 179  
 Diseño cuasiexperimental, 261  
 Disfunción, 179  
 Dismorfia muscular, 34, 261  
 Distorsiones cognitivas, 90  
 Distracción, 35  
 Distrofia muscular, 188, 261  
 Dominio, 35  
 Dopamina, 86  
 Drogas, 11  
   ilícitas, 222  
   recreativas, 132  
   uso de, 2  
 DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), 84

## E

Eccema, 188  
*Economic and Social Research Council*, 93  
 Educación  
   emocional, 10, 53  
   física (EF), 26  
   para la abstinencia, 126  
   para la salud, 219, 250, 261  
   impartida por pares, 239  
   por pares, 261

- personal, social y de salud (EPSS), 3, 125
  - sexual extensa, 126
  - Efectividad, 71
  - Eje hipotálamo-hipófisis-gónada, 86
  - Ejercicio, 2, 7, 23, 27, 36, 76, 158
    - aeróbico, 31
    - excesivo, 30
    - físico, 31, 35
    - fomentando el, 42
    - historia, 24
    - intervenciones basadas,
      - en escuelas, 45
      - en la comunidad, 43
    - motivos,
      - de participación, 36
      - para el retiro, 36
    - participación en, 25
    - recomendaciones para, 42
    - saludable, 42
    - tendencias actuales, 24
  - Ejercitación, 171
  - Embarazo
    - ectópico, 261
    - en adolescentes, 2
    - intencionado, 111
    - no intencionado, 111
  - Emociones, 10, 52, 105
    - manejo de, 64
  - Empoderamiento, 240
  - Endocrinólogo, 262
  - Endorfina, 35
  - Energía, 95
    - aporte de, 95
    - gasto de, 95
  - Enfermedad
    - cardíaca coronaria, 28
    - crónica, 11
      - autoestima y, 181
      - padres de adolescentes con, 185
    - de células falciformes, 262
    - de Crohn, 188
    - de transmisión sexual, 2, 106, 159
    - intestinal, 188
    - maligna, 262
    - malignidad, 262
    - mental, 62
    - pélvica inflamatoria, 262
  - Enflaquecimiento, 78
  - Enseñanza, 72
  - Entendimiento, 64
  - Epilepsia, 188
  - EPSS (educación personal, social y de salud), 3, 125
  - Eritrocitos, 4
  - Escalera de la participación de Hart, 242
  - Escoliosis, 180, 188, 262
  - Escuela
    - promotora de la salud, 227
    - saludable, 72
  - Espina bífida, 201, 262
  - Espiritualidad, 105
  - Esquizofrenia, 11
  - ESRC (*Economic and Social Research Council*), 93
  - Estado
    - de ánimo, 32
    - de ebriedad, 148
  - Estereotipificación genérica, 262
  - Esteroides, 262
  - Estilo de vida saludable, 11, 20, 252
  - Estrés, 31, 159
    - psicosocial, 31
    - reacción al, 31
  - Estructuras saludables, 63
  - Estudio
    - Delphi, 263
    - prospectivo, 263
  - ETA (espectro del trastorno autista), 262
  - Etanercept, 215, 263
  - Experiencia sexual, 112
  - Experimentación, 181
- F**
- Fatiga, 159
  - Felicidad, 52

Fibrosis quística, 178, 182, 188, 199, 263  
 Fiebre del heno, 188  
 Fuente de la juventud, 170  
 Fútbol, 26

## G

Gasto de energía, 95  
 Glándula pituitaria, 263  
 Guía de educación sexual, 125

## H

Habilidad, 20  
   para lidiar, 63  
*Health Protection Agency*, 106  
 Hemoglobina, 262  
 Hemoglobinopatías, 199, 263  
 Hidrocefalia, 201  
 Hidroterapia, 202, 263  
 Hipertensión, 28, 263  
 Hipófisis, 263  
 Hipótesis  
   de catecolamina, 35  
   de descanso, 35  
   de distracción, 35  
   de endorfina, 35  
   del dominio, 35  
   termogénica, 35  
 Holística, 263  
 Homogeneidad, 264  
 HPA (*Health Protection Agency*), 106

## I

Identidad política, 105  
 Imagen corporal, 32, 75, 76, 98, 250  
   distorsionada, 78  
 IMC (índice de masa corporal), 78  
 Índice  
   de abortos, 107  
   de concepción, 107  
   de masa corporal, 78

  de nacimiento, 107  
   de suicidio, 17  
   metabólico, 94  
 Infecciones de transmisión sexual, 104  
 Infidelidad, 108  
 Ingestión calórica, 95  
 Inteligencia emocional, 52  
 Intoxicación, 264  
 Irritabilidad, 30

## J

Juicio psicomotor deficiente, 6

## L

Laxantes, 84  
 Lesión deportiva, 11  
 Letargo, 76  
 Leucocitos, 4  
 Liderazgo, 72  
 Logros por distorsión delgada, 47  
 LPDD (logros por distorsión delgada), 47

## M

Madurez  
   física, 178  
   psicológica, 178  
   sociológica, 178  
 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 84  
 Marginación, 16  
 Mariguana, 132  
 Medicina genitourinaria, 260  
 Menstruación, 76  
   cese de la, 79  
 Metotrexato, 215, 264  
 Minusvalía, 179  
 Modelo  
   conductual cognitivo, 89  
   para el desarrollo de esperanza de vida, 10  
 Muerte y proceso, 188

**N**

Natación, 26  
*National Health Service*, 104  
*Services Framework*, 167  
 Nefrólogo, 264  
 Nemotecnia, 264  
 Neuroquímicos, 86  
 NHS (*National Health Service*), 104  
 Nicotina, 132, 144  
 Noradrenalina, 86  
 NSF (*National Services Framework*), 167  
 Nutrición, 7, 76, 250

**O**

Obesidad, 2, 76, 93, 264  
 Obstetra, 264  
*Office for National Statistics*, 54, 106  
 ONS (*Office for National Statistics*), 54, 106  
 Optimismo, 32  
 Organización Mundial de la Salud (OMS),  
 5, 26, 93, 105, 264  
 Osteoporosis, 28, 34, 201, 264

**P**

Pánico moral, 223, 264  
 Parálisis cerebral, 199, 264  
 grave, 188  
 Parejas sexuales, 113  
 Pensamientos, 39  
 distorsionados, 89  
 Personalidad, 32  
 Personas jóvenes, 23  
 Pesimismo, 30  
 Peso  
 corporal, 76, 158  
 inestable, 93  
 pérdida significativa de, 78  
*Physical Self-Perception Profile*, 32  
 Población joven, 165

Pobreza, 16  
 Políticas de confidencialidad, 257  
 Práctica sexual, 105  
 Prednisolona, 215, 265  
 Preocupaciones, 201  
 Presión, 250  
 arterial, 4  
 Primera experiencia sexual, 112  
 Problemas  
 con los amigos, 61  
 de la escuela-trabajo, 61  
 de salud, 61  
 familiares, 61  
 menstruales, 158  
 por apego, 265  
 respecto a la profesión, 61  
 Profesionales de la salud, 224  
 a la gente joven, 224  
 de la escuela, 226  
 en medios,  
 escolares, 224  
 masivos de comunicación, 227  
 tecnología para la información de, 228  
 Programas para incrementar la salud, 65  
 Promiscuidad, 108  
 Promoción de la salud, 219  
 Propósitos, 38  
 Psicología positiva, 52, 265  
 Psicoterapia, 97  
 Psoriasis, 188  
 PSPP (*Physical Self-Perception Profile*), 32  
 Pubertad, 128

**R**

Rabia, 10  
 Recreación, 23  
 Regurgitar, 81  
 Relaciones sociales, 105  
 Resiliencia, 237, 265  
 emocional, 63  
 promoción del bienestar y, 236  
 Retroalimentación correctiva, 39  
 Reumatología, 214  
 Romance, 137

**S**

Salud, 51  
 abordaje demográfico, 4  
 agenda juvenil de, 232  
 cambio social y, 248  
 de la población, 4  
 del adolescente, 1, 248  
   entrenamiento en, 168  
 educación para la, 219  
 emocional, 19  
 evaluaciones biomédicas, 4  
 física, 23, 109, 194  
 mental, 2, 3, 30, 194  
   para niños, 52  
   para personas jóvenes, 52  
   programas para la promoción de, 67  
   pública, 62  
 noción abierta de, 6  
 ósea, 29  
 profesionales de la, 173  
 promoción de la, 219  
 proveer información de, 8  
 sexual, 19, 103, 104  
   aspectos positivos de, 128  
   de los adolescentes, 130  
   en los adolescentes, 123  
   guías de prácticas buenas, 124  
   visión en las personas jóvenes, 7  
 SCNI (*Sports Council Northern Ireland*), 45  
 SEAL (*Social and Emotional Aspects of Learning*), 55  
 Sensualidad, 105  
 Sentimientos, 39  
 Serotonina, 86  
 Servicios  
   clínicos, 256  
   de atención primaria, 156, 162  
   en personas jóvenes, 157  
   de salud, 3, 153  
   para jóvenes, 153  
   de segundo niveles de atención, 163  
 Sexo, 3, 105, 159  
   seguro, 125  
 Sexualidad, 251

Síndrome  
 de Asperger, 188  
 de fatiga crónica, 159  
 Sobreentrenamiento, 266  
 Sobrepeso, 93, 250  
   factores genéticos, 94  
 Suicidio, 2, 59  
   en adolescentes, 84  
 Sustancias  
   efectos a largo plazo, 143  
   uso de,  
     amistades y, 134  
     citas y relaciones íntimas, 137  
     funciones facilitadoras del, 134  
     relación con padres, 137  
   uso precoz de, 143

**T**

Tabaco, 132, 222  
   consecuencias negativas sociales y de salud, 146  
 Tabaquismo, 2, 3, 11, 138, 248  
   autoimágenes,  
     ideales, 140  
     reales, 140  
 Temor mórbido de engordar, 77  
 Teoría  
   de células adiposas, 94  
   de orientación de logro de propósitos, 38  
   sistémica, 7  
 Terapias  
   biológicas, 97  
   cognitiva, 97  
   de conducta cognitiva, 97  
   familiar, 97  
   psicodinámica, 97  
 Teratogenicidad, 266  
 Termogénica, 35  
 Trasplante renal, 266  
 Trastorno(s)  
   autista, 262  
   corporal dismórfico, 261  
   de conducta, 62, 266  
   de la alimentación, 34, 75, 180  
     abordajes a sistemas familiares, 88  
     abordajes cognitivos, 89  
     abordajes psicodinámicos, 86  
     abordajes psicológicos, 96  
     abordajes sociales y culturales, 90

- detonadores, 85
- episodios frecuentes de comidas excesivas, 81
- mantenimiento, 85
- perspectivas biológicas, 85
- precondiciones, 85
- quién padece estos, 84
- teorías de la etiología de, 85
- tratamiento de, 96
- del sueño, 159
- emocionales, **62**
- en la alimentación,
  - preocupación por forma del cuerpo, 82
  - purgas regulares, 82
- hereditarios del metabolismo, 199
- hipercinéticos, **62**
- mentales, 52, 56, 266
  - adoptando factores de protección, 61
  - en niños, 56

- en personas jóvenes, 56
- riesgo y resiliencia, 61
- metabólico, 266
- por déficit de atención/hiperactividad, 266
- psicológico, 53
- psiquiátrico, 84
- Triada de mujer atleta, 34
- Tristeza, 30
- Tutoría, 237, 266

## U

- Última experiencia sexual, 113

## V

- VIH, 123
- Vómito autoinducido, 84



---

Esta obra ha sido publicada por  
**Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.**,  
y se han terminado los trabajos de esta  
primera edición el  
15 de marzo de 2008  
en los talleres de  
Programas Educativos, S.A. de C.V.,  
Calz. Chabacano núm. 65, Local A,  
Col. Asturias, 06850  
Empresa certificada por el  
Instituto Mexicano de Normalización y Certificación, A. C.,  
bajo la Norma ISO-9002:1994/NMX-CC-04:1995,  
con el número de registro RSC-048,  
y bajo la Norma ISO-14001:1996/SAA-1998,  
con el número de registro RSAA-003,  
México, D. F.

1a. edición, 2008

