

PROGRAMACIÓN PARA LA SALUD Y EL DESARROLLO DE LOS ADOLESCENTES

Informe de un Grupo de Estudio OMS/FNUAP/UNICEF
sobre Programación para la Salud de los Adolescentes



Organización Mundial de la Salud

Ginebra 1999

Catalogación por la Biblioteca de la OMS

Grupo de Estudio OMS/FNUAP/UNICEF sobre Programación para la Salud de los Adolescentes (1995 : Saillon, Suiza)
Programación para la salud de los adolescentes : informe de un Grupo de Estudio OMS/FNUAP/UNICEF sobre Programación para la Salud de los Adolescentes.

(OMS, Serie de informes técnicos ; 886)

1.Servicios de salud de los adolescentes — organización y administración 2.Programas nacionales de salud — organización y administración 3.Planificación en salud 4.Pautas I.Título II.Serie

ISBN 92 4 320886 1
ISSN 0509-2507

(Clasificación NLM: WA 330)

La Organización Mundial de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a la Oficina de Publicaciones, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Mundial de la Salud 1999

Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OMS letra inicial mayúscula.

**Typeset in Hong Kong
Printed in Spain**

98/12065 — Best-set/Fotojoe — 4000

Índice

1. Introducción	1
Las metas y los conceptos orientadores de la programación para la salud de los adolescentes	
2. Metas de la programación	2
2.1 Antecedentes	2
2.2 Promoción de un desarrollo sano	5
2.3 Prevención de los problemas de salud y cómo responder a ellos cuando se presentan	10
3. Conceptos orientadores	17
3.1 Antecedentes	17
3.2 El desarrollo de los adolescentes está en la base de la prevención de los problemas de salud	19
3.3 Los problemas tienen raíces comunes y están interrelacionados	22
3.4 La adolescencia es una época de oportunidad y de riesgo	23
3.5 El entorno social influye sobre la salud de los adolescentes	25
3.6 No todos los jóvenes son igualmente vulnerables	26
3.7 Las consideraciones de género son fundamentales	28
Cómo influir — intervenciones que funcionan	
4. Intervenciones destacadas	31
4.1 Antecedentes	32
4.2 Promoción de un entorno seguro y de apoyo	44
4.3 Suministro de información	64
4.4 Adquisición de competencias	83
4.5 Orientación	92
4.6 Servicios de salud	105
5. Contextos de intervención	114
5.1 Antecedentes	114
5.2 Hogar	115
5.3 Centro de enseñanza	117
5.4 Centro de salud	123
5.5 Lugar de trabajo	128
5.6 La calle	131
5.7 Organización comunitaria	134
5.8 Centro residencial	136
5.9 Medios de comunicación y diversiones	140
5.10 Sistemas políticos y legislativos	141
6. Claves del éxito	142
6.1 Antecedentes	142
6.2 Colocar a los jóvenes en el centro de la programación	144
6.3 Tratamiento simultáneo de múltiples problemas de salud	146
6.4 Combinación de intervenciones	147
6.5 Agregación y vinculación de intervenciones en diferentes contextos	150

6.6	Respeto de la diversidad cultural	152
6.7	Fortalecimiento de la gestión del programa	159
6.8	Aliento a las actitudes y a los comportamientos positivos de los adultos	163
Los retos de la programación para la salud de los adolescentes		
7.	Consecución del compromiso político	166
7.1	Antecedentes	166
7.2	A los adolescentes se los considera sanos	173
7.3	Resistencia a enfrentarse con cuestiones delicadas	174
7.4	La inversión en los jóvenes se ve como una sangría de los recursos sociales y económicos	176
8.	Valoración de prioridades para la acción	180
8.1	Antecedentes	180
8.2	Acopio y análisis de datos por edad y sexo	186
8.3	Compilación de datos de diferentes sectores	187
8.4	Participación sistemática de los jóvenes en la valoración de prioridades	189
8.5	Determinación de los grupos destinatarios	193
9.	Mantenimiento de las actividades	195
9.1	Antecedentes	195
9.2	Fomento de la asociación de adultos y jóvenes	196
9.3	Reorientación y sostenimiento de las intervenciones existentes por medio de la formación	202
9.4	Coordinación de las actividades en contextos múltiples	205
9.5	Reclutamiento continuo de jóvenes como recursos humanos	208
9.6	Consecución de una programación a gran escala	209
10.	Vigilancia y evaluación	216
10.1	Antecedentes	216
10.2	Establecimiento y utilización de indicadores	227
10.3	Seguimiento de la calidad y cobertura en diferentes contextos	237
10.4	Entender las repercusiones de la participación de los jóvenes en toda la programación	242
11.	Conclusiones	244
12.	Recomendaciones	248
12.1	Recomendaciones a la OMS, el FNUAP y el UNICEF	248
12.2	Recomendaciones a los países	250
Nota de agradecimiento		251
Referencias		254
Anexo 1		
Carta de Ottawa para la promoción de la salud		272

Anexo 2	
Artículos clave de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño	278
Anexo 3	
Coordinándolo todo: combinación de intervenciones en diferentes contextos	286

.....

Grupo de Estudio OMS/FNUAP/UNICEF sobre Programación para la Salud de los Adolescentes

Saillon, Suiza, 28 de noviembre a 4 de diciembre de 1995

Miembros

- Dr. F. Alauddin, Servicios e Investigación para el Desarrollo de la Familia, Dhaka, Bangladesh
- Profesor R.W. Blum, Profesor de la División de Pediatría General y Salud de los Adolescentes, Universidad de Minnesota, Minneapolis, MN, EUA
- Sr. I. Diallo, Director Nacional de Comunicación, Scouts y Guías del Senegal, Dakar, Senegal
- Dr. J. Djaelani, Programa para la Tecnología Adecuada en la Salud, Yakarta, Indonesia
- Sr. S. Ghose, Vicepresidente Primero, Siel Limited, Nueva Delhi, India
- Dr. G. Rao Gupta, Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer, Washington, D.C., EUA (*Correlator*)
- Sr. R. King, Director de Formación, Programa para los Adolescentes, SERVOL, Life Centre, Trinidad y Tabago
- Sra. J. Kwawu, Especialista Principal del Programa/ Mujeres, Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región de África, Nairobi, Kenya
- Dr. M. Maddaleno, Salud de los Adolescentes, Universidad de Chile, Santiago, Chile (*Correlator*)
- Dr. M. Omar, Organización Mundial del Movimiento Scout, Oficina Regional Árabe, El Cairo, Egipto
- Mr. R. Rajani, Coordinador, Kuleana (ONG), Mwanza, República Unida de Tanzania
- Profesor O. Ransome-Kuti, Presidente, Cuadro de Expertos sobre Mejor Salud en África, Departamento Técnico de África, Banco Mundial, Washington, D.C., EUA (*Presidente*)
- Dr. R. Niskier Sanchez, Departamento de Investigación, Instituto Fernandes Figueira, Fundación Oswaldo Cruz, Río de Janeiro, Brasil
- Dr. T.L. Silva, Childhope Asia (Filipinas), Manila, Filipinas
- Sra. M.A. Urgel, Instituto para los Estudios y la Acción Sociales, Manila, Filipinas
- Dr. A.M. Zarrouk, Director de Salud Escolar y Universitaria, Ministerio de Salud Pública, Túnez, Túnez

Representantes de otras organizaciones

La Fundación Mentor

Sra. A. Bernadotte, Fundación Mentor, Ginebra, Suiza

Asociación Internacional para la Salud de los Adolescentes

Dr. U. Bühlmann, Secretario, Asociación Internacional para la Salud de los Adolescentes, y Director, Departamento de Pediatría y Medicina de los Adolescentes, Centro Médico Triemli, Zúrich, Suiza

Advocates for Youth

Dr. M. Pruitt Clark, Presidente, Advocates for Youth, Washington, D.C., EUA

Fundación Rockefeller

Sra. J. Hughes, Directora Asociada, Ciencias de la Población, La Fundación Rockefeller, Nueva York, NY, EUA

Secretaría

Mr. J. Chui, Oficial Técnico Principal, Rama de Información, Educación y Juventud, División Técnica y de Evaluación, FNUAP, Nueva York, NY, EUA
(*Cosecretario*)

Dr. B. Dick, Asesor Principal sobre Salud de los Jóvenes, Unidad de Promoción de la Salud, UNICEF, Nueva York, NY, EUA (*Cosecretario*)

Sra. J. Ferguson, Oficial Técnico, Salud y Desarrollo de los Adolescentes, Salud Familiar y Reproductiva, OMS, Ginebra, Suiza (*Cosecretaria*)

Dr. H.L. Friedman, Director, Salud y Desarrollo de los Adolescentes, Salud Familiar y Reproductiva, OMS, Ginebra, Suiza

Dr. C. Gardiner, Oficial Técnico, Rama de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, División Técnica y de Evaluación, FNUAP, Nueva York, NY, EUA
(*Cosecretario*)

Dr. G. Slutkin, Centros de Control y Prevención de Enfermedades, Atlanta, GA, Estados Unidos de América y Escuela de Salud Pública, Universidad de Illinois en Chicago, Chicago, IL, EUA (*Asesor Temporario*)

Sra. D. Widdus, Salud y Desarrollo de los Adolescentes, Salud Familiar y Reproductiva, OMS, Ginebra, Suiza (*Correlatora*)

Dr. S. Woodhouse, Representante del UNICEF, Yakarta, Indonesia

1. Introducción

Un grupo de estudio OMS/FNUAP/UNICEF sobre Programación para la Salud de los Adolescentes se reunió en Saillon, Suiza, del 28 de noviembre al 4 de diciembre de 1995. Su propósito era reunir la mejor información disponible sobre programación, con vistas a fortalecer la acción sistemática en todas las regiones del mundo.

A estas alturas, ocuparse de la salud de los adolescentes no necesita justificación. Más de la mitad de la población mundial tiene menos de 25 años, y cuatro de cada cinco jóvenes viven en países en desarrollo. Los cambios en las condiciones de vida provocan cambios en el comportamiento, y los países han reconocido que el comportamiento formado en el segundo decenio de la vida tiene consecuencias duraderas para la salud individual y pública. Entre los muchos problemas de salud asociados con tipos concretos de comportamiento figuran las consecuencias de la actividad sexual sin protección, que aumenta el riesgo de embarazos y partos precoces y no deseados, de abortos peligrosos y de infecciones de transmisión sexual, como la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); los problemas asociados al uso del tabaco, el alcohol y otras sustancias que reducen la capacidad de juicio y aumentan el riesgo de cáncer y de enfermedades cardiovasculares y respiratorias; los traumatismos accidentales y deliberados; la malnutrición y los problemas relacionados con la higiene bucodental, así como las enfermedades endémicas. Un número cada vez mayor de países está destinando, a través de distintos sectores, recursos a la salud y al desarrollo de los adolescentes.

Es imprescindible reconocer que ninguna institución, ni privada ni pública, puede, por sí sola, promover la salud y el desarrollo de los adolescentes. Se necesita de la cooperación para crear el entorno que permita a los jóvenes maximizar su potencial. En ese contexto, la OMS, el FNUAP y el UNICEF tienen una meta común: asegurar que los adolescentes estén en condiciones de recibir la información, adquirir las competencias, obtener los servicios de salud y vivir en el entorno propicio que necesitan para su salud y su desarrollo. La cooperación, de la que es ejemplo la convocatoria del Grupo de Estudio conjunto, resulta vital para la consecución de esa meta.

El propósito del Grupo de Estudio era proporcionar la justificación técnica y la base para la acción que requieren la salud y el desarrollo de los adolescentes. El interés cada vez mayor por atender las necesidades de salud de los adolescentes, prevenir sus problemas sanitarios y proporcionarles atención y tratamiento se ha puesto de manifiesto en muchos proyectos nuevos. Sin embargo, lo que ha

faltado con frecuencia ha sido una información fiable, y recogida de manera sistemática, sobre programación eficaz y sobre las mejores maneras de establecer y sostener enfoques programáticos. En consecuencia, la OMS, el FNUAP y el UNICEF se propusieron facilitar el camino para una formulación completa de la política sobre salud y desarrollo de los adolescentes, así como sobre el enfoque programático en los países.

A partir de la experiencia de la OMS, del FNUAP y del UNICEF, de otros organismos de las Naciones Unidas, de organizaciones no gubernamentales y de la comunidad científica y profesional, el Grupo de Estudio se propuso consolidar los conocimientos sobre programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes, con el fin de fortalecerla a nivel de país y maximizar su cobertura y su impacto.

El Grupo de Estudio examinó las experiencias en curso, de manera especial en países en desarrollo, así como las pruebas científicas relativas a la eficacia de las intervenciones más importantes en materia de salud de los adolescentes. Se elaboró un «marco para la programación nacional» (1) (véase la figura 1), que pone de relieve los elementos y las estrategias esenciales que se necesitan para establecer, aplicar y sostener programas para la salud y el desarrollo de los adolescentes. El Grupo de Estudio recomendó un conjunto de acciones en común a fin de acelerar y fortalecer esa programación, sin olvidar el apoyo mundial y regional necesario para la programación a nivel de país (véanse secciones 11 y 12).

El presente informe es una síntesis del material y de las opiniones de expertos que se presentaron al Grupo de Estudio y se ha organizado de acuerdo con los componentes del «marco para la programación nacional». Cada componente se aborda de manera más completa en la sección correspondiente.

2. Metas de la programación

2.1 Antecedentes

En la actualidad, los adolescentes forman aproximadamente una quinta parte de la población del mundo (10–19 años), y más de las cuatro quintas partes de ese total se hallan en los países en desarrollo. Cuando los jóvenes se esfuerzan por hacer realidad su potencial físico, intelectual, emocional, espiritual, social y artístico, contribuyen enormemente al progreso social. En gran medida, el desarrollo económico futuro depende de que sea cada vez mayor el porcentaje de población que esté razonablemente bien educada, disfrute de

buena salud y sea económicamente productiva. La manera en que las personas viven la adolescencia tiene efectos de largo alcance para ellas y para la sociedad de la que forman parte. El destino de los jóvenes depende de ellos mismos, de su entorno y del apoyo y las oportunidades que les proporcionen los adultos. ¿Qué debe hacer, por tanto, la sociedad para prestar mayor apoyo a la salud y el desarrollo de sus jóvenes?

El desarrollo humano es un proceso muy complejo, mal entendido, y tema de debate acalorado. Es evidente, sin embargo, que en el crecimiento y el desarrollo humanos influye profundamente el entorno, sobre todo durante los periodos formativos de la infancia y la adolescencia. Los esfuerzos sociales para mejorar aspectos concretos del mundo en el que viven, aprenden, trabajan y juegan los jóvenes beneficiarán, por tanto, en gran medida, a los individuos y a la sociedad en general.

El entorno abarca requisitos previos que son básicos para la salud. Tal como se recogen en la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud (véase el anexo 1), esos requisitos previos son: paz, vivienda, educación, alimentos, ingresos, ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad. Si bien esas condiciones se dan en distinto grado en diferentes lugares, distan mucho de ser universales. La Convención sobre los Derechos del Niño (anexo 2) ha proporcionado un marco internacional que recoge las condiciones, los derechos y la protección básicos que son patrimonio de *todos* los adolescentes. Este marco es un primer paso crucial al que debe seguir la acción sostenida, nacional y local, para asegurar que se respeten los derechos básicos (incluidos los requisitos previos para la salud).

Aunque gobiernos, personas y organizaciones interesadas en la salud de los adolescentes deben participar en la mejora de las condiciones básicas, no será ésa la tarea primordial de la programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes. Algunos aspectos del entorno entran, sin embargo, en el ámbito de la programación. Las intervenciones dirigidas a aspectos del entorno social que potencian la salud de los adolescentes son una parte esencial de los esfuerzos nacionales y locales de programación. Esas intervenciones (véase la sección 4.2) influirán sobre valores y normas individuales y sociales.

Mejorar las condiciones que promueven la salud de los adolescentes requiere un esfuerzo colectivo sostenido por parte de gobiernos, comunidades, organizaciones y familias. Ciertos aspectos del entorno, como condiciones económicas, guerra, catástrofes naturales y violencia trascienden el control de individuos y familias. Pero las necesidades inmediatas de lactantes y niños de corta edad en materia

de cariño, alimentos, vivienda, seguridad, aprender a pensar y a obrar, así como de orientación moral, son de ordinario atendidas en primer lugar por la familia. El apoyo de iguales y vecinos, la participación en actividades comunitarias, la educación y el trabajo, así como la atención sanitaria, la vivienda y los servicios sociales, potencian su desarrollo. Durante la adolescencia, las influencias ajenas al ámbito familiar se hacen cada vez más importantes y la programación debe tenerlo todo en cuenta.

Un entorno sano que proporcione apoyo y oportunidades a los jóvenes es un elemento necesario pero no suficiente para un desarrollo sano. El comportamiento potenciador de la salud es responsabilidad sobre todo de los mismos jóvenes, quienes, cada vez más, han de tomar decisiones, y obrar en consecuencia, con importantes resultados en materia de salud para el presente y el futuro. A menudo los jóvenes no entienden bien su propio proceso de maduración, no están preparados para entablar nuevas relaciones y desconocen los servicios de salud que tienen a su disposición. Pero la información es sólo la mitad de la ecuación. En última instancia, los jóvenes han de usar esa información de manera positiva. Los que han alcanzado competencia personal, madurez social y un sentimiento de identidad y autoestima tienen muchas más probabilidades de tomar decisiones con efectos positivos sobre su salud y su desarrollo (4). Hablando en términos generales, el éxito o el fracaso de la programación para la salud y el desarrollo de los jóvenes dependerá de dos metas totalizadoras e inextricablemente vinculadas, que son, concretamente, promover un desarrollo sano y prevenir los problemas de salud y responder a ellos cuando se presenten.

2.2 Promoción de un desarrollo sano

El segundo decenio de la vida es un periodo de crecimiento rápido y de desarrollo personal sin los cuales las personas no pueden adquirir las competencias necesarias para adaptarse a un mundo cambiante y lleno de contrastes. En general, las competencias se desarrollan siempre que se dispone de oportunidades para practicar ciertas aptitudes mediante la comprensión y utilización de las convenciones sociales. La habilidad para resolver problemas y prever el resultado de las propias elecciones ayuda a desarrollar un sentimiento positivo de eficacia personal y autoestima.

Algunas características de la adolescencia, como las etapas de crecimiento corporal y desarrollo, parecen ser universales. Otras, como la vulnerabilidad y la capacidad de recuperación, dependen de la interacción del adolescente con su entorno. El medio social puede, por tanto, proporcionar y presentar riesgos para la salud y obstáculos

para el desarrollo. Dados los diferentes factores — individuales, familiares y comunitarios — que influyen en el fomento de la salud y el desarrollo de los adolescentes, los programas para la salud de los adolescentes que cuentan con muchas facetas tienen buenas posibilidades de alcanzar el éxito.

Las políticas y la legislación sanitarias pueden consolidar o limitar un desarrollo sano. Durante el último decenio, las políticas y la legislación sanitarias se han centrado en la prevención de problemas mediante un triple enfoque:

- ayuda a enfermos o traumatizados;
- modificación de creencias, actitudes, comportamiento y entorno de quienes se encuentran en situación de riesgo;
- promoción de un enfoque positivo de la salud y el desarrollo de todos los jóvenes.

Se ha insistido sobre todo en la prevención de problemas sanitarios concretos de los adolescentes, como el abuso de sustancias, el VIH y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Si bien ese enfoque tiene ventajas y ha legitimado la idea de prevención, no basta. Cuando las políticas y los servicios se centran en la prevención, se limitan a tratar problemas, y el éxito se identifica con la ausencia de problemas como violencia, delincuencia, uso de drogas, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS) incluido el VIH/SIDA. Disponemos de pruebas documentadas de que la prevención, por sí sola, es una meta insuficiente. A las personas no se las juzga en términos de problemas (o de su ausencia) sino por su potencial (4). Una exposición de las actividades de SERVOL, una organización que tiene su base en Trinidad y Tabago, sirve para ilustrar este punto.

El curso del Programa para el Desarrollo de los Adolescentes está basado en un plan de estudios espiritual, físico, intelectual, creativo, emocional y social (SPICES) que tiene como fin el desarrollo total de la persona. El propósito de las actividades es ayudar a los adolescentes a superar ciertas características que SERVOL ha detectado en los participantes durante sus años de experiencia: escasa autoestima, carencia de autodisciplina y de confianza en uno mismo y, por otra parte, satisfacer su necesidad de amor, atención y seguridad. Eso se logra por medio de orientación y disciplina en un ambiente de afecto. Se espera de quienes participan en el curso que observen unas reglas estrictas que, a lo largo de los años, ellos mismos han ayudado a establecer al personal del curso. En un entorno educador positivo, SERVOL insiste sin embargo en la puntualidad, la formalidad, la limpieza y la disciplina en todos los aspectos de la vida de los adolescentes (5).

A la luz de enfoques tan holísticos, ¿cuáles son las metas para el desarrollo sano de los adolescentes y cómo se pueden evaluar los resultados? Incluir la prevención en la política de promoción y desarrollo de la salud exige ampliar nuestra definición de resultados deseados y de competencias esperadas. El Consejo Carnegie sobre Desarrollo de los Adolescentes ha definido un conjunto genérico de habilidades que va más allá de la competencia académica o cognitiva para abarcar la profesional, física, emocional, cívica, social y cultural. Si bien se han desarrollado buenos parámetros para medir el éxito académico, no hemos establecido medidas de desarrollo, ni definido los pasos necesarios para adquirir esa lista más amplia de habilidades. Cambiar las metas y pasar de la prevención de los problemas a la consecución de toda una serie de competencias requerirá un cambio bastante espectacular de estrategias.

El crecimiento y el desarrollo humanos son procesos continuos que los jóvenes experimentan al tiempo que se esfuerzan por satisfacer sus necesidades básicas de seguridad, afecto y aprecio, así como por sentirse valiosos y útiles. Esos procesos, expresados como resultado del desarrollo de los adolescentes (6), pueden resumirse como se indica a continuación:

- **autovaloración** — la capacidad para aportar y para percibir la propia aportación como valiosa; la percepción de que se es «buena persona», valorado por uno mismo y por otros;
- **seguridad y estructura** — la percepción de que se está seguro, tanto física como psicológicamente o, dicho de otro modo, que se tiene acceso a alimentos adecuados, ropa, vivienda y seguridad, incluida la protección contra el dolor, el traumatismo o la pérdida de cualquier cosa. La existencia de estructuras organizadas de grupo puede permitir a los jóvenes experimentar con su comportamiento y poner a prueba sus talentos sociales, al mismo tiempo que establece límites;
- **pertenencia y calidad de miembro** — ser miembro participante de una comunidad; mantener al menos una relación duradera con otra persona; la percepción de que se está sólidamente ligado a una institución, organización o comunidad aparte de la familia;
- **relación de intimidad** — la percepción de ser querido por la propia familia y apreciado por los amigos;
- **dominio y futuro** — la percepción de uno mismo como persona formada y con habilidades apreciadas por él y por otros; conciencia del propio progreso en la vida;
- **responsabilidad y autonomía** — la percepción de que se tiene cierto control sobre los acontecimientos diarios; de que se es una

persona única con un pasado, presente y futuro y unos cometidos que desempeñar;

- **espiritualidad** — vínculos con principios que hacen referencia a familia, grupo cultural, comunidad y deidad; conciencia de la propia personalidad o individualidad.

Para alcanzar esos resultados, los jóvenes deben tratar de adquirir las competencias que les permitan funcionar dentro de la comunidad y la sociedad en la que viven y contribuir a ella. Los objetivos de ese proceso se pueden clasificar como sigue:

- **salud corporal y desarrollo** — utilizar conocimientos, deseos y habilidades para desarrollar y mantener un modo de vida sano y satisfactorio; actuar de maneras que aseguren al máximo la salud corporal presente y futura, para uno mismo y para los demás;
- **desarrollo intelectual** — aprender en la escuela y en otros contextos ciertos conocimientos básicos, nociones elementales de cálculo aritmético, lectura y escritura; utilizar el pensamiento crítico, las soluciones creativas a los problemas y la expresión de manera competente; y estudiar por cuenta propia;
- **salud profesional y capacidad para conseguir trabajo** — el dominio de competencias y actitudes para identificar oportunidades en materia de seguridad económica, inclusive el manejo de tiempo y dinero, y el trato con otras personas en las relaciones comerciales; entender las opciones profesionales y los pasos necesarios para alcanzar metas;
- **salud cívica y social** — colaborar con otros para un bien mayor; el conocimiento, la motivación y la habilidad para entablar y sostener amistades y relaciones mediante la comunicación, la cooperación, la empatía, la negociación, la paciencia; y tomar iniciativas y aceptar responsabilidades en relación con la propia conducta;
- **salud cultural** — entender y respetar la propia cultura;
- **salud emocional** — adquirir los conocimientos y las habilidades necesarios para desarrollar y mantener un sentimiento personal de bienestar; y entender las emociones propias y adaptarse a situaciones cambiantes;
- **desarrollo moral** — entender las diferencias entre lo que está bien y lo que está mal y actuar en consecuencia.

La consecución de esas metas es una parte natural de la adolescencia. Quienes acuden a un centro docente amplían allí sus habilidades verbal y numérica y el pensamiento abstracto, al tiempo que la mayoría de los jóvenes adquieren otras competencias nuevas en el campo profesional y recreativo. De importancia crucial para la salud, sin embargo, son las competencias sociales necesarias para los nuevos

tipos de relaciones que se entablan durante la adolescencia. La competencia en la comunicación personal y la habilidad para hacer valer pensamientos, ideas, sentimientos y creencias son esenciales. Se trata de algunas de las «aptitudes para la vida» cruciales definidas por la OMS (7) como «habilidades para un comportamiento positivo y adaptable, que permite a los individuos enfrentarse eficazmente con las exigencias y los problemas de la vida cotidiana».

Son seis los aspectos clave del proceso total de desarrollo (8), a saber:

- **continuo** — no concluye con la terminación de los programas y requiere aportaciones y apoyo ininterrumpidos;
- **desigual** — varía enormemente en cada individuo y de unos individuos a otros;
- **complejo** — el desarrollo individual es un proceso de maduración física, cognitiva, social, emocional y moral; las tareas asociadas durante la adolescencia son: alcanzar el tamaño adulto y llegar a sentirse cómodo con la manera adulta de funcionar; adquirir la habilidad para el pensamiento abstracto; las competencias y perspectivas necesarias para funcionar con independencia de la familia y el grupo de iguales; el sentimiento de identidad que puede orientar elecciones y que ayuda a organizar los sentimientos; y valores y perspectivas básicas que permiten al individuo comportarse de manera ética, justa y comprensiva;
- **influido por el entorno** — tanto si esa influencia se describe en términos de atributos físicos (seguridad o disponibilidad de instalaciones básicas, por ejemplo) como si se hace en términos de la calidad, cantidad y congruencia de servicios, apoyos y oportunidades clave;
- **en el que las relaciones actúan de mediadoras** — el conocimiento que tienen los jóvenes de los servicios, el acceso a los mismos y el aprecio que sientan por ellos, así como su concepción del apoyo y las oportunidades de que disponen, se alcanzan por mediación de otros (iguales, adultos o profesionales, por ejemplo) que pueden actuar como guías e intermediarios;
- **provocado y sostenido gracias a la participación** — el crecimiento personal y el desarrollo se producen cuando los jóvenes participan activamente, por lo que las tareas y oportunidades han de ser pertinentes y adecuadamente estimulantes.

Aunque el reconocimiento de que la adolescencia es un periodo crucial para adquirir competencias y desarrollar características personales positivas no es nuevo, sí es reciente el reconocimiento de que ese desarrollo es un pronosticador clave de la salud futura. Los programas que se centran, por ejemplo, en la capacitación en materia de competencias, promueven el desarrollo de los jóvenes y están

ganando terreno rápidamente (véase la sección 4.4). Si bien esos conceptos sobre el desarrollo de los adolescentes nos permiten identificar necesidades fundamentales, no facilitan la definición de indicadores universales de desarrollo, sobre todo porque el desarrollo de los adolescentes no se da con independencia del entorno en el que viven. Los trastornos sociales y mundiales socavan el desarrollo de los jóvenes y crean nuevos tipos de riesgo y de comportamientos de riesgo que afectan al estado de salud.

2.3 Prevención de los problemas de salud y modalidad de respuesta a ellos cuando se presentan

La adolescencia de las generaciones que viven en condiciones sociales estables, algo habitual en las sociedades rurales, suele ser breve, con cometidos bien definidos para muchachos y muchachas, pocas posibilidades de elección y un futuro previsible. En esas sociedades los jóvenes emulan a sus mayores y se benefician de la orientación recibida de los adultos que crecieron en un mundo similar. Sin embargo, debido a los rápidos cambios sociales, como sucede en el día de hoy de manera general, aumenta la incertidumbre. El mundo contemporáneo presenta oportunidades y riesgos inmensos. Una característica de la sociedad moderna es la rapidez con que personas, ideas e imágenes se mueven entre culturas, incluida la transición de lo rural a lo urbano.¹ Eso puede poner en peligro el sistema de valores, la autoridad y los conocimientos de los adultos. Sin embargo, el aumento de la comunicación proporciona acceso a información e ideas que pueden ser valiosas. Por añadidura, el hecho de que el control económico esté pasando del sector público al privado acentúa un modelo de sociedad más competitivo que cooperativo, y eso también puede poner en peligro los valores tradicionales. La comunicación a nivel mundial modifica igualmente las aspiraciones, y muchos jóvenes se encuentran en desventaja debido a la distancia cada vez mayor entre los ricos y los pobres del Norte y del Sur y en el interior de cada país. Esta situación se ve agravada, en los países peor equipados para enfrentarse a los nuevos problemas, por el rápido crecimiento de la población.

Tales trastornos van acompañados de cambios de tendencias en el comportamiento de los adolescentes y, como consecuencia, en su estado de salud. Si bien la nueva tecnología y la mejora del nivel de vida en muchas sociedades ofrecen posibilidades para el desarrollo de los jóvenes, se dan también otros cambios que aumentan los ries-

¹ Entre 1970 y 2025 la población adolescente urbana de países en desarrollo aumentará en un 600% (9).

gos para su salud, a menudo por la influencia que tienen sobre el comportamiento. En algunas partes del mundo, la menor influencia de la familia, la pubertad precoz y el matrimonio tardío amplían el riesgo de relaciones sexuales sin protección entre adolescentes solteros. En otras sigue contabilizándose una importante proporción de matrimonios y partos entre adolescentes del sexo femenino. La rápida urbanización, la difusión de las telecomunicaciones, la mayor facilidad de acceso a sustancias potencialmente nocivas (y la presión para utilizarlas), y el aumento de los viajes, del turismo, de las migraciones, de las poblaciones refugiadas, así como la falta de vivienda, están cambiando la sociedad, pero sus efectos sobre el comportamiento de los jóvenes sigue siendo imprevisible. La desigualdad entre los sexos hace que las adolescentes sean particularmente vulnerables a los riesgos que entrañan esas condiciones cambiantes.

Tomando únicamente como base las tasas de mortalidad, se consideraba anteriormente que la adolescencia era uno de los periodos más sanos de la vida humana. Ahora, sin embargo, se reconoce cada vez con más frecuencia la existencia de un amplio abanico de problemas de salud con los que se enfrentan los adolescentes debido a una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales. En el cuadro 1 se ilustra la magnitud mundial de un conjunto de problemas de salud que con frecuencia se combinan para limitar gravemente el desarrollo sano. En cada una de las categorías, muy amplias, es posible identificar no sólo riesgos comportamentales concretos (a los que se aplica el concepto de «riesgos asumidos»), sino también riesgos que surgen por el simple hecho de que un joven se encuentra en un determinado entorno. El riesgo, por lo tanto, no está limitado al comportamiento. Las medidas encaminadas a reducir ambos tipos de riesgo pueden disminuir en gran medida las tasas asociadas de mortalidad y morbilidad, que son muy elevadas en la actualidad.

En relación con la naturaleza y la amplitud de esos problemas, sus efectos sobre los adolescentes y la manera de abordarlos, hay varios puntos que merece la pena señalar:

- Determinados problemas de salud abundan más en adolescentes que en niños o adultos. Entre ellos figuran los que son resultado de la actividad sexual precoz, sin protección y no deseada; del uso y abuso de sustancias; de los traumatismos por accidentes y violencia; de los problemas de salud asociados a la sobrealimentación y a la desnutrición; y de ciertas enfermedades endémicas. Algunos de éstos se hallan estrechamente interrelacionados (como el uso de múltiples drogas y los estados depresivos; el uso del alcohol y los traumatismos por accidentes de tráfico; la desnutrición y las complicaciones en el embarazo y el parto). Esto se analiza con más

Retos para la salud y el desarrollo de los adolescentes**Los adolescentes en el mundo de hoy**

- En los países menos desarrollados, sólo el 13% de las muchachas y el 22% de los muchachos cursan educación secundaria (10).
- A escala mundial, 5 de cada 10 parados son jóvenes; en algunos países en desarrollo, lo son 8 de cada 10 (11).
- Setenta y tres millones de adolescentes de edades comprendidas entre los 10 y los 14 años trabajan en todo el mundo. El UNICEF y la OIT se esfuerzan conjuntamente por luchar contra el trabajo de los niños (12).

Nutrición y enfermedades no transmisibles

- Desnutrición y sobrealimentación en los jóvenes son problemas cada vez más graves en los países en desarrollo y también en los industrializados (13).
- A las adolescentes se les da de comer en último lugar, incluso cuando el embarazo aumenta sus necesidades (14).
- Las necesidades de hierro de los adolescentes, que son mayores debido al crecimiento, el desarrollo y la menstruación, se ven agravadas por el paludismo, la anquilostomiasis y la esquistosomiasis, que afectan a los jóvenes de manera desproporcionada (15).

Salud reproductiva y sexualidad

Las relaciones sexuales sin protección aumentan el riesgo de embarazos no deseados y partos precoces, así como abortos peligrosos e ITS, incluido el VIH, que causa el SIDA (16).

- La falta de conocimientos, de competencias y de acceso a la anticoncepción; y la vulnerabilidad al abuso sexual hacen que las adolescentes estén expuestas a un riesgo máximo de embarazo no deseado (15).
- En países en desarrollo, la mortalidad materna de las menores de 18 años es de dos a cinco veces superior a la de las mujeres entre 18 y 25 años (17, 18).
- A nivel mundial, más del 10% de todos los nacimientos corresponden a mujeres de 15 a 19 años de edad (19).
- En el África subsahariana, la mayoría de las primerizas son adolescentes (20).
- Se estima que el número de abortos entre adolescentes se sitúa entre 1 millón y 4,4 millones por año, en su mayor parte peligrosos, porque se realizan de manera ilegal y en condiciones de riesgo por profesionales incompetentes (21).
- Todos los años más de uno de cada 20 adolescentes contrae una ITS curable, excluidas las infecciones víricas (22).
- De los 333 millones de nuevos casos de ITS que se calcula se producen todos los años en el mundo, al menos 111 millones se dan en jóvenes menores de 25 años (23).
- A nivel mundial, más de la mitad de las nuevas infecciones por el VIH corresponden a personas de 15 a 24 años de edad (24).

Uso indebido de sustancias

- El uso del tabaco se inicia de ordinario en la adolescencia; pocas personas empiezan a fumar después de los 18 años (25).
- La mitad de los fumadores habituales que comienzan en la adolescencia y fuman durante toda la vida mueren a la larga a causa del tabaco (26).
- El alcohol es el elemento más común en la muerte de jóvenes relacionada con el abuso de sustancias (27).
- El uso de drogas ilícitas se extiende cada vez más, con tendencia a pautas de consumo más arriesgadas (27).

- El uso de sustancias nocivas aumenta el riesgo de cáncer y de enfermedades cardiovasculares y respiratorias en años posteriores de la vida (28).

Traumatismos involuntarios y deliberados

- Los traumatismos involuntarios son la principal causa de defunción entre jóvenes, en especial accidentes de tráfico en el caso de los varones (27).
- El suicidio entre los jóvenes aumenta y es una causa destacada de fallecimiento, en especial entre adolescentes varones (27).
- La violencia interpersonal está aumentando entre los jóvenes, con mayor número de víctimas entre las muchachas (27).

Recuadro 1

Estimaciones de la carga de morbilidad entre los jóvenes

El «año de vida ajustado en función de la discapacidad» (AVAD) es una medida utilizada para cuantificar la carga; se trata de una medida de base temporal que capta el impacto de la muerte prematura (en años) y el tiempo (en años) que se vive con una discapacidad. Un AVAD es un año de vida sana perdido. Un nuevo cálculo de la estimación de la carga total de morbilidad entre adolescentes y jóvenes (29), arrojó los siguientes resultados:

- La carga de morbilidad y traumatismos entre las edades de 10 y 24 años representa el 15% de la carga total a nivel mundial.
- El noventa por ciento de los AVAD se pierden en los países en desarrollo.
- El cuarenta y dos por ciento de los AVAD son resultado de enfermedades no transmisibles, el 29%, de traumatismos y el 29%, de afecciones transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales.
- La distribución de los AVAD entre adolescentes y jóvenes es, por sus pautas, muy diferente de la observada en niños o adultos, con predominio, en el caso de los adolescentes, de ITS, VIH y afecciones maternas, depresión, uso de alcohol y drogas, traumatismos y accidentes de tráfico.
- Las características de la carga de morbilidad son muy diferentes según los sexos: las tasas de AVAD en el caso de traumatismos (y suicidio) tienden a ser dos veces más elevadas entre varones.
- La excepción a esto último son las elevadas tasas de suicidio entre las mujeres en China y la India, donde superan a las de los varones.

detalle en la sección 3.3. En el cuadro 2 se recoge una lista de problemas de salud y de comportamientos perjudiciales para la salud que afectan de manera destacada a la salud pública a corto y a largo plazo. El cálculo de los llamados «años de vida ajustados en función de la discapacidad» (AVAD) — concepto ilustrado en el recuadro 1 — proporciona una clara indicación de la carga que suponen la morbilidad y la mortalidad por esas causas.

Cuadro 2

Una clasificación de los problemas de salud y de comportamientos relacionados con la salud de los jóvenes en países en desarrollo, con ejemplos ilustrativos (25)

Enfermedades propias de jóvenes	Enfermedades y comportamiento perjudicial que afectan desproporcionadamente a los jóvenes	Enfermedades que se manifiestan primordialmente en los jóvenes, pero que se originan en la infancia	Enfermedades y comportamiento perjudicial de los jóvenes que afectan sobre todo a su salud futura	Enfermedades que afectan a los jóvenes menos que a los niños, pero más que a los adultos mayores
*Trastornos del desarrollo sexual secundario *Dificultades en el desarrollo psicosocial *«Tirón» subóptimo (de crecimiento) de la adolescencia	*Mortalidad y morbilidad materna *ITS (incluido el VIH) *Tuberculosis *Esquistosomiasis *Helminthos intestinales *Trastornos mentales	*Enfermedad de Chagas *Cardiopatía reumática *Poliomielitis	*ITS (incluido el VIH) *Lepra *Enfermedad dental Comportamiento: *Uso de tabaco *Dieta inadecuada *Falta de ejercicio *Prácticas sexuales peligrosas	*Malnutrición *Paludismo *Gastroenteritis *Infecciones respiratorias agudas
	Comportamiento: *Abuso de alcohol *Abuso de otras sustancias *Traumatismos			

NB Los jóvenes aportan un número considerable de casos porque forman una parte importante de la población en la mayoría de los países en desarrollo.

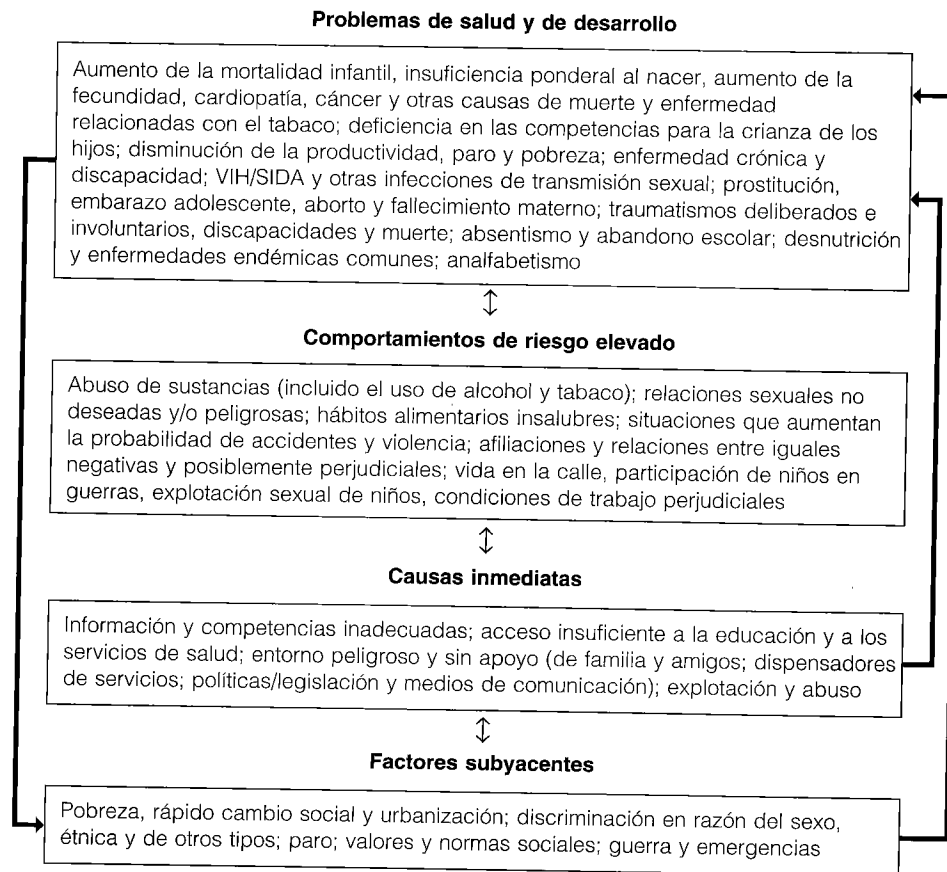
- Determinados factores de riesgo de problemas de salud son peculiares de los adolescentes, aunque hay otros que son comunes a los adolescentes y los adultos. Así por ejemplo, los adolescentes pueden iniciar la actividad sexual antes de ser plenamente conscientes de las consecuencias a largo plazo de sus actos, de la necesidad de protección contra las ITS o de la disponibilidad de servicios de salud reproductiva.
- Algunos problemas de salud pueden tener consecuencias más graves para los adolescentes que para los adultos; el parto precoz es un caso típico. Los huesos pelvianos de las adolescentes siguen creciendo durante varios años después de concluir el crecimiento en estatura de la persona. Si el desarrollo completo de la pelvis no se ha alcanzado antes del parto, hay un mayor riesgo de parto obstruido y de fístulas vesicovaginales.
- Existen problemas de salud a los que es necesario enfrentarse de manera diferente en los adolescentes que en los adultos y los niños; está claro que el enfoque tradicional para prevenir y tratar los problemas de salud de los adultos no siempre es eficaz en el caso de los adolescentes. Las maneras cíclicas y complejas de correlación entre los diferentes niveles de causalidad están ilustradas en la figura 2 (30). Los programas de educación precoz para la prevención del tabaquismo tratan de informar sobre problemas de salud a largo plazo y utilizan a menudo la táctica del miedo, apoyándose en vano en la teoría de que el temor a las consecuencias apartará a los adolescentes del tabaquismo. En la actualidad, programas más satisfactorios se centran en las necesidades de desarrollo de los adolescentes, y se hace hincapié en las consecuencias corporales y sociales del tabaquismo a corto plazo (como el desagradable olor de la ropa o el aliento, las manchas en los dedos y en los dientes y el menor rendimiento en el ejercicio físico y en los deportes). Y además se prepara a los adolescentes para que resistan la presión social y la de sus iguales, ayudándoles a fortalecer las competencias en ese campo.

Los adolescentes no son niños ni adultos, aunque comparten algunas de las características de ambos grupos. Pero tampoco son un grupo homogéneo; sus necesidades varían con las etapas del desarrollo y las circunstancias de la vida. Y no se trata de hechos de interés puramente académico, porque sus consecuencias para la salud pública son tremendas.

Los adolescentes tienden a ver los problemas de salud de manera muy diferente a los adultos que se preocupan por su bienestar. Así por ejemplo, aunque los dispensadores de asistencia sanitaria ven el VIH/SIDA como un problema grave de salud pública, los adolescentes no

Figura 2

La salud y el desarrollo de los jóvenes: niveles de causalidad e impacto



siempre hacen lo mismo (incluso en zonas del mundo con niveles muy altos de infección por el VIH y de enfermedades relacionadas con el VIH). Por otra parte, el acné, que los dispensadores de atención pueden considerar trivial, es visto como problema grave por adolescentes de ambos sexos (31).

Los adolescentes con problemas de salud no siempre acuden a los dispensadores de atención y a los servicios de salud en busca de ayuda. Dependiendo del problema y de la percepción que tengan de él, buscan la ayuda de personas y organizaciones de su entorno. Su percepción de qué ayuda pueden obtener de esas personas y organizaciones determina su reacción. Un estudio que se llevó a cabo en 11 países africanos, utilizando el método descriptivo de investigación, muestra — a partir de relatos de jóvenes sobre las pruebas para el embarazo, la atención durante el embarazo o su terminación — que

no consultaron a profesionales de la salud. Cuando se les ofrecieron diferentes opciones, el médico o los servicios de salud fueron la posibilidad menos utilizada (32). Se necesitan esfuerzos concertados para prevenir los problemas de salud mencionados más arriba, y para responder a ellos si surgen y cuando surjan. Al programar con ese fin, es esencial estar al corriente de las percepciones y tendencias de los adolescentes, y ajustar los enfoques preventivos y curativos a sus necesidades especiales (véase la sección 4).

En lo relativo a los conceptos orientadores de la programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes, las metas gemelas presentadas en esta sección están interrelacionadas y no se pueden tratar de manera coherente si se aíslan. Tratar programáticamente las cuestiones del desarrollo individual de los jóvenes minimiza la aparición de problemas concretos de salud y de comportamiento. A la inversa, la existencia de problemas concretos de salud en la vida de los jóvenes afecta de manera adversa a su desarrollo, y socava los esfuerzos para desarrollar las competencias y aptitudes que necesitan para desarrollar su pleno potencial. En el recuadro 2 se resume la necesidad de una programación para jóvenes que vaya más allá de la reducción de problemas y plantee enfoques más amplios.

3. Conceptos orientadores

3.1 Antecedentes

El desarrollo humano tiene muchas facetas: los aspectos físico, emocional, intelectual, social, moral, espiritual y estético. La adolescencia es una época de desarrollo rápido, aunque desigual. Existen diferencias en la tasa y el grado en que cada aspecto del desarrollo se produce para cada individuo, y esas diferencias existen entre jóvenes de la misma edad y sexo, de distinto sexo y de diferentes procedencias socioculturales. El desarrollo requiere una mente y un cuerpo activos e interacción social. Para que el desarrollo se produzca es esencial disponer de oportunidades para un comportamiento que contribuya a ello. Son mayores las probabilidades de que una familia que presta cariño y apoyo y un entorno seguro a los adolescentes contribuya a su desarrollo positivo.

La salud de los adolescentes, como su desarrollo, es un concepto positivo. Incluye el bienestar físico, mental y social, además de la ausencia de afecciones o enfermedades (Constitución de la OMS) y, al igual que el desarrollo, está estrechamente relacionado con el comportamiento de los adolescentes. Sin embargo, muchas enfermedades y traumatismos son resultado de un entorno peligroso más

Recuadro 2

La reducción de los problemas no es suficiente

Ponerse como meta la reducción de problemas lleva a hacer hincapié en servicios — centrados en los problemas — a corto plazo, ofrecidos por instituciones dedicadas a «arreglar» más que a «interactuar» con los jóvenes y sus familias. Una importancia similar tiene el hecho de que centrarse en la reducción de problemas conduce a una insistencia en la financiación fragmentada, y en unas medidas de responsabilización, a las que luego se acaba apoyando, que no consiguen abarcar la totalidad del impacto sobre el desarrollo de los adolescentes. Los resultados no pasan de ser una medición de la cantidad de servicios prestados, o de los cambios señalados en la incidencia del comportamiento juvenil.

Centrarse en la reducción de problemas no contribuye a desarrollar el pleno potencial de un individuo. Los empleadores no contratan al instante a un joven candidato por el hecho de que ni haya abandonado los estudios, ni sea padre, ni tome drogas, ni sea analfabeto, ni forme parte de una pandilla, ni sea delincuente. Procederán, en cambio, a hacerle una entrevista para evaluar aptitudes, conocimientos, actitudes y responsabilidad. La ausencia de problemas no significa que existan competencia, responsabilidad y confianza.

Una y otra vez, cuando se les pide que enumeren lo que les gustaría encontrar, progenitores, instancias normativas y los mismos jóvenes hablan de responsabilidad, autoestima, ética, compromiso con la comunidad, competencias cognitivas, competencias de comunicación y competencias para la solución de problemas.

Aunque las metas gemelas trazadas en este capítulo, en cuanto a promover el desarrollo sano al mismo tiempo que se responde a los problemas de salud y se los previene, proporcionan un enfoque mucho más valioso que la reducción de problemas, es cierto que son:

- más difíciles de definir — nos falta un lenguaje para el desarrollo que sea tan específico como el utilizado para entender los problemas
- más difícil de cuantificar — no hay medidas para cuantificar los resultados del desarrollo
- más difíciles de justificar — invertir en desarrollo se considera a veces que es privar de recursos a una preocupación (los problemas) o a un grupo de población (la juventud vulnerable) que son prioritarios.

Es necesario ampliar la lista de resultados deseables de la programación (sin abandonar la lista actual, centrada de manera predominante en los problemas) para incluir otros que reflejen conocimientos, comportamiento, competencias (destrezas/habilidades) y también percepciones y valoraciones personales (que culminan en confianza o sentimiento de la propia identidad). Semejante cambio en la conceptualización del propósito total de la programación para la salud de los adolescentes es sin duda todo un reto (8).

allá del control del adolescente. Entre las cuestiones sanitarias relacionadas con el comportamiento del joven figuran: la edad a la que inicia la actividad sexual y si utiliza protección; los hábitos alimentarios; los niveles de actividad física; y el uso de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas. Se tienen pruebas de que los problemas de salud de los adolescentes están interrelacionados. Ello obedece a que los factores que determinan el comportamiento de los jóvenes en materia de salud también están interrelacionados. Es más probable que quienes han contado con la seguridad, el apoyo y las oportunidades para desarrollar su potencial físico, psicológico, social, moral, espiritual, artístico o profesional posean la autoestima, los conocimientos y las competencias requeridos para estar sanos, y que se comporten de maneras que eviten los problemas que son una amenaza para la vida o para la salud.

3.2 El desarrollo de los adolescentes está en la base de la prevención de los problemas de salud

Las dos metas parcialmente coincidentes que son la promoción del desarrollo sano de los adolescentes y la respuesta a los problemas de salud analizados en la sección anterior no se pueden ver como separadas y diferentes, sino como inextricablemente ligadas. Además de que el sector público podría prestar más atención a la prevención de los problemas y no únicamente a su solución, potenciar el desarrollo total de los adolescentes ayuda no sólo a prevenir problemas sino también a mejorar su salud y bienestar. Para alentar el comportamiento sano entre los jóvenes es importante prestar la atención adecuada a sus necesidades de desarrollo. Como se afirma más adelante, el reconocimiento de la importancia del desarrollo total de los adolescentes es vital a la hora de programar para su salud.

Las comunidades se dedican a un tipo de actividades muy distinto cuando su objetivo es, más que la prevención de problemas, el desarrollo. La prevención tiene que ver con programas y servicios mientras que el desarrollo se ocupa de oportunidades y apoyo. Centrarse únicamente en la prevención singulariza a los grupos de riesgo elevado, dividiendo en consecuencia a los jóvenes y reforzando los estereotipos ya existentes. La promoción del desarrollo supone el compromiso con los jóvenes en general y reconoce que las diferencias en necesidades no satisfechas y en riesgos y ventajas en la familia y en la comunidad dictan el uso de estrategias muy diversas. Cuando se estimula a las comunidades para que se centren en el desarrollo, elaboran planes a largo plazo pensando en sus propios adolescentes. Cuando las comunidades se centran en la prevención de problemas, elaboran programas para los adolescentes de otros.

De hecho, la mayoría de los programas diseñados para «prevenir» un problema concreto promueven sobre todo competencias que están en el meollo del desarrollo adolescente. Más aún, muchos programas están empezando a utilizar estrategias para modificar el entorno social de los adolescentes, reconociendo los riesgos inherentes al entorno así como sus factores protectores. El proceso de desarrollo implica la existencia de relaciones cambiantes entre el adolescente y su contexto. El desarrollo sano requiere satisfacer las necesidades básicas y también la adquisición de las competencias necesarias para desenvolverse en el entorno social y desempeñar cometidos adultos. Un ejemplo es la capacidad de recuperación, un atributo personal (y, por tanto, vinculado al desarrollo) que ayuda a evitar problemas de salud y comportamentales. La investigación sobre capacidad de recuperación ayuda a explicar por qué de los niños que crecen en entornos adversos unos tropiezan con problemas y otros no. Entre las características del niño con capacidad de recuperación figuran las siguientes (8):

- competencias sociales;
- competencias para resolver problemas;
- autonomía (sentido de la propia identidad);
- sentido de propósito y de futuro.

Entre las características del entorno social que facilitan el desarrollo de la capacidad de recuperación figuran las siguientes:

- afecto y apoyo;
- grandes expectativas;
- oportunidades para una participación valiosa.

El desarrollo de la capacidad de recuperación está ligado a la prevención. Si sabemos qué es lo que hace que un individuo o grupo esté expuesto a un determinado resultado negativo, y qué es lo que le protege, podremos potenciar la capacidad de recuperación y minimizar el riesgo. La programación que se centra en ayudar a los adolescentes a satisfacer sus necesidades personales básicas y a dominar competencias cruciales para la vida fortalece su desarrollo total y su capacidad de recuperación y, a la larga, contribuye a crear la motivación y las competencias necesarias para realizar elecciones que potencien la salud. Los adolescentes con autoestima, que han dominado competencias esenciales, están mejor preparados que otros para aprovechar las oportunidades educacionales, profesionales y sociales o para sobrellevar su ausencia.

Muchos jóvenes pueden, por supuesto, desarrollar su capacidad de recuperación gracias a sus propias experiencias vitales, situaciones y relaciones. Un análisis sugiere (33) que son varios los factores que

intervienen en el desarrollo de la capacidad de recuperación de los adolescentes, y que algunos contribuyen a los resultados positivos en niños expuestos a la adversidad psicosocial. Esos factores se agrupan en tres sectores amplios:

- autonomía, autoestima y una orientación social positiva;
- cohesión familiar, afecto y armonía;
- sistemas externos de apoyo que alientan y potencian los esfuerzos del niño para hacer frente a la adversidad.

El reto es intensificar los esfuerzos de programación que fomenten la capacidad de recuperación entre los adolescentes.

Los jóvenes buscan maneras de satisfacer necesidades y de adquirir y utilizar competencias tanto si son socialmente aceptables como si no. Dada la relación entre desarrollo individual y prevención de problemas de salud, se necesita la programación para contribuir a que los principales participantes identificados (familia, centro docente y comunidad) ayuden a los adolescentes, de manera especial a los que carecen de atención, apoyo y oportunidades.

En un análisis (34), realizado en los Estados Unidos, de más de 100 programas sobre delincuencia, prevención del embarazo, uso de drogas y abandono escolar, se detectaron seis temas comunes que eran vitales para obtener resultados satisfactorios, a saber:

- adquisición de competencias (sociales, de comunicación, para la toma de decisiones);
- participación (debates dirigidos por jóvenes, enfoques basados en la camaradería);
- pertenencia (a un grupo y mediante compromiso con centro docente, comunidad, organización);
- normas y expectativas (formulación de nuevas normas de comportamiento que son aprobadas por el grupo);
- relaciones adultos-jóvenes (fortalecimiento de las relaciones entre adultos y jóvenes por medio de nuevas estructuras y de la formación de adultos);
- información precisa y servicios (proporcionar información y servicios para problemas específicos, así como acceso a los servicios).

Un examen de programas para la prevención del embarazo de las adolescentes (35) aportó nuevas pruebas de que el desarrollo es el fundamento de la prevención de los problemas de salud, ya que puso de manifiesto que los programas centrados en el desarrollo de los jóvenes podían reducir de manera notable las tasas de embarazo adolescente y parecían tener más éxito que los enfoques con un único centro de interés.

El reto está claro — los programadores han de ir más allá de la información y de la prestación de servicios y centrarse en proporcionar oportunidades y apoyo personal valiosos. A diferencia de los servicios, donde se participa únicamente como destinatario, el apoyo es más interactivo y los jóvenes pasan a ser asociados. Eso es todavía más cierto en el caso de las oportunidades, ya que las personas se convierten en actores clave.

3.3 Los problemas tienen raíces comunes y están interrelacionados

Gracias a la investigación se han vinculado causas subyacentes a todo un abanico de problemas comportamentales y de salud, afirmación que tiene consecuencias importantes para la programación.

La programación que se proponga tratar las causas subyacentes influirá positivamente en distintos aspectos de la salud de los adolescentes. Debido a la correlación entre desarrollo personal y estado de salud analizada con anterioridad en las secciones 2 y 3.2, esa programación debe centrarse en el desarrollo sano, mediante el diseño y la utilización de intervenciones que ayuden a los jóvenes a satisfacer sus necesidades personales básicas y a adquirir competencias, y ofrezca, por añadidura, una programación más específica (sobre información, orientación o prestación de servicios de salud, por ejemplo) que, en la medida de lo necesario, se ocupe aún más de problemas concretos comportamentales y de salud.

Un ejemplo claro de esto sería una programación dirigida a potenciar la autoestima y al dominio de las técnicas de reafirmación personal, de manera conjunta con una campaña de información sobre el VIH/SIDA, que ofreciera al mismo tiempo la oportunidad de practicar las técnicas de reafirmación personal mediante la escenificación de situaciones. La misma autoestima básica y las técnicas de reafirmación personal ayudan también a hacer frente al deseo de utilizar drogas, o mejoran la capacidad de resistir a las presiones para utilizarlas. De manera paralela, los programas de educación sanitaria sobre el uso de sustancias pueden recurrir a otras intervenciones para tratar un riesgo particular en una situación determinada. De esa manera, la programación para potenciar programas y las intervenciones más específicas pueden complementarse y reforzarse mutuamente.

La teoría del comportamiento origen de problemas identifica varios determinantes comunes de distintos comportamientos subyacentes a problemas de salud que, de manera general, preocupan al público. Las intervenciones, por consiguiente, se deben dirigir a los determinantes comunes del conjunto de comportamientos origen de

problemas más que a los comportamientos en su manifestación por separado. Las intervenciones que se centran sólo en el comportamiento, como en el caso del uso de drogas o de la actividad sexual, son menos eficaces porque no encaran los antecedentes o determinantes del comportamiento (34).

El reconocimiento de que la atención concreta a un problema ayuda también a reducir los problemas en otros sectores es un concepto que se puede utilizar para orientar la programación. Entre los ejemplos posibles se hallan algunas correlaciones bien conocidas: las relaciones sexuales sin protección aumentan el riesgo tanto de embarazos no deseados como de ITS (incluido el VIH/SIDA); el uso intravenoso de drogas también puede propagar el VIH; el abuso del alcohol y otras drogas puede desembocar en un mayor número de accidentes y casos de violencia, homicidios incluidos.

La idea de que ciertos problemas tienen causas comunes ha sido validada por los hallazgos realizados gracias a un estudio reciente en Ciudad del Cabo, Sudáfrica, que puso de manifiesto cómo distintos tipos de comportamiento de riesgo, en los que intervienen la sexualidad, el tabaco, el alcohol, el uso de drogas y el suicidio están estrechamente relacionados (36). En los tribunales de menores, el trabajo con delincuentes habituales ha permitido identificar una «constelación» de factores personales y sociales que parecen contribuir al comportamiento delictivo. Entre esos factores figuran la ruptura de las relaciones familiares, la frecuencia de malos tratos y desatención, las dificultades para el aprendizaje y el fracaso escolar, el escaso desarrollo de competencias, el deterioro de la autoestima, y el abuso del alcohol y de otras drogas (37).

3.4 La adolescencia es una época de oportunidad y de riesgo

La adolescencia no es tan sólo la ampliación de la infancia. Cuando el niño se hace adolescente, se producen importantes cambios físicos y psicológicos. La pubertad modifica de manera especial el sistema reproductor, el sistema de respuesta sexual y la manera en que los jóvenes se perciben a sí mismos y a los demás. El cuerpo crece, aumenta su resistencia y se producen en él cambios que agudizan las diferencias entre los sexos; la capacidad para el pensamiento abstracto y la empatía pasan a primer término; y surgen nuevas relaciones sociales entre los jóvenes, así como entre jóvenes y adultos dentro y fuera de la familia. Esas nuevas posibilidades de desarrollo dan origen a un nuevo comportamiento, que varía no sólo en razón del sexo y el nivel de madurez física, psicológica y social del individuo, sino también del entorno social, cultural, político, físico y económico en el que vive el adolescente.

A medida que las influencias exteriores a la familia empiezan a adquirir mayor importancia, las decisiones que adoptan los jóvenes y las relaciones que forman influyen cada vez más en su salud y en su desarrollo físico y psicosocial. Lo que hagan en esa época les afectará durante toda la vida, y tendrá consecuencias para sus vástagos. La adolescencia es una época para la experimentación natural, el pensamiento abstracto al contemplar el futuro, la empatía y el idealismo. También es un periodo de mayor timidez (y a veces de disminución de la autoestima); una época de autocrítica y de dudar de los demás. Un periodo de intensos sentimientos e impulsos sexuales, combinados con el comienzo de la capacidad reproductiva. Una época en la que se necesitan nuevas competencias y conocimientos para mantener una relación positiva con otras personas e iniciar la vida en el lugar de trabajo. Un periodo para disfrutar de la vida, antes de que empiecen las responsabilidades de la edad adulta, aunque de maneras que no sean una amenaza para la salud y el bienestar.

El reconocimiento de la adolescencia como una etapa formativa esencial de la vida tiene consecuencias importantes para el contenido y los criterios de la programación. A los jóvenes hay que tratarlos como personas por derecho propio, y sus necesidades individuales se han de considerar caso por caso. Comprender que la adolescencia es una época de destacadas oportunidades y grandes riesgos subraya la urgencia de tratar directamente temas delicados como el sexo y las drogas, y de enfrentarse sin tapujos con el comportamiento afin. Precisamente porque se trata de una etapa tan crucial, los jóvenes necesitan que se les aliente para que utilicen sus energías y creatividad en elecciones positivas en materia de salud; en parte, una vez más, porque van a encontrarse con riesgos. Para ser eficaces, los enfoques de la programación han de ser atractivos para los jóvenes y deben dirigirse a sus necesidades psicosociales. Los servicios deben prestarlos dispensadores adecuadamente formados. Como substrato de todo ello, sin embargo, ha de existir el reconocimiento de que la adolescencia representa una oportunidad real — en un estadio crucial de desarrollo, en el que se toman decisiones y se fijan pautas de comportamiento — de influir decisivamente en los hábitos de toda una vida.

Lamentablemente, a los jóvenes se los considera con frecuencia irresponsables, lo que lesiona su autoestima, perjudica sus relaciones e impide el acceso a una información verídica, así como a conocimientos, competencias, empleo y servicios. Muchos adolescentes se encuentran con problemas graves de los que nunca se recuperan plenamente. Un número cada vez mayor de jóvenes está convirtiéndose en víctimas de la violencia, o entregándose a la

violencia (en especial los varones) tanto contra sí mismos, intentando el suicidio, como contra otros. Sin embargo, actividades de muchas clases, sobre todo para promover el desarrollo y prevenir problemas de salud, son potencialmente de bajo costo y altos rendimientos; se trata de una excelente inversión cuyas ventajas hay que presentar de manera convincente. Un mejor entendimiento de las necesidades de los adolescentes y de su potencial, junto con los principios de una intervención eficaz, difundidos a todos los niveles de la sociedad en cada cultura, y tomados de cada cultura, puede tener una influencia poderosa a la hora de desarrollar una acción positiva y de aprovechar el enorme potencial que la salud y el desarrollo de los jóvenes representa tanto para ellos como para el futuro de las sociedades de las que forman parte.

3.5 El entorno social influye sobre la salud de los adolescentes

Aunque, como ya hemos dicho, existen importantes factores ambientales sobre los que los programadores en materia de salud y otras personas que trabajan con los jóvenes tienen muy poca o ninguna influencia, ello no significa que no haya otros aspectos del entorno en el que crecen los jóvenes que no puedan mejorarse de manera radical o aprovecharse para potenciar su salud y su desarrollo. El «entorno social», particularmente, ofrece excelentes oportunidades para mejorar la salud y el bienestar de los jóvenes.

Los sectores clave del entorno social de los jóvenes que los programadores han de tener en cuenta pueden resumirse de la manera siguiente:

- políticas o su ausencia;
- actitudes y normas sociales (sin olvidar creencias religiosas y culturales);
- relaciones con la familia, los amigos y otros adultos.

Un extenso estudio sobre adolescentes estadounidenses (38) proporciona una ilustración de los tipos de cuestiones que es necesario tener en cuenta en lo referente a la familia y a otras relaciones. Según ese estudio, es mucho menos probable que los adolescentes con fuerte apego emocional a sus padres y maestros usen drogas y alcohol, traten de suicidarse, participen en actos de violencia o inicien precozmente la actividad sexual. El estudio concluye que el cariño, la comprensión y la atención de los padres ayudan a los adolescentes a evitar actividades de riesgo elevado, tanto en hogares con los dos progenitores como con uno solo. Esos factores son más importantes que la cantidad de tiempo que los padres pasan con sus hijos. En los centros de enseñanza se descubrió que las relaciones positivas con los profesores

tenían más importancia, a la hora de proteger a los adolescentes, que cualquier otro factor, incluido el número de alumnos o el nivel de formación del enseñante.

Esas conclusiones confirman lo que han mostrado otros estudios: las relaciones familiares son cruciales a la hora de apoyar el desarrollo de los adolescentes. Tal como el estudio ha señalado: «Muchas personas piensan que la adolescencia es un periodo donde la influencia de los iguales es tan intensa que los padres dejan de tener importancia y se hallan en una situación de impotencia. No es cierto que los padres carezcan de importancia. Los padres son tan importantes para los adolescentes como para los niños de corta edad».

En su examen de los centros docentes, el estudio revisó tasas de asistencia, participación de los padres, tasas de abandono, formación del profesorado, si los centros eran públicos o privados y si los adolescentes tenían buenas relaciones con sus profesores y si veían a otros estudiantes como predispuestos en contra. Pero sólo uno de esos factores (si los estudiantes tenían buenas relaciones con sus profesores) influía a la hora de ayudar a los adolescentes a evitar comportamientos perjudiciales para la salud, confirmando con ello la importancia primordial de la interacción humana. Por consiguiente, el desarrollo y la salud de un adolescente depende no sólo de cada persona individual, sino también del entorno social que informa el proceso de toma de decisiones. El objetivo de conjunto de los programas para adolescentes debe ser producir jóvenes bien informados, competentes y con motivación para hacer elecciones sanas, en un entorno que aliente y facilite esas elecciones y proporcione servicios clave, oportunidades y apoyo interpersonal.

3.6 No todos los jóvenes son igualmente vulnerables

Si bien determinados rasgos y necesidades de desarrollo son característicos de todos los adolescentes, algunos grupos, dentro de la población adolescente, tienen necesidades y/o vulnerabilidad específicas. Con el fin de proporcionarles oportunidades y servicios equitativos, es necesario hacer esfuerzos concretos para ponerse en contacto con los muy vulnerables y desfavorecidos y asegurar de ese modo que se entiendan sus problemas y se satisfagan sus necesidades. Las diferencias entre grupos de población adolescente pueden deberse a factores ambientales y/o rasgos individuales.

Los factores ambientales que hacen vulnerables a los adolescentes y los colocan en una situación especialmente desfavorable son atribuibles en parte a procesos de desarrollo fracasados o injustos, o a procesos perturbados por la guerra o a pandemias importantes (como

la de VIH/SIDA). Entre las causas subyacentes figuran el impacto social de las crisis económicas y la desestabilización de las estructuras sociales.

Con el fin de valorar y llevar a cabo el ulterior diseño de las intervenciones apropiadas, puede ser necesario categorizar las circunstancias en que viven algunos adolescentes, incluso aunque esto pueda desembocar en una calificación muy negativa de algunos jóvenes. Entre esas circunstancias figuran:

- pérdida temporal o permanente de la familia y/o de los principales encargados de su cuidado;
- abuso o explotación sexual;
- discapacidad;
- guerra y otras emergencias;
- adicción;
- pobreza extrema, sobre todo si eso lleva a trabajar en situaciones de peligro.

En términos de operación, la programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes se centra en las necesidades de todos los jóvenes, mediante el mantenimiento y fortalecimiento del desarrollo y potenciando la prevención. Cabe, sin embargo, que sean necesarios esfuerzos especiales para entrar en contacto con adolescentes vulnerables.

Se necesitan, en consecuencia, estrategias preventivas concretas para proteger a algunos adolescentes de una mayor marginación, como ponen de manifiesto las 35000 escuelas dirigidas por el programa BRAC en Bangladesh para proporcionar educación básica a niños muy pobres que, en caso contrario, podrían quedar excluidos por completo del sistema escolar, de manera especial las adolescentes. Para los adolescentes que ya se encuentran en circunstancias muy difíciles, como en caso de guerra, se necesitan estrategias compensatorias para ayudarles a superar el daño sufrido. Sin embargo, en el caso de adolescentes que hayan padecido otros traumas, como abuso sexual y adicción, es necesaria la rehabilitación, que debe incluir la apropiada atención institucional y alternativa (familias de acogida para niños que se hayan quedado huérfanos a causa de la guerra y el SIDA, rehabilitación de base comunitaria para adolescentes con discapacidades). Esos adolescentes, como sus pares menos vulnerables, siguen necesitando apoyo para sus necesidades básicas de salud y desarrollo.

Sin embargo, tal como establece una recomendación basada en la experiencia con niños soldados desmovilizados en Mozambique:

«Las necesidades especiales de grupos potencialmente vulnerables, entre los que figuran los jóvenes, las mujeres y los discapacitados, deben considerarse con cuidado. El objetivo subyacente de programas así dirigidos debe ser, siempre que resulte posible, incluir a esos grupos en actividades mayoritarias» (39).

Por otra parte, para aplicar programas dirigidos a las necesidades de todos los jóvenes hace falta entender mejor el abanico completo de las necesidades de los adolescentes y de las situaciones en su país o zona local, tema que se trata más por extenso en la sección 8. Los tipos de intervención, contextos particulares y criterios que hayan de utilizarse son distintos según los diferentes tipos de población adolescente.

3.7 Las consideraciones de género son fundamentales

Las notables diferencias entre los sexos que van de la mano con la adolescencia tienen consecuencias profundas para la salud y el desarrollo. En los países en desarrollo, las jóvenes tienen, en general, menos oportunidades que los muchachos. En algunas sociedades, el matrimonio temprano de las adolescentes dificulta a menudo su educación y reduce sus oportunidades económicas. Los adolescentes se desarrollan con diferente rapidez según el sexo y, en general, el trato que se dan entre ellos es diferente, como lo es también el que les dan los adultos; su comportamiento también es distinto y tienen relaciones diferentes, tanto si esas relaciones están determinadas por razones culturales como de otro tipo, al tiempo que es desigual su vulnerabilidad a los problemas de salud, debido a factores tanto biológicos como psicosociales. Las diferencias entre los sexos, sin embargo, están con frecuencia estereotipadas, y las presiones para ajustarse a las normas establecidas pueden ser demoledoras para los jóvenes de ambos sexos que son atípicos o creen serlo.

«He visto que en mi sociedad la discriminación comienza ya en el momento de nacer. He observado, por ejemplo, que en el campo, y en algunos hogares de la ciudad, si nace un varón, el júbilo es general, mientras que si se trata de una niña, la melancolía se apodera de la casa. Y lo extraño es que esa tristeza no la experimenta sólo el marido, sino también la esposa, que se siente avergonzada ante el mundo» (40).

El género es la elaboración social de las diferencias biológicas sexuales. El género define las experiencias, cometidos y responsabilidades de mujeres y varones como individuos, y determina la manera en que se relacionan. Como la clase, la raza y el origen étnico, el género tiene que ver con la estratificación social y, en consecuencia,

debe aparecer en el diseño y aplicación de programas que traten de satisfacer las necesidades de todos los miembros de una determinada población. Y al igual que la clase, la raza y el origen étnico, el género puede condicionar en gran medida el acceso de un individuo a recursos económicos y servicios sociales esenciales.

Puesto que los programas para la salud de los adolescentes tratan de llegar tanto a las muchachas como a los muchachos, han de reconocer y encarar las diferencias de género con el fin de ser eficaces. Si bien las diferencias concretas pueden variar de una sociedad a otra, en su conjunto son universales y quedan reflejadas en la división del trabajo en la mayoría de las sociedades y, más concretamente, en la división entre actividades productivas y reproductivas. Las actividades productivas generan ingresos, mientras que de ordinario las reproductivas son trabajo no retribuido, que consiste en el cuidado de la prole, la preparación de los alimentos, la atención sanitaria, la recogida de combustible y el acarreo de agua. En la mayoría de las sociedades, las mujeres cargan en general con la responsabilidad de las actividades reproductivas y realizan también tareas productivas, mientras que los varones se dedican sobre todo a actividades productivas. Más importante que la división del trabajo es el mayor valor que las sociedades conceden al trabajo remunerado en comparación con el que no lo está, lo que desnivela el equilibrio de poder entre varones y mujeres, con el resultado de que los varones acceden con mayor facilidad a recursos productivos vitales y consiguen una categoría social más elevada.

Las desigualdades y diferencias en materia de género que caracterizan la vida social y económica se reflejan en la socialización de los adolescentes e influyen en su salud y desarrollo. Las diferencias en los cometidos domésticos adscritos a muchachas y muchachos influyen en su habilidad para comunicarse, tomar decisiones y procurarse información y servicios a lo largo de la vida (41). A los muchachos, por ejemplo, quizá los consulten sus padres cuando se toman importantes decisiones familiares, mientras que eso mismo puede no ser cierto para las muchachas. Tales discrepancias se pueden traducir, para los varones, en mayor independencia, movilidad, ocio y tiempo que pasan fuera del hogar, y, para las muchachas, en inseguridad.

En materia de salud reproductiva, por ejemplo, las diferencias en socialización y el desequilibrio de poder entre los sexos aumenta la vulnerabilidad de las jóvenes. Los datos del Programa de Investigación sobre la Mujer y el SIDA, del Centro Internacional para Investigaciones sobre la Mujer (ICRW), que apoyó estudios sobre sexualidad y susceptibilidad al VIH en 13 países de todo el mundo,

puso de manifiesto que la falta de independencia económica limita la capacidad de las jóvenes para cortar relaciones que consideran de riesgo y las predispone a mantener relaciones sexuales a cambio de un beneficio económico (42). Las conclusiones también mostraron que las normas socioculturales que fomentan la virginidad en las muchachas están ligadas a la ignorancia de éstas sobre su cuerpo y dificultan que adopten prácticas sexuales menos peligrosas y que utilicen servicios de salud reproductiva ante el temor a quedar estigmatizadas como sexualmente activas. Las conclusiones del programa también mostraron que en muchas sociedades las normas socioculturales aumentan el riesgo de infección de los varones al disculpar e incluso alentar la actividad sexual precoz en el caso de los jóvenes y las parejas sexuales múltiples en el caso de los adultos.

La consecuencia más extrema, y por desgracia habitual, del desequilibrio de poder entre los sexos es la experiencia de las mujeres en materia de coacción y violencia sexual. Los datos muestran que para muchas adolescentes la primera experiencia sexual es producto de la coacción y que los abusos y la violencia física son una parte importante de la vida sexual de las jóvenes. Una encuesta epidemiológica sobre agresiones sexuales a adolescentes (43) puso de manifiesto que, en muchos países, es muy superior la proporción de adolescentes del sexo femenino que sufren agresiones (cuadro 3).

Mientras, en general, las muchachas asocian la violencia con sus experiencias sexuales, los jóvenes, a quienes a menudo se les inculca que sean agresivos, independientes y que tengan más poder que nadie, asocian la violencia con la delincuencia y las peleas callejeras. En América Latina, América del Norte y el Caribe, las tasas de mortalidad de varones jóvenes son de dos a siete veces superiores a las de muchachas. Las principales causas de mortalidad para los

Cuadro 3
Estadísticas sobre delitos sexuales (43)

País	Víctimas de 15 años o menos (%)	Víctimas de 10 años o menos (%)
Chile (Santiago)	58	32
Estados Unidos	62	29
Malasia	58	18
México (Ciudad de)	36	23
Panamá (Ciudad de)	40	n.d.
Papua Nueva Guinea	47	13
Perú (Lima)	n.d.	18

n.d.: no disponible

varones jóvenes son accidentes de tráfico y homicidios, ambas vinculadas con actitudes que dependen de la socialización en razón del sexo (44).

Las diferencias de género también influyen en el estado nutricional de los adolescentes. En países como los de Asia meridional, donde la preferencia por los vástagos varones es la norma, las pruebas disponibles indican que la ingesta dietaria de las muchachas es distinta en cantidad y en calidad: en general las muchachas comen menos y en último lugar. La situación, sin embargo, puede ser más compleja de lo que parece a primera vista. Las investigaciones recientes sobre el estado nutricional de los adolescentes han señalado diferencias de género en los indicadores biológicos y sociales del estado nutricional. Los muchachos parecían sufrir carencias nutricionales con más frecuencia que las jóvenes y en algunos casos mostraban niveles más elevados de retraso del crecimiento. Las muchachas, sin embargo, alcanzan niveles inferiores de educación, que es un determinante clave del estado nutricional (45).

Cada vez se presta mayor atención a las necesidades de los muchachos y al papel que las actitudes sociales que se les inculcan desempeñan en su comportamiento en materia de salud. Algunos investigadores han asociado su incapacidad para satisfacer las expectativas sociales y familiares en su papel de «hombres de verdad» con la tendencia a correr riesgos y al comportamiento violento, y han sugerido que los jóvenes de clase humilde quizá recurran a la violencia o al uso de las drogas como manera de ganar prestigio y mejorar su autoestima (46).

Los programas han de ser sensibles a las diferencias de trato en razón del sexo, a fin de asegurar que se tienen presentes las necesidades tanto de las muchachas como de los jóvenes. Debido a la correlación entre asistencia a la escuela, estado de salud y fecundidad, los esfuerzos deben encaminarse a promover la igualdad entre los sexos con vistas a dar mayor poder efectivo a las muchachas. Por otra parte, se debe capacitar a los muchachos para que rechacen las actitudes machistas (y abracen la educación) al mismo tiempo que se prepara a progenitores y a comunidades para dar a sus hijos una educación equilibrada.

4. Intervenciones destacadas

Los jóvenes necesitan lugares y entornos que les ofrezcan formación, orientación, reglas, estructuras, expectativas claras (y elevadas), límites coherentes. Necesitan oportunidades para explorar, sobresalir,

aportar, obtener ingresos, dirigir y participar. Necesitan instrucción de calidad, atención y servicios básicos que les permitan desarrollar competencias sólidas. Más importante aún, necesitan personas con grandes expectativas que están comprometidas con su bienestar (4).

4.1 Antecedentes

En esta sección se examinan, con el fin de determinar su eficacia, intervenciones concretas que se utilizan en la actualidad para promover el desarrollo de los adolescentes y para prevenir problemas. Desgraciadamente, se han publicado pocas conclusiones de investigaciones sobre países en desarrollo, y pocos estudios que midan de manera adecuada la eficacia. Por consiguiente, las conclusiones se han de valorar con precaución. Es evidente la necesidad de investigación bien diseñada para identificar enfoques que hayan dado resultado y para resolver algunas paradojas. El hecho de que la investigación con esas características esté pendiente en todos los países (de manera especial en el mundo en desarrollo), no debe retrasar ninguna acción que se necesite con urgencia. Definir intervenciones que puedan satisfacer de manera eficaz las necesidades de los jóvenes será más fácil si estos últimos participan en todo el proceso de diseñar, ejecutar y evaluar tales intervenciones, y si se utilizan enfoques interactivos que les ayuden a consolidar lo que han conseguido con esa participación. Las intervenciones desempeñan una doble función al promover el desarrollo sano y reducir el comportamiento de alto riesgo. Diseñar programas que incluyan una combinación de intervenciones ajustadas a las necesidades particulares de los jóvenes a quienes se atiende puede potenciar ese doble beneficio.

Aunque los adolescentes son el grupo principal que ha de participar en las intervenciones para la promoción del desarrollo sano, la prevención de los problemas de salud y la prestación de atención, se trata de un grupo muy variado, y es necesario comprender esa diversidad y tenerla en cuenta. Los adultos que interactúan con adolescentes (como, por ejemplo, padres y otros miembros de la familia, enseñantes, dirigentes juveniles y religiosos) son un importante grupo secundario que los planificadores de la intervención han de considerar. Las intervenciones pueden contar con la participación de adultos además de adolescentes, o centrarse tan sólo en potenciar la habilidad de los adultos para interactuar con los adolescentes y ayudarlos. Otro grupo del círculo más amplio de personas que influyen y tiene efectos sobre la salud de los adolescentes son los legisladores, los dirigentes políticos, los artistas populares y las estrellas del deporte, los ejecutivos de los medios de comunicación y

de la industria, y otras figuras comunitarias y nacionales poderosas e influyentes.

Es necesario valorar la situación concreta de cada grupo de la población adolescente para asegurar que las intervenciones tienen por objeto preocupaciones y necesidades pertinentes. El tipo de intervención, las actividades y los enfoques utilizados pueden variar según el sexo, la edad, el estado de salud, la situación marital, así como la familiar y social. Una cuidadosa consideración de las necesidades de grupos particulares de la población adolescente es esencial para la planificación de las intervenciones. Se recogen a continuación los factores más importantes que segmentan esa población, así como una ilustración del papel de esas divisiones en la selección y el uso de las intervenciones.

Consideraciones de género

En su calidad de rostro social de las diferencias sexuales biológicas, el género ha de tenerse en cuenta al programar para la salud de los adolescentes. Las muchachas tienden a sufrir sobre todo con motivo de comportamientos problemáticos asociados a actividades sexuales sin protección, a la sobrealimentación y la desnutrición y al abuso de sustancias. Las muchachas, con frecuencia, acceden menos a la educación que los jóvenes, lo que les priva de la oportunidad de desarrollar su pleno potencial. Entre los factores que encierran riesgos especiales para las adolescentes figuran la nutrición, la sexualidad, el embarazo y el parto, el aborto, las ITS (incluido el VIH/SIDA), la mutilación genital femenina, el matrimonio precoz, el abuso de sustancias y las enfermedades mentales (47).

El género es además un determinante importante de la utilización de servicios sociales y de salud. El acceso a los servicios puede quedar muy reducido para las jóvenes por factores tales como la movilidad reducida (lo que convierte la distancia en una barrera infranqueable) y las exigencias contrapuestas sobre el uso de su tiempo en razón del trabajo doméstico y del cuidado de hermanos más jóvenes. Para superar estas restricciones sociosexuales, es necesario considerar sus circunstancias particulares. Cabe, por ejemplo, prestar servicios en momentos que sean convenientes para las jóvenes; cabe integrar los servicios para reducir al mínimo el tiempo que las mujeres emplean en distintos servicios; y, siempre que sea posible, deben prestarse servicios comunitarios periféricos para eliminar la barrera que supone la distancia.

También los muchachos tropiezan con obstáculos sociosexuales para hacer uso de los servicios. La insistencia en la función reproductiva de

las mujeres, con exclusión de los varones, se traduce en que, con frecuencia, estos últimos no tienen acceso a los servicios de salud reproductiva. Un examen de las intervenciones para reducir embarazos precoces y no deseados en países anglófonos del Caribe señaló la falta de atención a los varones jóvenes. Las intervenciones los excluían o pasaban por alto su función en el embarazo adolescente (48).

Con el fin de tratar mejor las necesidades de salud de los adolescentes, los programas deben reconocer las diferencias sociosexuales destacadas más arriba, identificar las intervenciones y enfoques adecuados para entrar en contacto con muchachos y muchachas, y satisfacer sus necesidades específicas relativas a la salud y al desarrollo. El acopio de información sobre cometidos sociosexuales es parte esencial del análisis de situación para la programación. Quienes prestan servicios deben valorar los obstáculos sociosexuales con que tropiezan sus clientes y el contexto social y económico que explica las diferencias en los cometidos, responsabilidades y experiencias de los adolescentes de uno y otro sexo.

Consideraciones de edad

Las pruebas documentadas sugieren que una programación temprana en el caso de los adolescentes puede ayudar a prevenir los ciclos de comportamiento autodestructivo y antisocial que se repiten durante toda la vida, y mitigar el daño causado por entornos perjudiciales.

Diferentes estudios han confirmado que los factores relacionados con el comportamiento antisocial al final de la adolescencia y en la edad adulta aparecen ya en la infancia y primera adolescencia — ausencia de un adulto competente o afectuoso, tempranas dificultades educativas y dificultades para el aprendizaje no tratadas, entre otros — y están directamente relacionados con la actividad sexual sin protección, la delincuencia, el abuso de drogas y otros comportamientos antisociales y autodestructivos. Por añadidura, las pruebas procedentes de muchos países en desarrollo sugieren que hay adolescentes que abandonan la escuela a una edad tan temprana como los 10 años. Por consiguiente, tanto las tendencias demográficas empíricas, como la investigación de la psicología relativa al desarrollo, sugieren que la inversión en la prevención de problemas para adolescentes vulnerables debe comenzar a una edad temprana (49).

También es importante adaptar las intervenciones a la edad y al estadio de desarrollo. Entre las cuestiones relacionadas con la edad que se han de tener en cuenta figuran el tipo y grado de información relativa a la salud que se ha de proporcionar en cada edad. Para los

adolescentes más jóvenes, por ejemplo, es beneficiosa la información básica sobre los cambios que han de esperar en la pubertad, antes de pasar a la anticoncepción, el embarazo y la prevención de las enfermedades. También es importante tener en cuenta qué tipo de información se necesita en cada edad acerca de los servicios de salud disponibles (como pruebas de ITS y orientación sobre esas enfermedades) y la importancia de tales servicios para determinados problemas sanitarios. Por lo que se refiere a la nutrición, el uso de drogas y la educación sexual, es igualmente útil determinar el contenido de la información y el momento más oportuno tomando como base el interés de los adolescentes por esas cuestiones en los diferentes estadios de desarrollo, estadios que no siempre concuerdan con la edad cronológica. Se tienen pruebas (50) de que presentar la información básica sobre sexualidad, emociones y nuevas sensaciones físicas que se experimentan en la pubertad es muy beneficioso en la primera adolescencia, antes de que muchos adolescentes lleguen a ser sexualmente activos.

Es importante alentar el desarrollo del comportamiento deseado en etapas cruciales de la adolescencia, antes de que el no deseado se convierta en hábito. Si bien es práctico empezar con los comportamientos ya establecidos, los adolescentes ofrecen una excelente oportunidad de intervenir en las etapas en que se están definiendo pautas de comportamiento para toda la vida.

Otra cuestión importante relacionada con la edad es comprobar que los adolescentes de ambos sexos se sienten a gusto en los debates. Para ello quizá se requiera un entorno cómodo, relajado, y un dirigente adiestrado por compañeros iniciados, de más edad, que dirija los debates, sea modelo de conducta y se gane la confianza de los adolescentes (51). Muchos estudios han llegado a la conclusión de que recurrir a adolescentes de más edad para que trabajen con los más jóvenes potencia la intervención. Quizá sea necesario, sobre todo en relación con la primera adolescencia, separar a los chicos de las chicas para hablar de sexualidad. Cabe dirigirse por separado o conjuntamente a los dos grupos según lo indique la cultura local y valorando la opinión de los padres en la materia.

Aunque, en general, los enfoques deben adaptarse a las diferentes culturas, algunos de ellos son universales. En la primera adolescencia los jóvenes responden bien a los métodos activos, con participación de juegos, de las artes y de un debate mínimo. Con el desarrollo cognitivo llega el aprecio por las conversaciones y los debates en pequeños grupos. La opinión de los adolescentes sobre contenido y método es una aportación importante al desarrollo y adaptación de las intervenciones.

El papel de los padres en la planificación de las intervenciones está relacionado con la edad, y es esencial optimizar su aportación a los diferentes estadios del desarrollo de los adolescentes. Se necesita valorar las expectativas culturales acerca del papel de los padres en las actividades de sus hijos adolescentes y, en el caso de algunas de ellas, el permiso de los padres puede ser un requisito legal hasta cierta edad.

Discapacidad de los adolescentes

Debido a que uno de cada 10 niños está discapacitado o padece una enfermedad crónica, los adolescentes discapacitados representan un grupo cuyas necesidades particulares también se deben considerar al planificar estrategias de intervención. Pese a la multiplicidad de discapacidades y enfermedades crónicas, las intervenciones que responden a las necesidades obvias de los adolescentes son necesarias y también posibles. Las intervenciones deben ser funcionales y no restrictivas. En los Estados Unidos, por ejemplo, la elegibilidad para ciertos servicios está basada en limitaciones funcionales, no en categorías de enfermedades (52).

La adolescencia es una época en la que deben completarse diferentes tareas de desarrollo. La consolidación de la identidad, la menor dependencia de los padres, el inicio de relaciones de intimidad fuera de la familia inmediata y la elección de una profesión son tareas destacadas de la adolescencia (53) y que, en el caso de jóvenes que son enfermos crónicos o discapacitados por privaciones sufridas con anterioridad (53–56), pueden requerir más tiempo para completarse. Los programas para adolescentes pueden potenciar el proceso de desarrollo de muchas maneras. Entre los factores que influyen en el crecimiento y desarrollo de jóvenes con discapacidades o enfermedades crónicas figuran (52):

- apoyo familiar que no sea protector en exceso;
- una red de amigos con y sin discapacidades;
- disponer al menos de un amigo de la misma edad y de un adulto con quien hablar;
- responsabilidades domésticas y/o comunitarias;
- haber concluido con éxito una tarea;
- el convencimiento de que, pese a las limitaciones físicas, pueden alcanzar sus objetivos.

Por lo que se refiere a la educación sobre sexualidad para adolescentes física y mentalmente discapacitados, la información debe ser adecuada y tener en cuenta las limitaciones físicas. También es necesario explicar cómo el propio medio ayuda a determinar cuál es

el comportamiento adecuado, en especial para aquéllos con limitaciones intelectuales, y que la expresión de la sexualidad puede ir más allá de las relaciones sexuales con penetración. También se debe hacer hincapié en la adquisición de competencias sociales en el trato con el sexo propio y el opuesto (57).

Falta de hogar

En 1990, la OMS estimó que 30 millones de niños vivían o trabajaban en la calle (58). Según un informe (59) del Programa de la OMS sobre Abuso de Sustancias, se puede definir a esos jóvenes por una o más de las siguientes experiencias:

- vivir en la calle y preocuparse sobre todo de la supervivencia y la vivienda;
- estar separado de la familia y vivir en refugios provisionales o cambiar de la casa de un amigo a la de otro;
- permanecer en contacto con la familia, pero pasar la mayoría de los días o algunas noches en la calle, en razón de la pobreza, el hacinamiento, los abusos sexuales o el maltrato corporal en el seno de la familia;
- vivir en una institución o depender de la atención institucional, pero expuestos a volver a la anterior existencia callejera.

La continua exposición a la calle o a la vida en la calle hace que los adolescentes tropiecen con más dificultades de las que experimentan en general otros jóvenes. Esos adolescentes deben hacer frente a las condiciones físicas de la vida en la calle (falta de alimentos, vivienda y saneamiento) y a los factores responsables de vivir sin hogar, como la pobreza, la desintegración de la familia, los malos tratos o los conflictos armados. Sobrevivir a la existencia en la calle y hacer frente al estrés puede llevar al uso y al tráfico de drogas, a las relaciones sexuales por dinero, al comportamiento delictivo, a la violencia y a la explotación por parte de los adultos.

Una consideración adicional al intervenir en ayuda de esos jóvenes es su falta de acceso a servicios y recursos y la desconfianza que les inspiran. Los adolescentes que viven y trabajan en la calle no son un objetivo de especial prioridad en muchos países y con frecuencia se los explota y se los considera delincuentes en lugar de jóvenes necesitados de asistencia. Pueden pensar que los servicios no son más que una estratagema de la policía o de los organismos asistenciales para capturarlos. Tales creencias fomentan una desconfianza general hacia los servicios entre los jóvenes sin techo. Esa desconfianza hacia recursos potenciales se ve agravada por su inaccesibilidad. Puede suceder que a los adolescentes menores de edad se les niegue aten-

ción primaria de salud en ausencia de un progenitor o de un tutor que proporcione la documentación necesaria. Algunas organizaciones no gubernamentales (ONG) hacen frente a ese problema asignando a los jóvenes una persona adulta que los ayude a cumplimentar las formalidades necesarias para obtener servicios.

Situaciones de conflicto

En el último decenio se calcula que han muerto en conflictos armados unos dos millones de niños y jóvenes y que el número de los heridos de gravedad o discapacitados de manera permanente es tres veces superior (60). Esos cálculos por lo bajo no dan idea del enorme número de niños cuya muerte se oculta o no se notifica. Por añadidura, las consecuencias de guerras y conflictos en los niños y los jóvenes son en buena parte incalculables. No existe medio de medir el efecto emocional y psicológico que tiene para un joven vivir durante años con el miedo constante a bombardeos, mutilaciones y muerte. Para el año 2000, entre 117 y 138 millones de jóvenes pueden ser víctimas indirectas de conflictos armados. La zona más afectada será Asia Sudoriental, donde pueden correr ese riesgo 50 millones de niños y jóvenes, seguida de África, donde pueden ser vulnerables entre 20 y 30 millones de jóvenes.

Según cálculos mundiales, la proporción de civiles entre las víctimas de las guerras ha pasado del 5% a más del 90% en los últimos decenios. De la misma manera, un número muy elevado de niños y adolescentes son víctimas de violaciones de los derechos humanos.

Muchos de los conflictos actuales se prolongan durante la infancia, adolescencia y primera madurez de una persona. Guerras y conflictos perturban las redes sociales y relaciones primarias que dan apoyo al desarrollo físico, emocional, moral, cognitivo y social y, por lo tanto, tienen consecuencias físicas y psicológicas de largo alcance. Los efectos de los conflictos armados sobre el desarrollo de los jóvenes son acumulativos y están correlacionados. Frente a los conflictos armados y sus secuelas, el bienestar de los jóvenes se asegura mejor por medio de esfuerzos familiares y de base comunitaria. Esos esfuerzos son especialmente eficaces cuando están basados en las culturas locales y en el entendimiento del desarrollo de los adolescentes. A los jóvenes se los debe considerar supervivientes y participantes activos en la creación de soluciones y no tan sólo víctimas o problemas (61).

Aunque miles de niños y jóvenes mueren todos los años como resultado directo de los combates, son muchos más los que mueren de malnutrición y de enfermedades asociadas con los conflictos armados. La falta de alimentos y de suministro de agua salubre, la destrucción

de cosechas e infraestructura agrícola, la desintegración de familias y comunidades, el desplazamiento de poblaciones, la destrucción de servicios de salud, sistemas de saneamiento y de programas de salud pública suponen un grave perjuicio para los jóvenes. Muchos de los conflictos armados actuales tienen lugar en los países más pobres del mundo donde es más elevada la incidencia de la malnutrición y de la enfermedad, y donde el comienzo de un conflicto armado puede multiplicar por 24 la tasa de mortalidad (61).

Los movimientos de población, la violencia sexual y la quiebra de los valores sociales establecidos aumenta de manera espectacular la propagación de las ITS, incluido el VIH. El reducido acceso a los servicios de salud reproductiva aumenta en particular la vulnerabilidad de los adolescentes. También aumenta la transmisión de esas enfermedades el hecho de que se interrumpan los servicios de salud y se realicen servicios de transfusión sanguínea en instalaciones que no están equipadas para detectar el VIH.

Las minas terrestres y otros explosivos (bombas, obuses y granadas) representan una amenaza tremenda para los niños y los jóvenes: al menos en 68 países están expuestos a más de 110 millones de minas terrestres que pueden mutilar o matar (61). Incluso sin causar traumatismos, la presencia de minas terrestres provoca angustia psicológica y emocional. Si un miembro de una familia queda discapacitado, la economía familiar puede derrumbarse. Los conflictos armados hieren gravemente o mutilan a un número de jóvenes tres veces superior al de aquéllos que pierden la vida (61). La falta de servicios básicos y la destrucción de las instalaciones de salud significa que niños y adolescentes discapacitados reciben muy poco apoyo. En los países en desarrollo sólo el 3% de esas víctimas reciben una atención de rehabilitación adecuada (61).

La destrucción de la infraestructura educacional es uno de los reveses más importantes en materia de desarrollo para los adolescentes y sus comunidades. Años de educación básica y de competencias profesionales perdidas requieren un espacio equivalente de tiempo para ser reemplazados, y esa pérdida reduce aún más la capacidad de la sociedad para recuperarse de las guerras. El conflicto de Mozambique provocó la destrucción, aproximadamente, del 45% de la red de escuelas primarias (61). Durante la crisis en Rwanda, más de dos terceras partes de los enseñantes huyeron o fueron asesinados. La educación reviste especial importancia durante épocas de conflicto armado, ya que proporciona un sentimiento de estabilidad y de vinculación en tiempos de caos. En los centros docentes, los adolescentes tienen la ventaja de mantener un contacto asiduo con compañeros y profesores que les ayudan a desarrollar nuevos conocimientos y

aptitudes para hacer frente a problemas tales como la solución de conflictos, la evitación de minas terrestres y la educación sanitaria. Las actividades educacionales apropiadas para adolescentes han ayudado a reforzar su bienestar psicológico y a eximirlos del servicio militar.

De manera tradicional, cualquier respuesta a las necesidades de refugiados adolescentes se ha centrado, de manera primordial, en sus necesidades materiales más evidentes. Sin embargo, el inevitable sentimiento de pérdida, el sufrimiento y el miedo a los que se enfrentan en esas situaciones, en las que pueden ser testigos de actos de extrema brutalidad, merecen seria consideración. El horror, junto con la perpetuación del conflicto armado, obstaculiza el desarrollo de la identidad del adolescente en una época crucial. El sentimiento de abandono e incluso de traición por parte de los adultos distorsiona su perspectiva y los hace desconfiados. De los 3030 niños encuestados por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en Rwanda en 1995, casi el 80% había perdido alguno de sus familiares más cercanos y, entre esos, más de la tercera parte había presenciado el asesinato de los miembros de su familia (61). La respuesta de los adolescentes a sucesos tan traumáticos está regida por factores personales (edad, sexo, tipo de personalidad, historia personal y familiar y antecedentes socioculturales), así como por la frecuencia y duración de la exposición al acontecimiento traumático.

Selección de intervenciones

Además de las necesidades particulares de las poblaciones adolescentes que se han señalado anteriormente, seleccionar, adaptar y combinar intervenciones para hacer frente a un amplio abanico de problemas requiere varias etapas esenciales, estrechamente relacionadas con la valoración de prioridades (véase la sección 8). En consecuencia, esas actividades pueden verse como una parte intrínseca del ciclo completo de programación, descrito de manera más exhaustiva en las secciones 7-10. En última instancia, toda programación para adolescentes se interesa por la manera en que las intervenciones afectan a cada uno de los adolescentes y a las personas que interactúan con ellos. La programación orientada a este fin puede llevarse a cabo a muchos niveles distintos: individual, de grupo, comunitario y de distrito, y nacional. Entender cómo las distintas intervenciones pueden trabajar unidas para promover la salud, ayuda a dar forma a las actividades de programación necesarias en los diferentes niveles.

La información recogida mediante el proceso de valoración se puede utilizar a cada nivel de programación para entender mejor las necesidades y preocupaciones de los jóvenes y la capacidad de los

sistemas que los sirven de responder a esas necesidades. Si bien se reconocen cuatro niveles de programación, los dos primeros (individual y de grupo) son los más importantes para la selección, adaptación e incorporación de intervenciones en las que los jóvenes participan de manera directa. Los otros dos niveles (distrito o comunidad y nacional) implican valoración a una escala más amplia, para su utilización en una planificación de programas cada vez más amplia, y se contemplan en la sección 8 como parte de la valoración prioritaria.

La valoración individual implica explorar las necesidades y circunstancias de un adolescente concreto para determinar cómo optimizar las intervenciones directas (de manera especial la orientación y la prestación de servicios de salud), y para adaptar y hacer más eficaces tales intervenciones. Por lo que respecta a la valoración individual, hay que tener presentes los siguientes extremos:

- Es vital que las valoraciones se realicen de una manera responsable y delicada, limitando las preguntas a la información pertinente para la toma de decisiones sobre las intervenciones.
- Es importante tratar la valoración como el primer paso en la intervención.
- Es necesario que al joven se le trate con respeto.
- Pueden distribuirse a lo largo de cierto periodo de tiempo.
- Deben realizarlas personas conscientes de las connotaciones éticas. Así por ejemplo, la confidencialidad no siempre es posible, y no se debe engañar a los jóvenes en lo relativo al manejo de la información.
- Es necesario que esas personas tengan presente el contexto de los obstáculos, necesidades y problemas con que se enfrentan los adolescentes. Con frecuencia se necesitan intervenciones centradas en el entorno en el que viven los adolescentes y en sus esfuerzos para sobrevivir. Un joven sin hogar quizá necesite un techo, o alguna otra atención inmediata, más que un debate sobre el tema de la falta de vivienda.

La valoración a nivel de grupo reducido la realiza de ordinario un dirigente juvenil, enseñante, asistente social o agente de salud comunitario con el fin de ayudar a identificar intervenciones que satisfagan las necesidades de un grupo de jóvenes. La atención a esos grupos es con frecuencia parte de un esfuerzo más amplio de programación. Con el fin de ayudar a planear intervenciones a ese nivel, la valoración implica informarse sobre:

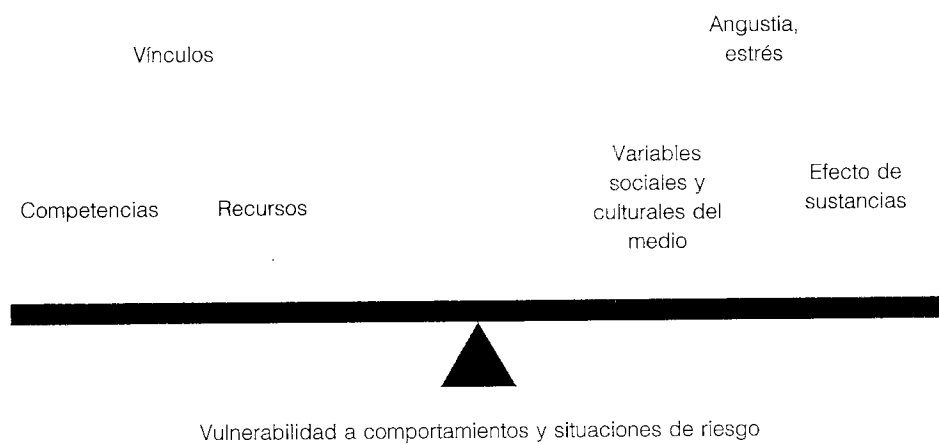
- las necesidades sanitarias básicas del grupo en relación con la situación de conjunto de los miembros del grupo, y cómo los

- factores ambientales, incluidas las oportunidades y el apoyo familiar, afectan a la vida diaria;
- puntos fuertes a los que pueden recurrir los miembros;
 - riesgos urgentes en materia de salud que son pertinentes para los miembros del grupo;
 - composición del grupo y diversidad de necesidades;
 - niveles presentes de información sobre determinados temas sanitarios, grado de dominio de competencias básicas entre miembros del grupo y conocimiento de los recursos disponibles en la comunidad;
 - preocupaciones de los miembros del grupo, temas sobre los que quieren aprender más cosas y competencias que les gustaría desarrollar.

La valoración no se debe considerar como un hecho aislado, sino como parte de una programación con una base de continuidad. Además de ayudar a la selección de las intervenciones iniciales, la valoración se puede utilizar para determinar cómo centrarlas. El Proyecto Niños de la Calle, iniciado por la OMS gracias a su Programa sobre Abuso de Sustancias, recomienda, por ejemplo, que los programas que trabajen con esos niños se propongan llevar a cabo tres series de grupos focales todos los años para estar al tanto de los cambios en las necesidades. Algunos instrumentos utilizados por los planificadores para el análisis de situación se pueden utilizar a ese nivel. Así por ejemplo, la adaptación de la metodología básica del grupo focal se ha utilizado con eficacia en muchos programas como una manera de aquilatar necesidades, intereses y comportamiento o para evaluar información sobre distintos temas de salud. Action for Youth, el proyecto conjunto de la Organización Mundial del Movimiento Scout y de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, presenta el criterio de grupo focal como método para valorar las necesidades de grupo para la programación en África, Asia, Europa y América Latina.

El «modelo modificado de estrés social» (63) es un enfoque que se puede utilizar para entender mejor la vulnerabilidad al comportamiento de riesgo y a situaciones como el uso de sustancias y cuestiones relativas a la salud reproductiva. Tal como se muestra en la figura 3, el modelo tiene seis componentes principales, cada uno de los cuales cuenta con elementos que pueden aumentar la vulnerabilidad (factores de riesgo) o disminuirla (factores de protección). El modelo ayuda a identificar factores que quizá expliquen por qué los adolescentes tienen comportamientos arriesgados y a determinar los elementos que aportan una fuerza protectora. Elaborado en principio para estudiar el uso de sustancias entre los jóvenes, está

Figura 3
Modelo modificado de estrés social



basado en la premisa de que los adolescentes expuestos a muchos factores de riesgo probablemente iniciarán el uso de sustancias, lo intensificarán y perseverarán en él, y sufrirán además problemas relacionados con ese uso. Por el contrario, cuanto mayor sea el número de factores de protección presentes en la vida de los adolescentes, menos probable será que usen sustancias o que éstas los perjudiquen. El modelo también resulta útil para planificar intervenciones con el fin de prevenir o tratar problemas como los relacionados con el uso de sustancias. Una vez que se identifican los riesgos y los factores de protección, puede comenzar el trabajo para reducir los primeros y potenciar los segundos en todos o en algunos de los seis componentes principales identificados en el modelo.

Para alcanzar las metas de conjunto de la programación para la salud de los adolescentes, las intervenciones han de estar centradas en dos vertientes:

- Se necesitan intervenciones que se centren en el individuo; intervenciones como las de suministrar información y desarrollar capacidades, y también orientación, pueden ofrecerse en grupos más o menos grandes o de manera individual, pero cada intervención debe centrarse sobre todo en influir sobre el desarrollo y las elecciones comportamentales de los adolescentes como individuos. También se identifica a los servicios de salud como una intervención esencial relacionada con el individuo, por cuanto el sector de la salud proporciona servicios para vigilar el crecimiento

y el desarrollo, diagnosticar enfermedades y traumatismos, y proporcionar atención, tratamiento y rehabilitación.

- Se requieren del mismo modo intervenciones que encaren determinados factores externos en el entorno social de los adolescentes: a) políticas y legislación existentes o inexistentes, como las leyes sobre tabaquismo y asistencia al centro docente de adolescentes embarazadas; b) normas sociales imperantes en una sociedad, como las actitudes hacia la función de los adolescentes en general, y hacia la actividad sexual de los jóvenes; y c) la presencia de familia, amigos y otros adultos comprensivos y que prestan apoyo. Esos factores y la disponibilidad de oportunidades, como las de acudir a la escuela y la de adquirir competencias para ganarse la vida, juegan un papel importante en la promoción de la salud de los adolescentes.

Las intervenciones presentadas en esta sección se han dividido en cinco grandes categorías. Esas intervenciones han demostrado su eficacia para promover un desarrollo sano, así como para prevenir y responder a problemas de salud. Las intervenciones se seleccionaron tomando como base la investigación, el acuerdo general sobre su necesidad y conveniencia, su variada utilización en múltiples países y la adaptabilidad para usarlos con adolescentes de ambos sexos y de diferentes edades y culturas. En el presente texto, las categorías están definidas de manera muy restringida para distinguir la aportación singular de cada intervención importante, pero en la práctica se superponen con frecuencia. Es de vital importancia señalar que los enfoques que constan de una sola intervención tienen menos probabilidades de influir con eficacia sobre la salud de los adolescentes que una combinación de intervenciones que se adecúe a sus necesidades. La convergencia de factores de riesgo entre contextos apunta a la necesidad de programación con intervención múltiple en una pluralidad de contextos. Las intervenciones más prometedoras se centran en el apoyo a los individuos, en la influencia que tienen las estrechas relaciones interpersonales, y en los contextos en los que se produce desarrollo, puesto que la importancia de los factores de riesgo ambiental comparada con los factores de riesgo individual quizá varíen según la edad y el contexto (64).

4.2 Promoción de un entorno seguro y de apoyo

Un entorno seguro y de apoyo es parte de lo que motiva a los jóvenes a tomar decisiones sanas. «Seguro» en este contexto hace referencia a la ausencia de traumas, estrés excesivo, violencia (o miedo a sufrirla) o maltrato. «De apoyo» significa un entorno que proporciona una relación positiva y estrecha con la familia, con otros adultos (incluidos

profesores y dirigentes religiosos y juveniles) y con los compañeros. Esas relaciones pueden educar y guiar a los jóvenes, marcar límites cuando es necesario y poner en tela de juicio ciertos supuestos y creencias. Las relaciones favorables y de afecto con adultos y amigos, y las experiencias escolares positivas son aspectos de especial importancia para los adolescentes en un entorno de apoyo. Esas relaciones proporcionan apoyo concreto a la hora de hacer elecciones comportamentales individuales, como la de cuándo iniciar la actividad sexual, cómo reaccionar ante la indignación, qué comer y cuándo utilizar sustancias si es que se utilizan.

Cualquier intervención que se centre sólo en el comportamiento individual no tiene en cuenta el contexto que de hecho motiva y apoya el desarrollo sano y las elecciones comportamentales constructivas de los adolescentes. Aunque quizá existen factores ambientales sobre los que tengan escasa influencia quienes programan para la salud de los adolescentes, existen otros en los que la situación es distinta. Diversas intervenciones se ocupan de ayudar a crear un entorno seguro y de apoyo. Varios sectores clave de las intervenciones pueden tener un efecto positivo sobre el entorno en el que viven los adolescentes y, en consecuencia, se ofrecen a la consideración de países concretos o comunidades para la valoración de su pertinencia. Cada sector de intervención debe considerarse en términos de cómo la acción facilita el crecimiento y el desarrollo y alienta a los adolescentes a elegir un comportamiento sano y a recibir atención y tratamiento cuando los necesiten.

Se recogen a continuación cinco aspectos destacados del entorno social que afectan de manera fundamental a los adolescentes:

- relaciones con la familia y otras personas;
- normas sociales y prácticas culturales;
- medios de comunicación y diversiones;
- disponibilidad de oportunidades vitales y productos básicos;
- política y legislación.

Los enfoques genéricos que han resultado útiles para influir en esos aspectos comportan mecanismos para:

- Informar, concienciar, propugnar y movilizar — se utilizan actividades como las sesiones de concienciación comunitaria, las reuniones de grupo y los debates de mesa redonda. También es eficaz la utilización creativa de los medios de comunicación, las diversiones y las artes. Así por ejemplo, televisión, radio, películas, carteles, folletos, periódicos, revistas y teatro y danza proporcionan un enorme potencial de comunicación y de movilización del apoyo

comunitario para determinadas cuestiones relativas a la salud de los adolescentes. Los programadores pueden también solicitar el apoyo de figuras nacionales o locales para que colaboren en la promoción.

- Proporcionar formación — son muy amplias las aplicaciones de la capacitación de adultos y adolescentes.
- Hacer sitio para el desarrollo sano de los adolescentes — conseguir emplazamientos seguros para escuelas y centros de formación profesional, esparcimiento y pasatiempos (incluidos los deportes y las artes); también son muy importantes los refugios para adolescentes en épocas de crisis.
- Vigilar actividades — valorar el progreso, el éxito y los problemas (particularmente en materia de política), y vigilar determinadas actividades sirve para orientar los esfuerzos de promoción y el uso de los medios de comunicación.
- Actuar como mediadores — quienes promueven la programación tienen un cometido que desempeñar a la hora de encontrar una base común entre diferentes intereses y grupos de la sociedad, a menudo edificando a partir de la voluntad común de mejorar la salud de los adolescentes. La mediación puede ser necesaria en cuestiones de política, prácticas culturales frente a cuestiones de salud, contenido de planes de estudios para la educación sanitaria, y actitudes divergentes en cuanto al papel de los jóvenes en todos los sectores de la programación.

Es difícil evaluar la eficacia real, sobre los individuos, de las intervenciones centradas en el entorno social, incluso aunque puedan demostrarse claramente las ventajas a muchos niveles, como la mejora en la asistencia a los centros de enseñanza y las experiencias escolares positivas para muchachos y muchachas, o la disminución gradual del comportamiento violento. La definición de eficacia puede ampliarse para que incluya el efecto comprobado sobre normas sociales, por ejemplo, o la disminución de influencias negativas. Esas medidas son útiles, pese a la falta de pruebas de un vínculo directo entre intervenciones ambientales y comportamiento. En lo referente a políticas y medios de comunicación, se ha hecho hincapié en la necesidad de adoptar una perspectiva de largo alcance y valorar el cambio gradual (65), dado que los esfuerzos han de sostenerse a lo largo del tiempo.

Relaciones con la familia y otras personas

Sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes influye una multitud de interacciones desde lo más próximo (iguales, profesores, progenitores) hasta lo mundial (sistemas económico y político). Dado

que los padres de ordinario están cerca de los adolescentes y ejercen cierto grado de autoridad sobre sus acciones, su papel es vital para cualquier configuración de los factores sociales que determinan la salud y el desarrollo de los adolescentes. De cuando en cuando, los compañeros y la comunidad pueden tener mayor o menor influencia, pero los padres y la familia son elementos constantes en la vida de la mayoría de los jóvenes pese a las fluctuaciones en su importancia relativa.

Las relaciones de afecto con la familia y los amigos desempeñan un papel vital en el fomento del desarrollo sano. Estudios realizados en los Estados Unidos señalan que los adolescentes que se sienten cercanos a sus padres muestran, de manera sistemática, un desarrollo psicosocial positivo, competencia comportamental y bienestar psicológico (66).

Es necesario identificar y consolidar la influencia positiva de los padres y de la familia en los esfuerzos de programación. Algunas de esas influencias se indican a continuación (67):

- Los padres proporcionan un modelo comportamental positivo y transmiten valores e información — los estudios confirman los efectos positivos de la estima mutua entre padres y adolescentes; quizá haya conflictos menores en materia de apariencia externa y manera de hablar, pero pocas divergencias sobre cuestiones importantes como moralidad, creencias religiosas y valores básicos. Los desacuerdos de poca entidad son importantes para que los adolescentes maduren poniendo a prueba los límites de la autoridad y cuestionando las creencias de otros en un entorno seguro. Lo que los adultos hacen tiene a menudo más influencia que lo que dicen; lo mismo sucede con la demostración, día a día, de las «aptitudes para la vida»: la habilidad a la hora de enfrentarse con las exigencias y retos de la vida cotidiana, de resolver problemas y de sobrellevar el estrés.
- Los padres proporcionan apoyo emocional — los adolescentes se las arreglan mucho mejor cuando se sienten aceptados por sus padres y pueden hablar de sus problemas. Muchos problemas proceden de las dificultades que padres y adolescentes tienen para comunicar sus sentimientos y necesidades y alcanzar soluciones mutuamente aceptables. La calidad de la comunicación en la familia determina las relaciones entre los padres y sus hijos adolescentes y, en última instancia, las relaciones de estos últimos con sus iguales. La comunicación eficaz en la familia proporciona además a los adolescentes modelos valiosos de competencias interpersonales y adiestramiento en competencias como autorrevelación y solución de problemas.

- Los padres promueven la autonomía y la interdependencia — la adaptabilidad es muy importante para el funcionamiento de la familia. Los padres necesitan evaluar de continuo los cometidos y las reglas en el seno de la familia para determinar su pertinencia. Es necesario alterar cometidos y reglas en respuesta a los cambios que produce el desarrollo en los miembros de la familia. Cabe que también sea necesario cambiar las reglas por alteraciones de las circunstancias externas como, por ejemplo, una nueva participación en actividades exteriores. Alentar a los jóvenes a expresar sus necesidades y alterar las reglas puede darles el gusto por la autorresponsabilidad, y ayudarles a valorar el papel de la interdependencia en la toma de decisiones en el seno de la familia. Los adolescentes necesitan dirección, pero, por encima de todo, necesitan padres que compartan poder y valores y que alienten la independencia, la responsabilidad y la disciplina.
- Los padres son intermediarios en cuanto a los servicios que se necesitan — están en condiciones de identificar comportamientos indeseables de los adolescentes, explorar su posible origen y ayudar a buscar apoyo y ayuda. Por añadidura, los padres tienen un poder considerable que puede utilizarse para reclamar mayor atención a las necesidades educacionales, de empleo y de salud de los adolescentes. Sin embargo, los adultos que ocupan una posición de influencia deben también reducir su control sobre lo que se considera que son las respuestas correctas y permitir a los jóvenes explorar nuevas direcciones de comportamiento, quizá más positivas.

Si bien estas influencias parecen obvias, padres y familias pueden necesitar orientación y ayuda. Las estrategias de intervención dirigidas a padres y familias alientan y apoyan el supuesto de que cada vez se reconoce más que tales funciones son esenciales para la promoción del desarrollo sano de los adolescentes.

Las intervenciones que ayudan a que padres y jóvenes se comuniquen son importantes (68). Muchos padres retrasan hablar con sus hijos, sobre todo acerca de temas delicados, porque creen estar mal informados o porque se sienten avergonzados. Los padres pueden negarse a reconocer que la incertidumbre es normal cuando se está aprendiendo a tomar decisiones sexuales, y alienar a los adolescentes al exigirles una obediencia rígida. Los padres, y quienes los sustituyen en esa función, pueden necesitar ayuda para lograr una comunicación positiva en materia de sexualidad y para reforzar la credibilidad de la información intercambiada con los adolescentes (68).

Las intervenciones que se centran en adultos que trabajan con jóvenes también pueden ser útiles. Esas intervenciones incluyen el

uso de la formación práctica para intercambiar información sobre desarrollo de adolescentes y fortalecer la capacidad de comunicación de enseñantes, jóvenes y dirigentes religiosos. La formación puede ayudar a mejorar la ejecución de actividades y la utilización de métodos que conllevan la participación de los jóvenes. El adiestramiento puede además reforzar la habilidad de los adultos para comprender, respetar y educar a los jóvenes. En el recuadro 3 se presentan ejemplos pertinentes que han tenido éxito.

Son pocos los programas para el desarrollo de un entorno social sano para los adolescentes que se han sometido a evaluaciones controladas. Existen, sin embargo, datos suficientes para afirmar que se trata de un enfoque prometedor (71). Un programa que se diseñó para alterar el entorno social de centros docentes con el objeto de reducir los problemas asociados a la transición del bachillerato elemental al superior proporciona pruebas evaluadas (72, 73). La intervención contaba con dos componentes fundamentales: cambiar el cometido de los enseñantes para proporcionar un vínculo entre estudiantes, padres y el resto del centro docente, prestando a los alumnos mayor apoyo; y poner en marcha un sistema estable de apoyo entre iguales haciendo que los alumnos compartieran todas sus asignaturas con el mismo grupo de condiscípulos. Los participantes en el programa faltaron menos veces a clase, mejoraron sus calificaciones en comparación con el grupo de control y mantuvieron un grado estable de autoestima, mientras que en el grupo de control se apreció una disminución en la autoestima durante el mismo periodo de tiempo.

Otro ejemplo importante de promoción del desarrollo positivo por medio de la creación de entornos sociales más flexibles en centros docentes es el Programa de Desarrollo Escolar (74–76). Ese programa está diseñado para facilitar la interacción positiva entre padres y personal docente. Un «equipo de gobierno y administración» identifica cuestiones que van desde los programas académico y social del centro docente a cambios en los procedimientos escolares que parecen dar origen a problemas de comportamiento. En escuelas primarias se han conseguido progresos considerables, y en los Estados Unidos se están probando en la actualidad programas similares para el bachillerato elemental y superior (71).

En el exterior del entorno docente, una oficina de servicio a los jóvenes en una comunidad portorriqueña, que se proponía reducir la delincuencia juvenil, creó una organización para ayudar a adultos, incapaces de hacer frente a sus propias vidas o al comportamiento de sus hijos, a alcanzar cierto grado de control. Se ha formado a agentes comunitarios remunerados que trabajan a tiempo completo para

Recuadro 3

Progenitores que prestan apoyo

En el sector de la salud mental de los adolescentes, una iniciativa para ayudar a los progenitores a estar mejor preparados para entender el riesgo potencial de suicidio, y para que sepan cómo contribuir a crear un entorno propicio a la prevención, es un folleto de 24 páginas, publicado por la Asociación Scout australiana, que trata del suicidio de los jóvenes y de su prevención. En él se proporciona información sobre señales de alerta y factores de riesgo relacionados con el suicidio, así como sobre lo que pueden hacer los padres para ayudar a prevenirlo, y una lista de centros que prestan servicios psiquiátricos para el niño y el adolescente. La publicación recoge además consejos específicos para los padres sobre cómo mejorar las relaciones con los jóvenes proporcionándoles, por ejemplo, un entorno familiar física y emocionalmente seguro, dedicándoles tiempo, escuchando lo que tienen que decir, dándoles apoyo sin intromisión y alentando la adecuada expresión de las emociones (69).

En Filipinas, la Fundación para el Desarrollo de los Adolescentes produjo un vídeo para mostrar a los padres que su comunicación con los adolescentes determina la manera en que éstos, a su vez, comunican con otras personas. En Zimbabwe, el Consejo Nacional de Planificación de la Familia ha ofrecido un programa de educación para progenitores con el fin de ayudarles a educar a sus hijos adolescentes sobre la sexualidad humana y la salud reproductiva (68).

En algunos países se han elaborado manuales sobre cómo motivar y preparar a los padres para comunicar con sus hijos sobre temas de sexo y sexualidad, salud y toma de decisiones. En la República Unida de Tanzania, la Organización para la Educación de los Padres, trabajando en colaboración con el Centro Margaret Sanger de Paterinidad Responsable de la ciudad de Nueva York elaboró, con el apoyo del PNUAF, un manual para instructores con el fin de ayudar a los padres a comunicar con sus hijos. La filosofía general del programa es que la responsabilidad de la educación para la vida de familia corresponde a los padres, los centros de enseñanza, las instituciones religiosas y las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. En apoyo de esa filosofía, se utiliza la formación para aumentar el número de personas que, a nivel de base, pueden preparar eficazmente a los padres para comunicar con los jóvenes sobre sexualidad. El manual proporciona a los instructores orientación y sugerencias sobre cómo ayudar a los padres a aumentar sus conocimientos sobre sexo y sexualidad, a adquirir competencias en materia de comunicación y a reforzar la motivación para comunicar con sus hijos sobre temas potencialmente delicados. Los instructores que trabajan con padres usan las intervenciones de información y adquisición de competencias, prestando atención al conocimiento de los servicios de salud en la comunidad. Este esfuerzo de conjunto posibilita potenciar un entorno que alienta a los jóvenes a hacer elecciones informadas y comportamentalmente sanas en materia de sexo (70).

Recuadro 3 (continuación)

SERVOL, en Trinidad y Tabago, ha incluido programas para padres en sus programas multiservicio para adolescentes. También se ofrecen servicios de apoyo para padres por medio de esos programas. SERVOL dispone de un programa periférico para padres en el que progenitores adiestrados enseñan a otros padres a contribuir a la educación de sus hijos y a ocuparse de su desarrollo físico, emocional y psicológico. El programa también ofrece adiestramiento en competencias profesionales y organiza grupos de apoyo (45).

La South Auckland Youth Resource es una ONG de Nueva Zelanda que proporciona servicios a los jóvenes en un centro «todo de una vez» donde disponen de un amplio abanico de intervenciones e información. Las intervenciones están basadas en el modelo «*Aiga*», que significa «familia» en samoano. Si uno de los estratos de la «familia» (que también incluye dispensadores de atención que proceden de la iglesia, de la comunidad, de la aldea y del distrito) se deteriora, aumenta la vulnerabilidad del adolescente a la mala salud. Todos esos estratos se rehacen y fortalecen con el fin de reconstruir y reforzar el entorno de apoyo.

aumentar la receptividad de los servicios públicos a las necesidades básicas de la comunidad y establecer programas. Los agentes comunitarios organizan programas recreativos, excursiones y reuniones comunitarias, y actúan como mediadores en problemas generales de la comunidad. Esas actividades han contribuido a una disminución del 85% en el número de jóvenes procesados. La calidad de vida de los residentes también ha mejorado al mismo tiempo que ha aumentado su confianza y sentido de responsabilidad hacia su comunidad (M. Simon, K. Monahan y G. Slutkin, datos inéditos, 1995).

Normas sociales y prácticas culturales

Las normas sociales abarcan tanto lo que las personas hacen habitualmente en todos los sectores de la vida como sus expectativas acerca de los demás. Entender cómo esas fuerzas determinan las vidas de los jóvenes es fundamental en la programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes. La intervención en materia de normas sociales puede implicar enfrentarse con actitudes y prácticas que son perjudiciales para los jóvenes. La idea que la sociedad se hace de los cometidos de los adolescentes y de su acceso a los distintos servicios y a las oportunidades básicas es un aspecto de las normas sociales que afecta a la salud de los jóvenes. La opinión de que las adolescentes no necesitan ir a la escuela es un ejemplo de actitud perjudicial que tiene graves consecuencias.

La intervención en materia de normas sociales puede significar influir en actitudes de manera que se facilite el camino a la programación para adolescentes. Algunos sectores de esa programación provocan más controversia que otros. La programación en materia de salud reproductiva y uso de sustancias provoca a menudo la aparición de opiniones conflictivas sobre el contenido, el objetivo y los métodos de los programas. Evaluar el clima social que rodea a estas cuestiones y entender preocupaciones y miedos ayudará a determinar la mejor manera de intervenir. Otras actitudes y normas que tal vez sea necesario tratar o cuestionar están relacionadas con los jóvenes en circunstancias particulares, el matrimonio precoz, el comportamiento sexual entre jóvenes y el acceso a información sobre sexualidad. Nada de todo eso se puede lograr, sin embargo, si no se reduce la resistencia de los adultos y aumentan las oportunidades para que los jóvenes tengan acceso a una comunicación responsable (e interesante).

Un ejemplo de actividades diseñadas para influir sobre las normas sociales es la Iniciativa para Comunicaciones Sara, un proyecto multimedia elaborado por UNICEF en colaboración con otros asociados (77), que se centra en una heroína adolescente, Sara, habitante del África periurbana. Se trata de un film de animación que mezcla realidad y fantasía con mensajes serios encaminados a mejorar la situación de las muchachas y el trato que se les dispensa. El film hace hincapié en el potencial de la heroína para superar problemas, a menudo en asociación con un adolescente varón.

El recuadro 4 ilustra algunas maneras adicionales de tratar las normas sociales como parte de la programación en diferentes sectores de la salud de los adolescentes.

La promoción eficaz de la salud requiere conseguir el apoyo de las muchas instituciones e individuos que tienen contacto con los adolescentes o que de algún otro modo influyen en su vida. En los Estados Unidos, por ejemplo, la reciente disminución de las infracciones cometidas por conducir bajo la influencia del alcohol ha sido el resultado de múltiples intervenciones que transmitieron mensajes coherentes diseñados para cambiar las normas sociales sobre conductores borrachos, creando un entorno social en el que era más fácil no conducir cuando se está bebido, y apoyando esos mensajes con nuevas sanciones legales (78).

A medida que los programadores reconocen y utilizan esferas de influencia más amplias, resulta más difícil evaluar componentes de dimensiones más reducidas, como un programa o una intervención concretos. Por otra parte, ampliar la responsabilidad por la salud de los adolescentes a más de un programa o institución aumenta las

Recuadro 4

Tratamiento de las normas sociales y de las prácticas culturales

En la República Unida de Tanzania, se ha identificado, como requisito previo para iniciar la programación prevista sobre salud reproductiva para educadores entre compañeros, el aprendizaje de actitudes comunitarias y normas sociales relativas a la actividad sexual de los adolescentes y a la planificación familiar, así como de actitudes hacia los jóvenes como orientadores, junto con la necesidad de dedicar tiempo a ganar apoyo e influir de manera positiva para que se acepten, como temas de debate entre los jóvenes la sexualidad, la planificación familiar y el embarazo. A los coordinadores de la educación para la vida de familia, que habían de formar a los educadores entre compañeros, se los adiestró sobre cómo trabajar con dirigentes comunitarios para aumentar su concienciación, entendimiento y apoyo a UMATI, el programa de salud reproductiva para adolescentes. A los coordinadores se les pidió que identificaran a dirigentes comunitarios locales, entre ellos a líderes religiosos, personas influyentes, hombres de negocios y granjeros destacados, directores de centros docentes y representantes de diferentes grupos juveniles, con el convencimiento de que los dirigentes mencionados podrían adquirir un lazo vital con el proyecto y, en consecuencia, potenciar el apoyo y la participación de la comunidad. Mediante un taller, acerca de la sexualidad adolescente y sus consecuencias, así como sobre los motivos para las intervenciones de salud reproductiva, de dos días de duración, en cada una de las nueve regiones del país, se sensibilizó a todos los dirigentes mencionados más arriba. Gracias a los ulteriores debates comunitarios, celebrados con determinados miembros de la comunidad y dirigentes, para entender mejor las metas del programa y analizar cuestiones y preocupaciones de la comunidad, se logró el apoyo para seguir adelante con el adiestramiento de orientadores entre compañeros e iniciar la orientación de otros jóvenes en las comunidades. La atención prestada al trato con iguales se consideró muy importante para la puesta en marcha del proyecto y para el éxito de los servicios juveniles de planificación familiar por medio de proyectos entre compañeros (N.B. Katunzi, datos inéditos, 1995).

Para ayudar a superar la resistencia a la idea de la educación sexual en las escuelas públicas, se constituyó el Programa Nacional para la Educación Sexual y se aprobó la Resolución 03353 en la que se declaraba obligatoria la educación sexual. El programa nacional inició una extensa campaña en los medios de comunicación utilizando programas de radio y televisión así como un suplemento semanal de prensa sobre sexualidad. Una serie semanal de televisión utilizó a actores populares para tratar problemas de típicos adolescentes de la clase media en un ameno formato de telenovela. La campaña en los medios de comunicación desempeñó una función importante en el cambio de las normas sociales y en la mayor concienciación pública sobre la necesidad de la educación sexual para los adolescentes. Aunque todavía perdura la oposición entre los sectores más conservadores de la sociedad, existe un clima de aceptación de la

Recuadro 4 (continuación)

educación sexual entre la mayor parte de la población. Se cambiaron las políticas, pero ha tenido la misma importancia el cambio de la actitud pública influida en gran medida por las actividades de los medios de comunicación, lo que permitió la formación de profesores y la aplicación de los programas en los centros docentes para seguir así avanzando.

oportunidades para la promoción de la salud. Cuando se emprenden de manera conjunta con iniciativas de mayor envergadura, incluso los esfuerzos pequeños sirven para reforzar intervenciones más importantes, contribuyendo así a una estrategia de conjunto más amplia.

Aunque el Programa Nacional de Educación y Control de la Tensión Arterial Elevada, iniciado en los Estados Unidos a comienzos de los años setenta, no estaba pensado para un público adolescente, la afirmación de que ese programa influyó de manera notable sobre las normas sociales mediante intervenciones combinadas (65) guarda relación con los esfuerzos encaminados a influir en las normas sociales que alientan a los adolescentes a hacer elecciones positivas de comportamiento en materia de salud. Eran muchas las actividades implicadas en el programa: creación de un consenso institucional, educación de profesionales de la salud, educación pública por medio de organizaciones comunitarias y educación a través de los medios de comunicación. Entre los esfuerzos ligados a los medios de comunicación figuraba la distribución de anuncios de servicios públicos para su difusión por radio y televisión. El resultado de estas actividades fue un rápido descenso de la mortalidad por accidente cerebrovascular durante el decenio que siguió a la iniciación del programa (65, 79). La disminución de la mortalidad por accidente cerebrovascular se debió muy probablemente a los esfuerzos combinados que influyeron en gran medida sobre las normas sociales.

Medios de comunicación

Los medios de comunicación son un aspecto muy importante del entorno, y tienen una gran influencia sobre los adolescentes. Se los ha empleado para tratar otros aspectos del entorno social a los que se considera de especial importancia para la salud y el desarrollo de los adolescentes. La radio y la televisión, por ejemplo, se pueden utilizar para difundir información elaborada con vistas a influir en las normas sociales y en las actitudes acerca de muchos temas sanitarios.

Además, el uso creativo de los medios de comunicación, las diversiones y las artes es una manera importante de modificar el entorno. Los medios de comunicación deparan grandes oportunidades de entrar en contacto con la comunidad y movilizar su apoyo en determinadas cuestiones relacionadas con la salud de los adolescentes. Para ese fin es necesario formar al personal de los medios de comunicación para aumentar su sensibilidad a esas cuestiones e influir en sus actitudes y opiniones. Mantener líneas de comunicación abiertas para dar rápidamente información cuando surja una noticia, y utilizar de manera estratégica los diferentes medios de comunicación para proporcionar esa información puede también ayudar a modificar las normas sociales y a promover comportamientos sanos.

Una actividad innovadora ha sido imprimir información en productos utilizados por muchos adolescentes y adultos, animando y ayudando a los fabricantes a ver las ventajas de incorporar a sus productos información en pro de la salud. Los fabricantes pueden tener mucho éxito en su papel de promotores de la salud de la comunidad, sobre todo si al sector comercial si le hace ver con claridad las ventajas «humanitarias» y económicas de sus iniciativas.

También es posible utilizar los premios y los elogios públicos para aumentar la visibilidad de los problemas y potenciar los esfuerzos de medios de comunicación, agencias y otras instancias que apoyan aspectos concretos de la promoción de la salud (30).

En la India, *Dehleez*, una radionovela destinada a informar a los jóvenes sobre salud reproductiva, también ha facilitado los debates sobre sexo y cuestiones sanitarias, y utiliza a su héroe para que aparezcan en sus episodios modelos de comportamiento sano (G. Giridhar, datos inéditos, 1995).

El proyecto de la Cruz Roja de Jamaica de educación entre compañeros también ha utilizado un serial dramático radiofónico para promover y reforzar actitudes positivas encaminadas a la prevención de las ITS. El proyecto anima a los jóvenes a no precipitar el comienzo de la actividad sexual, a utilizar preservativos cuando tienen relaciones sexuales y a solicitar un reconocimiento si sospechan que han contraído una ITS. Ese drama radiofónico se ha hecho tan popular que en la actualidad la emisora paga a los programas de salud para que suministren los guiones de los episodios. El serial radiofónico está diseñado para potenciar el trabajo directo de educación sanitaria llevado a cabo por homólogos formados en el proyecto con el fin de llegar a otros jóvenes y reforzar la información y las competencias que los participantes aprenden en reuniones interactivas. El proyecto vincula los dos aspectos del programa radiofónico y hace que los

educadores entre iguales intervengan en los guiones y participen en un periodo de preguntas y respuestas al final de cada episodio (Cruz Roja de Jamaica y Cruz Roja Americana, datos inéditos, 1995).

Los medios de comunicación pueden ayudar además a crear un entorno seguro y de apoyo al influir sobre la elección de comportamientos sanos. La película, *Un futuro para nuestros hijos*, producida por una empresa del sector privado, se ofreció por televisión a un millón de espectadores de Liberia cinco veces durante un periodo de seis meses. El film se ocupaba del efecto del crecimiento de la población sobre las condiciones socioeconómicas y se proponía generar debate sobre planificación familiar y salud infantil. De los jóvenes que vieron la película, el 93% señaló que, como resultado, cambiaría sus prácticas de planificación familiar. En Sudáfrica, donde los adolescentes están habituados a que las historietas y las fotonovelas se utilicen como medio educacional, un tebeo sobre el SIDA, pensado para aumentar el apoyo de la juventud a comportamientos que previenen la transmisión del VIH, fue un componente muy satisfactorio de un programa sobre el SIDA, con base en la escuela y de ámbito nacional (81).

Evaluar los efectos de los distintos tipos de campañas de los medios de comunicación sobre la salud pública (véase la sección 4.3, recuadro 10) es difícil, porque los criterios y métodos de medición sólo están en condiciones de detectar cambios importantes (65). El resultado es que muchas campañas de los medios de comunicación se rechazan como fracasos cuando en realidad pueden haber tenido una influencia considerable sobre la opinión pública e incluso, a la larga, sobre el comportamiento. El programa suizo DETENER EL SIDA, una campaña nacional multimedia realizada en Suiza para potenciar la programación escolar sobre salud sexual y reproductiva, demostró su eficacia al aumentar la prevalencia del uso de anticonceptivos entre adolescentes que ya eran activos sexualmente, logrando, en consecuencia, convertir en norma unas relaciones sexuales más seguras (83). El éxito parece haberse conseguido tanto porque se mejoró la concienciación como por lograr que fuese más fácil para las chicas abordar la cuestión de las relaciones seguras con su pareja sexual. A raíz de una evaluación sistemática, los investigadores demostraron los efectos positivos de la campaña. Al cabo de cinco años, se evaluaron los cambios en el comportamiento sexual (sobre todo el uso de preservativos) entre adolescentes, mediante la utilización de cuestionarios autoadministrados. Los investigadores realizaron encuestas comparativas transversales en 1987 y 1990 (utilizando un tamaño de muestra de 1359 en 1987 y de 817 en 1990)

entre dos muestras similares de aprendices de 16–19 años de edad, y concluyeron que la campaña y las intervenciones locales no tuvieron efecto real sobre la tasa de actividad sexual de los aprendices, pero sí un efecto positivo sobre el nivel de anticoncepción y de utilización de preservativos. Se ha recomendado que se mantenga esa estrategia (83).

Disponibilidad de oportunidades clave y de productos básicos

Un programa con base en los Estados Unidos ha preparado una intervención para trabajar con jóvenes que presentan factores de riesgo identificados como son el comportamiento agresivo hacia sus condiscípulos, los malos resultados académicos y las situaciones familiares difíciles. La intervención proporciona planes de apoyo académico, como son las clases particulares, combinados con oportunidades recreativas. Se alentó la participación de los padres y se utilizó un enfoque multiorganismo con ayuda de la policía, el distrito escolar, la oficina de la vivienda y diferentes organizaciones juveniles asociadas. La tasa de detenciones juveniles disminuyó en un 27,9% a lo largo de un periodo de tres años (en comparación con un aumento del 17% de la misma tasa en el conjunto del Estado de Florida), al mismo tiempo que entre los participantes en el programa la proporción de riesgo de fracaso académico disminuyó en un 55% (M. Simon, K. Monahan y G. Slutkin, datos inéditos, 1995).

En lo referente a suministros, los programas que estimulan una demanda (al sistema de salud, por ejemplo) deben tener la seguridad de que esa demanda se pueda satisfacer (65). Resulta contraproducente, por ejemplo, recomendar el uso de preservativos a un público destinatario si escasean las existencias y no es fácil conseguirlos. Ese principio conserva su validez en otros sectores de la promoción de la salud, y en Chile se tuvo ocasión de comprobarlo cuando el Ministerio de Sanidad trató de conseguir una perspectiva de las necesidades de programación de diversas poblaciones de jóvenes por medio de grupos focales. Se determinó que los clubes deportivos eran un medio útil para contactar a jóvenes en mala situación económica; sin embargo, para llevar a la práctica esa idea resultó necesario equipar a las instalaciones con productos básicos como ropa y calzado deportivos a manera de primer paso. Dos ejemplos muy claros de cómo el suministro de productos básicos puede ser esencial para el éxito de un programa puede verse en los recuadros 5 y 6.

Políticas y legislación

Promover políticas que propicien la programación (porque apoyan el desarrollo, la prevención de problemas de salud o la prestación de

Recuadro 5

Suplemento nutricional en Bangladesh

El proyecto de maternidad sin riesgo que, a comienzos de los años noventa, aplicó Jatiya Taruh Sanga, una ONG, en colaboración con la OMS y la Asamblea Mundial de la Juventud, es un ejemplo de programa que proporcionaba un producto importante (suplementos nutricionales), junto con educación sobre nutrición, con el fin de aumentar los beneficios de un programa para mujeres jóvenes. Dado que casi la mitad de las mujeres de Bangladesh ya son madres a los 17 años, el proyecto iba dirigido a 3000 mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 20 años que vivían en las aldeas de ocho uniones seleccionadas en dos distritos (82).

La malnutrición entre mujeres, sobre todo embarazadas y lactantes, como resultado de la mala distribución de los alimentos disponibles en el seno de la familia, es un factor sociocultural que contribuye a las elevadas tasas de mortalidad y morbilidad maternas así como a la malnutrición de los niños de corta edad. En un esfuerzo por reducir la mortalidad y morbilidad materna entre mujeres en edad fértil, Jatiya Taruh Sanga inició dos campañas de salud de cuatro meses que comprendían un programa de educación nutricional seguido de otro para suplementar el hierro y el ácido fólico. La justificación para aplicar primero la intervención de información y distribuir después los suplementos nutricionales descansaba en el supuesto de que las adolescentes no aceptarían estos últimos, que les eran muy necesarios, si no entendían su importancia.

En la primera etapa del programa, se proporcionó información que ayudara a cambiar las actitudes sobre las necesidades nutricionales de las mujeres. La campaña se dirigió a dirigentes comunitarios e instancias decisorias familiares, haciendo hincapié en la necesidad de una dieta equilibrada y de que las jóvenes consumieran más alimentos. Más concretamente, la campaña instó a las familias a que se asegurasen de que las destinatarias del programa tomaban al día una comida más. El mensaje que la campaña trataba de transmitir en términos sencillos y directos era que las jóvenes necesitan consumir una comida más para protegerse ellas y proteger a su posible primer bebé, sobre todo durante el primer año de matrimonio. Se reclutó y se formó a treinta y dos trabajadoras sobre el terreno y a ocho supervisores varones para aplicar el proyecto. El aumento del consumo de alimentos por parte de las mujeres se anotó adecuadamente y, después de un periodo de cuatro meses, investigadores sobre el terreno registraron un aumento de peso y estatura al término de la intervención.

Los siguientes cuatro meses del proceso se dedicaron a ayudar a las adolescentes a utilizar sus conocimientos nutricionales recién adquiridos no sólo para consumir una comida extra todos los días, sino también para tomar los suplementos nutricionales. Los investigadores sobre el terreno, en cuatro visitas a cada zona del proyecto, distribuyeron suplementos de hierro y ácido fólico adquiridos con fondos

Recuadro 5 (continuación)

de la Asamblea Mundial de la Juventud, anotando el peso de las adolescentes en la primera y en la última visitas. A todas las jóvenes se les dio una dosis diaria de 60mg en tabletas de hierro y ácido fólico, además de tabletas salinas antiácidas para consumo oral junto con otras para purificar el agua. El uso de los suplementos se relacionó de manera positiva con la mejor salud de las jóvenes y su aumento de peso, ya que su peso medio en la primera visita era de 42,6 kg, mientras que en la última visita había aumentado a 44,1 kg (82).

Recuadro 6**Impacto de la mercadotecnia social sobre el uso de preservativos en Botswana**

El programa de mercadotecnia social de Botswana, Population Services International (PSI), vigila y evalúa su eficacia de varias maneras. Lo primero y más importante es la vigilancia cuidadosa de las ventas gracias a sistemas de información sobre la gestión. Hasta el momento, el proyecto ha vendido más de 3,3 millones de preservativos, con una media de 160 000 al mes, a una tasa anual de 1,28 preservativos por habitante. En el caso de PSI, las ventas anuales por habitante son las más elevadas para cualquier producto de mercadotecnia social del mundo. En segundo lugar, se llevan a cabo encuestas de interceptación de los consumidores, investigación con grupos focales y estudios sobre conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) para evaluar el impacto y el rendimiento del proyecto. Esos estudios han proporcionado información tanto cuantitativa como cualitativa que se utiliza para elaborar y perfeccionar estrategias de mercadotecnia y de comunicaciones, cruciales para el éxito del proyecto.

Una encuesta de CAP, realizada en 1994 por una empresa de investigación, SIAPAC-África, con adolescentes de edades comprendidas entre los 13 y los 18 años, reflejó un mayor nivel de concienciación sobre el SIDA y los preservativos. Dos terceras partes de los varones dijeron haber utilizado un preservativo durante su última relación sexual, en contraste con el 28% de los encuestados en 1992. El uso habitual de preservativos entre adolescentes también aumentó de 1992 a 1994, triplicándose en una localidad y doblándose en otras dos donde se había llevado a cabo la encuesta. Una evaluación de rentabilidad ha mostrado que el programa de mercadotecnia social de Botswana ha ayudado a prevenir 22 000 casos de VIH en el país, ahorrando en consecuencia al gobierno 95 millones de pulas (o \$35 millones en costos de atención de salud y pérdida de productividad). Ése es el resultado de la venta de 3,3 millones de preservativos y de extensas actividades de educación.

Se recogen a continuación las lecciones aprendidas sobre acceso a recursos, mercadotecnia social de productos y servicios, y participación de los jóvenes en el proceso.

Recuadro 6 (continuación)

Lección 1. Acceso a los recursos necesarios

Las conclusiones de las encuestas de CAP pusieron de manifiesto que los jóvenes bechuanos desean ayudarse a sí mismos si tienen acceso a los recursos necesarios. El proyecto de salud reproductiva de los adolescentes proporciona esos recursos cruciales y es un paso importante para aprender a dispensar servicios de salud a los jóvenes. La red de envío de casos de los servicios de salud reproductiva que es parte del proyecto se ocupa de los problemas asociados con la salud reproductiva y la confusión que puede crear entre los adolescentes.

El fácil acceso a productos como los preservativos proporciona a los adolescentes medios para llevar el timón de su propia vida. El aumento de la accesibilidad y de la asequibilidad depende de la distribución eficaz que ofrecen los canales de mercadotecnia social. La asequibilidad del producto lo hace atractivo y en consecuencia la demanda es elevada. Los distribuidores tienen un mayor incentivo para vender el producto si saben que está muy solicitado.

Lección 2. La mercadotecnia social funciona con productos y servicios

La red de envío de casos del proyecto de salud reproductiva mostró que podía aumentar la demanda de servicios de salud — sistemáticos y por razones de tratamiento — alentando a los jóvenes a buscar asesoramiento cuando vieran el logotipo *Tsa Banana* (que significa «para adolescentes» en setswana) y a completarlo después con la visita a un dispensario. Los criterios cruciales para el éxito son el necesario vínculo con un producto o servicio tangible y la orientación hacia la consecución de metas tangibles.

Lección 3. Participación de los jóvenes en el proceso

La experiencia del proyecto de salud reproductiva ha mostrado que la participación de los jóvenes es una de las causas más importantes de su éxito. Este programa para jóvenes adultos difiere de las actividades de prevención de problemas de salud más generalizados porque los adolescentes participan en el diseño y aplicación tanto de la información entre iguales y a través de los medios de comunicación como en las campañas de motivación diseñadas para alentar la abstinencia sexual u otros comportamientos prudentes. Los promotores de la educación entre compañeros, en virtud de su constante exposición al mensaje y a los destinatarios, saben qué intervenciones van a tener éxito o a fracasar con los jóvenes, y cómo vender productos y servicios a los jóvenes adultos de una manera directa y mensurable que sea aceptable para el resto de la sociedad. En el caso de Botsuana, la sociedad en general ha prestado su apoyo. Los mensajes se presentan incluso a los niños en las escuelas sin efectos negativos (P. Hickey, datos inéditos, 1995).

atención) es otro aspecto importante en el proceso de asegurar que los jóvenes tengan las oportunidades y los servicios que necesitan para promover y proteger su propia salud. Propugnar la enmienda de leyes, políticas y normas restrictivas y su sustitución por otras nuevas es, por consiguiente, un sector legítimo de esfuerzos de quienes programan para la salud de los adolescentes, como lo es también abogar por la promulgación de políticas y de legislación que facilite a los adolescentes el acceso a importantes oportunidades y servicios, particularmente en lo relativo a la enseñanza oficial y no institucionalizada; a actividades generadoras de ingresos y formación profesional; y a servicios sociales y de salud adecuados (véanse las secciones 4.6 y 5.4). En el sector de salud reproductiva, los dirigentes políticos pueden aprobar y hacer respetar leyes y políticas concretas que (68):

- mejoren el acceso de los jóvenes a la información y a los servicios de salud reproductiva;
- proscriban los malos tratos a los jóvenes, incluido el abuso sexual y la mutilación genital femenina;
- prohíban el matrimonio de los niños y eleven la edad legal mínima para contraerlo;
- hagan hincapié en la importancia de la salud reproductiva de los jóvenes adultos;
- respalden, ante los problemas de los jóvenes, soluciones realistas y basadas en la comprensión;
- exijan de los medios informativos y de diversión que aporten una cobertura y un tratamiento más responsables del comportamiento sexual;
- aumenten los esfuerzos para mantener a las muchachas en los centros docentes.

El Centro de Mujeres de Jamaica ayuda a las embarazadas y a las madres jóvenes recientes a continuar su educación. Gracias a su trabajo y a sus vínculos con el Ministerio de Trabajo y Bienestar, el centro desempeñó un papel decisivo cuando en 1985 se consiguió cambiar la legislación para permitir que las embarazadas jóvenes volvieran a la escuela (84). La Organización Mundial de la Salud, el Fondo para la Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y el UNICEF realizaron una encuesta (85) en doce países de tres continentes para investigar las políticas y leyes que controlan el acceso de los adolescentes a la información y a los servicios de salud reproductiva. En la mayoría de los países, las políticas examinadas parecían asegurar la confidencialidad, si bien los adolescentes se quejan con frecuencia de lo contrario como barrera para el uso de los servicios. Varias de las conclusiones de esa encuesta se presentan en el recuadro 7.

Recuadro 7

Políticas y leyes que afectan a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes

La OMS, el FNUAP y el UNICEF elaboraron y realizaron conjuntamente una encuesta sobre políticas y leyes que afectan al acceso de los adolescentes a los servicios y a la información sobre salud sexual y reproductiva. La encuesta se llevó a cabo en 12 países de todas las regiones del mundo (muestra de conveniencia). Se recibió información completa sobre 10 de los 12 países y las conclusiones han sido verificadas después por los países. Se recogen a continuación algunas de las conclusiones:

En dos terceras partes de los países las leyes que definen la edad de consentimiento para las relaciones sexuales de las muchachas varían de los 14 a los 18 años. Sólo en un tercio de los países hay una ley para los adolescentes varones.

Es mayor la coherencia en cuanto a las leyes para definir la edad mínima del matrimonio, que varía entre los 14 y los 21 años. En los casos en que es diferente según el sexo, la edad legal para las muchachas tiende a ser menor que la de los muchachos.

Límite de edad para la utilización de los servicios: en una tercera parte de los países se establece una edad mínima para utilizar determinados servicios, entre los que figuran la planificación familiar, el tratamiento de las ITS y el suministro de información. Las limitaciones de edad varían de 12 a 21 años para diferentes tipos de servicios. Se necesitan nuevas investigaciones para establecer si la ausencia de una política relativa a la limitación de edad para la utilización de servicios no esconde en realidad barreras para el acceso: los dispensadores de servicios no están respaldados por ninguna directriz política.

Estado marital: en algunos países el suministro de información sobre la prevención del embarazo está limitada a las personas casadas, y lo mismo sucede con el acceso al tratamiento de las ITS y a los anticonceptivos.

Consentimiento de los progenitores o de la pareja: en algunos países existe un requisito de consentimiento de los padres o de la pareja para la utilización de ciertos servicios de salud reproductiva.

Confidencialidad: en la mayoría de los países existen normas que garantizan la confidencialidad para quienes utilizan los servicios. En muchos hay normas que excluyen de la educación a las embarazadas jóvenes, casadas o solteras. Existen sin embargo algunos ejemplos positivos de políticas que promueven el regreso a la enseñanza de las madres adolescentes después del periodo de amamantamiento, y que también adoptan disposiciones especiales para padres adolescentes.

También hay que lograr que las políticas que se ocupan de los delitos y de la violencia reflejen actitudes receptivas ante la realidad de las situaciones en que se hallan los jóvenes, reconociendo, por ejemplo, la necesidad de enfrentarse de manera eficaz con los adultos que atraen a los jóvenes para que participen en actividades delictivas como el tráfico de drogas o el uso de armas de fuego. En Costa Rica se ha revisado el Código Penal de Justicia Juvenil. Se ha producido un cambio en el trato a los delincuentes adolescentes para centrarse en ayudarlos a convertirse en ciudadanos responsables en el seno de la sociedad. En ese mismo país el UNICEF realizó todo un abanico de actividades de concienciación sobre la aplicación de la ley y sus consecuencias, y proporcionó asistencia técnica para la reforma institucional de las sanciones que se aplican en la actualidad a los infractores adolescentes (86).

De manera general, las políticas en todos los sectores:

- pueden fijar direcciones para el futuro, al tiempo que reflejan las realidades actuales;
- pueden establecer metas que sirvan como normas sobre las que basar los programas y valorar su adecuación;
- pueden promover o prohibir intervenciones y acciones concretas que deban emprender distintos individuos y organizaciones;
- pueden ayudar a conseguir participación política y programática en el apoyo a la promoción de la salud de los jóvenes.

Se están haciendo cada vez mayores esfuerzos para crear un entorno seguro y de apoyo para la salud y el desarrollo de los adolescentes, y ya se han aprendido algunas lecciones (87):

- La tarea de analizar el entorno de un adolescente resulta menos desalentadora si el centro de atención se pone en el adolescente, lo que hace posible ver, desde su perspectiva, los factores pertinentes que se han de considerar.
- El proceso de crear un entorno seguro y de apoyo requiere la participación sincera de los adolescentes y de sus comunidades, puesto que sólo ellos pueden identificar los factores que son de apoyo, neutrales o negativos.
- El hecho de depender de procesos de participación requiere una inversión importante de recursos y tiempo. Trabajar para influir en el entorno y vigilar los efectos de esas intervenciones en las personas es una iniciativa a largo plazo.
- Se requieren muchos actores y contextos para trabajar en numerosos frentes con vistas a influir sobre el entorno, lo que exige formar alianzas y alcanzar el consenso en cuanto a las metas.

4.3 Suministro de información

Cabe definir esta intervención como el suministro de la información adecuada, por los medios de que se disponga, con el objetivo principal de aumentar el conocimiento y la comprensión por parte de los adolescentes de una determinada cuestión sanitaria y, en ocasiones, con la intención explícita de motivarlos para que adopten un comportamiento sano y para prevenir riesgos tales como embarazos no deseados, ITS, uso y abuso de sustancias, comportamiento violento y carencias nutricionales.

El término «suministro de información» se elige como simple descripción de esta intervención, aunque en realidad se trata de un conjunto de intervenciones muy diversas, que van desde la comunicación interpersonal al uso de los medios de comunicación. Ese término tampoco excluye los enfoques educativos que son básicos para ayudar a los jóvenes a adquirir conocimientos.

Los tipos de información que necesitan los jóvenes y las técnicas creativas de educación utilizadas para potenciar el proceso de aprendizaje se analizan aquí para describir esta intervención. Se elige deliberadamente suministro de información en lugar del término «información, educación y comunicación» (IEC) porque este último se ha utilizado en exceso hasta resultar confuso. «Educación» puede significar todo el ámbito de la instrucción y el proceso de aprendizaje dentro y fuera del contexto escolar. «Comunicación» está en el meollo de las intervenciones de orientación, y es también en gran medida parte del proceso de instrucción y retroinformación en los enfoques para la adquisición de competencias, pero esas dos intervenciones no se incluyen, de manera general, dentro del término IEC.

La información que los jóvenes necesitan y a la que tienen derecho es parte de un entorno seguro y de apoyo para ellos. El suministro de información es la base a partir de la cual se ofrecen después las intervenciones adicionales de adquisición de competencias, orientación, cuando sea necesaria, y acceso a los servicios de salud.

- Los adolescentes necesitan información básica sobre crecimiento y desarrollo así como sobre los cambios físicos, psicológicos (tanto emocionales como cognitivos) y sociales que se experimentan durante la maduración.
- La adolescencia representa una importante oportunidad para compartir y explorar información sobre las necesidades (tanto compartidas como específicas de cada sexo) que experimentan varones y mujeres, y sobre los cometidos que cada sexo desempeña en las relaciones, la vida familiar y la sociedad. Cabe, por ejemplo,

intercambiar información sobre cometidos importantes para el padre en la crianza de los hijos, y sobre la necesidad de educación para muchachas y muchachos (88).

- Los adolescentes necesitan información sobre sectores concretos de la salud, como los requisitos nutricionales para varones y mujeres en cada etapa de crecimiento, o los requisitos para una buena atención dental y actividad física, salud sexual y reproductiva, y maneras de expresar los sentimientos sin recurrir a la agresión.
- Los adolescentes necesitan información sobre riesgos potenciales para su salud por comportamientos tales como relaciones sexuales precoces y sin protección, uso de tabaco, abuso del alcohol y de otras drogas y sobre cómo evitar esos riesgos.
- Los adolescentes también necesitan información sobre oportunidades y servicios disponibles, relacionados con la salud, con la educación y con oportunidades profesionales y recreativas, para optimizar el uso de los recursos que tienen a su disposición.

Dado que la información básica es un fundamento a partir del cual los jóvenes desarrollan sus conocimientos y adquieren competencias para hacer frente al mundo que los rodea (recuadro 8), es esencial que los programadores dediquen tiempo a aprender qué información poseen los adolescentes así como cuál es la información errónea sobre la que tal vez sea necesario hacer aclaraciones. Es vital entender sobre qué quieren saber más los adolescentes, así como qué información quieren proporcionarles los adultos.

El suministro de información propiamente dicho puede ser de dos tipos:

- comunicación interpersonal
- medios de comunicación

Las actividades en esas dos amplias categorías se pueden evaluar a partir de su potencial para lograr los rasgos deseables que se enumeran en el recuadro 9. El grado en que la información se puede intercambiar de las maneras indicadas más arriba indica el potencial de ese enfoque para influir de forma positiva sobre un joven y contribuir de ese modo a asegurar que actúa de acuerdo con ella.

Comunicación interpersonal

De adulto con adolescentes — quizás el tipo más corriente de información suministrada de persona a persona procede de miembros de la familia, maestros y agentes de salud. Los progenitores, en especial las madres, son probablemente la fuente primaria de información sobre salud, higiene, comportamiento en materia de salud y riesgos

Recuadro 8

Los jóvenes manifiestan su necesidad de información

De una joven irlandesa que quedó embarazada:

«Yo era una chica inmadura que, debido a quedar embarazada, tuve que comportarme como una persona adulta. De repente pasé de colegiala a madre. No era una loca; ni siquiera había vivido — apenas se me había permitido ir a discotecas. Me di cuenta de que mi educación sexual era inadecuada. Creía cosas estúpidas. Pensaba que sucedía a una en cada familia y que como ya le había sucedido a mi hermana, no me podía suceder a mí» (89).

En talleres sobre necesidades en materia de salud reproductiva de los adolescentes, en los que participaron jóvenes y moderadores de las ramas locales del movimiento Scout y de las Muchachas Guías, la Asociación de Jóvenes Cristianas, la Cruz Roja y la Media Luna Roja y los programas nacionales de lucha contra el SIDA en Filipinas, Sri Lanka y Zimbabwe se señaló (Montsi, datos inéditos, 1995) que los principales problemas, comunes a los tres países, y estrechamente relacionados con la ausencia local de fuentes de información fiables, eran los siguientes:

- Si bien la mayoría de los participantes tenían acceso a programas y actividades de salud pública y bienestar, en esas actividades el tema de la salud reproductiva de los adolescentes se trataba de manera inadecuada o no se trataba en absoluto.
- Cuando se planteaban problemas de salud reproductiva, faltaban fuentes solventes de información. Los adolescentes muy jóvenes eran tímidos y se mostraban reacios a hacer consultas en los centros de salud, para el tratamiento de ITS o de planificación familiar. Los problemas de ese tipo se trataban de ordinario con los compañeros, y se aceptaban las respuestas recibidas, tanto las correctas como las erróneas.
- El resultado era que existía una necesidad urgente de formar adiestradores de ONG y dirigentes juveniles sobre la salud reproductiva de los adolescentes y de concienciar a estos últimos sobre la disponibilidad de información solvente.

Recuadro 9

Rasgos de enfoques satisfactorios para el suministro de información a los adolescentes

La información:

- Debe ser interactiva — la comunicación interactiva tiene mucho más valor, porque permite al joven hacer preguntas y explorar cuestiones de especial interés individual, asegurándose de que la información

Recuadro 9 (continuación)

tiene un mayor grado de pertinencia personal (90, 91). Un enfoque de esas características sobre el intercambio de información valida la importancia de aquello de lo que el joven cree que es útil e importante hablar, lo que contribuye a avivar su interés por el contenido del sector. Ese enfoque aumenta la probabilidad de que se trate la información pertinente para la situación vital del joven o a que se le preste mayor atención. De manera general, las formas interpersonales de suministrar información tienen más posibilidades de ser interactivas; sin embargo, algunos enfoques de medios de comunicación que se analizan en esta sección son igualmente interactivos.

- Debe ser activa en su enfoque — además de ser interactivos, los enfoques para el suministro de información pueden ser también activos físicamente, dando a los jóvenes una oportunidad de moverse y si es posible (y apropiado para el contexto, la cultura y el tipo de información que se intercambia) utilizar el mayor número posible de sentidos para potenciar el proceso de aprendizaje. Los enfoques activos contribuyen a que el aprendizaje sea divertido. La evaluación de los componentes del intercambio de información de la programación para jóvenes confirma de manera sistemática que los jóvenes responden bien a los métodos activos (y los prefieren), así como los enfoques interactivos (92; YWCA, datos inéditos, 1995; Cruz Roja de Jamaica y Cruz Roja Americana, datos inéditos, 1995; C. Lane, datos inéditos, 1995).
- Debe ofrecerse a un público «voluntario», en oposición a «obligado» — es más probable que tenga una actitud receptiva alguien que elige recibir la información ofrecida, y no alguien a quien se impone la información. En contextos como las aulas, por ejemplo, la utilización de los enfoques de pregunta-y-respuesta u otros métodos interactivos resulta especialmente útil para contribuir a que aumente la sensación de iniciativa o de control por parte de unos asistentes que no han elegido estar allí (93).
- Debe ajustarse a las necesidades de adolescentes concretos — las actividades para intercambiar información que trate de preocupaciones, necesidades o cuestiones bien conocidas por los jóvenes se consideran importantes para aumentar su utilidad, y para asegurar (en la medida de lo posible) que la información se intercambia de una manera que ayuda a la persona a entenderla y a absorberla.
- Debe llegar a un elevado número de personas — alcanzar al mayor número posible de personas es también una meta importante del intercambio de información. Evaluar la capacidad que tiene un enfoque de conectar con los jóvenes requiere llevar a cabo una cuidadosa identificación de la población de jóvenes o adultos a los que se quiere informar mediante ese enfoque. Así por ejemplo, algunos enfoques pueden ser muy eficaces para entrar en contacto con el mayor número posible, pero ser ineficaces para llegar a los adecuados porcentajes de determinados grupos de jóvenes o adultos a los que se ha identificado para recibir la información.

para el niño y el adolescente. En temas delicados, sin embargo, como la sexualidad y el uso de sustancias ilegales, los adultos, con frecuencia, o son incapaces de analizar esas cuestiones o no están dispuestos a hacerlo, en especial con sus hijos.

De adolescentes con adolescentes — aunque lo típico es que se utilice en la educación entre compañeros, proporcionada por jóvenes de una edad similar, ya formados, este método se usa con más frecuencia entre amigos que están igualmente desinformados. En países donde barreras culturales y religiosas dificultan la información de los adolescentes sobre sexualidad y salud reproductiva, los jóvenes están obligados a obtener información de sus amigos. De esa manera se perpetúan los mitos, y la información errónea puede tener resultados desastrosos. La educación entre compañeros, allí donde se produce, puede distinguirse de la «orientación entre compañeros», ya que esta última requiere un enfoque más complejo, formación, supervisión y apoyo (94). Ampliar la capacidad para la educación entre compañeros propiamente dicha puede ayudar a reducir la información errónea de los adolescentes.

También se ha descubierto que la educación entre iguales es un enfoque eficaz para intercambiar información. A menudo los jóvenes están dispuestos a escuchar y a seguir los consejos de sus compañeros. La investigación indica que la educación de la mano de homólogos es por lo menos tan satisfactoria como la educación dirigida por adultos en el caso de programas para reducir los riesgos sanitarios en cuestiones tales como el abuso de drogas, la prevención del embarazo y el VIH (95). Se ha comprobado que los jóvenes que manifiestan su apoyo, y funcionan como modelos en el caso de comportamientos de importancia para la prevención (como pensar en las posibles elecciones personales antes de iniciar una relación sexual, utilizar un preservativo y evitar el abuso del alcohol), ayudan a crear y a fortalecer actitudes positivas en grupos, orientándolos hacia el comportamiento sano. Como modelo de conducta, los compañeros pueden ser muy eficaces a la hora de potenciar el intercambio de información como una forma de intervención (51, 96).

La línea directa — organizada de ordinario por alguna ONG, la consulta telefónica directa proporciona un servicio de persona a persona que se ha popularizado en muchos países. Asegurando la confidencialidad, el «orientador» puede analizar delicados problemas de salud con clientes jóvenes, aconsejarlos y organizar, según convenga, una visita a servicios de salud, a médicos privados o a servicios sociales. En países como Indonesia (97) y Filipinas (98), un gran número de consultorios telefónicos directos, de ordinario en

zonas urbanas, proporcionan un servicio valioso ayudando a quitar tensión a situaciones delicadas y a resolver problemas individuales. Los servicios pueden ser anónimos, sin dejar por ello de adaptar la ayuda prestada a las necesidades personales de los clientes. Se trata de dos características importantes: la primera hace que el consultorio telefónico dé mayores facilidades de utilización a jóvenes temerosos de recurrir a otras fuentes, y la segunda proporciona información concreta y, en ocasiones, cierto grado de orientación. Aunque el consultorio telefónico está básicamente limitado a las zonas urbanas, cabe hacerlo también accesible allí donde existan teléfonos públicos en lugares frecuentados por jóvenes, como fábricas y centros para la juventud.

De adolescentes con grupos — la educación entre iguales en grupos pequeños figura en varios programas de salud para adolescentes que han tenido éxito, y se considera muy eficaz para transmitir información sobre cuestiones delicadas (99). Se han elaborado métodos integrales de formación. Los educadores entre compañeros ayudan a veces a contactar con los padres y las comunidades, así como a proporcionar información, por ejemplo, sobre la disponibilidad de servicios de salud y de orientación. El recurso a los compañeros ha resultado particularmente satisfactorio con grupos muy vulnerables como niños de la calle y profesionales del sexo. Los educadores entre iguales también distribuyen preservativos entre jóvenes solteros, sexualmente activos, ajenos al sistema escolar y sin acceso a las clínicas de planificación familiar. Un aspecto que a menudo descuidan los educadores entre compañeros de muchos países es la información práctica sobre servicios: qué servicios están disponibles, para qué sirven, cómo hay que utilizarlos, cuáles son sus características (inclusive si son confidenciales, privados y de bajo costo), y dónde es posible acceder a ellos. Información de esas características tiene muchas probabilidades de lograr que los servicios sean de verdad accesibles a los jóvenes.

De adultos con grupos — es la forma más tradicional de instrucción, suministrada de ordinario por enseñantes en el contexto oficial del centro docente, en el más informal de los clubes juveniles y en ocasiones en la clínica de salud. El centro docente proporciona la mejor oportunidad, en principio, para un programa progresivo de instrucción sobre salud y sobre comportamiento promotor de salud; sobre aptitudes para la vida y sobre sexualidad y salud reproductiva, abuso de sustancias, nutrición y prevención de accidentes, con inicio a una edad muy temprana y que continúe durante el periodo adolescente hasta la primera madurez. En el mundo desarrollado existen algunos buenos programas modelo de esas características. En

la mayoría de los países en desarrollo, sin embargo, la información sobre sexualidad adolescente y salud reproductiva y sobre el uso de sustancias no figura en el plan de estudios escolar, y a los enseñantes pocas veces se los forma o se les autoriza a tratar esos temas delicados. Incluso en países donde la comunicación no encuentra obstáculos, la información sobre sexualidad y salud reproductiva o uso de sustancias a menudo les corresponde llevarla a cabo a profesores que no están adecuadamente preparados para tratar el tema y para comunicar con los jóvenes de manera interactiva, lo que hace que esa información carezca de interés.

Los clubes juveniles, a menudo dirigidos por ONG, ofrecen muchas oportunidades para que dirigentes juveniles y oradores invitados de la comunidad informen a los jóvenes. Las aportaciones y participación de los jóvenes en la planificación son cada vez más habituales, incluso cuando el dirigente es un adulto. Muchos de esos clubes, de ordinario en zonas urbanas (Metro-Manila en Filipinas y Tegucigalpa en Honduras, por ejemplo) atienden de manera específica las necesidades de información de los adolescentes, y dirigen reuniones de grupo para abordar con menos tensión cuestiones delicadas. Las reuniones ofrecen a los jóvenes la oportunidad de dar a conocer sus problemas y de recibir respuestas solventes. Los clubes juveniles, sin embargo, también están bajo la influencia de barreras locales culturales y religiosas, y en algunos países se restringe la naturaleza de la información sobre temas delicados. Aunque las clínicas sanitarias, incluidos los centros de atención primaria, salud maternoinfantil (MCH), clínicas para ITS y planificación familiar, organizan a veces sesiones de educación sanitaria para grupos de jóvenes, eso no se suele considerar una de sus funciones primordiales. Las actividades de información, en consecuencia, a menudo se descuidan o son ineficaces. Raras veces se alientan las preguntas, de manera que la escasa información suministrada carece de valor para las necesidades específicas de los jóvenes. Son una excepción las clínicas dirigidas por ONG progresistas que se ocupan específicamente de los jóvenes.

Son muchos los métodos creativos que se han ensayado y que han resultado muy eficaces a la hora de intercambiar información con los jóvenes. Entre los métodos básicos, útiles e interesantes, de intercambiar información, utilizados en todo el mundo, figuran los grupos de debate de reducidas dimensiones, las reuniones de reflexión y medios tradicionales folclóricos, como juegos, narraciones y proverbios, y las artes (pintura, cine, fotografía, música, teatro, danza, poesía, etc.) (93, 100, 101). Un ejemplo de un juego que se ha adaptado para intercambiar información sobre salud es el juego de la oca, que utiliza dados para determinar los movimientos de los

contendientes sobre el tablero. A los jugadores se les pide que contesten preguntas sobre determinados temas sanitarios para seguir adelante. De manera individual o por equipos, este juego ha resultado atractivo para jóvenes de todo el mundo y se ha adaptado para proporcionar información sobre cuestiones como crecimiento y desarrollo, sexualidad, prevención del embarazo, ITS (incluida la infección por el VIH) y prevención del abuso de sustancias (101). En el Perú, se elaboró un juego similar llamado *El camino a la salud* para intercambiar información sobre la prevención del cólera. También se animó a los jóvenes para que llevaran al hogar, a los miembros de su familia, la información que habían adquirido sobre higiene y prevención de las enfermedades (88). Tanto jóvenes como adultos han dirigido enfoques participatorios con los que se ha tenido éxito en programas de educación entre compañeros en Botswana, China, Filipinas, Indonesia y Jamaica (Cruz Roja de Jamaica y Cruz Roja Americana, datos inéditos, 1995; P. Kickey, datos inéditos, 1995; Asociación Cristiana Femenina (YWCA), datos inéditos, 1995; 102). En algunas culturas, la técnica de utilizar equipos de debate se ha aplicado a la salud, estimulando discusiones apasionadas dentro de un contexto que exige precisión, un enfoque lógico, y atención a las reglas de procedimiento. Tales debates ofrecen además a los dirigentes una oportunidad para oír un amplio abanico de opiniones, descubriendo tal vez que esos grupos aceptan mitos o información errónea que quizás habían pasado inadvertidos.

Medios de comunicación

«Medios de comunicación» es un título descriptivo que hace referencia a una amplia categoría de intervenciones para suministrar información, intervenciones que pueden tener como destinatario, alcanzándolo, un público muy numeroso. La radio, la televisión, el cine, los medios impresos de comunicación e Internet son ejemplos de medios de comunicación con potencial para entrar en contacto con un número muy elevado de jóvenes. Con los medios de comunicación y con los espectáculos que suministran información se pueden lograr varios objetivos: aumentar los conocimientos, influir en actitudes y normas sociales y alentar cambios (o la perseverancia) en el comportamiento.

Cuando se selecciona el tipo adecuado de medio de comunicación para un determinado grupo de jóvenes, y la intervención está bien diseñada, esos enfoques de programación tienen gran atractivo para públicos jóvenes, aumentando las posibilidades de que la información que se desea ofrecer sea escuchada y creída. Por lo que se refiere a la radio y la televisión, es necesario hacer una prueba para determinar si

los jóvenes se proponen escuchar (o ver) el programa de información y si consideran que el presentador es creíble. Cuando los medios de comunicación se utilizan para alentar el comportamiento sano, es importante que los actores y presentadores sean vistos como personas que los jóvenes quieren emular. Como es lógico, los modelos de conducta varían según los diferentes grupos, y es necesario averiguar la reacción de los jóvenes ante quienes aparecen en los programas antes de intentar una distribución más amplia, para aumentar así las probabilidades de que los destinatarios quieran adoptar el comportamiento mostrado o sugerido.

Es necesario que los jóvenes, los adultos que participan en la programación de la salud de los adolescentes y las personas del sector de la comunicación colaboren en el diseño y ejecución de los programas de los medios de comunicación. Esa colaboración se ha conseguido en muchos países, con la preparación, por ejemplo, de obras de radioteatro y teleteatro juveniles que presentaban información sobre salud reproductiva. Los periódicos, la radio y la televisión son ejemplo, todos ellos, de fuentes unidireccionales de información. Sin embargo, una información cuidadosamente organizada y repetida con frecuencia, sobre todo en horas de máxima audiencia en el caso de la radio y la televisión, puede influir en las opiniones e incluso en el comportamiento de los jóvenes en materia de nutrición, salud reproductiva y prevención del abuso de sustancias. En la mayoría de los países en desarrollo, el efecto de los periódicos y de la televisión se reduce a las ciudades, debido al bajo nivel de alfabetización y a la escasez de receptores en muchas zonas rurales. Esto, sin embargo, está empezando a cambiar debido a la utilización cada vez mayor de vídeos, que pueden llevar el impacto visual de la televisión al campo y a las aldeas.

El componente visual potencia en gran medida el interés y el impacto de la televisión. Se trata de un medio de comunicación que se ha utilizado con éxito en la mayoría de los países para informar a los jóvenes e incrementar los esfuerzos de prevención en materia de transmisión del VIH. La televisión puede difundir información sobre cuestiones relacionadas con la salud de los adolescentes por medio de series de teleteatro, como la realizada en Filipinas acerca del embarazo adolescente (103). La televisión también ha proporcionado un vehículo para telenovelas populares que encaran los problemas de salud de los adolescentes en América Latina. En México, una miniserie televisiva fue componente importante de un proyecto para promover la responsabilidad sexual de los adolescentes. El Programa Nacional de Colombia para la Educación Sexual ayudó a superar la resistencia de la población a la educación sexual en los centros

públicos de enseñanza con una serie semanal de televisión que utilizó actores populares para tratar problemas de adolescentes típicos de clase media con un ameno formato de telenovela (84). Como en el caso de la radio, son escasos los resultados que se logran con una sola presentación, y es esencial la repetición durante un periodo prolongado para lograr un efecto duradero sobre los jóvenes. La idea de una campaña multimedia se ha intentado y puesto a prueba con éxito en muchos países.

La disponibilidad de la radio es universal, y los programas en idiomas locales llegan a los centros docentes y a los jóvenes así como a las comunidades de adultos. Un ejemplo de la utilización de la radio para intercambio de información y para aumentar la sensibilización sobre temas de salud reproductiva, uso de drogas y otras cuestiones es la radionovela *Dehleez* en la India (G. Giridhar, datos inéditos, 1995), emitido en 52 episodios anuales. La obra está dirigida a los adolescentes, y cuenta con el apoyo de la abundante retroinformación postal de sus oyentes, unos 800000. Como en el caso de todos los programas de éxito en los medios de comunicación de masas, esta intervención estuvo precedida por un cuidadoso estudio sobre actitudes y opiniones de los oyentes, y la información fundamental sobre salud sexual y reproductiva se integró en la serie y se repitió con frecuencia. El popular programa de Radio Botswana *Charla entre adolescentes*, que es parte de un programa de Botswana en el que se utiliza un enfoque, basado en la camaradería, para la orientación (YWCA, Asociación Cristiana Femenina, datos inéditos, 1995), está diseñado y realizado por los mismos jóvenes. De manera similar, las actividades con series de radioteatro dirigidas por el proyecto de la Cruz Roja de Jamaica para la prevención por toda la isla del VIH/SIDA entre la juventud ha tenido un éxito equivalente al aumentar los esfuerzos para la educación entre iguales (Cruz Roja de Jamaica y Cruz Roja Americana, datos inéditos, 1995).

Estrellas de rock, cantantes y actores populares dan credibilidad, al mismo tiempo que publicidad, a canciones, series televisivas y telenovelas que tratan temas relacionados con sexualidad, salud reproductiva, dependencia de las drogas y del alcohol y violencia (104). Esas figuras del mundo del espectáculo cumplen un importante cometido para la sensibilización de los jóvenes y, en los casos en que la estrella es un modelo de conducta, incluso para el cambio de comportamiento. En la República Democrática del Congo, la colaboración de una conocida voz del mundo de la canción se consideró la intervención de salud pública más eficaz del país entre las actividades para prevenir la transmisión del VIH (103). En Burkina Faso, Malí y Senegal, 12000 jóvenes participaron en un concurso de guiones

breves para realizar un vídeo sobre el VIH/SIDA. El archivo con los 150 guiones seleccionados permite conocer mejor la manera de hablar, las perspectivas, preocupaciones de los jóvenes, así como posibles soluciones, y proporciona la base para formular estrategias de comunicación más eficaces. Treinta de los mejores guiones se emitirán en Burkina Faso (105).

En 11 países (entre los que figuran Bolivia, México y Perú) se descubrió que las canciones eran una parte importante de los programas de educación sanitaria al llamar la atención sobre el mensaje de que «Está bien decir no» como parte de un programa de prevención del embarazo adolescente dirigido a jóvenes de 13 a 18 años. Se utilizaron grupos focales con adolescentes para determinar los mensajes que se iban a utilizar, y los dos cantantes (chico y chica) se eligieron con cuidado. Una canción alcanzó el primer puesto de la lista de éxitos en México al cabo de 6 semanas y la escucharon millones de jóvenes (100). Los espectáculos son, casi por definición, populares, de manera especial entre los jóvenes, ya que se ocupan sobre todo de relaciones interpersonales. Un ejemplo de lo que se puede hacer para subrayar la importancia de las relaciones es una serie de concursos para que los jóvenes escribieran teatro, que tuvieron mucho éxito durante los años ochenta, y que inició el Centro de Orientación para Adolescentes de México. Los ganadores han procedido con frecuencia de los sectores económicamente más desamparados de la sociedad, y sus obras se representan en público con considerable impacto sobre los espectadores. Se tiene noticia de experiencias similares en muchos países africanos, como por ejemplo Etiopía, donde un grupo itinerante ha actuado ya ante 65 000 jóvenes (106).

La radio, la televisión y las artes interpretativas pueden ofrecer, como estamos viendo, información importante de formas amenas y creíbles. En Bolivia, los ministerios de Salud y de Educación han utilizado la radio con éxito para hacer llegar a las aulas información sobre prevención de enfermedades (se empezó con la prevención de la diarrea y la rehidratación oral, y después se amplió el campo hasta incluir el cólera, la higiene personal y dental, las infecciones respiratorias agudas, la inmunización, las enfermedades infecciosas y la prevención de accidentes). El programa radiofónico hace hincapié en actividades que los jóvenes pueden realizar en beneficio propio o para otros de menor edad (107).

Periódicos, revistas y otro material impreso también desempeñan un papel importante en el intercambio de información sobre temas de salud. En algunos casos, historias no investigadas y relatos

sensacionalistas se traducen en información errónea. Dado que muchos jóvenes obtienen información gracias a material impreso de esas características, es vital que los programadores tengan conocimiento del contenido factual de los artículos, así como de las opiniones recogidas por la prensa.

Los periódicos siguen siendo una fuente importante de información. En Zimbabwe, el 50% de los alumnos de enseñanza secundaria citaban la prensa como su primera fuente de información sobre sexualidad adolescente y salud reproductiva (108), seguida por la televisión, la radio y las revistas. Sólo el 20% mencionó a los dispensadores de atención de salud como fuente primordial, al mismo nivel que sus compañeros de clase. Un resultado parecido se obtuvo en Nigeria, donde el 42% de los adolescentes afirmaron que su primera fuente de información sobre esos temas eran la televisión y los periódicos. Se instó a los medios de comunicación para que proporcionaran información exacta con objeto de corregir algunos errores y promover prácticas sanas de prevención. Una encuesta entre jóvenes, llevada a cabo en la Federación de Rusia, puso de manifiesto que sus fuentes preferidas de información eran los medios de comunicación (109).

Otros tipos de material impreso son también medios importantes para suministrar información. En Kenya se ha elaborado y distribuido ampliamente un folleto, para niños a las puertas de la adolescencia, que se ocupa de cuestiones como desarrollo sexual, salud emocional, menstruación y embarazo, riesgos sanitarios del embarazo adolescente, espaciamiento de los embarazos y nutrición. El folleto se propone ayudar a los jóvenes a entender el nacimiento, así como el proceso de crecer y desarrollarse, y parece haber ayudado a los jóvenes a adquirir actitudes sanas acerca del sexo (110).

Otro ejemplo del uso innovador del material impreso para informar a los adolescentes es una novela romántica elaborada por un equipo de investigación Chiang Mai en Tailandia. La novela, sobre una joven trabajadora infectada por el VIH, se propone aumentar la sensibilización de las jóvenes ante el riesgo de contraer el VIH/SIDA. Después de leer la novela, el grupo destinatario de jóvenes obreras mostró un mayor conocimiento de su vulnerabilidad al VIH/SIDA (111).

Aunque a menudo se considera que los medios de comunicación son unidireccionales, hay muchas maneras de lograr alguna forma de interactividad; figuran entre ellas las llamadas telefónicas directas a los programas de radio; las secciones de preguntas y respuestas en revistas y diarios; los debates con jóvenes o entre jóvenes en

televisión y radio; y las obras escritas o interpretadas por jóvenes en los medios de comunicación. Otra innovación — la cabina informática — simula la interacción entre jóvenes y camareros, y se ha utilizado para informar e investigar sobre abuso de sustancias. En uno de los casos, un programa individual interactivo fue utilizado por jóvenes en un congreso de scouts (al que asistieron veinte mil jóvenes), y en diferentes emplazamientos urbanos. En muchos países en desarrollo, y tanto en contextos rurales como urbanos, se pueden utilizar de manera eficaz formas más tradicionales de comunicación, que ayuden a consolidar la experiencia que ya existe en muchas sociedades.

En 1992, Radio Shanghai, en China, inició un programa, llamado *Susurros*, que acepta preguntas escritas, enviadas por los oyentes, sobre salud sexual y reproductiva. El programa de 20 minutos, que se ocupa de temas como ideas falsas y mitos, aborto e ITS (incluido el VIH/SIDA), se emite dos veces al día a última hora de la noche y, según se asegura, es escuchado en casi la mitad de China. Las respuestas a las consultas se dan en el programa, y se requieren más aclaraciones o un oyente necesita información sobre dónde conseguir atención médica, las contestaciones se envían por correo. Con el fin de proporcionar una cobertura integral, el personal de *Susurros* ha producido además casetes y libros sobre los temas tratados en el programa, y se ha establecido un centro de orientación (112).

Otros proyectos dignos de mención son la elaboración e impresión de octavillas y folletos, hojas informativas y boletines, como materiales de apoyo para el aprendizaje, dirigidos tanto a los jóvenes como a la comunidad, o como instrumento promocional para informar a los jóvenes de la disponibilidad de servicios (N. B. Katunzi, datos inéditos, 1995; Cruz Roja de Jamaica y Cruz Roja Americana, datos inéditos, 1995; 92). Los mejores resultados se obtienen cuando los adolescentes participan activamente en el diseño de los materiales, o asumen incluso la plena responsabilidad de su producción y difusión. El valor de tales materiales radica en que suministran información precisa sobre diferentes aspectos de la salud y el desarrollo de los adolescentes, y ayudan así a disipar mitos muy extendidos en países donde está prohibido hablar libremente sobre sexualidad y otras cuestiones delicadas.

Las fotonovelas y las revistas de historietas se usan con asiduidad en todo el mundo desarrollado como medio para transmitir información sanitaria de forma amena. En muchos países, las revistas de historietas son el material básico de lectura de los adolescentes, y las ONG y los programas de la salud de los adolescentes han diseñado historietas revistas que contienen información sobre la sexualidad de

los adolescentes y la salud reproductiva, y también sobre el uso de sustancias, todo ello integrado en la línea argumental. En Nigeria, por ejemplo, periódicos y revistas con estilo de tebeos tienen mucha credibilidad y son muy populares, y han demostrado su eficacia en la educación de los adolescentes sobre salud reproductiva, sexualidad e ITS, incluido el VIH/SIDA (113).

Informar mediante métodos interactivos es vital para la programación que se propone influir sobre actitudes y elecciones comportamentales en materia de salud sexual y reproductiva. Un metanálisis de la eficacia de programas estadounidenses, con base en centros docentes, para reducir el comportamiento sexual de riesgo (96), identificó que el suministro de información por medio de métodos interactivos de aprendizaje era una de las seis características distintivas de los programas con capacidad para reducir las tasas de embarazos no deseados y de ITS (incluido el VIH). El análisis señala que los programas eficaces proporcionaban información básica y precisa sobre los riesgos de las relaciones sexuales sin protección y sobre los métodos para evitarlos, por medio de actividades basadas en la experiencia diseñadas para personalizar la información, en lugar de recurrir a la instrucción didáctica. Entre los métodos interactivos figuraban diversos juegos y grupos reducidos de debate. Si bien la ampliación de los conocimientos no era la meta principal de estos programas, todos suministraban la información básica que los estudiantes necesitaban para evaluar los riesgos y evitar las relaciones sexuales sin protección, haciendo hincapié en los hechos básicos necesarios para tomar las pertinentes decisiones comportamentales.

Un análisis de la eficacia de las medidas para reducir el riesgo entre los jóvenes en determinados sectores de la salud (114) ofrece conclusiones sobre la utilidad de suministrar información como iniciativa para prevenir el abuso de sustancias. Según el análisis, una valoración de los programas para adolescentes sobre tabaco, alcohol y abuso de drogas halló que los programas centrados únicamente en conocimiento y actitudes tenían un efecto limitado (115). La conclusión fue que a menudo tales programas no llegan a tratar los factores psicosociales que fomentan el uso de sustancias, en especial la influencia de los iguales y la de la comunidad.

La programación que se ocupa específicamente de la influencia de los medios de comunicación sobre las elecciones de los jóvenes relativas al tabaco, el alcohol, las drogas y el sexo es un componente esencial de iniciativas encaminadas a modificar comportamientos (34, 51). Esa programación incluye el análisis por parte de los adolescentes de la manera que tienen los medios de comunicación de presentar las

drogas y diferentes formas de uso de drogas, o de presentar el sexo y las relaciones sexuales. La programación incorpora la consolidación de competencias para contribuir a que los jóvenes aprendan a responder a la presión de los medios. Sin embargo, las actividades centradas en la exploración y ampliación de conocimientos sobre lo que aparece en los medios de comunicación sólo son un primer paso. Los datos sobre la eficacia están relacionados con la comunicación interpersonal, porque se requiere la comunicación interpersonal para debatir y aclarar por completo esas cuestiones. En el recuadro 10 se ilustran varios ejemplos evaluados de programas que demuestran la eficacia de los medios de comunicación y de las diversiones para proporcionar información e influir de manera positiva en el comportamiento de los adolescentes.

Suministro eficaz de información: lecciones aprendidas

Aunque todavía quedan sin responder muchas preguntas sobre qué es lo mejor para el suministro eficaz de información, está claro que se deben hacer esfuerzos para aprovechar las diferentes maneras de llegar a los jóvenes, sobre todo por medio de la participación directa. Utilizar en gran escala los medios de comunicación para difundir información sanitaria básica que pueda después transmitirse por medios interpersonales es importante para maximizar las posibilidades de alcanzar a los jóvenes (65).

Tiene importancia presentar información a los jóvenes sin hacer juicios sobre su contenido, ya que de esa manera resulta posible suministrarles información pertinente y alentar elecciones sanas sin condenar las opciones que puedan preferir adolescentes concretos. Las personas que tienen experiencia sobre el terreno en el trabajo con jóvenes señalan que ese enfoque favorece la participación de los jóvenes y la responsabilidad por las acciones personales (Asociación Cristiana Femenina, datos inéditos, 1995).

El debate y las preguntas potencian el suministro de información a individuos y grupos. Entre las condiciones que fomentan un clima de apoyo figuran la aceptación de todas las preguntas, la buena disposición del moderador, su habilidad para ofrecer la información o para identificar otras fuentes de información y el respeto mutuo entre los participantes y el moderador. Tales condiciones son importantes para la comunicación sobre todos los temas de salud, y vitales para intercambiar información y debatir la salud sexual, el abuso de sustancias, la violencia y otros temas potencialmente delicados.

Es más fácil que las personas respondan a la información si la escuchan con frecuencia. Los programas de salud que se proponen

Recuadro 10

Suministro de información — pruebas sobre el terreno

México — un ejemplo de eficacia de los medios de comunicación para hacer llegar información a los jóvenes por medio de canciones y vídeos es la campaña multimedia realizada en México para instar a los jóvenes a que retrasaran las relaciones sexuales. El popular dúo formado por Tatiana y Johnny grabó canciones y un vídeo musical alentando la abstinencia.

Según los resultados de una encuesta en la que participaron 2296 jóvenes, el 98% recordaba la canción cuando se mencionaba el título y el 51% había hablado con amigos de las canciones (116, 117).

En la República Democrática del Congo, el Proyecto SIDA Medios de Comunicación puso en marcha una campaña para aumentar la utilización de preservativos con el fin de promover prácticas sexuales más seguras entre jóvenes de 12 a 19 años y futuros progenitores de 20 a 30 años. El componente del mundo del espectáculo que formaba parte del proyecto incluía cuñas en radio y televisión, vídeos musicales, dramas y calendarios con historietas. Los investigadores evaluaron el programa mediante estudios periódicos sobre los conocimientos, actitudes y prácticas, seguidos de una encuesta posterior a la intervención, una vez terminadas las emisiones.

Resultados: se registró un 15% de aumento en la utilización de preservativos y un aumento en las ventas de preservativos, que pasaron de 900 000 a 18,3 millones a lo largo de los tres años de la campaña (118).

En 1988, el Proyecto de los Jóvenes en Filipinas promovió la responsabilidad sexual por medio de dos canciones tituladas «*Esa situación*» y «*Todavía creo*» que contaron con el apoyo de una línea telefónica directa de orientación con el nombre de «Llama-a-un-amigo». La evaluación del proyecto se llevó a cabo tanto mediante la vigilancia de la línea directa como por medio de encuestas en tres partes: antes, durante y después de la emisión.

Resultados: el 92% de la población destinataria escuchó las canciones en la zona de Metro Manila, y el 44% de los encuestados dijo que habló con sus padres o con amigos sobre las canciones. Una cuarta parte de los que utilizaron la línea telefónica directa dijeron que buscaban información sobre anticoncepción (119).

El Proyecto Soul City de Sudáfrica es un ejemplo de programa de medios de comunicación que utilizó múltiples canales para comunicar información sobre salud maternoinfantil y alentar así el comportamiento sano. La campaña multimedia tenía por destinatarias a jóvenes pertenecientes a grupos con ingresos muy reducidos, centrándose en temas como lactancia materna, maternidad sin riesgo, nutrición del lactante, inmunización, diarrea, enfermedades respiratorias, malos tratos a niños y accidentes. La campaña incluía un espectáculo dramático de televisión, emitido en horas de máxima audiencia, titulado «Soul City», un drama radiofónico titulado «Healing hearts», anuncios

Recuadro 10 (continuación)

en la prensa y un folleto ilustrado que abarcaba los temas sobre salud maternoinfantil antes mencionados. El Instituto de Atención Primaria de Salud Urbana (IUPHC) presenta el material utilizado como «eduver-sión», es decir, educación combinada con diversión. Los espectáculos dramáticos presentaban distintos dilemas sanitarios y mostraban, de manera amena, cómo los personajes les daban solución.

Resultados: la campaña del IUPHC fue evaluada por investigadores que entrevistaron a una muestra nacional de 800 sudafricanos negros de edades superiores a los 16 años. El contacto con los programas del IUPHC y los conocimientos sanitarios adquiridos se evaluaron en entrevistas individuales. Los resultados de la evaluación indican que la campaña contactó aproximadamente con 8,1 millones de personas y con un 46,8% de sudafricanos negros mayores de 15 años. El material tuvo mucho éxito con el público de muchachas con ingresos bajos que era su destinatario principal y fue especialmente bien recibido en las zonas rurales. La combinación de material educacional y teatral resultó claramente más atractiva que sus componentes por separado. Cerca de un millón de sudafricanos adultos de raza negra manifestaron haber cambiado su comportamiento como resultado del programa multimedia del IUPHC y el 87% de los encuestados dijeron que utilizarían la información cuando surgiera la necesidad. Entre los ejemplos de cambios de comportamiento señalados figuraban el tratamiento de traumatismos, la lactancia materna, el debate sobre los malos tratos a los niños, el suministro de líquidos a los niños para luchar contra la diarrea, la utilización de preservativos y las visitas a dispensarios (120).

influir sobre el comportamiento confían a menudo en anuncios gratuitos de servicios públicos que se emiten raras veces y fuera de las horas de mayor audiencia. No es probable que de ese modo se alienten cambios de comportamiento. En los primeros estadios de la pandemia de VIH/SIDA se aprovecharon todos los medios públicos y privados de comunicación, logrando con ello, como era de esperar, influir en gran manera sobre el comportamiento. Sin embargo, debido a la disminución progresiva de las asignaciones para campañas en los medios de comunicación, la influencia sobre el público se redujo (65).

Al poner en marcha Soul City — una intervención en la que se utilizan medios de comunicación y que ha sido evaluada como satisfactoria para potenciar el conocimiento en materia de salud maternoinfantil y alentar elecciones comportamentales sanas — el Instituto de Atención Primaria de Salud Urbana en Sudáfrica identificó los tres factores que se citan a continuación como necesarios para el éxito (120):

- Popularidad — cada medio de comunicación debe utilizarse en su forma más popular, lo que presupone disponer de las horas de máxima audiencia y la utilización del género más popular y accesible.
- Multiplicidad de medios — debe utilizarse más de un tipo de medio con el fin de maximizar la audiencia de las distintas campañas mediáticas.
- Investigación formativa — es necesario consultar de manera continua al público destinatario y a los expertos del sector, además de realizar pruebas previas y de modificar los materiales.

Los esfuerzos interpersonales y de los medios de comunicación para suministrar información deben determinar el tipo de información que necesitan los jóvenes para tomar decisiones comportamentales que favorezcan el desarrollo y el sostenimiento de la salud, y aseguren que la programación, además de describir los problemas de salud, ofrece información sobre cómo prevenirlos. La información sobre la prevención del abuso de sustancias debe relacionarse con el efecto de las sustancias sobre la capacidad de juicio, por ejemplo, más que con el catálogo de las drogas de las que abusa la gente (J. Howard, datos inéditos, 1995). Por lo que hace a la salud reproductiva, la información funcional debe abarcar los hechos relativos a la anticoncepción, a las ITS, y a la correlación entre el tratamiento de las ITS y la prevención de la infección por el VIH. La información práctica sobre la prevención de la infección por el VIH abarca hechos básicos como la manera en que el virus se propaga o no se propaga, cómo una persona puede prevenir la propagación del VIH, y dónde hacerse pruebas y obtener servicios de orientación (96). Por lo que se refiere a la prevención de la violencia, se necesita información sobre las diversas maneras no agresivas de expresar la indignación. También es vital intercambiar información sobre servicios como los de orientación, para el tratamiento de las ITS y líneas telefónicas de consulta directa que están disponibles para los jóvenes.

Aunque el objetivo de conjunto de la programación sea informar a los jóvenes sobre determinadas cuestiones sanitarias, quizá se necesite retrasarlo para darles la oportunidad de debatir otras cuestiones o temas de salud de interés más inmediato para ellos. Responder a su orden de prioridades tiene varias ventajas. Figuran entre ellas captar el interés de los adolescentes, mostrar flexibilidad, tener en cuenta sus aportaciones al preparar el orden del día y convencerlos de que se tendrán en cuenta sus necesidades. Por lo que se refiere a las diversiones, el UNICEF ha identificado los siguientes factores que aumentan el ámbito, atractivo e influencia de las diversiones populares en beneficio de la salud:

- Debe llamarse la atención sobre la salud de manera clara, con un alcance limitado y formando parte integral del espectáculo.
- Es necesario que se establezcan asociaciones entre los medios de diversión y los expertos del sector de la salud.
- Debe evaluarse la capacidad de los medios de diversión.
- Los estudios de evaluación deben contar con indicadores claros del impacto de los programas de diversión.
- Los programas de diversión deben alentar la comunicación interpersonal.

Existen limitaciones importantes acerca de lo que se puede lograr sólo con el suministro de información. Algunos programas de educación para prevenir el uso de drogas, elaborados y aplicados en Australia, los Estados Unidos y el Reino Unido en los años setenta y ochenta, que se centraban en suministrar información, daban por sentado que hablar a los jóvenes de los peligros de las drogas bastaría para disuadirlos de usarlas. La evaluación de los programas indica, sin embargo, que no se produjeron cambios ni tampoco aumento en el consumo de drogas (121-123). Proporcionar información clara y precisa sobre temas sanitarios de interés para los jóvenes es esencial para la programación, pero el conocimiento solo no basta para ayudar a los jóvenes a adquirir y sostener un comportamiento sano en materia de nutrición, sexo, alcohol y uso de drogas. Como se ha señalado en la introducción a este capítulo, para promover la salud y el desarrollo de los adolescentes se necesitan, conjuntamente, competencias en materia de información, servicios y entorno de apoyo.

Debe señalarse que las intervenciones centradas en el trato con compañeros pueden tener sobre los participantes efectos negativos no buscados si requieren un aumento del contacto con compañeros cuyas actitudes o comportamiento son indeseables (64). Esta afirmación se aplica a la ejecución de cualquiera de las intervenciones más importantes, pero se señala aquí en asociación con el suministro de información, dado que muchos programas se basan en el intercambio de información entre grupos de adolescentes en circunstancias similares.

Existen métodos para proporcionar información que no se han puesto a prueba pero que son prometedores, como sucede con la tecnología informática. Aunque esto puede parecer demasiado lejano en el caso de un gran número de países económicamente desfavorecidos, los cambios se están produciendo mucho más deprisa de lo esperado. Los jóvenes se acostumbran con la mayor naturalidad al uso de los ordenadores, que prometen ser, en el futuro, un método rápido, ameno, personalizado e interactivo de promover la salud y el desarrollo de los jóvenes.

4.4 Adquisición de competencias

Si bien no es nuevo el reconocimiento de que la adolescencia es un periodo crucial para desarrollar competencias, en los últimos años se ha prestado considerable atención a la idea de que son necesarias para la salud, de que poseerlas puede prever la salud, y de que es posible potenciarlas con la formación.

La intervención para la adquisición de competencias es el proceso en el que, por medio de un conjunto de actividades estructuradas, se enseñan destrezas para influir en el comportamiento. La enseñanza de competencias es práctica y se propone equipar al joven con destrezas nuevas o mejoradas en determinados sectores. La naturaleza práctica de esta información queda reflejada en los métodos utilizados, más basados en la experiencia que didácticos (124). Los jóvenes necesitan desarrollar habilidades y competencias específicas en el sector físico, psicológico, social, moral y profesional para promover un desarrollo sano y ayudar a prevenir problemas concretos de salud (cuadro 4). Se necesitan competencias para llevar a cabo diferentes tareas específicas en la vida cotidiana, y entre ellas figuran:

- las competencias prácticas para el cuidado personal, tales como saber planear y preparar comidas sanas y asegurar una buena higiene y una buena apariencia personal;
- las competencias relacionadas con los medios de vida, como la manera de obtener y conservar un empleo;
- las competencias para enfrentarse con situaciones concretas de riesgo, como la habilidad para decir «no» ante la presión de los compañeros para usar drogas.

Las competencias son parte de un conjunto crucial de «aptitudes para la vida» definido por la OMS (7) como «destrezas para un comportamiento adaptable y positivo, que permite a los individuos encarar con eficacia las exigencias y retos de la vida cotidiana».

Las aptitudes para la vida también hacen referencia a las competencias que facilitan el desarrollo psicosocial. Entre estas últimas figuran las competencias para la toma de decisiones y la solución de problemas; para el pensamiento creativo y crítico; para la comunicación y las relaciones interpersonales; para el autoconocimiento y para hacer frente a las emociones y causas de estrés. También ayudan a los jóvenes ante muchas situaciones de la vida y pueden aplicarse a situaciones concretas de riesgo relacionadas, por ejemplo, con el comportamiento sexual, el uso de sustancias y la violencia.

La investigación (64) vincula el comportamiento agresivo a la falta de ciertas competencias. Se ha señalado que determinadas creencias

Cuadro 4

Competencias para diversas preocupaciones relacionadas con la salud y el desarrollo de los adolescentes (7)

Competencias	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
Autoconocimiento	Aprender sobre «uno mismo como persona especial»	Autocontrol	Mis derechos y mis responsabilidades
Empatía	Entender lo que las personas tienen en común y lo que las diferencias y aprender a apreciar las diferencias entre las personas	Evitar los prejuicios y la discriminación contra personas que son distintas	Ocuparse de personas con el SIDA
Competencias para las relaciones interpersonales	Aprender a valorar las relaciones con amigos y familia	Formar nuevas relaciones y superar la pérdida de amistades	Buscar el apoyo y el consejo de otros en momentos de necesidad
Comunicación	Competencias básicas de comunicación verbal y no verbal	Comunicación firme y enérgica ante la presión de los iguales	Utilizar la seguridad en uno mismo para resistir la presión a participar en actividades potencialmente nocivas para la salud (sexo sin protección, por ejemplo)
Pensamiento crítico	Aprender los procesos básicos del pensamiento crítico	Hacer juicios objetivos sobre elecciones y riesgos	Resistir la influencia de los medios de comunicación en la actitud hacia el tabaco y el alcohol
Pensamiento creativo	Desarrollar la capacidad para pensar de manera creativa	Generar nuevas ideas sobre cosas que se dan por sentadas	Adaptarse a circunstancias sociales cambiantes
Toma de decisiones	Aprender las etapas básicas para la toma de decisiones	Toma de decisiones difíciles	Toma de decisiones sobre planes de importancia para la vida
Solución de problemas	Aprender las etapas básicas para solucionar problemas	Generar soluciones para problemas y dilemas difíciles	Solución de conflictos
Sobrellevar el estrés	Identificar las fuentes de estrés	Métodos para sobrellevar situaciones estresantes	Sobrellevar situaciones adversas
Dominar las emociones	Reconocimiento de la expresión de distintas emociones	Entender cómo las emociones afectan nuestra manera de comportarnos	Dominar la angustia emocional

normativas que aprueban la violencia son importantes para predecir el ulterior comportamiento agresivo de los adolescentes; de la misma manera, la falta de competencias para la participación social (interacción constructiva con otros seres humanos: intercambiar, turnarse, cooperar) parece predecir una agresividad que desemboca en actividades delictivas.

Las competencias adquiridas en la solución de conflictos como, por ejemplo, comunicarse con claridad y saber escuchar; la habilidad para reconocer la parcialidad, los errores y el pensamiento estereotipado pueden ayudar a reducir la violencia como solución de problemas. Existe una importante documentación que asocia la ausencia de competencias eficaces en las relaciones entre compañeros y la falta de capacidad para resolver problemas sociales en situaciones entre compañeros con problemas comportamentales y con la psicopatología (64).

Basándose en la evaluación de las necesidades de los jóvenes en diferentes situaciones, la programación necesita centrarse en la ayuda a los individuos para desarrollar competencias concretas. Así por ejemplo, la programación que se proponga promover la salud quizá necesite tener en cuenta competencias físicas, como aprender determinados deportes para potenciar la habilidad de contraponer alternativas de carácter recreativo al uso de sustancias. La programación quizá necesite enseñar competencias profesionales, como un oficio o empleo que ayude a proporcionar medios para la supervivencia inmediata, o enseñar a los adolescentes cómo protegerse contra las ITS gracias al uso correcto de preservativos. Muchos jóvenes no están suficientemente alfabetizados, carecen de competencia verbal y numérica, y quizá sea necesario que eso se trate a nivel individual y comunitario. Las intervenciones destinadas a crear oportunidades tanto para la educación oficial como para la informal se proponen, al fin y a la postre, ayudar a los jóvenes a aprender las competencias que necesitan para funcionar bien, establecer relaciones satisfactorias y evitar riesgos sanitarios concretos.

Además de las competencias psicosociales básicas, las competencias físicas y de funcionamiento bien desarrolladas son cruciales para la supervivencia de muchos jóvenes que viven o trabajan en la calle. La capacidad para luchar, correr, reaccionar deprisa y evitar el daño físico determinan la posibilidad de sobrevivir en un entorno de esas características. Las competencias de funcionamiento práctico, como los juegos de manos, cantar, hacer trueques, tener habilidad manual y saber vender proporcionan los medios para obtener ingresos (59).

Las madres y padres adolescentes necesitan conocer la atención básica del niño, como por ejemplo la rehidratación oral, para mantener la salud de sus hijos, y cómo hacer frente al estrés de la crianza de la prole. En la ciudad de Guatemala, un programa residencial para madres jóvenes y sus bebés responde a esta necesidad al proporcionar formación en puericultura además de formación profesional (63).

En algunos casos, se requieren esfuerzos específicos de programación para aumentar el acceso de los adolescentes a los servicios básicos disponibles en la comunidad. En la India, un programa ofrecido por una ONG llamada Prerana inició un proyecto innovador en enero de 1991 para ayudar a las adolescentes de 12 a 20 años a mejorar su situación en la vida. El proyecto trata de capacitar a las muchachas proporcionándoles información que potencie sus aptitudes básicas para la vida y enseñándoles cómo acceder a distintos servicios, incluidos bancos, oficinas de correos, sistemas locales de transporte, hospitales y centros primarios de salud. También debate los derechos legales de las mujeres y explora problemas sociales como la dote, la dependencia del alcohol y el abuso de drogas; cuestiones medioambientales como conservación de combustibles, reforestación, degradación del suelo, contaminación y evacuación de desechos; y desarrollo de la competencia personal mediante establecimiento de metas, toma de decisiones, comunicación y liderazgo (G. Giridhar, datos inéditos, 1995c).

Algunas competencias importantes se adquieren por medio de experiencias, situaciones y relaciones ordinarias. Sin embargo, esfuerzos específicos de programación pueden reforzar las competencias. El movimiento de los Scouts, junto con otros grupos, promueve un proceso de aprendizaje mediante la práctica.

Los esfuerzos para adquirir competencias o bien son «genéricos» o se ocupan de problemas concretos. Los programas genéricos se centran en el desarrollo de actitudes y comportamientos que fomenten una imagen positiva de uno mismo, relaciones sanas con otros, y competencias para resolver problemas cotidianos. Los programas se centran en autoeficacia; autocontrol; la habilidad de actuar con firmeza para cambiar el entorno propio en respuesta a un problema; la habilidad para considerar distintas soluciones ante un problema; la capacidad para perseverar en un comportamiento dirigido a una meta; la capacidad para resistir la presión de otros y, de manera concomitante, el sentimiento de autonomía y de control personal sobre el propio comportamiento; y la capacidad para evaluar la eficacia de las propias acciones y buscar otras soluciones si resulta

necesario. Los programas interesados en competencias que ayuden a prevenir problemas específicos de salud incluyen de ordinario conceptos parecidos. Sin embargo, hacer una distinción entre los dos tipos de programas ayuda a explorar lo que se ha aprendido, aunque la experiencia muestra que los programas genéricos fácilmente coinciden en parte con los que se ocupan de problemas específicos (véase el recuadro 11).

Entre las actividades utilizadas para adquirir competencias figura el trabajo en grupos reducidos y por parejas, las sesiones de reflexión, los ensayos, la escenificación de situaciones, los juegos y los debates. Para enseñar una nueva competencia es útil presentar el comportamiento o la competencia y suministrar información sobre su uso, hacer una demostración, dar a los participantes una oportunidad para probarla, pedir la autovaloración del rendimiento (y maneras de mejorarlo), proporcionar retroinformación y luego dar la oportunidad de probar de nuevo. Se ha descubierto que lo más eficaz es proporcionar la retroinformación de una manera constructiva, de apoyo. Ésta ya es por sí misma una competencia importante que adolescentes y adultos pueden aprender. Si se utiliza la técnica de la escenificación de situaciones, como, por ejemplo, aprender competencias para evitar situaciones de riesgo, a menudo es útil presentar progresivamente situaciones complejas a las que el joven debe responder, practicando en consecuencia las competencias seleccionadas.

Los adolescentes pueden ayudar a definir actividades específicas para adquirir competencias haciendo aportaciones relativas a sus circunstancias y necesidades particulares. Los planes de estudios también son útiles a la hora de dar ejemplos de metodología formativa para ayudar a normalizar la práctica entre obreros jóvenes, enseñantes y otros, e inspirar la preparación de actividades dirigidas a la adquisición de competencias que se puedan integrar en otros planes de estudios (125).

Los estudios de evaluación han mostrado que los programas centrados en la adquisición de competencias por los adolescentes tienen el potencial para promover distintos aspectos de la salud mental positiva y para prevenir problemas emocionales de comportamiento (71).

Un análisis de algunas investigaciones sobre programación en materia de aptitudes para la vida (126) señaló:

- cambios positivos en la información retrospectiva sobre el propio comportamiento en materia de salud (abuso de sustancias y tabaquismo, por ejemplo) a raíz de los programas;

Recuadro 11

Adquisición de competencias genéricas — algunos ejemplos

Los programas centrados en la adquisición de competencias genéricas se han aplicado en algunos centros de enseñanza de los Estados Unidos. A setenta y ocho jóvenes fugados de su hogar y alojados en un centro residencial a los que se dispensaron hasta 30 sesiones de educación sobre VIH/SIDA encaminadas a mejorar sus conocimientos generales, competencias para sobrevivir, acceso a la atención de salud, y examen de las barreras individuales para unas relaciones sexuales más seguras, se los comparó con otros 67 fugados, alojados en un refugio donde no se practicaba ninguna intervención. Una evaluación antes y después, a los tres y seis meses, puso de manifiesto una utilización más coherente de preservativos y una disminución del comportamiento sexual de alto riesgo entre los 78 fugados que asistieron a las sesiones.

Los autores señalaron que otras pruebas sugieren que la educación en materia de salud sexual puede aumentar los conocimientos de los jóvenes sin modificar su comportamiento. Muchos estudios ni siquiera examinan los resultados comportamentales. De los siete estudios con sólida metodología que proporcionaron pruebas de eficacia, sólo dos mostraron efectos a corto plazo sobre el comportamiento sexual de los jóvenes. Esos estudios sugieren que si bien no hay pruebas de que proporcionar información práctica y anticoncepción lleve a un comportamiento sexual de riesgo, existen algunas pruebas de que la promoción agresiva de la castidad puede alentar la experimentación sexual.

La programación que se propone aumentar las competencias básicas para la vida de determinados grupos de población necesita valorar cuidadosamente qué competencias necesitan los adolescentes para obtener acceso a la diversidad de servicios disponibles en la comunidad. En la India, por ejemplo, una ONG llamada Prerana puso en marcha un programa innovador en enero de 1991 para contactar a mujeres jóvenes y muchachas de 12 a 20 años, con el fin de capacitarlas para aprovechar mejor las oportunidades que ofrece la vida. El esfuerzo está dirigido a proporcionar a las adolescentes los conocimientos pertinentes, potenciar sus habilidades básicas para la vida y el acceso a diferentes servicios, enseñando a las participantes cómo utilizar servicios públicos, inclusive bancos, oficinas de correos, sistemas locales de transporte, hospitales y centros de atención primaria. También se debaten los derechos legales de la mujer y se exploran problemas sociales, como la dote, la dependencia del alcohol y el abuso de drogas, así como cuestiones ambientales, entre otras conservación de combustibles, reforestación, degradación del suelo, contaminación y evacuación de desechos, al igual que el desarrollo de competencias personales en el establecimiento de metas, la toma de decisiones, la comunicación y el liderazgo (G. Giridhar, datos inéditos, 1995c).

- los programas basados en el aprendizaje de competencias funcionaban mejor que los enfoques tradicionales basados en el suministro de información;
- mejoras en el estado de salud mental, sobre todo en lo referente a la autoestima y a la confianza en uno mismo;
- mejora de la relación con los padres y comunicación más abierta;
- pruebas de la satisfacción de los profesores, mejora de las relaciones profesor-alumno y del comportamiento en las aulas, a raíz del adiestramiento y aplicación de un programa sobre competencias.

Un análisis (35) sobre la eficacia de los programas para reducir el comportamiento sexual de riesgo elevado identificó los métodos basados en la experiencia de adquirir competencias como una de las nueve características de los programas que han contribuido a reducir el comportamiento sexual de riesgo elevado. Las características mencionadas son similares a las que han resultado eficaces en la reducción del abuso de sustancias. Entre los métodos eficaces figuran la escenificación de situaciones; los ensayos; los ensayos escritos; la retroalimentación verbal y el entrenamiento; la localización de anticonceptivos en farmacias locales; las visitas o llamadas telefónicas a clínicas de planificación familiar; y las entrevistas con padres. Además de esas actividades basadas en la experiencia, varios planes de estudios utilizaron educadores entre compañeros o vídeos de personajes con aspecto de adolescentes y con quienes los adolescentes podían identificarse. Gracias a proporcionar instrucción sobre influencias y presión sociales, a reforzar los valores individuales y las normas de grupo contra las relaciones sexuales sin protección, y a aumentar las competencias y la confianza en esas competencias, las actividades ayudaban a los adolescentes a personalizar la información.

Las conclusiones de un metanálisis reciente indican que el mayor impacto sobre el comportamiento en materia de tabaquismo puede esperarse de intervenciones centradas en la habilidad para reconocer la presión social y en la adquisición de competencias relacionadas, en contraste con intervenciones que se limitan a suministrar datos, que se ocupan de la autoestima y de competencias generales en materia de toma de decisiones o que hacen hincapié en un comportamiento alternativo. El plan de estudios sobre el SIDA que logró reducir el comportamiento sexual de riesgo de los adolescentes estaba basado en un marco teórico similar (127).

Las conclusiones indicaron además que los programas que utilizaban un enfoque de influencia social, ocupándose de normas sociales y de

consolidación para disuadir de fumar a los adolescentes era más prometedora en el caso de estudiantes de más edad, y han ayudado a reducir el abuso de drogas y el comportamiento sexual de riesgo elevado. También se ha señalado, sin embargo, que el único programa que produjo efectos comportamentales a largo plazo formaba parte de un método en el que participaba la comunidad en su conjunto. Eso corrobora las pruebas siempre en aumento sobre las ventajas de programas que combinan diferentes tipos de intervenciones en diversos contextos.

Un estudio (J. Howard, datos inéditos, 1995) sobre la eficacia de intervenciones para reducir el abuso de sustancias puso de manifiesto que el adiestramiento en competencias, junto con tratamientos cognitivo-comportamentales y residenciales, obtenía resultados positivos en los escasos ensayos controlados disponibles. El adiestramiento en competencias también se ha citado como importante en la reducción del consumo de alcohol entre adolescentes tanto a corto como a largo plazo (128). Cuando se comparan la psicoterapia y los enfoques generales de asesoramiento con enfoques estructurados basados en comportamiento cognitivo y/o competencias, los últimos producen de manera sistemática mejores resultados.

Un análisis de la eficacia de programas para jóvenes sobre tabaco, alcohol y abuso de drogas (114) señaló la importancia de adiestrar en competencias a los jóvenes para ayudarles a resistir la presión identificada en los medios de comunicación, y a corregir falsas ideas sobre las normas sociales que gobiernan el uso de drogas. También se destacaba la importancia de adiestrar a los adolescentes en competencias generales para prevenir el uso de drogas. Figuran entre ellas dos o más de las siguientes: solución de problemas y toma de decisiones, competencias cognitivas para resistir influencias sociales negativas, competencias para aumentar el autocontrol y la autoestima, estrategias para sobrellevar el estrés y la ansiedad, competencias interpersonales y de reafirmación personal. Esos enfoques han conseguido, según se informa, algunos éxitos en relación tanto con el uso del alcohol como de la marihuana.

Documentar la relación entre la posesión de competencias que de ordinario promueven las organizaciones juveniles y el impacto sobre los resultados para la salud determinará el valor de las competencias. Sirva de ejemplo un estudio que ha investigado los esfuerzos para reducir el embarazo de las adolescentes mediante la participación de las muchachas en actividades deportivas. El fundamento de este enfoque es que aprender a participar en un deporte implica la adquisición de ciertas competencias básicas; es preciso dominar varias

competencias generales y motoras muy delicadas, y también otras habilidades para la toma de decisiones, la comunicación y para actuar con firmeza.

La relación entre la participación de las muchachas en deportes y su desarrollo fisiológico, social y psicológico ha recibido poca atención, sobre todo en países en desarrollo. Según una hipótesis del Consejo de Población (129), la participación en deportes ayuda a las muchachas no sólo a tener experiencia del poder físico de su cuerpo, sino también a tener una conciencia más precisa de su integridad corporal.

Además de diseñar intervenciones en centros docentes para adquirir competencias, los esfuerzos se están centrando cada vez más en adolescentes que no acuden con regularidad a los centros de enseñanza. Entre las iniciativas en este sector figuran programas con varios componentes, como SERVOL, en Trinidad y Tabago, la Ciudad de las Muchachas y la Asociación Cristiana Femenina en Jamaica, y el Centro de Recursos Humanos en Antigua, todos ellos empeñados en desarrollar la confianza en sí mismos y la autoestima de los adolescentes. Esos proyectos también ofrecen formación profesional como alternativa a la enseñanza institucional. Los adolescentes afirman que se sienten atraídos hacia esos centros sobre todo por ese tipo de formación. Si bien los programas con varios componentes no siempre asocian de manera directa la vida y las competencias profesionales con la salud reproductiva de los adolescentes, la correlación puede ser crucial a la hora de mejorar la salud reproductiva de los jóvenes (48).

En *Acción en pro de los Jóvenes: Llegar a la Juventud Trabajadora para prevenir el VIH/SIDA*, una iniciativa periférica de la Cruz Roja de Ghana, en colaboración con la Asociación Scout de Ghana, educadores entre compañeros han incorporado a su programa de prevención del VIH el adiestramiento en competencias para ponerse de acuerdo sobre relaciones sexuales más seguras, para decir «no» al sexo y para lograr una mayor seguridad en uno mismo (130). La Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja está ayudando a enfocar la expansión mundial de la programación en materia de VIH mediante intervenciones para la adquisición de competencias en otros sectores de la salud. Esa tarea ha sido activamente emprendida por el Grupo Especial Asiático sobre el SIDA, formado por nueve países. Esos nueve países están elaborando sus propios planes de estudios, añadiendo componentes de adquisición de competencias básicas y ajustando el contenido a las múltiples cuestiones sanitarias que son endémicas en sus situaciones nacionales.

Existe un amplio consenso sobre las condiciones que contribuyen a la eficacia de las iniciativas para fortalecer las competencias de los adolescentes en contextos docentes y no docentes:

- Se requiere una valoración inicial, con participación de jóvenes, padres y dirigentes comunitarios, para identificar las situaciones de riesgo más comunes.
- Se recomiendan enfoques interactivos, de participación, en los que los adolescentes intervengan plenamente, para desarrollar competencias, suministrar información y adquirir la confianza y la motivación para ejercitar las competencias.
- La enseñanza de las competencias no se debe emprender de manera aislada, sino más bien como parte de un programa que cubra también el contexto de riesgo y la información, y proporcione una oportunidad para aclarar y reforzar valores positivos.
- Es necesario formar a adultos para dirigir actividades y utilizar métodos de participación con jóvenes, por cuanto refuerzan la habilidad de los adultos para compenetrarse con los jóvenes, respetarlos y formarlos.
- Se debe dar a los jóvenes la oportunidad de practicar con tiempo las competencias y, finalmente, aplicarlas. Se necesitan entornos de apoyo para reforzar y sostener el uso de las competencias a lo largo del tiempo (96; J. Howard, datos inéditos, 1995).

Dado que los adolescentes pueden aprender competencias sin por ello aplicarlas, motivarlos es una meta importante que se debe tener en cuenta. La programación que se ocupa del desarrollo personal gradual puede ayudar a motivar a los adolescentes pero existen también factores ambientales (tales como relaciones de afecto y oportunidades) que determinan si las competencias aprendidas se aplican. Proporcionar a los adolescentes oportunidades más abundantes de aprender competencias mejora la calidad de los esfuerzos de una educación sanitaria más tradicional. Las competencias destacadas en esta sección pueden habilitar a los adolescentes para traducir conocimientos, actitudes y valores en verdaderas habilidades — en saber qué hacer y cómo hacerlo.

4.5 Orientación

La orientación es un proceso de comunicación interpersonal, en el marco de una relación profesional de apoyo, por medio del cual el orientador ayuda a la persona orientada (o cliente) a enfrentarse de manera más positiva con los problemas que se le plantean, permitiendo a esas personas entender mejor su situación y tomar las decisiones adecuadas. Está pensada sobre todo para individuos

relativamente estables que tienen dificultades, más que para personas con problemas psicológicos subyacentes más profundos para quienes puede ser más apropiada la psicoterapia u otras formas de tratamiento. Se hace hincapié en la interacción personal que ayuda al cliente a entender los aspectos cruciales, emocionales y racionales, de la toma de decisiones y del comportamiento. Siendo la orientación un proceso interactivo, también es un reflejo de cultura tanto por parte del orientador como del cliente (C. A. Wastell, datos inéditos, 1995). La orientación se puede dispensar a parejas, familias, grupos reducidos e individuos.

Dentro de esa definición amplia, el término «orientación» se utiliza de distintas maneras y puede transmitir significados diversos. Una de las distinciones más importantes se establece entre enfoques directivos y no directivos. En el primer caso, el orientador dispensa la orientación basándose sobre todo en la pericia y el conocimiento que tiene de la situación. En el caso del enfoque no directivo, gran parte del trabajo lo llevan a cabo los clientes, al potenciarse el conocimiento que tienen de sí mismos y de su situación. El enfoque no directivo tiene mucho a su favor, dado que las cuestiones tratadas requieren decisiones y actuación por parte del cliente. Eso influye a la hora de formar a los orientadores y en la elección de las competencias necesarias, dado que un enfoque no directivo es más difícil y, en muchas culturas, inusual. Ese enfoque también distingue entre la orientación y el asesoramiento y consejo que de ordinario dispensan otras muchas personas, entre otras, figuras religiosas, profesores y, por supuesto, miembros de la propia familia, que tienden, todos ellos, a ser más directivos en su enfoque. Los elementos básicos de la orientación se describen en el recuadro 12.

En muchos países en desarrollo, ha surgido, en consecuencia, la profesión de orientador, para la que se requieren adiestramiento y competencias especiales, incluidas las necesarias para el asesoramiento y la orientación profesional. En algunas situaciones dispensan la orientación otros profesionales como psicólogos, asistentes sociales o agentes de salud. La orientación se realiza en contextos muy diversos, incluidos colegios y universidades, clínicas y hospitales, centros juveniles administrados por comunidades y por organizaciones no gubernamentales, centros polivalentes e instituciones religiosas, entre otros (M. R. Montsi, datos inéditos, 1995; A. Monroy, datos inéditos, 1995; D. Samarasinghe, datos inéditos, 1995). La calle es otro contexto donde se produce en ocasiones la orientación, a menudo como parte de programas diseñados para llegar a los jóvenes que viven y trabajan en ella (63). La orientación, por consiguiente, se utiliza en muchos lugares, a menudo de manera no institucionalizada,

Recuadro 12

Los elementos básicos de la orientación

La valoración ayuda a determinar la mejor manera de proporcionar ayuda a los adolescentes cuando éstos dan expresión a sus preocupaciones: la razón de que hayan acudido (o de que los hayan enviado), el contexto en el que ha surgido la dificultad, cómo se sienten en presencia del orientador y qué esperan lograr. Es de especial importancia permitir que el adolescente exprese sus sentimientos, dado que eso es con frecuencia el componente más importante y más descuidado en la motivación del comportamiento.

Escuchar y hacer preguntas sinceras ayuda al joven a entender lo que le ha llevado a la situación actual y a reflexionar sobre ello. Una mejor comprensión de los orígenes de los problemas puede ayudar a estimular acciones que tengan un efecto más duradero y de mayor amplitud.

Es necesario suministrar información para explorar opciones relacionadas con necesidades identificadas. Con frecuencia existe la necesidad de contrarrestar información errónea.

Es esencial el apoyo para la toma de decisiones, apoyo que incluye la consideración de las implicaciones de las decisiones para el adolescente, su familia y amigos.

El envío del cliente a otros centros debe ser posible en aquellas instancias en las que se necesite atención adicional, como por ejemplo un examen médico, pruebas psicológicas o un servicio social, si tales servicios están disponibles en otros sitios. Es importante conseguir el consentimiento del adolescente y se necesita un cuidado especial para lograr que no se sienta personalmente rechazado.

por enseñantes, dirigentes juveniles, agentes de salud, dirigentes religiosos, curanderos tradicionales, y otros.

También se ha formado a los mismos jóvenes para llevar a cabo orientación básica con sus iguales. La «orientación entre compañeros» se debe distinguir de la «educación entre compañeros» porque la orientación requiere formación, supervisión y apoyo más intensos. La orientación entre iguales se ha utilizado en iniciativas para prevenir el embarazo, las ITS, el tabaquismo y el abuso del alcohol y de las drogas. El suministro de información y a veces la adquisición de competencias se han incorporado a algunos tipos de orientación (94). En el cuadro 5 se presenta una tipología de enfoques entre iguales, señalando objetivos, cobertura, intensidad y ejemplos.

La orientación para adolescentes tiene una importante dimensión añadida por cuanto se produce durante una fase de desarrollo rápido

Cuadro 5

Tipología de enfoques entre iguales (94)

	Comunicación entre iguales	Educación entre iguales	Orientación entre iguales
Objetivos	Adquisición de información, algún cambio de actitud	Adquisición de información y competencias, cambio de actitud. Puede incluir además apoyo social	Adquisición de información y competencias, cambio de actitud; apoyo social y solución de problemas
Cobertura	Cobertura elevada	Cobertura media	Cobertura baja
Intensidad	Baja intensidad	Media/alta	Alta intensidad
Foco	Comunidad, grupos numerosos	Comunidad, grupos reducidos	Individuos
Ejemplos	Teatro, distribución de folletos, distribución de preservativos	Actividades educativas en grupo dirigidas por iguales	Orientadores homólogos con base en centro de enseñanza, instalación sanitaria o comunidad
Cometido de los iguales	Comunicadores reclutados continuamente por razones de voluntariedad y motivación. Tienen cometidos limitados. De ordinario su compromiso es para periodos breves o esporádicos	Se selecciona a los educadores utilizando criterios específicos. De ordinario se recluta a 20 ó 30 educadores al mismo tiempo. Han de realizar tareas específicas. Se comprometen por periodos breves (6-8 meses)	Se selecciona cuidadosamente a los orientadores. En muchos casos están remunerados. Llevan a cabo una tarea sumamente especializada. Están muy comprometidos durante un largo periodo de tiempo
Formación	Bastan breves reuniones informativas o sesiones de motivación	Breves talleres de formación intensiva y cursos de actualización	Formación intensa de larga duración

en el que los jóvenes experimentan cambios físicos, psicológicos y sociales que son a menudo irregulares y fuente de ansiedad. Los jóvenes son por otra parte más inestables, receptivos y vulnerables que los adultos, de manera que se deben tomar precauciones para asegurar que los efectos son al mismo tiempo beneficiosos y duraderos. Muchas experiencias suceden por vez primera en la adolescencia, y los nuevos comportamientos y relaciones a veces acarrearán riesgos para la salud. Sin embargo, las causas de la ansiedad de los adolescentes pueden ser diferentes de las que preocupan a la familia del adolescente, o a otros adultos interesados. Esta discrepancia entre los puntos de vista de adultos y adolescentes se ha subrayado en un análisis de Servicios Asiáticos (D. Samarasinghe, datos inéditos, 1995), en el que se señalaba que «cuando se presentan pruebas en apoyo de la afirmación de que las cuestiones sexuales preocupan a los jóvenes, se esgrimen de ordinario referencias a las tasas crecientes de ITS o abortos o problemas similares. Es más probable, sin embargo, que se trate de razones para preocuparse por los jóvenes, y no de preocupaciones de los jóvenes».

Dado que los problemas de salud de los adolescentes tienen raíces comunes y están interrelacionados (véase sección 3.3), cada vez es más evidente que debe recomendarse un enfoque que se ocupe del individuo en su totalidad (más que exclusivamente de un problema específico). Eso implica que, si bien cuestiones específicas pueden ser el punto de acceso para la orientación (un problema relacionado con el embarazo o la dependencia de sustancias, por ejemplo), la intervención debe enfrentarse con el problema de tal manera que se fortalezca la capacidad total del adolescente para entenderse a sí mismo y adquirir la confianza necesaria para una acción positiva y eficaz que ayude a prevenir problemas futuros. El proceso de orientación debe utilizarse para lograr un entendimiento compartido de las necesidades del cliente, llegar a un acuerdo sobre las metas del proceso de orientación, ayudar al cliente a alcanzar esas metas y, a la larga, poner fin a la orientación de manera satisfactoria para las dos partes (131).

Con mucha frecuencia se dispensa la orientación para cuestiones de salud reproductiva, tal como se resume en el recuadro 13. Entre las cuestiones consideradas figuran las ITS, el VIH/SIDA, la anti-concepción y la planificación de la familia, el embarazo, el aborto y el parto (M. R. Montsi, datos inéditos, 1995; A. Monroy y L. Velasco, datos inéditos, 1995; D. Samarasinghe, datos inéditos, 1995; C. A. Wastell, datos inéditos, 1995). La orientación puede desempeñar un papel crucial como ayuda para que los jóvenes aprecien los aspectos positivos de la sexualidad y reduzcan la ansiedad acerca de

Recuadro 13

Orientación para la salud sexual y reproductiva

La orientación para la planificación familiar, realizada por un dispensador cualificado de servicios de planificación familiar, es especialmente útil a la hora de personalizar la información de manera que se ajuste a las necesidades especiales del adolescente, y para ayudar a los jóvenes en un proceso de toma de decisiones que los proteja de problemas de salud y promueva posiblemente relaciones positivas y responsables. También se ha comprobado la utilidad de ampliar la evaluación de las necesidades del joven más allá del reducido enfoque inicial de la planificación familiar. Quizá los jóvenes no sepan con claridad cuáles son sus necesidades, y pueden beneficiarse de la oportunidad para explorar las razones que les han llevado a buscar los servicios de planificación familiar o de que se les haya enviado para recibirlos. Un análisis completo durante la primera entrevista tal vez ayude al orientador a entender mejor las necesidades del joven y a considerar si el envío a otras consultas o servicios es apropiado. La aplicación del enfoque no directivo, que permite al joven conducir el análisis, puede ser especialmente útil para ayudar al orientador a obtener un cuadro más completo de las necesidades y preocupaciones del joven, antes de dar el paso siguiente y tratar en detalle de los métodos de anticoncepción.

Una cuestión de particular importancia para los adolescentes es que en este estadio de desarrollo quizá no estén seguros de querer ser sexualmente activos. El orientador de planificación familiar puede estar en una posición clave para ayudar al joven a tomar decisiones básicas sobre actividades sexuales. Muchos adolescentes pueden tener poca experiencia sobre la toma independiente de decisiones, y la de iniciar la actividad sexual tal vez sea la primera decisión importante que hagan por su cuenta. En muchas culturas los adolescentes reciben muy poca orientación a la hora de tomar decisiones sobre relaciones sexuales. A menudo inician su actividad sexual sin decidirlo de una manera consciente (132). Es posible analizar las ventajas e inconvenientes de iniciar la actividad sexual, y los orientadores pueden reforzar la autoridad personal de los jóvenes para determinar y mantener sus elecciones sobre la actividad sexual, pese a cualquier presión general de sus iguales o frente a la presión particular de una persona. Es útil hablar a los clientes sobre los métodos disponibles de planificación familiar, tanto si el adolescente es activo sexualmente o tiene intención de serlo pronto, o para uso futuro.

En un estudio sobre 122 adolescentes estadounidenses, clientes de los servicios de planificación familiar, se encontró (132) que aquéllos a quienes se había orientado al menos una vez sobre planificación familiar era más probable que siguieran usando anticonceptivos durante un año que aquéllos a quienes no se había orientado. En el estudio, el 78% de las adolescentes a quienes se orientó seguían utilizando los métodos aprendidos al cabo de un año, y sólo el 5% quedaron embarazadas, mientras que entre las no orientadas, sólo el 30% utilizaban eficazmente la anticoncepción un año después, mientras que otro 30% quedaron embarazadas (133).

Recuadro 13 (continuación)

En muchos lugares es necesario difundir el conocimiento de que existen servicios de planificación familiar y de que son beneficiosos para los jóvenes. Así por ejemplo, gracias a un informe anual de un proyecto de orientación en Adis Abeba, Etiopía, se supo que de los 557 jóvenes que acudieron en busca de orientación y de los servicios de salud reproductiva, el 39% lo hicieron debido a un embarazo no deseado, y sólo el 8,4% para orientación y servicios en materia de planificación familiar, subrayando así la necesidad de una temprana orientación en planificación familiar para ayudar a prevenir los embarazos (134).

La Organización de Apoyo contra el SIDA, una ONG nacional, aplica en Uganda una orientación en la que se utiliza un enfoque tradicional para prevenir la infección por el VIH/SIDA. Desde 1987 esa organización ha proporcionado orientación y atención clínica a personas de todas las edades afectadas por el VIH en ciudades importantes de siete distritos del país, ampliando sus actividades para suministrar información en algunas comunidades sobre atención a personas que padecen el SIDA y también para prevenir la infección por el VIH. En 1993, con el fin de ayudar a las jóvenes de comunidades rurales a evitar el riesgo de contraer el VIH de parejas infectadas que no utilizaban preservativos, la ONG inició un programa de orientación organizado a partir de la tradición cultural de que las jóvenes hablaran con sus «tías» — mujeres de mayor edad y de confianza y miembros o no de la familia — sobre sexo y salud reproductiva. El «proyecto Tías» selecciona y forma a mujeres para ser orientadoras, así como para trabajar como educadoras en las aldeas para la prevención del VIH. Su propósito es prevenir la infección ayudando a las muchachas a explorar ese riesgo por medio de la orientación sobre un amplio conjunto de cuestiones que les afectan personalmente, sin olvidar relaciones, metas personales y otras preocupaciones. Las orientadoras están adiestradas para ayudar a las clientes a tomar decisiones sobre situaciones vitales, incluida la prevención del VIH. Las muchachas, cuando las envían sus madres, o acuden por voluntad propia, reciben ayuda de las «tías» sobre cuestiones como el comienzo de la actividad sexual, cómo buscar marido, el temor a contraer una ITS, a quedar embarazadas, o sobre anticoncepción. A las tías se las conoce en las aldeas como «orientadoras», más que como «orientadoras sobre el SIDA», no sólo para evitar que se estigmatice a quienes acuden en busca de ayuda, sino porque eso refleja de manera más precisa su cometido. Todavía no se dispone de datos de evaluación, pero la respuesta inicial es positiva, ya que las orientadoras informan de que las jóvenes buscan su consejo y de que la actitud de padres y otros adultos de la comunidad es de apoyo (135).

sentimientos que surgen de manera natural en la adolescencia, al tiempo que ayuda al adolescente a tomar decisiones sobre comportamiento y a entablar relaciones satisfactorias y responsables. Se dispone de pruebas que demuestran las ventajas de la orientación para la

planificación familiar, puesto que se traduce en una mayor satisfacción de los clientes con el método de anticoncepción elegido y en una utilización más coherente y sostenida de la anticoncepción (132).

El tratamiento de los problemas de abuso de sustancias incorpora de ordinario orientación sobre actividades comunitarias para adolescentes o programas de hospital que abarcan una asistencia prolongada después del tratamiento.

El suicidio es uno de los temas más difíciles para los orientadores, dado que en ocasiones provoca en el orientador un sentimiento de pánico o impotencia que es contraproducente. El orientador puede desear ayuda más especializada en ocasiones en que no está disponible (C. A. Wastell, datos inéditos, 1995). Los intentos de suicidio se desencadenan a menudo por sentimientos de impotencia y falta de valía personal, que el orientador puede contrarrestar ayudando a los jóvenes a valorarse y a tomar medidas positivas para restablecer la eficacia personal. Al formar orientadores es necesario considerar las mejores maneras de tratar a los adolescentes con tendencias suicidas que buscan ayuda. En los adolescentes la depresión es corriente, y no siempre lleva a intentos de suicidio, pero a menudo inicia un ciclo de comportamiento autodestructor y no productivo que agrava la depresión. La orientación puede reducir la depresión ayudando a los jóvenes a actuar de manera positiva.

La violencia parece estar aumentando rápidamente entre los adolescentes varones. Las jóvenes son víctimas, con frecuencia, de la violencia perpetrada por varones. Si bien buena parte del problema de la violencia proviene de factores sociales más amplios, la orientación puede ayudar, ya que ofrece una manera diferente de tratar los impulsos que llevan a la violencia. Eso se hace ayudando a los adolescentes a que aprendan a responder de manera distinta a su entorno, con lo que llegan a entender mejor las consecuencias destructivas del comportamiento violento y a elegir opciones que son a la larga más positivas. Pero, probablemente, la relación estrecha y de apoyo con otra persona, inherente a la orientación, es el medio más poderoso de intervención, sobre todo con el joven adolescente que ha elegido la violencia como expresión de la falta de autoestima (C. A. Wastell, datos inéditos, 1995).

La orientación se combina con adquisición de competencias, información y servicios de salud y, en ocasiones, con políticas para reducir el comportamiento agresivo o violento. Un ejemplo apropiado es el de Noruega, donde se inició un proyecto para luchar contra la intimidación, identificada como factor causal en el suicidio de tres jóvenes (136). Se elaboró y se aplicó una estrategia nacional para

reducir la intimidación entre escolares de 8 a 16 años. Se utilizaron información, folletos y un día monográfico especial en los centros de enseñanza para aumentar la sensibilización ante el problema; se establecieron reglas claramente definidas de lo que era un comportamiento inaceptable y sanciones no corporales vinculadas; se pusieron en marcha proyectos de adquisición de competencias y de aprendizaje cooperativo; y se celebraron reuniones conjuntas con padres y participantes. Se proporcionó orientación para matones, víctimas y padres. El programa se evaluó en 42 centros docentes y puso de manifiesto una disminución del 50% en la intimidación durante un periodo de dos años. Disminuyeron también los robos y el vandalismo y los estudiantes señalaron actitudes más positivas hacia la enseñanza.

La orientación es de especial importancia para ayudar a los jóvenes en tiempos de crisis. La crisis puede estar provocada por abuso sexual o por otras formas de violencia. Puede ser endémica en una situación de guerra o en el caso de catástrofes naturales que desplazan a los individuos y con frecuencia separan a las familias. Para los jóvenes, las experiencias traumáticas pueden causar daños permanentes si no disponen del apoyo adecuado. Aunque la orientación puede sin duda desempeñar una función vital a la hora de ayudar a los jóvenes a enfrentarse con diversos problemas relacionados con la salud y el desarrollo, la escasez de recursos de orientación hace que, en muchas situaciones, se usen primero otras formas de ayuda que están disponibles con mayor frecuencia (como información y atención de salud).

Debido al daño que pueden sufrir los adolescentes en razón de traumatismos de cualquier origen, es importante que quienes dispensan atención de urgencia tengan algún conocimiento de las necesidades de los adolescentes y puedan reaccionar de manera adecuada. Los traumatismos que puedan resultar en deficiencia o desfiguración permanente son particularmente aterradores para un adolescente. La habilidad para tranquilizarlos y apoyarlos sin inducirlos a error es vital. Es importante proporcionar algún apoyo emocional. Quizá necesiten ayuda más especializada para superar las secuelas del traumatismo y para adaptarse a cualquier cambio en sus circunstancias. La manera en que se trate a los jóvenes afectará a su actitud hacia el sistema de salud en su conjunto (véanse las secciones 4.6 y 5.7). Un mínimo de adiestramiento en la orientación de adolescentes es necesario para quienes, probablemente, vayan a tener un primer contacto con adolescentes en situaciones traumáticas. El contacto en una emergencia puede ser el único que un joven tenga con el sistema de salud, y proporciona la oportunidad de ofrecer otros servicios, en el caso de que se necesiten.

La orientación es otra de las intervenciones utilizadas para ayudar a adolescentes que viven y trabajan en la calle. En la República de Maldivas, el UNICEF solicitó a CHILDHOPE ASIA, una ONG, que proporcionara formación a agentes de bienestar infantil sobre intervenciones psicosociales básicas, incluida la orientación propiamente dicha, para responder de manera más eficaz a las necesidades de los niños de la calle. Este enfoque se centra en los pasos seguidos por el orientador y el joven para identificar los problemas a combatir, elaborar soluciones y formular tareas, tomar decisiones y acordar un plan de acción y ejecutarlo.

En Filipinas, la orientación también es parte del programa de asistencia y rehabilitación para niñas prostitutas. Se ofrece orientación básica, junto con adiestramiento en competencias, además de comida, agua salubre y un sitio donde descansar en el centro de paso. La orientación es parte del proyecto, estructurado en tres partes, de rehabilitación y reintegración social para chicas que han decidido dejar la calle. La segunda fase es residencial, y proporciona un entorno terapéutico seguro, educación y preparación para colocarse, además de la intervención de orientación. Este programa incluye la formación de orientadores paraprofesionales para apoyar a las chicas (137).

La diversidad de la orientación y las diferencias en razón del sexo al utilizarla, han sido puestas de relieve por un análisis (A. Monroy, datos inéditos, 1995) de servicios de orientación para adolescentes en 10 países de América Latina y del Caribe en el que se señaló que las adolescentes buscaban orientación sobre relaciones, cuándo iniciar la actividad sexual, información sobre métodos anticonceptivos, embarazo, trastornos afectivos y problemas médicos como los ginecológicos y nutricionales. En el mismo estudio se señalaba que los varones buscaban orientación para que se les ayudara en cuestiones tales como rendimiento sexual, identidad sexual, cuándo iniciar la actividad sexual, información sobre ITS, relaciones, trastornos afectivos y problemas dermatológicos, hormonales, dentales y nutricionales.

Es difícil evaluar la eficacia de la orientación como intervención para promover el desarrollo y la salud de los adolescentes ya que algunas dificultades desaparecen gradualmente sin orientación. Otra limitación radica en el hecho de que son varios los factores que influyen en el comportamiento y puede ser difícil determinar qué es lo que la orientación aporta.

Un análisis de la eficacia de la orientación (C. A. Wastell, datos inéditos, 1995) señalaba el consenso general acerca de la gran eficacia de las intervenciones de orientación para los jóvenes. La aportación

de tales intervenciones se consideraba muy superior a la reducción normal del número de problemas que se asocian con el paso por la adolescencia. Según el análisis, las conclusiones de dos estudios importantes indican que entre el 75% y el 85% de jóvenes tratados estaban mejor preparados, en sectores tales como adaptación social, superación del miedo y de la ansiedad y buenos resultados en la enseñanza, que aquéllos que no recibían tratamiento. El tratamiento al que se aludía era la psicoterapia definida de manera amplia, que incluía la orientación como intervención (138, 139).

Pese a las limitaciones en la investigación para evaluar la orientación en lo referente a la prevención del uso de sustancias, un análisis (140) de orientación terapéutica residencial y ambulatoria, individual y en grupo, terapia familiar y tratamiento, con inclusión de adiestramiento en competencias, para adolescentes que abusan de sustancias, concluyó que:

- de ordinario, algún tratamiento es mejor que ninguno;
- pocas comparaciones entre métodos de tratamiento han demostrado de manera coherente la superioridad de un método sobre otro;
- lograr al menos periodos breves de abstinencia es fácil, pero mantenerla es difícil;
- las tasas de recaída después del tratamiento son elevadas (35% a 85%);
- la reducción en el uso de algunas sustancias puede conseguirse, pero es menor el número de resultados positivos para el alcohol, el tabaco y el hachís;
- en el caso de los escasos ensayos controlados, se encontraron resultados positivos para los tratamientos cognitivo conductual, de adiestramiento de competencias y residencial;
- en el caso del tratamiento residencial, tres meses parece ser el periodo máximo óptimo.

Una evaluación de intervenciones del sector de la salud para reducir el uso de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas (J. Howard, datos inéditos, 1995) indica que la orientación que se centra en enfoques estructurados, cognitivo conductuales y/o competencias logra mejores resultados que la psicoterapia o la orientación general. Los enfoques que se ocupan de las necesidades educacionales, profesionales, familiares y de asociados también han demostrado tener éxito. Existe la necesidad de una investigación más sistemática sobre en qué medida modelos adultos de tratamiento, como programas terapéuticos comunitarios, Alcohólicos Anónimos o Narcotics Anonymous y diferentes clases de psicoterapia, son apropiados para los jóvenes.

Un tipo de orientación que utiliza terapia familiar intensiva, llamado «terapia multisistema», también ha demostrado su eficacia contra el comportamiento antisocial de los adolescentes en un programa estadounidense. En la terapia multisistema se ve al cliente como parte de un sistema interconectado que comprende individuos, familia, compañeros, centro de enseñanza y otros factores del entorno. Un programa de esas características proporcionó, durante un periodo de 13 semanas, una intervención para adolescentes infractores expuestos a un riesgo inminente de encarcelamiento (y para sus familias). Los servicios se orientaban hacia las necesidades psicológicas, sociales, educacionales y materiales de las familias, a las que se observó durante más de 59 semanas después de la terapia. Mediante una evaluación se comparó esa intervención con la que ofrecía el Departamento de Servicios para la Juventud, poniéndose de manifiesto que al 58% de los jóvenes que participaron en la terapia familiar no se los detuvo de nuevo, frente al 38% del grupo de control, y al 80% de los incluidos en la terapia familiar no se los encarceló frente al 32% en el caso de los servicios convencionales. La tasa de reincidencia durante cuatro años fue de 22% (una reducción del 70%) frente al 72% para el tratamiento habitual (141).

Si bien la necesidad de orientar a los adolescentes está ganando adeptos, sólo esporádicamente se halla al alcance de la mayoría de los jóvenes que viven en países en desarrollo (M. R. Montsi, datos inéditos, 1995; A. Monroy, datos inéditos, 1995; D. Samarasinghe, datos inéditos, 1995). En todo el mundo la orientación tiende a ser más accesible en las ciudades y con frecuencia es difícil para las muchachas conseguir esos servicios, sobre todo en las zonas rurales. Montsi (M. R. Montsi, datos inéditos, 1995) señala, en un estudio de la orientación sobre sexualidad adolescente y salud reproductiva en 17 países africanos, que con frecuencia se hace caso omiso de las necesidades de los adolescentes más jóvenes (10-14 años). Por añadidura, las encuestas y grupos focales en muchos países indican que a menudo los jóvenes no tienen conocimiento de los servicios de orientación y asesoramiento localmente disponibles (M. R. Montsi, datos inéditos, 1995; 68).

Son relativamente pocos los servicios de orientación que han sido evaluados de manera adecuada y es difícil identificar los componentes que determinan su eficacia. No obstante, quienes han trabajado con jóvenes o han proporcionado orientación están de acuerdo, en general, sobre los principios, las prácticas, las competencias y la formación que hacen eficaz la orientación. La guía de la OMS sobre orientación y adquisición de competencias para la sexualidad adolescente y la salud reproductiva (131), que se ha utilizado

ampliamente con participantes de países en desarrollo, ha entrado en detalles acerca de esto. Algunos de los factores clave en la prestación de servicios de orientación a los adolescentes son:

- *La relación entre el orientador y el adolescente* se debe caracterizar por la sinceridad y la empatía. El orientador debe dar prioridad al bienestar del adolescente, creer que merece ser ayudado y manifestarle su respeto prescindiendo del problema presente.
- *Los servicios deben ser accesibles* en términos de costo, ubicación, horas de operación y condiciones de utilización de servicio (necesidad de cita previa o envío de casos, por ejemplo).
- *La confidencialidad* es esencial por cuanto la orientación toca con frecuencia temas delicados. Los adolescentes se resisten a hablar de sus problemas cuando está en duda la confidencialidad. Quizá esto provoque controversia, por ejemplo, en el sector de la planificación familiar, donde ofrecer a los adolescentes servicios como la orientación sin el conocimiento o consentimiento de los padres es considerado inmoral por algunas personas (142).

La orientación para adolescentes se enfrenta con varias limitaciones. Los jóvenes pueden buscar ayuda acerca de cuestiones para las que el orientador no está preparado; pueden buscar resultados que el orientador no considera deseables; o puede que se los envíe en contra de sus deseos. Es probable que los servicios de orientación sean infrutilizados por los adolescentes si no saben de su existencia, si tienen una actitud negativa hacia ellos o dudas sobre si acceder a ellos y cómo hacerlo. La valoración de esos obstáculos ayudará a superarlos.

De ordinario, la orientación se lleva a cabo de manera individual, y requiere cierta formación especial. Eso quizá limite el grado en que pueda incorporarse en gran escala a los programas de salud para adolescentes. La mayoría de éstos, sin embargo, no necesitan orientación, aunque sea crucial para algunos. Es útil verla como un complemento de las otras intervenciones importantes. A nivel local se puede combinar con la programación para la salud de los adolescentes, y ofrecerse, con criterio de autoenvío, en centros de enseñanza, clínicas del servicio de salud, contextos religiosos y otras actividades comunitarias, así como por medio del envío de casos realizado por un dirigente homólogo, profesor, agente de salud, miembro de la familia u otro adulto interesado.

A pesar de sus limitaciones, la orientación puede ser una intervención valiosa y necesaria para adolescentes. Una orientación breve pero eficaz, sobre todo antes de que pequeños problemas ocultos se conviertan en otros grandes y permanentes, es parte crucial de la programación para la salud de los adolescentes.

4.6 Servicios de salud

Diferentes personas y organizaciones desempeñan funciones importantes y complementarias en la programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes. Cada vez más, quienes trabajan en el sector de la salud se esfuerzan por atender a los adolescentes, reconociendo que en el pasado se ha hecho de manera insuficiente. Los agentes de salud pueden hacer importantes aportaciones tanto dentro como fuera de las instalaciones sanitarias ayudando a:

- *La promoción de un desarrollo sano* — al propugnar, por ejemplo, políticas de apoyo y programas rigurosos; al contribuir a la programación de otros sectores, y mediante la prestación directa de intervenciones fuera de las instalaciones sanitarias (suministro de información, adquisición de competencias y creación de un entorno seguro y de apoyo, por ejemplo).
- *La prevención de problemas de salud* — al vigilar, por ejemplo, el crecimiento y el desarrollo, y revisar el estado de salud del adolescente; mediante el suministro de productos sanitarios (como vacunas, suplementos nutricionales, anticonceptivos y preservativos); proporcionando información y asesoramiento a adolescentes y la oportunidad de hacer preguntas y aclarar las dudas que puedan tener; prestando atención a los posibles problemas de salud o problemas conductuales, y colaborando con organizaciones que proporcionen servicios adecuados (jurídicos y sociales), ajenos al sector de la salud.
- *Responder a los problemas de salud a medida que surgen* — detectándolos y gestionándolos con prontitud, por ejemplo, así como las prácticas perjudiciales para la salud; mediante el envío de los adolescentes al nivel siguiente de prestación de servicios de salud y/o a organizaciones que proporcionen servicios ajenos al sector de la salud.

De esa manera los servicios de salud pueden contribuir a la salud y al bienestar de los adolescentes. Que los adolescentes tengan un acceso limitado a esos servicios supone incontables ocasiones perdidas para la prevención de problemas de salud (143). Sin embargo, una función central del sector de la salud es la prestación de servicios, servicios que deben comprender al menos la gestión de emergencias, el tratamiento habitual de enfermedades corrientes y asegurar el abastecimiento regular de productos de salud (30).

En la mayoría de los países en desarrollo, entes gubernamentales y ONG (sin ánimo de lucro) ofrecen, por ejemplo, a los adolescentes servicios de salud y productos a través de:

- Servicios de salud en los centros de enseñanza — donde existen, proporcionan esos servicios órganos de gobierno local, de manera conjunta con las autoridades escolares. La naturaleza de los servicios prestados varía en gran medida de un lugar a otro, y puede incluir vigilancia periódica del crecimiento y el desarrollo, exámenes sistemáticos para la detección de problemas (como trastornos visuales o auditivos), administración de vacunas, y el diagnóstico y tratamiento de enfermedades corrientes, así como la adopción de medidas para el envío a otros servicios de salud y sociales. En los centros de enseñanza, los servicios de salud en sectores delicados como la salud sexual y reproductiva se hallan a menudo limitados (el caso de Túnez) (144) o con graves deficiencias de personal e instalaciones y escasos vínculos fuera del centro docente (el caso de Côte d'Ivoire, Ghana y Togo) (145).
- Servicios generales de salud — en la mayoría de los sitios, sistemas de salud gubernamentales dispensan los servicios de salud, tanto de emergencia como de otro tipo. En general, los únicos servicios de salud disponibles están destinados a adultos y niños. En algunos lugares, pocos, existen clínicas para adolescentes dentro de los sistemas de salud del gobierno. En general, funcionan ciertos días durante una temporada en una ubicación concreta y raras veces a tiempo completo (48, 84, 97, 98).
- Servicios especiales de salud — en los grandes centros urbanos de distintos países, ONG nacionales e internacionales están creando centros especiales con base en la comunidad para dispensar servicios de salud y de otro tipo a adolescentes o a grupos marginados, como las personas que trabajan o viven en la calle. Esos centros de salud especiales o «multiservicio» a menudo forman parte de una estrategia más amplia para la prevención de problemas de salud pública como el embarazo adolescente, las infecciones de transmisión sexual o el uso/abuso de sustancias. Con frecuencia, una red de educadores entre compañeros y/o agentes de asistencia a los jóvenes anuncia los servicios ofrecidos por el centro y proporciona información sobre temas de salud (68, 84, 146).
- Mercadotecnia social — algunos países han empezado a poner en marcha iniciativas para facilitar el acceso de los adolescentes a productos de salud como preservativos de calidad y otros anti-conceptivos. Las iniciativas van más allá de los enfoques convencionales de mercadotecnia social porque los jóvenes participan en el diseño y aplicación de las actividades y porque buscan aumentar la demanda de servicios sistemáticos de salud para los adolescentes (P. Hickey, datos inéditos, 1995).

En la mayoría de los países, sin embargo, el sector privado convencional (hospitales, clínicas y farmacias privadas) y los dispensadores privados oficiosos (profesionales médicos sin formación y vendedores ambulantes) llevan a cabo una función cada vez más importante en la prestación de servicios y suministro de productos de salud (147). En muchos lugares del mundo, por añadidura, los adolescentes acuden a curanderos tradicionales en busca de ayuda. Esos curanderos operan tanto en el contexto del sector público como del privado.

Incluso cuando los servicios de salud están disponibles, con frecuencia los adolescentes no pueden o no quieren usarlos (42, 68). Cierta número de barreras dificulta el acceso de los adolescentes a los servicios de salud y su utilización (véase el recuadro 14).

No es posible exagerar la importancia de facilitar el acceso de los adolescentes a los servicios de salud apropiados. Cuando los necesarios servicios de salud no están disponibles o son deficientes, los adolescentes tienden a contraer enfermedades evitables.

Existen, por añadidura, pruebas convincentes del valor de los servicios de salud para la prevención de problemas reconocidos de salud pública entre adolescentes. Aunque la mayoría de los estudios que se señalan a continuación se han llevado a cabo en países desarrollados (de manera especial en los Estados Unidos), se están haciendo esfuerzos cada vez mayores para medir también el impacto de la prestación de servicios de salud en países con dificultades en materia de recursos (148). La prestación de servicios de salud a los adolescentes se ha traducido en:

- Reducción en las infecciones por helmintos intestinales, lo que promueve el crecimiento y el desarrollo — la disponibilidad de medicamentos eficaces (para el tratamiento de helmintos intestinales, esquistosomiasis y otras infecciones por trematodos) que son seguros y fáciles de administrar (con posologías, por ejemplo, de dosis oral única) ha hecho que el tratamiento generalizado sea aceptable y asequible. Los estudios han puesto de manifiesto que los programas para reducir la infestación por helmintos en centros docentes pueden tener un impacto destacado sobre la salud y el aprendizaje. Los resultados de intervenciones para el tratamiento vermífugo en centros de enseñanza muestran notables aceleraciones en el crecimiento y desarrollo de niños y adolescentes. Además, las pruebas sugieren que la capacidad cognitiva mejora de manera concomitante, aunque estudios cuidadosos a largo plazo sobre la naturaleza y magnitud de ese efecto son aún necesarios. De ese modo, el tratamiento generalizado puede reducir infecciones existentes, y el uso periódico de tratamientos antihelmínticos

Recuadro 14

Barreras que encuentran los adolescentes para utilizar los servicios de salud

Los adolescentes pueden no solicitar ayuda porque:

- No se dan cuenta de que están enfermos o no son conscientes de las graves consecuencias de sus enfermedades.
- No saben que pueden conseguir ayuda para prevenir esas enfermedades, ni que pueden tratarlas si las contraen.
- No saben dónde, ni en qué condiciones, se prestan servicios de salud.
- No quieren llamar la atención sobre su persona ni sobre sus acciones (actividad sexual o uso de sustancias, por ejemplo).

Organización y prestación de los servicios

- Los servicios se hallan a gran distancia de donde los adolescentes viven/estudian/trabajan, o en lugares que no son fácilmente accesibles.
- Los servicios se dispensan en momentos del día en los que los adolescentes no pueden abandonar su estudio o su trabajo.
- Los servicios se dispensan en un sitio donde pueden ver a los adolescentes personas que los conocen, lo que compromete la discreción.
- Los agentes de salud no pueden dispensar a los jóvenes los servicios que necesitan sin el consentimiento de progenitores o tutores.
- Los agentes de salud no pueden mantener la confidencialidad.
- Los agentes de salud quizá hagan preguntas difíciles y embarazosas, y utilicen con los adolescentes métodos desagradables y dolorosos.
- Los adolescentes no pueden pagar los servicios que necesitan.

puede prevenir el desarrollo de la enfermedad sintomática, y mejorar el crecimiento, así como el estado nutricional y posiblemente el cognitivo (149, 150).

- Reducciones en la incidencia de embarazos precoces y no deseados — según estudios realizados en los Estados Unidos, la prestación de servicios de salud reproductiva por centros de salud que funcionan dentro de los centros de enseñanza o que colaboran con ellos, junto con el suministro de información y la adquisición de competencias, ha demostrado su eficacia para reducir embarazos precoces y no deseados (151, 152). Otro estudio realizado en los Estados Unidos puso de manifiesto que los servicios de salud dispensados como parte de un amplio abanico de actividades en centros de enseñanza y comunidades vecinas reducía de manera notable los embarazos precoces y no deseados (153).

- Reducción de las complicaciones durante el embarazo y el parto — un metanálisis de estudios de diferentes partes del mundo, pero sobre todo de países desarrollados, mostró que los programas integrales de atención prenatal para embarazadas adolescentes ayudaban a reducir las complicaciones del embarazo, concretamente hipertensión inducida, parto prematuro y parto por cesárea (154). Un estudio realizado en Nigeria mostró que los suplementos de hierro y la profilaxis antipalúdica administrada a embarazadas adolescentes en el segundo trimestre aumentaba su estatura y reducía la incidencia de distorsión cefalopélvica (155).
- Mejora de los resultados fetales — un estudio realizado en los Estados Unidos mostró que un programa integral para embarazadas menores de 18 años (socioeconómicamente desfavorecidas en razón de su procedencia) redujo notablemente la incidencia de bebés con insuficiencia ponderal (156).
- Aumento de la lactancia materna y uso de la anticoncepción puerperal — un estudio en México mostró cómo un grupo de madres adolescentes que asistieron a reuniones puerperales consiguieron una tasa más elevada de utilización de anticonceptivos y practicaron la lactancia natural durante más tiempo que un grupo de control de madres adolescentes que no participaron en las reuniones (157).
- Reducciones en la transmisión sexual del VIH gracias a la mejora en el tratamiento de otras ITS — un estudio realizado en la República Unida de Tanzania puso de manifiesto que la mejora de los servicios de tratamiento de ITS dispensados a todos los miembros de una comunidad determinada, inclusive los adolescentes, ayudaba a reducir la infección por el VIH (158). Otro estudio realizado en los Estados Unidos mostró que los servicios de tratamiento de las ITS ofrecidos como parte de un programa destinado a un grupo de jóvenes presos vulnerables redujo la infección en el grupo (159).
- Disminución del uso (o abuso) de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas — los estudios realizados sugieren que los dispensadores de atención de salud desempeñan un destacado papel en la prevención del uso del tabaco al reforzar la información que los adolescentes reciben de otras fuentes. Pueden, además, contribuir a identificar y a ayudar después a adolescentes que abusan del alcohol o tienen dependencia. El asesoramiento y la orientación que los dispensadores de atención de salud ofrecen puede provocar cambios comportamentales, porque se los ve con frecuencia como fuentes de información creíbles (160).

Aunque es difícil extraer conclusiones definitivas sobre las condiciones requeridas para la prestación eficaz de servicios de salud a los adolescentes, existe consenso sobre varias estrategias.

Es importante trabajar con miembros de la comunidad (padres incluidos) con el fin de presentarles información precisa y al día sobre los problemas de salud con que se enfrentan los adolescentes de la zona, y de crear un entendimiento sobre lo que los dispensadores y los servicios de atención de salud pueden y deben hacer acerca de esos problemas. Es más probable que los miembros de la comunidad apoyen los servicios de salud cuando entiendan bien su valor para promover y salvaguardar la salud, así como las consecuencias de no permitir que los adolescentes accedan a ellos.

El contacto humano es de importancia fundamental en la prestación de servicios de salud a los adolescentes. Para mejorar esa prestación es vital que los agentes de salud vean a los adolescentes como personas y no como problemas, y sean capaces de ajustar sus prácticas a cada uno de esos adolescentes. Para hacerlo, es necesario que sean técnicamente competentes, tengan el carácter adecuado (se interesen y se preocupen, sean comprensivos y considerados, su trato sea fácil e inspiren confianza), y ciertas cualidades (inclusive competencias para la comunicación y espíritu de equipo). Desgraciadamente, en la mayoría de los países desarrollados y en desarrollo, médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud no están adecuadamente formados para atender con eficacia y delicadeza a las necesidades de los adolescentes, y sólo algunos de esos profesionales adquieren esas cualidades y habilidades en el transcurso de su trabajo clínico (161, 162). La Organización Mundial de la Salud está trabajando con el UNICEF y la Asociación Médica del Commonwealth para elaborar un programa de orientación sobre salud de los adolescentes, a fin de que los dispensadores de atención de salud satisfagan esa necesidad acuciante. Tener en cuenta las preferencias y sensibilidades locales sobre la edad y el sexo de los dispensadores puede también ser importante, al dirigir, por ejemplo, hacia los más jóvenes, los esfuerzos de adiestramiento en materia de salud de los adolescentes.

Se ha comprobado que la utilización de directrices y protocolos precisos mejora la calidad y coherencia de la gestión clínica de pacientes adolescentes por parte de los dispensadores de atención de salud, y puede sentar la base para la especificación y evaluación de normas aceptables sobre la calidad de la gestión clínica. En varios países industrializados están en marcha esfuerzos a fin de elaborar esas directrices para dispensadores de atención de salud que trabajan con adolescentes. Las directrices para la prestación de servicios preventivos para adolescentes, elaboradas y propugnadas por la

Asociación Médica Americana (160), y que abarcan un amplio abanico de problemas de salud, son un buen ejemplo. Sin embargo, la existencia de directrices y protocolos no garantiza su uso por parte de los dispensadores de atención de salud, ni siquiera de los adiestrados para utilizarlos.

La prestación de un conjunto de servicios de salud (y otros servicios incluida la orientación) «bajo un mismo techo» ha sido eficaz para atender las diferentes necesidades de los adolescentes. Allí donde esto no es posible, la estrecha colaboración con los dispensadores de otros servicios y la existencia de mecanismos fáciles de utilizar para la transferencia y el envío pueden ser cruciales para asegurar que los adolescentes no desaparecen en las grietas del sistema.

Es más probable que los adolescentes utilicen servicios de salud disponibles si los perciben como fáciles de utilizar (véase sección 5.6).

La participación de los adolescentes en la planificación y aplicación de esas iniciativas ayudará a adaptar los servicios de salud a las necesidades especiales de los adolescentes. Será útil, además, establecer un mecanismo para que los usuarios de los servicios de salud suministren retroinformación, de manera que sea posible identificar problemas, atenderlos con presteza y satisfacer las necesidades cambiantes.

Los adolescentes necesitan saber qué tipos de servicios de salud se les ofrecen y de qué manera se dispensan. La noticia de que servicios de buena calidad están disponibles y de que a los pacientes adolescentes se los recibe y trata bien será probablemente transmitida por usuarios satisfechos a sus compañeros. Sin embargo, confiar exclusivamente en el «boca en boca» para difundir la información puede no bastar. Es importante que los adolescentes sepan dónde pueden conseguir ayuda en el caso de que la necesiten y cuando la necesiten. Una manera innovadora de hacer esto la ofrece una iniciativa de colaboración en Suiza en la que participan los ministerios de salud, educación y bienestar social y el programa para la juventud de la iglesia católica, y que consiste en la distribución de folletos con información sobre organizaciones locales que ofrecen servicios de salud y sociales a los adolescentes (163).

En países con recursos muy limitados, la carga de proporcionar servicios a otros sectores de la población, de manera especial a madres y niños, la falta de reconocimiento de las necesidades de los adolescentes por parte de los servicios de salud y la controversia que a veces acarrea atender esas necesidades han impedido a las autoridades sanitarias de muchos países dar los pasos audaces requeridos para hacer que servicios de salud fáciles de utilizar por los

jóvenes estén disponibles incluso a nivel municipal o de distrito (y por supuesto a nivel nacional). Nada tiene de sorprendente que los únicos servicios de salud fáciles de utilizar por los jóvenes que existen en esos países sean centros independientes dirigidos por ONG. Además de atender las necesidades de adolescentes en sus respectivas «zonas de captación», esos centros independientes demuestran la viabilidad y el valor de hacer accesibles a los adolescentes los servicios de salud. Es preciso señalar, sin embargo, que, con frecuencia, su misma naturaleza limita el número de adolescentes cuyas necesidades se atienden. Reproducir tales iniciativas puede ser parte de una estrategia de conjunto para hacer llegar a los adolescentes servicios de salud fáciles de utilizar. Sin embargo, la idea central de tal estrategia debe ser mejorar la receptividad de los sistemas públicos de distrito o municipales a la hora de prestar atención a los adolescentes.

Son varias las iniciativas dignas de mención a nivel de distrito, como la que existe en Zambia. El Proyecto Servicios de Salud Fáciles de Utilizar por los Jóvenes se está poniendo en práctica en el distrito urbano de Lusaka por un consorcio de ONG que colaboran con el departamento de salud del consejo de distrito. El UNICEF ha participado muy de cerca en la iniciativa, y sigue prestando apoyo técnico y financiero. El proyecto se concibió por medio de un proceso local de consulta, en el que intervinieron muchas organizaciones diferentes, y el enfoque utilizado se elaboró con la ayuda de dispensadores de atención de salud y de jóvenes. Hay actividades en marcha en tres municipios, y se trata de sensibilizar y formar a dispensadores de atención, y de que los jóvenes participen en las tareas de los centros de salud. La participación de los jóvenes entraña el traslado temporal a centros de salud de jóvenes trabajadores de las ONG que participan en el proyecto, para salvar así la distancia entre los jóvenes de la comunidad y los dispensadores de atención de salud. Esos trabajadores jóvenes proporcionan, además, información a los adolescentes de la comunidad y hacen propaganda de los servicios de salud. Se ha puesto en marcha un sistema de vigilancia sencillo y útil, así como mecanismos para facilitar el intercambio de información y la solución de problemas. Un examen interno emprendido después de un año de actividades sobre el terreno identificó éxitos (como el desarrollo de una buena relación entre los trabajadores jóvenes y los dispensadores de atención de salud y un mayor reconocimiento de lo que los jóvenes necesitan de los centros de salud) y puntos débiles (como la inadecuada supervisión y apoyo a los trabajadores jóvenes sobre el terreno). El examen confirmó además que el número de jóvenes que utilizan los servicios (para el tratamiento de problemas de salud reproductiva) había aumentado de manera ininterrumpida.

Aprovechando las lecciones aprendidas durante el primer año de operación, el proyecto se extenderá a otros municipios del distrito. La iniciativa zambiana subraya el hecho de que por medio de una serie de acciones sencillas (pero elegidas estratégicamente), incluso sistemas de salud complejos que se esfuerzan por atender a un excesivo número de pacientes pueden llegar a responder mejor a las necesidades de los adolescentes; y, lo que todavía es más importante, que esta mayor receptividad se traduce en beneficios tangibles para la salud pública (164).

Iniciativas similares se han puesto en marcha en varios países latinoamericanos. Para apoyar el trabajo de órganos gubernamentales de nivel distrital y municipal, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha elaborado algunas directrices para la evaluación de servicios de salud ambulatorios para adolescentes (165) y otras directrices para evaluar las oportunidades perdidas de prestarles atención integrada (166). Además, trabajando con una institución académica uruguaya, la OPS ha elaborado directrices y programas de ordenador adjuntos para que las instalaciones sanitarias mantengan historiales de sus pacientes adolescentes y puedan acceder a ellos, ayudando de esa manera a mejorar su tratamiento (167). La Organización Panamericana de la Salud está ayudando a esos países a mejorar el acceso a los servicios de salud, al mismo tiempo que se esfuerzan por potenciar la calidad de los servicios (168).

La presión para identificar iniciativas que puedan ayudar a mejorar el acceso a los servicios de salud y la calidad de tales servicios y a ampliar la aplicación de las iniciativas nos puede llevar a una búsqueda bienintencionada pero equivocada de un solo modelo aplicable a escala nacional e incluso mundial, lo que sería una receta catastrófica. Si bien el conjunto de jóvenes que trabajan para las ONG es sin duda un recurso valioso en Zambia, un grupo similar no existe necesariamente en otros lugares. Incluso dentro de un contexto particular, puede hacer falta más de un enfoque para llegar a diferentes grupos de adolescentes. Un estudio realizado en México reveló que tres enfoques diferentes utilizados para proporcionar información sanitaria y anticonceptivos en un determinado contexto urbano contactaron con tres grupos muy distintos de adolescentes (169).

La prestación de servicios de salud adecuados para la transición de la infancia a la edad adulta que es la adolescencia está ya firmemente incorporada como parte esencial de la programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes. Es necesario redoblar esfuerzos para analizar enfoques que han tenido éxito en otros lugares, inspirarse en ellos y adaptarlos a las necesidades de los adolescentes locales, utilizando recursos y oportunidades locales para transformar los

proyectos experimentales de hoy en los programas de alcance nacional de mañana.

5. Contextos de intervención

5.1 Antecedentes

Son varias las consideraciones importantes de conjunto que se han de tener presentes a la hora de seleccionar contextos particulares para la programación si se quiere maximizar en cada caso sus beneficios. En general, se necesita programar en distintos contextos para llegar a secciones diferentes de la población de adolescentes y para dispensar intervenciones diferentes. Cada contexto se puede valorar por sus ventajas y sus inconvenientes. Hay que considerar su capacidad para ofrecer cobertura de programación (número de adolescentes contactados) y para dispensar intervenciones que conlleven comunicación interpersonal, lo que es importante para desarrollar comportamientos que promuevan la salud y para desalentar los perjudiciales. Capacidad de cobertura y oportunidad para la comunicación interpersonal se pueden valorar como altas, medias o bajas (94). Véase el cuadro 5, y la sección 4.5.

También es útil considerar qué intervenciones se inician y se mantienen sin dificultad en diferentes contextos, y valorar cómo distintos contextos influyen en la eficacia de diferentes intervenciones. Algunas intervenciones, y enfoques, como la educación entre compañeros, tienen una afinidad natural con determinados contextos. Los jóvenes pueden ser más receptivos a determinadas intervenciones en contextos diferentes, potenciándose de ese modo la eficacia.

Las intervenciones en diferentes contextos no sólo llegan a distintas clases de jóvenes, sino que también afectan a esferas diferentes de la vida de un individuo. Para la mayoría de los jóvenes existe además un cambio ligado a la cronología a medida que la influencia del hogar da paso a la del centro de enseñanza y luego a la del lugar de trabajo. Los centros de salud son con frecuencia el primer recurso de los enfermos o los traumatizados, aunque a menudo existen barreras que impiden a muchos jóvenes utilizarlos. En el caso de gran parte de los desfavorecidos, la calle es el único lugar donde se los puede contactar, mientras que las organizaciones comunitarias y los centros residenciales proporcionan contextos que a menudo están dirigidos sobre todo a determinadas poblaciones, o que tienen un acento particular (religión o deporte). Se recoge a continuación una breve exposición de los rasgos de cada uno de los contextos relacionados con la elaboración de estrategias de intervención:

5.2 Hogar

El hogar es el centro de la vida familiar, y las estructuras familiares son todavía muy sólidas en todo el mundo. La familia puede desempeñar un papel destacado en la vida de los adolescentes. La reunión del Grupo de Estudio OMS/FNUAP/UNICEF sobre Programación para la Salud de los Adolescentes identificó las siguientes funciones importantes de promoción de la salud realizadas por la familia. La familia:

- proporciona al adolescente apoyo, cariño y un entorno solícito;
- promueve el desarrollo moral y el sentido de responsabilidad (como miembros de la familia, se espera a menudo de los jóvenes que obedezcan determinadas reglas y asuman ciertas responsabilidades, para asegurar así que se los aprueba y evitar que la familia se avergüence);
- proporciona modelos de conducta y también educación sobre la cultura propia;
- establece expectativas;
- gestiona servicios y oportunidades;
- filtra o contrarresta influencias del entorno que son perjudiciales o inconsecuentes.

El contexto del hogar ofrece un punto de acceso para la intervención temprana, sobre todo con madres, y en algún caso padres, y con niños de corta edad, dado que quizá sea el único lugar para contactarlos. Existe también la posibilidad de entrar en contacto con más de un grupo de edad si en el hogar hay jóvenes de distintas edades. El hogar es un buen punto de contacto para valorar la situación psicosocial y las necesidades de los adolescentes en el contexto familiar y proporciona además una oportunidad de contacto con la familia extensa. El trato en el hogar con familias de adolescentes en situaciones de riesgo elevado ofrecen una posibilidad de llegar a progenitores que, según han mostrado algunos estudios, participan con muy poca frecuencia en las actividades que organizan para ellos los centros de enseñanza u otras instancias de la comunidad (170).

El hogar se debe considerar como lugar de intervención con adolescentes de comportamiento antisocial, exacerbado por el trato frecuente con otros adolescentes de comportamiento similar, como en el caso del abuso de sustancias. El hogar puede ofrecer una oportunidad para contactar con jóvenes gracias a la orientación, sin la influencia negativa inmediata del grupo de iguales (34).

Muchos medios de comunicación social llegan al hogar casi sin que se repare en ellos. Esos medios de comunicación proporcionan una oportunidad crucial de intercambiar información con los adolescentes

y sus familias, así como de influir sobre normas y actitudes sociales relativas a cuestiones de salud que son importantes para los adolescentes.

En algunas comunidades, el hogar puede ser, frente a contextos docentes o comunitarios, el marco informal donde se logre que grupos reducidos de adolescentes entablen un debate sobre la salud o una alternativa creativa, para que las organizaciones que participan en servicios para adolescentes proporcionen formación sobre educación entre iguales. Las aportaciones de los jóvenes interesados son esenciales a la hora de determinar si el hogar está disponible y es apropiado para determinadas intervenciones con participación de grupos reducidos de adolescentes.

Los adolescentes pueden querer o no querer participar en actividades en el hogar, y sus preferencias se deben respetar. Algunos adolescentes y sus familias quizá rechacen la idea de agentes de salud en sus hogares para realizar intervenciones, considerándolo una invasión de su intimidad. Sin embargo, la presencia de ciertas personas de la comunidad en el contexto del hogar como agentes de salud puede resultar normal. Esto incluye a personas del sector religioso, a ancianos de la aldea o a agentes de salud de la comunidad, que pueden desempeñar un cometido importante en intervenciones diseñadas para potenciar el desarrollo y la salud de los adolescentes.

Algunos resultados prometedores muestran que la extensión de las intervenciones a hogares de familias de riesgo elevado ha ayudado a adolescentes, así como a niños en edad preescolar y a otros, mediante una mejora de la nutrición, la reducción del tabaquismo y la potenciación del rendimiento escolar. En un programa preescolar evaluado, los resultados a largo plazo fueron la disminución de las tasas de embarazo y de adolescentes detenidos (anexo 3). Los programas de los Estados Unidos que utilizaron equipos para trabajar en los hogares consideraron a los padres como asociados en el programa; los agentes periféricos proporcionaban información y orientación y consolidaban la destreza de las madres para ayudarles a reforzar las actividades interactivas de adquisición de competencias que se ofrecían a sus hijos en los centros de enseñanza (34).

Dado que el hogar es el sitio central de la interacción familiar, las intervenciones para mejorar las relaciones entre progenitores, de otros adultos con funciones de atención, de otros miembros de la familia y de los adolescentes son ejemplos cruciales de esfuerzos para crear un entorno seguro y de apoyo. Se tiene información de que las intervenciones que ayudan a enseñar competencias para la crianza de los hijos y a potenciarlas son bien recibidas en países como Filipinas, los Estados Unidos, México y Zimbabwe (68). Es necesario realizar

investigaciones para determinar el efecto de intervenciones relativas a la cantidad y calidad de la comunicación entre progenitores y adolescentes, así como a temas delicados como las relaciones sexuales y la prevención del abuso de sustancias.

En sociedades económicamente desarrolladas los jóvenes manifiestan a menudo su deseo de contar con una familia afectuosa y un ambiente positivo. «Volver a inventar» una vida familiar de esas características no siempre es posible; han de utilizarse otros contextos en los que se puedan llevar a cabo intervenciones para ayudar a suplir lo que falta. Se deben crear entornos que proporcionen servicios y apoyo, cariño y afecto, junto con las responsabilidades que los adolescentes necesitan. Los adolescentes buscan oportunidades de tomar decisiones y de expresarse. También necesitan intimidad. Es importante que existan entornos de apoyo que encaucen sus energías en una dirección positiva, para que adquieran sus propios valores morales y también las competencias para la negociación. Independientemente de sus circunstancias, los adolescentes quieren pertenecer a sus familias, a sus grupos de iguales y a sus sociedades.

5.3 Centros de enseñanza

Los centros de enseñanza disponen del potencial para proporcionar una excelente base a la programación en gran escala y a una cobertura elevada de adolescentes en países con buenas tasas de matriculación de adolescentes de ambos sexos en la escuela secundaria (171). Es necesario fortalecer los centros de enseñanza como contexto para intervenciones de salud, dado su potencial de elevada cobertura en muchos países. En otros donde la matriculación es baja o desigual, y donde sectores concretos de la población adolescente (como los jóvenes que viven y trabajan en la calle o en granjas o las muchachas que quedan embarazadas) no acuden a los centros de enseñanza, ese contexto sigue siendo importante pero no ofrece ni el acceso ni la oportunidad para una programación que contacte con muchos adolescentes. Sin embargo, el centro docente, como institución importante en la comunidad, puede desempeñar una función destacada al ocuparse de cuestiones del entorno social más allá de su perímetro, como examinar los factores ambientales que pueden apartar a los jóvenes de la enseñanza. El centro docente puede ser parte de un grupo comunitario más amplio, preocupado por la programación sobre salud de los adolescentes, y catalizador para iniciarlo si no existe ninguno.

Son muchas las oportunidades para que los adolescentes participen en las actividades de los centros de enseñanza, desde la planificación y los comités asesores hasta la educación entre iguales como enfoque

escolar para la prevención del uso de sustancias y la salud reproductiva (YWCA, datos inéditos, 1995; Cruz Roja de Jamaica y Cruz Roja Americana, datos inéditos, 1995; 94). Algunos centros de enseñanza ofrecen oportunidades tales como clubes de educación para la vida de familia (134).

Los centros de enseñanza pueden proporcionar muchos servicios a los jóvenes además de la educación institucional. Entre esos servicios figuran:

- entornos sanos y seguros — a menudo combinando la buena nutrición con agua salubre y saneamiento;
- educación sanitaria (incluido el adiestramiento en competencias);
- vigilancia del crecimiento, salud y desarrollo, y oferta de servicios de salud (incluidas la atención primaria de salud y la orientación) o el envío a otros servicios;
- deportes y habilidades recreativas, junto con las instalaciones.

Los centros de enseñanza también ayudan a los dispensadores de atención de salud a forjar vínculos con las familias de los alumnos adolescentes y a fortalecer la capacidad de las familias para ayudar a los jóvenes. La creación de un consenso a nivel de comunidad entre padres, enseñantes y agentes de salud también reduce los obstáculos para la educación sexual, los servicios de salud reproductiva, la programación sobre uso y abuso de sustancias y la reducción de la violencia.

Los centros de enseñanza se enfrentan con una insuficiencia de personal, espacio, materiales y tiempo para la formación, la adaptación de prototipos de planes de estudios a las necesidades locales y la ejecución en su totalidad de los planes de programación. Un examen de la educación sexual en la enseñanza primaria y secundaria y en los centros de formación de profesores en Nigeria puso de manifiesto que, si bien el plan de estudios ofrecía información sobre abuso de drogas y sobre el VIH/SIDA, la programación no era tan integral en la realidad como en teoría, y los planes de estudios eran de hecho programas estadounidenses y canadienses que no se habían adaptado a la situación local. Por añadidura, la programación estaba condensada en un año en lugar de abarcar todo el ciclo de la formación escolar (171).

En su mayor parte, el sistema oficial de educación en África no ha aceptado la tarea de proporcionar tanto educación sexual como para la vida de familia. Cuando se da información, es sobre todo de carácter biológico (110). Sin embargo, el programa *Let's Talk* (Hablemos) de Zimbabwe es una excepción. Patrocinado por el Ministerio de Educación en colaboración con el UNICEF, el

programa utiliza folletos de actividades ajustados al nivel de cada curso y no insiste sobre todo en los aspectos biomédicos de los riesgos para la salud. Se propone, más bien, ayudar a los estudiantes a «centrarse en los sentimientos, examinar alternativas, pensar a fondo las situaciones y tomar decisiones . . . , guiones e historias hacen hincapié en el crecimiento, la amistad y el amor, noviazgos, elecciones profesionales, autoestima y cometidos sociosexuales» (172).

Las intervenciones para reducir el uso del tabaco, del alcohol y de otras sustancias psicoactivas se han utilizado en programas aplicados en centros de enseñanza, donde los alumnos pueden recibir información específica sobre drogas y sus efectos, y educación continuada sobre drogas como parte de un plan de estudios de preparación para la vida y desarrollo personal, o programas breves impartidos por personas ajenas al sistema escolar, como profesionales de salud mental o funcionarios de policía (J. Howard, datos inéditos, 1995). Los programas aplicados en centros docentes pueden quedar limitados, sin embargo, a tratar sólo una pequeña parte de los complejos factores asociados con la iniciación, intensificación y mantenimiento del uso de sustancias. Los centros de enseñanza no existen dentro de un vacío social, por lo que las cuestiones de pobreza, de pandillas de delincuentes en las comunidades, la necesidad individual y familiar de generar ingresos y los diferentes elementos de disfunción familiar quedan a menudo fuera del control de los centros docentes. El resultado es que, con frecuencia, se centran más en el individuo y en la resistencia a la influencia negativa de los iguales. Una preocupación adicional es que muchos jóvenes especialmente necesitados de una intervención eficaz no están en el centro de enseñanza cuando ésta se dispensa; han hecho novillos, se les ha expulsado del aula, o sus padres los necesitan para generar ingresos o para tareas de atención a la casa o a sus hermanos. Esto se agudiza sobre todo en algunos países en desarrollo donde sólo un pequeño porcentaje de jóvenes llega a la escuela secundaria y persevera en ella (J. Howard, datos inéditos, 1995).

En conjunto, los resultados que se esperan de muchos programas realizados en centros docentes pueden ser difíciles de mantener, sobre todo en el caso del uso de sustancias (distintas del tabaco). Es imperativo prestar mayor atención a los contextos de vida real en los que funcionan tales programas. Como señala J. Kay, «disponemos de programas de educación sobre drogas, en gran parte ineficaces, que se enseñan unas cuantas horas al año a adolescentes de existencias turbulentas, que viven en un mundo donde se usan las drogas, y que reciben mensajes contradictorios sobre esas mismas drogas. Los más necesitados de mensajes son los jóvenes con menos probabilidades de

estar dispuestos a escucharlos, y cabe incluso que ni siquiera estén presentes cuando se transmiten» (173).

Tres estudios realizados en Côte d'Ivoire, Ghana y Togo (145), presentan un cuadro típico de la mayor parte de África tropical. Los servicios de salud de los centros de enseñanza no funcionan eficazmente sobre todo porque:

- La falta de una política nacional con una definición clara de cometidos y responsabilidades a todos los niveles ha llevado a la confusión. En Ghana, cuatro ministerios diferentes, Salud, Educación, Juventud y Deporte, y Empleo y Bienestar Social intervienen en la salud escolar.
- No existe coordinación entre los distintos dispensadores de servicios (de manera especial en las zonas rurales) y los centros de enseñanza.
- Dado que la salud escolar no se considera una especialidad, al personal de servicio no se le forma para que lleve a cabo su cometido.
- No se dispone de instalaciones operacionales, locales, transporte, fondos, ni de materiales de apoyo para el aprendizaje.
- La ausencia de un sistema organizado de documentación e historiales sobre el estado de salud de los alumnos hace casi imposible su seguimiento.

Es alentador, sin embargo, que los tres países citados estén ya elaborando planes serios para un servicio de salud eficaz en los centros de enseñanza, plan que deberá convertirse en operativo en los próximos años. El mayor obstáculo será la falta de fondos para aplicarlo. Unas estrechas relaciones de trabajo con el sector de la salud fortalecerán esas competencias con un menor costo.

A veces, el servicio de salud escolar atiende las necesidades de los niños, pero, en muchos países, incluso ese servicio es totalmente inadecuado para los adolescentes que acuden a centros docentes. En Togo, que, al igual que otros muchos países, tiene un problema de embarazos no deseados (algunos incluso entre menores de 15 años), los equipos de educación para la vida de familia son parte de los servicios sociales, pero en 1994 sólo pudieron visitar el 19% de las escuelas primarias. Como en otras muchas sociedades, la educación sexual y sobre salud reproductiva no se imparte en zonas rurales, y los maestros no están formados para dispensarla (145).

Un cambio en las normas de los centros docentes puede ser crucial para reducir las agresiones o para prevenirlas en niños más jóvenes que comienzan a ir a la escuela (64). También la adquisición de competencias es una intervención que tiene posibilidades de fun-

cionar bien en el contexto escolar. Un centro de enseñanza ofrece el potencial para proporcionar programación secuencial en sectores como el de las aptitudes para la vida, programación que se puede ajustar a las necesidades del desarrollo de los jóvenes en cada edad. El centro docente es un contexto apropiado para introducir la educación sobre aptitudes para la vida porque (7):

- ofrece acceso a un gran número de niños y adolescentes;
- es económicamente eficaz (utiliza infraestructuras ya existentes);
- se dispone sin dificultad de profesores experimentados;
- tiene credibilidad entre padres y miembros de la comunidad;
- existen posibilidades de evaluación a corto y a largo plazo.

Los clubes de verano en Egipto, que disponen de financiación gubernamental, son un ejemplo de trabajo realizado en un programa con base escolar para proporcionar información. Estudiantes de edades comprendidas entre 10 y 12 años visitan los clubes tres veces por semana durante tres horas a lo largo de una temporada de verano de seis semanas. Entre los temas tratados figuran higiene personal, doméstica y ambiental. Entrevistas con maestros, niños y progenitores indican que el programa proporciona, de manera eficaz, información sanitaria de importancia para los estudiantes (174).

Entre 1962 y 1988, se llevó a cabo en Suiza, como parte de un programa de salud dental para estudiantes, un suministro de información y de ciertos productos, consistente en aplicaciones tópicas de fluoruro, dentífrico fluorado e instrucciones sobre higiene bucodental. En 1967, la mayoría de los escolares de 15 años de edad tenían caries; en 1988 sólo las tenían un 34% (172).

Aunque las intervenciones relativas a la preparación para la vida práctica son valiosas en los entornos escolares, presentan problemas prácticos. El nuevo plan de estudios de educación sanitaria que se está ensayando en 30 escuelas de Ghana, con importantes componentes en materia de salud reproductiva, ITS (incluido el VIH/SIDA) y preparación para la vida activa, ha tenido escaso efecto porque su aplicación es limitada. Se han elaborado libros de apoyo para profesores y estudiantes, pero su circulación se ha visto limitada por falta de fondos (145).

Se necesita una programación comunitaria en contextos extraescolares para llegar a los jóvenes que no acuden a los centros de enseñanza, y para proporcionar ese tipo de programación cuando las escuelas no pueden ofrecer intervenciones para la adquisición de competencias. En muchos lugares los centros docentes no ofrecen programas de esas características por diversas razones. En términos generales, la programación puede contribuir a fortalecer la capacidad

de los centros docentes para abarcar diversos tipos de intervenciones. Para la adquisición de competencias, sin embargo, se necesita considerar y promover otros contextos.

La Organización Mundial de la Salud, por medio de su Comité de Expertos sobre Educación Sanitaria y Fomento de la Salud Integrales en las Escuelas (172) examinó el estado actual de la salud mundial e identificó los principios y prioridades para la acción que se enumeran en el recuadro 15. El Comité señaló además cinco preocupaciones y retos de amplio alcance para la salud escolar mundial:

- Las teorías y marcos de referencia para un enfoque coordinado e integrado de la salud escolar han progresado bastante, pero su aplicación y adaptabilidad a diferentes naciones y culturas, así como su evaluación, están mucho menos desarrolladas.

Recuadro 15

Recomendaciones del Comité de Expertos de la OMS sobre Educación Sanitaria y Fomento de la Salud Integrales en las Escuelas (172)

- 1 Las inversiones en educación se deben mejorar y ampliar.
- 2 Se debe ampliar la plena participación educacional de las muchachas.
- 3 Todos los centros docentes deben proporcionar un entorno seguro de aprendizaje para los alumnos y un lugar seguro de trabajo para el personal.
- 4 Todos los centros de enseñanza deben posibilitar que niños y adolescentes a todos los niveles aprendan competencias cruciales relativas a la salud y a la vida.
- 5 Todos los centros docentes deben servir de manera más eficaz como punto de acceso para la promoción de la salud y como lugar de intervenciones sanitarias.
- 6 Se debe elaborar políticas, legislación y directrices que aseguren la identificación, asignación, movilización y coordinación de recursos a nivel local, nacional e internacional para apoyar los programas de salud escolar.
- 7 Se debe valorar a los enseñantes y personal docente, proporcionándoles el apoyo necesario que les permita promover la salud.
- 8 La comunidad y la escuela deben trabajar juntas para apoyar la salud y la educación.
- 9 Los programas de salud escolar deben estar bien diseñados, vigilados y evaluados para asegurar su satisfactoria aplicación y los resultados deseados.
- 10 Se debe desarrollar más el apoyo internacional para potenciar la capacidad de Estados Miembros, comunidades locales y centros docentes para promover la salud y la educación.

- Las políticas sobre salud escolar, la colaboración intersectorial y los marcos de referencia para una aplicación satisfactoria de los programas son esenciales pero raras veces se elaboran. El apoyo administrativo y financiero es crucial, pero está ausente en muchos países.
- Aunque se han concebido intervenciones que han tenido éxito para tratar problemas de salud específicos, las medidas, por lo común, carecen de relación con el resto del programa escolar o se relacionan por medio de un único componente.
- Si bien algunos de los componentes de programas de salud escolar han demostrado su eficacia, en términos generales no existe una orientación práctica para su aplicación.
- Existe muy poca información sobre un enfoque verdaderamente integral de los programas de salud escolar. Si bien el concepto de la escuela como promotora de la salud se acepta de manera general, el desarrollo continuo, la aplicación y, en especial, la evaluación de tales programas es vital para el progreso de la salud y la educación de los niños (172).

Los centros de enseñanza son lugares de aprendizaje. Se espera que las inversiones en educación produzcan beneficios a los individuos, a las comunidades y a las naciones. Los centros docentes están en condiciones de contribuir al desarrollo social y económico, al aumento de la productividad y a una mejor calidad de vida para todos. En muchas partes del mundo algunos centros de enseñanza están consiguiendo progresos destacados. Pero aún podría lograrse más si todas las escuelas pudieran promover el desarrollo sano de los jóvenes de manera tan activa como promueven el saber (175).

5.4 Centros de salud

El término «centro de salud» se utiliza en sentido amplio para abarcar cualquier institución reconocida que proporciona servicios de salud. Incluye desde pequeños dispensarios que proporcionan una gama limitada de servicios de salud (a nivel primario), hasta grandes complejos hospitalarios que (a nivel terciario) proporcionan un amplio abanico de servicios de salud y sociales. Los centros de salud pueden depender del sector público, del privado y del de beneficencia y existir en calidad de entidades independientes o formar parte de escuelas, instituciones correccionales y hogares juveniles, que ofrecen otros servicios a los adolescentes. También se pueden establecer de manera temporal allí donde un número muy elevado de personas se ven forzadas a vivir en situación de campamento, a raíz de catástrofes naturales, desórdenes públicos o guerras.

Médicos prácticos y agentes de salud pública reconocen cada vez con más frecuencia la urgente necesidad de eliminar obstáculos para la prestación de servicios de salud a adolescentes y para la utilización de esos servicios. También se reconoce la necesidad de que los centros de salud pierdan la imagen de lugares que intimidan y que conviene evitar, para adquirir la de instituciones acogedoras y fáciles de utilizar. El término centro de salud «amigo de los jóvenes» se ha acuñado precisamente para eso. Es importante entender las preocupaciones y las necesidades de los jóvenes y tratarlas de manera sistemática. El recuadro 16 compara las conclusiones de dos estudios encaminados a identificar las características del centro ideal desde el punto de vista de los jóvenes.

Es evidente, si se examina el recuadro 16, que adolescentes con antecedentes muy distintos comparten puntos de vista y expectativas similares. Otros estudios indican que adolescentes de otros lugares comparten también algunas de esas ideas. Los esfuerzos para lograr que centros de salud que ya existen en un determinado lugar sean más amigos de los jóvenes, o para crear otros nuevos, deben comenzar por una valoración cuidadosa de las necesidades de los usuarios a quienes van dirigidos, los adolescentes, y de sus ideas sobre la mejor manera de atender esas necesidades. Eso se puede hacer con poco esfuerzo y de manera económica, si se utilizan instrumentos rápidos de valoración como el método de interacción usuario-sistema (13). Tanto los países desarrollados como en desarrollo poseen cada vez mayor experiencia y pericia en hacer que los centros de salud sean amigos de los jóvenes, logrando, de ese modo, que los servicios de salud estén disponibles para los jóvenes en toda su amplitud.

Experimentos realizados en los Estados Unidos en los años setenta culminaron en el enfoque integrado y completo para dispensar a los adolescentes servicios sanitarios y sociales. De acuerdo con ese modelo, la dolencia que lleva al adolescente a buscar un servicio de salud se ve como una oportunidad para que conozca otros servicios prestados por profesionales procedentes de distintas disciplinas. Ese enfoque de «varias compras de una sola vez» significa atender las diferentes necesidades de los adolescentes bajo un mismo techo por un equipo de profesionales que conocen esas necesidades y están formados para tratarlas de manera eficaz (161, 177). El modelo integrado y completo ha inspirado la elaboración de modelos similares en otros países desarrollados y en algunos en desarrollo (de manera notable en América Latina). Los experimentos realizados en Suecia llevaron a la creación de clínicas para jóvenes. Esas clínicas proporcionan información y asesoramiento, orientación y servicios clínicos relacionados con la salud reproductiva. Su ambiente

Recuadro 16

Opiniones de los adolescentes sobre servicios de salud amigos de los jóvenes

En un estudio en el que participaron seis países caribeños de habla inglesa (48), los jóvenes manifestaron que, según su idea, un centro ideal es aquél que:

- ofrece muchos servicios (sin olvidar actividades sociales y deportivas, actividades para la adquisición de autoestima y confianza en uno mismo, ayuda y formación profesional y servicios de salud integrales);
- no parece una clínica;
- está abierto tanto a chicos como a chicas;
- está abierto después de las horas de clase;
- dispone de orientadores con empatía y entendidos en los que se puede confiar;
- proporciona un servicio de consulta telefónica directa;
- alienta a los padres para que participen en actividades.

En otra evaluación de opiniones y expectativas, jóvenes de Vancouver, en Canadá, identificaron como importantes algunas de las mismas características (176). En su opinión, un servicio ideal de salud para jóvenes con base en la comunidad necesitaba:

- ser discreto, y parecer una casa más de la calle;
- tener un nombre sencillo («el centro de salud para jóvenes», por ejemplo);
- estar vistosamente decorado y no ser un sitio gris;
- tener asientos cómodos y revistas para adolescentes.

Los jóvenes señalaron además que el centro de salud comunitario ideal para jóvenes es aquél cuyo personal está formado por personas que:

- se visten de manera informal y se las puede tutear;
- escuchan y tratan de entender en lugar de hablar a los pacientes en tono condescendiente;
- sienten entusiasmo por la salud de los jóvenes;
- se las puede contactar en visitas sucesivas (no un médico diferente cada vez).

Las políticas:

- deben proporcionar asesoramiento imparcial, sin juzgar a los pacientes;
- deben garantizar completa confidencialidad, y obtener el permiso del paciente antes de pasar información a nadie (incluidos progenitores y otros dispensadores de atención);
- deben conseguir que los resultados de las pruebas realizadas se comuniquen cuanto antes, para reducir la ansiedad de la espera.

distendido y cordial parece tener mucho éxito entre los jóvenes. A lo largo de los años se han establecido clínicas similares por todo el país, y se cuenta ya con una red nacional (178). El modelo sueco ha sido ampliamente imitado en otras partes del mundo. Es necesario, sin embargo, valorar con cuidado la sostenibilidad de su uso extendido en países de recursos limitados.

También se han hecho esfuerzos considerables en numerosos países en desarrollo, y son muchas las lecciones útiles que se derivan de esas iniciativas, de las que se dispone de descripciones detalladas (49, 179–182). Lo que sigue es un intento de describir los distintos modelos existentes:

- Un centro especializado en salud de los adolescentes y vinculado a una escuela de medicina que proporciona servicios clínicos a los adolescentes, funciona como centro de envío a otras instalaciones (generales) de salud, y lleva a cabo programas de formación para profesionales de distintas disciplinas que proporcionan servicios a los jóvenes.
- Una instalación sanitaria, con base en la comunidad, que se esfuerza por dispensar a los adolescentes servicios clínicos fáciles de utilizar, dentro del contexto de prestación de servicios de salud a todos los segmentos de la población. Ese modelo incluye dos categorías diferentes:
 - a) servicios independientes, casi siempre a cargo de ONG, como Marie Stopes International, en Uganda y en otros sitios, y la Fundación Internacional Africana de Medicina e Investigaciones en la República Unida de Tanzania;
 - b) sistemas de salud distritales o municipales, casi siempre dirigidos por el gobierno, que trabajan para reorientar la prestación de sus servicios con el fin de atender con más eficacia las necesidades de los adolescentes.
- Un centro (que no es instalación sanitaria), con base en la comunidad, que se dedica a proporcionar a los adolescentes algunos o todos los servicios que necesitan. Hay dos categorías en ese modelo:
 - a) centros que sólo proporcionan información sanitaria, orientación y servicios clínicos, como los centros de orientación para jóvenes dirigidos por la Asociación de Planificación Familiar de Kenya en Nairobi y Mombasa, y el Centro Naguru de Información y Salud para Adolescentes en Kampala, Uganda;
 - b) centros que proporcionan un abanico más amplio de servicios (de los que información sanitaria, orientación y servicios

clínicos sólo son una pequeña parte) u organizaciones que se centran en las necesidades no sanitarias de grupos especiales de jóvenes (como adolescentes embarazadas y progenitores adolescentes).

Además de proporcionar algunos servicios de salud, esas organizaciones colaboran a menudo con instalaciones sanitarias cercanas. Esos centros suelen estar a cargo de ONG (en ocasiones con financiación gubernamental). Junto con los servicios antes descritos, algunas de esas organizaciones establecen puestos de salud provisionales y proporcionan servicios básicos de salud en centros de enseñanza, estadios y otros lugares donde se congregan adolescentes.

- Organizaciones (sobre todo ONG) que mejoran el acceso de los adolescentes a los servicios de salud en su comunidad y tratan de prevenir uno o más problemas específicos de salud pública de los adolescentes en general o de subgrupos de adolescentes especialmente vulnerables. Hacen hincapié sobre todo en el trabajo extrainstitucional para proporcionar información y educar al grupo destinatario. Muchas de esas organizaciones ofrecen servicios clínicos muy rudimentarios (si es que ofrecen alguno), pero colaboran estrechamente con las instalaciones sanitarias en sus zonas de operación.

Además de la función decisiva de proporcionar un marco para dispensar servicios de salud (y orientación) a los adolescentes, y para llevar a cabo otras actividades como información y adquisición de competencias, el centro de salud puede realizar otras funciones valiosas, como se recoge a continuación:

- En el caso de un ejercicio de valoración de necesidades, los historiales de los pacientes en los centros de salud proporcionan información muy útil sobre la naturaleza y amplitud de los problemas de salud que afectan a los adolescentes de una zona.
- En un programa de salud de base comunitaria, los centros de salud pueden proporcionar un lugar útil donde invitar a dirigentes comunitarios y a otras personas interesadas para debates y negociaciones.
- En el caso de programas de salud de base comunitaria, los centros de salud pueden ser una base para las operaciones de agentes sobre el terreno que participen en actividades periféricas.

El centro de salud ofrece una oportunidad para informar a los adolescentes y a los adultos sobre salud, comportamiento y desarrollo; y para proporcionar orientación sobre desarrollo sano, igualdad socio-sexual, sexualidad sana y relaciones. Es, con frecuencia, el punto

básico de contacto en la prestación de intervenciones médicas. Algunos centros de salud con programación innovadora también han incorporado la adquisición de competencias a sus actividades (48). En muchos países, por desgracia, los centros de salud (en especial las clínicas en zonas periurbanas y rurales) no son tan activos como podrían. En los peores casos, los edificios que albergan esos centros están destartados y el equipo es rudimentario y a menudo no funciona. Los medicamentos y otros suministros escasean muchas veces y el personal está mal pagado y desmoralizado. Con la reforma del sector de la salud se busca que el público participe más de cerca a la hora de fijar prioridades y tomar decisiones, y eso debe ayudar a revitalizar y a aprovechar mejor ese recurso infrautilizado que es el centro de salud, para que contribuya a la salud y al desarrollo de los adolescentes y de otros sectores de la población.

5.5 **Lugar de trabajo**

En muchos países son numerosos los jóvenes que trabajan en fábricas, zonas de libre comercio y distritos turísticos. Con frecuencia están muy expuestos al abuso de sustancias y al comportamiento sexual peligroso, así como a traumatismos asociados con condiciones inseguras de trabajo y falta de experiencia. Proporcionar información sanitaria, concertar visitas por parte de los servicios de salud, e instalar servicios accesibles de consulta telefónica directa desde el local de trabajo son otros tantos ejemplos de iniciativas que pueden ser ventajosas para trabajadores y dirección al asegurar una fuerza de trabajo más sana. El sector mercantil puede contribuir de distintas maneras a la salud de los adolescentes mediante intervenciones directas en beneficio de sus empleados, al colaborar (financiándolos a veces) con proyectos propugnados por empleadores a quienes preocupa la salud de los trabajadores, o promoviendo la concienciación del público.

Entre los lugares de trabajo para adolescentes figuran aquéllos que no están institucionalizados y son móviles y otros más tradicionales, como las fábricas. Para los adolescentes son lugares de trabajo los mercados, donde venden alimentos, objetos de artesanía y otros productos, u ofrecen servicios como limpiar zapatos y lavar automóviles. Los jóvenes realizan a menudo trabajos de ínfima categoría, pero también hay otros que aprenden oficios y pueden conseguir salarios pequeños en programas de aprendizaje de mecánica, fabricación de alfombras, panadería, carpintería, zapatería y agricultura. Las fuerzas armadas son otro entorno laboral importante donde se puede entrar en contacto con los jóvenes, sobre todo varones, aunque la participación de las jóvenes está aumentando en

algunos países. Es vital tomar conciencia de todo el abanico de lugares de trabajo donde transcurre buena parte del tiempo de los jóvenes. Tanto los lugares de trabajo institucionalizados como los no institucionalizados son contextos importantes que hay que considerar como emplazamiento de programación, porque todos ofrecen oportunidades para contactar con los jóvenes. Es necesario tener muy en cuenta los lugares de trabajo no institucionalizados porque pueden ser el único punto de contacto con jóvenes no escolarizados y/o sin hogar a quienes es difícil llegar de otra manera.

Es necesario explorar los aspectos positivos y negativos de las experiencias de trabajo de los adolescentes. Algunas pueden contribuir a su desarrollo sano ayudándoles a aprender nuevas competencias, a potenciar su autoestima y a ganarse la vida. Algunas situaciones de trabajo, sin embargo, presentan riesgos elevados de traumatismos y de explotación financiera o sexual. Los jóvenes trabajadores sexuales, varones y mujeres, pueden correr un riesgo mayor de contraer ITS, incluido el VIH/SIDA, de convertirse en víctimas del uso de sustancias y de la explotación por parte de adultos. Una ventaja de realizar intervenciones en algunos lugares de trabajo es que gracias a ellas pueden tratarse los comportamientos de riesgo a medida que se presentan.

Es necesario valorar la situación en los lugares de trabajo institucionalizados y no institucionalizados para determinar si se necesitan intervenciones de política que ayuden a mejorar las condiciones de trabajo. También se puede elaborar programación para ofrecer a los jóvenes una oportunidad de adquirir competencias que les permitan acceder a empleos menos arriesgados. Los lugares de trabajo ofrecen un punto de acceso para proporcionar información sanitaria o servicios vitales.

El lugar de trabajo también ofrece una oportunidad excelente para dar a conocer a los adultos la necesidad que tienen los adolescentes, para su salud y desarrollo, de información, adquisición de capacidades, orientación y servicios de salud. El lugar de trabajo puede ofrecer igualmente formación para adultos que potencie las competencias para la crianza de los hijos y puede ampliar incluso los servicios a las familias de los trabajadores, servicios que se traduzcan en intervenciones para adolescentes. Las empresas salen ganando cuando se responsabilizan de la programación para la salud de la familia, incluida la programación de actividades específicas para adolescentes, como se ha demostrado en algunos países. Se trata de un sector de apoyo prometedor a la hora de programar actividades específicas para adolescentes.

En la India, La Compañía Tata, de acero y hierro, realizó un programa de esas características (D. Dey, datos inéditos, 1995). El Programa Padres de Mañana proporciona adiestramiento que abarca información y comunicación sobre salud sexual y reproductiva, así como servicios, ofrecidos por más de 25 clínicas y consultorios móviles en zonas urbanas y suburbanas. Durante los años noventa el programa ha hecho hincapié en problemas de salud relacionados con el comportamiento, y ha abarcado abuso de drogas, dependencia del alcohol, madres solteras, embarazos no deseados e ITS, incluido el VIH/SIDA. El programa trata de identificar sectores de riesgo elevado y atender las necesidades reproductivas y sexuales de los jóvenes. El programa se centra en chicos y chicas de 14 a 18 años. Los grupos destinatarios son adolescentes alumnos de enseñanza media y universitaria, aprendices, y reclutas de la policía y de las fuerzas armadas. También se invita a progenitores y enseñantes a las reuniones de formación para ayudar a concienciar a la comunidad en general sobre la utilidad de esos programas de formación.

Entender plenamente los aspectos positivos y negativos de las situaciones de trabajo de los adolescentes y definir las intervenciones adecuadas es todo un reto. Se necesita proteger los derechos de los jóvenes en relación con el trabajo, tal como están definidos en las Convenciones sobre los Derechos del Niño, para prevenir su explotación. La política y otras intervenciones que, como parte de iniciativas para crear un entorno seguro y de apoyo, limitan las oportunidades de empleo de los adolescentes, pueden perjudicarlos sin quererlo.

Algunos lugares de trabajo pueden estar, hasta cierto punto, dispuestos a ofrecer información y servicios de salud a sus empleados, sobre todo si han contratado a menores de edad. Es necesario, por consiguiente, crear relaciones entre el sector de la salud y el sector privado. Para acceder a los jóvenes a través del lugar de trabajo, no deben perderse de vista las necesidades de la dirección, y hay que presentar razones de peso para apoyar el argumento de que mejorar la salud de los empleados jóvenes es útil para las empresas. Eso puede ayudar a entrar directamente en contacto con los jóvenes o con los adultos en el lugar de trabajo, con el propósito de mejorar la salud familiar, la concienciación de los adultos sobre las necesidades de los adolescentes y la información sanitaria.

En lugares de trabajo no institucionalizados también se han puesto en marcha algunos programas innovadores para ofrecer, a jóvenes que viven y trabajan en la calle, alternativas que permitan reducir el abuso de sustancias. Un caso representativo es un programa de Paraguay

que contrata a varones jóvenes en un proyecto de limpieza de zapatos, utilizando las estaciones de autobuses como lugar de trabajo. Este programa está estructurado para enseñar a los participantes a cooperar con otros trabajadores, a cultivar una cultura positiva de trabajo y a manejar dinero. Con el fin de potenciar el aprendizaje en equipo, se exige a los participantes que trabajen en turnos, para dar a todos igual acceso a los periodos de ingresos máximos; y, para aprender responsabilidad, también pagan un porcentaje de sus ingresos por los materiales que utilizan. El programa reconoce las ventajas de las oportunidades que proporcionan otros contextos, y alienta a los participantes, por ejemplo, a no abandonar la escuela aunque al mismo tiempo ganen dinero. Gracias a la participación de jóvenes de la calle, el programa espera contribuir a un descenso en la utilización de sustancias perjudiciales (183).

Intervenciones para reducir las tasas de infección por el VIH y las ITS se han realizado con éxito en lugares donde operan trabajadoras sexuales. Una campaña intensiva para promover el uso de preservativos entre trabajadoras sexuales en Tailandia ayudó a reducir las tasas de infección por el VIH y las ITS entre los clientes jóvenes de las trabajadoras sexuales. El programa utilizó intervenciones de información destinadas a empleadores y trabajadoras sexuales e intervino en dos sectores del entorno social al facilitar la disponibilidad de los preservativos y trabajar con la policía para lograr la observancia (184). También hay jóvenes que trabajan en establecimientos de trabajo sexual, y esto los expone en gran medida no sólo a las ITS (incluido el VIH/SIDA) sino a otros problemas de salud como la violencia y el abuso de sustancias. Las intervenciones eficaces, como la de Tailandia, subrayan la necesidad de diseñarlas de manera que se centren en jóvenes en lugares controvertidos de trabajo de alto riesgo, así como en los más tradicionales o socialmente aceptados.

5.6 La calle

La calle, como contexto de intervención, se presta a muchas actividades creativas y a enfoques innovadores. Los mercados y la vida de la calle constituyen el centro de la existencia cotidiana en muchos lugares del mundo, tanto en comunidades rurales como urbanas. En zonas pobres, la fuente comunitaria de agua es el punto diario de encuentro para la comunicación, el baño, la preparación de los alimentos y el cuidado de los niños. En las ciudades, los vendedores ambulantes y los mercados también reúnen a la gente todos los días. Los adolescentes participan en actividades callejeras en todo el mundo. Las intervenciones diseñadas con la calle como escenario llegan a las personas, adolescentes incluidos, de manera más informal

que en otros contextos. Un buen ejemplo son los grupos que proporcionan información sobre temas de salud en la calle por medio de funciones teatrales.

En muchos países en desarrollo, es muy pequeña la proporción de adolescentes que acuden a los centros de enseñanza, y las muchachas se hallan especialmente desfavorecidas. En algunas ciudades está aumentando el número de niños de la calle, algunos sin familia, y la mayor parte expuestos a múltiples problemas de salud y desarrollo. Se calcula que viven o trabajan en la calle 30 millones de niños (58). El contexto de la calle puede ser el único camino para llegar a esos jóvenes.

La programación en el contexto de la calle ofrece una especial oportunidad para implicar a los jóvenes que viven y trabajan en ella en la planificación de la intervención. La participación de los adolescentes ha demostrado ser esencial para el éxito de la programación en ese contexto. La participación en la toma de decisiones relativas a los programas es una parte valiosa de la intervención. Esa participación ayuda a desarrollar la socialización básica y las capacidades de comunicación, y ofrece una posibilidad de mejorar la autoestima por medio de una actividad y unas aportaciones valiosas.

Los jóvenes que viven en la calle necesitan ganar dinero para sobrevivir. Hace falta programar intervenciones que no comprometan su capacidad de obtener ingresos, aunque definir tales intervenciones es difícil y problemático cuando cabe la posibilidad de que el trabajo que realizan aumente el riesgo de que aparezcan problemas de salud. La programación puede proponerse lograr que los adolescentes participen en actividades que los ayuden a alejarse de esos trabajos hacia maneras menos arriesgadas de ganarse la vida, pero esa programación necesita reconocer las realidades de la vida en la calle y no alienar aún más a los jóvenes estigmatizándolos (92). La valoración activa de las intervenciones y la participación de los jóvenes en su definición ha desembocado en la formulación de enfoques para mantener relaciones con los jóvenes de la calle, aumentando de ese modo las oportunidades de proporcionarles información y servicios de salud, sin dejar por ello de promover la adquisición de competencias.

Existen muchos proyectos innovadores que contactan con los adolescentes que viven y trabajan en la calle. En muchos países, esa programación proporciona información, desarrolla competencias, ofrece orientación y mejora los servicios de salud para chicos y chicas que viven en la calle. Vincular tales actividades a sistemas de apoyo ya existentes puede ser ventajoso, a bajo costo.

Los programadores han hallado que la adquisición de competencias es de importancia especial entre jóvenes que viven en la calle. La evaluación del tipo de competencias que se necesita es fundamental si se quiere que la programación esté relacionada con las necesidades reales de aquéllos a quienes se quiere ayudar. En el sector de la programación para prevenir la infección por el VIH entre niños de la calle en la República Unida de Tanzania, se ha advertido que para prevenirla, así como para prevenir otras ITS, se requiere preparación para la vida cotidiana: es necesario poder hacer que la información se convierta en realidad para la propia vida (92). Entre las aptitudes para la vida que se necesitan en la calle figuran la toma de decisiones y la aceptación de las propias responsabilidades, saber enfrentarse a la presión de los iguales, mostrarse firme y enérgico y buscar la información necesaria. El programa *Kuleana*, que administra una pequeña ONG interesada por los derechos humanos y la salud sexual de los jóvenes, ha encontrado que la escenificación de situaciones y las marionetas ayudaban a la adquisición de competencias, reconociendo que estas últimas se desarrollan con el tiempo y que los adolescentes de la calle necesitan apoyo y aliento.

El contexto de la calle también ofrece oportunidades de intervención para crear un entorno seguro y de apoyo. En el sector de las normas sociales es posible, por ejemplo, cambiar la actitud hacia los jóvenes que trabajan en la calle, como lo ha demostrado una satisfactoria programación en Filipinas con la que se logró que a los trabajadores de la calle se los viera no tanto como delincuentes sino como jóvenes que responden a sus necesidades de supervivencia en un entorno de pobreza y de distribución desigual de la riqueza (T. L. Silva, comunicación personal, 1995). El contexto de la calle ofrece la posibilidad de que las intervenciones se efectúen en el lugar donde se dan las situaciones de riesgo, y que se cree un entorno seguro y de apoyo, por ejemplo, mediante la disminución de la ingestión de bebidas alcohólicas en los bares, y de la violencia relacionada con ella, y trabajando con los camareros y propietarios para que se cumplan las leyes. Las intervenciones pueden tener lugar directamente en el contexto de la calle para reducir la violencia, como se ha demostrado gracias a un programa con éxito en Julakari, Australia (M. Simon, K. Monahan y G. Slutkin, datos inéditos, 1995). En ese programa, los mayores de la comunidad, a título voluntario, trabajan con la policía local, y organizan patrullas nocturnas que ofrecen a las personas embriagadas que encuentran por la calle transporte a un centro para «despejarse», asegurando así que no participen en actos de violencia ni sean detenidos.

5.7 Organización comunitaria

En todo el mundo, organizaciones (a menudo no gubernamentales) dedicadas al servicio de los jóvenes les proporcionan apoyo y oportunidades para emprender tareas constructivas y gratificantes que promuevan su desarrollo y supongan una contribución para la comunidad. Esas organizaciones pueden también proporcionar educación entre iguales, orientación entre iguales (si se dispone de apoyo y adiestramiento) e información práctica sobre otros recursos comunitarios, incluidos los servicios de salud y los servicios sociales. Muchas son ya sostenibles y algunas operan a nivel nacional.

Esas organizaciones pueden proporcionar a los jóvenes apoyo y orientación, aprendizaje de competencias, brindarles alternativas positivas y constructivas frente a los riesgos, y crear oportunidades para que puedan hacer aportaciones valiosas a la comunidad. También pueden satisfacer muchas necesidades relacionadas con el desarrollo: sensación de estructura, seguridad, posición social y sentimiento de pertenencia. La meta de conjunto de algunas de esas organizaciones es ayudar a los jóvenes a desarrollar todo su potencial (185).

Muchos adolescentes de más edad atribuyen a grupos como el movimiento Scout haberles inculcado valores, actitudes (incluida la franqueza con otros, el sentido de responsabilidad hacia los demás desarrollado por medio de las actividades de grupo) y confianza en sus propios recursos que les han permitido desarrollarse y prepararse para la vida adulta. Las actividades emprendidas por esos grupos tienen como motivación el estímulo y el placer que los jóvenes encuentran en participar. Las actividades constituyen el marco donde se aprenden las competencias y se cultivan las relaciones que proporcionan las oportunidades para el desarrollo personal. Para muchos jóvenes, la unidad de organización es una estructura singular cuya dinámica de grupo y actividades les enseñan a aceptar sus responsabilidades propias y a asumir una función dentro del grupo. Los jóvenes que han pasado mucho tiempo en el movimiento Scout aceptan y en ocasiones hacen especial hincapié en la necesidad de responsabilizarse, de ayudar a los miembros más jóvenes a desarrollar las competencias que ellos han adquirido y de que todos contribuyan al bienestar del grupo. La mayoría de los jóvenes creen en la importancia de esa experiencia como preparación para la vida adulta. Progenitores y dirigentes comparten esos puntos de vista (185).

Existe una interdependencia entre aprender competencias y asumir responsabilidades. Mediante la adquisición de cierta pericia técnica y práctica, los jóvenes pueden aceptar mayores responsabilidades y,

mediante esa aceptación, están en condiciones de desarrollar sus capacidades. También existe una interdependencia entre el nivel de responsabilidad asumida y hasta qué punto se sienten integrados en el grupo y parte esencial de todo el conjunto, reconocen la aportación que tienen que hacer y ven que el grupo también la reconoce.

Las organizaciones internacionales de servicio, como la Asociación Internacional de los Clubes de Leones y los Clubes Rotarios han elaborado iniciativas especiales para apoyar la programación para jóvenes en muchos países. Los Clubes de Leones en Suiza, por ejemplo, trabajan en asociación con distritos escolares locales de Lausana para suministrar fondos y apoyo de programación en la elaboración de programas escolares innovadores que ayuden a reducir el uso de sustancias entre los adolescentes.

También las organizaciones religiosas desempeñan una función destacada a la hora de proporcionar programación estructurada de manera específica para jóvenes, además de ofrecerles la oportunidad de participar en las actividades básicas de las organizaciones. Esa participación ofrece a los jóvenes orientación espiritual y la posibilidad de sentirse parte de la comunidad, contribuyendo así a su desarrollo moral y espiritual. Las organizaciones proporcionan a menudo oportunidades para relaciones significativas de apoyo con adultos fuera de la familia. Distintas organizaciones religiosas se muestran también muy activas a la hora de tender la mano a los jóvenes y a sus familias tanto si comparten sus creencias como si no y, al hacerlo, contactan con personas especialmente vulnerables de la comunidad.

Es vital que las organizaciones comunitarias busquen ocupaciones valiosas para los jóvenes. En una evaluación de algunas oportunidades para servir a la comunidad, por medio de una encuesta en la que participaron jóvenes (185), se llegó a la conclusión de que a estos últimos se les pide a menudo que emprendan actividades aburridas o tediosas que encuentran ingratas y que no les ofrecen posibilidades de entrar en contacto con las personas a las que se supone que están ayudando; eso puede hacer que los jóvenes sientan que no se los valora. Para ellos son importantes las oportunidades de descubrir entornos que no conocen y de establecer relaciones con personas nuevas.

Con frecuencia, también es un problema para las ONG coordinar las actividades juveniles con otras ONG y con programas no gubernamentales. La falta de tiempo y la escasez de recursos dificulta las reuniones a nivel central para planear y evaluar actividades. En ocasiones, mandatos y prioridades en conflicto pueden dificultar la

colaboración con otros grupos. No hay que olvidar tampoco la realidad de tener que competir por los mismos fondos, que proporcionan el gobierno y organizaciones donantes ajenas a la zona o país de operación, lo que también ha hecho que a veces sea difícil coordinar esfuerzos.

Las intervenciones, de la mano de varias organizaciones que proporcionan servicios para los jóvenes — los Scouts, Muchachas Guías, YMCA e YWCA, Boys Police Clubs —, para la adquisición de competencias en distintos contextos comunitarios, han conseguido algunos éxitos. Esas organizaciones son capaces a menudo de utilizar con eficacia la educación entre iguales para proporcionar información a otros jóvenes. También se puede ofrecer orientación a través de organizaciones religiosas en algunos sitios, porque la función del dirigente religioso como orientador es aceptada de manera natural por la familia. El contexto religioso también ofrece un punto de contacto importante para el envío de los jóvenes a los servicios de salud de la comunidad.

Los Boy Scouts de Alejandría, en Egipto, junto con el gobierno local, y el apoyo del UNICEF de Egipto, han organizado oportunidades recreativas, así como para el desarrollo de otras competencias, para adolescentes que trabajan. Entre esas actividades, que se ofrecen en el centro recreativo de los Boy Scouts, figuran natación, servicios de salud, clases de alfabetización y formación profesional de carpintería y otros oficios. Las actividades recreativas son terapéuticas para estos adolescentes que trabajan en general de 12 a 14 horas diarias en condiciones que nada tienen de ideales. Algunos de los cambios perceptibles entre los adolescentes son la mejora en la habilidad para comunicar, mejores modales y moral más alta, todo lo cual ha conseguido el apoyo de las familias para esos esfuerzos. Es interesante señalar cómo los patronos de esos adolescentes, que inicialmente se resistieron a la idea de la participación de sus empleados en el centro recreativo, a la larga han valorado sus efectos de manera positiva, ya que ha aumentado la productividad y ha descendido la incidencia de problemas atribuidos a esos adolescentes (186).

5.8 Centro residencial

El término «centro residencial» abarca un amplio abanico de lugares donde los jóvenes permanecen durante periodos breves, medios o largos. Algunos están diseñados para sectores concretos de la población adolescente; otros ofrecen programas particulares. Se dan a continuación varios ejemplos de centros residenciales:

- Los refugios ofrecen en general alimentos y un sitio para dormir. Algunos están específicamente pensados para adolescentes, otros, para todas las edades. Muchos refugios dependen de ONG y, con frecuencia, de grupos religiosos. Los adolescentes pueden pasar una noche, varios días o incluso más tiempo. Los refugios son utilizados por jóvenes en circunstancias difíciles, así como por quienes se hallan lejos de su hogar, quizás en trabajos agrícolas de temporada o en fábricas con salarios muy bajos.
- Los centros de paso están pensados con frecuencia para satisfacer las necesidades de sectores particulares de la población adolescente, como varones jóvenes que trabajan en la calle o muchachas que trabajan en el mercado o como trabajadoras sexuales. Se los incluye aquí tan sólo porque tales centros son, para algunos de esos adolescentes, los únicos sitios que ofrecen algunas de las ventajas de un entorno familiar positivo, como seguridad, alimentos y la presencia de adultos con una actitud comprensiva. Determinados centros de paso actúan además como puntos de contacto con jóvenes durante un largo periodo de tiempo, mientras que otros ofrecen programas de duración media que pueden ayudar a sectores concretos de la población adolescente a encontrar un programa residencial a largo plazo. Para jóvenes que viven y trabajan en la calle, los centros de paso pueden ofrecer una tregua frente a dificultades situacionales y episódicas en la calle, como una redada de la policía, o funcionar como un lugar donde recibir ayuda si están enfermos.
- Los centros de formación profesional proporcionan oportunidades para aprender oficios.
- La vida en residencia por razones terapéuticas puede ser parte, por ejemplo, del tratamiento en el caso de abuso de sustancias o por razones de salud mental.
- Los orfanatos admiten de ordinario niños a una edad muy temprana para que vivan allí durante un largo periodo de tiempo. Se organizan privadamente y por medio de programación pública.
- Los centros juveniles de colocación o detención ofrecen refugio, partiendo de una base voluntaria u obligatoria. Se los llama con frecuencia centros «abiertos» o «semiabiertos» (o «centros cerrados» si son obligatorios). En muchas instituciones de esas características se alojan, junto con otros detenidos por delitos menores, jóvenes que no han cometido más delito que el vagabundeo. El sistema de justicia juvenil puede ser, de hecho, el primer punto oficial de contacto (y, en consecuencia, un punto

posible de intervención) para jóvenes dedicados a una serie de actividades nocivas, ilegales o antisociales como el uso de sustancias, la violencia y el robo. D. S. Elliot sugiere que: «Una intervención eficaz en este punto debe tener un impacto significativo en todo el conjunto de problemas de conducta, y debe reducir la posibilidad del paso a estadios más avanzados de vida anormal. Quizá deba hacerse una mayor asignación de recursos en este punto, cuando muchos jóvenes están todavía en los primeros estadios del desarrollo de su modo de vida» (187).

Los contextos residenciales son de importancia especial en la programación de la salud de los adolescentes porque cada uno de ellos puede ser el único lugar para llegar a grupos particulares de jóvenes, como los que se han separado de sus familias en razón de una defunción o de situaciones de conflicto en el hogar, o los que viven lejos de su familia debido a necesidades o problemas especiales. Muchos de los jóvenes en contextos residenciales son muy vulnerables a los problemas de salud. Quizá no dispongan de ninguna otra fuente para atender a sus necesidades básicas ni para que se les puedan proporcionar las oportunidades que en otros casos encontrarían en el contexto familiar. Esos entornos ofrecen oportunidades únicas para ayudar a los adolescentes a mantener relaciones positivas con adultos, proseguir algún tipo de educación básica o desarrollar aptitudes para ganarse la vida y volver a tener acceso a servicios básicos. Cada uno de los contextos citados ofrece un punto de acceso importante para la prestación de servicios de salud, así como para programar oportunidades para otras intervenciones destacadas. Los contextos residenciales también ofrecen la oportunidad de intervenir con jóvenes muy expuestos al abuso de sustancias o a las relaciones sexuales precoces, sin protección y no deseadas. Por medio de esos contextos es posible ofrecer a los adolescentes mejor nutrición, planificación familiar y servicios relacionados con las ITS, incluida la detección temprana del embarazo y el acceso a la atención materna.

Debido al carácter de permanencia de los contextos residenciales, existe una oportunidad única de que los jóvenes participen en la planificación, aplicación y evaluación del programa por medio de grupos focales, consejos de jóvenes, educación entre iguales y vigilancia de la programación. Algunos contextos residenciales facilitan las relaciones a plazo más largo entre jóvenes y adultos, así como entre los mismos jóvenes.

En algunos centros residenciales, sobre todo centros juveniles de detención que sitúan en el mismo programa a adolescentes con

diferentes características y necesidades, la intervención está dificultada por la influencia de los adolescentes más antisociales (como, por ejemplo, los agresivos) sobre los demás. Por añadidura, casi siempre es poco el personal en relación con el número de jóvenes, y lo reducido de los sueldos no consigue atraer a agentes adultos mejor cualificados. La formación de personal es una oportunidad y también un reto. Otro problema es la falta de recursos para suministros: algunos contextos residenciales poseen maquinaria para actividades de formación profesional como carpintería, pero no están en condiciones de usarla debido a la falta de materias primas básicas. Algunos planes residenciales para generar ingresos carecen de la pericia técnica para comprar y comercializar productos que tengan posibilidades de éxito en el mercado local. Muchos de los jóvenes a los que se atiende por medio de los centros residenciales carecen de dinero, y el diseño de las intervenciones ha de tenerlo en cuenta. Algunos programas han elaborado con éxito planes a corto plazo para que los jóvenes consigan ingresos al mismo tiempo que se les enseñan competencias para ganarse la vida a más largo plazo. Son muchas las oportunidades de incorporar intervenciones en los sectores de:

- Entorno social — una oportunidad de ofrecer y potenciar relaciones positivas con adultos; satisfacer necesidades básicas como la nutrición, y educación institucionalizada y no institucionalizada; también para ayudar a los jóvenes a volver a acceder a oportunidades desaprovechadas, gracias a una mayor concienciación.
- Proporcionar información — una excelente oportunidad de ofrecer información sanitaria básica sobre la prevención del abuso de sustancias y las ITS, incluido el VIH, y sobre anticoncepción, así como para informar sobre educación, oportunidades profesionales y servicios de salud. En Egipto se ha preparado un modelo juvenil consultivo que prevé reuniones mensuales de jóvenes representantes de diversos programas residenciales, con la adquisición de competencias profesionales como interés principal. Además de ayudar a los jóvenes que participan en las reuniones consultivas a reforzar sus competencias para la planificación y la organización, el programa cuenta con la ventaja adicional de aumentar entre los grupos el flujo de información sobre otras oportunidades y servicios, que llega directamente a los representantes de los adolescentes y luego, gracias a ellos, a otros por medio del programa.
- Adquisición de competencias — parece que conviene de manera natural al contexto residencial. Gracias a los programas se han encontrado jóvenes interesados en desarrollar sus competencias y motivados para hacerlo, sobre todo cuando eso supone oportu-

tunidades para ganar dinero. Los contextos residenciales que combinan la adquisición de competencias sociales y profesionales y las actividades para desarrollar actitudes positivas hacia el propio interesado, hacia otros y hacia el trabajo (como el programa SERVOL de Trinidad y Tabago) han demostrado que, si se los ayuda, los jóvenes consiguen las competencias necesarias para obtener empleo, y, cuando no hay empleos disponibles, pueden no abandonarse a comportamientos autodestructivos (188).

- Servicios de salud — el contexto residencial es un importante punto de acceso para proporcionar nutrición básica y prestar servicios de prevención y tratamiento de enfermedades a jóvenes que quizá estén excluidos de otros contextos y clínicas tradicionales de salud. Junto con la formación para adquirir competencias y la orientación comportamental, se descubrió que el tratamiento residencial para el abuso de sustancias era uno de los enfoques más eficaces entre adolescentes, considerándose que tres meses era el periodo óptimo (140).

5.9 Medios de comunicación y diversiones

En secciones anteriores, los contextos descritos pueden identificarse como lugares donde se dispensan intervenciones destinadas a adolescentes. En todos los casos, los contextos que ofrecen las mejores oportunidades de promover un desarrollo sano y de prevenir problemas entre adolescentes dependen de las personas.

Los medios de comunicación se han convertido en un rasgo dominante de la experiencia humana. Para los adolescentes, sobre todo, encierran un atractivo especial debido a su habilidad para distraer, educar e informar. Aunque se los haya considerado a menudo como transmisores de valores perjudiciales para el desarrollo, su función positiva se ha visto ya confirmada.

El crecimiento de la televisión, de la industria de vídeo, y la rápida difusión de la tecnología interactiva computadorizada, junto con las formas más tradicionales de medios de comunicación y diversión como la radio, los periódicos, las revistas ilustradas, los tebeos y el teatro ofrecen enormes oportunidades de llegar a los jóvenes y promover su salud en gran escala, por medio de:

- la transmisión de información de salud — es grande el potencial para la utilización de los medios de comunicación con el fin de informar a los adolescentes (y a los adultos) sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes;
- la influencia sobre actitudes y la contribución a crear normas sociales positivas en relación con cuestiones de salud de los

- adolescentes, a menudo despertando el interés por los temas de salud y proporcionando un foro importante para el diálogo público;
- la aportación de modelos positivos de conducta en las diversiones que ofrecen, y la reducción del número de los negativos;
 - la influencia en las actitudes y comportamiento sanitario de los jóvenes — los medios de comunicación pueden además utilizarse para influir en las actitudes y comportamiento de los adultos con los jóvenes.

Para ejemplos de cómo los medios de comunicación proporcionan un contexto en el que suministran información sanitaria y ayudan a crear un entorno de apoyo para el desarrollo sano, véanse las secciones 4.2 y 4.3.

Los medios de comunicación ofrecen la ventaja de llegar a los excluidos de otros contextos más estructurados. En algunos lugares quizá sean la única manera de contactar con jóvenes que no acuden a centros de enseñanza. Un ejemplo de cómo centrarse en adolescentes no escolarizados es *Karate Kids*, un tebeo y un vídeo sobre prevención del VIH para niños de la calle, producido por Street Kids International (189). Los medios de comunicación tienen también un mayor potencial para alcanzar zonas remotas. En el mundo en desarrollo hay una radio por cada cinco personas, y mil millones de televisores en todo el mundo, con un aumento del 10% anual (190).

Las personas que trabajan en el mundo de los medios de comunicación y las diversiones son posibles asociados que hay que ganar para promover la salud de los adolescentes, ya que pueden ayudar a poner de relieve las condiciones que afectan a la salud y el desarrollo de los adolescentes y estimular el debate público que permita allanar el camino para esfuerzos de programación en otros contextos (32).

5.10 Sistemas políticos y legislativos

El entorno en el que tiene lugar la toma de decisiones difiere de un país a otro en razón de las respectivas formas de gobierno y del particular contenido de las políticas que se estén considerando. En lo referente a la salud y al desarrollo de los adolescentes, son varias las esferas políticas que intervienen de ordinario a la hora de facilitar que se dispensen intervenciones. Así por ejemplo, individuos e instituciones de los sectores de educación y salud son protagonistas evidentes cuando se trata de emprender el debate sobre políticas y prácticas actuales para promover o impedir la salud y el desarrollo. Hay otros sectores cuyos intereses es necesario considerar cuando se

quiere contactar a grupos particulares, como los muy vulnerables, o se plantean cuestiones de salud, como la venta de sustancias nocivas. Para ejemplos de cómo los sistemas políticos y legislativos han desempeñado un papel en la programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes, véase el recuadro 17.

6. Claves del éxito

6.1 Antecedentes

¿Qué hace que la programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes tenga éxito y cómo se mide el éxito? En la valoración de la mayor parte de la programación para la salud de los adolescentes se ha tomado como referencia la ausencia o presencia de problemas como el abuso de drogas, el embarazo adolescente, el VIH/SIDA, la violencia, etc. Sin embargo, cada vez existen más pruebas de que la programación satisfactoria debe además centrarse en la adquisición de competencias y atributos positivos como autoestima, sentimiento de pertenencia, conciencia de la propia valía y conocimientos que permiten tomar decisiones vitales sanas. Pese a la necesidad reconocida de centrarse en una visión holística del desarrollo positivo de los adolescentes, no se han elaborado nuevos métodos para medir el éxito, y siguen estando de moda los indicadores orientados hacia los problemas.

Durante el último decenio, se han hecho esfuerzos para identificar las «claves para una programación juvenil con éxito». Entre esos esfuerzos cabe enumerar: una iniciativa conjunta de la OMS y de la Fundación Internacional para la Juventud sobre medición del éxito; la elaboración por la Fundación Internacional para la Juventud de «17 criterios» para una programación eficaz destinada a la juventud; el Grupo de Estudio OMS/FNUAP/UNICEF sobre Programación para la Salud de los Adolescentes; y una iniciativa conjunta de representantes de 16 países para elaborar indicadores más apropiados con los que medir el «estado del niño».

Pese a la falta de investigación, la experiencia de los programas y proyectos para la salud de los adolescentes ha demostrado el valor de ciertas características esenciales para asegurar que los programas influyan en la vida de los adolescentes. Las características que están ganando reconocimiento en ámbitos muy diversos — los organismos mundiales y nacionales y las organizaciones que participan en la planificación y ejecución de programas, la investigación socio-comportamental y los mismos jóvenes — están interrelacionadas y se apoyan mutuamente.