

En el siguiente apartado presentamos las precisiones teórico-conceptuales más importantes que sustentan el Módulo Socioeducativo. En este sentido ofrecemos un primer apartado que pretende instruir a la persona que utilice este Módulo, acerca de la fase adolescente y su relación con la protección y el riesgo. Para estos efectos, transcribimos textualmente del marco teórico de Valverde, O.; Solano, C.; Alfaro, J.; Rigioni, M.; Vega, M. (2001), el capítulo denominado “Adolescencia, protección, riesgo y vulnerabilidad: una aproximación teórica-conceptual” (pp. 17-29).

Por su parte, presentamos además una sección que aborda la evolución histórica del concepto salud-enfermedad y las implicaciones de esa evolución en la concepción y la praxis de distintos modelos de atención y prevención en la salud.

Para finalizar este apartado, procuramos sintetizar los principales puntos de partida del Módulo Socioeducativo, lo que de alguna forma permite comprender no solo cuales son los fundamentos filosóficos de nuestra propuesta sino también, lo que buscamos con esta propuesta metodológica.

a. Adolescencia, protección, riesgo y vulnerabilidad: una aproximación teórica-conceptual

a.1 La adolescencia algo más que un constructo teórico

Históricamente han existido una serie de ideas erróneas alrededor del concepto de adolescencia. Una de esas ideas tiene que ver con que ésta no es una etapa de desarrollo específica e importante, sino un “período puente”, que permite una simple transición entre otras dos etapas – la niñez y la vida adulta – como si estas últimas fueran las únicas importantes en el ciclo vital.

En relación con esa idea, por mucho tiempo no se visibilizaron con suficiente claridad, ni se valoraron en la dimensión adecuada, los cambios drásticos que experimenta una persona al pasar por esta etapa del desarrollo, que además no se refieren solamente a la esfera física, sino que incorporan lo social y lo psicológico.

Estas ideas junto con otras que han estigmatizado y colocado a los y las adolescentes como seres problemáticos en el imaginario social, han legitimado mitos y han determinado de manera muy importante la forma en que la sociedad, sus diversas estructuras y en general el mundo adulto se relaciona con ellos y ellas. Del mismo modo, estas ideas estereotipadas han incidido en la forma en que los y las adolescentes se relacionan entre sí y con el resto del mundo.

Es necesario señalar, sin embargo, que en torno a la concepción de la adolescencia, existe gran cantidad de planteamientos teórico-conceptuales, los cuales no necesariamente se contraponen, sino que enriquecen este concepto.

Para efectos de la presente investigación, se parte de una concepción general de la adolescencia que integra, necesariamente, una conceptualización no adultocéntrica, que se inserta desde una perspectiva género-sensitiva del desarrollo humano integral.

Desde esta óptica, se incorporan cuatro aspectos trascendentales en el proceso de desarrollo adolescente: la reconstrucción de la identidad, la integración de un nuevo esquema corporal, la consolidación del desarrollo cognoscitivo y la construcción de proyectos de vida futuros.

En este sentido, las y los adolescentes se visualizan como sujetos con potencialidades y capacidades que les posibilitan convertirse en agentes de cambio social e individual.

En general, desde el punto de vista de la salud se encuentra cierta homogeneidad en concebir a la adolescencia como el período de vida que se comprende entre los 10 y los 19 años de edad.

Según lo menciona Valverde (2000) en una discusión sobre el mismo tema, a pesar de que estos rangos son respaldados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), existe una dificultad importante para definir el momento exacto en el que finaliza la adolescencia.

Sin presentarse grandes diferencias de lo que acontece en otras latitudes, la mayoría de los y las jóvenes de latinoamérica, no han obtenido en estas edades su independencia y autonomía económica y personal suficiente como para asumir plenamente las responsabilidades de la vida adulta o aún se encuentran en medio de procesos de estudio u otros que los facultan para asumirlas posteriormente.

Por consiguiente, es relevante señalar que, si bien es cierto que existe consenso en cuanto al momento en que empieza la adolescencia (momento que es marcado por el inicio de la pubescencia¹), no se tiene claridad sobre el momento en que termina, pues éste no depende de factores biológicos, sino de factores socio-culturales.

De esta manera, aunque los márgenes de edad que se han mencionado permiten cierta estructura que facilita la definición de acciones específicas para esta población, deben ser empleados de forma muy flexible tomando en cuenta el relativismo cultural.

Nos parece importante señalar además, que a partir del Código de la Niñez y la Adolescencia (Ley No. 7739), se considera como adolescente a “toda persona mayor de doce años y menor de dieciocho” (artículo 2), lo cual plantea una concepción jurídica que, aunque no responde con exactitud a la utilizada por la O.P.S., se constituye en una definición que debe tomarse en cuenta para la definición de acciones, pues define derechos y responsabilidades diferenciales para los distintos rangos de edad.

Volviendo al proceso de desarrollo adolescente, y siguiendo a algunos autores tales como Blos (1986), Morera (1992) y Fallas (1992), se podría afirmar que en la adolescencia se pasa por tres momentos fundamentales, los cuales poseen procesos particulares, que si bien se encuentran estrechamente relacionados entre si como parte del proceso continuo que representa la fase adolescente, muestran características particulares dentro de su dinámica.

El primer período de la adolescencia, denominado adolescencia temprana y ubicado entre los 10 y los 13 años de edad, se caracteriza en términos generales, por un crecimiento físico acelerado, una gran cantidad de cambios relacionados con el inicio de la aparición de las características sexuales secundarias y cambios incipientes en la relación con el padre, la madre y otras figuras adultas de autoridad. Se establece en los y las adolescentes de estas edades, una especie de aislamiento que les permite explorar y asimilar poco a poco sus cambios (físicos y psicológicos), factor que se constituye en una de sus principales fuentes de angustia. En relación con esta situación, se observa la autoestima como una de las áreas más vulnerables de la persona.

¹ La pubescencia se refiere a la serie de cambios biológicos que se dan antes de la llegada de la madurez sexual, mientras que el concepto de pubertad se refiere específicamente a la adquisición de la madurez sexual que se alcanza al final de la pubescencia.

La adolescencia media (ubicada entre los 14 y los 16 años) trae consigo una mayor integración del nuevo esquema corporal junto a una mayor preocupación por su apariencia física; una transición hacia una forma de pensamiento mucho más abstracta y simbólica; una mayor capacidad para reconocer limitaciones y potencialidades lo que posibilita una capacidad más realista para pensar en proyectos futuros, una mayor diferenciación respecto de los padres a quienes cuestiona en forma más abierta debido fundamentalmente a la consolidación de un sistema de valores propio; una intensificación de los vínculos sociales aparejada a una mayor necesidad e importancia de las relaciones amistosas con los y las pares; el inicio de las primeras experiencias de sexualidad genital. La sexualidad es una de las áreas que cobra mayor relevancia para los y las jóvenes de estas edades.

En la adolescencia tardía (ubicada entre los 17 y 19 años) los y las jóvenes adquieren mayor independencia y estabilidad emocional producto del proceso de consolidación de su identidad. La conformación de un proyecto de vida es, por lo general, el área de mayor preocupación para las personas en esta etapa.

Es necesario subrayar el hecho de que, si bien esta caracterización de diversos momentos dentro de la fase adolescente posibilita entender de mejor forma los procesos que en ella se desarrollan, siguiendo el criterio de variabilidad en el desarrollo, los límites y las temporalidades entre cada uno de esos períodos no pueden verse de manera rígida.

Desde esta perspectiva, conviene más bien indagar cuáles son las dinámicas biopsicosociales en las que se desenvuelven los individuos, más allá de su edad, para conocer en qué período se encuentran y definir con mayor facilidad cuáles son sus necesidades.

a.1.1 La adolescencia: un proceso complejo y multidimensional

Cuando se intenta realizar una caracterización de los procesos que se generan en el desarrollo adolescente, se torna importante prestar atención a las distintas dimensiones presentes en toda su dinámica. De esta forma y tal como se había mencionado, en esta etapa cobran especial relevancia la progresiva integración del nuevo esquema corporal, el desarrollo cognoscitivo, la construcción y reconstrucción de la identidad y la constitución de proyectos de vida futuros.

Es necesario acotar, que estas “tareas fundamentales” no se enfrentan de manera independiente una de otra, sino que se desarrollan de manera interrelacionada. Como parte integral de un proceso dinámico y complejo, los logros y dificultades en una de las dimensiones, afecta, en mayor o menor medida a las otras.

Pasemos pues, a revisar las distintas dimensiones que se han mencionado.

La integración de un nuevo esquema corporal

Como ya se ha señalado anteriormente, los cambios físicos propios del desarrollo pubescente enfrentan al joven y a la joven a profundos, drásticos y rápidos cambios corporales que lo llevan a experimentar la pérdida del cuerpo infantil. Esta situación hace surgir en el y la adolescente, preocupaciones y angustias por la normalidad de estos procesos, lo que le lleva a aislarse y a retraerse del mundo social y lo empuja a explorar permanentemente su nuevo cuerpo

“todo lo nuevo se explora detalladamente; los músculos, la altura, los senos, el tamaño de los órganos genitales, el contorno, el rostro, las posibilidades que ofrecen las prendas de vestir, el maquillaje, el peinado, los gestos, la manera de hablar, las expresiones faciales y toda clase de posturas”. (Noshpitz, 1995; p. 97)

Todos estos cambios físicos provocan a la vez cambios en el ámbito psicosocial ya que, la nueva apariencia de los y las púberes hacen que el resto de las personas con las cuales interactúan, se relacionen de forma distinta con ellos y ellas a partir de una nueva percepción de los y las mismos(as).

En muchas ocasiones esto provoca que las figuras adultas deleguen en ellos y ellas responsabilidades para las cuales, no se encuentran necesariamente habilitados en su dimensión emocional para asumirlas.

Se entiende, de esta manera cómo el mundo del y la adolescente cambia abruptamente en relación con el mundo de la infancia. Las relaciones con su propio cuerpo y con las otras personas se modifican notoriamente y estas variaciones deben ser enfrentadas para ser asimiladas en un proceso paulatino de integración corporal que está a la base de la re-creación de su identidad personal.

No debemos olvidar que todas nuestras relaciones con el medio que nos rodea se realizan a partir de nuestro cuerpo. Al poseer este tanta importancia en esta etapa y ser algo que no se puede controlar porque está en permanente cambio, no es difícil comprender por qué los y las adolescentes, por lo general, se esmeran y preocupan tanto por el cuidado que le dan al mismo, en concordancia con las normas socialmente establecidas para cada sexo y lugar donde se vive, entre otros factores. Esto se relaciona con el hecho de que en muchas ocasiones el o la adolescente “tiene ideas grandiosas sobre su propias cualidades atractivas, destreza sexual, fuerza, belleza, gallardía, inteligencia, talento y otros atributos” (Noshpitz, 1995; p. 97).

Además de otros fines, con estas conductas los y las adolescentes buscan ser aceptados (as) en el grupo de su interés, respondiendo a “lo que está de moda”, pues socialmente esto los coloca en un lugar privilegiado con respecto a sus pares, los cuales, como ya se mencionó, tienen mucha importancia para ellos y ellas.

El desarrollo cognoscitivo: nuevas capacidades del pensamiento

Recordando lo planteado por Piaget² en múltiples investigaciones sobre este tema, el desarrollo cognoscitivo tiene como característica fundamental el ser un proceso que se construye dinámicamente a través de distintas etapas consecutivas de desarrollo, las cuales poseen una estructura determinada que integra las adquisiciones de cada etapa anterior.

Acorde con los planteamientos de este mismo pensador, Valverde (2000) menciona que alrededor de los once y los doce años de edad, en el desarrollo cognoscitivo de las personas, ocurre un paulatino cambio, pasando de una forma de pensamiento concreto a un estilo de pensamiento formal (conocido también como hipotético - deductivo).

Es decir, en este momento vital se presenta una transición que lleva a los y las adolescentes del concretismo a la abstracción. De esta forma las personas adquieren la capacidad de pensar y razonar, trascendiendo los límites de su experiencia material.

Según Maier (1979), en concordancia con el pensamiento piagetiano, el adolescente

“ingresa en el mundo de las ideas y las esencias separadas del mundo real. La cognición comienza a apoyarse en el simbolismo puro y en el uso de proposiciones, antes que en la realidad exclusivamente. Las proposiciones adquieren importancia para él como modo de razonamiento en el que las relaciones adoptan la forma de hipótesis de carácter causal y son analizadas para los efectos que acarrearán”. (p. 156)

En síntesis, mientras que en los y las niñas se observa una manera de pensar centrada en una sola cosa a la vez, sin elaborar teorías abstractas generales aplicables a otras situaciones similares, en los y las adolescentes esta situación es trascendida.

Así, tienden a interesarse en problemas que no necesariamente se dan en la actualidad, que no tienen que ver con su realidad inmediata; manipulan los conceptos de manera independiente de la realidad; deducen conclusiones y soluciones a partir de hipótesis que pueden o no basarse en la observación previa; desarrollan capacidades reflexivas que disfrutan en gran medida y que les permite explorar sus propios pensamientos y afectos en una actitud introspectiva.

El desarrollo de estas capacidades le permite a los y las sujetos asumir sus propias posiciones con respecto a diferentes tópicos, las cuales defienden de manera vehemente, contraponiéndose en muchas ocasiones a diferentes figuras de autoridad adultas (por ejemplo: profesores y profesoras, padres y madres).

Paulatinamente estas características “egocéntricas” tienden a desaparecer “conforme el adolescente comprende que su poder de reflexión posee una función analítica de la experiencia y no sirve simplemente para contradecirla... en [un] proceso paulatino de reconciliación entre el pensamiento formal y la realidad” (Valverde, 2000; p. 41).

Resumiendo entonces, los niños y las niñas entran a la adolescencia con un predominio de operaciones de pensamiento basadas en el aquí y ahora de la realidad tangible (concretismo), aceptando sin cuestionar las ideas y criterios del mundo adulto. Sistemáticamente los y las adolescentes adquieren la capacidad de que el pensamiento opere de manera abstracta, utilizando símbolos, desarrollando — de manera centrada en su propio criterio— la capacidad de crítica, reflexión e introspección y cuestionando el mundo de los adultos y las adultas. Al ir finalizando esta etapa de desarrollo, se establece en los sujetos la capacidad de pensar de una forma hipotético-deductiva, de una manera menos centrada en sí mismos.

Los procesos de re-construcción de la identidad: buscándose a sí mismos y a sí mismas

Según Dulanto (2000), la esencia básica del proceso adolescente es la búsqueda de la identidad. Esto no significa que al llegar a la etapa adolescente, los sujetos no tengan ninguna respuesta frente a la pregunta ¿quién soy yo?.

Si bien es cierto, esta pregunta adquiere una gran relevancia en estas edades, e incluso representa una “crisis”³ del desarrollo para cada sujeto, la o las respuestas que el o la adolescente den a la misma, por lo general, integra las diferentes identidades obtenidas en el proceso de individuación infantil⁴ con las nuevas experiencias del ser. Es por eso que se plantea que el y la adolescente re-conocen, re-crean o re-construyen su identidad a partir de su vivencia de un mundo distinto al de su infancia.

Dentro de esta re-construcción se hace necesario visualizar que, dentro de la dimensión psicosexual del desarrollo, también se consolidan progresivamente durante la adolescencia, la identidad sexual y la de género, así como la orientación sexual.⁵

³ El término crisis se conceptualiza acá desde una perspectiva positiva, es decir como un momento crucial que establece la necesidad y la posibilidad de seguir creciendo o tomar un rumbo diferente del que se traía en el desarrollo.

⁴ Proceso mediante el cual el individuo, durante sus primeros años de vida y el resto del período de la infancia, va formando un concepto individual de sí mismo, adquiriendo cierta independencia, lo cual le posibilita diferenciarse de su(s) principal(es) figura(s) afectiva(s) y del resto del mundo.

⁵ La identidad sexual se relaciona con la forma en que una persona se siente, se percibe y se asume (hombre, mujer). Esta categoría, si bien se relaciona con el sexo biológico de las personas, la trasciende por cuanto pueden existir disonancias en cuanto a las características físicas y la autopercepción de los y las sujetos. Por su parte, la identidad de género tiene que ver con la asunción de las prerrogativas socio-culturales (roles de género) respecto a las categorías de lo masculino o lo femenino. En cuanto al concepto de orientación sexual, este hace referencia al(los) sexo(s) biológico(s), hacia los cuales cada persona siente atracción sexual, independientemente de su identidad sexual o de género.

Para Krauskopf (1995a) “la identidad es aquella experiencia interna de mismidad, de ser nosotros mismos en forma coherente y continua, a pesar de los cambios internos y externos que tengamos en nuestra vida” (p.43).

Según Valverde (2000), este proceso se caracteriza por ser complejo y dinámico, exponiendo al y a la sujeto a momentos de confusión y claridad. Menciona además, que existen tres situaciones que se presentan y colaboran con esta búsqueda del si-mismo. Estas situaciones son:

1. La separación-individuación⁶, la cual encierra el proceso mediante el cual el y la adolescente renuncian, progresivamente, a las personas que cumplen para ellos el rol de padres o madres en tanto única fuente de seguridad, protección y apoyo, entre otros. De este modo los y las jóvenes buscan asumir una posición cada vez más autónoma e independiente.
2. El cuestionamiento de la autoridad de su(s) principal(es) figura(s) afectiva(s), el cual no solo es producto de las nuevas capacidades cognitivas adquiridas en el proceso de desarrollo sino que está íntimamente relacionado al proceso de separación-individuación ya mencionado. Esta necesidad de probar a la autoridad se relaciona además, con la posibilidad de probar los referentes y modelos que orientan la forma en cómo ellos y ellas se imaginan como adultos o adultas, así como asegurar que existe una estructura sólida en la que ellos puedan re-construirse.
3. La importancia del grupo de pares⁷, en tanto espacio que les permite a los y las adolescentes cumplir con los objetivos del desarrollo planteados anteriormente en la comunión de intereses, en la solidaridad de los y las otras que pasan por situaciones similares y en la comprensión y compañía de figuras que, por no ser adultas, no representan ninguna amenaza para los procesos de consolidación de la autonomía. Esto les permite retomar experiencias de otros, traerlas a su propia realidad y contribuir a la re-creación de su identidad. Además, los grupos de pares cumplen con otras funciones que tienen que ver con la contención afectiva; la reflexión y elaboración de situaciones y sensaciones nuevas; el apoyo para realizar cosas que les da miedo o les causa angustia; la exploración de conductas, habilidades y destrezas sociales; la expresión sin censura de ideas, sentimientos y necesidades; entre otras cosas. Como se puede ver, la importancia que reviste el poseer o pertenecer a un grupo de amigos o amigas es de tal magnitud, que quienes no lo logran satisfactoriamente, experimentan una situación harto difícil en su dimensión emocional o hacen lo que sea para poder pertenecer.

Es entonces en la confluencia de estas situaciones que el y la adolescente re-descubre una idea de sí, que va consolidando en una identidad que le permite establecer un equilibrio entre sus necesidades personales y las demandas del ambiente.

La construcción de proyectos de vida futuros

Otra de las tareas básicas del desarrollo del y la adolescente es la construcción de proyectos de vida futuros.

Los proyectos de vida, deben ser entendidos desde la capacidad de un o una sujeto “para trascender el presente y tomar decisiones, no se puede reducir a la percepción de las posibilidades subjetivas sino que debe integrar los intereses y aptitudes, así como las alternativas y limitaciones existentes en el medio en el que se desenvuelva el y la joven” (Valverde, 2000; p. 52).

⁶ Este concepto parte de la concepción que poseen algunos autores, fundamentalmente psicoanalíticos (Blos, 1986; Kaplan, 1991; entre otros), respecto de la adolescencia como una re-edición de algunos procesos infantiles.

⁷ Por grupo de pares se entiende, el grupo de personas que comparten el mismo momento de desarrollo, las mismas inquietudes, necesidades, gustos, entre otras cosas. Se le llama también el grupo de iguales.

Los proyectos de vida no se limitan a la escogencia de un oficio, sino que, entre otras cosas, tienen que ver también con el lugar que se desea tener en la familia o con los amigos y las amigas, la elección o no de pareja y la forma en que desee llevarse esa relación o el papel dentro de la comunidad y otros grupos.

De esta manera, se entiende entonces que, en la construcción de planes de vida futuros, se debe tener en cuenta tanto aquello que yo quiero realizar (intereses) y dónde me quiero ubicar en el mundo con respecto a varios factores, como aquellas cosas para las cuales tengo habilidades (tanto desde el punto de vista físico como psicológico y social) y las opciones reales y concretas para llevar a cabo.

Dicho de otra forma, los seres humanos tenemos un sinnúmero de opciones para escoger y crear proyectos de vida. De esas, se debe elegir entre aquellas en las que por sus características personales (físico, género, condición socioeconómica, capacidad intelectual, lugar de residencia e intereses, entre otras), él o ella se pueda procurar una mayor realización personal, entendida esta como una sensación de bienestar general en los ámbitos biológico, psicológico y social.

A partir de lo anterior se tiene que, al inicio del desarrollo adolescente, hay una gran influencia de la familia en la definición de lo que se desea hacer y estas ideas no responden, necesariamente, a las posibilidades reales de hacerlo (se debe recordar el papel tan importante que tiene la imaginación en el proceso de desarrollo infantil). Posteriormente, las aspiraciones tienden a ser menos fantásticas y mucho más realistas, también más centradas en el si-mismo; aunque paralelo a este proceso, la incertidumbre por el futuro aumenta.

Al inicio de la vida adulta se espera que el y la joven tengan claridad en cuanto a sus intereses y las posibilidades reales de desarrollarlos, así como de los métodos que utilizarán para este fin.

A modo de resumen, algunas de las más importantes características y procesos presentes en la fase adolescente son:

1. Rápidos cambios corporales que son asimilados en forma progresiva.
2. Desarrollo y fortalecimiento de un pensamiento abstracto.
3. Elaboración del duelo por las pérdidas de su cuerpo infantil, de la imagen de padres y de su lugar en la familia, entre otras.
4. Redefinición de la relación con los padres y con otras figuras de autoridad.
5. Ampliación del mundo social por medio de la experiencia con el grupo de pares.
6. Elaboración de la identidad: quién soy, qué voy a ser con respecto a los demás y a mí mismo.
7. Revisión de la identidad de género, rol de género y orientación sexual.
8. Búsqueda de autonomía e independencia.
9. Planteamiento de expectativas y proyectos futuros.

a.1.2 Las determinaciones socio-culturales del proceso de desarrollo adolescente

El ser humano es un ente social por naturaleza, por lo cual no se debe perder de vista que las circunstancias —sociales y culturales— concretas de existencia determinan en gran medida la vida individual de las personas y su proceso de desarrollo.

Desde esta perspectiva, es imprescindible no perder de vista que el proceso de desarrollo adolescente y la resolución de las tareas básicas que este encierra, es afectado —directa o indirectamente, positiva o negativamente— por una serie de factores sociales, culturales, económicos y políticos.

Desde un enfoque contextualizado de la adolescencia, se impone la necesidad de visualizar aspectos tales como la condición de género, la condición socioeconómica y el lugar de residencia, o incluso el estilo de apoyo con que cuente el y la adolescente dentro de su grupo familiar, como variables que incidirán de forma distinta en el proceso evolutivo de las personas en situaciones concretas de existencia. Es decir, a partir de las posibilidades reales que estas condiciones le permitan, el o la sujeto estructurará una imagen corporal determinada, una identidad personal, una manera de pensar y una planificación para su futuro, que le permitirá un mayor o menor grado de desarrollo.

Así por ejemplo, enfrentar la adolescencia desde una posición de mujer es radicalmente distinto a hacerlo desde una posición de varón, puesto que las oportunidades y los estímulos que la sociedad brinda, son completamente diferentes y por demás excluyentes.

Por ejemplo, mientras a la mujer se le impulsa a cumplir ciertas características de belleza física, de sumisión, de altruismo; a dedicar su vida a actividades que refuercen estos estereotipos en la sociedad o que se relacionen con apoyar el desarrollo y bienestar de otras personas (incluso dejando de lado el bienestar propio); al hombre se le estimula a asumir características de fuerza física, manejo violento del poder y control del afecto. Las consecuencias de esta situación tiene sus pérdidas y riesgos para ambos sexos.

Es por esto también que el desarrollo adolescente no debe ser concebido como un proceso único y similar para todos y todas, sino que debe ser concebido desde una diversidad de matices que hacen que adquiera una multiplicidad de rostros: los de cada uno de los y las adolescentes.

Por lo anterior, en lugar de referirse a la adolescencia (que si bien es cierto sigue ciertas pautas generales, las cuales son flexibles y a las que ya se ha hecho referencia), nos deberíamos referir a las adolescencias, pues cada persona la experimenta de manera personal, única, distinta a los y las demás.

a.2. Adolescencia y Vulnerabilidad: una tensión dinámica entre la protección y el riesgo

La historia del desarrollo de las ciencias de la salud, ha estado marcada por la preocupación de poder prevenir a tiempo —antes de que se presenten—, las diversas situaciones patógenas que puedan comprometer el bienestar físico y mental de una persona y por ende su desarrollo.

Por mucho tiempo imperó un enfoque epidemiológico tradicional que intentaba responder a esa preocupación, centrándose en aquellos aspectos, biomédicos y ambientales, que suponían un riesgo para la salud de las personas.

Esta perspectiva, conocida como enfoque de riesgo, establecía como estrategia fundamental para enfrentar los problemas de salud, la identificación, el control y el combate de aquellos factores que se establecían como riesgosos para la salud de las personas, en otras palabras agentes causales de enfermedad o daño.

No obstante, en los últimos años, este enfoque de riesgo se ha enriquecido con el aporte de otras perspectivas que pudieron visualizar que muchos de los factores causantes de una enfermedad, estaban directamente relacionados con modos de actuar y vivir de las personas, es decir con cosas que la gente hacía.

Enseguida se integran a la perspectiva bio-médica tradicional, visiones mucho más psicológicas y socio-culturales, desde las cuales el riesgo se vincula a patrones de conducta humana, y en los cuales se presta atención a todas las potenciales consecuencias de un riesgo y no sólo las de índole bio-médico.

De esta manera se llega a un enfoque que integra tres conceptos fundamentales: vulnerabilidad, protección y riesgo.

Siguiendo los planteamientos de Donas (1998), la vulnerabilidad se refiere al estado continuo y cambiante de un individuo, familia, grupo o comunidad, resultante de la interacción entre una multiplicidad de factores protectores y de riesgo y de conductas protectoras y de riesgo, que determinan la mayor o menor probabilidad de que se presente uno o varios daños que atenten contra la salud, la calidad de vida y el desarrollo humano⁸ de ese individuo, familia, grupo o comunidad.

Este estado ocurre, se amplifica o se reduce, dentro de un proceso histórico, filo y ontogenético, en el que los factores y las conductas del pasado y del presente lo afectan.

Concordante con este planteamiento, Gerendas y Sileo (1992), plantean que

“el grado de vulnerabilidad de un adolescente depende de su historia anterior, sumada a la susceptibilidad y/o fortaleza inducida por los cambios biopsicosociales propios de esta etapa, más los efectos positivos y negativos de los microambientes en los cuales se desenvuelve (familia, escuela, lugar de trabajo, lugar de recreación, la calle, etc.), la cultura y el contexto socioeconómico y político del país donde vive, todo lo cual genera una combinación de factores de riesgo y protectores dentro de la dinámica del proceso salud – enfermedad”. (p. 10)

De esta forma, la vulnerabilidad es el estado actual en el cual se encuentren los sujetos, incorporando todos aquellos aspectos que involucre la relación entre el riesgo y la protección.

Por lo anterior, en el trabajo que se realice con los y las adolescentes en pro del mejoramiento de su calidad de vida y la promoción de su desarrollo, el grado de vulnerabilidad en el que se encuentran, debe estar en permanente valoración, revisión y actualización, pues puede variar dependiendo de cada sujeto y de sus factores internos y externos.

a.2.1 Riesgo y protección

Tal como se ha señalado, para realizar una valoración del grado de vulnerabilidad en el que se encuentran los y las adolescentes, es necesario identificar el riesgo o la protección presentes en su desarrollo y la forma en que estas dos dimensiones interactúan. Pero, ¿qué significan los conceptos de riesgo y protección dentro de la salud de los y las adolescentes? y ¿de qué forma se presentan estas variables en su desarrollo?

El concepto de riesgo ha sido ampliamente usado en la salud pública y hace referencia a la “probabilidad de que acontezca un hecho indeseado que afecta a la salud de un individuo o de un grupo” (Donas, 1998; p. 2). Es necesario indicar que, en este contexto, el concepto de salud responde a una perspectiva integral, por lo que dentro de este concepto se contempla la calidad de vida y el desarrollo humano.

⁸ Entendemos por desarrollo humano el proceso continuo y cambiante, que se da en una persona y que afecta a los otros cercanos y a la sociedad en general. Este proceso de influencia posee doble vía por cuanto, de igual manera, el desarrollo de una sociedad específica va afectar a sus miembros. El desarrollo humano se manifiesta en todos los aspectos y dimensiones de la vida tales como la salud física y psíquica, el estudio, el empleo, la familia, la pareja, entre otros. Además está estrechamente relacionado con las oportunidades y obstáculos con que el sujeto se encuentra durante su vida y en los escenarios en que este se desenvuelve.

Para Krauskopf (1995b), por su parte,

“riesgo implica la probabilidad de que la presencia de una o más características o factores incrementa la aparición de consecuencias adversas para la salud, el proyecto de vida, la supervivencia personal o de otros. El conocimiento del riesgo da una medida de la necesidad de atención y la integralidad de los factores que se toman en cuenta, aumenta la posibilidad de que la intervención sea adecuada [pero] no conduce a la certeza de que el daño se produzca”. (p. 4)

En el otro polo del continuo de la vulnerabilidad, encontramos la protección como una dimensión que reduce la probabilidad de que se sufra un daño, pero más allá de eso, empuja a un sujeto en una dirección adecuada respecto de su desarrollo.

Ahora, el riesgo y la protección se materializan en la vida de una persona en variables específicas íntimamente ligadas a estos conceptos, y que como ya se ha descrito, interactúan entre sí. Estas variables son los factores de riesgo y los factores protectores, así como las conductas de riesgo y las conductas protectoras, todas ellas variables necesarias para realizar una adecuada evaluación de la vulnerabilidad de los y las sujetos.

Smith (1997), refiere que para afirmar que un evento se constituye en un factor de riesgo para determinado problema, es porque “se ha logrado demostrar asociación estadística y relación de antecedentes entre ambos” (p. 38). No obstante, la misma autora, plantea que resulta importante considerar como factor de riesgo todo aquel evento que evidencie contribuir a la aparición de una situación negativa (en este caso para la salud de los y las adolescentes), y que al atacarlo disminuya la frecuencia del daño, aunque no se cuente con datos estadísticos que asocien la situación y el o los factores que la producen.

Así las cosas, podríamos decir que los factores de riesgo son todos aquellos determinantes que están en el ambiente, que no dependen de los sujetos y que aumentan la probabilidad (riesgo) de que ocurra —en el corto, mediano o largo plazo— algún evento dañino.

Según Donas (1998), estos factores pueden ser de dos tipos:

1. **De amplio espectro:** son indicativos de aumentar la probabilidad de que ocurran varios daños o conductas de riesgo. Por ejemplo, la investigación ha mostrado que las familias con pobres vínculos afectivos entre sus miembros y la deserción escolar, son factores de riesgo para una gran cantidad de daños o conductas de riesgo como el suicidio o la adicción a drogas.
2. **Específicos:** son indicativos de aumentar la probabilidad de que ocurra un daño o conducta de riesgo determinada. Por ejemplo, no usar el cinturón de seguridad es un factor o conducta de riesgo específico para ocasionarse lesiones graves o la muerte en un accidente de tránsito. Como se puede notar, los factores de riesgo específicos, se pueden convertir también en conductas de riesgo (ver más adelante).

Las conductas de riesgo son comportamientos que dependen de los individuos (a diferencia de los factores de riesgo). Generalmente estos comportamientos son funcionales en las personas, es decir tienen una intención, o lo que es lo mismo, se dirigen a metas (conscientes o inconscientes).

Algunas pueden ser provocadas por un sólo factor de riesgo o un grupo reducido de ellos, mientras que otras pueden ser provocadas por una gran cantidad de los mismos. Además, en ocasiones se pueden convertir en factores de riesgo. Unas pueden conducir a daños inmediatos, otras a daños a mediano o largo plazo.

Son conductas de riesgo, por ejemplo, no usar casco protector al conducir una motocicleta (a su vez esta se puede convertir en factor de riesgo específico para sufrir lesiones en el cráneo a partir de un accidente de tránsito) y no usar condón en las relaciones sexuales genitales (a su vez esta se puede convertir en factor de riesgo específico para producir embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual).

Al respecto, es importante mencionar que según Jessor (1991, citado por Krauskopf, 1995b) existen diferencias entre conductas de riesgo y conductas que involucran riesgo:

“Concordamos con Jessor (1991) cuando sugiere diferencias entre 1) conductas de riesgo, que son las que comprometen aspectos del desarrollo psicosocial o la supervivencia de la persona durante su desarrollo juvenil e incluso, en ocasiones, buscan el peligro en sí mismo y 2) conductas que involucran riesgos, que son propias de los y las jóvenes que asumen cuotas de riesgo (no muy diferentes de los adultos) conscientes de ello y como parte del compromiso y la necesidad de un desarrollo enriquecido y más pleno”. (Krauskopf, 1995; p. 10)

De esta manera nos interesa subrayar que las conductas que involucran riesgo pueden tener, en algunas ocasiones, un fin que se relacione con procurar un mejor desarrollo individual o grupal; mientras que las conductas de riesgo, no se relacionan con esta tendencia al desarrollo y en muchas ocasiones pueden tener una estrecha relación con aspectos específicos del desarrollo adolescente como la necesidad de ser aceptados o las fantasías de omnipotencia adolescente (“a mí no me va a pasar nada”).

En algunas ocasiones, las conductas de riesgo se convierten en un estilo de vida para muchos y muchas adolescentes, lo cual hace de ellos y ellas una población con una alta vulnerabilidad.

A pesar de esto, deseamos recalcar que no todas las personas adolescentes incurren en conductas de riesgo que los expone a niveles altos de vulnerabilidad. El hecho de que dentro de la adolescencia se desarrolle una tendencia a desarrollar conductas que involucran riesgos no nos puede llevar a realizar afirmaciones con carácter de generalización respecto del riesgo en la adolescencia y menos a explicar la incidencia de ciertas conductas sólo porque se presentan en la población adolescente (dejando de lado a otras poblaciones no menos importantes), perpetuando estereotipos que no hacen más que afectar las estrategias de trabajo que se puedan ejecutar con este grupo poblacional.

Como contraparte de los conceptos que se relacionan con riesgo, existen también aquellos que lo hacen con protección, entendida esta como la existencia de aspectos internos y externos en las personas, que las protegen y las hace menos vulnerables a daños que afecten su bienestar y su desarrollo integral.

Así, siguiendo a Serrano (1995; citado por Smith, 1997) entendemos por factores protectores, todos aquellos elementos, circunstanciales o personales del y la adolescente, que posibilitan su salud integral, su calidad de vida, y su desarrollo. Aunque algunos de estos elementos radican en la persona misma, otros pueden provenir de los distintos escenarios en los que se desenvuelve cotidianamente el y la adolescente, tales como la familia, otros grupos de referencia, la comunidad, entre otros.

En cuanto al tema de los factores protectores, es necesario señalar que existen pocos estudios al respecto; situación que demuestra cómo el interés de los investigadores ha estado centrado en el descubrimiento de lo negativo, como una muestra de la fuerte influencia de los enfoques epidemiológicos tradicionales.

Desde nuestro punto de vista, una valoración de la vulnerabilidad no debe restar la importancia que tienen las situaciones positivas, como contraparte que posibilita la minimización de las situaciones de riesgo.

Recapitulando, podemos afirmar que los factores de protección son todos aquellos determinantes que están en el ambiente, que no dependen de los sujetos y que disminuyen la probabilidad (riesgo) de que ocurra — a corto, mediano, o largo plazo— algún evento dañino.

De la misma forma que Donas (1998) establece una diferenciación entre factores de riesgo de amplio espectro y específicos, él asegura que los factores protectores pueden ser concebidos desde la misma lógica. Entonces podría afirmarse que los factores protectores son de dos tipos:

1. De amplio espectro: son indicativos de disminuir la probabilidad de que ocurran varios daños o conductas de riesgo. Por ejemplo, familias contenedoras con alto nivel de comunicación interpersonal, un proyecto de vida elaborado y fuertemente internalizado y la permanencia en el sistema educativo formal, son factores de protección contra una gran cantidad de factores o conductas de riesgo, como desconocimiento acerca de la sexualidad y por ende prácticas sexuales que impliquen riesgo de producir embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual (ETS).
2. Específicos: son indicativos de reducir la probabilidad de que ocurra un daño o conducta de riesgo determinada. Por ejemplo, la escasa exposición al humo del cigarrillo o del tabaco en general hace menos vulnerable a los sujetos a padecer enfisema pulmonar o cáncer de pulmón (a largo plazo). Como se puede notar, los factores de protección específicos, se pueden convertir también en conductas de protección (ver más adelante).

Así como existen conductas de riesgo, existen también conductas protectoras las cuales definimos como aquellos comportamientos que dependen de los individuos (a diferencia de los factores de protección) y que los aleja de uno o más riesgos o uno o más daños.

Algunas pueden ser provocadas por un sólo factor de protección o un grupo reducido de ellos, mientras que otras pueden ser provocadas por una gran cantidad de los mismos. Además, en ocasiones, algunas conductas protectoras se pueden convertir en factores de protección. Unas pueden proteger contra daños inmediatos y otras contra daños a mediano o largo plazo.

Son conductas de protección, por ejemplo, practicar algún deporte pero además usar los implementos de seguridad necesarios, usar casco protector al conducir una motocicleta (a su vez esta se puede convertir en factor protector específico para no sufrir lesiones en el cráneo a partir de un accidente de tránsito) y usar condón en las relaciones sexuales genitales (a su vez esta se puede convertir en factor protector específico para no producir embarazos indeseados o ETS).

a.2.2 La importancia de trabajar con adolescentes desde el enfoque de vulnerabilidad, protección y riesgo

El tomar riesgos y rebelarse, no son cosas que han pasado únicamente en la actual generación de adolescentes. La idea de que los años de adolescencia son problemáticos y difíciles, está bien engranada en la manera de pensar de padres y madres y otros y otras representantes del mundo adulto, lo cual reafirma la concepción de que la adolescencia es un período en donde aumentan las probabilidades de comportarse riesgosamente.

Según Newton (2001), existen ciertas motivaciones que pueden ayudar a comprender por qué sucede esto, y por ende por qué es importante trabajar con adolescentes desde un enfoque de vulnerabilidad, protección y riesgo. En concordancia con sus lineamientos se puede decir que:

- Tomar riesgos en la adolescencia no es una conducta única o exclusiva de una clase social específica o de un grupo socioeconómico definido.
- Los y las adolescentes no consideran que los riesgos que toman sean particularmente serios. Se sienten invencibles, en parte porque ven los riesgos como eventos cotidianos, nada fuera de lo común. Pueden considerar estas actividades como parte normal del mundo en que viven y sienten curiosidad hacia estas dimensiones. Se sienten libres de experimentar y explorar, por lo que toman riesgos no temidos por ellos.
- Si unimos esto con que los y las adolescentes necesitan formar parte de uno o varios grupos (se debe recordar la importancia del grupo de pares en la conformación de su identidad), no será difícil entender que si sus amigos(as) toman riesgos, ellos y ellas lo harán también para ser aceptados. Los y las adolescentes quieren calzar con sus amigos(as). La necesidad de pertenecer a un grupo es muy fuerte para algunos(as) adolescentes y esta influencia de grupo puede intensificar los impulsos de alejarse de los padres. La vergüenza de estar fuera de un grupo puede llevar a los y las adolescentes a comportarse de maneras que no lo harían por sí mismos. Cuando hay varios(as) adolescentes juntos, abundan temas de riesgo y se abandona el buen juicio.
- Los y las adolescentes no piensan en la presión de pares como “presión”. Esta palabra la asocian con coerción, por lo que suelen decir que esto no existe entre sus amigos(as) y se pueden sentir ofendidos(as), pues esto les sugiere que no pueden tomar sus propias decisiones.
- Ellos y ellas defienden su posición de libre decisión cuando quieren estar con sus amigos(as), su deseo de individualidad. Sienten la obligación de resguardar la libertad de elección con sus amigos y amigas. Aceptan conductas de riesgo de ellos y ellas, porque interferir sería actuar como padre o madre. Tratan de inculcarse valores y no quieren ser encajonados en los valores de sus padres o madres.
- Muchos(as) adolescentes saben que el comportamiento de sus amigos y amigas ejerce influencia sobre ellos y ellas, o sobre lo que decidan hacer. Atribuyen su conformidad en el comportamiento a una curiosidad general sobre lo que hacen sus amigos(as), y a un deseo de calzar. Algunos investigadores consideran que muchos de los riesgos que se toman y se atribuyen normalmente a la presión de pares, son en realidad intentos de los y las adolescentes de iniciar nuevas relaciones, de alcanzar cohesión, confianza y cercanía entre los amigos y amigas.
- Cuando el apoyo familiar es escaso o decae, los y las adolescentes son más vulnerables a ser influenciados(as) por los pares, y más dados(as) a buscar aprobación a través de conductas de riesgo. Además, si se sienten queridos(as) en el colegio (en el caso de quienes asisten), se sienten más cercanos(as) a la gente de la institución, lo que reduce los niveles de angustia emocional, y aumenta la protección contra varias conductas de riesgo.
- Una de las razones centrales que tienen los y las adolescentes para tomar riesgos, es el rompimiento de las reglas de la sociedad adulta. Esto resulta excitante por el sentido de aventura que involucra. Ellos y ellas están luchando para definirse como individuos, por lo tanto tomar riesgos y rebelarse sirven como palancas simbólicas para liberarse del control parental.

- También, para lograr lo anterior, los y las adolescentes estiran los límites de su resistencia y se impresionan a sí mismos y mismas. Rutinariamente ignoran las advertencias de los padres, quienes son mayores y tienen más experiencia. Rechazan el sentido común y la precaución a favor de lo que primero perciben (sensorialmente). Si además cada vez que cometen una imprudencia no hay castigo, aumenta su sensación de poder aislarse del dolor, lo cual favorece el deseo de transgredir.
- Como los y las adolescentes viven tan intensamente el presente, sólo se preocupan por las cosas que pasan ahora, no de las cosas que podrían pasar en el futuro, no piensan a largo plazo. Comúnmente se sienten fuertes, y piensan que nada les puede dañar.
- Debido a que los seres humanos aprehendemos las consecuencias negativas y positivas de nuestros comportamientos acumulativamente a lo largo de la vida, la mayoría de los y las adolescentes, no han tenido una experiencia suficientemente vasta, como para que los y las ayude a relacionar las consecuencias a largo plazo con sus acciones.
- Ellos y ellas necesitan lo tangible, experiencias personales que les ayuden a internalizar y comprender. Para ellos y ellas puede ser interesante escuchar sobre la experiencia de otra persona.
- ¿Y qué pasa con el mundo, sus cambios y los(as) adolescentes? Hay algo nuevo que define las fronteras del comportamiento adolescente. La temprana exposición a la tecnología, publicidad, violencia en películas y T.V. y el libre acceso a bienes materiales, han construido una fusión sofisticada, como ninguna otra generación ha tenido. Sus actitudes hacia la vida resultan más demandantes y aventureras que las de sus padres. Los expertos consideran que la violencia de la T.V., películas y videos, pueden haber contribuido al problema, predisponiendo a los y las adolescentes a emplear soluciones físicas para sus problemas emocionales, y desensibilizándolos hacia las reacciones instintivas de violencia.

Sumado a todos estos aspectos y sobre el tema en cuestión, Dulanto, Girard y Maddaleno (2000) aportan a la presente discusión que:

“Los teóricos defensores del riesgo como normal en el ensayo de desarrollo humano durante la adolescencia han logrado identificar motivaciones para abrazar el riesgo como modo de acción y ellas pueden estar en función de lo siguiente:

1. **Obtener con anticipación el estatus de adulto.**
2. **Expresar oposición abierta a las normas y los valores de los adultos.**
3. **Ensayar y cooperar con situaciones de alto riesgo, difíciles y aún anómalas.**
4. **Demostrar, como persona, disposición a todo para formar parte de un grupo.**
5. **Reafirmar identidad personal.**

Todos los propósitos anteriores marcan ante los demás y para el adolescente mismo un rito de transición expresado antes como ‘dejar atrás el mundo de niño para pasar al de adulto’. (Dulanto, 2000; p.682)

Como se puede observar, existen una gran cantidad de factores que deben ser tomados en cuenta para hacer abordajes integrales, que además de prevenir y atacar ciertas conductas que aumentan su incidencia en la adolescencia y que representan riesgo, faciliten el desarrollo humano de las personas, creando y aumentando el número de oportunidades para lograrlo.

b. El concepto de salud-enfermedad y los Modelos de Prevención en Salud: una aproximación histórica

Históricamente, y quizás como una manifestación evolucionada del instinto de supervivencia que cobra otros matices a partir del desarrollo cerebral y del pensamiento del homo sapiens, la raza humana se ha preocupado incesantemente por responder a los problemas de la salud.

Esta preocupación por que las personas mantengan adecuados niveles de salud, se ha materializado, a través de los tiempos, en diversas prácticas cotidianas y en acciones formales y sistemáticas que de alguna manera evidencian diferentes concepciones de la salud y de la enfermedad.

En este sentido, Cardona (1988) sostiene que la diferenciación entre los constructos salud y enfermedad podría tener su origen en la progresiva identificación de los hombres y mujeres primitivas de “momentos durante los cuales sentía malestar o dolor y momentos en los cuales se sentía no solo libre de molestias sino, además, bien y eufóricos” (p. 106).

Desde este punto de vista es interesante notar, siguiendo los planteamientos de este autor, que la simbolización de las vivencias y sensaciones de bienestar y malestar, posibilitaron la expresión y comunicación de esos estados, lo que a su vez devino en la producción cultural de las palabras salud y enfermedad y los equivalentes en los distintos dialectos y lenguas sin que mediara, a estas alturas de la evolución humana, algún intento por conceptualizarlas y mucho menos definir las.

Si bien es bastante posible que los hombres y las mujeres primitivas se explicaran los estados patológicos mediante formulaciones e ideas de carácter mágico-religioso, la respuesta a las necesidades de la salud que poseían cotidianamente (que según el mismo autor podrían haber sido mayoritariamente heridas y traumatismos óseos y viscerales debido a las actividades de esa era de la evolución humana), la observación de otras especies animales y la experimentación con remedios naturales le permitieron no solo construir y acumular conocimiento, sino desarrollar poco a poco una incipiente práctica médica que se caracterizaba por ser un recurso que era utilizado como respuesta posterior a un problema que aquejaba al sujeto.

Siguiendo a Cardona, es en las sociedades esclavistas (tanto en la etapa de esclavismo antiguo como en la del esclavismo reciente⁹) en las cuales ya la escritura era un logro de la evolución cultural de la humanidad, donde se encuentran los cimientos más importantes de la salud pública y de las prácticas médicas, tanto en el nivel asistencial de intervención curativa como en el nivel preventivo.

Así las culturas de China, India, Mesopotamia y Egipto (sociedades florecientes de la etapa del esclavismo antiguo) mostraron grandes avances en las concepciones de la salud y de la enfermedad (aunque conservaban en mayor o menor medida algunas ideas mágico-religiosas explicativas de estos estados), en el desarrollo del conocimiento del cuerpo humano y de técnicas para estudiarlo e intervenir en él y en el desarrollo de prácticas higiénico-sanitarias (como ejemplos de estas prácticas podemos mencionar los acueductos y alcantarillados, dietas y organización de horarios de trabajo y descanso).

Conviene señalar, como uno de los aspectos más relevantes dentro del desarrollo de la concepción de la salud en este momento histórico, que tanto la salud como la enfermedad empezaron a ser concebidas como estados resultantes de la interacción de diversos elementos.

⁹ En general se ha ubicado el inicio de la etapa del esclavismo antiguo entre el IV y III milenio a.C (antes de Cristo) y el del esclavismo reciente a partir del VII y V siglo a.C. y hasta el siglo IV d.C. (después de Cristo).

Este avance en las explicaciones del continuo salud-enfermedad, se desarrolló aún más en la época de esclavismo reciente con los progresos de la cultura médica tanto griega como romana. De esta manera, Laín (1985) plantea que desde Alcmeón de Crotona¹⁰ (hacia el siglo V a.C.) la concepción de la salud y la etiología¹¹ de las enfermedades superaba la explicación divina (mágico-religiosa). Es decir, la salud se concebía como un equilibrio entre factores y “potencias” a las que se expone el cuerpo humano y el origen de la enfermedad radicaba en el desequilibrio (predominio de una “potencia” sobre otra) o en causas externas.

Por su parte, en esta misma fase, Hipócrates (entre el 460 y 377 a.C.)¹² a quien se le considera el padre de la Medicina,

“trabajó sobre la base de lo que más adelante...se denominaría en nuestros días un ‘enfoque integral’ del proceso salud-enfermedad, ya que enfrentando las opiniones de su época creó una doctrina que tomaba en cuenta la influencia del medio y las condiciones de vida en la determinación del estado de salud de la población”. (Villalobos, 1992; p. 23)

Precisamente por esto podríamos decir que en la atención de salud de esta época y desde los planteamientos de Hipócrates, había una fuerte presencia de aspectos preventivos.

Según Cardona (1988), en este mismo momento histórico pero más cerca de las sociedades feudales características de la Edad Media, en Roma destaca un médico griego llamado Claudio Galeno (entre los años 131 y 200 de nuestra era) quien con una fuerte influencia de las ideas y prácticas hipocráticas, tuvo un gran impacto en la medicina hasta nuestros días.

Pedro Laín, en su obra señala que Galeno realizó importantes esfuerzos en el estudio del “concepto y estructura de enfermar, la etiología, el síntoma y su clasificación [y] la ordenación de las especies morbosas” lo que permitió avanzar mucho en el conocimiento de la causación de la enfermedad. Así, según lo afirma Laín, Galeno formula, dentro de su doctrina etiológica de la enfermedad, la existencia de tres aspectos (concebidos también como momentos de un proceso) que se integran en la causación de la enfermedad. De esta manera plantea que existe 1) una causa externa o mediata (sólo podrían producir enfermedad en sujetos sensibles a ella), 2) una causa interna o dispositiva (condición interna del individuo que genera en él una disposición a contraer una enfermedad) y 3) la causa conjunta o inmediata (es la conjunción de los dos anteriores aspectos que devienen en trastorno que se traduce en síntomas).

Con todos estos avances, la evolución del constructo salud se orienta a concebirla, tal como lo hacía Galeno, como “la ausencia de dolor y la posibilidad de funcionar bien en la sociedad” (Villalobos, 1992; p. 23) y las prácticas preventivas de carácter sanitario se consolidaron en el intento por controlar las causas externas que podían provocar enfermedades.

Es importante decir, por una parte que, en las épocas sucesivas (Edad Media y sus sociedades feudales y aún en el Renacimiento) no se transformaron importantemente las concepciones anteriores en cuanto a la salud y la enfermedad, pero si se generaron adelantos médico-tecnológicos.

¹⁰ Alcmeón de Crotona: Médico y filósofo pitagórico griego descubridor de la diferenciación entre venas y arterias. Ha sido considerado como el iniciador de la patología fisiológica.

¹¹ Etiología: Parte de las ciencias de la salud que estudian las causas de las enfermedades.

¹² Hipócrates de Cos: Médico griego a quienes muchos le atribuyen la superación de las prácticas religiosas y supersticiosas en el ámbito de la medicina.

Por otra parte, muchos de estos avances, fundamentalmente los referidos a principios de protección y preservación de la salud, prefiguraron concepciones y prácticas que perduran hasta nuestros días.

Ahora, a partir de la revolución industrial se generaron una serie de problemas en la salud de pueblos enteros. Según Villalobos (1992), el aumento de estos problemas y la rápida diseminación de enfermedades radicaba en situaciones tales como:

- la mayor facilidad de desplazamiento debido al desarrollo de las vías de comunicación lo que posibilitó la diseminación rápida de las enfermedades,
- el crecimiento desordenado de las ciudades y anillos de pobreza,
- el descontrol en los ciclos reproductivos en los pobladores y pobladoras,
- el aumento de desechos sólidos y líquidos en las ciudades sin ningún control ambiental, entre otros.

Todas estas situaciones obligaron a científicos del área de la salud a desarrollar la tecnología médica necesaria para responder de mejor manera a las emergencias que surgían, quizás por eso esta etapa estuvo llena de un sinnúmero de avances tecnológicos en esta área.

Resulta de vital importancia, para comprender el desarrollo de las concepciones de salud y enfermedad observar que dentro del interés por la etiopatología, Pasteur (1822-1895)¹³ y Koch (1843-1910)¹⁴ hicieron importantes aportes que fortalecieron una perspectiva explicativa unicausal de las enfermedades (a partir de la presencia de “x” germen se desarrollaba “x” enfermedad).

Esta perspectiva que devendría en paradigma, impactó no solo en la concepción del proceso salud-enfermedad y en la percepción de los hechos relacionados con este, sino que consecuentemente, colaboró con la instauración de enfoques rígidos en la atención y prevención de la salud, que se mantienen aún en nuestros días en prácticas profesionales e institucionales y que tienen repercusiones negativas en la salud de la población.

Estos enfoques no contemplan las causas sociales de las enfermedades, sino que trasladan el modelo explicativo unicausal de las enfermedades infecciosas (según los aportes de Pasteur y Koch) a la explicación de enfermedades no infecciosas.

Durante el siglo XX, los avances en la medicina y en la investigación epidemiológica, permitieron conocer los ciclos de muchas enfermedades (fundamentalmente de carácter contagioso), lo que a su vez redundó en la constitución de un enfoque de salud con un sustento ecológico que a su vez definía este estado como “el equilibrio existente entre la interrelación de un agente, un huésped y un ambiente” (Villalobos, 1992; p. 36).

Si bien este enfoque transitaba de una visión unicausal a una multicausal, tal como lo señala San Martín y otros (1986, como se cita en Villalobos, 1992), este enfoque no puede considerarse completo o integral si no toma en consideración los distintos componentes de la estructura social y la situación del sujeto y la población en general frente a esa estructura. De hecho, tal como lo señala Gómez (1992), este enfoque no solo hizo que predominara una concepción de la salud en términos “negativos” sino que, incluso, restó “importancia a los componentes psicosociales de la salud, reforzando el enfoque biólogo y medicalizado de la salud” (p.1).

¹³ Luis Pasteur: Químico y biólogo francés. Desarrolló investigaciones sobre las fermentaciones y demostró que los microorganismos son los agentes causales de las enfermedades contagiosas. Inventó y tecnificó las vacunas.

¹⁴ Robert Koch: Bacteriólogo alemán. Descubridor de varios gérmenes patógenos tales como el vibrión de el cólera y el bacilo de la tuberculosis. Premio Nobel de Medicina en 1905.

A partir de la creación de la Organización Mundial de la Salud en 1948, la concepción de la salud concensuada por las delegaciones de varias naciones participantes en la conferencia internacional en salud pública efectuada en Nueva York en el año 1946 (la cual estableció los estatutos de la incipiente OMS) señalaba que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no únicamente la ausencia de enfermedad y dolencia” (OMS, 1960).

Conviene señalar que, a pesar de que esta nueva concepción del proceso salud-enfermedad se aproximaba a un enfoque mucho más abarcativo, desde su surgimiento ha sido muy cuestionada debido a su carácter “utópico”: ¿será posible alcanzar en algún momento un estado de completo bienestar en todas las dimensiones del ser humano?. Otras consideraciones realizadas respecto de esa definición señalan que esta “no hizo explícitos los [múltiples y diversos] aspectos involucrados en la causalidad de la enfermedad; además, concibe la salud y la enfermedad como hechos aislados, que no forman parte de un proceso” (Villalobos, 1992; p. 38).

Como ha podido observarse hasta aquí, en la evolución de las ciencias de la salud, incluyendo, la preocupación de las mismas en poder prevenir las diversas situaciones que pudieran comprometer el bienestar de una persona, ha imperado un enfoque epidemiológico tradicional, el cual pretendía responder a las necesidades de salud de la población, enfatizando en las dimensiones biomédica y ambiental:

“Esta perspectiva, conocida como enfoque de riesgo, establecía como estrategia fundamental para enfrentar los problemas de salud, la identificación, el control y el combate de aquellos factores que se establecían como riesgosos para la salud de las personas, en otras palabras agentes causales de enfermedad o daño”. (Valverde, Solano, Alfaro, Rigioni, Vega; 2001, p. 24)

Desde este enfoque epidemiológico tradicional de riesgo, se establece un Modelo de prevención distribuido en tres niveles diferenciados: la Prevención Primaria, la Prevención Secundaria y la Prevención Terciaria.

En el nivel de la Prevención Primaria, las acciones que se deben realizar para preservar la salud, anteceden a la enfermedad. Es decir, son acciones dirigidas a aquellos y aquellas sujetos que no han desarrollado la enfermedad y van orientadas a “eliminar o anular los factores de riesgo (y por consiguiente sus efectos negativos)” (Donas, 1996; p. 18).

En este sentido, según Vaquero (1986), la Prevención Primaria “procura medidas como la exclusión de factores del medio ambiente —por lo que es parte de ella el saneamiento—, la protección de los individuos frente a enfermedades transmisibles, su educación sanitaria y consejo para que eludan situaciones morbígenas¹⁵, etc” (p. 26).

Con respecto a la Prevención Secundaria, Vaquero señala que

“consiste en el abordaje de la enfermedad, aún incipiente, por medio de su diagnóstico precoz y la corrección temprana de los desvencionismos del estado de salud...se fundamenta en que en ocasiones encontramos la enfermedad iniciando su evolución sin aún producir sufrimientos, pero la advertimos por signos de sospecha o la referencia a síntomas de alarma”. (p. 26)

Con este nuevo enfoque comprensivo del proceso salud-enfermedad, surgen también dos Modelos de Prevención mucho más elaborados y completos: la Prevención Primordial y la Promoción de la Salud.

El enfoque de Prevención Primordial, enfatiza en el fortalecimiento de los factores protectores, para que de esta manera, se controlen y contrarresten los riesgos. Desde este modelo se considera que los factores protectores utilizados en forma simultánea, complementaria y continua producen cambios positivos en los estados de salud, bienestar y desarrollo de las poblaciones. Se plantea por tanto, que previniendo el efecto de los factores negativos a través del fortalecimiento de los factores protectores y conductas de protección, es posible mejorar la salud en otras etapas de la vida, ya que no necesariamente el estado de salud que se enfrenta en una etapa está asociada a situaciones vividas en dicha etapa.

Este modelo propone la participación de las y los adolescentes en las acciones por tomar para fortalecer los factores protectores, ya que solamente con la convicción de su accionar, los resultados serán más efectivos en un nivel grupal, pues estos con su ejemplo, son multiplicadores de conductas protectoras.

Los factores de prevención tienen una íntima relación entre ellos y se considera que no se deben percibir como separados, sino que son un continuo, por lo que siempre se encuentran en todas las poblaciones sin discriminar grupos sanos y enfermos, así como en todas las fases del proceso salud-enfermedad. A la hora de aplicar el modelo, se propone no fragmentar su utilización en las políticas de salud, pues esto representaría un peligro para la salud tanto física como mental.

Por tanto, para este modelo, la educación y la capacitación unidas al uso de los factores protectores y de los programas en salud a nivel nacional, constituyen la forma adecuada de prevenir.

Es necesario acotar además que, según Silber, Munist, Madaleno y Suárez (1992), el modelo de la Prevención Primordial busca también la disminución de desigualdades en las condiciones de vida de los distintos segmentos poblacionales de un país, mediante un trabajo orientado hacia los siguientes aspectos:

- el aumento de la prevención, con prioridad en la prevención primaria,
- la firmeza de los esfuerzos para lograr una progresiva satisfacción de las necesidades biológicas y psicosociales y la coordinación y ejecución de la Prevención Primaria junto con la Secundaria y Terciaria.

A partir de los planteamientos de los autores recién mencionados, podemos afirmar que desde este modelo, la importancia de orientar la labor hacia los puntos anteriores durante la fase adolescente, radica en que se ha encontrado que muchas de las enfermedades graves del adulto, tienen su origen en conductas adquiridas durante la adolescencia, con la particularidad de que estas enfermedades son prevenibles.

Ahora, en cuanto al Modelo Preventivo denominado Promoción de la Salud es necesario señalar que este concepto surge recientemente en tanto estrategia y respuesta a los problemas actuales de salud existentes en nuestros pueblos, pero encuentra sus raíces y fundamentos en el siglo XIX con el aporte de dos autores, W.P. Alison (1829) quién se refirió a la asociación existente entre la pobreza y la enfermedad, y R. Virchow (1845) quién afirmó que las causas de la enfermedad eran mucho más sociales y económicas que físicas (Gómez, 1992).

En 1945, H.E. Sigrist fue el primero en utilizar el término “Promoción de la Salud”, afirmando que se promueve la salud cuando “se facilita un nivel de vida decente” (Terris, 1992, compilado por OPS, 1996; Gómez, 1998).

Es en la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud efectuada en el año 1986 en Ottawa, Canadá, donde se definió el concepto y estrategias de Promoción de la Salud como respuesta a la impostergable necesidad histórica de generar una nueva concepción de la salud pública.

De este modo, en la CARTA resultante de esta Conferencia de Ottawa, se define que la Promoción de la Salud “consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (OMS, 1986).

Esta definición es complementada dentro de ese mismo documento, al señalar que “para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente”.

Como se puede observar, el Modelo de Promoción de la Salud aporta una visión dinámica, en la que la salud se entiende como un recurso para la vida cotidiana más que como una meta final. No se refiere a los factores de riesgo en términos preventivos epidemiológicos, sino que incorpora la percepción de los propios pacientes y usuarios. Desde este modelo, la Promoción de la Salud resulta ser un proceso dinámico y un quehacer diario, en donde es tan importante el presente como el futuro.

Además, para que la Promoción de la salud se lleve a cabo, es importante realizar una reducción en la brecha entre los privilegiados y los desposeídos, lo que hace referencia al concepto de desigualdad unido al de equidad. Desde un punto de vista integral, los entornos económicos, físicos, sociales, emocionales deben de estar siempre en equilibrio.

La promoción de la salud plantea que tiene que verse a la comunidad, los grupos y los individuos como creadores de su salud, dentro de un sistema informal. Parte además de que el compromiso debe ser político, con lineamientos que ayuden a responder a programas que apoyen la salud pública (Gómez, 1992).

La carta de Ottawa señala tres componentes en la Promoción de la Salud :

1 – Los protagonistas de la intervención. Se propone a la propia población como la protagonista en el control de la salud y como el principal recurso sanitario. Los servicios médicos sanitarios también cumplen una importante función.

2 – Espacios y áreas de acción. La acción debe darse con políticas de salud que abarquen la acción interinstitucional. Dentro de este ítem, debe dársele gran importancia al comunicador social, como educador en las áreas de salud, vivienda, y trabajo, así como la conservación del entorno natural, etc. Debe apoyarse la ayuda mutua, la participación de los ciudadanos en la definición y soluciones a sus problemas. Se considera además, que los espacios físicos deben adecuarse para una mejor atención al cliente.

3 – Proceso de enseñanza – aprendizaje. Se plantea la educación como un proceso social y de desarrollo que lleve al individuo a incorporarse en su medio. Debe de facilitarle las herramientas para la gestión de su propia realidad y la intervención activa en los distintos escenarios sociales.

Por su parte, Kickbush (1986) señala que dentro de las acciones que se realicen desde el enfoque de Promoción de la Salud, deben contemplarse cinco áreas temáticas de fundamental importancia:

1. Acceso a la salud.
2. Desarrollo de un entorno facilitador de la salud.
3. Refuerzo de las redes y apoyos sociales.
4. Promoción de los comportamientos positivos para la salud y de las estrategias de afrontamiento adecuadas, un objetivo esencial para la promoción de la salud.

5. Aumento de los conocimientos y difusión de la información relacionada con la salud”. (p.16)

Desde perspectiva Epp (1986) apunta que los principales desafíos de los países en torno a la salud se relacionan con la reducción de las desigualdades, el incremento de los esfuerzos preventivos y el fortalecimiento de la capacidad de las personas para afrontar los procesos crónicos de las enfermedades no transmisibles. Señala además que la promoción de la salud solo puede alcanzarse mediante el “autocuidado, decisiones y acciones que el individuo toma en beneficio de su propia salud; [la] ayuda mutua, o acciones que las personas realizan para ayudarse unas a otras, y entornos sanos, o creación de las condiciones y entornos que favorecen la salud” (p. 30).

Enseguida se comprende la necesidad de desarrollar procesos socioeducativos que posibiliten no solo transmisión de información referente a la salud sino, que fortalezca la capacidad de las personas para visualizarse y actuar como creadores y constructores de su propia salud y la de quienes les rodean.

c. “Toques para estar en todas”: Los puntos de partida.

Después de haber realizado un breve repaso por los enfoques y paradigmas de los conceptos de adolescencia, vulnerabilidad, protección y riesgo, así como de los principios de Promoción de la Salud que fundamentan esta propuesta, resulta indispensable señalar algunos elementos de la estrategia educativo-formativa para la prevención de conductas de riesgo, que sustentan el Módulo Socioeducativo.

De esta forma, a continuación se presentan, de manera puntual, los presupuestos que rigen este abordaje preventivo:

1. El Módulo busca partir de las realidades socioculturales de la población adolescente, procura ajustarse a sus vivencias, necesidades y particularidades tomar en cuenta el contexto ambiental en el que se desarrollan y las características del momento histórico en el que los y las adolescentes viven esta etapa de su desarrollo. Al considerar que existen diversas adolescencias que convergen en una misma sociedad, esta propuesta formativa reconoce las diferencias sociales, culturales, económicas e ideológicas que permean a los y las adolescentes del país. Por esta razón es que, para el alcance de los distintos objetivos, se propone —en la mayoría de las actividades diseñadas— que sean los y las participantes quienes ofrezcan, a partir de su cotidianidad, los insumos que servirán de núcleos generadores para la discusión y que posibilitan la reconstrucción del conocimiento.
2. El Módulo Socioeducativo y todos sus componentes, se constituye en una propuesta metodológica flexible que permite el ajuste de las actividades propuestas a las distintas particularidades de los grupos adolescentes a los cuales se dirigen los procesos preventivos. En este sentido, el personal a cargo del desarrollo de este tipo de estrategias puede valorar las características y necesidades de cada grupo para realizar las modificaciones que le permitan el alcance de los objetivos deseados.
3. Toma en cuenta las particularidades y necesidades específicas de los períodos del desarrollo adolescente, lo que permite plantear propuestas pedagógicas adecuadas a sus realidades y dinámicas. En este sentido, se presentan herramientas metodológicas apropiadas para los grupos etáreos de 10 a 12 años 11 meses y 13 a 17 años 11 meses, a partir de sus niveles de pensamiento y desarrollo específicos.

4. Se basa en el desarrollo de procesos educativo-formativos de carácter:

- Integral, al partir de un enfoque de integralidad en el que se conceptualiza a cada persona como un ser humano integral. Por esto toma en cuenta dentro de los procesos, no solo el componente cognoscitivo (la dimensión de las ideas), sino también el componente afectivo (la dimensión de los sentimientos, emociones y afectos) y el ideológico (la dimensión de los valores socioculturales). Esto permite que los y las participantes retomen sus propias creencias, ideas, temores, afectos, prejuicios, mitos y estereotipos, para llevarlos a un proceso de revisión crítica y consciente que les permita reconstruir la realidad de una manera diferente.
- Constructivista, al brindar espacios en los que los y las participantes aportan sus vivencias, sentimientos, experiencias y conocimientos previos como insumos para la construcción de un conocimiento nuevo, más completo, integrado e integrador, que los fortalezca para enfrentar las distintas situaciones que la vida les presenta.
- Crítico, al potenciar procesos analítico-reflexivos de la realidad social e ideológica que influye en sus ideas, afectos, actitudes y prácticas. Esto le permite a los y las adolescentes reconceptualizar y redimensionar su visión de mundo y su papel en el. Tal como lo afirman Cerruti y Behar (1997), “la educación que desde sus inicios promueve la capacidad crítica de sus educandos construye seres capaces de ejercer la libertad” (p. 23).
- Participativo, ya que no visualiza a los y las adolescentes como sujetos pasivos ante un saber, sino que supone a las personas como participantes activos del proceso de enseñanza-aprendizaje. Esto posibilita además que entre los pares se intensifique la comunicación, el diálogo, el intercambio de experiencias y de opiniones, lo que redundará en el fortalecimiento de una actitud respetuosa hacia los demás (Cerruti y Behar, 1997).
- Interactivo, dado que posibilita la educación a través de la relación con los otros. Esto fortalece al sujeto en su capacidad de convivir con las demás personas y al mismo tiempo tomar posición frente a ellas de forma respetuosa y tolerante.
- Lúdico, en tanto el juego se constituye, desde nuestra infancia, en una estrategia fundamental para la aprehensión de la realidad, para la exploración del mundo y de las ideas, para el ensayo de roles y posturas, en fin para la formación de la personalidad.
- Autogestor, al fomentar que cada persona dentro del proceso tome posición frente a las situaciones que se aborda, escuchando a los(as) otros(as), pensando por sí mismo(a), anticipando resultados de las acciones, analizando con criticidad las situaciones, sopesando deseos, necesidades y consecuencias. El fin último es el desarrollo y fortalecimiento del pensamiento autónomo. Tal como lo señala Cerruti y Behar, “la educación autogestora permite que el hombre piense su mundo en forma crítica” (p. 23).

5. Los procesos educativos-formativos que propone el Módulo Socioeducativo parten de la creencia de que la enseñanza-aprendizaje solo puede darse en forma exitosa a través una relación mediatizada por el afecto. En este sentido, tal como lo señala Cerruti y Behar (1997), “en el acto educativo, constituye el afecto un imperativo insustituible. Es ‘el medio privilegiado’ para el desarrollo y crecimiento de los seres humanos” (p.24). Esto implica que debe promoverse el afecto y el respeto entre los y las participantes y entre estos(as) y la persona que facilite las actividades propuestas como parte de la estrategia de prevención de conductas de riesgo.

6. El abordaje preventivo del que parte esta propuesta metodológica, pone énfasis en la necesidad de desarrollar procesos, y no en la ejecución de actividades aisladas, ya que esto permite que los y las participantes fortalezcan sus capacidades, fundamentalmente aquellas que se relacionan con la toma de decisiones informada y responsable (para consigo mismo(a) y para con los(as) otros(as)), el respeto y la tolerancia de las diferencias y de las otras personas, una actitud y posición crítica frente al mundo y lo que este ofrece, entre otros. Desarrollar procesos más que actividades aisladas permite que los y las adolescentes incorporen una serie de recursos personales que potencializan la protección frente a los riesgos. No obstante, respondiendo a las realidades institucionales y contextuales del trabajo con grupos, cada actividad posee un objetivo específico, de manera tal que, ante la imposibilidad de desarrollar un proceso continuo y permanente, la realización de una sola actividad tenga un efecto positivo y formativo en la población adolescente.
7. Al ser esta una propuesta integral, la prevención de conductas de riesgo no puede verse limitada al espacio que brinda el sistema educativo, sino que debe estar inserta en los distintos escenarios en donde se desenvuelven las y los adolescentes. En este sentido, se incorpora a la población no escolarizada, la cual ha sido invisibilizada por otras estrategias preventivas. De igual forma, esto plantea la urgencia de que el o la facilitadora de procesos que utilice el Módulo Socioeducativo, respete las particularidades de los(as) sujetos así como de los diversos grupos con que trabaja.
8. La definición de factores como factores protectores o de riesgo debe partir, necesariamente, de la valoración contextual de los mismos y de su impacto en el estado de vulnerabilidad de un(a) sujeto concreto(a). Lo anterior se constituye en un enfoque de vital importancia ya que esto hace evidente que algunos factores definidos por la teoría y la investigación como protectores, pueden convertirse en factores de riesgo, según las condiciones y particularidades individuales en que se desarrollen. Así por ejemplo, la realización de una práctica deportiva —lo que tradicionalmente se ve como una conducta protectora— en forma desmedida y sin implementos de protección, constituiría a esta práctica en una conducta de riesgo.
9. Va más allá de otros modelos preventivos que se centran únicamente en el abordaje de factores y conductas de riesgo, al proponer como un eje central, la identificación de factores protectores y el desarrollo de conductas de protección, por parte de los y las adolescentes involucrados en los procesos. En este sentido posibilita, además, otorgar un papel protagónico a las personas adolescentes como principales actores del proceso formativo, de su desarrollo, el de sus iguales, el de su familia y comunidad.
10. Además de que busca evitar que los y las adolescentes incurran en conductas de riesgo, parte de la posibilidad real de que estas conductas se presenten, por lo que también se orienta a minimizar el daño que implicaría la práctica de dichas conductas, mediante el desarrollo y fortalecimiento de conductas de protección para si mismos(as) y para sus pares.
10. Pretende desarrollar en los y las adolescentes la capacidad de identificar y adquirir las competencias para incorporar a su vida prácticas de autocuidado, mutuocuidado y sociocuidado, que les permitan además tomar decisiones con una conciencia del impacto que estas tienen en su propia vida y la de otros.
12. Promueve la adquisición y el fortalecimiento de habilidades y destrezas que potencien el desarrollo humano de los y las adolescentes, tales como: la creatividad, la expresión, la solidaridad, la empatía, entre otros. En este sentido, a pesar de que cada actividad plantea el alcance de un objetivo pedagógico, la realización de las distintas técnicas didácticas plantea otros objetivos implícitos orientados a desarrollar capacidades que les permita a las personas participantes un crecimiento y formación integrales.

13. Buscando el desarrollo integral de los y las adolescentes, se orienta a:

- a) Promover el desarrollo de adolescentes independientes, responsables y competentes, tanto en el nivel cognoscitivo como en el personal, social y productivo. Lo anterior hace referencia a que los procesos educativo-formativos deben posibilitar que los y las adolescentes desarrollen un pensamiento crítico y lógico que les permita tomar decisiones orientadas al mejoramiento de la salud y la calidad de vida, tanto de sí mismo(a) como de sus otros cercanos.
- b) Fortalecer en los y las adolescentes su conciencia vincular consigo mismo, con los otros y su entorno, lo que permite además aumentar la solidaridad y la tolerancia.
- c) Crear oportunidades para que los y las adolescentes identifiquen, incorporen y vivan valores positivos orientados a la vida, a la salud y al desarrollo.

