



saludmesoamerica2015.org

Módulo N° I de autoaprendizaje para personal de salud: La atención de las personas adolescentes - Desafíos para el personal de salud

Costa Rica

Julio 2014

Documento preparado bajo el contrato No. SCL/SPH.13.12.00-C en colaboración entre Management Sciences
for Health y Family Care International

Autoras

Jessica Mac Donald Quiceno
Viviana Rovira Maruri

Consultora responsable

Ana Tristán Sánchez

Revisión filológica

Maureen González Jones

Revisión Técnica y Edición

Jessica Mac Donald Quiceno
Laura Delgado Tenorio
Marianella Vega Alvarado

Equipo Consultor de Management Science for Health y Family Care International

Marianella Vega Alvarado
Jessica Mac Donald Quiceno
Laura Delgado Tenorio
María Faget Montero

Revisión y validación Comisión Técnica Proyecto Salud Mesoamérica 2015

Rosibel Méndez Briceño	Ministerio de Salud
Olga Hernández Chaves	Ministerio de Salud
Nancy Vargas Guevara	Ministerio de Salud
Rafael Salazar Portuguese	Ministerio de Salud
Mario León Barth	Caja Costarricense de Seguro Social
Nineth Alarcón Alba	Caja Costarricense de Seguro Social
Geovanna Mora Mata	Caja Costarricense de Seguro Social
Marco Díaz Alvarado	Caja Costarricense de Seguro Social
Erick Calvo Carranza	Caja Costarricense de Seguro Social
Ana Zelmira Arias M.	CEN-CINAI
Mario Fung L.	Ministerio de Educación Pública
Guadalupe Mora N.	Patronato Nacional de la Infancia

Contenidos

I. Introducción	4
II. Conociendo a las personas adolescentes	7
2.1 Los cambios biopsicosociales	11
2.2 Enfoques que deben ser aplicados en la atención integral en salud de la población adolescente.....	13
2.3 Vulnerabilidad, riesgo y protección.....	17
III. Derecho a la atención en salud de la población adolescente	27
IV. Trabajar con adolescentes.....	32
4.1 ¿Por qué a algún personal de salud se le dificulta la relación con personas adolescentes en los servicios de salud?	35
4.1.1 El adultocentrismo	36
4.1.2 Superando barreras	40
V. Una breve conclusión	43
VI. Referencia Bibliográfica	44

I. Introducción

Este módulo de autoaprendizaje es uno de los productos que genera el Proyecto Salud Mesoamérica 2015, el cual tiene por objetivos:

- a) Mejorar la calidad de atención de los servicios de salud materna, neonatal e infantil para las y los adolescentes.
- b) Mejorar la calidad, la utilización y el acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva para las y los adolescentes.
- c) Generar evidencias sobre buenas prácticas integrales para la prevención y atención del embarazo en la adolescencia.

Más específicamente busca fortalecer los servicios de atención integral en salud sexual y salud reproductiva brindados a adolescentes, adolescentes embarazadas, madres y padres y sus hijos e hijas.

Este módulo forma parte de una serie de módulos de autoaprendizaje dirigidos a capacitar al personal de salud que trabaja con población adolescente, con el fin de que adquieran las habilidades básicas y las actitudes requeridas para posibilitar el logro de los objetivos planteados anteriormente.

En este primer módulo se busca que usted:

1. Repase las características biopsicosociales de las y los adolescentes, así como aquellas situaciones particulares que ponen en riesgo su salud, desde un enfoque integral.
2. Promueva el respeto a los derechos que tiene esta población, desde los servicios de salud.
3. Se sensibilice ante las particularidades y necesidades de esta población y pueda así ofrecer un servicio amigable, confidencial, con calidez y calidad.
4. Reconozca la relevancia de respetar las condiciones de género, origen sociocultural, étnico y orientación sexual presentes en esta población, para obtener mejores resultados en salud.

Posiblemente, varios de los enfoques que se presentan en este documento han sido estudiados o conocidos por usted durante su desarrollo académico y profesional; en ese sentido, con este material se pretende avanzar en la aplicación de estos enfoques en la atención de personas adolescentes y así generar servicios de salud más efectivos; dado que por exigencias propias de nuestro sistema de salud, o por concepciones propias de cada profesional, esta aplicación puede haber sido limitada hasta el momento.

En este módulo revisamos comprensivamente y de manera personal estos enfoques, para poder ser aplicados a las distintas actividades e interacciones con personas adolescentes.

Encontrará que en cada capítulo lo guían tres ideas:

- ¿Qué debemos saber?
- ¿Qué debemos hacer?
- ¿Cómo debemos ser?

Esto se ha hecho así para evidenciar que no solamente necesitamos saber (tener conocimientos), sino que debemos poder aplicarlos (saber hacer) y, muy especialmente, tener actuaciones apegadas a la ética y al respeto de los derechos humanos con especial sensibilidad hacia la población adolescente y sus necesidades (saber ser).

Hemos incluido una serie de actividades que forman parte de lo que debe hacer al leer este módulo. Estas actividades buscan favorecer una lectura activa, lo cual le permitirá un mejor aprendizaje. Le recomendamos hacer todos los ejercicios conforme se le vayan presentando.

Le invitamos a utilizar este material en su totalidad, el cual le llevará a un mayor compromiso con esta población y a la defensa y respeto de sus derechos.



Autorrevisión personal sobre conceptos base

Antes de empezar este tema, vamos a realizar una revisión de nuestros pensamientos, creencias, recuerdos. Por favor, responda de la manera más honesta y con lo primero que recuerde. No limite sus respuestas; no se trata de un cuestionario para contestar “sí” o “no”, sino para que usted reflexione. Este es un ejercicio personal que no tiene que compartir con otras personas si no lo desea.

¿Cuál es mi concepción acerca de las y los adolescentes?

- ¿Cuáles considero que son los intereses en esta etapa de la vida?
- ¿Qué capacidad pienso que tienen las personas adolescentes para dirigir sus vidas?
- ¿Cómo pienso que toman decisiones las y los adolescentes?
- ¿Cómo considero que viven las personas adolescentes los cambios corporales?
- ¿Qué pienso sobre la apariencia de las personas adolescentes?
- ¿Cuáles son los motivos de consulta que he observado llevan a las personas adolescentes a consultar en los servicios de salud?
- ¿Qué pienso y qué siento sobre la sexualidad en la adolescencia?
- ¿Cómo pienso que son las relaciones entre adolescentes? ¿Cómo son sus relaciones con las personas adultas?
- ¿Pienso que son típicos de estas edades los problemas, la rebeldía y las crisis emocionales? ¿Por qué?
- ¿Cómo me hacen sentir las personas adolescentes? ¿Me cuesta entenderlas?
- ¿Me siento cómoda(o) atendiendo a personas adolescentes?
- ¿Qué pienso y siento sobre el embarazo en la adolescencia? ¿Pienso que una adolescente embarazada o madre es una niña, o ya es una adulta? ¿Cómo es mi trato con las adolescentes embarazadas? ¿Cómo es mi trato con adolescentes padres?

¿Cuál fue mi experiencia como adolescentes?

Recuerde por un momento su adolescencia, ¿hace cuantos años fue? ¿Dónde y con quién vivía?

- ¿Qué fueron las cosas más bonitas que recuerda de esa época? (Aprendizajes, paseos, situaciones, relaciones). ¿Adónde iba, qué hacía, qué le gustaba hacer, qué cosas disfrutaba?
- ¿Cómo se sintió con su cuerpo durante su adolescencia?
- ¿Cómo eran sus relaciones con otras personas adolescentes y con las personas adultas?
- ¿Estuvo en situaciones peligrosas para Ud.? ¿En ese momento entendió que eran peligrosas?
- ¿Sintió atracción hacia otra(s) persona(s) o se enamoró en su adolescencia? ¿Qué sensaciones recuerda de esos momentos?

¡Bien! Se dio la oportunidad de responder preguntas para las que generalmente las personas adultas no tenemos respuestas tan claras, pero que **condicionan y pueden influir en nuestra forma de trabajar, de atender, tratar, relacionarnos con y entender a las personas adolescentes**. Es necesario revisar nuestra historia personal para poder comprender si algunas de las respuestas que hemos dado son **estereotipos** que nos han sido transmitidos en nuestra sociedad sobre la adolescencia y que, en muchas ocasiones, no nos permite verles como personas integrales y mucho menos, darles la atención necesaria. A lo largo de este módulo de autoaprendizaje y en los siguientes módulos podremos ir reconociendo tales estereotipos para así sustituirlos por concepciones que nos acercan a una mejor comprensión de la vida adolescente.

II. Conociendo a las personas adolescentes

Antes de iniciar el repaso de las características y particularidades del desarrollo adolescente y las necesidades, actuaciones o experiencias que viven las personas en estas edades, debemos destacar un hecho: en nuestra sociedad existen algunas ideas erróneas o estereotipos acerca de esta etapa de la vida.

Una de esas ideas es considerar esta fase del desarrollo como un “*período puente*”, una simple transición entre la niñez y la vida adulta. Algunas personas adultas tendemos a visualizar a la o al adolescente como una niña o un niño grande, o como una adulta o adulto en formación. Esto nos lleva a desconocer la importancia y validez de los aprendizajes, experiencias y conocimientos propios de las personas adolescentes (al verlas como inmaduras y sin experiencia). Esto explica en parte por qué no se le ha dado atención particular a las necesidades de esta población. En muchas ocasiones esta visión ha generado que se piense a las personas adolescentes y jóvenes como “el futuro”, lo que implica seguir invisibilizándolas en su presente, y con ello sus requerimientos específicos en salud, en este momento.

Existe otra idea errónea sobre las personas adolescentes: que viven permanentemente en “crisis” o que son dramáticas, o bien, que es una etapa difícil de por sí, y que están en una fase de la vida que implica dificultades propias de las que no se puede escapar.

Aunque se reconoce que los cambios en esta etapa pueden ser complejos para las y los adolescentes, la idea de la adolescencia como una “crisis”, nos hace centrarnos únicamente en los posibles riesgos y daños que se pudieran presentar, y no en las fortalezas individuales que posee cada adolescente para enfrentar sus retos y así poder construir conductas que promuevan su salud.

Es importante reconocer que los cambios drásticos que experimenta una persona al pasar por esta etapa del desarrollo, no se dan únicamente en lo físico, sino que incorporan lo psicológico, social y cultural. Son procesos que todas y todos vivimos, de diversas maneras, por lo cual no podemos verlos únicamente en función de las dificultades, enfermedades, patologías o riesgos que implican, sino como aportes y oportunidades significativas para cada persona.

Muchas de las dificultades que se enfrentan en esta etapa de la vida responden a la forma en que las personas adolescentes son percibidas y tratadas por las personas adultas y las expectativas que tenemos hacia ellas y ellos.



Para comprender la afirmación anterior, realicemos una revisión de nuestra experiencia personal y profesional

- ¿Qué adjetivos hemos escuchado en espacios de formación o profesionales sobre las y los adolescentes? Anótelos aquí.

- ¿Considera que tales adjetivos son correctos? ¿Hay algunos que no lo son? ¿Por qué? Reflexione.

Las personas adolescentes son personas en crecimiento y desarrollo, que logran en esta etapa de la vida consolidar su propia identidad (individuación), así como adquirir su autonomía en forma progresiva. Esto implica vivir un presente en pleno desarrollo, con grandes cambios corporales, llenos de nuevas experiencias, sensaciones y sentimientos, a la vez que enfrentan relaciones y desafíos sociales novedosos. Es una etapa de la vida muy fecunda para el fortalecimiento de capacidades.

Desde el punto de vista de la salud, la adolescencia representa un período con enormes oportunidades para la construcción y consolidación de estilos de vida saludables, cuyo beneficio puede proyectarse a lo largo de la vida. La infancia se va dejando atrás, y con ella la vulnerabilidad a muchas enfermedades, especialmente las infecciosas, por eso la morbilidad es reducida en la adolescencia.

En estas edades, existe energía disponible para nuevos aprendizajes, a lo que se suma el interés por la exploración de lo nuevo, lo que favorece el desarrollo de hábitos propios, distintos a los de la generación anterior.

En la adolescencia es posible distinguir, esquemáticamente, tres subetapas¹² de desarrollo con características y necesidades diferentes. En cada subetapa se distinguen también formas distintas de vincularse con las personas adultas. Esto debe ser considerado por el personal de salud para establecer relaciones que sean relevantes para la persona adolescente y que generen aprendizajes, con el fin de propiciar su salud y desarrollo integral.

Estas tres subetapas son la adolescencia temprana o inicial (10 a 13 años); la adolescencia media (14 a 16 años) y la adolescencia tardía (17 a 19 años). En el siguiente cuadro se presentan las características de las subetapas de acuerdo con el desarrollo físico e imagen corporal; el desarrollo intelectual y el desarrollo afectivo y conductual.



Estúdielas con detenimiento, pues es importante que valore las diferencias entre cada etapa y área, y así pueda establecer una relación más apropiada con la o el adolescente que se presente al servicio de salud.

¹ Breinbauer C., Maddaleno M. (2005). Youth: Choices and Change. Promoting Healthy Behaviors in Adolescents. Scientific and Technical Publication No. 594, PO. Recuperado en: http://www.paho.org/English/DD/PUB/Youth_Presentation_June_2005.pdf

² Luengo X. (2003). “Características de la Adolescencia Normal”, En Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia, de Molina R, Sandoval J y González E. Capítulo 2, Págs. 16-23. Editorial Mediterráneo, Santiago de Chile.

Cuadro resumen del desarrollo en la adolescencia según áreas y etapas

Características del desarrollo en la adolescencia		
Adolescencia temprana o inicial (10 a 13 años)	Adolescencia Media (14 a 16 años)	Adolescencia Tardía (17 a 19 años)
Desarrollo físico e imagen corporal		
Aumenta la velocidad de crecimiento, desarmonía física y descoordinación motora. Aparecen caracteres sexuales secundarios y en la mujeres la menarquia. Preocupación por los cambios físicos puberales, inseguridad respecto de su apariencia física. Pudor, búsqueda de mayor privacidad.	Restablecimiento de la armonía corporal y coordinación motora. Preocupación por ser físicamente más atractivo/a. En hombres: espermarquia, aumento vello corporal, cambio voz, aumento masa muscular.	Desarrollo puberal completo. Aceptación de los cambios corporales y de la imagen corporal.
Desarrollo intelectual		
Inicio del cambio de pensamiento concreto de la infancia al hipotético-deductivo. Desarrollo moral preconventional³. Poco desarrollo de las funciones del lóbulo frontal cerebral como: control de impulsos, planeación de la conducta y manejo de emociones.	Pensamiento hipotético deductivo en evolución. Omnipotencia, invulnerabilidad, egocentrismo. Desarrollo moral convencional⁴.	Pensamiento hipotético-deductivo de la persona adulta. Desarrollo moral convencional y en ocasiones post convencional⁵. Se va completando el desarrollo de funciones del lóbulo frontal cerebral: mayor habilidad de control de impulsos, planeación de las conductas.

³ Según la teoría del desarrollo moral de Kohlberg, en la infancia y la adolescencia temprana, la moral se estructura en un nivel preconventional, en el cual las normas son percibidas como una realidad externa que se respetan por su vínculo con las consecuencias que acarrea, ya sea un premio o un castigo; lo que también se liga con el poder de las personas que las establecen, por lo general personas adultas.

⁴ En el nivel convencional, el grupo de pertenencia cobra mayor importancia y las personas adolescentes quieren responder adecuadamente a las expectativas que los miembros del grupo tienen de ella o de él. Se identifica como bueno o malo aquello que la sociedad define como tal.

⁵ En el nivel post convencional hay comprensión y aceptación de los principios morales generales que inspiran las normas. Por eso los principios que son escogidos racionalmente por el o la adolescente son más relevantes para ellos y ellas que las normas socialmente aceptadas.

Características del desarrollo en la adolescencia		
Metas vocacionales idealizadas.		Resolución de problemas Metas vocacionales realizables
Desarrollo afectivo y conductual		
Reacciones impulsivas, pérdida del control de la conducta, humor cambiante, labilidad emocional. Puede haber deterioro del rendimiento escolar. Inicio del interés en el desarrollo psicosexual, fantasías y exploración sexual. Puede haber masturbación.	Aislamiento, reflexión. Puede haber dudas respecto a la orientación sexual. Hipersensibilidad, extravagancia. Preocupación por la religión.	Extroversión, altruismo. Logro de la independencia de los padres. Capacidad de intimar. Autoimagen realista. Consolidación del proceso de logro de la identidad personal, social, sexual y vocacional. Elaboración de propia escala de valores. Habilidad de comprometerse con sus ideas y establecer sus propios límites.

Fuente: Adaptado de Youth, Choice and Change, OPS, 2005

Estos son lineamientos generales y se pueden esperar grandes diferencias individuales según la cultura de cada adolescente, porque el proceso de desarrollo no es uniforme. Estas tres etapas se superponen y es posible que en algunas personas existan diferencias en la madurez de ciertas áreas con respecto de otras, ya sea por sus características o por factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos o culturales que inciden.

¡Recuerde!

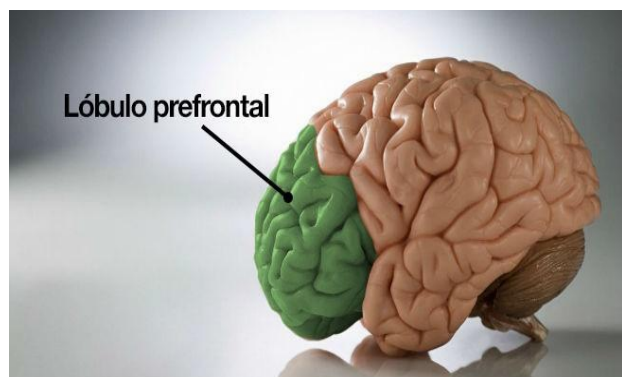
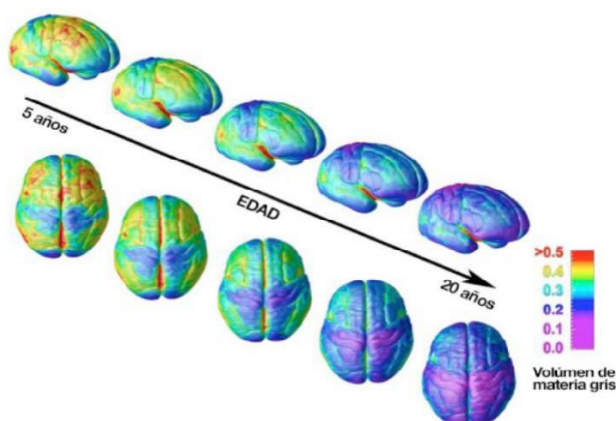
Esta caracterización debe tomarse de manera orientadora solamente, pues existen diversos factores biopsicosociales que intervienen, de ahí que podemos encontrar adolescentes que no necesariamente encajan en la descripción hecha acá. Siempre debemos mirar a cada adolescente de manera individual y en su contexto, aunque nos apoyemos en este marco global.

2.1 Los cambios biopsicosociales

En el cuadro que estudiamos anteriormente pudimos observar que el desarrollo adolescente implica integralmente a la persona. No se trata solamente de cambios físicos, y es muy importante tenerlo siempre presente.

Ahora bien, dentro de los cambios que se dan en esta etapa, es necesario considerar lo relativo a la maduración del cerebro. Diferentes investigaciones en neurobiología⁶, han establecido que en la adolescencia se dan transformaciones en el crecimiento y desarrollo cerebral que se prolongan hasta los 21 años, lo que se expresa como capacidades y potencialidades específicas en las y los adolescentes.

La maduración de la corteza cerebral se da desde la parte posterior (nuca), hacia la frente y de abajo hacia arriba del cerebro, dependiendo de la edad cronológica y también de la duración del período puberal. Esto lo podemos observar en la imagen siguiente.



“El volumen cerebral permanece constante, pero varía su composición. La sustancia blanca aumenta entre los 8 y 18 años, con el adelgazamiento de la materia gris y en paralelo al perfeccionamiento de facultades cognitivas, capacidad de estudio, lectura, memoria, etc.”. (López, 2011, p. 8)

Esto significa que al finalizar el período de adolescencia aún se está completando la maduración del cerebro, particularmente la **corteza prefrontal**, y por tanto se está en un proceso de constante adaptación en el cual ciertas facultades mentales se van desarrollando. Damasio

⁶ Como Fischhoff, et ál., 2001; Johnson, et ál., 2009; Oliva Delgado, 2007; White, 2009; Blakemore, et ál. 2010; Forbes, E., et ál., 2010; Romer, 2010.

(2007, p. 242; cit. por Oliva Delgado, 2007) indica que esas facultades que se van desarrollando en la adolescencia, y que incluso se consolidan hasta la adultez, se expresan a través de las siguientes capacidades:

- ☒ Controlar los impulsos
- ☒ Tomar decisiones
- ☒ Planificar y anticiparse al futuro
- ☒ Tener control atencional
- ☒ Poder realizar varias tareas a la vez
- ☒ Tener sentido de la responsabilidad hacia sí mismos y los demás (capacidad empática)



Antes de seguir la lectura, realice la siguiente actividad: contraste sus concepciones sobre las y los adolescentes con la anterior información sobre las particularidades del desarrollo en la adolescencia, considerando las distintas áreas y etapas, incluidos los cambios a nivel neurológico. ¿Siente que ahora cuenta con mayores conocimientos para comprender a las personas adolescentes? Explique.

Debido a ese proceso de maduración cerebral, la persona adolescente va presentando una serie de transformaciones y desarrollando ciertas habilidades (**desarrollo intelectual**). Por ejemplo, pasa del pensamiento **concreto al abstracto** o hipotético deductivo, lo que le permite adquirir capacidades para una mayor comprensión de las situaciones, establecer metas y dirigirse a ellas.

¡Recuerde!

No podemos partir de que las y los adolescentes en general son un grupo considerado como “sano” (en el área física), y que por lo tanto no requieren atención de los servicios de salud. Hay necesidades específicas de esta edad que han sido poco atendidas y que requieren ser abordadas desde la perspectiva de salud integral.

También provoca una progresiva maduración en la regulación de emociones y el control de impulsos (**desarrollo afectivo y conductual**). Además se facilita el desarrollo de otras capacidades vinculadas a las interacciones sociales, como la autoconciencia, la empatía y la adopción de perspectivas, que favorecen el comportamiento interpersonal.

Podemos observar cómo progresivamente las y los adolescentes van desarrollando un sentido de lo que es justo o no en relación con su propia vida e intimidad. Esta es precisamente una de las grandes demandas de las personas adolescentes, es decir, que en las distintas relaciones que tienen con personas adultas **haya reglas, condiciones y tratos justos**, de acuerdo con sus necesidades y realidades. Esto implica la búsqueda de vivir plenamente sus derechos y de ir adquiriendo mayor

autonomía frente a las personas adultas de quienes antes se dependía para orientar acciones.

También, la relación de las personas adolescentes con sus pares y diversos grupos debe ser considerada en especial, precisamente porque uno de los cambios más reconocidos durante esta etapa es la importancia de tales relaciones para la formación de la identidad y el sentido de pertenencia.

A su vez, el o la adolescente se aleja de sus figuras adultas de referencia, y presenta actitudes “oposicionistas o desafiantes” (es decir, de manera muy distinta a la infancia) frente al mundo adulto en general. El desarrollo psicosocial en la adolescencia necesita **del alejamiento de lo aceptado pasivamente en la niñez, para elegir un camino propio** de manera activa.

A manera de recapitulación:

Cuando una o un adolescente se presenta a los distintos servicios de salud debemos hacer una valoración integral. Los factores biopsicosociales que caracterizan esta etapa del desarrollo deben ser considerados para adecuar la forma como nos relacionamos con la persona adolescente y el estilo de comunicación que establecemos para que sea efectiva nuestra intervención. Esto requiere también el respeto a sus derechos y necesidades; así como el ajuste de los recursos que utilicemos para hacernos comprender o para entenderle en su vida cotidiana. Estas consideraciones determinarán las respuestas que la persona puede darnos y nos guiarán en las acciones que respondan más a sus necesidades.



Retome la actividad inicial de este tema en la cual se le preguntó acerca de adjetivos usados para describir a las y los adolescentes. Usted explicó por qué eran o no correctos. Retome su respuesta, y a la luz de la lectura que realizó después, indique qué de su explicación cambiaría y por qué o cuáles de sus percepciones eran correctas.

2.2 Enfoques que deben ser aplicados en la atención integral en salud de la población adolescente

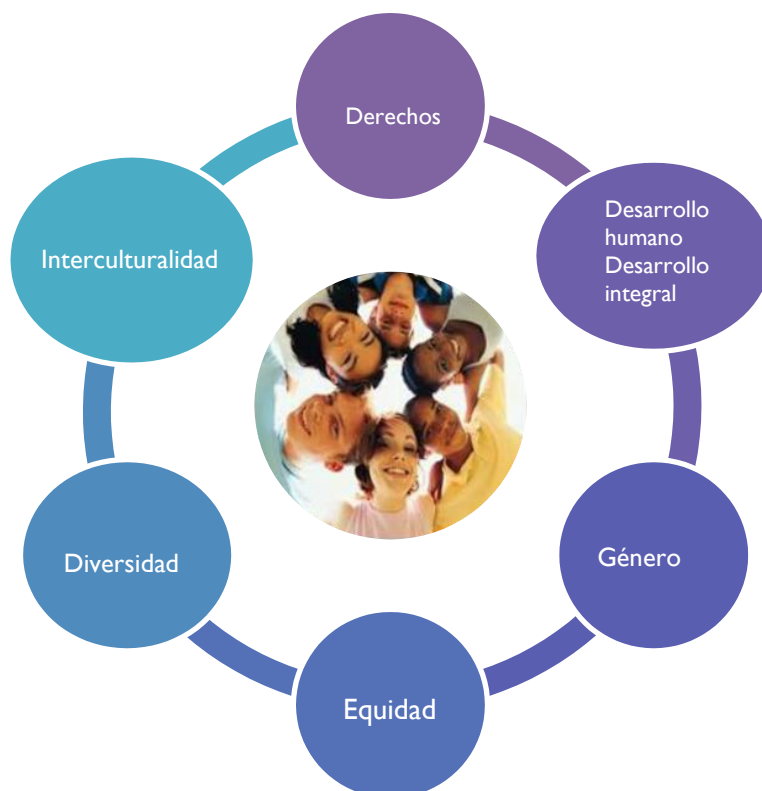
Existen varios enfoques para la atención de la población adolescente que no pueden ser obviados, pues forman parte de los criterios de calidad que exige la Norma Nacional de Atención Integral a la Salud de las Personas Adolescentes, en su componente de salud sexual y salud reproductiva, así como porque responden a otras normativas nacionales e internacionales. Los enfoques rectores son: de **derechos, desarrollo humano y desarrollo integral, equidad, género, diversidad e interculturalidad**.

Al trabajar en salud con la población adolescente, estos enfoques siempre deben estar presentes con acciones específicas que favorezcan el respeto a las diferencias y a la vez que impidan la discriminación.

Derechos. Como estudiaremos más adelante, las personas adolescentes tienen una serie de derechos que deben ser respetados cuando acuden a los servicios de salud, entre ellos el derecho a la salud, y específicamente a la salud sexual y salud reproductiva.

Todas las personas desde que nacemos tenemos derechos, los cuales vamos ejerciendo progresivamente conforme adquirimos capacidades para hacerlo de manera automática. Esto está vinculado a nuestro proceso de desarrollo y maduración.

A través de las experiencias, las y los adolescentes van descubriendo cómo hacerse responsables de las consecuencias de sus actos, cómo ir tomando sus propias decisiones y cómo asumir el control sobre sus vidas. Debemos promover este desarrollo progresivo, tener respeto a esas capacidades y darle la oportunidad de ejercer sus derechos de manera individual y directa. Por eso a las y los adolescentes se les debe visualizar como sujetos activos y no solamente como personas a quienes se les dirigen acciones o intervenciones, o se les dan recomendaciones o soluciones sin considerar sus necesidades específicas o su propio criterio acerca de lo que desean.



Equidad. Nuestra población adolescente vive en condiciones socioeconómicas que no son iguales para todas y todos. Un sector importante no tiene acceso a las condiciones mínimas de vida como vivienda, alimentación balanceada, información, entre otros, lo que limita su desarrollo humano. Esto se traduce en perfiles de salud diferentes entre los grupos sociales, y por tanto se requieren acciones específicas dirigidas a la población más vulnerable que permitan equiparar los niveles de salud con otros sectores con mejores condiciones de vida. Por eso, desde los servicios de salud debe hacerse un esfuerzo por reconocer los grupos más vulnerables y responder a sus necesidades particulares, de manera que haya una

distribución justa de los recursos, servicios e información, y se disminuyan las brechas de salud que son evitables e injustas.

Género. El personal de salud debe comprender el peso que tiene el ser hombre o ser mujer en nuestra sociedad, los roles de género que se promueven en ella y su impacto en la salud sexual y salud reproductiva. Muchas prácticas sexuales en las y los adolescentes implican vínculos desiguales entre hombres y mujeres que no favorecen una negociación del uso del condón o de métodos anticonceptivos ni el cuidado mutuo, en



ocasiones incluso son expresión directa de violencia sexual tolerada socialmente. Todo esto socava la posibilidad y el derecho de disfrutar de una salud sexual y reproductiva de manera plena. Nuestra tarea desde este enfoque debe ser contribuir a evitar inequidades producto de ciertos patrones socioculturales sobre las expectativas de conducta de hombres y mujeres. En nuestros encuentros con las y los adolescentes debemos dar información y educación que contemple las particularidades de cada género pero sin caer en estereotipos o en acciones que discriminen a las muchachas respecto de los muchachos, promoviendo en todo momento el fortalecimiento de relaciones igualitarias y libres de violencia entre ambos. Por ejemplo, un estereotipo sociocultural de género es promover actividades sexuales en los hombres o no promover conductas de protección en ellos, pero juzgar o censurar a las adolescentes que tienen una vida sexual activa, o bien, esperar que ellas sean quienes carguen con todas las decisiones de salud reproductiva. En ambos casos, se limita el

ejercicio de derechos de las y de los adolescentes.

Interculturalidad. Sabemos que vivimos en un país donde están representados diversos grupos culturales y étnicos, así como personas migrantes. Cada grupo tiene sus patrones y costumbres respecto a la sexualidad y la reproducción. Es fundamental que conozcamos aquellos comportamientos y percepciones, basadas en la cultura específica, que pueden limitar la identificación de riesgos, así como afectar el disfrute de la salud y el desarrollo pleno. No se trata aquí de imponer las costumbres o percepciones de una cultura sobre otra, sino aprovechar el intercambio para enriquecer las opciones de protección y cuidado de la salud.

A su vez, las diferencias no deben ser motivo de discriminación, más bien debemos asumirlas como un desafío para mejorar los canales de comunicación y realizar un esfuerzo por integrarlas en la realización de acciones que contribuyan al logro de los objetivos en salud planteados para la población adolescente. En los lugares en que exista(n) población(es) indígena(s), por ejemplo, ha de conocerse la cultura de este sector, buscar apoyo con hablantes de su lengua y conocedores de sus costumbres (si fuera del caso) para comprender mejor a cada persona, sin romper la confidencialidad necesaria. Será comprensible que si trabajamos con una persona adolescente indígena, la percibamos como “tímida”. Al “ponernos en sus zapatos” podremos entender que tal vez esta pueda ser una experiencia atemorizante, distinta o simplemente que haya desconfianza, pues el contacto anterior ha sido poco o mínimo.

Ante todos estos grupos debe primar el respeto, reconocer sus particularidades, comprender sus necesidades específicas, valorar sus prácticas y saberes, y reconocer sus derechos, sin imponer nuestra visión.

Diversidad Este enfoque está relacionado al anterior pero se amplía a otros grupos que socialmente se consideran minoritarios, y frente a los cuales debemos evitar cualquier tipo de discriminación. Es el caso, entre otros, de las personas con orientaciones sexuales distintas a la heterosexual. Las personas por lo general manejan

su orientación sexual de manera discreta, y lo debemos respetar. Si el o la adolescente nos indica espontáneamente que se siente atraído o atraída por personas del mismo sexo, tiene dudas sobre su identidad sexual, o menciona prácticas sexuales poco comunes, debemos favorecer la confianza y la libertad para hablar al respecto y sentirse escuchada o escuchado. El servicio de salud debe convertirse en un espacio que permita a las personas adolescentes conversar sobre sus inquietudes y dudas, sin sentirse sancionadas o juzgadas desde los valores y elecciones personales de las y los funcionarios de salud. Al brindar una atención con respeto, tolerancia y no violencia, procurando trabajar desde la aceptación de las diferencias individuales y el reconocimiento de las necesidades particulares, es posible que nuestras acciones en salud sean efectivas.

Además de estas particularidades, no debemos olvidar que existen otras diferencias que nos marcan y que no deben convertirse en motivos de discriminación o trato inadecuado: situación socioeconómica, nivel educativo, diversidad funcional (además se requiere garantizar la accesibilidad y ajuste de los servicios brindados cuando existen limitaciones funcionales) y diferencias físicas, entre otras.

Podemos concluir que **todas y todos somos diferentes, ya que tenemos características que nos hacen personas únicas**, pero somos iguales en cuanto a derechos y dignidad.



Es momento de realizar otra actividad. Ahora que hemos revisado los diferentes enfoques que deben guiar la atención de las personas adolescentes, indique una acción específica que usted se podría comprometer a realizar para aplicar cada uno de ellos en su establecimiento de salud.

Enfoques	Acciones
Derechos	
Equidad	
Género	
Interculturalidad	
Diversidad	

Al inicio le propusimos que realizara una autorrevisión. Ahora le sugerimos volver a revisar sus pensamientos, experiencias, creencias y estereotipos acerca de las y los adolescentes. Después de la lectura realizada, ¿ha cambiado algún criterio en usted? Redacte brevemente qué cambio significativo en su pensamiento ha tenido usted después de la lectura y reflexión sobre este tema. ¿Ha aprendido algo nuevo? ¿Qué? ¿Le será útil para su trabajo? ¿Cómo?

2.3 Vulnerabilidad, riesgo y protección

Julia tiene 14 años y vive en un precario en Golfito. Terminó la primaria pero no continuó los estudios porque su madre, jefa de hogar, padece de una enfermedad crónica que le impide trabajar. Por eso la joven tuvo que asumir la responsabilidad económica del hogar.

En una visita a la casa, el Asistente Técnico de Atención Primaria (ATAP) conversa con su madre y ella le cuenta que su hija es un gran apoyo, cuida sus hermanos en la mañana y trabaja en las noches. No saben bien en que trabaja pero aporta dinero al hogar. También le cuenta que su hija tiene un novio que conoció en el trabajo y pronto van a ir a vivir junto. El ATAP indaga más y la madre le cuenta que el novio de Julia tiene 40 años y que es tan bueno que les regala “el diario” y prometió seguir apoyando económicamente la familia cuando se lleve a Julia a vivir con él. La madre piensa que Julia debe ir al médico para revisar un “problemita” que está teniendo y que describe como flujo vaginal poco común. El ATAP entonces le da una referencia para que Julia asista al EBAIS.



- ¿Considera que existe una situación de peligro para Julia? Explique.

- Si Usted atendiera a Julia, ¿qué le diría?

- ¿Tomaría Usted alguna acción específica para apoyar en la solución de esta problemática? Indique.

Posiblemente a usted le haya llamado la atención que una persona menor de edad tenga un trabajo nocturno, y se imagine tipos de trabajo que podrían estar exponiendo a Julia a diferentes riesgos. También su noviazgo le resultará preocupante, al igual que los síntomas que presenta.

Desde su perspectiva, ¿cuáles problemas podría tener Julia en su salud producto de esta situación? Seguramente usted habrá pensado en infecciones de transmisión sexual (ITS) y, efectivamente esto podría ser así.

Esta historia que acabamos de relatar nos permite hacer referencia, precisamente, a varios conceptos que se relacionan entre sí y que es probable que Usted haya escuchado e incluso utilice en su trabajo: la vulnerabilidad y el riesgo.

De acuerdo con Donas (2001), **riesgo en salud** es la “probabilidad de que acontezca un hecho indeseado (*enfermedad, secuelas o muerte*) que afecte a la salud de un individuo o de un grupo” (p. 489). Por eso es importante identificar las personas o el grupo de personas con mayor probabilidad de presentar estos hechos indeseados y con esa información poder realizar acciones que nos permitan prevenir problemas o reducir el impacto de manera más eficiente y efectiva.

En el caso que estamos analizando, los riesgos asociados a que Julia esté viviendo una situación de abuso sexual son muchos, pues entre los **hechos indeseados** que pueden ocurrir está contraer una ITS, tener un embarazo inesperado, vivir situaciones de violencia física, sexual o psicológica e incluso la muerte.

Es importante que reflexionemos que los riesgos en salud no se distribuyen por igual en los grupos sociales, de ahí la importancia del concepto de **vulnerabilidad**.

Según Ayres y otros (2008), la exposición de las personas a un problema de salud es resultado de un conjunto de aspectos que no son solo individuales, sino también **colectivos y contextuales**. Hay condiciones de vida que hacen susceptibles a unas personas más que a otras de enfermar, y a su vez les hace disponer de menos recursos para protegerse.



Si pensamos la situación de Julia, ¿cómo utilizaría los conceptos de riesgo en salud y vulnerabilidad en el caso de ella? ¿Cambiaría la forma de abordar la situación?

En el caso de Julia la situación económica familiar, su condición de mujer adolescente con baja escolaridad, estar en una relación de pareja desigual, en la cual la negociación sexual puede ser muy difícil, y quizás un trabajo nocturno que incluso pueda ser de explotación sexual comercial, la colocan en situación de **gran vulnerabilidad**, lo que aumenta su exposición a riesgos en salud.

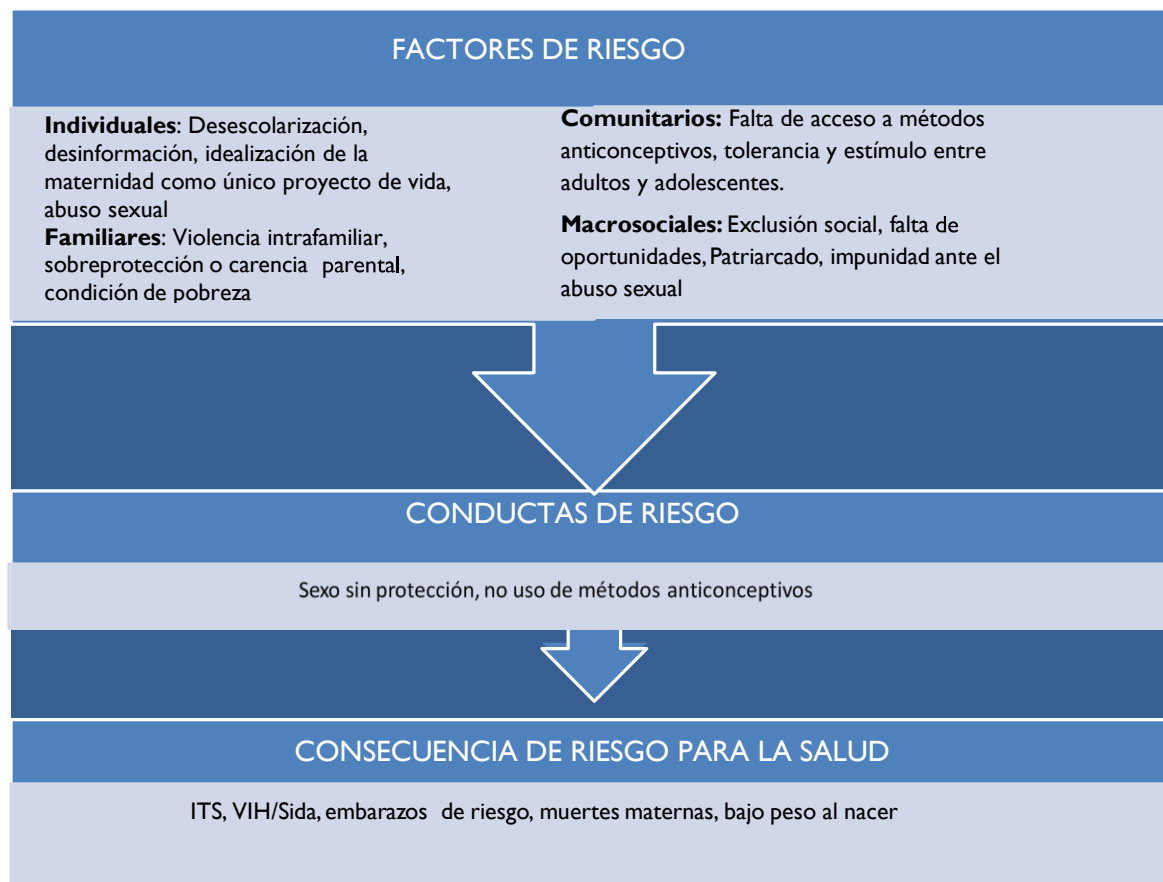
Por eso, si nosotros como personal de salud nos limitamos a atender solo los problemas más manifiestos de salud, y además pensamos que debemos enseñarles a Julia y a su madre lo que es correcto, regañándolas o señalándolas como culpables de su situación, los resultados en salud que logremos serán igualmente limitados.

Por eso, tanto el enfoque de riesgo como el de vulnerabilidad, unido con el enfoque de derechos, nos permite comprender mejor la situación y pensar en intervenciones de mayor alcance. En ese sentido es fundamental que impulsemos acciones desde la perspectiva de **la protección integral a las personas menores de edad y el interés superior de la persona adolescente**. Esto implica que la acción más inmediata sin duda será dar tratamiento a la ITS, así como orientar a la adolescente sobre el uso de condón y anticoncepción, así como su prescripción; de acuerdo con la obligación que tiene el personal de salud en cuanto a protección y promoción de la salud. Pero estas no serán las únicas acciones, también se deberá reconocer que esta familia no ha tenido las herramientas para anticiparse, detectar o enfrentar los problemas y riesgos de salud en Julia y quizás de toda la familia.

Esto requiere que en la consulta con una joven como Julia exploremos la situación con mayor detenimiento, desde un acercamiento respetuoso que genere confianza y apoyo. Con una mejor comprensión de la situación es más claro realizar otras acciones que contribuyan en la protección integral de la joven. En ese sentido debemos trabajar en coordinación con otras instituciones que permitan por ejemplo la reinserción educativa de Julia, el apoyo económico a la familia, la denuncia del posible abuso, su seguimiento y acompañamiento. Desde esta perspectiva, si bien es importante el tratamiento de las ITS, de poco servirá si no se cambian las situaciones que lo reproducen, y desde la perspectiva de derechos humanos es inaceptable que esta situación se perpetúe afectando no solo la salud sino el desarrollo integral de la adolescente. Algo de lo que no queremos ser cómplices.

Si lo reflexiona habrá notado que la mayoría de las veces, en los servicios de salud solo se mira y atienden las **consecuencias de los riesgos en salud**. Pero ya nos queda claro que para lograr mejores resultados es necesario que comprendamos su relación con los **factores de riesgo** dentro de un contexto que nos indica dónde se da **vulnerabilidad** y que aumentan la probabilidad de ocurrencia de los problemas de salud. Solo así podemos priorizar la atención con criterio de equidad y dirigir las acciones a intervenir más efectivas.

Ahora bien, es necesario diferenciar los factores de riesgo de las **conductas de riesgo**, que en la mayoría de los casos son consecuencias de esos factores. El siguiente esquema ejemplifica cómo se identifican los riesgos desde las categorías de factores, conductas y consecuencias de riesgo en la adolescencia.



En el trabajo que se realice con las y los adolescentes debemos valorar, revisar y actualizar permanentemente el grado de vulnerabilidad en el que se encuentran, porque puede variar dependiendo de cada persona y su entorno.

Blum, McNeely y Nonnemaker (2001), nos recuerdan que hay elementos que permiten balancear la vulnerabilidad como son los recursos con que cuentan las personas, **los factores protectores y la resiliencia**, los cuales pueden surgir de las personas mismas, de sus familias o del entorno social.

¡Recuerde!

Es necesario identificarlos factores de riesgo y de protección presentes en el proceso de desarrollo de cada adolescente, entendiendo que influyen en este pero no lo determinan, para poder entender las formas en que estas dos dimensiones interactúan en la vida de cada persona.

Los **factores de protección** son aquellos que reducen los efectos de los factores de riesgo y favorecen un desarrollo positivo de las personas adolescentes. Ejemplo de ello son características individuales como la autoestima, las habilidades sociales, la inteligencia, el sentimiento de esperanza; también el acompañamiento y unión familiar, la buena comunicación y calidez a lo interno del hogar; a su vez, las amistades, los grupos de apoyo y vecindarios con algún nivel de solidaridad; asimismo los estímulos y el reconocimiento social de las necesidades de las personas adolescentes.

Por otra parte, la **resiliencia**, es la capacidad humana de salir fortalecido ante la adversidad. Esta no implica una resistencia absoluta al daño, tampoco es aplicable a todas las circunstancias de riesgo, ni es una característica inalterable del individuo. Se debe tener en cuenta que la resiliencia también puede construirse, y esto es compatible con el enfoque de promoción de la salud. Como personal de salud podemos aportar evitando actitudes enjuiciadoras, moralistas o culpabilizantes hacia las personas adolescentes, y en su lugar instaurar relaciones de respeto, empatía y tolerancia hacia ellos y ellas. También desde los servicios de salud se puede intervenir en las siguientes áreas:

Fortalecer redes sociales que acepten sin condiciones a las personas adolescentes, y más allá de sus conductas, reconozcan la relevancia de las redes de contactos informales tan importantes en esta etapa de la vida.

Reconocer la importancia de promover diversidad de aptitudes sociales. La participación del adolescente en múltiples y variadas actividades va a permitir descubrir y desarrollar sus particulares habilidades.

Fomentar la autoestima. Para ello hay que identificar aquellos factores que actúan en detrimento de la autoestima (disciplina estricta, crítica destructiva, descalificación o ridiculización) y de los factores que la fomentan (animar desde el razonamiento, crítica constructiva, patrones sin demasiado ánimo de perfección), resaltando siempre las cualidades positivas que toda persona adolescente tiene.

Desarrollar un sentido ético. Apoyar a las y los adolescentes a constituir su propio sistema de valores, con conocimiento y razonamiento. Una acción urgente es ayudar a los y las adolescentes a desarrollar sus criterios éticos, los cuales les permitan una actuación responsable y respetuosa en su comunidad y el mundo.

Si pensamos en el caso de Julia pueden existir parientes o vecinos interesados en apoyar a la familia; también la intervención del personal de salud puede propiciar procesos protectores de gran relevancia si se conjugan con el accionar de otras instituciones.

Por eso, al evaluar riesgos es importante reconocer la dinámica que se da entre factores que predisponen a la vulnerabilidad y otros que les protegen o amortiguan; sin olvidar que la evaluación debe estar contextualizada.



Ahora profundicemos más sobre las conductas de riesgo en la adolescencia. Pero primero centrémonos en un ejercicio de reflexión personal.

¿En su adolescencia usted tuvo conductas de riesgo? Mencione dos.

- ¿Considera que esas conductas de riesgo tuvieron consecuencias para su salud? Explique.

- ¿A cuáles factores de riesgo usted atribuiría las conductas de riesgo que tuvo? Describa.

Ahora bien, hay que recordar que en la adolescencia los riesgos y su manejo cobran un significado particular. Junto con la juventud, es una etapa de la vida en la que hay mayor predisposición a que surjan comportamientos de riesgo. Esto se vincula, en gran parte, con los cambios y procesos de maduración a nivel cerebral y hormonal, que son propios de esta etapa del desarrollo y que tienen implicaciones en el comportamiento de las y los adolescentes. Veamos:

- Se dan transformaciones a **nivel motivacional**, que se expresan a través de la búsqueda de nuevas sensaciones, así como experiencias más excitantes y estimulantes.
- Se da la tendencia a buscar la **gratificación inmediata** acompañada de la dificultad de postergar la recompensa a las acciones.

Para profundizar más sobre las características de las personas adolescentes y mejorar su abordaje, hay otros conocimientos que también nos pueden guiar. Steinberg (2007) afirma que existen dos redes a nivel cerebral que regulan el comportamiento y que sufren procesos diferentes de maduración durante la adolescencia:

- a) La red socioemocional
- b) La red de control cognitivo

La primera es especialmente sensible a los estímulos sociales y emocionales, así como a las recompensas y gratificaciones. Esta red tiene una gran influencia al inicio de la adolescencia, etapa en la cual se dan grandes cambios a nivel hormonal. La segunda red se encarga de las funciones ejecutoras que le permiten a la persona adolescente planificar, anticipar consecuencias de sus posibles actos, valorar su vulnerabilidad frente a los riesgos y regular su comportamiento. Esta última red madura más lentamente a lo largo de la adolescencia y al llegar a la adultez, por lo que en la etapa adolescente hay un desfase madurativo entre ambas redes.

Es importante considerar que la red socioemocional se activa especialmente cuando la persona adolescente está acompañada de pares o en situaciones de gran excitación. En estas situaciones, la red de control cognitivo se ve disminuida, limitando la regulación del comportamiento, en especial en las etapas tempranas de la adolescencia en que esta red está menos madura. Con la edad, la persona adolescente va tomando más control sobre sus acciones y emociones. Esto nos ayuda a comprender el desarrollo progresivo de la autonomía.

Los distintos procesos de maduración hacen **vulnerables** a las personas adolescentes. Veamos un ejemplo de este hecho.

Estudiantes con edades entre 13 y 14 años de un colegio han recibido por distintas fuentes (sus familias inmediatas, orientadores, personal de salud y medios de comunicación colectiva) información sobre los riesgos del abuso del alcohol. A pesar de esto la gran mayoría de estudiantes del 8 año participan prácticamente todos los viernes o sábados en fiestas que llaman “barras libres” sin mucha supervisión adulta. El consumo de licor y drogas ilegales es una actividad esperada en estas fiestas.

Aunque la información puede ser recibida y comprendida por las y los estudiantes, no es suficiente, por ello para que se vuelva significativa, el colegio organiza una actividad preventiva con el apoyo del personal de salud en la cual buscan generar un ambiente de confianza y de conversación para explorar con las y los adolescentes las situaciones que han vivido, escuchándolos sin juzgarlos y proporcionando distintas opciones de toma de decisiones a través de cómo se sienten antes y durante las fiestas, y las consecuencias de dichas decisiones. La validación emocional y respeto por dichas vivencias ha generado que el estudiantado del 8 año asista a estas fiestas cada vez con menos regularidad.



Reflexione sobre la situación antes expuesta y responda las siguientes preguntas:

- Colóquese en el tiempo de la adolescencia. ¿Qué le gustaba hacer con sus amistades? ¿Cómo eran las relaciones entre las personas adolescentes? ¿Existía alguna presión del grupo para hacer acciones que ahora mira cómo peligrosas?

- ¿Cuál piensa usted que es el papel que juegan las amistades y otras personas de la misma edad en la adolescencia?

Las actividades que muestran mayor excitabilidad, suelen estar asociadas a la presencia del grupo de pares y las situaciones con fuerte carga emocional, ya que generan una intensa sensación de placer, motivando a la persona a repetirlas. Paralelamente, estos cambios en el comportamiento permiten desarrollar y adquirir nuevas destrezas para la independencia.

También es fácil observar que si sus amigas y amigos toman riesgos, el o la adolescente así lo hará “para ser aceptado o aceptada” en la dinámica de dicho grupo. Es así que cuando el grupo de pares valora conductas de riesgo como demostraciones de valentía o deseabilidad, todo se torna un estímulo y una presión que debilita las habilidades de valorar los riesgos y sus implicaciones.

Esto es particularmente importante en las relaciones entre hombres, dadas las formas de socialización secundaria patriarcal y machista, donde la **masculinidad tradicional** se basa en la constante reafirmación de sí mismos a través de la exhibición de conductas de riesgo (Salas y Campos, 2002).

Se piensa equivocadamente que las y los adolescentes son seres irracionales, irresponsables e impulsivos por naturaleza, que buscan permanentemente los riesgos. Pero en realidad están en un proceso de maduración y desarrollo en el que requieren ir adquiriendo nuevas destrezas para lidiar con sus emociones, deseos y pensamientos, así como con sus relaciones con otras personas y su entorno social. A diferencia de lo que se piensa, existe clara evidencia de que las personas adolescentes sienten preocupaciones y reconocen tanto los posibles daños así como su vulnerabilidad frente a los riesgos.

De acuerdo con el modelo de desarrollo psicosocial de Levitt (citado por Nintingale y Fischhoff, 2001), desde la perspectiva del desarrollo las personas adolescentes toman riesgos según tres elementos:

- a) Conocimiento del riesgo
- b) Habilidades para manejar los riesgos
- c) Sentido personal del riesgo

Esto tiene implicaciones para los servicios de salud. Pues, más que la atención de morbilidad, las personas adolescentes requieren una atención en salud, con enfoque de promoción de la salud, que aborde y comprenda sus necesidades de información, orientación y acompañamiento para que ellas y ellos desarrollen herramientas que les sirvan para enfrentar sus vidas y regular sus comportamientos de riesgo, así como para que fortalezcan sus conductas protectoras o de autocuidado.

Volvamos al caso de Julia. Si partimos de lo anterior, habría que explorar con ella cómo está viviendo su situación, sin juzgarla ni censurarla, sino con el objetivo de comprender

y reflexionar conjuntamente hasta qué punto conoce los riesgos a los cuales está expuesta. Si escuchamos atentamente a la adolescente, intentando comprender el contexto y los posibles factores de riesgo, a lo mejor descubrimos que el abuso sexual está naturalizada en su comunidad y que incluso existen varias adolescentes en su misma condición. También es posible detectar que si ella no cuenta con la información y la orientación adecuada, difícilmente podrá desarrollar habilidades para manejar estos riesgos ni conocer las medidas de protección a las cuales tiene derecho a recurrir. A su vez, será importante comprender el sentido personal que tiene para Julia estar con una pareja 26 años mayor y descubrir el tipo de trabajo que realiza. Puede ser que a pesar de los riesgos, el tener dinero y apoyar a su familia tenga un gran valor para ella y piense que no tiene otra opción. Todo lo anterior aporta al personal de salud información vital para realizar acciones que puedan hacer la diferencia en las vidas de muchas personas adolescentes y sus familias.

¡Recuerde!

No debemos trabajar únicamente con los factores y conductas de riesgo, pues estaríamos perpetuando estereotipos que no hacen más que afectar negativamente las acciones que se puedan ejecutar en nuestro trabajo con las y los adolescentes. No debemos limitar el ejercicio de sus derechos y exploración de posibilidades desde una posición de poder y saberes de corte adultocéntrico, “porque los adultos sabemos qué es lo mejor”, generando que se busquen más conductas de riesgo, al hacerlas más atractivas por estar prohibidas.

A manera de síntesis

Los cambios motivacionales en la adolescencia, que llevan a la búsqueda de nuevas sensaciones y experiencias excitantes, unido al desfase entre desarrollo cognitivo y emocional, explica aspectos del comportamiento de riesgo en la adolescencia. La influencia del grupo de pares y su presión aumenta entre la subetapa temprana y media, decayendo en la adolescencia tardía. Esto hace necesario conocer cuáles son los modelos, valores o preferencias que predominan en los grupos adolescentes de pertenencia que pueden favorecer los comportamientos de riesgo así como constituirse en factores protectores, como redes de apoyo.

También hay que considerar que es un grupo minoritario de adolescentes el que se expone a riesgos con alto potencial de daño, a los cuales se debe prestar especial atención. El control de impulsos en la adolescencia se apoya en los logros alcanzados en la infancia y **no es conveniente ni adecuado generalizar que toda la población adolescente está siempre propensa a riesgos.**



Vamos a pedirle que para consolidar el conocimiento adquirido, realice la siguiente actividad.

- Retome la situación de Julia. ¿Tomaría otras acciones para buscar la protección de su salud? ¿Cuáles?

- **Reflexione acerca de sus propias vivencias:** Le solicitamos que escriba dos ejemplos distintos de factores protectores y dos de conductas protectoras y de resiliencia que usted haya tenido durante su adolescencia.

Si tiene dudas, revise de nuevo el texto.

- ¿Se generan acciones específicas en su centro de trabajo para fortalecer factores y conductas protectoras en las y en los adolescentes respecto a su salud integral? ¿Qué tipo de acciones?

¿Qué otras acciones podemos tomar en nuestro centro de trabajo para fortalecer factores y conductas protectoras en salud integral de las y los adolescentes?

III. Derecho a la atención en salud de la población adolescente

Empecemos con la historia de Cindy que se presenta a continuación:

Cindy es indígena del pueblo Boruca, tiene 13 años y está en sexto grado de la escuela, a la que asiste en Rey Curré, su comunidad. Su desarrollo físico y psicológico es similar al de la mayoría de sus compañeras y de manera general, es saludable.

Cindy entró a la menarquia hace un año y ha recibido toda su vida consejos y remedios caseros de sus abuelas, tías y su mamá, con quienes vive. Su papá trabaja en una bananera en Limón y no ha podido “asegurarlas” por dificultades con la empresa.

Rey Curré no cuenta con clínica o EBAIS, a pesar de ser una comunidad grande, por lo que reciben con poca regularidad las visitas del personal de salud.

Cindy siente que ha recibido poca información y tiene muy poca experiencia (y algo de miedo) sobre cómo solicitar atención o despejar sus dudas sobre la menstruación con personal de salud. En la escuela ha podido aprender un poco sobre la reproducción y muy poco sobre cómo funciona la menstruación y siente también vergüenza de hablar sobre este tema con su maestra.

En una ocasión acompaña a una amiga a una cita en un EBAIS fuera de la comunidad y aprovechando la espera, decidió solicitar una cita para ella. Al preguntar cómo sacarla, una secretaria le dice que para ser atendida debe presentar una orden patronal reciente y venir acompañada de una persona adulta. Pero que en todo caso a ella no le toca ese EBAIS y que también la gente de los pueblos indígenas no entiende mucho sobre medicina y prefieren sus propios médicos o chamanes, y por eso le pide que no la haga perder el tiempo. Cindy se asusta muchísimo y responde: “Entiendo poco de papeles”. Además, le da vergüenza la idea de que muchos doctores que no conoce le hagan preguntas. Finalmente, opta por no sacar la cita.



Por favor, indique:

- Respecto de la atención que se da en el servicio de salud:
 - ¿Se está respetando el derecho a la salud de Cindy? _____
 - ¿Debe Cindy ir acompañada de una persona adulta a la consulta? _____
 - ¿Debe llevar la orden patronal? _____
 - ¿Se están tomando en consideración las diferencias culturales y el respeto por las culturas y saberes indígenas por parte del personal que atendió a Cindy? _____

Para estas primeras preguntas su respuesta debe haber sido que “**NO**”. Si contestó que “**SÍ**”, reflexione sobre ellas a la luz del derecho a la salud y del respeto por la diversidad.

- ¿Qué actuaciones fueron inadecuadas por parte del personal que la atendió?

- ¿Qué acciones cambiaría usted para asegurarle una mejor atención?

Los derechos a una salud integral no son “dados” por las adultas y los adultos a las personas menores de edad; más bien, es **responsabilidad de todas las personas adultas que se cumplan, para garantizar su dignidad humana y desarrollo**, ya que es un bien reconocido en toda la legislación nacional e internacional. Al respecto:

La Ley General de Salud (N° 5395) establece que toda persona desde su nacimiento hasta la mayoría de edad tiene derecho a que sus padres y el Estado velen por su salud y su desarrollo físico, psicológico y social (Art. 13).

El Código de Niñez y Adolescencia (CNA, Ley N° 7739) refuerza este mandato indicando que el Estado debe adoptar las medidas administrativas, legislativas, presupuestarias y de cualquier índole, para garantizar la plena efectividad de los derechos fundamentales de las personas menores de edad.

La Ley General de la Persona Joven (N° 8261, Art 1) indica que se deben ejecutar políticas públicas dirigidas a “*crear las oportunidades, a garantizar el acceso a los servicios e incrementar las potencialidades de las personas jóvenes para lograr su desarrollo integral y el ejercicio pleno de su ciudadanía, en especial en el campo laboral, la educación, la salud preventiva y la tecnología*”.

Con respecto del acceso a la atención en salud:

El Código de Niñez y Adolescencia es contundente (Art. 41): “*Los centros o servicios públicos de prevención y atención de la salud quedarán obligados a prestar, en forma inmediata, el servicio que esa población requiera sin discriminación de raza, género, condición social ni nacionalidad. **No podrá aducirse ausencia de sus***

representantes legales, carencia de documentos de identidad, falta de cupo ni otra circunstancia”. También indica que la CCSS debe garantizar el disfrute de la seguridad social por parte de las personas menores de edad. Lo que implica que ante la ausencia de aseguramiento que lo cubra, la persona menor de edad podrá disfrutar de este derecho por cuenta del Estado y la institución deberá hacer los trámites respectivos (Art. 42).

Por lo tanto, es nuestro deber como funcionarias y funcionarios públicos de salud hacer que el derecho a la salud se cumpla para todas las personas, y en particular para las personas adolescentes, desde sus necesidades y características específicas.

En este punto es importante preguntarnos si las personas adolescentes y jóvenes también tienen derechos específicos en el sistema de salud. La respuesta es un claro **SÍ**, los cuales muchas veces les han sido negados, sea por desconocimiento de los beneficios **para toda la población** o por actitudes adultistas heredadas. Por ejemplo, cuando se juzga que una persona adolescente no debería estar teniendo relaciones sexuales y se pretende limitar sus acciones no proveyéndole y evitando su acceso a métodos anticonceptivos.

¡Recuerde!

Se debe eliminar la práctica muy extendida en los servicios de salud de exigir a las personas adolescentes ser acompañadas por una persona adulta y de no ser así negarles la atención. Esto por varios motivos: es una clara infracción a la ley, limita el derecho a la salud y a la confidencialidad, además de constituir un factor de riesgo para la salud y el desarrollo de las personas adolescentes.

Reflexione: ¿Por qué cree que eso violentaría los derechos de las personas adolescentes?

Por otra parte tenemos otros derechos de las personas adolescentes y de las personas jóvenes. Hemos seleccionado algunos que tienen que ver también con las condiciones de vida que deben tener las personas adolescentes para gozar de una buena salud integral:

En la **Ley General de la Persona Joven** estos son algunos de los derechos:

- ☒ Desarrollo humano integral
- ☒ La participación
- ☒ Salud y acceso a servicios
- ☒ Recreación
- ☒ Igualdad de oportunidades
- ☒ Diversidad cultural y religiosa
- ☒ Convivir en un ambiente sano

En la **Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes** estos son algunos derechos que se señalan:

- ☒ La vida
- ☒ La integridad personal
- ☒ El honor, intimidad y a la propia imagen
- ☒ La libertad y seguridad personal
- ☒ Libertad de expresión, reunión y asociación
- ☒ La protección social
- ☒ La vivienda
- ☒ Un ambiente saludable
- ☒ Deporte

Además de estos derechos, las y los adolescentes también deben gozar de sus derechos sexuales y derechos reproductivos. Estos derechos serán revisados en el módulo sobre salud sexual y salud reproductiva.



Volvamos al caso de Cindy. Por favor indique:

¿Qué derechos piensa usted que le fueron lesionados?

Usted como profesional en salud, ¿qué acciones tomaría con Cindy si por alguna otra razón regresara a la consulta y usted la atendiera? ¿Cómo haría respetar los derechos que ya le fueron negados?

¿Qué otros derechos debemos garantizar a las personas adolescentes cuando acuden a los servicios de salud?

Piense en su lugar de trabajo. ¿Qué prácticas se realizan en su centro de salud que pueden estar irrespetando los derechos de las personas adolescentes? ¿Qué acciones se pueden tomar para remediar esto?

En el tema de derechos tenemos dos escenarios por mejorar con el fin de asegurar que Cindy y sus amigas adolescentes continúen asistiendo al sistema de atención en salud:

- la atención y relación que establece el personal administrativo y de salud con las personas adolescentes; y,
- las acciones que este personal puede implementar para garantizar un cuidado pertinente y de calidad para esta población, **acorde con la normativa y procedimientos existentes.**

Hay que recordar que en el país se están haciendo esfuerzos por mejorar la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud a la población adolescente, tal como lo establece la **Norma Nacional para la Atención Integral de la Salud de las Personas Adolescentes en su componente de Salud Sexual y Salud Reproductiva**. De esta forma el personal de salud puede cumplir con su tarea de promover la salud y prevenir la enfermedad de las personas adolescentes y así convertirse en un recurso de protección para las y los adolescentes.

IV. Trabajar con adolescentes



Antes de iniciar este apartado, y con el fin de que usted vaya valorando la atención que tradicionalmente se da a la población adolescente, le pedimos que reflexione:

- ¿Alguna vez visitó una clínica u hospital en su adolescencia?
- Si así fue, ¿qué es lo que más recuerda de esa experiencia? ¿Dónde le atendieron?

- ¿Cómo fue la atención recibida?

- ¿Cómo le hicieron sentir las personas que le atendieron?

- Si hoy pudiera hacer mejoras en esa atención, ¿cómo le habría gustado que fuera?



Le solicitamos que revise el cuadro que se presenta a continuación. Es un extracto de opiniones tanto de adolescentes como de personal de salud recogidas en varios procesos diagnósticos⁷. Marque aquellas características que se dan en su espacio de trabajo. En **comentario** hemos incluido algunas reflexiones que es importante que analice.

Percepciones de Adolescentes y personal de salud

	Adolescentes	Personal de salud
Percepción de los servicios de salud	Los asocian con vacunación, atención de heridas por accidentes y situaciones dolorosas. <i>“No son bonitos”.</i> <i>“Son de mala calidad, y hay que esperar mucho tiempo, luego si me atienden no me dan los medicamentos por no contar con seguro”.</i>	- <i>“Nuestros servicios no son amigables para adolescentes”.</i>
	Comentario Sin duda, es necesario generar espacios cálidos y receptivos para evitar el miedo y ansiedad en las y los adolescentes, así como la visión exclusivamente curativa y así promover su asistencia y adherencia a los servicios. Lo “bonito” se refiere tanto a la comodidad del espacio físico como a un ambiente atractivo y la relación acogedora del personal de salud.	
Percepción sobre acceso a los servicios	No sienten deseos de hacer filas o temen no ser atendidos/as por no tener carné de salud u orden patronal. No saben adónde ir para tener asesoría sobre anticoncepción y les avergüenza pedirla. Sienten que solo embarazadas reciben atención.	Hay barreras administrativas para las personas que no están aseguradas. <i>“Deben ser acompañados por persona adulta, sino no podemos atenderlos”.</i> Temer una demanda de los padres por dar información a sus hijos sobre sexualidad o por prescribirles anticonceptivos. Solo los servicios de trabajo social son de acceso directo, para la atención psicológica se requiere referencia médica. El acceso es mejor cuando las adolescentes están embarazadas.
	Comentario Eliminar barreras de acceso a los servicios es una tarea urgente. Se ha logrado priorizar la atención de las adolescentes embarazadas, lo que es un aspecto indudablemente positivo y necesario, pero falta avanzar en acciones preventivas y en la atención integral en salud de las y los adolescentes.	

⁷ Solís, 2011; González, 2011; MSH/FCI, 2013.

Percepción sobre el personal de salud	<i>“Son unos sapos”.</i> <i>“Regañan, “son conchos”.</i> <i>Ayudan cuando hay problemas de salud física.</i> <i>Se menciona maltratos verbales. Sienten que se subestiman sus preocupaciones e intereses.</i>	<i>“No estamos preparados para atenderlos”</i>
	Comentario Es claro que las personas adolescentes requieren que los servicios de salud garanticen la confidencialidad para poder acercarse y confiar en ellos. También el trato que reciben puede ser determinante para que asistan a los servicios y se adhieran a la atención y tratamiento. Por eso es fundamental que el trato sea cálido y respetuoso, al igual que trascender el abordaje de la salud como prevención de enfermedad física o atención de enfermedades únicamente.	
Percepción sobre los adolescentes	<i>no tenemos mucha información sobre la sexualidad”</i> <i>“cuando uno está en esta edad no piensa” (adolescente embarazada)</i> No conocen bien el uso adecuado de los métodos anticonceptivos, tiene temores y comparten mitos sobre ellos	Adolescentes frecuentan poco los servicios de salud, presentan poca morbilidad. Pueden llegar por cuadros gripales o estrés. Generalmente son traídos por personas adultas. Se emparejan con personas mayores, <i>“tienen mucha necesidad afectiva”.</i> <i>“El problema real es la falta de compromiso de los adolescentes”</i>
	Comentario: En los servicios de salud predomina el paradigma de la salud como ausencia de enfermedad, específicamente enfermedad física, y desde ahí no es posible prevenir conductas de riesgo, ya que el contacto con adolescentes es poco. También el acompañamiento de personas adultas a la consulta médica, como rutina, puede desalentar a las personas adolescentes a manifestar sus inquietudes e impide claramente garantizar el derecho a la confidencialidad en los distintos procesos de atención. Sin duda, las adolescentes presentan grandes necesidades afectivas emparejadas a sus necesidades socioeconómicas, pero que una adolescente esté en una relación de pareja con una persona adulta es una situación de riesgo y constituye un delito, pues se dan claras relaciones de poder que pueden estar basadas en el abuso o la explotación sexual comercial.	

Haciendo un breve resumen de la problemática planteada tanto por el personal como por las personas adolescentes, encontramos las siguientes características que se mencionan con relativa frecuencia:

- No se consideran los derechos a la salud de la población adolescente.
- Los servicios no son cálidos, confidenciales ni respetuosos.
- La atención se centra en la enfermedad y no en la salud integralmente entendida.
- Poca asistencia a los servicios de salud por parte de las personas adolescentes.
- No se organizan actividades dirigidas exclusivamente a la población adolescente.

Los resultados anteriores nos llevan a enfatizar en las cualidades que deben poseer los servicios de salud para ser considerados amigables por las y los adolescentes.



En este momento le pedimos que busque el **Manual Técnico y de Procedimientos para la atención integral de salud de las personas adolescentes con énfasis en salud sexual y salud reproductiva** (CCSS, 2014). Revise el apartado sobre servicios de salud amigables para adolescentes (apartado 8.2.2) y retome los puntos que marcó en el cuadro “Visión de adolescentes y personal de salud consultados sobre aspectos clave”. A la luz de lo que indica el Manual, ¿cómo se podrían corregir algunos de los problemas señalados? Considere también en su respuesta lo que hemos analizado respecto de los enfoques de derechos, género, equidad, interculturalidad y diversidad.

4.1 ¿Por qué a algún personal de salud se le dificulta la relación con personas adolescentes en los servicios de salud?

Ya hemos visto las dificultades y las exigencias en nuestro trabajo con adolescentes. Además de estas, que se derivan de las particularidades y características que tiene la adolescencia y que hemos estudiado, es preciso destacar una actuación propia de las personas adultas en su relación con las y con los adolescentes: el adultocentrismo.

4.1.1 El adultocentrismo

Al inicio de este texto destacábamos que a nivel social persisten formas de relación intergeneracionales basadas en estereotipos que han estigmatizado y colocado a las personas adolescentes como seres problemáticos o siempre “en riesgo”, han legitimado malas informaciones y prácticas, y han determinado de manera muy importante la forma en que la sociedad ve a las personas adolescentes, y por tanto se las trata en todos los servicios públicos. En particular, desde el ejercicio de prácticas en el área de la salud, es posible que se den diversas actitudes o comportamientos adultistas que afectan directamente la relación con las y los adolescentes y por tanto su adherencia a los tratamientos o procesos de prevención en la salud.

Rodríguez (2013) indica que el adultocentrismo involucra una relación vertical -de poder- entre las personas adultas y las personas adolescentes, en donde son las primeras las que gozan de más privilegios⁸.

Veamos cuatro de estas actuaciones adultistas:

La información que se brinda (sea oral o por escrito) se presenta en un lenguaje sumamente técnico que la hace incomprensible a personas adolescentes. Esta información puede ser sobre cómo seguir un tratamiento, cómo prevenir ciertas enfermedades, hasta un proceso administrativo.

El espacio de atención implica una serie de acciones que se espera sean conocidas por todas y por todos, pero nunca han sido vividos o explicados a las personas adolescentes.

No se le permite a la persona adolescente tomar decisiones sobre su tratamiento y únicamente se le dice cómo deben actuar, impidiendo que analice sus situaciones particulares, participe en los procesos y desarrolle sus propias habilidades de autocuidado.

Se les niega la posibilidad de utilizar medios preventivos en materia de sexualidad para evitar infecciones de transmisión sexual o embarazos no planeados.



¿En su lugar de trabajo ha percibido actuaciones adultocéntricas? Mencione algunas.

⁸ El adultocentrismo es la relación de poder entre las personas adultas y las jóvenes; se da a favor de las personas adultas, que se colocan en una situación de superioridad. Así, las personas adultas gozan de más privilegios; ante una misma situación (por ejemplo romper un vidrio) la persona adulta podría no ser sancionada, mientras que la persona adolescente sí, aunque en ambos casos haya sido por accidente. Como parte de esa visión, la persona adulta se convierte en el modelo ideal de persona y se desprecian los procesos, ideas, formas de actuar y necesidades de las y de los adolescentes. Al igual que del patriarcado sale el machismo, derivado del adultocentrismo, se da el adultismo, que se refiere a: “cualquier comportamiento, acción o lenguaje que limita o pone en duda las capacidades de los adolescentes, por el solo hecho de tener menos años de vida. Los mensajes adultistas son comunes en nuestra relación con los adolescentes y se expresan en frases como... “es mejor que las decisiones las tome yo, porque tengo más experiencia que ustedes...” (Rodríguez, 2013, pp. 18-19).

Particularmente, acerca de la negación de ciertos servicios, la explicación puede deberse en parte al desconocimiento no solo de los derechos que tienen las personas adolescentes sino a que su ejercicio se da de manera progresiva de acuerdo con la edad; esto implica el abandono paulatino de la subordinación de las y de los adolescentes a sus padres y madres o personas encargadas. Al no respetarse los derechos, se les ve negada la posibilidad a la toma de decisiones o resolución de sus problemas respecto de su salud general y salud sexual y reproductiva en particular. Esto crea resistencia en las personas adolescentes, con lo cual se sienten incómodas, y prefieren evitar los servicios de salud, aunque los necesiten.

Las relaciones adultocéntricas lo son porque las necesidades, características y conductas de las personas adolescentes pueden ir en contra de lo que se nos ha enseñado que es “lo correcto” o “lo esperable” para esa edad. Entonces se niegan socioculturalmente las diferencias individuales de cada persona adolescente al considerarse que “no tiene edad para eso”. Esto vulnera particularmente la prevención en salud sexual y salud reproductiva en estas poblaciones, ya que al negarse sus necesidades, se limita su acceso a los procesos de prevención. Efectivamente, estos estereotipos afectan negativamente y limitan nuestras acciones como profesionales en salud.

Por todo esto, **es necesario revisar y rectificar cuando encontremos en nuestras prácticas cotidianas que estamos teniendo interacciones verticales, o empleando un lenguaje altamente técnico o adulto.**

Sin duda, la protección no es limitar, pretender controlar o decir qué deben hacer las personas adolescentes, sino acompañarles en sus procesos de participación ciudadana y de toma de decisiones. La información que les aportemos debe estar acompañada de un **proceso práctico** (realización de diversas actividades) que les permita a las personas adolescentes **comprender** para qué les sirve en su vida cotidiana la información que se les está facilitando. De esta manera tendremos procesos respetuosos, incluyentes y participativos en salud integral para adolescentes.

El siguiente paso está en abrirnos y generar empatía con las y los adolescentes, reconocer sus diferencias (que nos enriquecen, refrescan y enseñan) y considerar las situaciones particulares de vida. Es decir, podemos tratar de escuchar y comprender las situaciones que nos comentan y “ponernos en sus zapatos”. Así, evitamos dar consejos desde nuestra visión adulta, y más bien podemos evaluar con ellas y ellos los factores y conductas de riesgo para potenciar sus factores y conductas protectoras.

Estos ejercicios de empatía sin duda nos pueden dar las pautas para **generar un espacio e interacciones efectivas y cálidas**. Nos referimos a espacios que respondan a las necesidades y particularidades de las y los adolescentes con quienes trabajamos cotidianamente.

De la mano con lo anterior, es necesario aplicar todos nuestros conocimientos para asegurar la **confidencialidad** de los procesos con los que trabajamos con adolescentes. Desde las relaciones que tengan con sus padres, madres o personas encargadas y la información que compartamos con ellos y ellas hasta de qué manera las y los adolescentes comparten su información confidencial. Esto puede ir desde cómo y dónde se dan resultados o citas en EBAIS y clínicas o esperar que los espacios se den de igual manera que sucede con las personas adultas.



Para reforzar su conocimiento sobre el tema, le pedimos que haga una lista de mensajes y prácticas adultistas que según usted están presentes en los servicios de salud cuando se atiende a personas adolescentes; y como podrían ser expresados esos mensajes desde una visión no adultista:

Mensajes adultistas	Mensajes no adultistas

De seguro le habrán venido a la mente frases como “a ver chiquita, yo sé lo que es bueno para usted”, “no se me ponga malcriado, haga fila y espere”, “ponga atención, lo que usted tiene que hacer es...”, “usted debería estar jugando con muñecas y no jugando a grande”. Quizás también habrá pensado en prácticas como decidir no dar métodos anticonceptivos a una adolescente porque “podría ser mi hija”, o no dar información porque las personas adolescentes no tienen la madurez para comprenderla.

Todas estas frases y prácticas reflejan que las decisiones están en manos de las personas adultas quienes las imponen a las personas adolescentes, lo que implica subestimar y descalificar las capacidades de las y los adolescentes, además de no promover habilidades personales.

UNICEF (2013) nos plantea otras ideas para cambiar el adultocentrismo; de esas ideas escogemos algunas que nos parecen relevantes:

Prestemos atención al lenguaje que utilizamos: Podemos poner nuestra creatividad a funcionar al evitar definir a las y a los adolescentes solamente por su edad, tratándoles de “niños”, “chiquillos”. “El lenguaje es una manera extremadamente efectiva para tomar conciencia de las prácticas adultistas y para desanclarlas. Cuando comencemos a pensar y hablar de las y los adolescentes en tanto personas, estaremos trabajando para romper los estereotipos adultistas” (p. 35).

Comprendamos el desafío de ser madres y padres. Cuando trabajemos con adolescentes, es muy importante que establezcamos vínculos con las personas adultas responsables para poder compartir con ellos y ellas las ideas y procesos para empoderar a las y a los adolescentes, para que tomen decisiones sobre sus vidas. En muchos casos pueden convertirse en personas aliadas que apoyen los procesos.

Ayudemos a las personas adolescentes a hablar sobre adultismo y adultocentrismo. Es parte de nuestro trabajo promover que ellas y ellos puedan expresar a otras personas adultas lo que les pasa cuando se ven afectados por estas prácticas adultistas. De esta manera podemos evitar que repliquen

algunas conductas verticales y adultocéntricas con adolescentes menores que ellos y con niñas y niños cuando participen en procesos grupales.

Involucremos a adolescentes en todos los temas del servicio de atención, no solo en los que les afectan directamente. Una de las mejores maneras de combatir el adultismo es abriendo la participación de las y los adolescentes a todos los aspectos del servicio y no solo a los que nosotros creemos que son importantes para ellos. Que ellas y ellos puedan expresar qué resulta importante y qué no. “En qué pueden tomar decisiones autónomamente y en qué requieren de nuestro apoyo. De este modo, la iniciativa de dar servicios en salud integrales será más sostenible en el tiempo y contará con un mayor grado de involucramiento y compromiso por parte de las y los adolescentes” (p. 35). Es decir, podemos evitar su deserción.

Evitemos generalizar cuando hablamos de personas adultas y adolescentes. Es fundamental hacer ver a nuestros compañeros y compañeras de trabajo “que las prácticas o discursos de algunas personas adolescentes no son generalizables a todos y todas, de modo que no caigan en el facilismo de los estereotipos...” (p. 35).

Preguntemos permanentemente a las y a los adolescentes sobre cómo manejar mejor el proceso, y tomemos sus recomendaciones en serio. No le tengamos miedo a la realimentación, pues no es una pérdida de tiempo abrir espacios para la conversación, de modo que se sientan cómodas y cómodos.

Observemos y reflexionemos sobre los propios estereotipos que tenemos con las y los adolescentes, para frenar nuestras propias prácticas adultistas. En una sociedad adultocéntrica, es muy difícil que estemos libres de toda posibilidad de práctica o discurso adultista. Nuestra misión es analizar nuestras propias miradas y opiniones sobre las y los adolescentes. ¿Qué pensamos de ellas y ellos? ¿Con qué categorías les analizamos? ¿Tenemos algunos estereotipos internalizados? ¿Cómo podríamos transformar los estereotipos que tenemos sobre las y los adolescentes?



De las recomendaciones de UNICEF, escoja una y escriba las acciones que puede empezar a poner en práctica mañana misma.

Recomendación de UNICEF:

Acciones:

Es importante que cada una y cada uno descubra cuáles son los mensajes o actitudes adultistas que manifiesta ante las personas adolescentes para poder cambiarlas y evitarlas, ya que todas y todos hemos sido criados en este tipo de cultura.

4.1.2 Superando barreras

En el Manual Técnico y de Procedimientos para la Atención Integral de las Personas Adolescentes con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva, se recomiendan una serie de acciones para eliminar estas y otras barreras que impiden que las y los adolescentes busquen los servicios de salud en cualquiera de los tres niveles. Recordemos:

- **Superar los obstáculos administrativos:** Para lograr la asistencia y adherencia de la población adolescente a los servicios de salud, es preciso que desde el inicio se les indique amablemente a cada adolescente y se le facilite con claridad el procedimiento que debe seguir para afiliarse y para continuar con sus citas de atención. Nunca se les debe impedir la atención requerida por no cumplir con algún trámite u otras razones. Por ejemplo: no podemos condicionar la atención de una persona menor de edad –o ser cómplices en silencio– a que presente una orden patronal o exigir la presencia de padres, madres o personas encargadas, ya que se estaría violentando su derecho al acceso a los servicios de salud y varios otros. La claridad implica el uso de palabras sencillas, ejemplos claros, pero sin órdenes, ni lástima o regaños, sino desde el respeto, la calidez y empatía, evitando que sean documentos escritos los que hablen por ellas y ellos.
- **Mejorar la recepción y señalización de los servicios:** Se debe brindar información a las personas adolescentes para que se movilicen fácilmente por los servicios de salud. Por ejemplo, en algunos casos puede implicar un proceso corto de acompañamiento e información puntual, y en todos practicar la empatía, el “ponernos en los zapatos” de aquella muchacha o aquel muchacho y comprender que además de desinformación y poca experiencia en los servicios de salud, si esa información se presenta en lenguaje técnico o desde la visión de la persona adulta, la o el adolescente posiblemente desista de buscar la atención que necesita.
- **Tiempos de espera adecuados:** Siempre debe ofrecerse una atención pronta y oportuna en todos los niveles; de esa manera se garantiza la permanencia de la persona adolescente en el servicio y se previenen riesgos por no atención.
- **Superar las respuestas fragmentadas a las necesidades de salud:** Es fundamental aprovechar al máximo la consulta o consejería cuando la persona adolescente asiste al servicio, así como dar respuestas

integrales a sus diversas necesidades. Además, motivarlas y motivarlos a que acudan a otras citas sin regaños o condescendencia, sino desde la calidez y la empatía. Es recomendable dar ejemplos concretos de prácticas para la promoción de la salud. Por ejemplo, como personas adultas tendemos a usar la frase “tiene que cuidarse”. Cuidarse puede implicar tomar decisiones informadas, hidratarse más durante el día, utilizar condón, evitar ropa interior de nailon o muy apretada, descansar lo suficiente, utilizar abrigo, evitar comidas procesadas, no entrar en peleas físicas o en conflictos con pares. Evitemos las suposiciones y más bien utilicemos frases directas como las anteriores. Lo que nos lleva al punto de:

- **Brindar la información necesaria de manera adecuada:** Ofrecer la información con un lenguaje comprensible, no técnico y además completo. Siempre debe indagarse si la persona comprendió lo que se le dijo. Es imprescindible que las respuestas o recomendaciones correspondan con las necesidades y las inquietudes que nos plantea la o el adolescente y debe ser apropiada a su edad. Debe aprovecharse el momento para explicar cómo llegar a otros servicios o qué trámites debe cumplir.

Proponemos generar en conjunto con grupos de adolescentes formas de superar estas barreras, para mejorar la cobertura actual en atención a la población adolescente. Se debe fortalecer la utilización de servicios facilitando a las y a los adolescentes el acceso a los servicios, pero también garantizar la provisión de los servicios adecuados y que respondan a las necesidades de estas poblaciones y respeten los derechos a la salud de esta población.

Nuestro compromiso ha de ser el de favorecer con nuestro trabajo servicios que sean diferenciados (que atienden exclusivamente a esta población), apropiados (seguros, privados, acogedores...); siempre se deben garantizar los derechos de las y de los adolescentes, entre ellos el derecho a dar una opinión y el de dar su consentimiento sobre el tratamiento que se le indique en el servicio de salud. Además, debemos ser parte de un personal sensible y capacitado para atenderles, en donde es clave el uso de un lenguaje comprensible y accesible, la capacidad de escucha, el respeto, la confidencialidad, entre otras cualidades que hemos venido señalando.



Suponga que usted es adolescente y tiene un problema de salud o alguna consulta acerca de salud sexual; ¿cómo le gustaría que fuera la atención? (También puede utilizar alguna experiencia que como adolescente tuvo en alguna visita al sistema de salud).

¿Cómo podría usted acercarse a esa forma idónea de atender las necesidades en salud de las y los adolescentes? Haga una lista de los cambios que va a implementar de ahora en adelante para asegurar una atención con calidad y calidez.



V. Una breve conclusión

Todos los ejercicios y reflexiones que ha venido realizando le dan los elementos básicos para poder actuar y trabajar directamente con las personas adolescentes. Sin estas revisiones de las experiencias personales no podemos tener empatía y comprensión por sus necesidades específicas. Usted también ha propuesto diversas acciones que pueden mejorar el trabajo que se realiza con esta población.

Sin duda las acciones que haya formulado son indispensables para poder dar atención integral a las personas adolescentes. Son cambios que sabemos que usted como profesional se compromete a realizar.

Justamente para que estas acciones sean efectivas es necesario generar un espacio cálido, agradable, eficaz y confidencial, donde se respeten los derechos y se consideren las **características y necesidades individuales** de las y de los adolescentes. Esto para que tales formas de atención les permitan ejercer sus derechos, y que desde la atención se promuevan.

¡Recuerde!

Para lograr todo lo anterior en nuestro trabajo cotidiano es imprescindible que visualicemos a la población adolescente de manera diferente, no ya con las ideas que históricamente se han manejado y que expusimos con anterioridad, sino comprendiendo que se trata de una persona en proceso de desarrollo, con múltiples necesidades, con derechos y con oportunidades favorables para su futuro y que su atención en salud integral es una más que puede contribuir con el proyecto de vida que está construyendo.

Aplicar todo lo que hemos aprendido a nuestras labores cotidianas, pero también a nuestra vida personal implican un gran respeto por las personas adolescentes como las personas que son, nos ayuda a dejar atrás falsas concepciones de que son delinquentes en potencia” o “factores de riesgo caminando”. Si tratamos a todas las personas como eso, **personas**, que se encuentran en un proceso de desarrollo y que por tanto merecen respeto, a ser escuchadas y escuchados y recibir atención de una manera integral (en lo biopsicosocial), podremos dar y promover relaciones de empatía, confianza y calidad, justamente un proceso integral de prevención y atención en salud y evitar que los procesos y vivencias se conviertan en una suma de citas inconexas con especialistas, donde las y los adolescentes se pueden sentir “rebotando” entre servicios y sin que se logre el objetivo principal: la protección integral de su salud.

VI. Referencia Bibliográfica

- Alonso E., Lujan, I. y Machargo J. (1998). Actualidad de los estereotipos sobre la adolescencia. *Anuario de Filosofía, Psicología y Sociología*. Número 1, 27-49. Recuperado de: <http://www.unfpa.or.cr/derechos-de-los-jovenes>.
- Ayres, J.R, Franca Júnior, I., Junqueira Calasanz, G. y Saletti Filo, H.C. (2008). El concepto de vulnerabilidad y las prácticas de salud: nuevas perspectivas y desafíos. En *Promoción de la Salud: conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Blum, R. W., McNeely, C. and Nonnemaker, J. (2001) Vulnerability, risk, and protection. En: *Adolescent risk and vulnerability: concepts and measurement*. Washington, D.C: National Academy Press.
- Canessa, P., y Nykiel, C. (1996). *Manual para la educación en salud integral del adolescente*. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud.
- CCSS (2014) *Manual Técnico y de Procedimientos para la Atención Integral de las Personas Adolescentes con énfasis en Salud Sexual y Salud Reproductiva*. Documento inédito. San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.
- Delgado, O. (2007). Desarrollo cerebral y asunción de riesgos durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología*, Sevilla, Vol. 25 (3), 239-254. Recuperado de <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/download/77/79>
- Díaz, M., Sequeira, M., y Garita, C. (2000). *Manual de consejería en salud sexual para los y las adolescentes*. San José, Costa Rica: Programa Atención Integral a la Adolescencia. Departamento de Medicina Preventiva, Caja Costarricense de Seguro Social.
- Donas, S. (Compilador) (2001). Protección, riesgo y vulnerabilidad. Sus posibles aplicaciones en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud integral de los/las adolescentes. En: *Adolescencia y Juventud en América Latina*. Cartago, Costa Rica: Libro Universitario Regional (EULAC-GTZ). Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/Adolescenciayjuventud.pdf>
- Dulanto, E (2000). *El Adolescente. Estadios evolutivos del desarrollo moral*. México: McGraw-Hill Interamericana. Recuperado de <http://www.xtec.cat/~lvallmaj/passeig/kohlber2.htm>.
- Fallas, H.; Valverde, O. (2001). Proyecto “Prevención de conductas de riesgo en los y las adolescentes de Costa Rica”. San José, Costa Rica: CCSS-PAIA.
- Fallas, H. y Valverde, O. (2000). *Sexualidad y Salud Sexual Reproductiva en la Adolescencia. Módulo de capacitación para personal de salud. Guía metodológica*. San José, Costa Rica: Programa de Atención Integral a la Adolescencia. Departamento de Medicina Preventiva, Caja Costarricense del Seguro Social.

- Gómez, C. y Zamora, J.C. (2010). *Informe de los resultados de la Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva 2010*. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud. Recuperado de: <http://ccp.ucr.ac.cr/censos/documentos/cr/irensr2010.pdf>.
- González, Wendy. (2011) *Brechas en el acceso a los servicios de atención primaria de salud Costa Rica. Informe preliminar*. San José, Costa Rica: Proyecto Salud Mesoamérica 2015.
- Krauskopf, D. (1995). *Adolescencia y educación*. (1ª. reimp. de la 2ª. ed.). San José, Costa Rica: EUNED.
- López N. (2011). *¿Cómo es el cerebro adolescente?* España: Universidad de Navarra. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=aoNsGP9_IUE.
- López N. (2011). Neurobiología de la Adolescencia. El control del Circuito Afectivo-Cognitivo. *Clínica y Análisis Grupal N° 1*. Enero-Julio, Navarra, España. Recuperado de: <http://arvo.net/uploads/file/ACRE/NeurobiolAdolesc.pdf>
- Millstein y Halpern-Felsher (2001). Perceptions of risk and vulnerability. En: *Adolescent risk and vulnerability: concepts and measurement*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- MS (2010). Plan estratégico nacional de salud de las personas adolescentes 2010-2018. 1ª. ed. San José, Costa Rica. Recuperado de: [http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/centro-de-prensa/resumen-de-prensa/nacional/search_result?search_phrase=Plan+estrat%C3%A9gico+de+salud&catid=0&ordering=newest&search_mode=all&search_where\[\]=search_name&searchwhere\[\]=search_description](http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/centro-de-prensa/resumen-de-prensa/nacional/search_result?search_phrase=Plan+estrat%C3%A9gico+de+salud&catid=0&ordering=newest&search_mode=all&search_where[]=search_name&searchwhere[]=search_description)
- Managment Science for Health (MSH)/ Family Care International (FCI) (2013). Diagnóstico de la normativa vigente y del contexto social de las y los adolescentss en áreas focalizadas. Informe de Consultoría, Proyecto Salud Mesoamericana 2015, BID/MS/CCSS/MEP/PANI San José: Costa Rica.
- MS (2014). *Norma nacional para la atención integral de la salud de las personas adolescentes: componente de salud sexual y salud reproductiva*. San José, Costa Rica: Dirección de Garantía de Acceso a Servicios de Salud. Unidad de Servicios de Salud de Atención Directa a las Personas, Ministerio de Salud.
- Nightingale, E. y Baruch F. (2001) Adolescent risk and vulnerability: overview. En *Adolescent risk and vulnerability: concepts and measurement*. National Academy Press. Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud. Derecho a la Salud. Centro de Prensa. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>.
- Páramo, M. (2011). Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: Análisis de contenido a través de grupos de discusión. *Terapia psicológica*, 29 (1), 85-95. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000100009&Ing=es&tIng=es.10.4067/S0718-48082011000100009.

- Rodríguez Tramolao, S. (2013). *Superando el adultocentrismo*. Santiago de Chile: UNICEF, Recuperado de: http://www.unicef.cl/unicef/public/archivos_documento/425/Superando%20el%20Adultocentrismo%204.pdf
- Salas, J. y Campos, Á. (2002). Aspectos teórico conceptuales de la masculinidad. Retos en el siglo XXI. En Campos, Á. y Salas, J. (2002). *Masculinidades en Centro América*. Lara Segura editores. San José, Costa Rica.
- Solis, D. (2011) Valoración cualitativa al funcionamiento de las redes de servicios desde la perspectiva de usuarias y usuarios adolescentes. San José, Costa Rica: División de Protección Social y Salud del BID. Proyecto Salud Mesoamérica 2015.
- Steinberg, Lawrence (2007) Risk taking in adolescence: new perspectives from brain and behavioral science. *Association for Psychological Science*. Vol 16 (2), 55.
- Valverde, O. (1997). Algunas consideraciones sobre VIH/SIDA. Compilado por Díaz, Sequeira y Garita, (1999). *Manual en consejería en salud sexual y reproductiva para los y las adolescentes*. Costa Rica: Programa Atención Integral a la Adolescencia, Caja Costarricense del Seguro Social.
- Valverde, O.; Solano, C.; Alfaro, J.; Rigioni, M.; Vega, M. (2001). *Adolescencia, protección y riesgo en Costa Rica: Múltiples aristas, una tarea de todos y todas. Encuesta Nacional sobre Conductas de Riesgo en los y las Adolescentes de Costa Rica*. Costa Rica: P.A.I.A. C.C.S.S. Recuperado de: <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/proteccion2.pdf>.
- Valverde, O.; Solano, C.; Alfaro, J.; Rigioni, M.; Vega, M. (2001b). *Toques para estar en todas. Módulos socio-educativos para el fortalecimiento de conductas protectoras y la prevención de conductas de riesgo en los y las adolescentes*. Costa Rica: CIDH y Caja Costarricense del Seguro Social. Programa de Atención Integral a la Adolescencia PAIA Recuperado de: <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/todas/Sexualidad%20%20salud.pdf>.

Fotografías e imágenes:



<http://periodismohumano.com/mujer/aumenta-el-embarazo-adolescente-en-mexico.html>



http://centros5.pntic.mec.es/ies.jose.maria.pereda/plan_interculturalidad.html

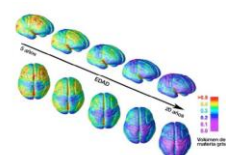


Imagen adaptada de: <http://jesusgonzalezfonseca.blogspot.com/2011/04/que-edad-madura-nuestro-cerebro.html>

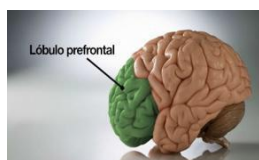


Imagen adaptada de: <http://cienciahumana.info/science-bigbrain-recrea-el-cerebro-humano-en-3d-con-precision-extraordinaria/>