



UAI

Universidad
Abierta
Interamericana

TESINA

La escuela y la salud de las adolescencias

La materia *Salud y Adolescencia* como oportunidad para intervenir en las principales problemáticas de la salud de las y los adolescentes.

Carrera: Profesorado Universitario para la Educación Secundaria y Superior. Ciclo Profesorado.

Docente: Jorge Sánchez

Alumna: Priscila Noemí Freire Yoder

Agosto 2021

RESUMEN

La presente investigación aborda el tema de la incidencia de la escuela en la salud de las adolescencias, Se indaga acerca de las oportunidades de intervención que genera la materia salud y adolescencia que se dicta en el 4º años de las escuelas secundarias de acuerdo al diseño curricular del Ministerio de cultura y educación de la provincia de Buenos Aires.

Los cambios que se han dado en el concepto de salud a lo largo del tiempo y de las culturas pueden reflejarse o plasmarse en los cambios en los currículos, los contenidos de la materia y las problemáticas que se abordan y el lugar que se les da a las y los adolescentes, también de acuerdo al concepto sobre esta etapa de la vida, sus factores de riesgo pero también sus fortalezas y factores protectores.

A través de la construcción de un marco teórico profundo y el trabajo de campo en el que se entrevista a docentes de la materia “salud y adolescencia” se ha podido dar cuenta de las posibilidades de intervención que ya están siendo aprovechadas y los caminos hacia la profundización en este camino que se ha comenzado a transitar no hace muchos años.

Palabras claves: Adolescencia, salud, problemáticas, prevención, promoción, detección precoz, adolescentes protagonistas, escuela y salud.

INDICE

Contenido

CAPÍTULO I	5
INTRODUCCIÓN	5
Problema de investigación	6
Objetivo general.....	6
Objetivos específicos.....	6
CAPÍTULO II	7
Concepciones de salud, adolescencias y problemáticas de salud de las mismas.....	7
Concepciones de salud.....	7
Adolescencia	9
Principales problemáticas en la salud de las y los adolescentes	14
CAPITULO III.....	18
Lineamientos y normativas nacionales e internacionales para el abordaje de la salud de las y los adolescentes como un derecho	18
Lineamientos nacionales e internacionales	18
Cuadro 1: lineamientos nacionales e internacionales para el abordaje de la salud de adolescentes.....	18
Normativas nacionales e internacionales relacionadas a la salud de los adolescentes	26
Cuadro 2: principales normativas relacionadas a adolescentes y su salud	26
Declaración Universal de los Derechos Humanos.....	27
Cuadro 3: Clasificación de los Derechos Humanos	27
Cuadro 4: comparativo entre la situación anterior y la actual con respecto a la nueva ley 26.061.....	29
Cuadro 5: integrador de la Convención de los Derechos del Niño y la ley 26.061	30
CAPITULO IV	38
Abordaje integral de la salud de las y los adolescentes.....	38
Distintos paradigmas y enfoques en los que se basa la intervención.....	41
Paradigmas y enfoques actuales.....	41
Cuadro: comparativo del paradigma de riesgo y de bienestar	43
Cuadro: comparativo del enfoque de necesidades y el enfoque de derechos.....	44
CAPÍTULO V	47
La escuela y la salud de las y los adolescentes.....	47
La materia salud y adolescencia.....	47
CAPITULO VI	50

PRESENTACIÓN DE CASOS MODÉLICOS	50
Campaña Un Trato por el Buentrato.....	50
Presentación.....	50
Sacadudas Móvil. Consultorio Móvil para Adolescentes	52
Presentación.....	52
Programa Juntos y en Paz	54
Presentación.....	54
CAPÍTULO VII	56
TRABAJO DE CAMPO	56
La entrevista	56
Docentes entrevistadas.....	57
Análisis de las entrevistas a los docentes.....	57
Profesión de origen	57
Principales problemáticas que perciben y fuentes utilizadas para realizar los diagnósticos.....	58
Problemáticas detectadas durante el desarrollo de la materia y modalidad de intervención	62
Proyectos de prevención.....	64
CONCLUSIONES PROPOSITIVAS.....	68
BIBLIOGRAFÍA.....	70

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El tema de la presente investigación es “La materia *Salud y Adolescencia* como oportunidad para intervenir en las principales problemáticas de la salud de las y los adolescentes”.

Nos preguntamos: ¿Qué posibilidades de intervención en las principales problemáticas de salud de las y los adolescentes brinda la materia “Salud y adolescencia” ?, ¿Cómo puede la materia salud y adolescencia convertirse en una oportunidad para que las y los adolescentes puedan intervenir de manera protagónica en las problemáticas de salud que los afectan o pueden afectarlos?

La materia salud y adolescencia plantea un marco teórico superador a antiguas maneras de comprender tanto la salud como la o las adolescencias. Permite un amplio desarrollo en cuanto a la salud desde una mirada integral y constructiva y una adolescencia no centrada en lo peligroso sino en las potencialidades de esta edad de la que tanto se habla, pero también tanto se calla. Como sociedad hemos desarrollado, por ejemplo, en el área de la salud, especializaciones en niñez (pediatría) y en adultos, aún en adultos mayores (geriatria y gerontología), pero la adolescencia viene bastante postergada.

También es un problema de nuestra sociedad el adultocentrismo. Muchas veces las intervenciones son centradas desde nuestra óptica y no desde la mirada de las y los adolescentes. Una vez un adolescente me preguntó al finalizar una charla que dimos sobre alcoholismo: “profe, cuando vamos a ser nosotros los que pasemos al escenario y los adultos los que nos escuchen”.

Otra tendencia de la escuela al pensar en salud es sentir que “este no es mi campo”, o “este campo no nos compete”. Obviamente si seguimos con la concepción de salud como ausencia de enfermedad pensaremos que los más diestros son los médicos, médicas y otros profesionales de la salud. Muchas

veces se invita a profesionales de salitas de salud cercanas o algún familiar de los estudiantes que sea del ámbito de la salud para dar una charla. No es que esto esté mal, pero lo más importante es poder trabajar estas temáticas y problemáticas desde ese vínculo único e irremplazable que se da entre los estudiantes y sus profesores.

Creo que ahí radica la importancia de esta investigación, que puede vislumbrar todo el potencial que tiene esta materia si lo superador no está solo en los cambios en conceptos y paradigmas, sino también en las intervenciones y protagonismos con y de los y las adolescentes.

Problema de investigación

Las preguntas problema de esta investigación son: ¿Qué posibilidades de intervención en las principales problemáticas de salud de las y los adolescentes brinda la materia “Salud y adolescencia” ?, ¿Cómo puede la materia salud y adolescencia convertirse en una oportunidad para que las y los adolescentes puedan intervenir de manera protagónica en las problemáticas de salud que los afectan o pueden afectarlos?

Objetivo general

Indagar las posibilidades de intervención que genera la materia “salud y adolescencia” en las principales problemáticas que afectan la salud de este grupo etario

Objetivos específicos

Conocer hacer de la evaluación de los conceptos de salud, adolescencia y abordaje integral de la salud de las adolescencias.

Contrastar los contenidos del diseño curricular de la materia salud y adolescencia con los lineamientos, normativas y paradigmas actuales de abordaje de la salud integral de la adolescencia

Analizar el rol docente y la influencia en las problemáticas de salud de las y los adolescentes.

Identificar proyectos de prevención y promoción de la salud de adolescentes llevados a cabo por docentes o por otras organizaciones que pueden tomarse como modelos.

CAPÍTULO II

Concepciones de salud, adolescencias y problemáticas de salud de las mismas

Concepciones de salud

Si se entiende a la salud como *ausencia de enfermedad*, se puede decir que las instituciones protagonistas para la intervención en la misma son los centros de salud y hospitales y la medicina, y las herramientas por excelencia los fármacos.

Desde una concepción más amplia se puede comprender a la salud como un completo estado de bienestar biopsicosocial y aquí entran a jugar un rol clave otras instituciones de la sociedad, como la escuela.

Desde este punto de vista “la promoción de la salud no es sólo una acción individual o personal, está ligada a una acción comunitaria destinada a establecer prioridades, a tomar decisiones, planificar estrategias y ponerlas en práctica, tendiendo a generar condiciones permanentes y plenas de vida para todos y todas”¹.

Ya hace más de medio siglo que el concepto de salud cambió rotundamente. Sin embargo, aún en la actualidad, el imaginario social y las prácticas retrotraen mucho más al viejo concepto; concepto que en lo teórico ya ha sido integrado, pero que respecta a sus implicancias en lo cotidiano existe un largo camino por recorrer.

¹ CASA GORJAL, Alicia y GOYRET, María Eugenia. (2005) Manos al Taller. Montevideo, Uruguay

Lo que se entiende por *salud* determina la forma de asumirla, promoverla, mantenerla, jerarquizarla, evaluarla, seleccionar indicadores, tomar en cuenta algunas estadísticas y otras no, contratar determinadas profesiones, armar ciertos tipos de servicios, ofrecer programas con unos objetivos y no con otros, para algunos destinatarios en especial, etc.

En 1946 la OMS definió la salud como: *un completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad. La posesión del mejor estado de salud que se es capaz de conseguir constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, cualquiera sea su raza, religión, ideología política y condición económica social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental de la paz mundial y de la seguridad, depende de la cooperación más estrecha posible entre los estados y los individuos.*

A partir de este momento no puede decirse que se está atendiendo o promoviendo la salud cuando un servicio o programa solo está abocado a atender enfermedades.

Si la salud comprende un completo estado de bienestar, y no sólo la ausencia de enfermedad, es difícil entender cómo aún se sigue midiendo la salud, casi exclusivamente, a través de dos indicadores: la morbilidad y la mortalidad.

Todavía hay muchos pasos que dar en la aplicación concreta del nuevo concepto de salud. Se la sigue reduciendo a la ausencia de enfermedad o de muerte, y dentro de este foco se la restringe aún más atendiendo solo las causas biológicas y de asistencia sanitaria. Esto se refleja en la inversión del gasto y en los indicadores que se utilizan para analizar la situación de salud.

Sin embargo, muchos toman otras definiciones de salud, entendiéndola como una construcción comunitaria: “La promoción de la salud no es solo una acción individual o personal, está ligada a una acción comunitaria destinada a establecer prioridades, a tomar decisiones, planificar estrategias y ponerlas en práctica, tendiendo a generar condiciones permanentes y plenas de vida para todos y todas. Es la posibilidad de la búsqueda de la salud como tarea común,

cooperativa, solidaria, obstinada y confiada”². Adherimos a esta perspectiva desde la cual pierde fuerza lo netamente biológico, tanto en el proceso de enfermar como en el de sanar. Vemos a la salud como un estado de constante cambio, en movimiento hacia la búsqueda de justicia y bienestar, tanto de la persona como de la sociedad en su conjunto. En esta construcción cada actor tiene un rol protagónico; la escuela, la familia, el Hospital, el Estado, todos pueden comprenderse como instituciones que hacen a la salud.

Adolescencia

La OMS define a la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y los 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana de 10 a 14 años y la adolescencia tardía de 15 a 19 años³.

La concepción que se tenga de la adolescencia, lo que se piensa acerca de esta etapa, el lugar que se les da en el diseño y evaluación, el reconocimiento y descripción que se haga de los adolescentes, tendrá una fuerte impronta en el tipo de políticas y programas que se desarrollen.

Durante mucho tiempo, y aún en la actualidad, se ha dicho que la palabra adolescente viene de *adolecer*, y a partir de esto se hace referencia a la adolescencia como una etapa en la que las personas adolecen, o sea, les falta algo, padecen, sufren, enferman y soportan. Sin embargo la palabra adolescente deriva del latín *adolescens*, *adolescentes* y significa *que está en período de crecimiento, que está creciendo*.. Sin embargo la palabra adolescente deriva del latín *ad olescere*, que remite a la imagen del humo que sale de la combustión de las fogatas que se encendieron, que se eleva y se expande; *metáfora plena de riqueza que se aplicó felizmente a la etapa vital a partir de la cual las potencialidades se empiezan a poner en acto y la personalidad se expande hasta alcanzar amplios espacios comunes*⁴. La adolescencia es una etapa de pleno desarrollo, o *desenrollo* de habilidades, identidad, intereses y cambios.

² CASAS GORJAL, Alicia y GOYRET María Eugenia (2005) Claves. Juventud para Cristo. Uruguay.

³ Organización Panamericana de la Salud. Salud del Adolescente. (1995) OPS / OMS. Washington.

⁴ FERRARI, Valdo (1993) Tesis inédita sobre adolescencia. Instituto Universitario ISEDET, Buenos Aires.

Según la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es la etapa de la vida en la cual tiene lugar el empuje de crecimiento puberal y el desarrollo de las características sexuales secundarias, así como también la adquisición de nuevas habilidades sociales, cognitivas y emocionales. Este proceso se caracteriza por rápidos y múltiples cambios en los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales.

Se resaltan entonces tres características: crecimiento, desarrollo y cambios. El crecimiento es el proceso de incremento de la masa de un ser vivo, que se produce por el aumento de números de células o de la masa celular. El desarrollo es un proceso por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de los fenómenos de maduración, diferenciación e integración de funciones. En general, todo crecimiento y desarrollo conllevan cambios, y los cambios a su vez están signados por crisis que movilizan o motorizan el proceso de crecimiento, desarrollo y cambio.

Según Aristóteles, los jóvenes *tienen fuertes pasiones, el deseo sexual los arrebatada [...]. Son mudables y volubles en sus deseos, que mientras duran son violentos, pero pasan rápidamente [...]. Su alto aprecio por el honor hace que no soporten ser menospreciados, y que se indignen si se imaginan que los tratan injustamente.* Si bien Aristóteles escribió esto hace más de 2300 años, en la actualidad se siguen escuchando apreciaciones parecidas hacia los adolescentes: *no saben lo que quieren, la juventud está perdida, ya no hay nada que hacer con estos chicos, están en la edad del pavo, no les importa nada, etc.* Desde un punto de vista más profesional, algunas miradas sobre los adolescentes suelen tener rasgos estigmatizantes y/o negativos; se dice: *la adolescencia es una de las etapas de mayor riesgo, los adolescentes son muy vulnerables, etc.*

Si se intenta mirar la concepción de adolescencia que hay detrás de las políticas públicas se puede apreciar una fuerte mirada del adolescente como, en primer lugar, un ser en formación para el futuro y en segundo lugar un ser peligroso para la sociedad y el desarrollo de la misma, cuando cae en adicciones, delincuencia, embarazos no deseados, VIH. Esto se deja ver en el hecho de que

la principal política pública dirigida a adolescentes es la política de educación formal, seguida por políticas focalizadas acorde a problemáticas de alto impacto.

Una visión ya superada de la adolescencia es la que la identifica sólo como una espera, transición, o moratoria entre una etapa –la infancia–, y otra –la adultez–, definida ésta por sus atributos como la autonomía económica, la diferenciación de la familia de origen, las capacidades de reproducción y de sostener responsablemente a los hijos, etc.⁵

No se pueden ignorar características propias de la adolescencia. Si intentamos que un adolescente se iguale a un adulto para considerar su *normalidad* o *bienestar* tendremos expectativas erradas y las estrategias se reducirán a tratar de moldear a los adolescentes para que sean lo que no pueden ni deben intentar ser en esta etapa. Veamos alguna de estas características

Los adolescentes necesitan explorar los límites, cuestionar las normas, enfrentarse a sus dudas y emociones, desafiar las potencialidades de sus propios cuerpos y establecer unas nuevas formas de relación con los adultos.

La adolescencia comienza con la pubertad. La pubertad es un proceso de cambios físicos que permiten que el cuerpo infantil se transforme en cuerpo adulto durante la segunda década de la vida. En las niñas la pubertad comienza entre los 10 y 11 años y termina entre los 14 y 16 años; en los niños comienza entre los 12 y los 13 años y termina entre los 16 y los 18 años. La pubertad es un fenómeno biológico universal. La adolescencia en cambio dura más años y no es universal; es una etapa de cambios biopsicosociales y en cada cultura, como así también en cada individuo se da de una manera diferente, por lo cual es adecuado hablar de las adolescencias.

*El adolescente puede tener muchas demandas implícitas; si sólo nos quedamos con sus demandas explícitas la atención para la salud será una mera intervención pasajera*⁶. Las demandas tienen mucho que ver con la oferta. Si la

⁵ MERCER, RAUL (Coordinador). *Salud en la adolescencia: avances hacia un enfoque integral*. Ministerio de Salud. Unidad coordinadora ejecutora de programas materno Juveniles y Nutricionales. <http://www.sasia.org.ar/sites/www.sasia.org.ar/files/Salud%20Integral.pdf>. Última fecha de consulta: Junio de 2011.

⁶ CORNELIA I CANALS JOSÉ (2011) *Atención a la salud integral del adolescentes desde los servicios de atención primaria de la salud*.

oferta que los programas de salud tienen para los adolescentes son sólo aquellas referidas a lo biológico y, además, sólo las expresadas o explicitadas por los adolescentes, quedará en el campo de lo latente todo aquello que los adolescentes tienen como potencia, que se centra principalmente en su curiosidad, temor, dudas, motivación frente a lo nuevo, a una vida de la que se tornan cada vez más protagonistas.

Erik Erikson⁷ nos habla de las distintas etapas evolutivas y sus características. Cuando se refiere a la etapa adolescente, situada para este autor desde los 12 a los 20 años, nos dice que es la etapa de *intimidad vs. aislamiento*. En esta etapa se debe consolidar la identidad. Los cambios físicos y psicológicos de la pubertad llevan a conflictos psicológicos internos; si se consolidan darán un sentido de continuidad y estabilidad a lo largo del tiempo; si esto no se logra se dará el síndrome de difusión de la identidad. En esta etapa el adolescente delimita su sí mismo diferenciado del de sus padres y familia.

Aberastury⁸ describe la adolescencia como una etapa en la cual se generan sensaciones tales como el odio, la tristeza, la rabia, la pérdida de la confianza y el dolor por la pérdida de todo aquello que implica la infancia. Para esta autora la adolescencia es comienzo de transformación y crisis por cambios y pérdidas, razón por la cual se dan los procesos de duelo: duelo por la pérdida del cuerpo infantil, duelo por la pérdida del rol infantil, al tener que renunciar a la dependencia y asumir responsabilidades y el duelo por los padres de la infancia que dejan de ser idealizados e ilusorios.

Obiols⁹ cuestiona los duelos planteados por Aberastury (1971); Para Obiols la postmodernidad ofrece una vida soft, muy distinta a la propuesta por la modernidad. Teniendo en cuenta los cambios que trae la posmodernidad el autor se permite revisar cada uno de los duelos.

[http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/salud_integral_adolescente\(1\).pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/salud_integral_adolescente(1).pdf). Fecha de la última consulta realizada: septiembre de 2011

⁷ ERIKSON Erik (1972). *Sociedad y Adolescencia*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

⁸ ABERASTURY, Arminda (1971). *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. Editorial Paidós.

⁹ OBIOLS Guillermo, Silvia Di Segni de Obiols (1993). *Adolescencia, Posmodernidad y Escuela Secundaria*. Kapeluz Editora S.A. Buenos Aires. Argentina

- El duelo por el cuerpo perdido: El adolescente de la modernidad perdía el cuerpo de la infancia, que era el cuerpo idealizado y mimado, y al mismo tiempo se encontraba de tener un cuerpo totalmente adulto. En ese contexto el adolescente lucía un aspecto desgraciado. El adolescente posmoderno tiene el cuerpo ideal, el cuerpo más valorado por la sociedad actual, el cuerpo que todos quieren tener; sus padres, los adultos y en general y hasta los adultos mayores luchan por tener ese cuerpo. Obviols se pregunta: ¿Puede, entonces, haber un duelo por el cuerpo perdido?
- El duelo por los padres de la infancia: Los padres de la modernidad mantenían distancia con sus hijos adolescentes, a los cuales consideraban incapaces de pensar y tomar decisiones. Los padres actuales han pasado a creer que la verdadera sabiduría está en sus hijos; ellos borran distancias y se declaran compinches de sus hijos, intercambiando confidencias.
- El duelo por los roles de la infancia: el niño se refugia en un “yo ideal” al cual Freud le consigna las características de omnipotencia, incapacidad de esperar para satisfacer sus deseos y de considerar al otro. La modernidad consagraba el paso del *yo ideal* de la infancia a un *ideal del yo* en el que surge la idea del progreso en base del esfuerzo, el amor como consideración hacia el otro y la capacidad de espera para lograr lo deseado. La posmodernidad difunde y aplaude los valores del *yo ideal*: el sin esfuerzo, sin espera y la eliminación del otro. Los valores de la infancia no solo no se abandonan sino que sostienen socialmente.

Otro aporte de Aberastury ha sido describir lo que ella denomina los *Síntomas del síndrome de la adolescencia normal*. Estos síntomas son: la búsqueda de sí mismo y de la identidad, la tendencia grupal, la necesidad de intelectualizar y fantasear, la crisis religiosa, la evolución sexual desde el autoerotismo hasta la sexualidad compartida, la actitud social reivindicatoria, las contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta, la separación progresiva de los padres y las constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo.

Principales problemáticas en la salud de las y los adolescentes

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente, 85 por ciento de ellos viven en países pobres o de ingresos medios, y alrededor de 1,7 millones de ellos mueren al año¹⁰.

La OMS definió los siguientes problemas prevalentes en la adolescencia en todo el planeta¹¹:

- VIH: Se calcula que los jóvenes de entre 15 y 24 años representaron un 45% de las nuevas infecciones por VIH de los adultos de 2007. Muchos adolescentes desconocen las formas de transmisión de esta enfermedad, como así también la manera de prevenir el contagio de la misma. Es necesario promover el cuidado en las relaciones sexuales y otras formas de transmisión, tanto de esta enfermedad como de otras enfermedades de transmisión sexual. Las y los adolescentes deben contar con información y también con acceso a métodos preventivos y también a serologías para detectar precozmente la presencia del VIH.
- Embarazos y partos prematuros: todos los años, alrededor de 16 millones de adolescentes de entre 15 y 19 años dan a luz. El riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo es mucho mayor en adolescentes que en las mujeres adultas.
- Malnutrición: dentro de la problemática de la malnutrición, la OMS menciona tanto el problema de las y los adolescentes desnutridos como el de aquellos que tienen sobrepeso. Estas dos situaciones se dan en distintas clases sociales y requieren tanto de recursos necesarios para cubrir los costos de una alimentación adecuada, como de la educación para la salud y la promoción de buenos hábitos alimentarios y de ejercicio

¹⁰ Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Adolescents mortality. *Bol. Méd. Hosp. Infant. Méx.* [online]. 2005, 62(3), [Último acceso 19 de abril de 2008], pp. 225-238. ISSN 1665-1146.

¹¹ OMS. 10 datos sobre la salud de los adolescentes. 2008 ONUSIDA/L. Taylor. http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/es/index.html. Fecha de última consulta: septiembre 2011

físico. La anemia es uno de los principales problemas de origen nutricional que afectan a las adolescentes.

- Salud mental: la OMS nos da a conocer que al menos el 20% de los adolescentes padecerá alguna forma de enfermedad mental, tales como: depresión, trastornos del estado de ánimo, abuso de sustancias, comportamientos suicidas o trastornos alimentarios. Entre los 15 y los 19 años el suicidio es la segunda causa de muerte.
- Consumo de tabaco: la gran mayoría de los consumidores de tabaco de todo el mundo empieza a fumar durante la adolescencia. Actualmente más de 150 millones de adolescentes consumen tabaco.
- Consumo nocivo de alcohol: en muchos países es motivo de creciente preocupación el uso nocivo del alcohol entre las y los adolescentes. El consumo nocivo de alcohol es una de las principales causas de traumatismos (incluidos los provocados por accidentes de tránsito), violencia (especialmente la violencia doméstica) y muertes prematuras.
- Violencia: entre las y los adolescentes de 15 a 19 años la violencia en la comunidad y en la familia son la tercera causa de muerte.
- Traumatismos y seguridad vial: los traumatismos involuntarios son una de las principales causas de muerte y discapacidad de adolescentes; y los traumatismos por accidentes de tránsito, el ahogamiento y las quemaduras son los tipos más comunes.

Veamos algunos datos que nos permiten vislumbrar la situación de la adolescencia en nuestro país¹²:

- Salud sexual: El 33,6% tuvo relaciones sexuales alguna vez en su vida, siendo esto más frecuente y desde menor edad en varones. El 81% de los que tuvieron sexo utilizó preservativos en su última relación sexual y sólo un 43% dijeron que los usaban siempre. Un 45% de los estudiantes

¹² Datos tomados de la Encuesta Mundial de Salud Escolar. Resultados de 2007. Argentina. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. La encuesta fue administrada a estudiantes de 1º a 3er año de educación media de todo el país. La encuesta fue respondida por 1980 alumnos en 47 escuelas.

que tuvieron relaciones en el último año utilizó siempre algún método anticonceptivo.

- Salud mental: El 10,1% de los estudiantes se sintieron solos la mayor parte del tiempo en el último año, el 31% se sintió tan triste o sin esperanza que tuvo que suspender sus actividades habituales y el 16,9% consideró seriamente suicidarse en el último año, realizando un plan sobre cómo lo harían el 13,5%. Todos estos indicadores fueron más frecuentes en mujeres.
- Tabaquismo: El 25,5% de los estudiantes fumó cigarrillos uno o más días en el último mes. Un 65,5% de los fumadores trató de dejarlo en el último año. El 78% de los alumnos reportaron que se fumó en su presencia uno o más días durante la última semana.
- Alcoholismo: e la mitad de los jóvenes encuestados (56,8%) tomó al menos una bebida alcohólica en el último mes, mientras que un 34,6% estuvieron borrachos al menos una vez en su vida. El 22,8% refirió haberse sentido enfermo, tener problemas con sus familiares o amigos, participar en peleas o haber faltado a la escuela a causa del alcohol.
- Otras sustancias: El 11,7% refirió haber consumido alguna vez cocaína, marihuana, paco o éxtasis.
- Nutrición: Un 19 % de los estudiantes presentaron sobrepeso, y un 2,6% obesidad, de acuerdo a los valores reportados de peso y talla. Cerca del 3% de los alumnos refirieron haber sentido hambre en el último mes debido a falta de alimentos en el hogar. Solo un 14,4% comió 5 porciones de frutas o verduras por día. Más de la mitad de los estudiantes consumió gaseosas 2 o más veces por día en los últimos 30 días (52,6%).
- Violencia: En relación a la violencia, en el último año el 24,5% recibió ataques físicos, mientras que un 31,3% participó de al menos una pelea. El 33,9% sufrieron lesiones serias. Estos indicadores fueron más frecuentes en varones que en mujeres. Entre los estudiantes que fueron heridos seriamente en los últimos 12 meses, el 57,6% sufrieron su

herida más seria por accidente provocado por ellos mismos, el 18,7% fueron heridos por accidente provocado por otros, el 2,4 % su lesión más grave fue provocada a propósito por ellos mismos y el 8,9% a propósito por otros.

Los resultados más destacados de la encuesta fueron:

- El alto consumo de bebidas alcohólicas, de problemas relacionados a su consumo

y el fácil acceso a las mismas por parte de los adolescentes.

- El porcentaje importante de adolescentes que padecen sobrepeso. Esto es esperable dados los hábitos alimentarios observados y el importante nivel de sedentarismo detectado.

- En relación a los datos relacionados con higiene, en nuestro país se observa un

menor lavado de manos y dientes en comparación con Uruguay y Chile.

- Se observó una alta prevalencia de síntomas depresivos e ideación suicida. Estos

indicadores fueron más frecuentes en mujeres.

- Se destaca el bajo uso de métodos anticonceptivos y preservativos en aquellos

adolescentes que tuvieron relaciones sexuales.

- Se observó un alto porcentaje de adolescentes que padecieron lesiones graves,

generalmente secundarias a accidentes. Por otra parte se reporta una elevada tasa de adolescentes que se sintieron intimidados.

CAPITULO III

Lineamientos y normativas nacionales e internacionales para el abordaje de la salud de las y los adolescentes como un derecho

Lineamientos

Lineamientos nacionales e internacionales

Cuando hablamos de lineamientos nos referimos a las recomendaciones, normativas programáticas y estrategias que son elaboradas y difundidas por organismos internacionales con el fin de delimitar objetivos y proponer mediaciones a seguir por todos aquellos que en distintos países y desde distintos organismos trabajan con un fin compartido: mejorar la salud de las y los adolescentes.

Cuadro 1: lineamientos nacionales e internacionales para el abordaje de la salud de adolescentes

Documento	Lineamientos
Lineamientos para la programación de la salud integral del adolescente y módulos de atención (1992) ¹³ .	Características que son deseables imprimir en la programación de la atención de la salud integral del adolescente: La participación del individuo y como grupo; la familia; los sectores educativos, de trabajo, promoción social, deportes/recreación y cultura; las organizaciones de la sociedad, en especial las de carácter juvenil, y finalmente, el involucramiento de los sistemas normativos (legal) y político.

¹³ Este documento forma parte del Proyecto de Apoyo a Iniciativas Nacionales de Salud Integral del Adolescente en la Región de las Américas. El mismo depende de la organización Panamericana de la Salud y de la Fundación W. K. Kellogg.

	<p>La complementariedad de las disciplinas e instituciones, necesaria para el alcance de la integralidad</p> <p>La vigilancia de la calidad de los programas y sus resultados.</p> <p>El análisis de los aspectos éticos.</p> <p>Este documento marca las funciones que deben tener los niveles centrales, las de los niveles intermedios y las de los niveles locales.</p> <p>Con respecto a las características deseables de los programas de salud integral nos dice:</p> <ul style="list-style-type: none">–Las actividades deben tener un enfoque de salud integral, o sea que se deben orientar a toda la problemática juvenil y centrar en la vigilancia del crecimiento y desarrollo de los jóvenes para poder actuar de forma anticipada–Para que los programas sean anticipatorios se deberá aplicar el enfoque de riesgo–Para lograr la deseada integralidad y dadas las características psicológicas, sociales, económicas, políticas, legales, etc. de los problemas del adolescente será preciso aplicar el enfoque interdisciplinario.
--	---

	<p>–Se debe asegurar una activa participación social en todo el proceso de gestión, o sea que lo jóvenes, las familias, las instituciones deben intervenir en la identificación del problema, en el diseño y puesta en práctica de la propuesta.</p> <p>–En los programas de salud integral de adolescentes es preciso que se enfatice el trabajo con la familia y la escuela.</p> <p>Con respecto a la evaluación de los programas propone medir los cambios producidos en la práctica social, la práctica institucional y la práctica de los trabajadores de la salud.</p> <p>Las variables que toma para medir los cambios en la práctica social son: cobertura, acceso, eficacia y eficiencia. La eficacia tiene que ver con los cambios en la salud, particularmente en cuanto a la variación de la cantidad y distribución de enfermedades y muerte (Muertes evitadas y morbilidad disminuida).</p>
<p>Recomendaciones para atención integral de los y las adolescentes con énfasis en la salud sexual y reproductiva (1998)¹⁴.</p>	<p>–Se considera a la salud como un proceso construido socialmente.</p> <p>–Se destaca el enfoque de género.</p>

¹⁴ Este documento fue publicado por la Organización panamericana de la Salud, División de Promoción y Protección de la Salud, Programa de Familia y Población, Salud y Desarrollo de Adolescentes. Fue financiado por el Fondo de Población de Naciones Unidas.

	<p>–Se considera a la salud como un derecho de ciudadanía.</p> <p>–Propone un cambio de perspectiva a partir del enfoque centrado en las y los adolescentes sanos, sus derechos, capacidades y necesidades básicas de aprendizaje para el autocuidado de su salud.</p> <p>Recomienda la organización de Servicios de salud amigos de las y los adolescentes.</p> <p>Los servicios de salud amigos de las y los adolescentes encuentran oportunidades de salud cualquiera sea la demanda, siendo agradables por el vínculo que establecen y por la calidad de sus intervenciones.</p> <p>Estos servicios brindan atención integral de la salud en aspectos biopsicosociales y del aprendizaje para el autocuidado y cuidado mutuo de la salud.</p> <p>Está organizado cubriendo las áreas de admisión, enfermería, medicina, salud mental, trabajo social y odontología acorde a sus posibilidades de espacios físicos y recursos humanos.</p> <p>–Respeto el motivo de consulta por el cual el o la adolescente concurrió al servicio como puerta de entrada, ofreciéndole alternativas para su resolución integral con la</p>
--	--

	<p>participación de otras disciplinas y/o servicios de salud.</p> <p>Características:</p> <p>Son accesibles geográficamente, en horarios, económicamente, culturalmente: son confidenciales, con enfoque de género, con intervenciones sustentables, con capacitación permanente y evaluables periódicamente.</p> <p>Estos servicios deben tener el siguiente tipo de intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none">–Educación para la salud.–Salud integral, con énfasis en salud sexual y reproductiva.–Atención de patologías transmisibles.–Atención de emergencia.–Medicación. <p>Perfil del trabajador de la salud que atiende a adolescentes:</p> <p>Si no se puede conformar un servicio con equipo interdisciplinario el trabajador de la salud debe tener un enfoque integral.</p> <p>Competencias:</p> <ul style="list-style-type: none">–Sostener una adecuada comunicación.–Promover los derechos de las y los adolescentes.–Realizar una adecuada anamnesis y diagnóstico biopsicosocial.–Realizar actividades preventivas.
--	--

	<p>–Tener enfoque interdisciplinario.</p> <p>–Trabajar en forma coordinada con otras instituciones.</p> <p>–Abordar aspectos relativos al género.</p> <p>Para abordar la salud de las y los adolescentes el servicio debe tener un fuerte énfasis preventivo y debe trabajar en redes de servicios de salud y redes intersectoriales.</p> <p>La perspectiva preventiva en la consulta implica transformar el modelo curativo de atención incluyendo la detección temprana de riesgos y /o vulnerabilidad de enfermedades o lesión, promoviendo el desarrollo humano, el placer y la alegría de vivir, amar, comunicarse y construir un medio ambiente saludable, mediante decisiones libres y responsables.</p>
<p>Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes en las Américas (1998–2001)¹⁵.</p>	<p>El plan de acción se ha elaborado centrado en tres componentes prioritarios:</p> <p>Atención a las necesidades de salud de los adolescentes de hoy a través del desarrollo de servicios de salud, consejería y educación en salud.</p> <p>Promover actitudes y comportamientos saludables que los adolescentes adopten para toda la</p>

¹⁵ Es un texto preparado por la asesora regional del Programa de Desarrollo y Salud Integral del Adolescente dependiente de la Organización Panamericana de la Salud.

	<p>vida, haciendo énfasis en los preadolescentes en el entorno escolar.</p> <p>Promoción de los adolescentes como agentes de cambio de sus pares, familias y comunidades, centrándose en el empoderamiento y la participación de los jóvenes</p>
<p>Estrategias de promoción para la atención diferenciada de adolescentes (1989)¹⁶.</p>	<ul style="list-style-type: none"> –Desarrolla modelos de atención de salud y bienestar adolescente, con aplicación del enfoque de riesgo y multisectorial –Favorecer la capacitación del personal que está en contacto con los adolescentes –Promover servicios para adolescentes en los diferentes sectores (escuela, trabajo, salud, recreación) –Implantar, aumentar, mejorar los servicios de atención –Fomentar el establecimiento de unidades de Servicios de Salud de adolescentes en los programas de salud materno–infantil de los países con estructura administrativa, políticas, planes, estrategias y programas diferenciados.

¹⁶ Texto elaborado en Enero de 1989, Washington, Organización Panamericana de la Salud

	<ul style="list-style-type: none">–Apoyar el desarrollo de Centros de referencias y trabajo en redes tanto vecinales e internacionales.–Promover la difusión de experiencias evaluadas–Facilitar las visitas de expertos nacionales e internacionales para desarrollar otros servicios.–Apoyar el desarrollo de actividades tales como: talleres itinerantes nacionales, regionales, etc.–Fomentar la investigación para conocer el cuadro nacional de la situación de la salud integral del adolescente de ambos sexos, sus determinantes y la evaluación de políticas, estrategias y servicios de atención del adolescente.–Promover el desarrollo de una base de datos del adolescente–Promover el compromiso de asociaciones científicas nacionales, de universidades, organizaciones comunitarias, organizaciones no gubernamentales y de otros grupos pertinentes.–Coordinar acciones de los medios de comunicación para sensibilizar, motivar e informar a la sociedad de las potencialidades y necesidades de los adolescentes
--	---

	<p>–Promover políticas, legislación, sistemas y normas de prevención y atención a los adolescentes de ambos sexos</p> <p>–Facilitar la colaboración coordinada de agencias internacionales para apoyar la activación de acciones nacionales.</p>
--	--

Normativas nacionales e internacionales relacionadas a la salud de los adolescentes

Cuando pensamos en la programación para la salud integral de las y los adolescentes no podemos dejar de lado la normativa vigente, tanto a nivel nacional como internacional.

Presentaremos a continuación aquella normativa que tiene gran influencia y que debe ser una llave principal para el ingreso en la agenda de gobierno de la temática de salud integral de las y los adolescentes.

Cuadro 2: principales normativas relacionadas a adolescentes y su salud

Nivel	Normativa
Internacional	<p>–Declaración Universal de los Derechos Humanos</p> <p>–Convención Internacional de los Derechos del Niño</p> <p>-Conferencias de Población y Desarrollo (El Cairo y Beijing)</p>
Nacional	<p>–Ley Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes (26.021)</p> <p>–Ley de Salud Sexual y Reproductiva (25.673)</p>

Provincial	–Ley de Promoción y Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. (13.298) Provincia de Bs. As.
------------	--

Declaración Universal de los Derechos Humanos

Cuadro 3: Clasificación de los Derechos Humanos

Fuente	Tipo de derechos	Derechos
Clasificación de Derechos Humanos ¹⁷	Derechos civiles y políticos.	<ul style="list-style-type: none"> • Vida. • Participación. • Seguridad. • Justicia. • Información.
	Derechos económicos, sociales y culturales.	<ul style="list-style-type: none"> • Educación. • Salud. • Alimentación. • Trabajo. • Vivienda. • Seguridad social.
	Derechos colectivos, de solidaridad y ambientales.	<ul style="list-style-type: none"> • Agua. • Desarrollo. • Paz. • Medio ambiente. • Patrimonio cultural. • Libre determinación.

¹⁷ BALBÍN, Jesús. Metodologías para la inclusión del enfoque de derechos en el desarrollo de los planes. Save de Children. Programación de los Derechos del Niño.

	Derechos especiales.	<ul style="list-style-type: none"> • De la mujer. • De los niños. • De los pueblos. Indígenas. • De los desplazados forzadamente. • De los discapacitados.
	Derecho Internacional Humanitario.	<ul style="list-style-type: none"> • Límites al uso de la fuerza militar o policial.

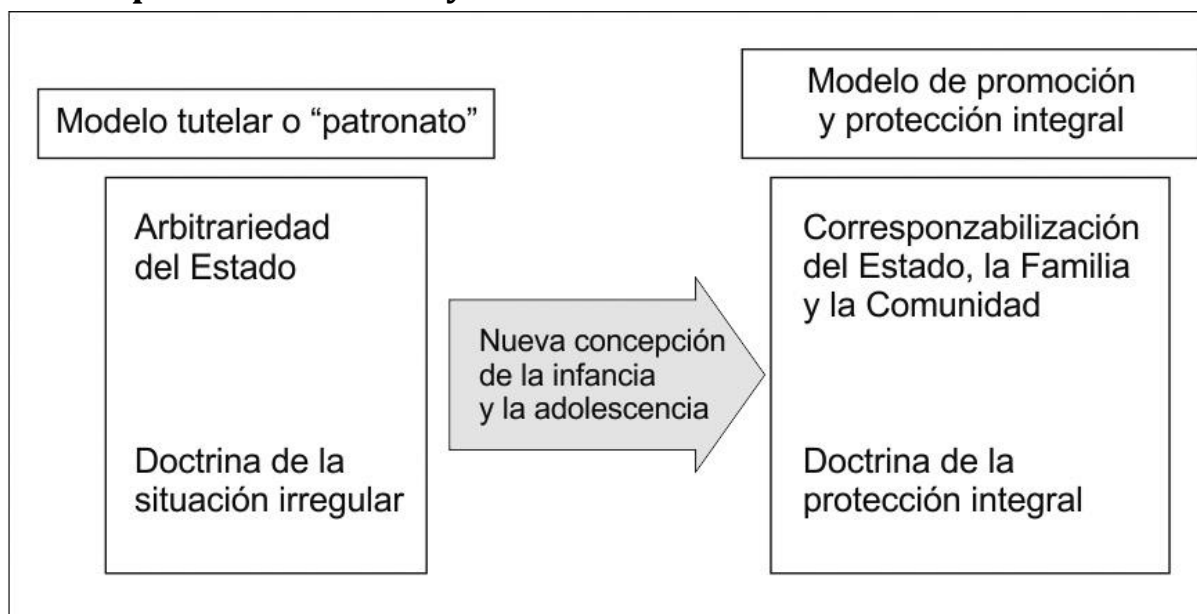
La Convención Internacional de los Derechos del Niño sancionada en la Asamblea General de las Naciones Unidas, en 1989 considera que niños, niñas y adolescentes son “sujetos plenos de derechos, merecedores de respeto, dignidad y libertad” y abandona la concepción del niño como objeto pasivo de intervención por parte de la familia, el Estado y la sociedad. La Convención es incorporada al artículo 75, inciso 22, en la reforma constitucional de la Argentina del año 1994.

La Ley 26.061 es un paso fundamental en el acercamiento de la Convención Internacional de los Derechos del Niño a la vida cotidiana de cada niño, niña y adolescente argentino. Implica un cambio de mirada, de comprensión de la realidad y de intervención en cuanto a la protección, reivindicación o restitución de los derechos. A partir de la misma entra en auge el enfoque de derechos, el cual es un fuerte propulsor de la intervención en la salud de las y los adolescentes desde una mirada integral e integradora, teniendo en cuenta no solo las necesidades, riesgos y derechos vulnerados, sino también la protección, la promoción de aquellos que es un derecho y un factor protector en la vida de niños y adolescentes. Es un excelente amparo legal que encuentran las políticas de promoción de la salud de adolescentes.

Este nuevo marco normativo, que tiene vigencia para todo el territorio de la República Argentina, desde el 26 de octubre de 2005, se inscribe en los principios que informan lo que ha dado en llamarse en Latinoamérica, la doctrina

de la protección integral de la infancia y la adolescencia. Paradigma que viene a sustituir el antiguo modelo tutelar o de “patronato”, siendo uno de los ejemplos más representativos del mismo el decreto–ley 10.903, el cual queda derogado por frente al texto y vigencia de la nueva ley, simbolizando un salto cualitativo en la concepción de la infancia y la adolescencia¹⁸.

Cuadro 4: comparativo entre la situación anterior y la actual con respecto a la nueva ley 26.061



Nos abocaremos ahora a los Principios, Derechos y Garantías de la ley 26.061, integrándolos con los principios de la Convención Internacional de los Derechos del Niño, ya que la función de nueva ley nacional es la adecuación de la normativa de nuestro país a los preceptos de la Convención Internacional de los Derechos del Niño.

Partimos de la base de entender que los Derechos ratificados en la Convención alcanzan también a los adolescentes ya que se aplica a todo ser humano menor de 18 años. Lamentablemente, al hablar de Derechos del Niño, muchas veces se deja de lado la inclusión de los adolescentes. A fin de aportar a la integración de estos derechos como propios también de las y los adolescentes al citar algunos artículos pondremos la palabra “adolescentes” en lugar de “niños”.

¹⁸ Ley de protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes; Decretos reglamentarios. Comisión Técnica para la reglamentación de la ley N° 26.061. Ministerio de Desarrollo Social. Presidencia de la Nación. 2006. Pag 4.

Cuadro 5: integrador de la Convención de los Derechos del Niño y la ley 26.061

Dimensiones	Convención Internacional de los Derechos del Niño	Ley de Protección integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.
Vida	Los adolescentes tienen derecho intrínseco a la vida (art. 6)	Los niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la vida, a su disfrute, protección y a la obtención de una buena calidad de vida. (art. 8)
Identidad	El niño será inscripto inmediatamente después de su nacimiento y tendrá derecho desde que nace a un nombre y a adquirir su nacionalidad (art. 7). Los Estados parte se comprometen a respetar el derecho del niño a preservar su identidad, incluidos la nacionalidad, el nombre y las relaciones familiares de conformidad con la ley sin injerencias ilícitas (Art. 8)	Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a un nombre, nacionalidad, a su lengua de origen, al conocimiento de quienes son sus padres, a la preservación de sus relaciones familiares de conformidad con la ley.

<p>Familia</p>	<p>El niño tendrá derecho desde que nace, en la medida de lo posible a conocer a sus padres y ser cuidados por ellos.</p> <p>Los Estados parte velará por que el niño no sea separado de sus padres contra la voluntad de éstos, excepto cuando, a reserva de revisión judicial, las autoridades competentes determinen, de conformidad con la ley y los procedimientos, que tal separación es necesaria por el interés superior del niño (art. 9)</p>	<p>Los niños, niñas y adolescentes tienen derechos a conocer a sus padres biológicos, y a crecer y desarrollarse en sus familias (art. 11).</p> <p>Se aplicarán prioritariamente aquellas medidas de protección de derechos que tengan por finalidad la preservación y el fortalecimiento de los vínculos familiares con relación a las niñas, niños y adolescentes (art. 35)</p>
----------------	--	---

<p>Libertad de expresión y de recibir información</p>	<p>Las y Los adolescentes tienen derecho a expresar libremente su opinión (art. 12)</p> <p>Las y los adolescentes tendrán derecho a la libertad de expresión; ese derecho incluirá la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de todo tipo (art. 13)</p> <p>Los Estados parte reconocen la importante función que desempeñados medios de comunicación y velarán porque las y los adolescentes tengan acceso a información y material procedentes de diversas fuentes nacionales e internacionales, en especial la información y el material que tengan por finalidad promover su bienestar social, espiritual y moral, y su salud física y mental (art. 17).</p>	<p>Derecho a opinar y a ser oído.</p> <p>Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a:</p> <p>a) Participar y expresar libremente su opinión en los asuntos que les conciernan y en aquellos que tengan interés</p> <p>b) Que sus opiniones sean tenidas en cuenta conforme a su madurez y desarrollo.</p>
---	---	--

<p>Salud</p>	<p>Los Estados Partes reconocen el derecho de las niñas y los adolescentes al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud (art. 24)</p> <p>Desarrollo de la atención sanitaria preventiva (art. 24, f)</p>	<p>Derecho a la salud. Los organismos del Estado deben garantizar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El acceso a servicios de salud, respetando las pautas familiares y culturales reconocidas por la familia y la comunidad a la que pertenecen siempre que no constituyan peligro para su vida e integridad. 2. Programas de asistencia integral, rehabilitación e integración. 3. Programas de atención, orientación y asistencia dirigidos a su familia 4. Campañas permanentes de difusión y promoción de sus derechos dirigidas a la comunidad a través de los medios de comunicación social. <p>Toda institución de salud deberá atender prioritariamente a las niñas, niños y adolescentes y mujeres embarazadas.</p> <p>Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la atención integral de su salud, a recibir la asistencia</p>
--------------	---	---

		médica necesaria y a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud.(Art. 14)
Nivel de vida	Los Estado Partes reconocen el derecho de todos los adolescentes a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social (art. 27).	Los niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la vida, a su disfrute, protección y a la obtención de una buena calidad de vida. (art. 8)

<p>Descanso y esparcimiento</p>	<p>Los Estados Partes reconocen el derecho de las y los adolescentes al descanso y el esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias de su edad, y a participar libremente en la vida cultural y las artes (art. 31.1)</p> <p>Los Estados Partes respetarán y promoverán el derecho de las y los adolescentes a participar plenamente en la vida cultural y artística y propiciarán oportunidades apropiadas, en condiciones de igualdad, de participación en la vida cultural, artística, recreativa y de esparcimiento</p>	<p>Derecho al deporte y juego recreativo. Los organismos del estado con la activa participación de la sociedad, deben establecer programas que garanticen el derecho de todas las niñas, niños y adolescentes a la recreación, esparcimiento, juegos recreativos y deportes, debiendo asegurar programas específicos para aquellos con capacidades especiales (Art. 20)</p>
---------------------------------	---	---

<p>Libre asociación</p>	<p>Los Estados partes reconocen los derechos del niño y adolescente a la libertad de asociación y a la libertad de celebrar reuniones pacíficas (art. 15).</p>	<p>Derecho de libre asociación. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho de asociarse libremente con otras personas, con fines sociales, culturales, deportivos, recreativos, religiosos, políticos, laborales o de cualquier otra índoles, siempre que sean de carácter lícito y de conformidad a la legislación vigente (Art. 23).</p>
<p>Medidas de Protección</p>	<p>Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas, incluidas medidas legislativas, administrativas, sociales y educacionales, para proteger a los niños y adolescentes contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, malos tratos o explotación (art.19). Los Estados Partes se comprometen a proteger a las y los adolescentes contra todas las formas de explotación y abuso sexuales (art. 34).</p>	<p>Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la dignidad como sujetos de derechos y de personas a desarrollarse, a no ser sometidos a trato violento, discriminatorio, vejatorio, humillante (...) a no ser sometido a ninguna forma de explotación económica ni sexual (...) (art. 9). De las medidas de protección de derechos y las medidas de protección excepcional de derechos (art. 32).</p>

Lograr que la enunciación de esos principios universales, se concreten en políticas y programas de los gobiernos e instituciones y conductas e las personas, implica hacer de esos principios una cultura viva, un hábito incorporado, un ejercicio cotidiano, y esa tarea debe programarse cuidadosamente para aprovechar los recursos disponibles¹⁹.

La Ley Nº 25673 crea en noviembre de 2002 el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. El objetivo general de este programa es alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia. Uno de sus objetivos específicos es garantizar a toda la población, incluyendo a los adolescentes, el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable; a fin de poner estos objetivos al alcance, el Ministerio de Salud en coordinación con los Ministerios de Educación y de Desarrollo Social y Medio Ambiente tendrán a su cargo la capacitación de educadores, trabajadores sociales y demás operadores comunitarios a fin de formar agentes aptos para promover en la comunidad espacios de reflexión y acción para la aprehensión de conocimientos básicos vinculados a este programa y detectar adecuadamente las conductas de riesgo y brindar contención a los grupos de riesgo, para lo cual se buscará fortalecer y mejorar los recursos barriales y comunitarios a fin de educar, asesorar y cubrir todos los niveles de prevención de enfermedades de transmisión sexual, vih/sida y cáncer genital y mamario

¹⁹ UNICEF Argentina. Informe del Área de Adolescencia. Documento Interno. Agosto de 2000.

CAPITULO IV

Abordaje integral de la salud de las y los adolescentes

La comprensión de la adolescencia como un fenómeno multidimensional, y de la salud como un completo estado de bienestar biopsicosocial, nos lleva ineludiblemente a contemplar la necesidad de un enfoque integral para su abordaje. Las características multicausales –de origen económico, social, psicosocial y cultural– de la mayoría de los problemas los adolescentes, implica que los abordajes que se utilicen para procurar soluciones efectivas, deban ser también integrales.

El término *integral* ha ganado un gran espacio en los discursos referidos a los desafíos y lineamientos para el desarrollo de políticas sociales. Cuando los discursos se refieren a la salud de adolescentes la palabra integral suele utilizarse precediendo o sucediendo a la palabra salud; algunos hablan de la *salud integral de adolescentes* y otros de *abordajes integrales de salud adolescente*. En el Ministerio de Salud de la Nación el programa abocado a la salud de adolescentes se denomina: Programa de Nacional de Salud integral de Adolescentes, mientras que en Córdoba el programa provincial se denomina: Programa Integral de Salud Adolescente. Nosotros entendemos que la salud es un concepto integral en sí mismo, ya que se refiere al bienestar biopsicosocial. Hablar de salud integral es redundante, porque la salud es integral; lo que puede ser o no ser integral es el abordaje de la misma.

Las intervenciones aisladas o puntuales, orientadas en forma casi exclusiva a la resolución de un problema o patología hoy en día deben ser repensadas. Por ejemplo, programas orientados a prevención del VIH que se llevan a cabo en forma independiente de los programas de prevención del embarazo temprano y de los de prevención de la deserción, cuando se trata de las mismas poblaciones objetivo, con factores de riesgo y consecuencias compartidas. Es evidente que un programa comprensivo, o bien un encuadre estratégico global que abarque a esos problemas específicos, tendría efectos más sinérgicos y eficaces, así como costos menores. De modo que los programas específicos, aunque a veces

necesarios, no resultan suficientes ni eficientes para mejorar la situación de salud de los adolescentes en un largo plazo.

El abordaje integral tiene diversas modalidades para materializarse en la realidad. Distintos autores abordan el tema del abordaje integral y cuando detallan el mismo algunos hablan de interdisciplina, otros mencionan lo interactoral, o se refieren a abordaje integral cuando existe intervención en diferentes contextos, o coordinación entre sectores o niveles diversos.

Veamos con más detalle estas diversas formas o modalidades de realizar un abordaje integral.

- Abordaje interdisciplinario: Está referido a un abordaje de la salud en el que participan diversas disciplinas. La presencia de un equipo de profesionales no es suficiente ni necesaria para que se dé un abordaje interdisciplinario. Decimos que no es suficiente porque no alcanza con un equipo de personas; si cada uno de los profesionales trabaja desde su lugar, *haciendo los suyo*, no estamos frente a un abordaje interdisciplinario. Debe haber un trabajo compartido, donde aquello que surge sea distinto a lo que hubiese surgido sin el aporte de cada disciplina. Por otro lado, dijimos que un equipo de profesionales tampoco es necesario para un abordaje interdisciplinario; con esto nos referimos a que, si bien es ideal que las diferentes disciplinas estén representadas por diferentes personas, también podría darse el caso de un solo profesional trabajando con enfoque interdisciplinario. Hay profesiones que en su formación han recibido el aporte de múltiples disciplinas, y a esto se suma que si la persona tiene experiencia en el trabajo junto a otros profesionales, su mirada de la realidad ya ha sido modificada y es capaz de *mirar interdisciplinariamente*.
- Abordaje multicontextual: en los programas de salud integral es preciso que se enfatice el trabajo con dos conjuntos sociales primordiales: la familia y la escuela. La promoción de la salud es la modalidad rectora para atacar los problemas de salud, en especial en el ámbito local, y es justamente en el seno de la familia y en la escuela donde con mayor éxito pueden estimularse. También es importante tener en cuenta otros contextos, como lo son los clubes barriales, organizaciones de la sociedad

civil, iglesias y otros ámbitos en los que los sujetos se mueven y desarrollan sus vidas. A esta dimensión nos referimos como dimensión multicontextual.

- Abordaje interactoral: abordaje en el que participan y se interrelacionan diferentes organizaciones, actuando cada una de las mismas como actores válidos, ya sea en el diseño, en la implementación y/o en la evaluación de la política.
- Abordaje intersectorial: trabajo coordinado entre diferentes áreas como lo son salud, educación, trabajo, cultura, desarrollo social.
- Abordaje interniveles: trabajo coordinado en los planos: Local, Provincial, Nacional, e Internacional.
- Diversidad en el abordaje: asistencia, prevención específica e inespecífica y promoción de la salud: otro significado de la integralidad es el requisito de que en las estrategias de solución del problema en cuestión se incluyan los diferentes niveles de la acción –es decir, la promoción, la prevención, la asistencia y la rehabilitación–. Ello implica tener en cuenta las características procesales en la construcción de los problemas y los daños. En consecuencia, cuanto antes se lo evite mayor será la eficacia en términos de resultados saludables, y menor el costo final.
- Abordaje de ciudadanía ampliada: aquella en la que se contemplan tanto los derechos como las obligaciones, y en cuanto a derechos se tienen en cuenta los políticos, civiles, sociales y ambientales.
- Abordaje de factores de riesgo y protectores: se contemplan todo tipo de factores influyentes en la salud de los adolescentes. El significado del término enfoque integral en políticas sociales, hace referencia a un tipo de abordaje amplio de la problemática social, superador de los enfoques restringidos que, al momento de afrontar la situación de un problema, ponen la atención únicamente en determinados factores, dejando de lado los otros. Este significado se relaciona con la manera de explicar un problema, desde una perspectiva multidimensional, y con la forma de encarar la estrategia de solución teniendo en cuenta todos los factores

relevantes –negativos y positivos– que tienen que ver con la cuestión.
(Ministerio de Salud)²⁰

Distintos paradigmas y enfoques en los que se basa la intervención ***Paradigmas y enfoques actuales***

El término *paradigma*²¹ se origina en la palabra griega παράδειγμα (paradigma), que significa *modelo o ejemplo*. Un *paradigma* es una concepción fundamental, dentro de un ámbito determinado, que informa, estructura y modifica los principios en los que se basa una ciencia o que regulan una actividad humana.²² Desde que el ser humano intenta intervenir de manera organizada, con estrategias, métodos y conceptos en la realidad social, lo va haciendo basado en algún paradigma que le da sustento a la tarea realizada. Este paradigma puede ser sostenido de manera consciente y aceptada, y ser promovido con intencionalidad; o puede ser utilizado desde la interiorización práctica, de manera inconsciente. El modelo habitual que las ciencias sociales han tomado de las ciencias médicas, para intervenir en lo social, es el enfoque o modelo del riesgo. En el mismo se parte de la enfermedad / problema, se desagrega este problema en los factores de riesgo y se interviene sobre los mismos.

Un modelo innovador y complementario al modelo del riesgo es el modelo del bienestar. El mismo comenzó a pensarse desde la psiquiatría y otras disciplinas, a partir de una investigación que dio origen al concepto de resiliencia y luego al modelo del bienestar. Se entiende la resiliencia como *la capacidad de la persona y la comunidad para sobreponerse a la adversidad, construir sobre ella y proyectarse en el futuro. La investigación y la capacitación son dos componentes fundamentales en los que se apoyan sus acciones dirigidas a mejorar la calidad de vida de las personas y las comunidades*²³.

²⁰ MERCER, RAUL (Coordinador). *Salud en la adolescencia: avances hacia un enfoque integral*. Ministerio de Salud. Unidad coordinadora ejecutora de programas materno Juveniles y Nutricionales. <http://www.sasia.org.ar/sites/www.sasia.org.ar/files/Salud%20Integral.pdf>. Última fecha de consulta: Junio de 2011.

²¹ Diccionario Wikipedia

²² [Humberto Garzaro](#). Diccionario Wikipedia

²³ Definición tomada del Centro Internacional de Estudios sobre Resiliencia (C.I.E.R.). <http://www.unla.edu.ar/departamentos/desaco/centros/cier/index.php>. Fecha de última consulta: abril de 2012.

El enfoque del riesgo, como mencionamos anteriormente, fue propuesto desde a salud pública para enfrentar la enfermedad, disminuir el daño y la mortalidad en las personas y las comunidades. Luego este enfoque se fue expandiendo y utilizando en el diseño y evaluación de programas y proyectos sociales. Las investigaciones y diagnósticos basados en este modelo se centran en la descripción exhaustiva de las enfermedades y en el intento de descubrir causas o factores que pudiesen explicar las consecuencias negativas, o no deseadas, tanto en lo biológico, como en lo mental. Esto, trasladado a las ciencias sociales hace tomar como población focal aquella que tiene problemas concretos como drogadicción, fracaso escolar y actividad delictiva o un alto grado de vulnerabilidad a caer en estos problemas.

El especialista en drogadependencias de la Universidad Complutense de Madrid, Castaño Pérez, menciona que el paradigma del riesgo, ha prevalecido e incluso prevalece aún, porque ha mostrado su efectividad en cuanto a ubicar grupos vulnerables, priorizar necesidades de atención, optimizar recursos humanos, técnicos y económicos y prevenir a partir de la identificación del riesgo de lo negativo o problemático ya instituido. Podemos decir que el paradigma del riesgo se centra en identificar, medir y tratar de disminuir factores de riesgo. Los factores de riesgo son cualquier característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe va unida a una elevada probabilidad de dañar la salud o estado general. Otra definición de factor de riesgo considera que son circunstancias o características personales y/o ambientales que puede aumentar la probabilidad que una persona o una comunidad, presente o desarrolle una enfermedad, un accidente, un daño o una problemática. Ejemplo: si se interviene en el tema de adolescencia y consumo de drogas se pueden identificar como factores de riesgo tales como fracaso escolar, amigos que usan drogas, pobreza crónica, consumo de droga en la familia, normas antisociales, etc. Sin embargo en la práctica las intervenciones a partir del *enfoque de riesgo*, empezaron a mostrar, personas y comunidades, que aunque pertenecían a grupos vulnerables y poseían un sinnúmero de factores de riesgo, no desarrollaban el problema o lo padecían en menor intensidad; incluso se encontraron personas y grupos cuya

probabilidad de verse involucrados en diferentes problemáticas sociales eran menores que la de otros.

El paradigma del bienestar propone la potenciación, desarrollo y fortalecimiento de los atributos y/ o características de protección y el desarrollo consecuente de conductas resilientes, evitando centrarse única y exclusivamente en las debilidades y factores de riesgo, ya que las personas, familias o comunidades no están expuestas sólo a factores de riesgo, sino que también pueden tener, estar expuestos o desarrollar factores protectores.

Cuadro: comparativo del paradigma de riesgo y de bienestar

Paradigma del riesgo	Paradigma del bienestar
Es tomado de las Ciencias Médicas, aproximadamente a comienzos del siglo XX.	Surge en la década de los 80, con el auge de los resultados de una investigación realizada en Hawai ²⁴ .
Basado en la identificación y mitigación de factores de riesgo.	Basado en la identificación y promoción de factores protectores.
Se evalúa en qué medida disminuyen los factores de riesgo y cómo incide esto en la disminución de la presencia de una problemática o la probabilidad de que la misma exista.	Se evalúa en qué medida aumenta la presencia y calidad de factores protectores en la vida de personas, familias y comunidades.
Programas abocados principalmente al tratamiento de una problemática.	Programas abocados principalmente a la prevención inespecífica o prevención primaria.

²⁴ WERNER, E.E. (1982): *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New Cork: McGraw-Hill

Se denomina enfoque a la dirección o procedimiento que se adopta ante un proyecto, situación, problema u otra cosa, que implica la manera particular de valorarla o considerarla.

En la bibliografía referida a diseño de políticas y programas sociales encontramos una gran multiplicidad de referencias a distintos enfoques. Uno de ellos es el enfoque de derechos se lo puede definir a través en una comparación con el enfoque de necesidades (Geidernmark, 2002)²⁵. Ambos enfoques tienen como objetivo colaborar con la supervivencia y desarrollo del potencial de cada persona, pero se diferencian en sus fundamentos y las implicancias de los mismos a la hora de programar.

Veamos algunos aspectos de la comparación a través del siguiente cuadro:

Cuadro: comparativo del enfoque de necesidades y el enfoque de derechos

Enfoque de necesidades	Enfoque de derechos
Trata los síntomas.	Trata las raíces y las causas.
Bienestar, caridad.	Derechos legales, demandas, garantías.
Jerarquía de necesidades.	Los derechos no pueden dividirse, son indivisibles e interdependientes.
Las necesidades varían según la situación, el individuo, el entorno.	Los derechos son universales.

²⁵ Geidernmark Eva, G. (2002). *Programación de los Derechos del Niño. Manual para los Miembros de Save the Children*. Estocolmo: Alianza internacional Save the Children.

Perspectivas a corto plazo, cerrando brechas.	Perspectivas a largo plazo.
Los niños y adolescentes pueden participar con el fin de mejorar la prestación.	Los niños son participantes activos por derecho.
La determinación de las necesidades es subjetiva	Los derechos se basan en estándares internacionales

El enfoque de derechos fortalece las capacidades del individuo para el ejercicio de sus derechos y parte de la universalidad, la igualdad y la no discriminación (Balbín 2008²⁶). Según este autor los derechos son interdependientes y están integrados; los titulares deben tener un rol protagónico con una participación activa y los portadores de obligaciones deben rendir cuentas.

El hecho de trabajar con un enfoque de derecho implica básicamente:

- Comprender que es *deber* del Estado, la sociedad y la familia, adoptar las medidas que sean necesarias para la plena vigencia, ejercicio efectivo, garantía, protección, exigibilidad de la totalidad de los derechos de niños, niñas y adolescentes (Art. 1 del Código).
- Tomar en cuenta *todos* los derechos en conjunto. Trabajar con un enfoque de derechos significa trabajar pensando en el conjunto de los derechos de una manera simultánea y articulada. Esto se basa en la comprensión del sujeto portador de derechos como un sujeto integral, teniendo en cuenta todas sus dimensiones: física, intelectual, psicológica, afectiva, sexual, emotiva.
- Propiciar *vínculos afectivos* en todos los entornos del desarrollo de la vida de niños, niñas y adolescentes.

²⁶ BALBÍN, Jesús (2008). *Metodologías para la inclusión del enfoque de derechos en el desarrollo de los planes*. Programación de los Derechos del Niño. Save the Children.

- Darle un rol central a la *participación* de niños, niñas y adolescentes en todos los asuntos que les afecten.

Otro enfoque es el denominado *de la promoción o de factores protectores*; este propone la prevención de diversas conductas de riesgo y de diversas problemáticas psicosociales a través de la potencialización y el fortalecimiento de los atributos y/o características de protección y el desarrollo consecuente de conductas resilientes, en lugar de centrarse única y exclusivamente en las debilidades y en unos factores de riesgo en particular.

Los factores protectores son las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y en muchos casos, de reducir los efectos de circunstancias desfavorables.

Muchos son los que han investigado y escrito sobre factores protectores. A continuación se presenta un cuadro síntesis, que muestra un listado de factores protectores, en subgrupos definidos por cada uno de los autores y manuales que los han difundido. En el mismo están aquellos factores protectores que se mencionan como tales, y también se encuentran los que se han identificado como características de una persona resiliente y aquellos identificados desde el enfoque de habilidades para la vida.

CAPÍTULO V

La escuela y la salud de las y los adolescentes

Hace no mucho tiempo la escuela era un espacio con una larga lista de normas que definía quiénes eran aptos para estar y quiénes no. Si una adolescente quedaba embarazada debía dejar la escuela. Si un grupo de jóvenes resultaba problemático era expulsado. La escuela estaba para educar. Sin embargo el rol de la escuela se ha ampliado principalmente bajo la premisa de la inclusión.

¿Por qué la escuela debería intervenir en las problemáticas de salud de las y los adolescentes?

- Porque la escuela es el principal agente de socialización
- Actúa en la vida de las personas en edades claves
- Es obligatoria
- Las y los docentes son o pueden llegar a ser excelentes agentes de prevención debido a su cercanía, liderazgo y tiempo compartido con las y los adolescentes.
- Además, en el primer capítulo desarrollamos el concepto de salud como una acción comunitaria donde cada institución se constituye en un actor vital para la construcción de una salud más plena.

La materia salud y adolescencia

Esta materia es relativamente reciente en el currículo de la escuela secundaria de la provincia de Buenos Aires.

“Salud y adolescencia” se dicta en 4º año y desarrolla una concepción de adolescencia y del rol de la escuela en la salud de los mismos muy relacionados a lo que venimos trabajando en los capítulos precedentes.

Esta materia, como todas las del currículo de la Provincia de Buenos Aires, busca la formación de ciudadanos y ciudadanas. Esta formación debe ser integral, inclusiva y permanente. Se busca entender a las y los adolescentes como sujetos

de acción y derechos, y que también sean propositivos frente a las problemáticas que les toca atravesar o que atraviesa la sociedad.

La materia salud y adolescencia “prevé la construcción de saberes desde la problematización”²⁷, poniendo en debate los conceptos de salud, enfermedad, adolescencia, normalidad, entre otros. Esto se logra en la reflexión entre pares y el análisis crítico. También se le da a los estudiantes un lugar clave en el compromiso activo en el desarrollo de acciones de prevención y promoción de la salud.

“Se puede afirmar que la salud ya no puede considerarse como ámbito de conocimiento privado, hegemónico y exclusivo de la medicina, donde los profesionales son los únicos habilitados y proveedores de la salud”²⁸. Esto es lo que estuvimos trabajando en el capítulo I en relación al concepto de salud, en el que llegamos a ver una postura que tiende a ver el proceso de construcción integral y colectiva.

En relación a los contenidos de la materia podemos ver que los mismos están agrupados en cinco módulos. El primero abarca todo lo referido a los conceptos de salud y enfermedad, teniendo en cuenta aportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), como así también los aspectos culturales e históricos que permiten resaltar diferentes puntos de vista a lo largo de la historia. El segundo módulo pone el acento en las miradas que han existido y existen acerca de la adolescencia y los procesos de salud y enfermedad. Se desarrollan en este módulo algunas problemáticas como las relaciones familiares, la rebeldía, el consumo de sustancias legales e ilegales. El módulo 3 está completamente focalizado en la educación sexual integral, abarcando cuestiones de género, salud sexual y procreación responsable y prevención de enfermedades de transmisión sexual. El cuarto módulo posiciona a la salud como un derecho, trabajando sobre el rol del estado, el sistema público, las políticas públicas y la relación entre desarrollo social y salud.

²⁷ Diseño curricular para la educación secundaria: Salud y Adolescencia, 4º año (2010). Dirección General de cultura y educación. Buenos Aires

²⁸ Idem 27

Finalmente el módulo 5 se ocupa de la promoción y prevención y la participación y compromiso de los jóvenes en la promoción de prácticas saludables.

El diseño brinda orientaciones didácticas; a modo de ejemplo mencionamos las siguientes, todas tomadas literalmente del documento guía para quienes dictan esta materia²⁹:

- Aporte información actualizada y pertinente acerca de los temas a desarrollar.
- Favorezca la fundamentación de las posiciones establecidas en relación con los contenidos trabajados en la materia
- Propicia instancias de socialización de los temas trabajados y de las producciones que se relacionan con los mismos (publicaciones, trabajos de la comunidad, divulgación en sitios de internet...)
- Aporte experiencias de trabajo respecto a la promoción y prevención de la salud, experiencias modélicas de participación juvenil para que los estudiantes los incorporen como marco de referencia en el desarrollo de sus propios proyectos.

Creemos que la incorporación de esta materia es sumamente valiosa, Podemos decir que busca reflexionar sobre conceptos como salud, enfermedad y adolescencia para deconstruirlos y volverlos a construir a partir del debate y la reflexión; aborda las problemáticas que afectan a las y los adolescentes y les da un lugar activos en la prevención de los mismos y la promoción de la salud.

²⁹ Idem 27

CAPITULO VI

PRESENTACIÓN DE CASOS MODÉLICOS

Campaña Un Trato por el Buentrato

Ellos tienen todo el potencial para promover sus derechos y poner el asunto en la sociedad... se trata de ponerlos en otro rol, darles la posibilidad de proponer, inventar, crear, porque ellos son los protagonistas.

Equipo de CLAVES³⁰

Presentación

Un trato por el buentrato es una campaña de sensibilización pública protagonizada por adolescentes de diversas organizaciones que se capacitan como promotores de buentrato. Esta campaña nació en Uruguay y en ese país se lleva a cabo desde el 2003 de manera consecutiva. Actualmente se ha difundido a varios países de América Latina; uno de estos países en Argentina; desde 2006 se desarrolla en la ciudad de Villa María³¹, provincia de Córdoba y en algunas localidades de la provincia de Buenos Aires. *Un trato por el buentrato* es parte del Programa Claves³².

Se trata de una campaña de vacunación simbólica que busca mostrar el tema del maltrato y la violencia de una forma positiva, donde los adolescentes son los protagonistas y busca sensibilizar a la población y, especialmente también, empoderar a los adolescentes de una forma propositiva en el tema del buen trato.

³⁰ Programa dependiente de Juventud para Cristo Uruguay. www.claves.org.uy

³¹ En Villa María la campaña es coordinada por la Fundación Kairós, www.kairos.org.ar

³² Programa dependiente de Juventud para Cristo Uruguay. www.claves.org.uy

El objetivo general es: promover el cumplimiento de los derechos de la infancia y la adolescencia especialmente en lo que refiere a la participación, al maltrato y al abuso sexual

Este objetivo se estructuran en base a 3 ejes: la promoción de los derechos de infancia y adolescencia, la participación y el protagonismo de adolescentes y jóvenes en la defensa de sus derechos, y, finalmente, la sensibilización y la búsqueda de compromiso de la propia comunidad a fin de promover relaciones equitativas entre géneros y generaciones³³.

Líneas de acción

- Capacitación de los adolescentes
- Sensibilización pública

La propuesta busca promover conductas, actitudes individuales y comunitarias de *buentrato*, y fortalecer y desarrollar factores protectores en los propios niños y niñas y fundamentalmente en los/las adolescentes y jóvenes que participarán protagónicamente en todas las instancias de la campaña. De esta manera se visibilizan los temas de maltrato y de relaciones inequitativas, así como el tema de la infancia y la adolescencia (que en general es analizada a partir de sus carencias y dificultades) desde una perspectiva positiva y esperanzadora, que se visualiza a través de una *fiesta*, las instancias de vacunación en las calles, terminales de ómnibus, plazas y centros de estudios. *(Tomado del proyecto 2006)*

Esta campaña es uno de los tres pilares que tiene el Programa Claves: un primer pilar es la propuesta educativa para desarrollar fortalezas en la niñez y en la adolescencia, un segundo pilar es una propuesta que tiende a desarrollar fortalezas en la familia, bien tratantes y un tercer pilar es la sensibilización pública, poner el tema en el tapete, en la prensa, en las calles, los diálogos de café, poner el tema de una manera esperanzadora, propositiva, constructiva, la campaña.

³³ Tomado del proyecto escrito en 2006

Sacadudas Móvil. Consultorio Móvil para Adolescentes

*Una duda encerrada en nuestra mente
puede destruirnos, una duda puesta en
palabras
puede cambiar nuestra historia.*

Presentación

El *Sacadudas Móvil* es un proyecto piloto que se implementó en la localidad de La Cumbre, Provincia de Córdoba, durante los últimos meses del 2010. Este consultorio móvil dependía del Hospital Municipal Dr. Oscar Vignaroli, pero funcionaba principalmente en las escuelas de la localidad serrana.

La propuesta se centra en el acercamiento del hospital a los adolescentes como forma de propiciar la accesibilidad de los mismos a la salud. Se basa también en la reivindicación de la duda, transformándola en un motor de conocimiento para una vida más saludable, a partir de la creación de un espacio en el que la misma puede ser puesta en palabras, escuchada, debatida y transformada.

Los objetivos del proyecto son:

- Promover la salud integral de los adolescentes y la prevención de problemáticas prevalentes.
- Propiciar la accesibilidad de los adolescentes a un espacio de consultas libre, profesional, integral, confidencial y cercano a los lugares habituales de los mismos.
- Coordinar los esfuerzos y recursos de las escuelas, y otras organizaciones, con el Hospital en la búsqueda de promover el bienestar integral de los adolescentes.

Líneas de acción:

- Consultorio móvil en las escuelas
- Consultorio móvil en el Hospital
- Realización de charlas–debate solicitadas por las y los adolescentes

En el consultorio se brinda asesoramiento, consejería, información, teléfonos y direcciones útiles y folletos sobre las temáticas consultadas. Para hablar con los adolescentes se utilizan técnicas participativas, rotafolios, láminas, rompecabezas, power point y juegos de mesa. En los casos necesarios se realizan interconsultas, y/o derivaciones con otros profesionales y organizaciones abocadas a la salud de los adolescentes.

También, a través de este proyecto, se les da la oportunidad a los adolescentes de tener un espacio para plantear ideas sobre proyectos de prevención de los cuales ellos mismos puedan ser protagonistas.

Programa Juntos y en Paz

*La paz es un estado de bienestar,
y eso tiene mucho que ver con la salud.*

Ana Somoza

Presentación

El Programa *Juntos y en Paz* depende de la Asociación Civil *Fortalecer, recursos para familias y comunidades*³⁴, la cual tiene sedes en los partidos de Cañuelas y Tres de Febrero, de la Provincia de Buenos Aires.

Este programa está centrado en la promoción de estrategias de prevención de la violencia y educación para la paz, a través de la capacitación y la producción de un manual denominado *Juntos y en Paz*³⁵. La Directora del programa y escritora del manual es Ana Somoza³⁶. El manual es teórico-práctico y se desarrolla en seis capítulos; en el primer capítulo aborda la problemática de la violencia, en los capítulos que siguen se analizan distintas estrategias de prevención de la violencia y promoción de la cultura de la paz a través de la construcción de la convivencia, la educación de las emociones, la resolución de conflictos, el aprendizaje cooperativo y la enseñanza de valores.

Cada uno de estos capítulos incluye variados juegos y actividades que pueden utilizarse de diversas maneras con grupos de niñas, niños y/o adolescentes; A modo de ejemplo, pueden implementarse en breves momentos al inicio o cierre de programas de enseñanza, en comedores, campamentos, escuelas, iglesias,

³⁴ <http://www.fortalecerfamilias.org/index.html>

³⁵ SOMOZA, Ana R. (2009) *Juntos y en paz. Recursos para prevenir la violencia en grupos de niñas, niños y adolescentes*. Buenos Aires. Ediciones Fortalecer

³⁶ Profesora en Ciencias de la Educación (UBA), especialista en Didáctica (UBA), miembro fundadora y Directora Editorial de FORTALECER.

etc. También se pueden organizar talleres especiales de educación para la paz en los que se desarrollen las actividades.

Objetivos

1. Brindar herramientas teóricas y prácticas para ayudar a grupos de niños, niñas y adolescentes a relacionarse entre sí sin usar la violencia, en los distintos contextos en que puedan encontrarse: comedores, brigadas, campamentos, escuelas, talleres, recreos o colonias de vacaciones, iglesias, entre otros espacios.
2. Promover la utilización de recursos y estrategias para gestionar una buena convivencia en los grupos y fomentar una cultura de paz.

Líneas de acción

- Elaboración y distribución de un manual teórico práctico dirigido a líderes de grupos de niñas, niños y adolescentes.
- Capacitación a líderes de niñas, niños y adolescentes: docentes, directivos, coordinadores de grupos, trabajadores sociales, profesionales de la salud, etc.

CAPÍTULO VII

TRABAJO DE CAMPO

Para realizar esta investigación la unidad de análisis seleccionada se constituyó en entrevistas a docentes del nivel secundario que ejercen actualmente en escuelas privadas y públicas de La Matanza.,

En cuanto a la unidad de recolección de la información, conté con una muestra total de 3 entrevistas. He realizado entrevistas estructuradas, a docentes con aproximadamente 10 años de experiencia.

La metodología utilizada fue de tipo cualitativa la cual permitió analizar, a partir de la evidencia producida mediante las entrevistas realizadas, si las docentes y a través de ellas la escuela incide en la salud de las y los adolescentes, y si estos pueden llevar a cabo proyectos de prevención en los cuáles puedan ser protagonistas.

La entrevista

La entrevista cualitativa puede ser considerada como un diálogo generado y guiado por el entrevistador, quien selecciona intencionalmente a quienes desea entrevistar identificando variables en relación con su investigación, y lo hace con un fin cognitivo y de manera flexible. Si bien es el entrevistador quien dirige la entrevista, es importante que el entrevistado pueda tener libertad al expresarse, utilizando su lenguaje y explicando sus ideas.

De acuerdo con las características de la investigación realizada, las entrevistas efectuadas fueron estructuradas. Todos los docentes entrevistados recibieron las mismas preguntas, en el mismo orden. Las preguntas en este tipo facilitan la recolección de datos, aunque no de manera estricta y a su vez permiten realizar un análisis comprensivo del fenómeno a investigar.

El análisis de datos se focalizará en los sujetos y los resultados serán expresados en forma de narración.

Docentes entrevistadas

Docente A: es Lic. En biología, profesora en Ciencias Naturales, dicta la materia que analizamos hace 7 años y medio. Da clases en un colegio privado ubicado en una zona de clase alta de La Matanza.

Docente B: es profesora de Psicología y Ciencias de la educación, da clases de salud y adolescencia hace 9 años, ejerciendo la docencia en una escuela pública ubicada en una zona vulnerable de La Matanza.

Docente C: Es profesora de psicología y Lic. en psicopedagogía, diplomada en educación sexual integral (ESI). Hace 11 años que dicta la materia en escuelas de gestión pública y privada de La Matanza.

Análisis de las entrevistas a los docentes

Profesión de origen

No existen profesorados de salud y adolescencia. A esta materia la dictan profesores y profesionales de diferentes disciplinas.

De las docentes entrevistadas una pertenece al área de la biología y las ciencias naturales, y las otras dos a profesorados en psicología, con formación en ciencias de la educación (B) y en psicopedagogía (C). La profesora C también tiene una diplomatura en ESI.

Por lo general se toman para dar esta materia a profesoras y profesores de biología que es la materia que anteriormente daba los temas relacionados a la salud desde un sentido más biológico: partes del cuerpo, desarrollo, pubertad, cambios en la adolescencia, etc.

Si bien el concepto de salud es tomado en el diseño curricular de la materia en un sentido amplio, entendiéndolo como biopsicosocial, el imaginario social y el

de selección de disciplinas para hablar de “salud” siguen siendo prevalente las relacionadas a las ciencias naturales.

Hemos visto los principales problemas de salud de adolescentes que menciona la OMS, la OPS y encuestas de factores de riesgo y vemos claramente que no son factores biológicos los que ponen en riesgo la salud de las adolescencias, sino que tienen que ver más bien con formas de vida y construcciones sociales aprendidas.

Hay carreras como el trabajo social que están bonificadas para dar esta materia, pero no están habilitadas. Tal vez sea una lucha pendiente del colegio profesional, o una revalorización por parte de la educación de los alcances de esta profesión en cuanto a la salud de las y los adolescentes.

Principales problemáticas que perciben y fuentes utilizadas para realizar los diagnósticos

Como venimos viendo, esta tesina intenta desentrañar la intervención de la escuela a través de la materia salud y adolescencia en las principales problemáticas de las y los adolescentes. Por esta razón poder conocer cuáles son las problemáticas que se identifican por parte de los docentes pensando en la adolescencia en general es un dato de suma relevancia.

En relación a las fuentes para pensar los diagnósticos y principales problemáticas las docentes mencionan el diseño curricular de la materia y los planteos de las y los adolescentes en el aula. La profesora A dice *“teniendo presente que el diseño curricular para la educación secundaria de la provincia de Buenos Aires es prescriptivo...es decir establecen con carácter de ley qué y cómo enseñar en los establecimientos educativos de la provincia...las principales problemáticas que se abordan en clase son”* y ahí enumera una lista de seis problemáticas que citaremos más abajo. Por otro lado, la misma profesora comenta que *“las problemáticas mencionadas surgen de propuestas de actividades que abren a debate y diálogo con las y los estudiantes”*. La docente B en relación a las fuentes para conocer las problemáticas nos dice *“son*

las propias respuestas de los alumnos de manera oral y escrita en relación a las diferentes temáticas planteadas en clase". La docente C habla de la principal problemática que identifica y en relación a la fuente dice *"durante las clases que abordamos esta problemática muchas adolescentes expresan lo vivenciado por amigas o por ellas mismas"*.

En relación a la fuente para el diagnóstico podemos notar que la principal es la originada en la expresión de las y los adolescentes que cursan la materia. Una de las profesoras menciona también tomar las problemáticas del diseño curricular. La docente B no menciona las problemáticas del diseño curricular pero se pueden ver plasmadas en la planificación anual. Esto nos permite ver una fortaleza en el diagnóstico participativo y contextualizado. Las y los adolescentes hablan de lo que les pasa y esto es tomado por las docentes y articulado con el diseño curricular.

Ninguna de las docentes menciona la utilización de fuentes tales como los informes de la OMS y la OPS sobre las principales problemáticas de las y los adolescentes a nivel mundial y continental. Tampoco toman, o al menos no lo dan a conocer, los datos de las encuestas nacionales sobre factores de riesgo en la adolescencia. Tener en cuenta estos informes que están basados en investigaciones podría brindar una mayor apertura en la identificación y prevención de problemáticas. A modo de ejemplo, el suicidio en la adolescencia es una de las principales problemáticas de las que hablan estas fuentes, y es un problema que existe en el partido de La Matanza, sin embargo no se lo toma como temática para trabajar en clase ni se realiza la prevención que la problemática amerita.

Hablamos hasta ahora de las fuentes, veamos ahora los diagnósticos de las principales problemáticas a partir de un cuadro comparativo.

OMS	Diseño curricular	Profesora A	Profesora B	Profesora C
VIH y otras ETS (Salud sexual)	Educación sexual integral Prevención y detección precoz de ETS	Perspectiva de género, patriarcado y movimientos feministas. No se habla tanto sobre ETS		
Embarazos y partos prematuros Salud sexual		Cuidados para evitar embarazos no deseados		
Malnutrición y obesidad		Desórdenes alimentarios		
Salud mental			Falta de proyectos de vida a futuro, baja autoestima	
Consumo de tabaco	Información y promoción de la salud respecto del uso y abuso de sustancias psicoactivas			
Consumo nocivo de alcohol Alcohol y droga		Consumo de drogas. Percepción de estar fuera de peligro		
Violencia (principalmente violencia callejera)			Violencia en los noviazgos	Violencia en los noviazgos
Traumatismos y seguridad vial				
Derechos de las y los adolescentes	El derecho a la salud El rol del Estado		Carencia de políticas en relación a la contención del	

	La articulación intersectorial		adolescente actual No ha propuestas del estado accesibles a jóvenes de bajos recursos al terminar el secundario	
Otro temas o problemáticas no mencionados por la OMS		Cambios físicos, psicológicos y sociales en la adolescencia	Falta de chequeos médicos de rutina. Falta de contención y acompañamiento familiar	

Vemos que hay cierto desfasaje entre las problemáticas identificadas por la OMS, las del Diseño curricular y las que toman adolescentes. Por un lado esto indica que las docentes se centran en las problemáticas del diseño curricular, principalmente la profesora A, y aquellas que las y los estudiantes manifiestan en clase, todas las docentes, principalmente las profesoras B y C. Llama la atención que las principales causas de muerte en la adolescencia según lo que identifica la OMS casi no son abordadas, nos referimos a los accidentes viales, la violencia callejera y el suicidio. Igualmente algunas problemáticas no son mencionadas por las docentes cuando se les realiza la pregunta sobre las mismas, pero se las menciona en otros momentos de la entrevista.

Problemáticas detectadas durante el desarrollo de la materia y modalidad de intervención

-Detección

La profesora A relata una situación en la que a partir de una película se visualizan situaciones de consumo temprano de drogas “donde la protagonista es llevada por un desconocido con el consecuente riesgo de abuso sexual” uno de los estudiantes comenzó a sentirse mal y solicitó ir al baño.

La profesora B a lo largo del desarrollo de la materia ha detectado problemáticas de falta de proyectos de futuro, baja autoestima, falta de contención y apoyo familiar, violencia en el noviazgo, embarazos no planificados y ausencia de cuidados y chequeos médicos.

La profesora C comenta que las y los estudiantes hablan de sus problemas y buscan respuestas en esta materia, “en esta materia hablan cosas que en otras no”.

-Modalidad de intervención

Como mencionamos, la profesora A detectó malestar de un estudiante frente a una película que mostraba escenas de consumo y riesgo de abuso sexual. La intervención de ella cuando el adolescente se levantó para salir de la clase fue ir detrás de él y realizar una charla empática refiriéndole que muchas veces ella tenía problemas similares “pero con escenas donde se mostraban agujas pronto a ser inyectadas”. La profesora le dijo que su técnica era cubrir los ojos hasta que terminara la escena y le dio una interpretación de dónde podía venir su problema frente a esas escenas. La profesora A continúa su relato “Sentí que no percibirse único en atravesar este tipo de incomodidades lo alivió”. Desde el análisis del concepto de salud en un sentido amplio e integral podemos ver que la intervención fue adecuada en tanto a detectar que algo le estaba afectando al estudiante y charlar a solas con él; sin embargo también podemos decir que no se intervino adecuadamente en relación a la posibilidad de que el adolescente se explaye sobre qué le estaba pasando a él con esta situación y que el “taparse los ojos hasta que pase” es seguir viviendo como si no pasara nada en vez de

tratar de profundizar en lo que está pasando o ha pasado anteriormente. La profesora dio aviso a la Dirección para la intervención del gabinete psicológico. Saber hasta qué punto puede llegar la intervención de uno y cuando es necesario dar intervención a otros profesionales es un buen indicador. Lo que no hay que dejar de cuenta es:

-Aprovechar el tiempo en el que surgen los indicadores, porque la sensibilidad y disponibilidad para hablar pueden estar en ese preciso momento y después pueden volver a reprimirse o el adolescente puede decidir no volver a hablar del tema.

-Aprovechar el vínculo con el que se da la situación. La materia salud y adolescencia desarrolla durante todo el año contenidos de amplia sensibilidad y asertividad en relación a temáticas que las y los adolescentes pueden estar viviendo. Si la o el docente se muestra atento a las inquietudes, dispuesto a la escucha e interesado por sus estudiantes, posiblemente ellos y ellas generen un vínculo estrecho, basado en el sentimiento de ser aceptado, como vimos cuando desarrollamos el tema de la resiliencia. En la escuela puede haber otros profesionales con mayor capacitación o expertiz en determinada problemática, pero no hay que tener de vista la apertura que puede tener el adolescente con aquel en quien tiene una relación de confianza

La profesora B frente a las problemáticas mencionadas, tales como falta de proyectos de futuro, baja autoestima, entre otros, ha intervenido en algunas situaciones conversando con los estudiantes, brindando contención. En otras ha hablado con el equipo de orientación escolar “para sumar más miradas y acciones”. En otros casos ha sumado a otros actores institucionales. Al igual que en el caso de la profesora A la primera intervención ha sido la conversación y contención con las y los estudiantes. La Profesora B tiene otras herramientas por ser profesora de psicología. Igualmente ha trabajado con otros profesionales y actores de la institución.

La profesora C mencionó el problema de la violencia en los noviazgos. En relación a las intervenciones que realiza en esta problemática y otras dice que aprovecha la apertura que genera en las y los adolescentes las temáticas abordadas en esta materia. Ella arma espacios de intercambio y diálogo más allá

del espacio aúlico. También forman grupos de whatsapp donde se pueden consultar y compartir temas de interés, películas y series que permitan ampliar lo trabajado en clases. En relación a las interconsultas con otros actores la profesora C conversa con los preceptores y equipo de orientación escolar.

Proyectos de prevención

Teniendo en cuenta que uno de los módulos de la materia hace referencia a la promoción de proyectos de prevención le preguntamos a las profesoras sobre experiencias que hayan realizado con respecto a los mismos.

La profesora A realizó proyectos de prevención sobre las siguientes problemáticas: drogas legales e ilegales, salud mental y adolescencias, Diversidad corporal, métodos anticonceptivos, interrupción del embarazo. Veamos ahora las distintas modalidades utilizadas:

-Para el tema relacionado al consumo de drogas legales e ilegales utilizó talleres protagonizados por estudiantes de 4º año (estudiantes de la materia salud y adolescencia) dirigido a estudiantes de 3º año. En este caso tomamos lo hablado anteriormente sobre la importancia del protagonismo de las y los adolescentes en la prevención, siendo ellos y ellas los que hablan de la problemática y se dirigen a otros. Esto es lo que vimos en el caso del programa “Hagamos un trato por el buen trato”, la campaña de vacunación simbólica y concientización sobre la violencia que fue protagonizada por adolescentes. No es lo mismo ser receptor que ser protagonista. Lo que uno escucha puede olvidarse rápidamente, no así lo que uno vivencia. Por esto mismo resaltamos también la otra modalidad utilizada por la profesora A para trabajar la temática del consumo que fue realizar juegos de roles. Poder anticiparse a una situación, imaginar e interpretar la conducta es una muy buena estrategia de prevención. En el Consultorio Móvil para adolescentes (consultorio del Hospital que iba a la escuela) presentado como caso, se utilizaba el trabajo con grupo de adolescentes con juegos con tarjetas en las que había situaciones hipotéticas y las y los adolescentes tenían que decir que haría si les pasa eso. El juego es parte de un kit llamado: “jugando nos fortalecemos para resolver situaciones difíciles”. El juego permite

desdramatizar y vivenciar de una manera placentera el abordaje de temáticas que de otra manera posiblemente presentarían rechazo.

Otro proyecto fue un conversatorio en el que estuvieron invitados profesionales de la salud mental y la justicia. En esta caso los adolescentes no son protagonistas, pero pueden tener un rol importante y de apropiación de lo trabajado mediante el estudio previo y realización de preguntas y presentación de posturas frente a lo que los profesionales van desarrollando.

Con el tema de los métodos anticonceptivos tuvieron una charla con la ginecóloga (madre de una alumna). En esta temática hay que tener cuidado de no reducir la sexualidad a métodos anticonceptivos, y a una charla. Esto puede ser un disparador, pero la educación sexual integral requiere ser continua y transversal a otros contenidos de esta materia y a otras materias del colegio. También hay que tener cuidado en relación al vínculo entre la persona que da la charla y los estudiantes, para que no se inhiban para hablar de sus dudas o situaciones vividas.

También se realizó una charla en relación a uno de las problemáticas que la profesora A identificó como prioritaria en relación al cuerpo, problemas de alimentación, discriminación o demasiada relevancia que podría tornarse en un riesgo para las y los adolescentes. Nuevamente la modalidad de intervención tiene como protagonista a una tercera persona que “sabe del tema” y los estudiantes como receptores.

En relación a la temática de la interrupción del embarazo (cuando aún estaba en debate la ley) se realizó un debate con representantes de las distintas posturas. Este proyecto permite a las y los adolescentes poder comprender los fundamentos de las diferentes posturas y poder elegir cuál es la posición que toman ellas y ellos a partir de lo que escuchan. Más allá del tema de la interrupción del embarazo también pueden comprender la posibilidad de tener diferentes puntos de vista y convivir sin violencia. Vimos que la violencia es uno de los principales causantes de muerte en la adolescencia. La idea de la competencia y el querer eliminar al que piensa diferentes están sumamente instalados en la sociedad. Vimos como el caso “Juntos y en paz trabaja fuertemente en la búsqueda de la aceptación del otro, la no competencia, y el

aprender a resolver conflictos de manera no violenta. Todo esto es importante para eliminar rivalidades que nacen de concepciones que enfrentan no a las posturas o pensamientos sino a las personas.

La profesora B elaboró proyectos de prevención en relación a temáticas tales como: violencia, adicciones y embarazo adolescente.

Por un lado conformó grupos para que busquen información y preparen las diferentes temáticas y luego las expongan en el curso y se genere debate y reflexión. Esto, como vimos antes, les da un papel importante a los estudiantes, y va formando su opinión y construyendo una posible manera de actuar frente a la problemática trabajada.

Al igual que la profesora A, la profesora B utilizó juegos de interpretación de roles. En este caso fue para trabajar desde una perspectiva teatral el tema de las manipulaciones de los agresores hacia las víctimas. El poder reconocerlos a través de la elaboración de una obra teatral o improvisación les permite poder identificarlos también en la vida cotidiana. Si a esta misma obra que desarrollan entre ellas y ellos la llevarían a un escenario con destinatarios de la misma escuela, o un radio teatro en una radio barrial, entre otras posibilidades, pasarían del trabajo interno al protagonismo como preventores de la violencia, enriqueciendo aún más su postura y fortalecimiento, y al mismo tiempo dando mayor alcance al proyecto preventivo al tener como destinatarios a más personas de la escuela o comunidad.

Otro de los temas abordados por la profesora B fue el embarazo de las adolescentes. En este caso trabajó un proyecto para que las y los estudiantes comparen su proyecto de vida teniendo o sin tener hijos en la adolescencia. La profesora quedó muy preocupada al realizar esta actividad porque la mayoría de las y los adolescentes refirió que era igual tener hijos antes o después porque de todo modo ese era el único proyecto al que podía aspirar. Aquí podemos ver claramente como muchas veces desde el rol de analistas ponemos como centro del problema a la o los adolescentes y sus “malas decisiones”, cuando en realidad hay problemas que devienen de situaciones más macro o estructurales, como puede ser la falta de oportunidades, la pobreza crónica (vivida de generación en generación). Se tienen que poder visibilizar estas problemáticas

estructurales y de falta de políticas públicas inclusivas y de equidad de derechos, con acceso a la movilidad social ascendente.

La profesora C mencionó como principal problema la violencia. Como proyectos de prevención diseñó un violentómetro para visibilizar la presencia de violencia en el aula y el barrio. Lo que más utilizó son las nuevas tecnologías, trabajando de manera conjunta con otros espacios curriculares, armando flyers, posteos en instagram y otras redes sociales.

CONCLUSIONES PROPOSITIVAS

Los lineamientos nacionales e internacionales para el abordaje de la salud integral de las adolescencias marcan en reiteradas oportunidades la importancia del rol de la escuela y su incidencia en este grupo etario.

Las leyes y paradigmas que abordan la salud de las y los adolescentes también muestran que la salud ya no es un campo de propiedad indiscutida de los médicos, sino una construcción social en la que cada actor tiene oportunidad de intervenir para poner al alcance la salud como un derecho.

Tomando estos lineamientos y leyes, ya habiendo tomado contacto con el quehacer docente a través de la materia salud y adolescencia proponemos, sin desconocer las dificultades que se pueden encontrar en el proceso, que esta materia ingrese a los currículos de CABA y de todas las provincias de nuestro país.

Otro punto importante es poder reconocer las problemáticas que afectan a las y los adolescentes, las cuáles no son estáticas ni iguales en todos los contextos. Es importante que las y los docentes puedan realizar diagnósticos profundos y continuos. Tener en cuenta los informes de la Organización Mundial de la Salud, de la Organización Panamericana de la Salud y otros informes a nivel nacional como la encuesta de factores de riesgo puede ayudar a abordar ciertos temas que no están presentes en el Diseño Curricular de la materia Salud y adolescencia. Es importante que las y los docentes estén atentos también a lo que les pasa a su grupo de estudiantes y contexto cercano, tomando los contenidos de la materia “como una excusa” para reflexionar y permitir que vayan surgiendo otras temáticas en las que esta materia y el vínculo con los docentes se presentan como un espacio privilegiado.

En cuanto a los proyectos de prevención podemos ver los que abordaron las docentes entrevistadas y también, dentro del marco teórico, los casos modélicos. El diseño curricular plantea la importancia de poder buscar proyectos llevados a cabo que puedan adaptarse al curso, sus intereses y fortalezas. Es indispensable poder construir bancos de datos de buenas prácticas en proyectos de prevención

y promoción de la salud llevados a cabo para y por adolescentes. Cuando marcamos la diferencia entre el “para” y el “por” hacemos hincapié en la importancia del protagonismo de las y los adolescentes en estos proyectos. Es importante que haya proyectos destinados para ellos, pero más aún que estén protagonizados por ellos, poniéndose la camiseta de promotores de salud, lo cual configura una identidad proactiva fundamental para prevenir problemáticas en sus vidas y en la de otros y otras.

Por último resaltamos la importancia de comprender el rol del estado en la promoción de la salud que entendemos como un derecho. Es fundamental incidir en las prácticas y decisiones que toman las y los adolescentes en relación a aquello que puede contribuir a su salud,; sin embargo no podemos poner “en sus espaldas” todas las problemáticas que atraviesan. De esto también hablaron las docentes entrevistadas. Se puede trabajar muchos con los estudiantes, pero son necesarias políticas públicas que brinden oportunidades de movilidad social ascendente para que las y los adolescentes puedan vislumbrar futuros deseables y también posibles.

Desde las escuelas no podemos cambiar toda la realidad que vivencian las y los adolescentes, pero somos una de las instituciones que más tiempo pasa con los adolescentes, construimos vínculos de gran incidencia en la vida de los estudiantes, y a través de la materia salud y adolescencia podemos construir debates, espacios de escucha, trabajo intersectorial y proyectos de prevención que marquen saludablemente la vida de las y los adolescentes.

Se ha construido un camino sumamente valorable, y las oportunidades de intervención pueden seguir creciendo porque aún hay mucho por hacer.

BIBLIOGRAFÍA

ABERASTURY, Arminda (1971). *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. Editorial Paidós. Argentina

Asesorías en salud en escuelas secundarias. Lineamientos para la implementación (2018). UNICEF y Ministerio de Educación de la Nación. Argentina

BALBÍN, Jesús (2008). *Metodologías para la inclusión del enfoque de derechos en el desarrollo de los planes*. Programación de los Derechos del Niño. Save the Children. Colombia

CASA GORJAL, Alicia y GOYRET, María Eugenia. (2005) *Manos al Taller*. Editorial CLAVES, Montevideo, Uruguay

Diseño curricular para la educación secundaria: Salud y Adolescencia, 4º año (2010). Dirección General de cultura y educación. Buenos Aires

ERIKSON Erik (1972). *Sociedad y Adolescencia*. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.

FREIRE YODER, Priscila (2011) *Sacadudas Móvil; consultorio móvil para adolescentes*. Ministerio de salud de la Provincia de Buenos Aires. Buenos Aires

FREIRE YODER, Priscila (2012) Tesis de Maestría: "Notas para el diseño y gestión de políticas y programas de abordaje integral de la salud de adolescentes". FLACSO. Argentina

Geidenmark Eva, G. (2002). *Programación de los Derechos del Niño. Manual para los Miembros de Save the Children*. Alianza internacional Save the Children. Estocolmo

Ley de protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes; Decretos reglamentarios (2006) Comisión Técnica para la reglamentación de la

ley N° 26.061. Ministerio de Desarrollo Social. Presidencia de la Nación.
Argentina

MELGAREJO, Mariana y MELO, Adrián. (2010) Diseño Curricular para la educación secundaria ciclo superior: Salud y adolescencia. Ministerio de Educación. La Plata, Buenos Aires. Argentina.

MERCER, RAUL (Coordinador). *Salud en la adolescencia: avances hacia un enfoque integral*. Ministerio de Salud. Unidad coordinadora ejecutora de programas materno Juveniles y Nutricionales. Tomado de:
<http://www.sasia.org.ar/sites/www.sasia.org.ar/files/Salud%20Integral.pdf>.
Última fecha de consulta: Junio de 2011.

OBIOLS Guillermo, Silvia Di Segni de Obiols (1993). *Adolescencia, Posmodernidad y Escuela Secundaria*. Kapeluz Editora S.A. Buenos Aires. Argentina

OPS Salud del adolescente (2020) Tomado de
<https://www.paho.org/es/temas/salud-adolescente>. Última consulta 2020

OPS Adolescentes, principales riesgos para la salud y soluciones (2018).
Tomado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions> Última consulta 2020

SOMOZA, Ana R. (2009) *Juntos y en paz. Recursos para prevenir la violencia en grupos de niñas, niños y adolescentes*. Ediciones Fortalecer. Buenos Aires. Argentina