

PREVENCIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO

RISK BEHAVIORS PREVENTION

DRA FRANCISCA CORONA H.(1), DRA. ELDTRETH PERALTA V. (2)

1. DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA Y ADOLESCENCIA. CLÍNICA LAS CONDES.

2. MÉDICO PEDIATRA CENTRO DE SALUD SERJOVEN. PROFESOR ASISTENTE UNIVERSIDAD DE CHILE.

Email: mcorona@clc.cl

RESUMEN

Las conductas de riesgo en la adolescencia contribuyen en las principales causas de morbilidad y mortalidad de esta etapa.

Los hábitos adquiridos y consolidados en la adolescencia pueden además contribuir a la morbilidad y mortalidad precoz. Los profesionales de salud deben conocerlas, saber evaluar y prevenir riesgos, y promover conductas saludables.

En este artículo se presentarán las teorías de riesgo, de protección y resiliencia y del desarrollo juvenil positivo. Se entregarán herramientas para mejorar las estrategias preventivas y de promoción de salud en la práctica clínica en base a estos enfoques y la evidencia nacional e internacional.

Palabras clave: Conductas de riesgo adolescente, protección, resiliencia, desarrollo juvenil positivo, fortalezas, prevención, promoción salud.

SUMMARY

Risk behaviors in adolescence contribute to the major cause of morbidity and mortality at this stage. Habits acquired and consolidated in adolescence may also contribute to early morbidity and mortality. Health professionals should know how to assess and prevent risky behaviors, and how to promote healthy behaviors.

In this article, theories of risk, protection and resilience and positive youth development are presented. Based on these approaches, and on national and international evidence, tools to improve preventive strategies and to promote health in the clinical practice are given.

Key words: Adolescent risk behaviors, protection, resilience, positive youth development, strengths, prevention, health promotion.

INTRODUCCIÓN

Los adolescentes tradicionalmente han sido considerados población saludable. Las tasas de mortalidad y morbilidad son relativamente bajas si se comparan con otros grupos de edad; sin embargo, al analizar las principales causas de morbimortalidad y los orígenes de éstas, aparece una nueva forma de considerar el estado de enfermedad, en la que se incluyen los factores y conductas que amenazan el bienestar y salud de los individuos.

En la adolescencia se puede iniciar una amplia gama de conductas de riesgo que afecten la salud biopsicosocial, posibilidad que varía según la etapa de la adolescencia que estén cursando (Tabla 1). Muchas veces estas conductas continuarán en la adultez, contribuyendo a la morbilidad y mortalidad adulta precoz.

Los profesionales de salud que trabajan con adolescentes pueden y deben ser agentes relevantes en la prevención y así disminuir las posibles consecuencias negativas para ellos. La evaluación de riesgos sociales y conductuales forma parte de las guías de cuidado en las visitas de supervisión de salud y la prevención se ha vuelto un aspecto fundamental en la educación e investigación pediátrica.

Como los esfuerzos preventivos tradicionales, basados en detectar riesgos y actuar sobre ellos previniendo las posibles consecuencias dañinas, no han producido el impacto esperado, en los últimos años se han sumado acciones fundamentadas en la promoción general de un desarrollo juvenil positivo. Este enfoque orienta a los adolescentes a buscar activamente y a adquirir las fortalezas personales, ambientales y sociales, que les permitan ir forjando su desarrollo psicosocial y una salud física adecuada.

TABLA 1. ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA Y CONDUCTAS DE RIESGO

Inicial: 10 a 13-14 años. Primeros intentos de la necesaria salida desde la familia al exterior. Se inician algunas conductas de riesgo, por ejemplo, consumo de alcohol y tabaco.

Media: 14-15 a 16-17 años. El hecho central es el distanciamiento afectivo de la familia y acercamiento al grupo de pares. Período de mayor posibilidad de involucramiento en conductas de riesgo.

Tardía: 17 -18 a 19 años. Última fase del camino hacia el logro de identidad y autonomía. En general el adolescente ha aprendido de sus experiencias y según cómo éstas hayan sido, y según el equilibrio con factores y conductas protectoras, las conductas de riesgo se intensificarán (o más frecuentemente disminuirán) progresivamente.

A continuación se expondrán datos estadísticos que confirman la importancia de considerar las conductas de riesgo como parte del bienestar de los adolescentes y elementos teóricos a la base, tanto para ampliar la mirada del equipo de salud, como para las posibles acciones a realizar.

SITUACIÓN DE SALUD Y CONDUCTAS DE RIESGO EN LOS ADOLESCENTES

En base a la proyección del Censo 2002, en 2010 hay en Chile 2.817.251 adolescentes, 1.432.840 hombres y 1.384.411 mujeres, correspondiendo a un 16.5% de la población general (17.094.270) (1).

Una de las conductas de riesgo más relevantes de esta etapa son las violentas y las asociadas con accidentes. De hecho, la primera causa de mortalidad en jóvenes chilenos (15 a 25 años) son los accidentes vehiculares (13.4%), seguida por tumores (11.7%) y suicidio (10.5%), siendo todas las tasas mayores en hombres que en mujeres (1) (2). Por otro lado las hospitalizaciones entre los 15 y 19 años corresponden a causas obstétricas (30%) en primer lugar, y a traumatismos, envenenamientos y otras externas (13%) en segundo lugar (3).

La actividad sexual no protegida, es otra importantísima conducta generadora de enfermedad, en especial si consideramos sus principales posibles consecuencias, embarazo e infecciones de transmisión sexual. En Chile, la edad de inicio de relaciones sexuales declarada por jóvenes entre 15 y 29 años en el 2009 fue de 17.1 años en mujeres y 16.3 años en hombres (4). Entre los 13 y 15 años, el 14 a 17% ya habría tenido relaciones sexuales según la Encuesta Mundial de Salud Escolar (5) y en la Segunda Encuesta de Calidad de Vida, un 17% de los adolescentes de 16 a 19 años declaró haber tenido dos parejas sexuales en el último año (6). En el 2004 14,9% de los nacimientos fueron de madres adolescentes. En el 2009, 17% de los adolescentes de 15 a 19 años declaró haber tenido un embarazo no deseado, y un 35% de éstos reconoció haber realizado aborto (4). La mayoría de los 7072 casos de VIH acumulados al 2009 entre los 20 y 29 años, así como los 7585 casos de SIDA entre los 30 y 39 años en Chile, se han contagiado muy probablemente durante la adolescencia o juventud. La tasa de notificación de VIH y SIDA entre el año 1990 a 2009 fue de 26.8 por 100.000 habitantes entre los 10 y 19 años de edad (7).

Respecto el consumo de sustancias, conducta que se inicia frecuentemente en esta etapa de la vida, la edad promedio de inicio del alcohol en Chile es 12,6 años. La prevalencia de consumo de último mes fue de 35% en alumnos de octavo básico a cuarto medio en el año 2009, con un 10% de abuso de alcohol (≥ 5 vasos de alcohol en una salida nocturna), el que aumenta a mayor curso (17% en cuarto medio) (8). Un 11.2% de los adolescentes de 15 a 19 años cataloga para bebedor problema (4). El consumo de tabaco se inicia a los 10 años, y en la mayoría es después de los 12 años (9). El 44.5% de los adolescentes de 15 a 19 años ha fumado al menos una vez en su vida (6). La prevalencia de uso diario se mantiene en alrededor de 15% (10) y la de uso en último mes disminuyó de 42 a 33% desde 2003 a 2009 (8). En relación al consumo

de marihuana, desde el 2004 al 2008 éste aumento entre los 12 y 18 años de 6.2% a 9.1%. La prevalencia de consumo de último año en escolares de 8° básico a 4° medio fue de 15% el 2001, destacando en 2009 un importante aumento en cursos menores (8° básico) y un aumento general de la intensidad de consumo (> 10 veces al año) (8, 10).

En otras áreas, se consideran también los aspectos nutricionales. Si bien los hábitos alimentarios se establecen en edades previas, la malnutrición en exceso se mantiene y aumenta en prevalencia durante la adolescencia. En Chile, alrededor del 35% de los adolescentes entre los 13 y 15 años presenta malnutrición en exceso, con un 28% de sobrepeso, y 7% obesidad. Menos del 20% consume frutas y verduras diariamente y 40% consume bebidas azucaradas todos los días (11). Destacan las conductas alimentarias anómalas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria. Un estudio en Chile demostró un 8,3% de riesgo de trastorno de conducta alimentaria en población adolescente escolar de tres colegios de la Región Metropolitana (12).

La deserción escolar que consiste en el abandono de los estudios por causas distintas a una enfermedad aguda que justifique el ausentismo escolar, se constituye en un riesgo altísimo en diferentes aspectos y tanto a corto como mediano y largo plazo. La deserción escolar se produce mayoritariamente al ingresar o durante la enseñanza media. La tasa de éxito oportuno en la enseñanza media es de un 58.5% entre 1997 y 2002 y la tasa de éxito total de 77.8% en el mismo período (14, 15). Un 6.9% de los adolescentes entre los 14 y 17 años y un 30.7% entre los 18 y 19 años se encuentra fuera del sistema escolar y no ha finalizado la enseñanza media según CASEN 2003, con importantes desigualdades según nivel socioeconómico.

La salud mental de una población puede determinar un aumento de conductas no saludables, por ejemplo, es la conocida relación entre depresión y suicidio. El 38% de los adolescentes escolarizados de 13 a 15 años de las regiones Metropolitana, I, V y VIII ha presentado síntomas depresivos en los últimos 12 meses, 20% ha considerado seriamente el suicidio y 16% lo ha planificado. Un 18% de los adolescentes de 15 a 19 años se siente nervioso, ansioso o estresado siempre o casi siempre y un 27,5% algunas veces (5, 6).

A nivel internacional, destaca la Encuesta sobre Conductas de Riesgo Juvenil de Estados Unidos, año 2007 (16). En ella se muestra que cerca de un tercio de los estudiantes de educación media tenía dos o más conductas de riesgo y un 15% tenía cinco o más. La prevalencia de múltiples conductas de riesgo aumenta dramáticamente hacia el final de la enseñanza media, particularmente en hombres y en desertores escolares. Los adolescentes que reportaron usar al menos un tipo de sustancia, con probabilidad usaron otras. Entre los con problemas de conducta con alcohol el 40% había usado otras drogas en la vida. Entre los que habían usado alguna vez otras drogas aparte de marihuana, más del 55% tenía problemas conductuales con alcohol, y más del 45% había consumido marihuana el último mes. Entre los que habían consumido marihuana el último mes o habían consumido alguna vez otra droga,

más del 40% había tenido tristeza persistente y había estado involucrado en 2 o más peleas. Hubo diferencias significativas de cada factor de riesgo según género. Los hombres evidenciaron mayor número de conductas de riesgo, se involucraron más en conductas problemáticas por alcohol, porte de arma, peleas físicas, uso de marihuana, ideación suicida importante, relaciones sexuales antes de los 13 años y fumar regularmente. Las mujeres experimentaron mayor tristeza, más trastornos de conducta alimentaria, falta de ejercicio físico la semana previa, y actividad sexual no protegida.

Las conductas no saludables para bajar de peso se asociaron con alta probabilidad a conductas de riesgo de salud mental y de consumo de sustancias: 55% tenía tristeza persistente, 40% había considerado seriamente o había planeado suicidarse, 45% tenía conductas de riesgo con alcohol, y 40% usaba drogas diferentes de marihuana.

En resumen existen diferentes estadísticas, tanto nacionales como internacionales que confirman la relevancia de las conductas como determinantes de enfermedad y/o salud, de donde deriva la importancia de conocer los elementos teóricos y prácticos de abordaje, el cual debe ser idealmente intersectorial e interdisciplinario.

ABORDAJES TEÓRICOS

Teoría del Riesgo.

Son conductas de riesgo aquellas acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por un individuo o comunidad, que puede llevar a consecuencias nocivas. Son múltiples, y pueden ser bio- psico-sociales. El estudio de ellas ha mostrado que son particularmente intensas en la adolescencia. A ello contribuyen diferentes características propias de la edad, entre las que destaca la "sensación de invulnerabilidad" o mortalidad negada, la necesidad y alto grado de experimentación emergente, la susceptibilidad a influencia y presión de los pares con necesidad de conformidad intragrupal, la identificación con ideas opuestas a los padres y necesidad de trasgresión en el proceso de autonomía y reafirmación de la identidad, el déficit para postergar, planificar y considerar consecuencias futuras (corteza prefrontal en desarrollo) y otros como la influencia de la testosterona en hombres, la asincronía de desarrollo tanto en mujeres (pubertad precoz y riesgos en sexualidad), como en hombres (retraso puberal y conductas para validación de pares) (17, 18, 19, 20).

La subestimación de los riesgos es habitual en los adolescentes en diferentes circunstancias. Será más probable, cuando está en juego su imagen, cuando se han habituado a ellos, cuando creen poder controlarlos y/o tienen expectativas de daños poco significativos, cuando se relacionan con importantes ganancias personales o cuando tienen una actitud fatalista y creen que los riesgos son inevitables (Sauer 2001). En base a la evidencia reciente en neurociencia, Steinberg propone que las áreas dopaminérgicas, íntimamente relacionadas con los llamados "circuitos de recompensa" estarían implicadas en los aspectos sociales y emocionales que influyen en que los adolescentes tomen conductas de

riesgo. Estas áreas maduran después de las áreas predominantemente cognitivas (corteza prefrontal), lo que explicaría biológicamente cómo, conociendo los riesgos y posibles consecuencias dañinas, se involucren igualmente en dichas conductas (21).

La idea central en esta teoría, es trabajar con factores y conductas de riesgo y actuar sobre ellos previniendo las posibles consecuencias dañinas para la salud. “El uso de cinturón de seguridad en automóviles” es un buen ejemplo de la lógica subyacente. Se asume que a mayor conocimiento de los eventos negativos, mayor posibilidad de evitarlos, pero se ha demostrado que no basta tener conocimientos adecuados para generar cambios (15, 17).

Teorías de Protección y Resiliencia

La acción basada solo en riesgos, además de mostrar debilidades, contribuyó al predominio de una visión e identificación más bien negativa de los adolescentes. Considerar los factores y conductas protectoras, la mayoría de ellos espejos de las de riesgo, agrega un componente importantísimo para aumentar la eficacia del trabajo preventivo. Se entiende como conductas de protección aquellas acciones voluntarias o involuntarias, que pueden llevar a consecuencias protectoras para la salud, son múltiples y pueden ser bio- psico-sociales.

La teoría de la resiliencia nace de la observación de niños y adolescentes que, a pesar de estar expuestos a condiciones de vida adversas, llegan a ser adultos saludables y positivos. En general la resiliencia es entendida como aquella característica humana que permite recuperarse y superar la adversidad. Es un concepto que nos centra en los factores protectores, que pueden ser propios como la inteligencia, locus de control interno, sentido del humor y habilidades empáticas; o externos o circunstanciales como la cohesión familiar, al menos un padre amoroso, sentido de pertenencia escolar, etc. Es difícil saber si un adolescente relativamente no desafiado por el ambiente la está desarrollando, y porque estar libre de riesgos no significa necesariamente estar preparado para la adultez, es importante poder identificar fortalezas universales que pueden ser útiles a todos los adolescentes (22, 23, 24).

Por otra parte, no se debe olvidar que dosis graduales y controladas de problemas pueden constituir factores positivos si se consideran sus funciones, como el aprender a responder en forma adecuada, saludable y constructiva, las posibilidades de fortalecer la autoestima y autoeficacia a través de logros, de desarrollar destrezas sociales y tomar decisiones. Los adultos más cercanos, como son los padres, constituirán una fuente fundamental de modelaje, pero también pueden ser factores externos positivos, al ser fuentes de apoyo y crecimiento, los pares, el colegio, la comunidad y la sociedad.

Teoría del Desarrollo Juvenil Positivo

Con la búsqueda de aquellas características útiles para todos los adolescentes, aparece el concepto de “desarrollo juvenil positivo”. Se refiere al desarrollo normal y saludable en toda circunstancia, y no sólo en la adversidad. La colaboración hacia el desarrollo positivo juvenil entre los

médicos, los propios adolescentes, sus padres, y la comunidad, facilitará que los adolescentes pasen de ser meros receptores a ser individuos activos, informados que deliberadamente hacen opciones sanas para ellos mismos (25). Este enfoque pretende potenciar al adolescente completo más que aspectos puntuales de su desarrollo, ambiente o personalidad, que tengan logros específicos a las etapas y tareas del desarrollo, e interacciones positivas con la familia, barrio y contextos social y cultural (26).

ABORDAJE CLÍNICO

Las intervenciones clínicas requieren del desarrollo de habilidades de comunicación ya que los adolescentes pueden resistirse a discutir temas sensibles como son el uso de sustancias y/o sexualidad. Deben realizarse desde la adolescencia inicial, ajustarse a las habilidades cognitivas emergentes, acomodarse a sus necesidades de desarrollo, ser personalizadas al género e incluir evaluación de la salud mental, fortalezas individuales y factores protectores (ver artículo “El control de Salud del Adolescente”).

Es necesario conocer tanto lo que se debe hacer, como lo que no se debe hacer. Las discusiones “inadecuadas” sobre riesgos pueden arruinar las relaciones con el paciente y/o con su familia, especialmente los sermones unidireccionales y/o el mal manejo de la confidencialidad. Las intervenciones ineficaces son, entre otras, las tácticas de intimidación o amedrentamiento, la segregación de grupos de adolescentes de riesgo, las intervenciones a corto plazo, la entrega aislada de información y conocimientos, y la exclusión de opciones de conducta. Las intervenciones probadamente efectivas, incluyen programas comunitarios colaborativos, entrenamiento en habilidades sociales, incorporación de la familia con fortalecimiento de las relaciones entre adolescentes y adultos, espacios de participación juvenil y, sin duda, una *atención individualizada e intensiva con identificación precoz de posibles problemas y tratamientos eficaces* (27, 28, 29).

Los clínicos que trabajen con adolescentes deben estar preparados para la evaluación tanto biomédica como psicosocial. La **evaluación de riesgos** aún es fundamental, especialmente al hablar de conductas de salud prevenibles (Tabla 2). La exploración de riesgos debe ser global e identificar la frecuencia y severidad de las diferentes conductas,

TABLA 2. GRANDES RIESGOS ADOLESCENTES (CDC 2007)

Nutrición y actividad física inadecuada
Actividad sexual que pueda conducir a embarazo no deseado o infección
Uso y abuso de sustancias
Conductas que contribuyan a lesiones no intencionales y violencia (homicidio/suicidio)

TABLA 3. FACTORES Y CONDUCTAS DE RIESGO Y PROTECCIÓN SEGÚN ÁREAS DE EVALUACIÓN

	Factores y Conductas de Riesgo	Factores y Conductas de Protección
Individuo	Sexo masculino Edad mayor de 14 años Vulnerabilidad biológica Déficit intelectual Temperamento impulsivo Maduración asincrónica Autoestima disminuida Psicopatología Conducta agresiva Escasa percepción de riesgo Mal rendimiento académico	Inteligencia normal Habilidades sociales Temperamento "fácil" Espiritualidad Adecuada autoimagen Autoeficacia Percepción de ser importante para padres Buen rendimiento académico Expectativas
Pares	Pares con conductas de riesgo	Pares sin conductas de riesgo Pares participativos
Familia	Disfunción familiar Estilos de crianza extremos Ausencia de reglas claras y de monitorización parental Conductas de riesgo en la familia Enfermedad crónica y psicopatología en familia Maltrato Nivel socioeconómico y educacional bajo Crisis de ciclo vital	Presencia de dos padres Vínculo con al menos uno de los padres: "emocionalmente disponible" Presencia parental en horarios claves Percepción de altas expectativas académicas de los padres Valores parentales claros Acceso a familia extendida Espaciamiento de hijos mínimo 2 años
Colegio	Carencia de vínculo Baja calidad de la educación Falta de actividades extracurriculares	Sentido de pertenencia Clima educativo abierto, positivo, orientador Normas y valores claros
Comunitarios y Sociales	Déficit de espacios de inversión del tiempo libre Disponibilidad de drogas, armas Pobreza, desempleo, marginación Vivienda insalubre Falta de acceso a servicios de salud Ausencia de políticas de salud y sociales	Espacios libres disponibles Barrios seguros Disponibilidad de empleos Vivienda adecuada Acceso a servicios de salud Políticas sociales

para poder distinguir entre experimentación normal, riesgo moderado y riesgo alto (30).

Los objetivos del desarrollo juvenil positivo en la consulta son aumentar la conciencia de los adolescentes para desarrollar fortalezas, en pro de su propia salud y bienestar, motivándolos y ayudándolos a tomar esta responsabilidad. La capacidad para detectar factores protectores o fortalezas es una herramienta básica en la prevención de riesgos y la promoción de salud. Constituye un repensar la manera de trabajar con adolescentes, para organizar y priorizar eficientemente el contenido de las guías anticipatorias y las visitas médicas en general (Tabla 3). Esta aproximación es congruente con las guías Bright Futures (31) para la supervisión de salud

y ha sido destacada por la OMS. Las guías proponen evaluar las tareas del desarrollo adolescente con esta mirada, preguntando acerca de lo que está funcionando bien en el paciente y su familia (Tabla 4) para así obtener información acerca de hábitos, cualidades, valores y habilidades del paciente, y recursos familiares y comunitarios que apoyen su desarrollo. Requiere conocer y entender qué son las fortalezas, saber preguntar y obtenerlas, aumentar la autoconfianza del adolescente reflejándoselas a él y sus padres y guiar para el desarrollo en áreas deficientes. La información da cuenta sobre el bienestar del paciente, le ayuda al profesional a mejorar la comunicación, promover autoeficacia y aumentar la satisfacción, especialmente con aquellos adolescentes que están viviendo situaciones difíciles (30). Los posibles desafíos a su implementación incluyen aprender

TABLA 4. PREGUNTAS SUGERIDAS PARA EVALUAR FORTALEZAS

¿Qué haces para estar sano?
¿Qué haces para ayudar a otros?
¿Quiénes son los adultos importantes en tu vida?
¿Cuáles son tus responsabilidades en la casa? ¿En el colegio?
¿Qué te gusta hacer los fines de semana? ¿Después de clases?
Si yo fuera a contratarte, ¿cuáles son las cosas que me harían querer hacerlo?

a estar atentos e identificar fortalezas en pacientes que no parecen tener los estándares tradicionales de éxito, recordar incluirlas siempre cuando se esté evaluando riesgo de salud, y encontrar tiempo suficiente y apropiado para preguntar o comentar sobre ellas en la visita.

Existen varios "listados de fortalezas" según diferentes autores que permite organizar la evaluación sistemática de estos y que pueden agruparse en las siguientes categorías: apoyo, empoderamiento, límites y expectativas, uso constructivo del tiempo, compromiso para aprender, valores positivos, identidad positiva (Tabla 5). Los estudios realizados a nivel comunitario coinciden en la importancia de las oportunidades de pertenencia, la construcción de destrezas sociales, la participación juvenil, las normas claras, las relaciones con adultos, y el tener acceso a información y servicios relevantes (26).

TABLA 5. LISTADO DE FORTALEZAS CON ADOLESCENTES Y PADRES

Círculo de Coraje BRENDTRO	Resultados deseables de la juventud: 5 C PITTMANN	Listo (READY) para la vida DUNCAN	Fortalezas durante la adolescencia BRIGHT FUTURES
<p>Espíritu de Generosidad: "Tengo un propósito en la vida"</p> <p>Espíritu de Independencia: "Tengo el poder de tomar decisiones"</p> <p>Espíritu de Maestría. "Voy a tener éxito"</p> <p>Espíritu de Pertenencia "soy amado"</p>	<p>Contribución</p> <p>Confianza</p> <p>Competencia</p> <p>Conexión</p> <p>Carácter</p>	<p>Relaciones con amigos, compañeros y familia.</p> <p>Energía para encontrar cosas para disfrutar.</p> <p>A conciencia (Awareness) del mundo alrededor, lugar en él y su contribución.</p> <p>Decisiones independientes: sabe hacer bien las cosas y puede controlar las conductas.</p> <p>Y dice si (yes) a conductas saludables.</p>	<p>Buena salud física y nutrición adecuada</p> <p>Peso adecuado</p> <p>Imagen corporal positiva</p> <p>Hábitos saludables y responsabilidad por la salud</p> <p>Cuidado oral sistemático</p> <p>Actividad física</p> <p>Actitud positiva</p> <p>Habilidades para el manejo de la rabia</p> <p>Experimentación segura</p> <p>Tiene confidentes y capacidad de intimar</p> <p>Competencia social</p> <p>Experimenta esperanza, goce, éxito en el amor</p> <p>Autoestima y espera éxito</p> <p>Aprende a manejar el estrés</p> <p>Demuestra independencia</p> <p>Identidad individual</p> <p>Respeto los derechos y necesidades de otros</p> <p>Establece objetivos</p>

Adaptado de Frankowski BL, Leader IC, Duncan PM. Strength-Based Interviewing. *Adolesc. Med* 20 (2009) 22-40.

Promoción de Fortalezas Ausentes. Aunque esta aproximación anima al adolescente a tomar responsabilidad creciente de su salud, es importante mantener una relación colaborativa con los padres y realizar consejería, especialmente a los padres de adolescentes más jóvenes con conductas de riesgo, ya que la mejoría en la comunicación, supervisión y otras habilidades de crianza pueden disminuirlas.

Con frecuencia los padres están tan preocupados de los riesgos de la adolescencia y de las conductas de sus hijos, que tienden a centrarse en los aspectos negativos de esta etapa, en vez de verla como una experiencia de crecimiento para los adolescentes y para ellos mismos. Explicarles lo que son las fortalezas, los ayuda a ver los hitos del desarrollo que se esperan, y ayudar a fomentarlo en las áreas necesarias. El Círculo de Coraje de Brendtro, por ejemplo, es una buena ayuda para profesionales y padres en esta tarea.

Como los jóvenes necesitan desarrollar fortalezas en todas las áreas, se puede usar como una herramienta estratégica que conduzca a una discusión estructurada sobre cambios de conducta deseables. Técnicas como psicoeducación, entrevista motivacional y consejería, tanto para adolescentes como para padres, así como en el trabajo con resiliencia y desarrollo juvenil positivo, serán consideradas como partes de estas estrategias.

La **psicoeducación** es un trabajo intelectual que constituye una técnica sencilla para conversar acerca de riesgos y factores protectores, después de la evaluación de los mismos. Esta técnica agrega a la clásica información entregada por los profesionales de la salud, su contextualización respecto el adolescente individual y su cotidianidad, lo que permite que pueda ser integrada desde lo más concreto y vivencial.

La **consejería** es una técnica que requiere mayor entrenamiento y constituye una importantísima herramienta de trabajo tanto con los adolescentes como con sus padres. En ella, el profesional no da consejos, si no que orienta y ayuda al adolescente a aclarar y/o a buscar soluciones propias, después de reflexionar, frente a un determinado problema. La "toma compartida de decisiones" incluye identificar el problema, explorar las opciones, considerar las consecuencias, hacer un plan, y realizar un seguimiento (32).

La **entrevista motivacional** es una estrategia terapéutica para el cambio, en la que se interviene considerando que el cambio surge siempre desde la persona y no se le puede forzar, pero sí potenciar. Tratar de hacer cambiar a alguien que no está preparado no sólo no es efectivo, sino que puede tener efectos iatrogénicos. Es un grupo de habilidades de entrevista estructurada que ayuda a los pacientes a avanzar en las etapas del cambio desde precontemplación, a la contemplación, a la preparación y a la acción. Las fases del cambio según el modelo de Prochaska y Di Clemente incluye 5 etapas, a saber: 1) pre-contemplativa, en que el individuo no considera aún la posibilidad del cambio; 2) contemplativa, en que está considerando la posibilidad de cambiar; 3) preparación, en que está planificando y comprometiéndose con el cambio; 4) acción, en que está realizando la conducta de cambio; y 5) mantenimiento, que es sostener

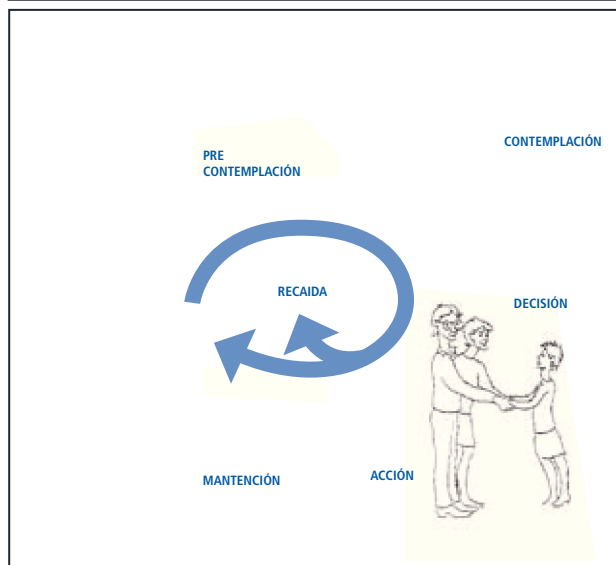
a largo plazo el cambio. El ciclo incluye la posibilidad de recaída, la que siempre debe ser anticipada para diseñar, con el adolescente, cómo se enfrentará (Figura 1). Las estrategias de la entrevista motivacional son cinco: expresar empatía, desarrollar discrepancia, evitar discusiones, rodar con la resistencia y apoyar y fomentar la autoeficacia. Las técnicas fundamentales también son cinco: preguntas abiertas, escucha reflexiva, afirmaciones, resúmenes, y provocar afirmaciones autoafirmativas (33).

Con fortalezas a su haber, los adolescentes pueden ser animados a tomar riesgos que se podrían denominar "saludables". Ello se entiende al analizar el que al tomar riesgos y fracasar, se puede contar posteriormente con la fortaleza, confianza y esperanza para tratar nuevamente, lo que ayuda a los adolescentes a transformarse en adultos resilientes. Las autoras consideran relevante incorporar en la cotidianidad una orientación desde los aspectos más positivos, descentralizándose de las miradas tradicionalmente más negativas de los adolescentes y sus conductas. Es por ello que se profundizó más en algunos elementos teóricos y prácticos relacionados con este enfoque.

Finalmente y a modo de conclusión

La adolescencia constituye una etapa de la vida diferenciable, con sus propias características y necesidades en salud. Las conductas tomadas por los adolescentes son eje de su morbi mortalidad. El conocimiento científico disponible a la fecha confirma la importancia de darle un lugar específico a la medicina de los adolescentes considerando las diferentes evidencias nacionales e internacionales. En Chile está pendiente la formulación de políticas sanitarias en sus particularidades, que incluyan elementos de promoción, prevención y tratamiento, asegurando acceso a equipos intersectoriales e interdisciplinarios motivados y capacitados para trabajar en su beneficio.

FIGURA 1. ETAPAS PARA EL CAMBIO



Dibujo cortesía Janet Treasure.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadísticas y Comisión Económica para América Latina. Chile: proyecciones y estimaciones de población país. Total país 1950 -20150.
2. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. La Juventud en Iberoamérica. Tendencias y Urgencias. Octubre 2004.
3. Robledo P; Baeza J. Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes. Ministerio de Salud de Chile 2008-2015.
4. Instituto Nacional de Juventud. Sexta Encuesta Nacional de Juventud. Chile 2009.
5. Ministerio de Salud de Chile, OMS, OPS, CDC. Encuesta Mundial de Salud Escolar, Chile 2004.
6. Ministerio de Salud Subsecretaría de Salud Pública División de Planificación Sanitaria. II Encuesta de Calidad de Vida y Salud Chile, 2006.
7. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud. Chile. Evolución del VIH-SIDA Chile, 1984-2009.
8. CONACE Ministerio del Interior, Gobierno de Chile. VIII Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, de Octavo Básico a Cuarto medio. 2009.
9. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud de Chile 2005. Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes (EMTA joven). Chile 2003.
10. CONACE, Ministerio del Interior, Gobierno de Chile. Octavo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile. 2008.
11. Medina B, González C, Burgos A, et al. Estudio en Escuelas con y sin Estrategia "Establecimientos de Educación Promotores de la Salud" Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria. Departamento de Promoción de la Salud, División de Políticas Públicas Saludables y Promoción de la Salud, Minsal Chile. http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/EMSE/EMSE_Malnutricion_Exceso_Adolescentes.
12. Correa M L, Zubarew T , Silva P, Romero M I. Prevalencia de Riesgo de Trastornos Alimentarios en Adolescentes Mujeres Escolares de la Región Metropolitana. *Rev Chil Pediatr* 77 (2); 153-160, 2006.
13. Espíndola E, León A. "La Deserción Escolar en América Latina: un tema prioritario para la agenda nacional", División de Desarrollo Social, CEPAL, 2002
14. División Social, MIDEPLAN, Chile. "Adolescentes y jóvenes que abandonan sus estudios antes de finalizar la enseñanza media: Principales Tendencias". CASEN 2003.
15. Neinsten LS, MacKenzie R. and Morris R. Chapter 77: High-Risk and out-of-control behaviour. *Adolescent Health Care: A practical Guide*, 4th edition., 2004
16. Fox HB, McManus MA, Arnold KN. Significant Multiple Risk Behaviors Among U.S. High School Students. The National Alliance to Advance Adolescent Health, Fact Sheet NO-8, March 2010.
17. Krauskopf D. Las conductas de riesgo en la fase juvenil. www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/youth/doc/not/libro37/libro37
18. Orientaciones Técnicas. Atención de Adolescentes con Problemas de Salud Mental, Dirigida a los equipos de atención primaria de salud. Ministerio de salud de Chile, Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades, Departamento de Salud Mental, Programa de Salud del Adolescente y Joven. 2009.
19. Kranzler J, Briley R, Diamond F, Watson M. Is short stature a handicap? A comparison of the psychosocial functioning of referred and no referred children with normal short stature and children with normal stature. *The Journal of Pediatrics*, 1999; 136: 96-101.
20. Laitinen-Krispijn S, Van der Ende J, Hazebroek_Kampschreur A, Verhulst F. Pubertal maturation and the development of behavioral and emotional problems in early adolescence. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 99: 16-25.
21. Steinberg L, A Social Neuroscience Perspective on Adolescent Risk- Taking, *Dev Rev*, 2008 March; 28 (1): 78-106.
22. Munist M, Kotliarenco M A, Suárez O, Grotberg E. Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. OPS, OMS, Fundación W.K. Kellogg. Autoridad Sueca para el desarrollo Internacional (ASDI). Septiembre de 1998.
23. Kotliarenco M A, Cáceres M. Fontecilla.X Estado de arte en resiliencia. OPS, Centro de estudios y atención del niño y la mujer. Julio 1997.
24. Fonseca H, Helping adolescents develop resilience: steps the pediatrician can take in the office. *Adolesc Med* 21 (2010) 152-160.
25. NovakLise M and A. Youngblade C, Theokas, J, Schulenberg L Curry I-C, Risk and Promotive Factors in Families, Schools, and Communities: A Contextual Model of Positive Youth Development in Adolescence. *Pediatrics* 2007;119;S47-S53.
26. Duncan PM, Garcia AC, Frankowski BL, et al. Inspiring healthy adolescent choices:a rationale for and guide to strength promotion in primary care. *J Adolesc Health*. 2007; 41 (6): 525-535.
27. Breinbauer C, "¿Cómo construir un programa en prevención de salud para adolescentes?" .2003, OPS. <http://paho.org/Spanish/AD/FCH/CA/Construir.ppt>
28. Glanz K., Rimer X. y Lewis M, "Health Behavior and Health Education, Theory, Research" OPS, 2002.
29. Subsecretaría de Salud Pública, División de prevención y control de enfermedades Departamento de salud mental, Programa de salud del adolescente y joven. Orientaciones Técnicas. Atención de adolescentes con problemas de salud mental. Dirigida a los equipos de Atención Primaria de Salud. Ministerio de salud de Chile, 2009.
30. Frankowski BL, Leader IC, Duncan PM. Strength-Based Interviewing. *Adolesc. Med* 20 (2009) 22-40.
31. Hagan JF, Shaw JS, Duncan P. Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents. 3ra edición, Elk Grove Village, h; American Academy of Pediatrics; 2008.
32. González M I. La consejería para adolescentes. Apuntes de clase. En prensa.
33. Erickson S, Gerstle M., Feldstein S: Brief Interventions and Motivational Interviewing with Children, Adolescents, and their Parents in Pediatric Health Care Settings. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 159, Dec. 2005.

Las autoras declaran no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.