

EL ADOLESCENTE EN EL CONTEXTO ACTUAL

Margarita Barrón

Adolescencias

Los adolescentes constituyen hoy en día uno de los grupos vulnerables, que más atención reclaman de la sociedad. Están “instalados” en una parte específica del ciclo de la vida, superando los paradigmas que la consideran una moratoria o transición entre niñez y adultez. Al mismo tiempo, no podemos hablar de “una”, sino varias adolescencias cruzadas por variables históricas, económicas, sociales, culturales, etáreas, de género, generándose así tensión entre la heterogeneidad que muestran los adolescentes (emos, rastas, punk, metal, Mtv, pibes chorros, okupas, etc.) y el discurso homogenizador de la globalización que plantea “la adolescencia” como problema. Apoyamos el planteo de Rossana Reguillo Cruz de una visión positiva que tome en cuenta fortalezas y potencialidades: su fuerza numérica, sensibilidad estética, capacidad de protagonismo y participación, solidaridad y lealtad a quienes consideran pares, avidez para aprender y aprovechar oportunidades, postura crítica constructiva, voluntad para promover cambios, capacidad de emprender actividades nuevas, actitud proactiva para superar barreras (económicas, sociales psicológicas, etc.). Pero a la vez nos cuestionamos. ¿Todos? A medida que avanzamos en el conocimiento se hace cada vez más patente una doble vulnerabilidad de los adolescentes que han dejado la escuela y cuya visión de la sociedad en que están inmersos es estrecha y no vislumbra un futuro.

Dentro de esta heterogeneidad han armado redes desde donde constituyen su identidad y construyen sentidos y significaciones en torno a qué entienden por salud, bienestar, calidad de vida, además de sostenerse (o no) en las tradicionales instituciones sociales: la familia y la escuela como espacios privilegiados para la formación social. Las representaciones que los actores sociales tenemos, se construyen socio-históricamente en procesos inter-subjetivos e intra-subjetivos y por eso es importante que los adolescentes se den espacios para reflexionar acerca de sus relaciones con “los otros” y consigo mismos. Por ello puede resultar de utilidad analizar a los adolescentes desde distintos niveles:

- Nivel Individual: El adolescente como sujeto bio-psico-social en desarrollo dando importancia a lo afectivo, lo cognitivo, lo social.
- Nivel Social: En relación a la dinámica familiar, como portavoz y emergente de la problemática familiar (Pichon Riviere), como miembro de otros grupos de socialización.

- Nivel Institucional: Tanto en cuanto a la sobredeterminación institucional, especialmente la institución escolar como al impacto de otras instituciones.
- Nivel Comunitario: Las condiciones de vida, valores sociales y aspectos ideológicos que condicionan estilos de vida.

Así partimos del adolescente en su propio medio con un enfoque de desarrollo humano integral que involucre los medios para obtenerlo: salud y bienestar, educación, empleo y participación social, para lo cual se hace necesario desarrollar y mejorar la capacidad de respuesta de las instituciones sociales.

La calidad de vida, según la OMS, se entiende como la *“percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes”*. En la naturaleza multidimensional del término “calidad de vida” radica la potencialidad de las intervenciones que pueden proponerse, la dificultad de su medición y la unificación de una definición, que sea compartida por un equipo multidisciplinario, que se aboque a la salud de los adolescentes en tanto es un concepto construido subjetivamente. Además, la calidad de vida es un concepto universal en tanto es un valor común en cada comunidad existente y es holístico ya que incluye todos los aspectos del ser humano. Aún con la polisemia inherente a este constructo social que es la calidad de vida, se considera que la potencialidad aludida es coherente con la cosmovisión de los adolescentes como sujetos sociales activos en quienes se reconocen dimensiones físicas, psicológicas y sociales. Este punto de partida es compartido en esta instancia de investigación al considerar que los adolescentes son sujetos bio-psico-socio-culturalmente situados. Entonces se hace necesario dar cuenta de las condiciones de los entornos familiares, escolares y sociales en los que se desarrollan, y de ser posible, reconstruir aquellas redes sociales en las que los adolescentes se sostienen.

Desde la perspectiva del desarrollo humano, pobreza, exclusión e inequidad se interrelacionan en la vida de los adolescentes y sus entornos, condicionando la calidad de vida que se pueda promover. Para analizar esta situación, la investigación profundiza la caracterización de las conductas de riesgo que desarrollan los adolescentes y promueve líneas de acción preventivas y de promoción social a partir del reconocimiento y fortalecimiento de habilidades sociales como la resiliencia.

En una investigación previa sobre “¿Es la salud un tema para el adolescente?”, realizada en 1993 sobre 947 adolescentes escolarizados de 15 a 19 años, los jóvenes definen la salud con las palabras bienestar, armonía y equilibrio a las que agregan diverso grado de

complejidad - general, físico, psíquico, espiritual, y social, en relación a su medio ecológico-. Consideran que la salud es un derecho y un deber para desarrollarse y sentirse bien y puntualizan que el hombre debe cuidar la ecología para mantenerse en salud.

Acercas de los factores que benefician la salud (factores protectores), los adolescentes no dudan en señalar la familia, la alimentación, la educación, la práctica de deportes y el cuidado de la ecología. En relación a la familia, ponen especial énfasis en aspectos relacionados con la comunicación, el diálogo y el acompañamiento, la necesidad de comprensión, afecto y de poder establecer buenas relaciones con los miembros de su familia.

Como factores de riesgo para su salud señalan básicamente la droga, el alcohol y el tabaco, conviniendo en que los tres son a su vez resultantes conspicuos de otros factores que actúan en detrimento de la salud de los adolescentes y que no siempre son fácilmente percibidos. Otros factores que mencionan son el ruido, la contaminación ambiental, la influencia nociva de los medios de comunicación a través de las propagandas, los video clips, novelas, series, etc., la falta de información y de educación, los problemas de comunicación, la mala relación familiar, la falta de diálogo, los problemas de relación con los amigos, la falta de comprensión y afecto, la depresión, los problemas personales y el mal ejemplo que brinda la sociedad.

Como los factores que determinan los niveles de salud, bienestar y desarrollo de los adolescentes son muy numerosos y sabemos están interrelacionados, morigerar los factores de riesgo y promover los factores protectores requieren de la participación de muchas personas implicadas en los distintos microambientes en que ellos interactúan a diario.

La cultura es un factor determinante de prácticas y comportamientos que pasan de una generación a otra. Los factores locales que actúan sobre los microambientes de la familia y sobre los individuos ejercen una gran influencia, a veces positiva y otras veces negativa, sobre la salud de los adolescentes.

Las migraciones, la urbanización creciente y cada vez más acelerada, la influencia de los medios de comunicación social en la “aldea global” origina un fenómeno de coexistencia de culturas heterogéneas que lleva a la asimilación y a la adopción de nuevos patrones de comportamiento que conllevan riesgos y para los cuales la cultura de origen no provee ni de experiencia, ni de respuestas, ni de formas de autoprotección.

Investigaciones de corte epidemiológico llevadas a cabo por el equipo, sobre las conductas de riesgo asociadas a la morbimortalidad de adolescentes durante los años '99 -'09, permitieron arribar a una visión pormenorizada de las condiciones de salud de los jóvenes entre 15 y 19 años en nuestro medio, escolarizados y no escolarizados.

La población estudiada fue la comprendida en el universo finito de los adolescentes escolarizados y no escolarizados de ciudades seleccionadas de esta provincia. El método seleccionado para el trabajo de campo es cuanti-cualitativo, aleatorio simple en los escolarizados, estratificado y de “afijación óptima”.

La recolección de datos se realizó a partir de la aplicación de la encuesta anónima que incluye una versión actualizada de la administrada en las investigaciones anteriores que se completó con una modificación de la encuesta de M. J. Díaz Aguado sobre Prevención de la violencia en contextos escolares (España). La encuesta puede responderse en aproximadamente 20 ó 40 minutos y abarca las siguientes cuestiones:

1. Respecto de su familia: con quién/es convive, el nivel de instrucción de los padres y del encuestado, el tipo de trabajo que realizan los miembros de la familia, el tipo de vivienda donde moran, número de dormitorios y con qué servicios cuenta además de preguntar si tienen auto y las características.
2. Relaciones familiares: se le pide al encuestado/a que responda cómo percibe su relación con el padre y la madre.
3. Violencia y accidentes: este ítem abarca preguntas de conductas violentas no intencionales e intencionales. Un apartado se destina a las conductas que cada encuestado/a tiene en la escuela en torno a la seguridad, la violencia y las interrelaciones.
4. Alcohol, tabaco u otras drogas: se relevan datos del tipo de consumo, edad de inicio y frecuencia.
5. Conducta sexual: inquiriere acerca de cómo se desenvuelve el encuestado cuando tiene dudas sobre su conducta sexual y a quién recurre, conocimientos de ETS y SIDA así como las condiciones en las que tuvo la primera y última relación sexual (consumo de alcohol, drogas).
6. Conducta alimentaria: se sistematiza información acerca del consumo alimenticio diario de los adolescentes y cómo ellos se perciben y son vistos por otros significativos.
7. Actividades de tiempo libre y deportes: se solicita que asignen horas a las actividades que ellos realizan en la semana y el tipo de actividad física que realiza (tipo, frecuencia y si está supervisada).

Se destaca como potencialidad del trabajo que el relevamiento de datos mediante la encuesta se articula con un relevamiento de redes locales (de ONG´s y los circuitos escolares) lo que permite resignificar las intervenciones ulteriores. Consideramos que la actitud

proactiva de los adolescentes se transforma en la principal potencialidad para que se promuevan actitudes saludables.

La debilidad reconocida se centra en el proceso de recolección de datos de jóvenes no escolarizados lo que requiere de un trabajo minucioso de relevamiento de información para reconstruir las redes sociales que los contienen.

En la provincia de Córdoba donde realizamos este estudio pueden reconocerse situaciones de contraste entre la ciudad capital y ciudades del interior y también entre éstas. Estas diferencias que implican características geográficas, demográficas, económicas, sociales y culturales, generan influencias marcadas sobre las posibilidades de desarrollo de los niños y adolescentes. Esto es especialmente cierto al comparar respuestas de adolescentes escolarizados y no escolarizados, siendo preocupante el incremento progresivo de quienes cursan hasta completar el CBU (escolaridad obligatoria) y abandonan sin completar la escuela media con la consiguiente dificultad para conseguir empleos estables y perpetuando así el ciclo pobreza, baja escolaridad, malos empleos, trabajo en negro, desprotección en salud, desnutrición, alta mortalidad materno-infantil, desarrollo condicionado por factores adversos, mal desempeño escolar, repitencia, sobre-edad, abandono de la escuela.

En Córdoba, con 56% de familias no pobres, el 70% de los niños sí lo son. Las situaciones y eventos desfavorables que se entrelazan y acumulan en las familias del primer quintil condicionan el adecuado desarrollo de sus miembros empobreciendo la calidad de vida de todos. Esto confirmaría las hipótesis de que la familia y la escuela son la última frontera de lo público en términos de Duschastsky, constituyéndose en factores protectores de la salud de los adolescentes, integrando redes de contención que promueven el desarrollo de estrategias de prevención, fortalecen los factores protectores, aumentan el autocuidado y el cuidado del otro. Esto permitiría trabajar con la resiliencia y con el liderazgo de los jóvenes a fin de que sean ellos los que propicien estrategias que favorezcan la participación y el empoderamiento de los adolescentes.

Los adolescentes de Córdoba

Tabla 1 .Caracterización de adolescentes encuestados y su grupo familiar

| Convive con | Escolarizados | | No escolarizados | |
|-------------------------|---------------|---------|------------------|---------|
| | Mujeres | Varones | Mujeres | Varones |
| Madre | 97,9% | 97,5% | 83% | 56% |
| Padre | 84% | 78,5% | 46% | 35% |
| Pareja | 1,3% | 1,2% | 25% | 25% |
| Hijo | 1,1% | 0,6% | 56% | 25% |
| Vive solo | 0% | 0,6% | 14% | 42% |
| Vive en la calle | 0% | 0% | 14% | 21% |
| Vive en una Institución | 0% | 0% | 0% | 1% |

Es un marcador de riesgo crítico. Vemos aquí ya diferencias sustanciales en relación a las personas con quien convive el adolescente presentándose entre los no escolarizados un 42% que vive solo, un 25% en pareja, un 21% en la calle y 1% institucionalizado. Conforman el grueso de los no escolarizados con un 89% en tanto que esas mismas opciones se dan en sólo en el 1,8% de los adolescentes escolarizados. 56% de la mujeres no escolarizadas y 1,1 % de las escolarizadas viven con sus hijos , en tanto esta situación se da entre el 25% de los varones no escolarizados y 0,6% de los escolarizados

Tabla 2- Nivel de Instrucción de la Familia

| Nivel Padre o sustituto | Escolarizados | | No escolarizados | |
|---------------------------|---------------|---------|------------------|---------|
| | Mujeres | Varones | Mujeres | Varones |
| Analfabeto | 0,2% | 22% | | |
| Primario Incompleto | 1,8% | 17% | | |
| Primario Completo | 2,3% | 36% | | |
| Secundario Incompleto | 12,2% | 14% | | |
| Secundario Completo | 26,2% | 23% | | |
| Terciario o Universitario | 57,3% | 0% | | |
| Nivel Madre o sustituta | Escolarizados | | No escolarizados | |
| | Mujeres | Varones | Mujeres | Varones |
| Analfabeto | 0,4% | 5% | | |
| Primario Incompleto | 1,2% | 51% | | |
| Primario Completo | 4% | 23% | | |
| Secundario Incompleto | 9,3% | 10% | | |
| Secundario Completo | 25,6% | 10% | | |
| Terciario o Universitario | 59,4% | 0% | | |

Esta diferencia se sostiene en el nivel educativo de los padres con un modo en terciario-universitario entre padres y madres de los adolescentes escolarizados y primario completo para los padres y primario incompleto para las madres de los no escolarizados, repitiendo un ciclo de falta de educación.

Cuando analizamos la situación laboral de los padres surgen diferencias importantes ya que si bien en ambos grupos el modo se da en trabajo estable, entre los padres de adolescentes escolarizados corresponde al 78,4% de los encuestados y entre los padres de adolescentes no escolarizados sólo al 52%.

La diferencia se ahonda entre las madres en donde el modo de las madres de adolescentes escolarizados esta en trabajo estable con un 62%, el modo de las madres de no escolarizados esta en trabajo no estable con un 51% de los encuestados.

Entre los adolescentes escolarizados, sólo 5,2% trabaja, 1% en forma estable y

4,2% con tareas no estables. Entre los adolescentes no escolarizados 10% tiene trabajo estable y 38% trabajos no estables. Un 52% no estudia ni trabaja.

Tabla 3-Tipo de trabajo

| Trabajo Padre | Escolarizados | No Escolarizados |
|--------------------|---------------|------------------|
| Ninguno | 4,8% | 2% |
| No estable | 16,7% | 46% |
| Estable | 78,4% | 52% |
| Trabajo Madre | Escolarizados | No Escolarizados |
| Ninguno | 24% | 29% |
| No estable | 14% | 51% |
| Estable | 62% | 20% |
| Trabajo Encuestado | Escolarizados | No Escolarizados |
| Ninguno | 94,8% | 52% |
| No estable | 4,2% | 38% |
| Estable | 1% | 10% |

Tabla 4 Características de la Vivienda

| | Propia | Alquilada | Cedida | Compartida |
|------------------|--------|-----------|--------|------------|
| Escolarizados | 87,8% | 8,2% | 2,6% | 1,4% |
| No Escolarizados | 25,5% | 56,4% | 18,1% | 0% |

Tabla 5- Servicios de la vivienda

| | Energía Eléctrica | Agua Potable | Baño instalado |
|------------------|-------------------|--------------|----------------|
| Escolarizados | 100% | 99,6% | 99,7% |
| No Escolarizados | 66% | 83% | 83% |

Las diferencias entre ambos grupos se marcan claramente también en relación a la posesión y los servicios de las viviendas que habitan.

En cuanto a las relaciones intrafamiliares se perciben dificultades concretas en la comunicación, en el ejercicio de roles, en las relaciones entre subsistemas familiares particularmente marcada en los varones no escolarizados, quienes muestran una gran distancia con sus familias de origen.

Tabla 6- En mi familia (Valores en Porcentajes)

| Conducta | Escolarizados | | | | No Escolarizados | | | |
|--|------------------------|----|-----------------------|----|------------------------|----|-----------------------|-----|
| | Siempre o muchas Veces | | Algunas veces o Nunca | | Siempre o muchas Veces | | Algunas veces o Nunca | |
| | F | M | F | M | F | M | F | M |
| Puedo hablar de todo con mi madre | 78 | 75 | 22 | 25 | 38 | 25 | 62 | 75 |
| Puedo hablar de todo con mi padre | 48 | 63 | 52 | 37 | 35 | 25 | 66 | 75 |
| Las relaciones con mis padres son buenas | 80 | 83 | 20 | 18 | 90 | 28 | 10 | 72 |
| Puedo expresar lo que siento | 76 | 73 | 24 | 27 | 13 | 25 | 87 | 75 |
| Me escuchan | 84 | 88 | 16 | 12 | 52 | 28 | 49 | 72 |
| Comparto actividades con ellos | 47 | 42 | 52 | 57 | 54 | 25 | 46 | 75 |
| Nos ayudamos a resolver los problemas que surgen | 70 | 62 | 30 | 37 | 8 | 28 | 47 | 72 |
| Tengo asignadas tareas y responsabilidades | 66 | 59 | 34 | 41 | 52 | 25 | 47 | 72 |
| Confían en mi | 84 | 84 | 16 | 15 | 52 | 25 | 48 | 75 |
| Me consideran al tomar decisiones | 81 | 73 | 19 | 26 | 52 | 28 | 48 | 72 |
| Aporto dinero a mi casa | 2 | 8 | 98 | 92 | 52 | 0 | 48 | 100 |

¿Qué se verifica en relación a las conductas de riesgo?

Tabla 7. Violencias Intencionales: Datos en porcentajes

| Violencias Intencionales | Escolarizados | | No Escolarizados | |
|--|---------------|----|------------------|----|
| | F. | M. | F. | M. |
| He llevado conmigo navaja u otra arma blanca | 2 | 13 | 2 | 70 |
| He llevado conmigo un arma de fuego | 2 | 3 | 0 | 3 |
| He llevado conmigo manoplas | 0.5 | 4 | 0 | 0 |
| He estado en una pelea | 30 | 74 | 19 | 75 |
| Pensé seriamente en suicidarme | 24 | 4 | 19 | 25 |
| Intente suicidarme | 4 | 2 | 12 | 9 |
| Estuve detenido por llevar armas | 0 | 2 | 0 | 0 |
| Estuve detenido por una pelea | 0 | 4 | 13 | 25 |
| Estuve detenido por robo | 0 | 3 | 0 | 50 |

Obviamente las diferencias que hemos venido marcando en las condiciones en que se desenvuelve la vida de estos adolescentes se expone claramente cuando analizamos las situaciones de violencia intencional, las que si bien no están ausentes en el segmento escolarizado, se vuelven más intensas y frecuentes entre los no escolarizados especialmente los varones. Basta ver que dos tercios de estos encuestados ya han estado detenidos sea por peleas o por robo.

Tabla 7. Sexualidad. Datos en porcentaje

| SI | Escolarizados | | No Escolar. | |
|---|---------------|------|-------------|------|
| | V | M | V | M |
| Conversa con su familia sus dudas sobre conducta sexual? | 51,3 | 54,9 | 51,7 | 69,6 |
| Conversa con sus amigos sus dudas sobre conducta sexual? | 75 | 79,1 | 63,2 | 54,1 |
| Conversa con su médico sus dudas sobre conducta sexual? | 22,2 | 22,3 | 24,4 | 28,6 |
| Conversa en la escuela sus dudas sobre conducta sexual? | 40 | 38,8 | - | - |
| Sabe cuáles son las conductas de riesgo para adquirir SIDA? | 89,5 | 95,3 | 78,7 | 81 |
| Sabe que precauciones tomar para evitar las enfermedades de transmisión sexual (ETS)? | 89,5 | 95,3 | 74,7 | 73,7 |
| Ha tenido relaciones sexuales alguna vez? | 43,7 | 26,2 | 52,3 | 45,9 |
| Ha tenido relaciones sexuales en el último mes | 20 | 16,4 | 12,2 | 41,4 |
| Usó preservativo en su última relación sexual? | 38 | 19,4 | 30,3 | 11 |
| Usó algún otro método anticonceptivo? | 6,7 | 7,1 | 29 | 21,5 |
| La última vez que tuvo relaciones sexuales, había consumido alcohol? | 15,1 | 4,3 | 27,5 | 9,5 |
| La última vez que tuvo relaciones sexuales, había consumido drogas? | 2,6 | 2,7 | 1,7 | 0 |
| Ha quedado embarazada Ud. o su pareja alguna vez? | 4,8 | 4,7 | 4,6 | 30,3 |
| Ha recurrido al aborto Ud. o su pareja alguna vez? | 2,7 | 2,3 | 1,6 | 2,8 |
| Ha presentado síntomas de ETS? | 1,3 | 0,6 | 0 | 0 |
| Ha recibido tratamiento por ETS? | 2,7 | 0,6 | 0 | 0 |
| Sufrió alguna vez abuso sexual, violación u otra forma de acoso sexual? | 4,3 | 6,5 | 12,8 | 14,3 |

Por último los resultados relacionados con sexualidad muestran claramente que estos adolescentes pertenecientes a grupos más vulnerables son quienes tienen menores conocimientos de cómo prevenir infecciones de transmisión sexual, menor uso de preservativos y escasos conocimientos de métodos anticonceptivos eficientes y acceso a ellos, aunque este es un problema sentido en todos los adolescentes tal como lo revelan los resultados de esta encuesta. Otro hecho relevante es el escaso conocimiento de los síntomas de enfermedad de de transmisión sexual y la nula consulta, siendo que estas son patologías en franco crecimiento. También se percibe claramente como las formas de abuso, acoso y violación están presentes en todos los segmentos de la sociedad y afectan tanto a mujeres como varones.

Analizando Encuestas y Talleres

Los datos presentados evidencian la presencia cada vez más importante de las familias y las escuelas como pilares de trabajo y prevención en las conductas de riesgo. Por eso proponemos potenciar redes asistenciales y preventivas para desarrollar acciones buscando nuevos presupuestos teóricos y técnicos más eficaces en la prevención de las conductas de riesgo.

En consonancia con lo expuesto, se consideró que las representaciones así como determinadas actitudes que los sujetos o grupos tengan de las causas de la violencia y adicciones, de la sexualidad, ejercen un papel fundamental en el riesgo de padecerlas o en la capacidad de prevenir conductas, de lo cual se deriva la necesidad de estimular cambios que favorezcan la superación de dichas creencias y/o actitudes. Para que esto último sea posible, es necesario tener en cuenta que sus causas son múltiples y complejas. *“Es preciso analizarlas en términos de la interacción entre los individuos y los contextos en los que se produce, a distintos niveles, incluyendo la relación que establecen en cada uno de los escenarios en los que se desarrollan, las relaciones entre dichos escenarios, la influencia que sobre ellos ejercen otros sistemas sociales, y el conjunto de creencias y valores de la sociedad de la que los niveles anteriores son manifestaciones concretas”*. (Díaz-Aguado 2000).

Entre las condiciones de riesgo detectadas en la investigación pueden citarse:

- Aspectos de índole económico- social como la exclusión social. La precarización del trabajo se acompaña de la fragilización de los lazos sociales o soportes sociales relacionales. Las subjetividades se encuentran afectadas desde la lógica de la inclusión – exclusión y conmocionan la vida cotidiana por el desempleo masivo, la precarización de las situaciones de trabajo y la caída o inadecuación de los sistemas clásicos de protección. Como sostiene Bourdieu (1999) en la *Dimisión del Estado*, los jóvenes cuyas familias pasan por estas experiencias se hallan encadenados a un lugar degradante, a causa de la falta de dinero, condenados a la degradación que pesa sobre ellos como una maldición o un estigma. Las desigualdades sociales aparecen visiblemente como manifestaciones de riesgo o daño producto del estilo de vida. Las consecuencias advenidas a partir del modelo neoliberal profundizan las asimetrías, los pobres estructurales y los denominados ahora nuevos pobres son los desafiados relacionales y laborales, *“sujetos afectados por el desempleo masivo y la precarización de las condiciones de trabajo, sin sostén por las caídas de las protecciones de la modernidad y para muchos con el futuro con sello de lo aleatorio, advienen en esta metamorfosis de lo social sin horizonte de futuro”* (R. Castel, 1995)

- Falta de modelos y ausencia de límites. La familia opera como un sistema de intercambio provisorio y amenazado y no como un lugar de estabilidad relacional. Coincidimos con Winnicott, en su trabajo *“Deprivación y delincuencia”*, que los efectos subjetivos en la población frente a la precarización de los lazos familiares se manifiestan en tendencias antisociales. La no presencia de padre biológico es considerada hoy, en una sociedad con un número creciente de mujeres jefes de hogar, como un factor

potenciador de la pobreza a la vez que se menciona a la pobreza extrema como una de las fuentes de la disolución de los lazos familiares

- La justificación por la violencia social. La economía de mercado privilegia por encima de los lazos solidarios, el éxito, el poder, los valores económicos que aparecen siempre bajo el signo de la apropiación, la impunidad se expone como un triunfo los actos se explican con mentiras: no hay garantías.

De lo anterior se desprende que faltan las condiciones necesarias como modelos sociales positivos y solidarios, colaboración entre la familia y la escuela, contextos de ocio y grupos de pertenencia constructivos o adultos disponibles y atentos para ayuda para prevenir dichos riesgos. Por este motivo ponderamos que un aspecto de interés es la posibilidad de desarrollar destrezas para acrecentar la resiliencia, considerada como un balance de factores de riesgo y de protección en relación a la personalidad del adolescente y el medio en que se desenvuelve.

Aquellos adolescentes que mantienen una adecuada relación familiar, están escolarizados y se integran adecuadamente a un grupo de pares se ven más contenidos, apoyados, tienen mayores posibilidades de discernir, dialogar y discutir sus opciones con adultos y otros jóvenes constituyéndose una red de contención que actúa como un factor de protección muy poderoso y que redundará en menores posibilidades de incurrir en conductas de riesgo.

En síntesis, considerando la educación y la salud como *derechos de ciudadanía* de l@s adolescentes, propone a los equipos de trabajo de educación y salud abogar por los derechos de los/as adolescentes al desarrollo humano en todos los ámbitos comunitarios en que se desenvuelven e invita a reflexionar sobre las acciones posibles desde los servicios de salud, educativos y sociales en general en favor de la promoción del desarrollo infanto-juvenil, ofreciendo respuestas centradas en los adolescentes, basadas en la evidencia y apoyadas en sistemas preexistentes de Educación, Salud, Desarrollo Humano, conformando redes sociales.

Esto implica que quienes trabajamos en salud y en educación y deseamos propiciar un cambio, debemos fortalecer las redes construidas con colegas, integrarnos con otros profesionales y técnicos a nivel local, sumarnos a iniciativas comunitarias y generar equipos sociales de atención integrales. Para que podamos encarar la inclusión exitosamente tendremos que movilizar todos los recursos existentes para ayudar en forma integral a promover a los niños y adolescentes, insertos en las familias y en las comunidades, para desarrollar políticas, programas y acciones que vuelvan a promover la inclusión.

Avanzar en esta dirección dependerá de la capacidad y voluntad de la mayor parte de la sociedad para llegar a acuerdos que permitan disponer de políticas sociales que sostengan los valores de integración, solidaridad y priorización por servicios y condiciones para la crianza de los niños y adolescentes.

“La perpetuación de la situación hasta ahora vigente, tiene enormes costos para los niños, para los adolescentes y para las familias en general que pretenden recuperar la esperanza, algunas certidumbres

y derechos, que se reflejan en la aspiración de poder disfrutar del mejor estado de salud y bienestar posibles”. (Vinocur P y Ruiz V, 2003)

El trabajo a partir de los talleres busca reforzar los Factores Protectores en los Adolescentes a fin de propiciar su desarrollo:

- Adquirir adecuadas habilidades comunicativas
- Capacidad de resolución de problemas,
- Percibirse competente para la actividad escolar,
- Tener sentido del humor,
- Desarrollar una autoestima elevada,
- Poseer creatividad,
- Ser capaz de autonomía responsable,
- Lograr tolerancia a las frustraciones
- Capacidad de posponer la gratificación

Así también el trabajo con docentes, padres y otros miembros de la comunidad apunta a:

- Favorecer el desarrollo de su capacidad de escucha, su expresión verbal y no verbal, y de comunicación en general,
- Mejorar la capacidad de manejo de la rabia- enojo y de las emociones en general
- Desarrollar la Empatía
- Reforzar la capacidad de definir el problema de optar por la mejor solución y de aplicarla cabalmente
- Prepararlos para enfrentar las exigencias del ingreso a mercado de trabajo
- Presencia de apoyo incondicional por al menos una persona competente y emocionalmente estable,
- Creencias religiosas que promuevan la unidad familiar y la búsqueda de significados en los tiempos difíciles
- Aclarar los roles desempeñados dentro de la familia y favorecer el establecimiento de límites razonables para cada uno de los miembros

Una forma de encarar esta necesidad es trabajar desde la escuela en el análisis y clasificación de los múltiples mensajes, informaciones, conocimientos, actitudes, valores y conductas, dispersos y contradictorios en que están envueltos los adolescentes en nuestra sociedad, y proporcionar experiencias de aprendizaje que les permita reorganizar estos aspectos.

En esta línea de trabajo se destacan las principales recomendaciones de los Organismos Internacionales de Educación (UNESCO) señalando que la clave del futuro de los Sistemas Educativos será la *formación de actitudes y valores*. La educación puede y debe utilizarse como instrumento de *prevención* -lo que incluye la promoción del bienestar, el autocuidado y el cuidado del otro - y el marco

que más posibilidades y potencial ofrece es la *escuela*. En efecto, el marco escolar es un ámbito privilegiado para realizar actuaciones preventivas, ya que ofrece las siguientes ventajas:

- Las personas están en la institución escolar en la edad en que se es más susceptible de adquirir valores, actitudes y hábitos adecuados a su desarrollo personal y social.
- Permite ofrecer una formación e información sobre las conductas de riesgo y sus consecuencias de una forma estructurada, sistemática y adecuada a cada edad.
- Puede ofrecer una acción intencional, específica y planificada, con posibilidad de evaluación y continuidad en el tiempo.
- Se puede trabajar no sólo con alumnos, sino también colaborar con profesores y padres en un objetivo común. Para ello es muy importante la implicación de la dirección del centro educativo.
- Puede obrar como agentes de salud sobre otros pares.

En tanto, desde la red social trabajamos para :

- Promover la resiliencia, tarea de todos los adultos responsables de las infancias y adolescencias, lo que implica asegurarles afecto, confianza básica e independencia.
- Esto implica presencia, acompañamiento, escucha, contención, compromiso y participación.

Consideramos que en nuestro medio debemos tener presentes los aportes de dos modelos complementarios: un enfoque más tradicional que se ocupa de conocer y atender a los *factores de riesgo* presentes y, por otro lado, otro enfoque que se centra más en desarrollar en los sujetos *factores de protección*. Es evidente que, de cada uno de estos enfoques, se desprenden diferenciados modelos de prevención. De manera que tendríamos, por un lado, modelos que intentan explicar y modificar las conductas de riesgo de los jóvenes y, por otro, modelos que intentan orientar y preparar a los sujetos para protegerlos, formándolos. Creemos que no solo es posible sino necesaria la integración de ambos modelos.

Es decir, no se trata de trabajar con los adolescentes las conductas de riesgo sino de “permitir al joven construir un proceso creativo, una identidad personal y social a través de su participación transformadora de la realidad” y a través de ello ofrecer a los jóvenes alternativas de experiencias satisfactorias, placenteras y saludables como talleres de reflexión y debate sobre problemas de la comunidad que afectan a los adolescentes actividades plásticas, musicales, teatrales, torneos deportivos, tareas comunitarias tendientes a la resolución de los conflictos detectados, revisar el diálogo padres-hijos mejorando la comunicación y propiciando no sólo que puedan compartir sino también discutir y disentir. Acciones todas que permiten reforzar la autoestima de ellos.

Igualmente importante resulta la formación y capacitación de los Docentes y Preceptores los que, en muchos casos, serán el primer agente de prevención y contención, y eventualmente un acompañamiento en pro de un tratamiento.

En 2007 evaluamos con entrevistas semiestructuradas las acciones realizadas a fin de ponderar los cambios en los adolescentes escolarizados y no escolarizados, los adultos vinculados con ellos, los docentes, miembros de equipos de salud, ONG, u otras instituciones del medio. a partir de la adquisición y puesta en práctica de conocimientos, actitudes, valores, habilidades y competencias necesarias para la promoción y protección de su propia salud, la de su familia y comunidad. Los resultados muestran que las acciones realizadas fueron consideradas positivas por los participantes. Entre los cambios observados, se señalaron fuertemente, mejoras en la comunicación, la posibilidad de reconocer las habilidades del otro, sea adolescente, adulto, padre, docente, el saber que se pueden realizar acciones en conjunto, capaces de generar cambios positivos en lo personal, grupal o institucional. Los docentes pudieron percibir su capacidad para afrontar estos desafíos, tanto como la necesidad de incorporar a otros miembros de la red social (agentes de salud, desarrollo humano, ONG, padres). Mayoritariamente fueron recibidas con interés y sentidas por adolescentes y adultos como favorecedoras de los *derechos de ciudadanía* de los adolescentes, generando ámbitos de reflexión para trabajar en redes desde los servicios de salud, educativos y sociales en general en favor de la promoción del desarrollo infanto-juvenil, ofreciendo respuestas centradas en los adolescentes, basadas en la evidencia y apoyadas en sistemas preexistentes de Educación, Salud, Desarrollo Humano. Se consideraron de utilidad los materiales de apoyo brindados a través de los libros “Inequidad sociocultural, Riesgo y Resiliencia” y “Violencia” escritos a partir de las experiencias surgidas en la investigación y del CD con talleres, juegos y otras actividades que permitieron a los participantes mejorar el abordaje con los adolescentes sobre discriminación, violencia, dificultades en la comunicación, conducta sexual, roles de género, nutrición normal y sus trastornos, consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias adictivas, accidentes. Los aportes que realizaron los participantes en tono a sostener y mejorar el proyecto señalaron que perciben la necesidad de continuidad de estas acciones como efecto booster para que se sostengan en el tiempo con creatividad y adaptabilidad a los múltiples e intensos desafíos para propiciar cambios sostenidos que estén amparados en políticas, programas y acciones que promuevan la inclusión social.

Conclusiones

Las expresiones cognitivas y comportamentales son los medios que los adolescentes encuentran para comunicarnos, a veces de manera más directa y otras más indirectamente, la angustia, la preocupación y la confusión que sienten ante los múltiples cambios que este pasaje hacia la adultez implica. Consecuentemente debemos atender a todos aquellos indicadores que nos alerten acerca de la posibilidad de que sufran estrés, resaltando la importancia de que padres y madres, docentes y equipos de salud, puedan reconocer la situación emocional por la que atraviesa un adolescente sin distinción de género, e intenten actuar como sistemas de apoyo para sostenerlo en su proceso de afrontamiento.

La promoción de las estrategias de afrontamiento es defendida desde un enfoque epidemiológico preventivo ya que, trabajadas desde la educación para la salud, devendrán en factores protectores de ella. En este sentido, se propenderá a la modificación de conocimientos, actitudes y comportamientos de los adolescentes, en busca de la salud, de la vida. La educación contribuye a que cada sujeto sea capaz de llevar las riendas de su propio destino de manera responsable, y toma como fundamentales la comunicación interpersonal, la capacidad de reflexionar sobre uno mismo y sobre los demás, la habilidad para resolver problemas y la toma de decisiones, debido a que estos son elementos esenciales de los estilos de vida y en su gran mayoría se ven involucrados en vínculos interpersonales y en el afrontamiento de problemas de la vida diaria.

Finalmente, queremos destacar la importancia de la educación para contribuir a modificar la situación de vulnerabilidad en diferentes contextos, pero unida a otras medidas de carácter laboral, político, cultural, económico, sanitario, indicadas anteriormente. Conseguir la escolarización de los menores y la eliminación del absentismo escolar tiene que constituir un objetivo primordial de las políticas públicas y de las intervenciones sociales y educativas. Así como promover diferentes actuaciones orientadas, por ejemplo, a) a la educación de padres y madres de cara a su propia formación y a la de sus hijos e hijas; b) al desarrollo de una formación profesional, mediante Escuelas taller, que facilite la incorporación laboral de estos adolescentes; c) la formación universitaria de los educadores que intervienen con estos colectivos en diferentes espacios.

Bibliografía

- Bandura, A. (1973): "Social learning theory of aggression". In J. F. Knutson (Ed.), *The control of aggression: Implications from basic research*. Chicago: Aldine.
- Barrón M. (Comp) (2005): *Inequidad sociocultural, riesgo y resiliencia*. Serie Adolescencia Educación y Salud 1. Córdoba (Argentina): Brujas.
- Barrón M. (Comp) (2006): *Violencia*. Serie Adolescencia Educación y Salud 2. Córdoba (Argentina): Brujas.
- Bas Peña, E. (2001): *Educación Social y prevención de la violencia juvenil*. Orientaciones y propuestas prácticas. *Pedagogía Social*. Revista Interuniversitaria, nº.8, pp. 209-230. En <http://www.uned.es/pedagogiasocial.revistainteruniversitaria>
- Bourdieu P. (1999) *La Dimisión del Estado*-Ed Grijalbo.

- Castell R. (1995) Las Metamorfosis de la Cuestión Social. Una crónica del salariado, Editorial Paidós, Buenos Aires.
- CDC (2007) Youth Risk Behavior Trends- Fact Sheet: Youth Risk Behavior Surveys
- Díaz-Aguado (2000) Prevención de la violencia en contextos escolares. Madrid. España
- Duschatzky, S. (1999) La escuela como frontera. Paidós. Bs.As.
- Dustchasky y Correa(2001): Chicos en banda. Paidós. Bs.As.
- Garay, L. (2000) Violencia y fracaso en las instituciones educativas. UNC.Córdoba
- Moreau L., Ruiz V., (2001) El Desarrollo Infantil en Contextos de Pobreza, Revista Cultura y Educación N° 13, Fundación Infancia y Aprendizaje, Madrid, España.
- Nuñez, V. (2002): La educación en tiempos de incertidumbre. Gedisa. BsAs
- Reguillo Cruz R. (2002) Jóvenes en el borde. Por una política de la representación.
- Reguillo Cruz, R. (2000). “Emergencia de culturas juveniles. Estrategias del desencanto. Enciclopedia Latinoamericana de sociocultura y comunicación. Grupo Ed. Norma, Buenos Aires.
- Ruiz V., Moreau L.(2000) Desarrollo o Subdesarrollo Infantil, UNICEF, Buenos Aires, Argentina,
- Touraine A, (2006) Un nuevo paradigma para comprender el mundo de hoy. Paidós. BsAs Argentina
- Vinocur P. y Ruiz V. (2003) Inclusión Social y Desarrollo Infantil. La Centralidad de la Familia. Paidós Bs As Argentina
- Winnicott, D. (1993) “Los procesos de maduración y el ambiente facilitador”, Paidós, Buenos Aires. Argentina.