

*Este informe recoge la opinión colectiva
de un grupo internacional de especialistas y no representa
necesariamente el criterio ni la política de la
Organización Mundial de la Salud*

La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad

Informe de un Grupo de Estudio de la OMS
acerca de los jóvenes y la «Salud para Todos
en el Año 2000»

Serie de Informes Técnicos
731



Organización Mundial de la Salud, Ginebra 1986

ISBN 92 4 320731 8

© Organización Mundial de la Salud, 1986

Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Las entidades interesadas en reproducir o traducir en todo o en parte alguna publicación de la OMS deben solicitar la oportuna autorización de la Oficina de Publicaciones, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza. La Organización Mundial de la Salud dará a esas solicitudes consideración muy favorable.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OMS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las marcas registradas de artículos o productos de esta naturaleza se distinguen en las publicaciones de la OMS por una letra inicial mayúscula.

ISSN 0509-2507

PRINTED IN SPAIN

89/7968 - Gráficas Reunidas - 2000

INDICE

	Página
Lista de cuadros	5
Lista de figuras.....	6
1. Introducción.....	9
1.1 Nota de apertura.....	9
1.2 Objetivos.....	10
1.3 Consideraciones básicas.....	10
1.4 Escala de edades en la adolescencia y la juventud	11
1.5 Tendencias demográficas.....	13
2. Desarrollo en la adolescencia y en la juventud.....	18
2.1 Principios generales del desarrollo.....	18
2.2 Cambios físicos durante la adolescencia.....	20
2.3 Desarrollo psicológico.....	27
3. Factores y cambios sociales que influyen en la salud de los jóvenes.....	31
3.1 Variaciones transculturales en los conceptos de «adolescencia» y «juventud».....	31
3.2 La importancia de los factores sociales.....	33
3.3 La dinámica del cambio social.....	33
3.4 Fuentes de cambio social que afectan a los jóvenes.....	35
3.5 Consecuencias del cambio social.....	40
3.6 El efecto de los cambios sociales y sus interacciones en la salud de los jóvenes.....	42
4. La salud y los temas de salud que preocupan a los jóvenes.....	43
4.1 El concepto de salud.....	43
4.2 Percepción juvenil de los temas de salud.....	44
4.3 Problemas de clasificación.....	45
4.4 Estilo de vida y conductas con riesgo para la salud	46
4.5 Problemas emocionales.....	56
4.6 Salud sexual y reproductiva.....	63
4.7 Problemas biológicos y médicos.....	74
4.8 Trastornos crónicos y discapacitantes.....	78
4.9 Problemas de salud ocupacional	81
5. Aspectos legales y de política relacionados con la atención de la salud de los jóvenes.....	82
5.1 Leyes y políticas que afectan a los servicios de salud para los jóvenes.	82
6. Participación de los jóvenes en la atención de salud	97
6.1 Necesidades de servicios de salud para los jóvenes.....	97
6.2 Medidas de salud específicas.....	100
6.3 Los jóvenes y la atención primaria de salud.....	108
6.4 Hacia la autosuficiencia en la atención de salud.....	108
6.5 Algunos ejemplos de la participación de los jóvenes.....	110
6.6 Pautas para la participación activa de los jóvenes en la prestación de los servicios de salud.....	114

6.7 Participación y estilo de vida.....	115
6.8 El papel de los medios de difusión en la promoción de la salud.....	117
6.9 Algunas necesidades de investigación.....	118
7. Conclusiones y recomendaciones.....	120
7.1 Consideraciones de política general.....	120
7.2 Recomendaciones generales.....	122
7.3 Recomendaciones para acciones específicas.....	123
7.4 Recomendaciones especiales de investigación.....	124
Nota de agradecimiento.....	125
Referencias.....	125

LISTA DE CUADROS

	Páginas
Cuadro 1. Tendencias demográficas por grupo de edad y tipo de región, 1960-2000	15
Cuadro 2. Primer parto en mujeres menores de 20 años, como porcentaje de todos los primeros partos (en países seleccionados).....	15
Cuadro 3. Accidentes, suicidios y todas las demás causas externas de muerte, como porcentaje del total de muertes entre personas de 10 a 24 años de edad en algunos países (cifras más recientes disponibles)	17
Cuadro 4. Edades medias de menarquia en siete centros de estudio, y edades a las cuales el 10 % y el 90 % de las niñas encuestadas en cada centro habían alcanzado la menarquia.....	25
Cuadro 5. Población y empleo juvenil, 1980 (países seleccionados).....	37
Cuadro 6. Adolescentes que solicitan ayuda para diversos problemas de salud; comparación entre diversos estudios.....	45
Cuadro 7. Prevalencia del hábito de fumar entre los jóvenes	50
Cuadro 8. Factores relacionados con un alto riesgo de abuso de drogas	52
Cuadro 9. Porcentaje de personas que han consumido tipos específicos de drogas alguna vez o dentro de los 12 meses precedentes: datos de cuatro centros	53
Cuadro 10. Accidentes en proporción a todas las causas de muerte entre personas de 10 a 24 años de edad en ciertos países, por regiones de la OMS (cifras más recientes disponibles).....	55
Cuadro 11. Factores que influyen en las conductas arriesgadas de adolescentes con respecto a los accidentes.....	57
Cuadro 12. Tasas de suicidio por 100 000 habitantes entre personas de 10 a 24 años de edad en ciertos países, por regiones de la OMS (1973 y cifras más recientes disponibles).....	62
Cuadro 13. Porcentaje de mujeres jóvenes casadas, por grupos de edad (países seleccionados)	65
Cuadro 14. Porcentaje de adolescentes que han tenido coito premarital (países seleccionados)	67
Cuadro 15. Tasas específicas de mortalidad materna por edades (países seleccionados).....	67
Cuadro 16. Relación entre la tasa de mortalidad materna, la edad y la atención prenatal, Nigeria Oriental	68
Cuadro 17. Mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos) por edad de la madre al tiempo del parto.....	68
Cuadro 18. Causas de mortalidad perinatal en Inglaterra y Gales, 1979	69
Cuadro 19. Abortos legales por cada 100 embarazos comprobados en mujeres menores de 20 años	70
Cuadro 20. Tendencias en la incidencia anual de enfermedades de transmisión sexual (por cada 100 000 habitantes), por edad, Estados Unidos de América, 1956-1982	71
	5

Cuadro 21. Leyes y políticas sobre disponibilidad de anticonceptivos (en ciertos países)	87
Cuadro 22. Condición legal del aborto por países y por territorios, y por motivos, mediados de 1982	88
Cuadro 23. Legislación para control de publicidad sobre tabaco dirigida a niños y adolescentes (en ciertos países)	93
Cuadro 24. Edad mínima (en años) para la compra y consumo de bebidas alcohólicas (ciertos países).	94

LISTA DE FIGURAS

Fig. 1. Población mundial, por edad y sexo, de 1980 a 2000.....	14
Fig. 2. Cambios hormonales con relación a la pubertad en niñas.....	22
Fig. 3. Cambios hormonales con relación a la pubertad en varones.....	23
Fig. 4. Relaciones entre padres e hijos adolescentes: opiniones de adolescentes de 14 y 15 años de edad (Estudio de la Isla de Wight).....	29
Fig. 5. Distribución por edad y sexo de poblaciones migrantes y nativas en tres ciudades.....	39
Fig. 6. Factores sociales que influyen en la salud de los jóvenes	43
Fig. 7. Tendencias en la prevalencia del hábito de fumar cigarrillos entre varones y niñas en los Estados Unidos de América	49
Fig. 8. Tasas de fecundidad de adolescentes (nacimientos por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años de edad) en países seleccionados	66
Fig. 9. Tendencias en la enfermedad inflamatoria pélvica en Inglaterra y Gales	72

**GRUPO DE ESTUDIO SOBRE JOVENES
Y «SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000»**

Ginebra, 4-8 de junio de 1984

*Miembros **

- Sra. M. Allain-Regnault, Société nationale de télévision Antenne 2, París, Francia
Dr. N.O. Bwibo, Facultad de Medicina, Universidad de Nairobi, Nairobi, Kenya
Dr. E. Chigier, Youth Aliyah, La Agencia Judía para Israel, Tel Aviv, Israel
Dr. P. Franzkowiak, Grupo de Investigación sobre Juventud y Salud, Heidelberg, República Federal de Alemania (*Presidente*)
Profesor O. Jeanneret, Instituto de Medicina Social y Preventiva, Universidad de Ginebra, Ginebra, Suiza
Dr. R. O. Jegede, Departamento de Psiquiatría, University College Hospital, Ibadán, Nigeria
Dr. M. Knobel, Departamento de Psicología de la Adolescencia, Universidad de Campinas, São Paulo, Brasil
Dr. S. Macintyre, Consejo de Investigación Médica, Unidad de Sociología Médica, Aberdeen, Escocia
Dr. U.S. Naidu, Instituto Tata de Ciencias Sociales, Bombay, India (*Vicepresidente*)
Sr. J. Paxman, The Pathfinder Fund, Boston, MA, Estados Unidos de América
Dr. M. Purificação Araújo, Obstetra Consultora en Salud Materna y Planificación Familiar, Directorio General de Salud, Lisboa, Portugal
Dr. E. Velásquez, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquía, Antioquía, Colombia

Representantes de otras organizaciones

- Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población (FNUAP)*
Dr. J. Donayre, Subjefe, División de Política y Evaluación, FNUAP, Nueva York, Estados Unidos de América
Organización Internacional del Trabajo
Srta. M. Nussbaumer, Coordinadora de la Cuestión de Trabajadores Jóvenes y de Edad Avanzada, OIT, Ginebra, Suiza
Centro Internacional de la Infancia
Profesor J. Guignard, Director Científico, ICC, París, Francia
Federación Internacional de Asociaciones de Estudiantes de Medicina
Sra. M. Klee, Organización Danesa de Estudiantes de Medicina, Copenhague, Dinamarca
Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF)
Dr. P. Senanayake, Director Médico, IPPF, Londres, Inglaterra

* No pudo asistir: Dr. Ye Gongshao, Instituto de Investigación sobre Salud del Niño y del Adolescente, Facultad de Medicina de Beijing, Beijing, China.

Asociación Mundial de Muchachas Scouts (WAGGS).
Sra. I. Uygur, Representante de la WAGGS ante las Naciones Unidas, Ginebra,
Suiza

Secretaría

Dr. M.A. Belsey, Jefe, Salud de la Madre y el Niño, OMS, Ginebra, Suiza (*Secretario*)
Dr. D. Bennett, Unidad Médica para Adolescentes, Royal Alexandra Hospital for
Children, Sydney, Australia (*Consultor*) (*Relator*)
Dr. N. Kapor-Stanulovic, Departamento de Psicología, Universidad de Novi Sad,
Novi Sad, Yugoslavia (*Consultor*)
Dra. A. Petros-Barvazian, Directora, División de Salud de la Familia, OMS, Gi-
nebra, Suiza

LA SALUD DE LOS JOVENES: UN DESAFIO PARA LA SOCIEDAD

Informe de un Grupo de Estudio de la OMS acerca de los jóvenes y la «Salud para Todos en el Año 2000»

1. INTRODUCCION

1.1 Nota de apertura

Un Grupo de Estudio de la OMS acerca de los Jóvenes y la Salud para Todos en el Año 2000 se reunió en Ginebra del 4 al 8 de junio de 1984. Dio inicio a la reunión el Dr. D. Tejada de Rivero, Subdirector General, en representación del Director General. En su discurso de apertura, recalcó cómo los jóvenes podrían contribuir a la estrategia mundial de la OMS destinada a lograr la Salud para Todos en el Año 2000, así como también ser beneficiados por esta estrategia.

El objetivo no fue enunciado como la utopía de tener un mundo libre de enfermedades, sino más bien el de buscar una sociedad menos desigual en la atención de salud, y en la cual se promovieran la salud y el bienestar a través de la activa colaboración de todos los sectores de la comunidad. Un elemento esencial de dicha estrategia es el fortalecimiento de la atención primaria de salud, siendo un factor crucial la participación activa de los jóvenes, quienes constituyen una parte importante de la población mundial, especialmente en los países en desarrollo. Aunque necesitan el apoyo social de la familia y de la comunidad, y la asistencia técnica del sector salud, los jóvenes podrían por sí solos desempeñar un papel en la elección y la aplicación de la tecnología apropiada para el logro de los fines deseados.

El año 1985 fue designado como el Año Internacional de la Juventud, cuyo lema fue «Paz, Participación y Desarrollo». De ahí que era apropiado que el Grupo de Estudio se dedicara a aprovechar las energías y el idealismo de los jóvenes, para que se pudieran encarar creativamente los problemas que aquejan a éstos. Era beneficioso

para todos que a la juventud se le demostrara confianza y se le prestara apoyo, dándoles responsabilidades y permitiéndoles compartir el control de la tecnología y de las instituciones que influirán en su futuro y en el desarrollo de sus comunidades. El Grupo de Estudio tuvo como propósito general el examen de las cuestiones de salud que afectan a la juventud, y las amplias dimensiones sociales que adquieren tales cuestiones en un mundo que cambia rápidamente, como también la búsqueda de formas de encarar los desafíos que presenta la participación de la juventud en la promoción de la salud para todos.

1.2 Objetivos

Los objetivos específicos del Grupo de Estudio fueron los siguientes:

- 1) estudiar la salud y los problemas de salud de los adolescentes y de los jóvenes (como se los define más adelante) en el marco de las circunstancias económicas tanto actuales como emergentes;
- 2) realizar un análisis de los sistemas de salud existentes en su relación con la juventud, en el contexto de la atención primaria de salud, concentrándose en su relevancia, en la disponibilidad de recursos y en las necesidades existentes;
- 3) recomendar estrategias para la participación activa de los jóvenes en la atención primaria de salud;
- 4) considerar las recomendaciones de política en lo que respecta a la salud de los jóvenes, y sugerir pautas y prioridades.

1.3 Consideraciones básicas

En este informe se consideran dos transiciones principales relacionadas con la juventud:

- a) la transición del individuo de la niñez a la edad adulta;
- b) la transición de ciertas sociedades de una cultura tradicional a una contemporánea.

Ambos tipos de transición presentan desafíos que los jóvenes deben aceptar. Para lograr salud, es necesario que tanto los individuos como el medio social en que viven se adapten a esas transiciones. La

sociedad debe buscar todo el apoyo que sea necesario a fin de que los individuos puedan sobrellevar las tensiones inherentes al cambio, y debe establecer, asimismo, las políticas, los programas y los servicios requeridos para atender las necesidades especiales que presenta la juventud.

Dentro de un marco evolutivo, el Grupo de Estudio consideró a la adolescencia como una etapa durante la cual tiene lugar la maduración biológica, psicológica y social, y a la juventud como un periodo de transición de la adolescencia a la edad adulta. El Grupo recomendó encarecidamente que se prestara atención a los jóvenes y que su salud y sus problemas de salud fuesen considerados como enraizados en las realidades sociales, económicas y políticas del mundo en que viven. El Grupo destacó asimismo que la juventud de hoy es capaz de asumir la responsabilidad de la atención de su propia salud y de tener participación activa en la misma. Con relación a este punto se consideraron dos aspectos de la atención de salud: la prevención de las enfermedades y accidentes, y la provisión de servicios que atiendan problemas ya existentes.

Si bien este informe no puede considerarse como definitivo, es de esperar que estimule la exploración de una amplia gama de caminos a través de los cuales los jóvenes puedan ser utilizados como un medio de promover la salud.

1.4 Escala de edades en la adolescencia y la juventud

La adolescencia es el periodo de transición de la niñez a la edad adulta, y se caracteriza por: *a)* los esfuerzos realizados para alcanzar objetivos vinculados a las expectativas de la corriente cultural principal y, *b)* la aceleración del desarrollo físico, mental, emocional y social.

Mientras que el comienzo de la adolescencia se relaciona generalmente con el inicio de la pubertad y la aparición de las características sexuales secundarias, el final de la adolescencia no está definido claramente. En efecto, varía enormemente entre una cultura y otra en cuanto al logro de la independencia que caracteriza a la edad adulta. La transición reúne las siguientes características:

- desarrollo biológico desde el comienzo de la pubertad hasta la completa madurez sexual y reproductiva;
- desarrollo psicológico desde los patrones cognoscitivos y emo-

cionales de la niñez hasta los patrones cognoscitivos de la edad adulta;

- tránsito desde el estado de total dependencia socioeconómica de la niñez a una independencia relativa (I).

Anteriormente la OMS consideraba la adolescencia como el periodo que comprende de los 10 a los 19 años, el cual generalmente abarca el tiempo transcurrido desde el inicio de la pubertad hasta la mayoría de edad legal, y que al coincidir con algunas estadísticas demográficas, resulta práctico para la planificación de la salud.¹ Para los fines del Año Internacional de la Juventud, las Naciones Unidas ha definido «juventud» como el periodo entre 15 y 24 años de edad. Sin embargo, así enunciado, dicho periodo se iniciará a mediados de la adolescencia, y su aceptación impediría considerar debidamente las especiales características y necesidades de los adolescentes. Una manera práctica de enfocar esta cuestión sería la de combinar los dos periodos en uno sólo que va de 10 a 24 años de edad, dentro del cual, cuando fuere necesario, podrían considerarse separadamente las tres subdivisiones quinquenales, de 10 a 14, de 15 a 19 y de 20 a 24 años de edad.

Se propone que el término «jóvenes» se refiera, en general, al periodo global de 10 a 24 años de edad, aunque en la práctica, los vocablos «adolescentes», «jóvenes» y «juventud» son intercambiables.

Una de las ventajas de este agrupamiento es que facilita la comparación de datos y experiencias entre diversos países.

No podría establecerse, por supuesto, una categorización universalmente válida: el agrupamiento propuesto también presenta una serie de problemas y limitaciones, incluyendo los siguientes:

1. Las subdivisiones son necesariamente arbitrarias, y desde el punto de vista práctico y clínico, podrían traer limitantes y contradicciones conceptuales.
2. Este agrupamiento no reconoce las discrepancias entre la edad cronológica, la biológica y las etapas psicosociales del desarrollo, ni tampoco las grandes variaciones debidas a factores personales y ambientales.

¹ *Regional working group on health needs of adolescents: final report.* [Grupo de trabajo regional sobre las necesidades de salud de los adolescentes: informe final.] Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 1980 (documento inédito ICP/MCH/005).

3. Tanto en los países en desarrollo como en los industrializados, el concepto de «jóvenes» varía de acuerdo a factores culturales y jurídicos tales como la edad escolar obligatoria, la edad aceptada para el matrimonio, y la legislación laboral concerniente a la niñez, entre otros.

4. Los grupos de edad tienen valor limitado donde no se conoce la edad precisa de las personas.

5. La organización de programas con limitaciones de edad excesivamente rígidas puede ser peligrosa. Es necesario tener flexibilidad en este sentido, especialmente en los países en desarrollo.

6. Otros agrupamientos de edad podrían ser muy útiles en ciertas situaciones en que las necesidades locales debieran tener prioridad. Por ejemplo, al organizar servicios y programas para adolescentes, es importante tener en cuenta los conceptos de adolescencia temprana, media y avanzada (véase la sección 2.1.1). En el sector de la salud reproductiva y los riesgos de salud, la situación de los adolescentes más jóvenes es notoriamente distinta a la de los mayores. Para algunos fines, como el análisis de datos de morbilidad, podría ser mucho más útil la información presentada sobre bases anuales que cualquier agrupamiento por edades.

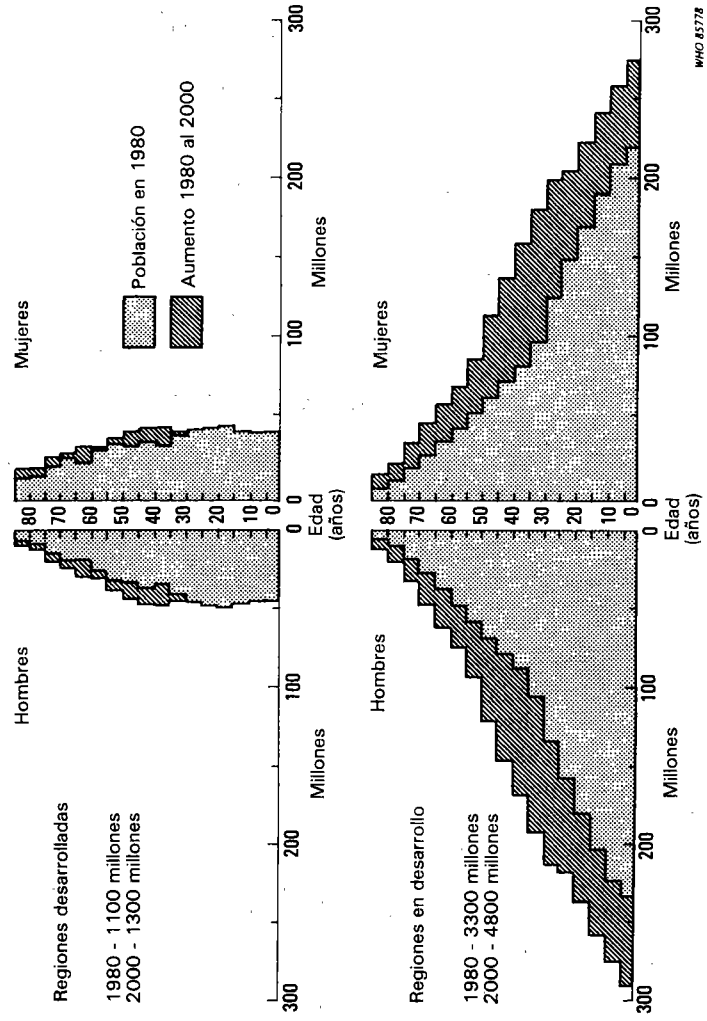
1.5 Tendencias demográficas

Se estima que aproximadamente el 30 % de la población mundial tiene entre 10 y 24 años de edad. Las proyecciones demográficas mundiales, como las contenidas en la figura 1, presentan diferencias notables entre los países en desarrollo y los industrializados.

Entre 1960 y 1980, la población mundial de personas de 15 a 24 años de edad aumentó en un 66 %, mientras que la población mundial total creció en un 46 %. En los países desarrollados, la cifra absoluta de población joven está disminuyendo, mientras que en los países en desarrollo está aumentando rápidamente (cuadro 1). De toda la población de 15 a 24 años de edad, el porcentaje que vivía en los países en desarrollo era de 77,6 % en 1980, y se estima que para el año 2000 se elevará a 83,5 %.

Una consecuencia de este gran aumento en el número de jóvenes en los países en desarrollo es la posibilidad de tener un incremento demográfico aún mayor en las próximas generaciones. Aunque hubiere una rápida disminución en los índices de fecundidad específicos para determinadas edades entre los jóvenes, el crecimiento de-

Fig. 1. Población mundial por edad y sexo, 1980 al 2000 ^a



^a Estimaciones y proyecciones de las Naciones Unidas, según evaluación de 1980.

mográfico no lograría estabilizarse hasta dentro de 10 a 20 años, a medida que las personas que componen esta «protuberancia demográfica» alcancen la edad reproductiva. Pese a los intentos de aumentar la edad mínima legal para el matrimonio, el casamiento de

Cuadro 1. Tendencias demográficas por grupo de edad y tipo de región, 1960-2000^a

Año	Todas las edades		15-24 años	
	Población (miles)	Aumento desde 1960 (%)	Población (miles)	Aumento desde 1960 (%)
Regiones desarrolladas	1960 944 909		144 001	
	1980 1 131 339	19,7	199 512	38,5
	2000 ^b 1 272 159	25,7	176 253	22,4
Regiones en desarrollo	1960 2 092 307		371 301	
	1980 3 300 809	57,8	664 696	79,0
	2000 ^b 4 846 690	131,6	892 857	140,5
Total mundial	1960 3 037 215		515 302	
	1980 4 432 147	45,9	856 208	66,2
	2000 ^b 6 118 850	101,5	1 069 110	107,5

^a Basado en: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *World Health Statistics Annual - Annuaire de Statistiques mondiales*, 1983. Ginebra, 1983, págs. 754-755 (cuadros 21 y 22A).

^b Proyectado.

Cuadro 2. Primer parto en mujeres menores de 20 años, como porcentaje de todos los primeros partos (en países seleccionados)^a

País o territorio	Porcentaje	Año
Japón	2	1980
Francia	4	1980
Egipto	8	1978
Zimbabwe	9	1978
Mauricio	14	1980
Israel	16	1980
Jordania	18	1979
Malasia	19	1979
Túnez	25	1974
Estados Unidos de América	29	1979
Uruguay	30	1977
Chile	32	1980
Costa Rica	45	1979
El Salvador	49	1980
Malawi	55	1977
Seychelles	55	1980

^a Adaptado de: NACIONES UNIDAS. *Demographic Yearbook*, 1981. Nueva York, 1983.

mujeres de 13 a 19 años sigue siendo frecuente en varios países, a raíz de lo cual un alto porcentaje de las mujeres en estos países tienen hijos antes de los 20 años de edad. La prueba de que esta situación puede evitarse está en la gran variación que existe a este respecto en distintos países (cuadro 2). Los nacimientos de niños de madres menores de 20 años representan también una creciente proporción del total de nacimientos, hecho que se explica en parte por el número comparativamente elevado de jóvenes que componen las poblaciones de los países en desarrollo. Los demógrafos han demostrado que la maternidad temprana se encuentra vinculada a la fertilidad total alta.

Como se esperan también aumentos considerables en el número de personas de edad avanzada, los recursos serán aún más escasos. Asimismo, el aumento simultáneo del número de adolescentes y de personas de edad avanzada incrementará la demanda de recursos por parte de ambos grupos en los sectores de salud, de mantenimiento de los ingresos y de vivienda.

Tal vez más específicamente en los países en desarrollo, los adolescentes se verán especialmente afectados por las consecuencias sociales de los cambios demográficos.

1.5.1 *Mortalidad*

Los índices de mortalidad de los jóvenes son bajos si se comparan con los de los niños de corta edad y los de los ancianos. En las últimas décadas, se han registrado cambios significativos en los patrones de mortalidad entre los adolescentes, con una disminución relativa en la mortalidad causada por enfermedades infecciosas, y un incremento relativo en las muertes accidentales. En los países industrializados, los accidentes, los suicidios y otras causas externas son en la actualidad las principales causas de mortalidad en la adolescencia (cuadro 3). Si bien la proporción varía de un país a otro, en general cerca de la mitad del total de defunciones se debe a estas causas.

El embarazo a temprana edad representa un peligro considerable para las mujeres y para sus hijos. La mortalidad y la morbilidad por embarazo son mayores entre las mujeres de 15 a 19 años de edad (o más jóvenes) que entre las mujeres de 20 a 29 años (véanse los datos sobre mortalidad materna que se presentan en los cuadros 15 y 16, páginas 67 y 68).

Cuadro 3. Accidentes, suicidios y todas las demás causas externas de muerte, como porcentaje del total de muertes entre personas de 10 a 24 años de edad en algunos países (cifras más recientes disponibles)^a.

Región de la OMS y país o territorio	%
<i>Africa</i>	
Mauricio	47,2
<i>Américas</i>	
Canadá	77,1
Costa Rica	52,4
Chile	51,7
El Salvador	49,8
Estados Unidos de América	76,2
México	46,5
Panamá	39,8
Paraguay	34,8
Puerto Rico	63,0
República Dominicana	21,0
Trinidad	53,2
Uruguay	50,2
Venezuela	60,7
<i>Mediterráneo oriental</i>	
Egipto	27,2
Israel ^b	52,4
<i>Europa</i>	
Alemania, República Federal de	69,3
Austria	72,9
Bulgaria	52,2
Checoslovaquia	66,3
Dinamarca	68,3
España	56,0
Finlandia	66,0
Francia	67,1
Grecia	57,1
Holanda	57,4
Hungría	59,0
Italia	57,0
Noruega	69,2
Suecia	66,3
Suiza	74,7
<i>Reino Unido</i>	
Escocia	66,8
Inglaterra y Gales	57,3
Irlanda del Norte	70,6
<i>Asia Suroriental</i>	
Tailandia	38,4
<i>Pacífico Occidental</i>	
Australia	76,5
Hong Kong	54,2
Japón	57,9
Singapur	47,4

^a De información disponible para la OMS.

^b La 38ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo de 1985, resolvió que Israel integraría la Región Europea de la OMS.

2. EL DESARROLLO EN LA ADOLESCENCIA Y EN LA JUVENTUD

2.1 Principios generales del desarrollo

En el desarrollo en la adolescencia y en la juventud se aplican los principios generales que rigen el desarrollo humano, los cuales pueden enunciarse brevemente como sigue:

1. el desarrollo implica la sustitución gradual de estructuras y funciones sencillas por otras complejas.
2. el desarrollo es a la vez continuo e intermitente. Es decir, que algunas etapas dependen de un desarrollo anterior, mientras que otros atributos y funciones se desarrollan con relativa independencia de la experiencia anterior y de las estructuras establecidas.
3. el desarrollo depende de una interacción entre factores genéticos y ambientales.

2.1.1 *La adolescencia*

La adolescencia es una fase bien definida del desarrollo. Sus características dependen de las formas en que los factores biológicos, psicosociales y sociales se combinan para formar los patrones de maduración pertinentes. A pesar de las diferencias individuales y los factores ambientales, algunas de sus características son comunes a todas las culturas. Los procesos de desarrollo se caracterizan por períodos de cambio rápido, entremezclados con etapas en las cuales hay una aparente pérdida de ímpetu, y en ciertos momentos, una regresión a patrones anteriores de comportamiento. Es así como los adolescentes a menudo irritan a los adultos con un comportamiento infantil, después de haber alcanzado aparentemente niveles aceptables de madurez. El desarrollo es con frecuencia desigual. Por ejemplo, la madurez precoz (es decir, la apariencia de madurez) de una mujer adolescente, causada por influencias biológicas, puede hacer que se espere de ella una actitud social que aún no está preparada para asumir.

El adolescente promedio debe afrontar la resolución de una serie de *tareas del desarrollo*, incluyendo las siguientes:

- a) la adaptación a los cambios fisiológicos y anatómicos relacionados con la pubertad, y la integración de una madurez sexual en un modelo personal de comportamiento;

- b) la resolución progresiva de formas anteriores de apego a padres y familia, y el desarrollo, a través de la relación con sus compañeros, de una mayor capacidad de establecer relaciones interpersonales más íntimas;
- c) el establecimiento de una identidad individual, incorporando una identidad sexual y roles sociales adaptativos;
- d) la utilización de una habilidad intelectual enriquecida, con la adquisición de un sentido de comunidad y de una «visión global»;
- e) el desarrollo de los potenciales para actividades ocupacionales y de esparcimiento, con una dedicación gradual a aquéllas que son importantes para el individuo y para la comunidad.

El concepto de tareas de desarrollo es útil de múltiples maneras: conduce a una mejor comprensión de los patrones del desarrollo progresivo en la adolescencia; facilita la comparación entre individuos y grupos de adolescentes con los puntos de referencia del desarrollo; proporciona una base lógica para la comprensión de los desórdenes, trastornos y problemas de los adolescentes como determinados o configurados por las interrupciones en el proceso del desarrollo; y puede ayudar a los adolescentes no sólo a desarrollarse sino también a comprender y a reaccionar mejor a las explicaciones de sus problemas.

Existe, por supuesto, algún grado de duplicación en estas tareas, pero el énfasis cambia a medida que avanza la adolescencia. Así, por ejemplo, en la adolescencia inicial, de 10 a 14 años de edad aproximadamente, se fija la atención en las tareas de desarrollo *a)* y *b)*. En la adolescencia media (14 a 17 años), el énfasis pasa a las tareas *b)*, *c)* y *d)*. En la adolescencia final (17 a 20 años), las tareas *a)*, *b)*, *c)* y *d)* se han completado en su mayor parte, y la atención pasa a la tarea *e)*.

Sin embargo, esta secuencia general se ve afectada por las condiciones socioeconómicas y culturales, las cuales pueden demorar el desarrollo debido a falta de oportunidades. En efecto, las frustraciones causadas por la falta de salidas para emplear en forma creativa las energías de los jóvenes, podría ser el origen de muchos de los problemas relacionados con la adolescencia.

2.1.2 *La juventud*

Si bien la juventud, según la define el Grupo de Estudio, coincide en parte con la adolescencia media y final, las preocupaciones del

grupo de 20 a 24 años de edad, son adultas en su orientación. Este grupo se caracteriza por tener mayor estabilidad y por realizar tareas y actividades más dirigidas hacia afuera, incluyendo las siguientes:

- a) la formación de una firme capacidad de establecer compromisos permanentes en sus relaciones personales, en el ámbito vocacional y en otros aspectos sociales;
- b) la aceptación progresiva de mayores responsabilidades en relación con las figuras paternas;
- c) la dedicación activa al trabajo con estructuras sociales establecidas.

Los factores culturales influyen en el alcance y la expresión de las tareas de desarrollo de los adolescentes y jóvenes. En algunas culturas, estas tareas se realizan, tal vez precozmente pero por necesidad, en la adolescencia inicial. En cambio, en otras culturas, la oportunidad de dedicarse a dichas tareas podría demorarse hasta la edad adulta mediana. En ambos casos, su principal significado práctico radica en la manera cómo pueden enfocar la atención en un desarrollo de programas adecuado. El desaprovechar la oportunidad, donde ella exista, podría servir como indicador de jóvenes que corren el riesgo de sufrir desórdenes o incapacidades, o que ya los están sufriendo.

2.2 Cambios físicos durante la adolescencia

2.2.1 Cambios seculares

En los últimos 100 a 150 años se han registrado cambios en el aspecto físico de los adolescentes. La edad de inicio de la maduración sexual ha disminuido, el crecimiento y el desarrollo físico avanzan a ritmo acelerado, y se ha notado una tendencia hasta muy recientemente hacia un tamaño final mayor en las personas adultas. En Europa la edad para la primera menstruación (menarquia) se ha adelantado en unos 2 a 3 meses por década. En los Estados Unidos de América se ha registrado una tendencia secular similar (aparentemente estabilizándose a los 12,8 años). Numerosos aspectos de esta aceleración no han sido aclarados, aunque factores tales como el mejoramiento de la alimentación y de las condiciones sociales y económicas son causas importantes.

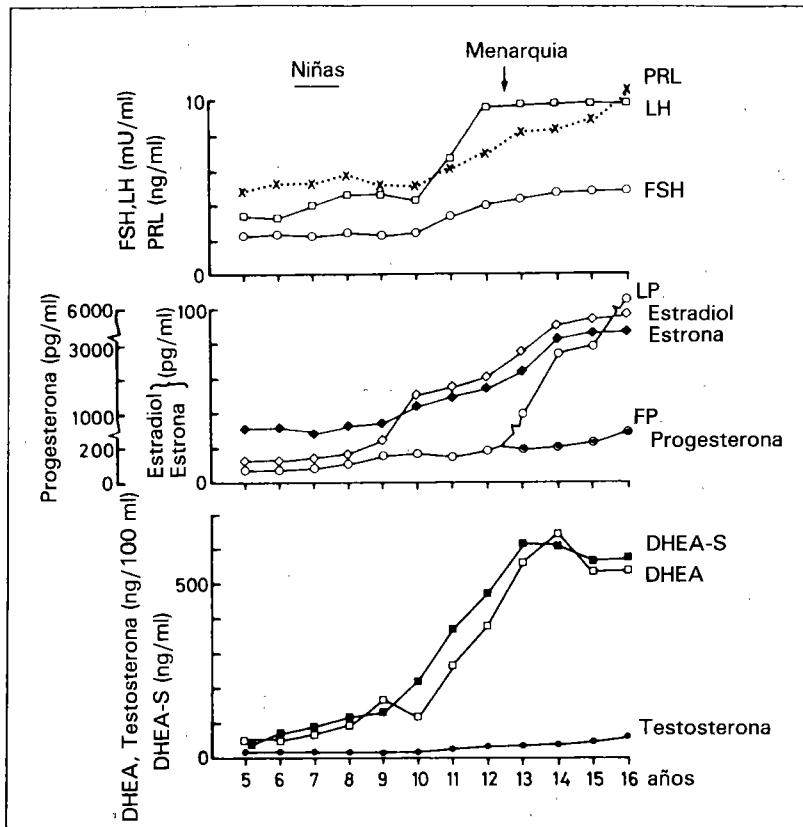
2.2.2 *La pubertad: normas y variaciones*

Durante la adolescencia ocurren cambios considerables en las secreciones hormonales (2) (figuras 2 y 3). El primer fenómeno de la pubertad es un aumento de la secreción de las hormonas gonadotrópicas por la glándula pituitaria, lo que hace que se desarrollen los folículos de los ovarios y los túbulos de los testículos. La producción de estrógeno permanece baja, pero más bien constante, en ambos sexos hasta los 7 años de edad, para luego aumentar gradualmente. Al comienzo de la pubertad en las niñas, los niveles de estrógeno se elevan fuertemente y su producción se vuelve cíclica. En los varones, la producción de estrógeno también aumenta ligeramente durante la pubertad, pero el principal cambio es un incremento muy marcado en la secreción de testosterona. Tanto en los varones como en las niñas, los andrógenos adrenales, que ya se secretan en forma creciente durante la niñez (3), también aumentan considerablemente en la pubertad, y son los causantes de la aparición de algunas de las características sexuales secundarias, especialmente el vello púbico y axilar (adrenarquia).

La primera señal de la pubertad en los varones es generalmente un agrandamiento de los testículos, probablemente vinculado con el advenimiento de la espermatogénesis antes de la aparición de las características sexuales secundarias. Al crecimiento del vello púbico le sigue el aumento en la estatura del sujeto y en el tamaño del pene. El vello facial y axilar aparece, en promedio, unos dos años después de iniciado el crecimiento del vello púbico; el crecimiento del vello corporal se inicia un poco más tarde y continúa hasta mucho tiempo después de la pubertad. Los cambios en la voz, vinculados con el agrandamiento de la laringe, ocurren relativamente tarde en la adolescencia y pueden transcurrir de 1 a 3 años antes de completarse. Se registra un aumento permanente en el tamaño de la aréola de los senos y a veces un agrandamiento temporal del tejido subyacente en los senos de los varones, lo cual puede causar molestia o vergüenza. La «espermarquia» o primera eyaculación por lo general ocurre durante el sueño o como resultado de la masturbación en la etapa media o final de la pubertad (4).

El promedio de duración de la pubertad es de unos 3 años, pero puede durar de 2 a 5 1/2 años en los varones y de 18 meses a 5 años en las niñas. Si bien los acontecimientos visibles de la pubertad siguen una secuencia predecible, existen amplias variaciones en cuanto al tiempo de su inicio, al ritmo de los cambios, y a la edad en que

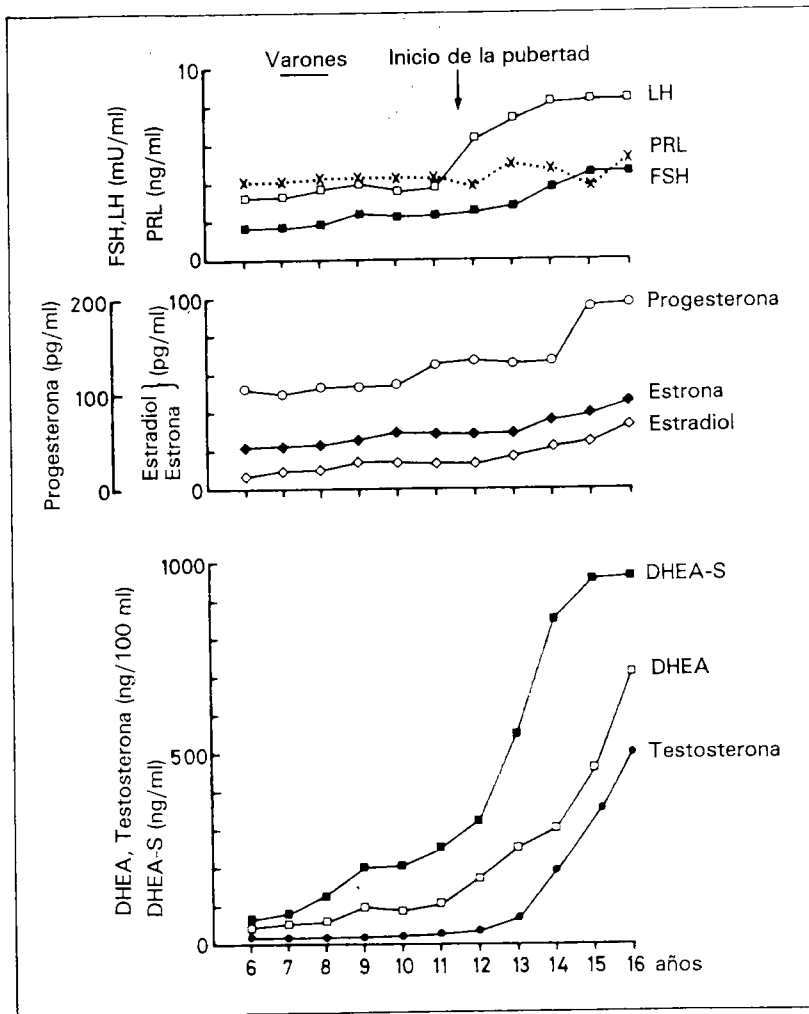
Fig. 2. Cambios hormonales con relación a la pubertad en niñas ^{a,b}



^a Niveles de prolactina de plasma (PRL), hormona luteinizante (LH), hormona estimulante de foliculos (FSH), estradiol, estrona, progesterona (antes de la pubertad y después de la menarquia), dehidroepiandrosterona (DHEA), sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEA-S) y testosterona antes, durante y después de la pubertad en niñas normales. LP y FP representan niveles de progesterona durante la fase luteínica (círculos abiertos) y fase folicular después de la menarquía (círculos punteados).

^b Fuente: Sizomenko, P. C. Endocrinology in preadolescents and adolescents. I. Hormonal changes during normal puberty. *American Journal of diseases in childhood*, 132: 704-712 (1978).

Fig. 3. Cambios hormonales con relación a la pubertad en varones ^{a,b}



^a Niveles de prolactina de plasma (PRL), hormona luteinizante (LH), hormona estimulante de foliculos (FSH), progesterona, estrona, estradiol, dehidroepiandrosterona (DHEA), sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEA-S) y testosterona, antes, durante y al final de la pubertad en varones normales.

^b Fuente: Sizonenko, P. C. *Endocrinology in preadolescents and adolescents*. I. Hormonal changes during normal puberty. *American Journal of diseases in childhood*, 132: 704-712 (1978).

esos acontecimientos terminan. El desarrollo de los senos en las niñas, que comienza entre los 8 y los 13 años, es por lo general el primer signo de la pubertad (telarquia). Más tarde, después de aproximadamente un año, aparece el vello púbico, el «estirón» de crecimiento en estatura y los cambios físicos generales. Sin embargo, aquí también existen variaciones individuales considerables en el orden y en el momento en que ocurren estos cambios físicos, tanto dentro de una cultura como en comparación con otras.

La menarquia ocurre bastante tarde en la pubertad y es precedida generalmente por un mínimo de dos años de desarrollo de los senos. El promedio de edad para la menstruación es de aproximadamente 13 años de edad en todo el mundo, pero puede variar entre los 10 y los 16 1/2 años. Según los estudios transversales que se han hecho, existe una ligera demora en el advenimiento de la menarquia en las poblaciones rurales en comparación con las urbanas (cuadro 4). Aunque no se conocen plenamente las causas de esa situación, pueden influir factores tales como el nivel socioeconómico, la altitud geográfica, el tamaño de la familia, y las condiciones alimentarias (5). Algunos estudios longitudinales que se han propuesto podrían esclarecer esta cuestión. Una de las ideas mencionadas fue la hipótesis del «peso crítico» (6), que postula que la menarquia se relaciona directamente con el peso corporal y que posiblemente es provocada por la realimentación («feedback») de la masa metabólica del cuerpo a los sistemas regulatorios apropiados. Mediante estudios realizados subsiguientemente (7) se ha comprobado que el peso corporal no relacionado con la edad probablemente no es la causa primaria de la menarquia.

Cabe mencionar que la menarquia y la espermarquia no constituyen necesariamente signos de fecundidad. Las primeras menstruaciones generalmente no son ovulatorias, y el semen de las primeras eyaculaciones tiene bajo poder de fecundación.

2.2.2 El «estirón» del crecimiento

Los estudios longitudinales acerca del crecimiento físico indican claramente que la adolescencia se asocia con cambios notables que ocurren tanto en el ritmo como en la naturaleza del crecimiento y del desarrollo. El ritmo del crecimiento físico disminuye progresivamente a partir del cuarto mes de vida fetal, hasta que se registra nuevamente una marcada aceleración durante la adolescencia, que se ha

Cuadro 4. Edades medias de menarquia en siete centros de estudio, y edades a las cuales el 10 % y el 90 % de las niñas encuestadas en cada centro habían alcanzado la menarquia ^a

Centro	10 por 100		Media		90 por 100	
	Años	Meses	Años	Meses	Años	Meses
Hong Kong	11	2	12	9	14	2
Zafed (Israel)	11	9	13	3	14	6
Ile-Ife (Nigeria)	12	3	13	9	15	0
Colombo (Sri Lanka)	12	1	13	6	15	0
Peradeniya (Sri Lanka)	13	1	14	5	—	— ^b
Estocolmo (Suecia)	11	4	13	3	14	4
Ginebra (Suiza)	11	4	13	1	14	4

^a Reproducido con permiso, de: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. A multicentre cross-sectional study of menarche. *Journal of adolescent health care* (en prensa).

^b Al término de este estudio, menos del 90 % de las niñas habían alcanzado la menarquia.

dado en llamar el «estirón» del crecimiento. Los andrógenos y los estrógenos testiculares son de suma importancia, aunque los andrógenos adrenales podrían también desempeñar un papel preponderante antes y durante la pubertad. En el Reino Unido, típicamente las niñas inician el crecimiento acelerado de la adolescencia aproximadamente a los 10 años y medio de edad, alcanzando el mayor ritmo de aumento de estatura alrededor de los 12 años; los varones inician el crecimiento acelerado y llegan al ritmo máximo unos dos años más tarde, siendo ese ritmo máximo más acelerado en los varones que en las niñas.

Es importante reconocer que hay grandes variaciones individuales en cuanto a la edad en que ocurre el «estirón» de crecimiento. Este viene acompañado por cambios físicos considerables, estos cambios antes de la pubertad no difieren en los dos sexos de manera apreciable (2). Las niñas acusan un crecimiento especialmente pronunciado en el ancho de las caderas, mientras que los varones crecen más en el ancho de los hombros. Ambos sexos denotan un incremento en la masa muscular, pero éste es más marcado en los varones que en las niñas. Los varones también acusan un notable aumento en la fuerza física, lo cual apenas se percibe en las niñas. Los huesos se vuelven más gruesos y más anchos, y las dimensiones y forma de la cara se alteran, en mayor grado en los varones que en las niñas. La cabeza, manos y pies llegan al tamaño adulto con mayor rapidez, de manera que algunos adolescentes se quejan de tener manos o pies grandes. Los varones por lo general pierden las grasas en la adolescencia, para luego recuperarlas a medida que disminuye el ritmo de creci-

miento en estatura. Las niñas registran una curva similar, pero sólo ocurre una disminución temporal (antes que una pérdida) de la acumulación de tejido adiposo en las extremidades, como también un incremento constante en las grasas corporales, juntamente con una tendencia generalizada a acumular grasas a medida que dejan de ganar en estatura.

2.2.4 Repercusión psicológica del cambio biológico

Tanto la naturaleza como el momento en que ocurren los cambios físicos de la adolescencia parecen tener un significado psicológico y afectar el comportamiento. Aunque el papel de las hormonas sexuales en relación con la maduración es claro, sus efectos sobre las emociones y el comportamiento no lo son. A través de diversos estudios (8) se ha comprobado que los andrógenos desempeñan una función controladora importante (pero no exclusiva) en lo que respecta a la motivación sexual en el hombre, y probablemente tengan también un efecto similar en la mujer, siendo secretados por la glándula adrenal. De ahí que el aumento de la producción de andrógenos en la pubertad sea una causa del pronunciado aumento en el impulso sexual que caracteriza a la adolescencia. No obstante, no se deduce de ello que las diferencias de nivel hormonal sean la causa de las diferencias individuales en el libido después de la pubertad; al contrario, los datos existentes indican que esa relación es muy débil. Los andrógenos juegan un papel de suma importancia en el inicio del aumento del deseo sexual en la pubertad, pero más adelante ocurren variaciones en la motivación sexual (ya sea entre las personas o en una misma persona en diversos momentos) que no son determinadas principalmente por niveles hormonales.

Las consecuencias emocionales y de comportamiento relacionadas con los cambios en los niveles de estrógeno y progesterona que ocurren en la adolescencia son menos comprendidas. Sin embargo, la evidencia comprobada del efecto que producen los cambios hormonales en el comportamiento en otras áreas (como por ejemplo, las perturbaciones puerperales, la tensión premenstrual, etc.), señala la posibilidad de que los cambios hormonales que caracterizan a las niñas en la pubertad tengan consecuencias emocionales.

El momento en que ocurre la maduración física durante la adolescencia también tiene un significado psicológico. A través de varios estudios se ha comprobado que los varones que alcanzan la ma-

durez más temprano tienen una ligera ventaja en su personalidad (9). En general, tienden a ser más populares, más tranquilos, de mejor humor, y generalmente más confiados en sí mismos. En cambio, los que maduran tarde tienden a sentirse menos seguros y menos confiados en sí mismos y a sentir mayor ansiedad. Sin embargo, las pruebas de personalidad empleadas en estos estudios no fueron muy satisfactorias y en general se registraron diferencias bastante pequeñas. El cuadro resultante de los estudios realizados con niñas fue menos uniforme: las diferencias entre las que maduraron temprano y las que maduraron tarde fueron menos pronunciadas y se registraron variaciones según las edades y en diferentes estudios, siendo la maduración temprana, algunas veces una ventaja y otras, una inconveniencia. Las niñas que maduran temprano a veces sienten timidez y ansiedad y tratan de ocultar el desarrollo de los senos adoptando posturas alteradas. Por otra parte, la madurez sexual puede no coincidir con la madurez psicológica necesaria para mantener relaciones satisfactorias.

2.3 Desarrollo psicológico

2.3.1 Desarrollo del sistema cognoscitivo y de valores

Piaget (10) ha ejercido una gran influencia al postular que el desarrollo cognoscitivo posee etapas discretas que siempre ocurren en el mismo orden, aunque el momento de su inicio varía de una persona a otra. Aproximadamente a los 12 años de edad, por primera vez los jóvenes pueden realizar «operaciones formales», es decir, adquieren la capacidad de manejar hipótesis o proposiciones en ausencia de puntos de referencia concretos o tangibles; en otras palabras, son capaces de pensar en forma abstracta, sistemática y racional.

Piaget ha postulado asimismo que existen diferencias significativas entre el funcionamiento moral del niño y del adolescente. Describe el cambio gradual que ocurre desde la aceptación de las normas y reglas de los adultos hasta la etapa de evaluación crítica de dichas reglas, en la cual ya se hace una elección individual y activa. Este hecho, a su vez, crea un conflicto entre el adolescente y las figuras de autoridad; sin embargo, el grado en que esto ocurre puede variar considerablemente entre una cultura y otra.

2.3.2 *Formación de la identidad*

La identidad puede definirse como un sentimiento interior de ser y pertenecer, dentro de las limitaciones y posibilidades de cada etapa de la vida. Durante la adolescencia, para lograr esa identidad es necesario cambiar el papel de niño por el de joven y adulto.

En lugar de hablar de una «crisis de identidad», muchos autores prefieren aceptar que la ansiedad con respecto al futuro aumenta durante el período de 13 a 19 años de edad. En contraste con el concepto de que la adolescencia es un tiempo de confusión de identidad y de incertidumbre acerca del yo, está el postulado de que los adolescentes tienden a veces a tener opiniones por demás elevadas y poco realistas acerca de sí mismos. Este punto de vista no ha recibido pleno apoyo empírico: los estudios indican que en la mayoría de los casos los adolescentes poseen una visión bastante realista de sí mismos, visión que tiende a variar día a día. A medida que los niños pasan por la adolescencia se vuelven considerablemente más capaces de crear y explorar hipótesis, de hacer deducciones y de alcanzar abstracciones de orden más elevado. El que los adolescentes cuestionen y critiquen las ideas establecidas y que sean idealistas, es probablemente tanto una función de su mayor capacidad cognitiva como una reacción a su situación social o al patrón educativo al que fueron sometidos.

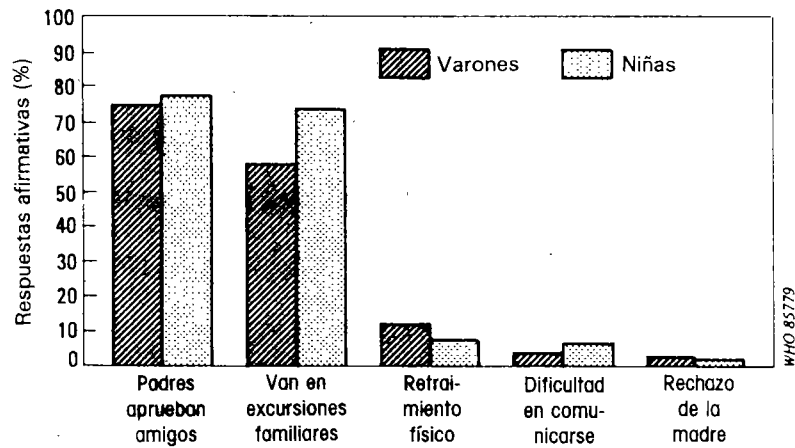
2.3.3 *Relaciones de los adolescentes con los adultos y con sus pares*

En las sociedades «occidentales», la adolescencia ha sido considerada como una etapa en la cual los jóvenes se alejan de sus padres, y se produce una «brecha generacional», mientras que sus iguales tienen relativamente mayor influencia sobre ellos que sus padres. Si bien es cierto que los adolescentes tienden a tener intensas interacciones emocionales con sus iguales y gran necesidad de contar con su aprobación esto no significa necesariamente que se alejen de sus padres.

En efecto, la evidencia empírica contradice consistentemente la idea comúnmente aceptada de que los adolescentes tienden a disentir con los valores de sus padres y que la influencia de éstos disminuye enormemente durante la adolescencia (11).

En la figura 4 se observa esta relación positiva, en el sentido de que la gran mayoría de los adolescentes de 14 y 15 años de edad in-

Fig. 4. Relaciones entre padres e hijos adolescentes: opiniones de adolescentes de 14 y 15 años de edad (Estudio de la Isla de Wight)^a



^a Adaptado de RUTTER, M. *Changing youth in a changing society*. Londres, Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1979.

cluidos en un estudio inglés creían que sus amigos contaban con la aprobación de sus padres, y que un número considerable de esos adolescentes aún participaban en excursiones familiares. Sólo un pequeño porcentaje mostraba signos de un alejamiento significativo.

En general, la evidencia disponible parece indicar que los adolescentes todavía tienden a recurrir a sus padres para recibir orientación acerca de las principales cuestiones de valores, pero que se dirigen más a sus iguales en temas referentes a modas de ropas, diversiones, y otros intereses de la juventud.

2.3.4 Factores sociales en el desarrollo en la adolescencia

En las sociedades transicionales de hoy, entre padres e hijos se suscitan nuevas tensiones originadas en las frecuentes y amplias divergencias con respecto a experiencias y estilos de vida. En las áreas urbanas de los países en desarrollo los jóvenes encaran hoy en día problemas y oportunidades que son muy diferentes de los de sus padres. Especialmente cuando la familia es de origen rural, es más difícil que los adolescentes recurran a sus iguales en busca de apoyo y orientación. En efecto, en las áreas rurales la difusión de otros valo-

res a través de los medios masivos de comunicación está creando diferencias de actitud entre generaciones. Sin embargo, debe reconocerse también que la fortaleza propia de las sociedades tradicionales puede canalizarse hacia nuevos rumbos, y debe tenerse en cuenta no sólo a los jóvenes con problemas, sino también a aquéllos que se han adaptado exitosamente, analizando cómo lo han logrado.

Como se señaló anteriormente, tanto los factores individuales como los sociales influyen en el grado de desarrollo durante la adolescencia y la juventud. Mientras que la secuencia de las etapas del desarrollo parece tener orígenes biológicos, el momento en que ocurren y el grado de desarrollo se ven afectados en diversos grados por los factores ambientales. La maduración individual en los aspectos físico, cognoscitivo, emocional, social y económico rara vez procede de modo uniforme, y aun en la mejor de las circunstancias, la falta de oportunidades puede impedir el completamiento de las tareas del desarrollo que caracterizan a la adolescencia. Algunas veces podría desaprovecharse una oportunidad como consecuencia de conductas tales como una relación sexual desprotegida que conduzca a un embarazo indeseado, o el abuso del consumo de drogas o alcohol. Sin embargo, tales comportamientos a menudo se originan en una falta de oportunidades económicas o educacionales, en una sociedad en la que los jóvenes son objeto de crecientes y complejas exigencias y en donde, asimismo, el tradicional apoyo familiar se ha debilitado.

A medida que aumenta la complejidad de la tecnología, se necesita más educación y adiestramiento para lograr una independencia económica. Mientras que la madurez reproductiva es fundamentalmente de origen biológico, la independencia económica es más frecuentemente el resultado de factores nacionales e internacionales. El joven a menudo se ve de ese modo atrapado entre un creciente sentido de madurez individual y una prolongación de la dependencia económica.

En las sociedades rurales tradicionales, la transición de la niñez a la edad adulta es bastante breve, con papeles preestablecidos que están a la espera de ser asumidos por el joven. En las opulentas sociedades modernas, existe mayor apoyo para los jóvenes durante lapsos más prolongados de adiestramiento y educación, que son necesarios para que puedan formar parte de sistemas económicos tecnológicamente complejos. En las sociedades transicionales, que son tal vez las más comunes en los países en desarrollo, la necesidad económica ha debilitado la autoridad del sistema tradicional de apoyo de las zonas

rurales, ejerciendo al mismo tiempo una atracción para que los jóvenes se trasladen a las zonas urbanas industriales, donde hay mayor demanda de mano de obra calificada pero escasas oportunidades de adiestramiento. Para un joven que de por sí está sintiendo las tensiones naturales de la transición de la niñez a la edad adulta, esas tensiones se agudizan, las frustraciones se complican y aumentan las posibilidades de tropezar con otros problemas.

Sin embargo, como se señaló anteriormente, es importante tener en cuenta tanto a las personas que han logrado adaptarse exitosamente en las sociedades transicionales, como a las que han sucumbido ante los problemas. Cada cultura tiene características singulares que pueden facilitar la adaptación de maneras hasta hoy desconocidas en otros lugares. Los mismos cambios que están ocurriendo actualmente pueden proporcionar nuevos modelos de participación de los jóvenes en el desarrollo social.

3. FACTORES Y CAMBIOS SOCIALES QUE INFLUYEN EN LA SALUD DE LOS JOVENES

En la sección precedente se trató acerca de los cambios que ocurren en una persona a medida que él o ella pasan de la niñez a la edad adulta. En esta sección, nos ocuparemos de los factores sociales que dan forma al desarrollo individual, y de los cambios sociales que influyen en el desarrollo, la condición y la salud de los jóvenes.

3.1 Variaciones transculturales en los conceptos de «adolescencia» y «juventud»

Si bien las definiciones de las etapas del desarrollo, tales como «adolescencia» o «juventud», en términos de edad cronológica son útiles para propósitos de estandarización, es importante reconocer que son socialmente arbitrarias. Una persona de 15 años de edad, por ejemplo, podría muy bien ser considerada como «joven» en una sociedad, como adulto maduro en otra, o bien como niño en otra. Es probable que en las sociedades menos desarrolladas, el grupo de edad de 15 a 24 años constituya un importante medio de producción económica para la familia y la sociedad, dependiendo otras personas de él, mientras que en las sociedades más desarrolladas, una gran parte

de las personas de 15 a 24 años de edad dependen de otros miembros de la sociedad.

Las diferencias transculturales también pueden observarse en la variedad de leyes y costumbres relacionadas con la edad mínima para el matrimonio, la cual a menudo es distinta para el hombre y la mujer, reflejando así la diversidad de opiniones acerca de la edad en que los sexos llegan a la madurez. La edad legal y real para el matrimonio es más elevada en Europa que en cualquier otra parte, siendo la única región donde los países han establecido la misma edad legal mínima para ambos sexos. En algunos países del Asia, la edad legal mínima es baja, y es común, aunque ilegal, el matrimonio entre niños en Bangladesh y algunas partes de la India. En algunos países del Mediterráneo Oriental y el Norte de Africa no existe una edad legal mínima para casarse, observándose las leyes musulmanas que permiten a las mujeres contraer matrimonio luego de la menarquia. Otros países establecen edades legales moderadamente altas, como por ejemplo numerosos países africanos del sur del Sahara. En América Latina en general, las edades legales mínimas son las más bajas del mundo.

Varios autores han destacado que la «adolescencia» es un concepto relativamente nuevo, cuyo uso se limita principalmente a las sociedades «occidentales» modernas (12). En muchas culturas existen ritos de transición, en los cuales el niño (o como dirían algunos, el adolescente) se inicia en los papeles sociales de la vida adulta. En tales culturas, la madurez psicológica y social rara vez coincide en los varones. En la mujeres, las transiciones ceremoniales tales como los esponsales o el matrimonio pueden vincularse estrechamente con acontecimientos físicos como la primera menstruación, pero no así con la maduración psicológica plena. En otras sociedades, no existen tales cambios rituales de condición, y de la niñez se pasa a la edad adulta sin que se perciba o se establezca ninguna condición intermedia equivalente a la idea de «adolescencia». Las ideas modernas acerca de esta etapa se han formado mediante el establecimiento y la extensión de la educación obligatoria, la prohibición del trabajo de menores, y la creación de leyes y servicios que establecen una diferencia entre los jóvenes y los adultos y niños. En esas ideas también ha influido la creciente discrepancia acerca de la edad a la que se alcanza la madurez física, y la edad en la que se alcanza a otorgar la independencia económica, civil y social (12).

3.2 La importancia de los factores sociales

Como ocurre con las personas de todas las edades, los jóvenes se encuentran con que las experiencias de la vida se forman en relación a la sociedad en que viven. La naturaleza de esa sociedad influye en su desarrollo, su condición, las modalidades de su vida cotidiana, sus aspiraciones, sus oportunidades, y su salud. Su vida se ve afectada también por los legados del pasado: el conjunto de creencias, leyes, costumbres, y valores (cultura); los efectos de patrones anteriores de fecundidad, matrimonio, morbilidad y mortalidad (patrones demográficos); los resultados del desarrollo industrial, económico, agrícola y político (patrones socioeconómicos o sociopolíticos); así como también por las consecuencias de calamidades naturales o causadas por el hombre, la depredación ambiental y la contaminación. Los adolescentes y los jóvenes tal vez quieran cambiar el mundo, pero su vida ha sido formada y controlada en forma considerable por su ambiente social.

Es importante reconocer que todo problema de salud tiene un componente social. En él podría encontrarse la verdadera raíz del problema (como por ejemplo, cuando la malnutrición es el resultado de falsos conceptos de nutrición), o las reacciones producidas por una condición (por ejemplo, lo que se considera obesidad en una sociedad podría tomarse en otra como condición saludable); o bien podría intervenir en que se acepte una probable solución al problema (por ejemplo, cuando los reparos morales impiden impartir educación sexual a los jóvenes). Es difícil concebir un problema de salud que no guarde relación con los sistemas sociales, culturales, tecnológicos, económicos, políticos, legales, y de bienestar y salud social, vigentes en la sociedad en la cual surge dicho problema.

3.3 La dinámica del cambio social

La interacción entre los factores sociales y las cuestiones de salud es compleja y a veces impredecible. Así, por ejemplo, en Europa Occidental, durante el siglo XIX, los aumentos en los ingresos y la riqueza que resultaron de la Revolución Industrial fueron acompañados por una disminución en las tasas de natalidad y mortalidad. En efecto, numerosos autores sostienen que los mayores ingresos fueron la principal causa de esos cambios (13, 14). La situación en el mundo en desarrollo ha cambiado actualmente y difiere de la llama-

da «transición demográfica» de Europa. En muchas partes del Asia, y en cierta medida en América Latina, los índices de mortalidad, particularmente entre los lactantes, han disminuido en forma constante en la última década, y los índices de natalidad también han bajado en forma bastante espectacular. Sin embargo, si bien en muchos países se han registrado aumentos en los ingresos, éstos han sido muy modestos. En Africa, en general, las tasas de mortalidad (particularmente entre lactantes) permanecen elevadas, los índices de natalidad no disminuyen, los beneficios del aumento en los ingresos aún no son evidentes, y apenas se observa alguna preocupación acerca del crecimiento demográfico. Aunque se afirma que en algunos países la disminución de las tasas de natalidad ha contribuido al crecimiento y a la prosperidad de la economía, en muchos países desarrollados y en desarrollo existe hoy día la preocupación de que el crecimiento económico podría no ser tal si las tasas de natalidad son demasiado bajas, razón por la cual se estimula a las familias a que tengan más hijos a fin de facilitar el desarrollo económico. En consecuencia, la relación entre la riqueza y las tasas de natalidad y mortalidad registradas en el desarrollo de los países de Europa Occidental no tiene aplicación universal.

Una característica típica de las sociedades tradicionales es el sentido de continuidad e inmutabilidad en los patrones de la vida social. Las sociedades transicionales tal vez estén mejor preparadas para aceptar el cambio, mientras que las sociedades modernas podrían asimilar con mayor facilidad los cambios rápidos. Como expresa Lengyel: «Las sociedades modernas no sólo son pluralistas, de manera que la innovación en un sector no perturbe el equilibrio, sino que han creado instituciones para canalizar, ordenar, racionalizar y aun inducir el cambio» (15).

Una diferencia primordial entre las sociedades tradicionales y las modernas es que, en las primeras, los jóvenes pueden estar bastante seguros de que sus vidas serán sustancialmente similares a las de sus padres, mientras que en las últimas, los jóvenes pueden tener la casi certeza de que sus vidas serán fundamentalmente distintas a las de sus padres, y que las vidas de sus hijos han de ser diferentes a las suyas.

En las sociedades transicionales, los jóvenes pueden simultáneamente estar involucrados en dos culturas: la tradicional, en la cual crecieron sus padres y que tal vez aún valoren, y la sociedad moderna, acerca de la cual se enseña en las escuelas y es descrita por los medios de difusión. Un choque de culturas similar podría ocurrir en

la vida de los jóvenes cuyas familias han emigrado a otro país o de una zona rural a una urbana.

3.4 Fuentes de cambio social que afectan a los jóvenes

Son varios los factores que conducen al cambio social, y su importancia varía entre una cultura y otra (16).

3.4.1 *Los factores generales involucrados*

a) *Demográficos*. Los cambios en el número, expectativa de vida, y distribución por edad y sexo de una población influyen en la disponibilidad de mano de obra y en la cantidad de personas aspirantes a ocupar diversas posiciones sociales, así como en el grado en que compiten las generaciones, y en las relaciones cambiantes entre los sexos.

b) *Económicos*. Los cambios en la base económica (por ejemplo, de primaria a secundaria, y de ésta a terciaria), en las modalidades del comercio, en los tipos de tenencia de la propiedad, en las unidades y modos de producción, en los índices de empleo o desempleo, en el ingreso per cápita, en el porcentaje del producto interno bruto invertido en la defensa nacional o en el bienestar popular, en la distribución del ingreso y de la riqueza, en la explotación de los recursos naturales, etc.

c) *Políticos*. Los cambios en los patrones de autoridad, en el acceso a las instituciones de poder, en las formas de gobierno, en las alianzas internacionales, etc.

d) *Legales*. Los cambios en la situación legal de los menores o de las mujeres, en las leyes que rigen a la familia, en la jurisdicción paterna, en la disponibilidad legal de métodos regulatorios de la fecundidad, etc.

e) *Religiosos*. Los cambios en el poder y en el control de las religiones establecidas, en la lateral a cultos y sectas, en las relaciones entre las religiones organizadas y el estado, en los papeles sociales y familiares preestablecidos, etc.

f) *Educativas*. Extensión de la educación, cambios en la alfabetización y el conocimiento aritmético, en los niveles de la inversión en adiestramiento y formación de capital humano, en el ritmo de las innovaciones, en la generación de los movimientos sociales, etc.

g) *Tecnológicos y científicos.* Cambios en la complejidad y eficacia de los procesos de producción, en la eficacia de la medicina preventiva y curativa (v.g., mejores anticonceptivos), en los niveles ideales de aptitud, en la eficacia de las comunicaciones, etc.

3.4.2 *Problemas especiales de la juventud contemporánea*

a) *Desempleo.* El creciente índice de desempleo está causando gran preocupación en todo el mundo. Si bien la extensión de la educación secundaria y terciaria con frecuencia ha servido para mejorar la preparación de los jóvenes, faltan oportunidades para darles empleos (subempleo). En efecto, el desempleo y el subempleo son considerados los problemas más graves de los jóvenes de hoy.

El rápido crecimiento demográfico ha creado una gran cantidad de personas que buscan empleos, para quienes el desarrollo económico ha sido incapaz de crear suficiente trabajo. Debido a que son los últimos en llegar al mercado de trabajo y carecen de experiencia, los jóvenes son los más perjudicados cuando el nivel de desempleo es de por sí elevado, como puede apreciarse en el cuadro 5.

En las 24 naciones de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, en 1982, había más de siete millones de jóvenes desempleados. En los países más grandes de este grupo, tomados en su conjunto, los jóvenes representaban alrededor del 40 % de los desempleados.

En las economías de planificación centralizada, donde el derecho al trabajo está garantizado por la Constitución, no existe el desempleo. En cambio, en los países en desarrollo, en los cuales el número de jóvenes se elevará de 665 millones a cerca de 900 millones para fines de siglo, 500 millones de personas —la mayoría de ellas jóvenes— están actualmente desempleadas o subempleadas. La Organización Internacional del Trabajo estima que para que todos trabajen, deben crearse para el año 2000 unos 100 millones de empleos, el 88 % de los mismos en los países en desarrollo.

En el nivel individual, las consecuencias emocionales de no encontrar trabajo son serias y de largo alcance, y a menudo desembocan en la desesperación. Existe una elevada incidencia de desórdenes psiquiátricos en los jóvenes desempleados, sobre todo de depresión, que constituye el 75 % de los casos (17). Los jóvenes, las mujeres, las personas de nivel socioeconómico más bajo, y las personas de por sí vulnerables a los trastornos mentales son las más afectadas

Cuadro 5. Población y empleo juvenil 1980 (países seleccionados) ^a

Pais o territorio	Porcentaje de población de 15 a 24 años	Porcentaje de jóvenes desempleados
Tailandia ^b	20,7	73,9
Siria, Repúb. Arabe	20,7	69,9
India ^c	20,5	67,2
Barbados	23,2	66,2
Italia	15,2	62,4
Ghana	18,8	60,4
Venezuela ^c	21,0	58,2
Singapur	23,7	58,0
España ^c	16,5	57,5
Australia	17,6	55,9
Filipinas ^b	21,2	54,9
Corea, República de	23,1	48,6
Turquía ^c	21,0	48,6
Portugal	17,5	47,4
Canadá	19,9	47,1
Israel	17,3	46,6
Estados Unidos de América	18,7	45,7
Países Bajos	17,2	44,7
Suecia	13,7	42,4
Reino Unido	15,8	42,2
Francia	15,9	42,1
Bélgica	16,0	38,0
Noruega	15,3	35,9
Finlandia	16,2	33,9
Dinamarca ^c	15,0	27,9
Alemania, Repúb. Federal de	15,5	27,3
Suiza	15,2	23,5
Japón	13,9	21,9

^a Fuentes: ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. *Informe del Director General*. Ginebra, OIT, 1982, pág. 16; NACIONES UNIDAS. *Demographic indicators of countries: estimates and projections as assessed in 1980*. Nueva York, Naciones Unidas, 1982.

^b 1978.

^c 1979.

por el desempleo y la recesión económica (18). Es un hecho conocido que la incidencia del comportamiento suicida es significativamente elevada entre los desempleados.

El Grupo de Estudio recomendó que se llevaran a cabo acciones positivas para ayudar a los jóvenes desempleados. Sin embargo, aunque es importante apoyar a los desempleados, para que la ayuda sea eficaz, debe asegurarse que ésta sea vista como adecuada (19). Es necesario llevar a cabo una investigación activa en busca de nuevas maneras de mejorar los medios de comunicación y de resolución de problemas con que cuentan las estructuras sociales de que disponemos en la actualidad, a fin de evitar la apatía que trae el desempleo prolongado (20). El desarrollo de técnicas que mejoren la capacidad de los jóvenes de utilizar su tiempo libre y de participar en programas

voluntarios, de promoción de la salud, y de servicio social son ejemplos de enfoques que pueden ser útiles para disminuir la incidencia de los trastornos mentales.

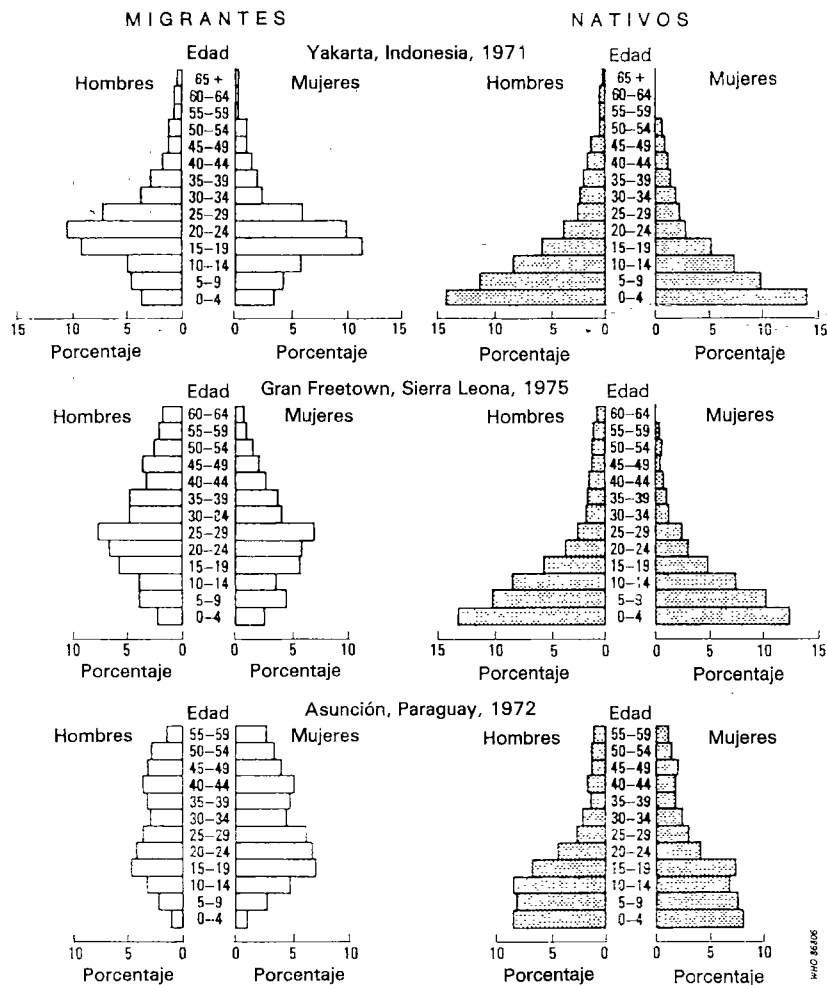
b) *Migración.* Aunque la migración entre países y dentro de los mismos puede conducir a desventajas sociales, discriminación racial, choques culturales intergeneracionales, vivienda inadecuada, y falta de comodidades básicas, también puede traer mejores oportunidades y un estándar de vida más elevado.

c) *Urbanización.* La urbanización con frecuencia aumenta el anonimato social, la separación de los parientes, los problemas de vivienda, la contaminación ambiental, el crimen y el desempleo. Las ciudades del tercer mundo tienen un crecimiento demográfico muy elevado, debido a la migración de las zonas rurales. Algunas ciudades como la ciudad de México crecen a un ritmo cercano al 12 % anual. De esa creciente población, aproximadamente el 20 al 25 % son jóvenes (véase la figura 5), y muchos de ellos son analfabetos, no tienen habilidades laborales, y son altamente vulnerables a la explotación. Resultado de esto es un riesgo mayor de carencia de hogar, pobreza y desempleo, lo cual a su vez acarrea una amplia gama de problemas graves, incluyendo el abuso de las drogas y del alcohol, la prostitución, la violencia y la mala salud física y emocional.

d) *Expectativa de vida y nivel de salud.* Los cambios en la expectativa de vida a partir de la mediana edad han sido escasos; el aumento registrado en la mayoría de los países se debe al hecho de que hoy en día un porcentaje mayor de la población sobrevive a la infancia, a la niñez y a la juventud. En la mayoría de los países se registra una madurez más temprana con respecto a la estatura, el peso y el desarrollo sexual. Dado al mejoramiento de la atención médica y social en los primeros años de vida, los niños deficientes que en otras épocas hubieran fallecido, hoy día viven hasta alcanzar la juventud o la edad adulta (21). El adolescente discapacitado en una sociedad transicional sufre una doble desventaja.

e) *Matrimonio.* Debido a la industrialización se ha reducido la extensión de la familia; han aumentado la ilegitimidad, el divorcio y las segundas nupcias; han disminuido los casamientos entre parientes cercanos, los matrimonios prearreglados, la institución de la dote, el concubinato, la poligamia, la fecundidad y el tamaño de la familia (22). En las sociedades industrializadas, el de promedio edad para el matrimonio se redujo, y la proporción de personas casadas aumentó hasta los primeros años de la década de 1970, época en que esas

Fig. 5. Distribución por edad y sexo de poblaciones migrantes y nativas en tres ciudades ^{a,b}



^a Modificado de: *Population reports. September-October 1983*. Baltimore, M.D. Population Information Program, Johns Hopkins University, 1983 (Serie M. N° 7), pág. 257.

^b La distribución por edad y sexo de los no inmigrantes urbanos es típica de las poblaciones de los países en desarrollo que tienen alta fecundidad: forma una pirámide con base ancha, indicando una elevada proporción de niños. En cambio, la mayoría de los migrantes son personas en edad de trabajar, por lo cual su distribución tiene más forma de diamante. Además, hay más migrantes de uno u otro sexo, dependiendo de los empleos urbanos disponibles. En Yakarta, Indonesia, como en gran parte del Asia, los hombres y las mujeres migran aproximadamente en la misma proporción numérica. En el Africa, la mayoría de los migrantes son hombres, como ocurre en Freetown, Sierra Leona. En el típico patrón latinoamericano, visto aquí en Asunción, Paraguay, la mayor parte de los migrantes son mujeres.

tendencias se invirtieron. En efecto, hoy en día el porcentaje de jóvenes que cohabitan es mayor y hay más divorcios y segundas nupcias entre personas divorciadas, mientras que la proporción de casamientos de mujeres ya embarazadas ha ido disminuyendo (23). En muchos países las costumbres y el comportamiento sexuales se han vuelto más liberales.

f) *El cambiante papel de las mujeres.* En muchos países la condición de las mujeres ha mejorado, dando lugar a nuevas expectativas de matrimonio, trabajo, y maternidad, generando mayores exigencias con respecto al acceso de las mujeres a los recursos educacionales, ocupacionales y políticos, y cambiando las ideas acerca de si son apropiadas ciertas costumbres como la circuncisión femenina. No obstante, algunas sociedades han tratado de invertir esta tendencia. Para los jóvenes, la condición real y aparente de las mujeres es un factor sumamente importante para determinar sus aspiraciones y el momento propicio para el matrimonio y la procreación.

g) *Comunicaciones y transporte.* La creciente disponibilidad de la televisión, comunicaciones por satélite, radios, teléfonos, motocicletas, automóviles, y transporte aéreo, ha causado una verdadera «explosión» de las comunicaciones y los viajes, tanto entre los países como dentro de los mismos. Este fenómeno, a su vez, ha conducido a una rápida difusión de las ideas entre las culturas, sea para mejor o para peor, y ha debilitado las culturas tradicionales. Por otra parte, los cambios acelerados de actitud en los jóvenes y las variaciones en las conductas de ciertos subgrupos, así como también un mayor grado de explotación de la juventud, han dado lugar al aumento de las enfermedades de transmisión sexual, de la prostitución y del abuso del alcohol y las drogas.

3.5 Consecuencias del cambio social

3.5.1 Indices diferentes de maduración social

Es cada vez mayor el número de jóvenes en las sociedades desarrolladas que ven demoradas sus posibilidades de alcanzar la madurez social, es decir de lograr la independencia que caracteriza al adulto. Esto se debe a la mayor complejidad de las estructuras sociales, a la necesidad de dedicar más tiempo a la educación académica y al adiestramiento profesional, y a la falta de empleos. Debido a que maduran más temprano físicamente, hay un número creciente de jó-

venes que a pesar de ello son socialmente inmaduros y económicamente dependientes.

3.5.2 *Parientes, comunidad y grupos de iguales*

El proceso de transición de las sociedades tradicionales a las modernas, especialmente mediante la industrialización y la urbanización, ha cambiado los patrones de la formación familiar. En consecuencia, las personas se han alejado de los sistemas tradicionales de vigilancia y control basados en los plazos familiares y comunitarios. La migración urbana con algún grado de independencia económica, en combinación con los adelantos sociales y tecnológicos, ha otorgado a los jóvenes educados de hoy una mayor autoridad en comparación con sus mayores.

Si bien los grupos de iguales, formados por la reunión de jóvenes de edad similar, han existido como parte del patrón cultural en numerosas sociedades tribales tradicionales, la rapidez de los cambios sociales en las sociedades transicionales y modernas hace que tales grupos pueden diferenciarse de sus padres en mayor grado que en épocas pasadas. Debido a las facilidades en los viajes y en las comunicaciones, los jóvenes de otras sociedades son más importantes como grupos de referencia. Los grupos de iguales se distinguen porque comparten estilos de vida que representan las maneras en que afrontan y resuelven los problemas de su medio ambiente. Si bien los jóvenes tienen algún grado de libertad de escoger un estilo de vida individual, están particularmente expuestos a la presión que sobre ellos ejercen sus iguales para que se conformen al conjunto de valores y patrones de comportamiento del grupo.

3.5.3 *Estrés*

En las sociedades de rápido cambio, hay una disminución de la estabilidad social, lo cual conduce a una mayor incertidumbre y crea estrés debido a que los jóvenes se ven obligados a tomar decisiones, tal vez prematuramente. Otra fuente de tensión para la juventud actual es la preocupación acerca de la amenaza que para su futuro significan los armamentos modernos así como el deterioro del medio ambiente.

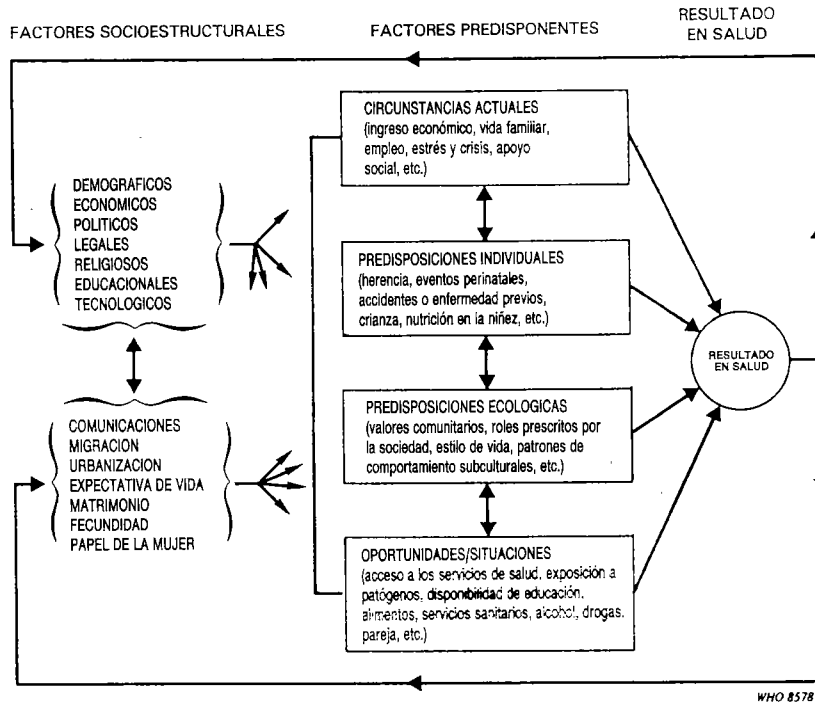
También genera tensión el hecho de que el ritmo del cambio no es el mismo en todos los sectores de la sociedad. En una sociedad

que se transforma, los cambios que ocurren en un sector no pueden seguir el ritmo de los cambios en otros sectores, y puede suceder que diferentes sectores de la población no cambien con la misma rapidez. Los sistemas educacionales pueden mejorar la capacidad de los jóvenes, lo que puede dar lugar al subempleo. Tal vez se invierta en medicamentos de gran eficacia, mientras la distribución de alimentos nutritivos a las aldeas sigue siendo insatisfactorio. Los jóvenes pueden ir a prepararse profesionalmente al extranjero para luego sentirse como extraños en sus propias familias en comunidades campesinas, donde no pueden utilizar los conocimientos tecnológicos adquiridos. Las diferencias de edad en que ciertas actividades son permitidas (casarse, votar, ir al cine, beber, conducir automóviles, aceptar ciertos tratamientos médicos, etc.) pueden confundir y tener efectos ambiguos sobre la imagen que tengan los jóvenes acerca de sí mismos y sobre sus relaciones con los demás. Esa falta de uniformidad puede acarrear consecuencias adversas para la salud.

3.6 El efecto de los cambios sociales y sus interacciones en la salud de los jóvenes

En el modelo de la figura 6, que ha sido adaptado de otro originalmente utilizado para explicar el comportamiento del adolescente (21), puede apreciarse cómo tales cambios sociales (los cuales, cabe mencionar, son probablemente interdependientes) podrían influir en la salud de los jóvenes. Este modelo parece también aplicable, con modificaciones apropiadas, a la salud de los jóvenes, que en gran medida depende de su comportamiento. En el modelo se indica que cuatro grupos de variables, influyen en la salud: la predisposición individual, la predisposición ecológica, las circunstancias actuales, y las oportunidades. En estas variables influyen, a su vez, las principales fuentes del cambio social descritas en la sección 3.4.1 (los sistemas económicos, políticos, educacionales y otros), como también los patrones cambiantes descritos en la sección 3.4.2. Se trata de un modelo dinámico que indica que el estado de salud de los jóvenes puede influir en los factores relacionados con la estructura social, los cuales a su vez pueden afectar las variables predisponentes, y por tanto, la salud.

Fig. 6. Factores sociales que influyen en la salud de los jóvenes^a



^a Adaptado de: RUTTER, M. *Changing youth in a changing society*. Londres, Nuffield Provincial Hospital Trust, 1978, pág. 240.

4. LA SALUD Y LOS TEMAS DE SALUD QUE PREOCUPAN A LOS JOVENES

4.1 El concepto de salud

En la Constitución de la Organización Mundial de la Salud se define la salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social» (24). Al fijar el ambicioso objetivo de salud para todos en el año 2000, los Estados Miembros de la OMS han planteado importantes cuestiones acerca de cómo puede lograrse ese objetivo. Han hecho hincapié asimismo en la necesidad de establecer indicadores que permitan evaluar el progreso alcanzado (25).

El Dr. H. Mahler, Director General de la OMS, sugiere que la salud debe considerarse «en el contexto más general de su contribución al desarrollo socioeconómico y de su promoción por el desarrollo socioeconómico, hasta que todas las personas estén en condiciones de llevar una vida social y económicamente satisfactoria» (26). De ahí que la salud puede considerarse como un estado de equilibrio dinámico entre un organismo y su medio ambiente.

Además, existen dimensiones políticas y espirituales que son importantes para la salud (27). La incapacidad de actuar puede ser considerada como una causa básica de la mala salud, puesto que hace que las personas y comunidades sean más vulnerables y más importantes para conseguir los recursos y servicios que precisan para proteger su salud. El sentirse incapaz puede conducir a la pasividad, a la inercia y a la desesperación.

4.2 Percepción juvenil de los temas de salud

Uno de los primeros intentos de documentar las opiniones de los jóvenes con respecto a los temas de salud fue el clásico estudio de Brunswick y Josephson acerca de la salud de los adolescentes de Harlem, Nueva York, Estados Unidos de América (28). En ese estudio, jóvenes de 12 a 15 años de edad citaron el abuso de las drogas, el cigarrillo, la bebida y las condiciones de vida insalubres (en ese orden de prioridad) como los problemas de salud más importantes y amenazadores con que tropezaban ellos y sus contemporáneos.

En un estudio suizo de 930 adolescentes de 16 a 19 años de edad (29) se informó que más del 50 % de las niñas y el 30 % de los varones habían citado la tensión y el estrés como preocupación personal prioritaria, mientras que los problemas relacionados con las drogas y el alcohol fueron mencionados por menos del 5 % de los adolescentes de ambos sexos.

De la comparación de estos estudios con otros similares surge un alto grado de coincidencia entre los resultados y la existencia de un fuerte componente de comportamiento psicológico (cuadro 6). Por ejemplo, en un estudio australiano, los adolescentes señalaron que la depresión, el congeniar con los compañeros y hermanos, la nerviosidad, el hacer amigos, el acné, la obesidad y el desarrollo hasta la edad adulta, son cuestiones importantes que deben atenderse (N. Weston et al., observaciones inéditas, 1981).

Cuadro 6. Adolescentes que solicitan ayuda para diversos problemas de salud; comparación entre diversos estudios

	Michaud & Martin (1982) ^a	Parcel et al. (1977) ^b	Sternlieb et al. (1972) ^c	Saucier et al. (1979) ^d	Klein et al. (1981) ^e
Nº de la muestra	930	3255	1408	277	247
<i>Problemas médicos</i>	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
acné	24	30	18	18	32
cefalalgia	12	13	9	7	12
ginecológicos (% de mujeres)	17	8	10	14	8
atención dental	10	21	27	33	20
<i>Problemas psicosociales</i>					
estrés, ansiedad	40	20	30	20	21
nutrición, peso	22	23	6	8	18
tristeza, depresión	20	23	—	—	24
fatiga, desórdenes del sueño	15	16	—	—	23

^a MICHAUD, P. A. & MARTIN, J. La santé des adolescents vaudois de 16 à 19 ans: leurs perceptions, leurs pratiques et leurs souhaits. *Revue suisse de médecine (Praxis)*, **49**: 1545-1553 (1983).

^b PARCEL, G. S., et al. Adolescent health concerns, problems and patterns of utilization in a triethnic urban population. *Pediatrics*, **60**: 157-164 (1977).

^c STERNLIEB, J. J., et al. A survey of health problems, practices, and needs of youth. *Pediatrics*, **49**: 177-186 (1972).

^d SAUCIER, J. F., et al. Perceptions des besoins médicaux et psychologiques par les adolescents et leurs opinions sur les services. Résultats préliminaires d'une enquête. Montréal, 1980.

^e KLEIN, D., et al. Comparisons between inner-city and private school adolescents' perceptions of health problems. *Journal of adolescent health care*, **3**: 82-90 (1982).

Los resultados de estas investigaciones que tratan de cómo los adolescentes perciben las cuestiones de salud, son interesantes debido a que se obtuvieron en distintos ambientes y cubrieron diferentes grupos socioeconómicos (30). No obstante, es necesario que los propios jóvenes participen en mayor grado en la obtención de tales datos, especialmente en los países en desarrollo, donde puede existir disparidad de opiniones con respecto a los factores culturales.

Donde ocurren migraciones de jóvenes es particularmente necesario conocer más acerca de los efectos de la exposición a los valores «mixtos», y transmitir esta información al personal profesional de atención de la salud.

4.3 Problemas de clasificación

Las necesidades de salud han sido definidas como «un conjunto de múltiples y complejos factores que en suma definen una serie de estándares de referencia normativa» (31). Deben tenerse en cuenta

varias consideraciones: los adolescentes no conforman un grupo homogéneo y las diferencias internas en los grupos han de influir en las necesidades de salud; las necesidades de las niñas y de los varones son diferentes, como también lo son las de la adolescencia inicial, media y final; el potencial de un individuo, el medio ambiente inmediato y la presencia o ausencia de ciertos factores de riesgo son todos factores pertinentes; a nivel más amplio, las diferencias nacionales, sociales y culturales influyen considerablemente en las necesidades de salud.

Se han sugerido diversos enfoques (32). La enumeración de los problemas, aun dentro de varias categorías amplias, tiene un valor relativamente limitado a nivel internacional, debido a la falta de datos disponibles y a problemas de comparabilidad. Además, las cuestiones «puras» de salud no pueden separarse satisfactoriamente de las cuestiones relacionadas con la salud, tales como el desempleo, el mantenimiento de los ingresos, la vivienda, el transporte y el nivel socioeconómico. No obstante, es posible identificar problemas que afligen a numerosos jóvenes y son específicamente característicos en esos grupos de edad. Aunque algunas condiciones son comunes a los países en desarrollo y a los industrializados, otras se relacionan con el grado de desarrollo.

De ahí que las necesidades de salud de los jóvenes tengan que estudiarse en circunstancias muy diferentes, teniendo en cuenta los diversos factores mencionados antes. Estos factores como también la interrelación de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la salud, han dificultado la clasificación de las cuestiones y problemas de salud que atañen a los jóvenes. No obstante, se han sugerido diversos enfoques. Para los fines de este informe, se han escogido las siguientes categorías de discusión: estilo de vida y conductas de riesgo; problemas emocionales y otros afines; salud sexual y reproductiva, y problemas biológicos y médicos.

4.4 Estilo de vida y conductas con riesgo para la salud

4.4.1 El concepto de estilo de vida

En los últimos tres decenios, la investigación acerca de la salud de los jóvenes y la planificación de los servicios apropiados y de la educación sanitaria han tenido una marcada orientación hacia la

conducta, la cual se entiende mejor en el contexto de los estilos de vida individuales.

Los estilos de vida pueden definirse como estructuras de mediación que reflejan una amplia gama de valores, actitudes y actividades sociales. El comportamiento escogido por un individuo puede promover su salud como también perjudicarla. Sin embargo, para modificar el estilo de vida de un joven, es preciso adoptar medidas de amplio alcance a fin de cambiar los factores que lo determinan.¹

Si bien un individuo puede cambiar un tipo específico de conducta, es menos fácil para él o para ella cambiar su grupo de referencia, y la influencia de éste es siempre muy importante. De ahí que los programas de cambio de conducta que no tengan en cuenta el grupo de referencia suelen fracasar. Como los estilos de vida tienden a ser duraderos, para lograr un cambio es necesario aplicar un enfoque a largo plazo.

La salud es tanto una consecuencia del estilo de vida de un individuo como un factor que la determina, pero no puede aislarse de otros aspectos de la vida.

4.4.2 *Patrones de conducta y salud*

Los estilos de vida de los jóvenes por lo general suponen comportamientos con más riesgos que los de otros grupos de la población. El hábito de fumar, el abuso del alcohol y de las drogas, y la falta de respeto a las reglas de tránsito son ejemplos de los patrones de comportamiento que a menudo ponen en peligro la salud de los jóvenes. El cambio de esos patrones es, en consecuencia, el objetivo principal de ensayos que se llevan a cabo tanto en los países en desarrollo como en los industrializados. Las medidas educacionales destinadas a estimular a los jóvenes a abandonar los patrones de comportamiento que conllevan un riesgo de salud, o bien a «inmunizarlos» contra ellos, tienden a producir sólo efectos moderados y de corto alcance, sin mucho éxito a largo plazo.

El comportamiento arriesgado es, no obstante, un ingrediente natural del crecimiento. En un estudio longitudinal de adolescentes estadounidenses, Jessor y Jessor descubrieron que el «abandonar la abstinencia» es una parte integral del proceso de formar un estilo de

¹ *Intervention studies related to life-styles conducive to health: report on a workshop.* Copenhague, Oficina Regional de la OMS para Europa, 1983 (documento inédito ICP/HED/010(3)/12).

vida individual y socialmente aceptable y de relacionarlo con la vida diaria (33). Si bien el comportamiento arriesgado puede constituir un peligro para la salud, a menudo hace que el joven se sienta «adulto».

En Europa, según el Projektgruppe y Jugendbüro (34), para los adolescentes de 12 años de edad o más pertenecientes a la clase baja y media, el cigarrillo, la bebida y la concurrencia a los bares son tan importantes como el ganar amigos o la experiencia sexual, y hasta pueden ser fundamentales para la autoestima del adolescente. Esos hábitos constituyen medios de participar en actividades de la edad adulta, aunque sólo sea simbólicamente. El comportamiento arriesgado podría también brindar a los jóvenes un medio de evadir la resolución de conflictos personales. En consecuencia, aunque los beneficios sean de efecto inmediato, el perjuicio sería perdurable.

Las oportunidades de adoptar conductas con riesgo parecen ser cada vez más numerosas entre los jóvenes. Si no se efectúan cambios más amplios en la sociedad, el facilitar información sanitaria es insuficiente de por sí para reducir la prevalencia del comportamiento peligroso para la salud. Los programas destinados a reducir la incidencia del comportamiento arriesgado deben incluir (35):

- experiencia y experimentación con riesgos;
- conocimiento de riesgos;
- evaluación de riesgos, y
- control de riesgos.

Otro enfoque, el de la inmunización «psicológica» contra el comportamiento arriesgado (equivalente a la inmunización de los niños contra las enfermedades infecciosas a las que son especialmente vulnerables) apenas está en sus comienzos y debe aún ser desarrollado y evaluado.

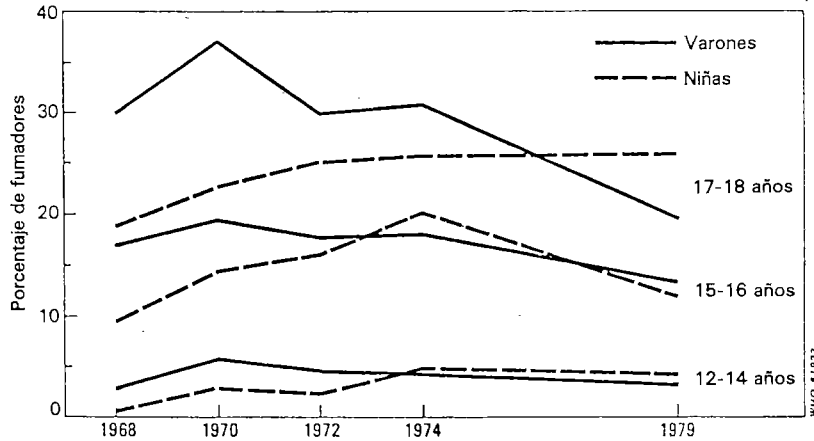
4.4.3 *El hábito de fumar*

El fumar cigarrillos ha sido caracterizado como «uno de los más graves peligros para la salud en los tiempos modernos» (36) así como la principal causa de las defunciones evitables. Se ha comprobado que los jóvenes fumadores inmediatamente sufren de tos, producción de flema y falta de aliento al hacer un esfuerzo (37). En los Estados Unidos de América se han obtenido pruebas de que cuanto

más temprano una persona empieza a fumar, tanto mayor es el riesgo de contraer enfermedades posiblemente mortales como la bronquitis crónica, los trastornos cardiovasculares y el cáncer de pulmón (38).

El hábito de fumar, con los efectos que produce para la salud, hasta hace poco tiempo era una preocupación en los países desarrollados principalmente.¹ En algunos de estos se ha registrado una disminución considerable en el número de fumadores jóvenes, como por ejemplo, en Canadá, Suecia y Estados Unidos (Fig. 7). El Cuadro 7

Fig. 7. Tendencias en la prevalencia del hábito de fumar cigarrillos entre varones y niñas en los Estados Unidos de América.^a



^a Fuente: MASIRONI, R., y ROY, L., *Cigarette smoking in young age groups. Geographic prevalence*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (documento inédito WHO/SMO/82.3).

refleja la prevalencia del hábito de fumar entre los jóvenes de algunos países seleccionados. El número de niñas que fuman ha aumentado hasta tal punto que, en algunos países industrializados, sobrepasa al número de varones fumadores. En los países en desarrollo, donde las empresas tabacaleras se han abocado a la realización de intensas campañas de comercialización, las tendencias a largo plazo apuntan hacia una inminente epidemia (39). Por otra parte, es nota-

¹ MASIRONI, R., y ROY, L. *Smoking in developing countries*. Ginebra, WHO International Clearing-house on Smoking and Health Information, 1983 (documento inédito WHO/SMO/83.1), pág. 1.

ble que en los países en desarrollo el hábito de fumar se adquiere a muy temprana edad.

La experimentación con el cigarrillo como símbolo de comportamiento «adulto» es común en la adolescencia. La literatura indica que tres factores se vinculan con el hábito de fumar entre los jóvenes: la presión de los compañeros, el deseo de seguir el ejemplo de los padres, y el trabajo fuera del hogar. Datos provenientes de los Estados Unidos de América señalan que si fuman el hermano mayor de un niño y también sus padres, se cuadruplican las probabilidades de que ese niño fume, en comparación con un niño que no tiene a quien imitar en su familia (40). Con respecto a las medidas que pueden adoptarse para hacer frente a los problemas relacionados con el cigarrillo, refiérase a las secciones 5 y 6.

Cuadro 7. Prevalencia del hábito de fumar entre los jóvenes ^a

País o territorio	Año	Grupo de edad (años)	Porcentaje que fuma	
			Mujeres	Hombres
Alemania, República Federal de	1976	14-19	40	41
Argentina (La Plata)	1971-2	15-24	31	57
Brasil (Sao Paulo)	1971-2	15-24	20	54
Bulgaria	1975	15-17	30	79
Colombia (Bogotá)	1971-2	15-24	15	51
Chile (Santiago)	1971-2	15-24	30	50
Dinamarca	1976	15-19	42	35
Egipto	1982 ^b	10-19	0,2	7
Etiopía	1978	12-23	3	28
Grecia	— ^c	15-18	54	46
Guatemala (Guatemala City)	1971-2	15-24	5	24
India (Delhi)	1978 ^b	12-19	4	10
Italia	1972	15-18	55	51
Kuwait	1980 ^b	20-24	7	44
México (Ciudad de México)	1971-2	15-24	12	35
Nigeria (Lagos)	1974	13-18	5	17
Nueva Zelanda	1976	12-16	30	30
Países Bajos	1981	15-19	30	27
Perú (Lima)	1971-2	15-24	5	24
Reino Unido	1980	16-19	37	42
Senegal (Dakar)	1980 ^b	10-20	52	71
Sri Lanka (Colombo)	1975-6	15-20	— ^c	12
Suiza	1975	18-20	46	36
Venezuela	1971-2	15-24	25	39

^a Adaptado de MASIRONI, R., y ROY, L., *Cigarette smoking in young age groups. Geographic prevalence*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (documento inédito WHO/SMO/82.3), y MASIRONI, R., y ROY, L., *Smoking in developing countries*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1982 (documento inédito WHO/SMO/83.1).

^b Año de publicación de los datos.

^c No disponible.

4.4.4 Consumo de alcohol

En los últimos 30 a 40 años, han aumentado los porcentajes de niños y adolescentes que consumen bebidas alcohólicas, incrementándose también la cantidad y la frecuencia del consumo en tanto que ha disminuido la edad a la cual los jóvenes empiezan a beber (41). Esta situación es inquietante porque los bebedores jóvenes podrían correr mayores riesgos de tener problemas relacionados con el alcohol en el futuro, y además, porque habrán de elevarse los índices de ebriedad y de participación de la juventud en accidentes de tránsito.

Las poblaciones de mayor riesgo, parecen ser las de regiones que soportan rápidos cambios socioculturales y económicos, descuidan el control de los abusos y facilitan la disponibilidad de bebidas alcohólicas. Se ha comprobado que los factores sociales y ambientales son importantes con respecto al aumento del consumo de alcohol entre los jóvenes, y que los padres y los compañeros desempeñan un papel crucial. Los jóvenes menos privilegiados corren un riesgo mayor. Entre las consecuencias que sufren los bebedores se citan la realización insatisfactoria de las tareas de desarrollo, el deterioro social, las pérdidas educacionales, y el desempleo.

Las actitudes de los jóvenes ante el alcohol son significativas. Los datos correspondientes a una muestra de jóvenes en las escuelas superiores en los Estados Unidos de América muestran que los llamados «bebedores problemáticos» tienden a dar menor valor a las metas habituales, son más tolerantes de las «conductas de transgresión» y cuentan con un mayor apoyo social para beber que los no considerados como «bebedores problemáticos» (42).

La similitud encontrada en los datos provenientes de varios países (42) indica que las imágenes y creencias de la población con respecto a la bebida entre los jóvenes son generalmente coincidentes. Dada la probable naturaleza transnacional de ciertas características del ambiente social vinculado al consumo de alcohol entre los jóvenes, deberían ser de interés internacional los procesos mediante los cuales se asignan a dicho consumo valores simbólicos eruditos.

A continuación se presenta un resumen de algunos de los problemas de salud que aquejan a las personas que beben en exceso, aunque no tengan una dependencia del alcohol.

— *Consecuencias de un episodio agudo de exceso de bebida:*
deterioro a corto plazo de las funciones físicas y de control;

agresividad; accidentes; exposición a condiciones climáticas; trastornos físicos; arresto por ebriedad.

- *Consecuencias del consumo excesivo prolongado:*
cirrosis hepática; agravamiento de otros trastornos físicos; malnutrición; deterioro a largo plazo de las funciones físicas y de control; accidentes, disminución de la capacidad laboral; síndrome de dependencia alcohólica; psicosis alcohólica.
- *Posibles efectos concomitantes:*
pérdida de amigos, familia, salud, autoestima, empleo, medios de vida y libertad.

4.4.5 *Uso y abuso de las drogas*

La edad promedio de las personas que abusan de las drogas ha disminuido considerablemente en los últimos años. Asimismo, se ha vuelto más común el uso múltiple de las mismas. Casi todas las sociedades y grupos socioeconómicos sufren el problema de las drogas. En el cuadro 8 se detallan algunos de los factores sociales y ambientales de alto riesgo con respecto al abuso de las drogas.

Cuadro 8. Factores relacionados con un alto riesgo de abuso de drogas^a

— desempleo	— lugares de venta, trueque o producción de drogas
— vida fuera del hogar	— ciertas ocupaciones (turismo, producción o venta de drogas)
— migración a las ciudades	— zonas de altos índices de crímenes o vicios
— control débil por parte de padres	— zonas donde hay patotas que consumen drogas
— alejamiento de la familia	— zonas donde es común la delincuencia
— temprana exposición a drogas	
— abandono precoz de estudios	
— mal uso de drogas	
— hogar destruido; familia con un solo progenitor	
— ambiente de gran ciudad	

^a Adaptado de SMART, R. G., et al. *Drug use among non-student youths*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1981, págs. 10-11 (Publicación en offset de la OMS, N° 60).

El consumo de drogas es un indicador del deseo de autodestrucción, pero también puede ser una forma de protesta social. La preocupación acerca del uso de drogas se acentuó a fines de la década de 1960, especialmente en los países desarrollados. Una encuesta reali-

zada en 33 países alrededor de 1970 (44) arrojó los siguientes resultados: en los Países Bajos el 11,15 % de los estudiantes secundarios había experimentado con drogas una vez (el 2,5 % más de 20 veces); en Suecia, lo había hecho el 8 % de los estudiantes del noveno grado (el 4 % más de 20 veces) y el 6 % de los estudiantes universitarios (el 5 % más de una vez); en Suiza, el 19,6 % de una muestra representativa de jóvenes de 13 a 20 años había consumido drogas «por lo menos una vez» (el 4,7 % lo había hecho «a menudo»).

La cannabis surgió a fines de los años 60 como la droga más ampliamente empleada (aparte del alcohol), para fines no médicos, particularmente entre personas más jóvenes.

En el cuadro 9 se presentan datos acerca del uso de otras drogas en diferentes grados en el Canadá, India, Malasia y Pakistán.

Cuadro 9. Porcentaje de personas que han consumido tipos específicos de drogas alguna vez o dentro de los 12 meses precedentes: datos de cuatro centros ^a

Droga (grupo)	Chandigarh (n = 393)		Islamabad (n = 360)		Penang (n = 90)		Toronto (n = 43)	
	Alguna vez	Ultimos 12 meses	Alguna vez	Ultimos 12 meses	Alguna vez	Ultimos 12 meses	Alguna vez	Ultimos 12 meses
cannabis	3,1	2,0	84,4	83,9	2,2	0,0	51,2	35,1
anfetaminas	1,0	0,3	0,3	0,3	3,3	1,1	9,5	4,4
barbitúricos/ sedantes	—	—	6,7	6,4	3,3	1,1	6,3	2,6
alucinógenos	—	—	0,3	0,0	—	—	15,4	6,1
cocaína	—	—	0,3	0,3	—	—	6,3	1,6
opio	3,6	2,3	13,1	12,2	0,0	0,0	4,4	1,9

— Drogas no usadas.

^a Adaptado de SMART, R. G., et al. *Drug use among non-students*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1981, pág. 22 (Publicación en offset de la OMS, N° 60).

En los países de larga experiencia en el uso intensivo de drogas existe una tendencia a preferir una sola droga, tal vez porque así es menos problemática su permanente disponibilidad. El consumo de múltiples drogas es quizá más común donde el abuso de drogas es relativamente un hecho reciente. En varios países, olfatear ciertas sustancias como pegamentos, gasolina y otras sustancias químicas volátiles también es causa de preocupación debido a que esa práctica puede causar la muerte, aun durante la primera experiencia. Los abusadores crónicos pueden sufrir lesiones en el cerebro, en el siste-

ma nervioso periférico, en los riñones, en el hígado o en el corazón, según la sustancia que se utilice (45).

Las causas de las dependencias de las drogas son por lo general numerosas. La experimentación y el comportamiento arriesgado, características tan comunes en los jóvenes, figuran entre las principales razones por las cuales se consumen las drogas por primera vez. Así, por ejemplo, una investigación acerca de las causas del abuso de las drogas entre estudiantes universitarios en la India, dio los siguientes resultados: el 61,6 % usó drogas por curiosidad y deseo de experimentar; el 31,6 % como «diversión», y el 32,4 % como ayuda para enfrentar problemas, tensiones y fracasos (46). Aunque sólo algunas personas se vuelven consumidores habituales, el riesgo de dependencia crónica es evidente.

4.4.6 *Accidentes*

Los accidentes constituyen una de las principales causas de mortalidad entre los adolescentes de todo el mundo (cuadro 10). En numerosos países cerca de la mitad de todas las defunciones entre los jóvenes de 10 a 24 años se deben a accidentes, y su importancia como causa de mortalidad va en aumento, particularmente en los países en desarrollo.

Aparte de segar numerosas vidas, los accidentes dejan como saldo muchas personas incapacitadas o mutiladas. Si bien algunos accidentes pueden considerarse como completamente casuales (por ejemplo, si a alguna persona le golpea un ladrillo caído de algún techo), es decir que no se relaciona con ningún comportamiento que influya en su ocurrencia, muchos otros sí tienen un componente vinculado al comportamiento, que puede aumentar el riesgo de un resultado adverso (no usar vestimenta protectora en el trabajo, por ejemplo). Cuando existe ese componente, los accidentes a menudo pueden prevenirse. Debido a la propensión de los jóvenes a arriesgarse, ésta es una cuestión que requiere especial atención.

Mientras que las personas mayores pueden tener un comportamiento que produzca consecuencias adversas a largo plazo —escogiendo una dieta inadecuada (siempre que exista esa posibilidad de elección) o llevando una vida demasiado sedentaria— es más común que los jóvenes tengan un comportamiento peligroso que conlleve un riesgo inmediato, como conducir con imprudencia, experimentar con drogas, tomar riesgos innecesarios en los deportes o en el trabajo, o

Cuadro 10. Accidentes en proporción a todas las causas de muerte entre personas de 10 a 24 años de edad en ciertos países, por regiones de la OMS (cifras más recientes disponibles) ^a

Región y país o territorio	Año	%	Región y país o territorio	Año	%
Africa			Dinamarca	1980	47,3
Mauricio	1981	39,4	España	1979	50,9
Américas			Finlandia	1978	37,0
Canadá	1978	56,8	Francia	1978	54,0
Costa Rica	1979	43,2	Grecia	1980	52,0
Chile	1979	16,2	Hungría	1980	36,5
El Salvador	1974	20,6	Italia	1978	50,0
Estados Unidos de América	1978	54,5	Noruega	1980	51,8
México	1976	21,2	Países Bajos	1980	46,5
Panamá	1974	31,0	Reino Unido		
Paraguay	1977	21,5	Escocia	1981	52,0
Puerto Rico	1977	35,1	Inglaterra y Gales	1980	45,9
República Dominicana	1978	18,0	Irlanda del Norte	1978	54,8
Trinidad	1977	35,1	Suecia	1980	40,8
Uruguay	1978	40,2	Suiza	1980	47,9
Venezuela	1978	45,8	Yugoslavia	1979	45,2
Mediterráneo Oriental			Asia Suroriental		
Egipto	1978	12,3	Tailandia	1980	19,9
Israel ^b	1980	34,2	Pacífico Occidental		
Europa			Australia	1980	63,3
Alemania, República Federal de	1980	53,3	Hong Kong	1981	35,0
Austria	1980	53,9	Japón	1980	36,0
Bulgaria	1981	39,4	Singapur	1981	25,2
Checoslovaquia	1975	46,5			

^a De información disponible para la OMS.

^b Nota del editor. La 38 Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo de 1985, resolvió que Israel se integrara en la Región de Europa de la OMS.

tener relaciones sin la debida protección contra un embarazo indeseado. Aunque los accidentes de tránsito protagonizados por jóvenes pueden deberse a factores que escapan al control del individuo, como las malas carreteras, existen otros factores que son evitables, como la impulsividad, la imprudencia con respecto a las medidas de seguridad, y el consumo excesivo de bebidas alcohólicas o drogas al conducir (47). Además, es probable que algunos «accidentes» sean en realidad suicidios disfrazados, aunque este hecho es muy difícil de evaluar.

No cabe duda que el adolescente carece de experiencia y necesita

ser supervisado para garantizar que actúe con algún grado de prudencia. Por otra parte, cuanto mayor sea la participación de los jóvenes en actividades saludables en las que tengan alguna libertad de elección individual, tanto más aprenderán a asumir responsabilidades personales, y a cooperar con otras personas. En los deportes y en los entretenimientos, el comportamiento ejemplar por parte de figuras respetadas tienen un valor inapreciable en la prevención de accidentes.

Si bien una serie de factores individuales aumentan el riesgo de accidentes durante la adolescencia, incluyendo la impulsividad, la conducta arriesgada, la curiosidad, la experimentación con actitudes «adultas», y en unos pocos casos el comportamiento patológico autodestructivo, también existen factores sociales que pueden ser reducidos, como el acceso a sustancias peligrosas, la publicidad que fomenta actividades peligrosas, los riesgos en el lugar de trabajo y las leyes de seguridad inadecuadas.

Los avances de la tecnología han permitido organizar programas más eficaces destinados a reducir algunos de los factores de riesgo en el medio ambiente, indicados en el cuadro 11. Entre tanto, las disposiciones que han tenido éxito se citan el empaquetamiento seguro de medicamentos y los cambios en la edad legal mínima para beber alcohol y conducir automóviles (48).

4.5 Problemas emocionales

Si bien es cierto que las dificultades emocionales pueden aparecer en cualquier etapa de la vida, los adolescentes están expuestos a tensiones especiales como consecuencia de los rápidos cambios que caracterizan la transición de la niñez a la edad adulta. Además, como resultado del estado transicional que viven numerosas sociedades hoy en día, las tensiones externas ejercen presión sobre los jóvenes. Estas tensiones, y las formas en que los jóvenes las soportan deben ser comprendidas, al menos por dos razones: aunque las tensiones son un ingrediente natural del proceso de maduración, si no son manejadas de una manera saludable, pueden dar lugar a trastornos emocionales y físicos, con serias consecuencias individuales y familiares; al mismo tiempo, la adolescencia constituye una oportunidad de ayudar a los jóvenes a que aprendan a sobrellevar esas tensiones, para gozar de un porvenir saludable para sí mismos y para sus futuras familias.

Cuadro 11. Factores que influyen en las conductas arriesgadas de adolescentes con respecto a los accidentes

Factores individuales	Factores individuales
<ul style="list-style-type: none"> — Aumento de la agresividad e impulsividad durante la pubertad (causado por hormonas). — Percepción disminuida de los riesgos (relacionada con la etapa del desarrollo cognoscitivo). — Tendencia a comportarse en oposición a las expectativas de la familia y la sociedad (parte del esfuerzo por lograr la autodeterminación). — Curiosidad y experimentación (o bien un grado relativamente normal de la exuberancia de la juventud). — En una minoría de los individuos, el comportamiento peligroso puede ser motivado por otros factores psicológicos, como, por ejemplo, el comportamiento «contrafóbico» (que consiste en hacer precisamente lo que uno teme, pero reprimiendo o negando ese temor); comportamiento peligroso como una manifestación subyacente de un deseo suicida. 	<ul style="list-style-type: none"> — Aceptación tácita o expresa de cierto comportamiento por parte de la familia (por ejemplo, el «atleta duro» tal vez refleje ideas exageradas de las exigencias o deseos de los padres). — Búsqueda de la aceptación de los compañeros o sometimiento a la presión de los mismos (por ejemplo, la necesidad de pertenecer al grupo es una poderosa motivación para comportarse de cierta manera). — Factores sociales, incluyendo la disponibilidad de cosas peligrosas (automotores); la influencia de los medios de difusión (la publicidad de sustancias o productos de los que se puede abusar, así como insinuaciones sexuales, y la «glorificación» de la violencia en general). — Medio ambiente físico (incluyendo lugar de trabajo, patrones de tráfico). — Factores legales (leyes sobre cinturón de seguridad, casco protector, leyes de importación, edad mínima para conducir vehículos).

4.5.1 Fuentes de estrés

A continuación se describen dos fuentes principales de estrés, una individual y otra social.

a) *Individual.* El periodo transicional entre la dependencia de la niñez y la independencia de la edad adulta se caracteriza por un cambio continuo. Durante esa etapa los adolescentes establecen fuertes lazos de unión con otros de su misma edad y sienten muy intensamente las experiencias emocionales dolorosas. Salen a la luz las incertidumbres acerca de su propia identidad y lo que les depara el futuro. La necesidad de competir con sus iguales y al mismo tiempo la de ganar la aprobación de la sociedad es muy fuerte y a menudo coloca a los individuos en situaciones extremadamente conflictivas. La necesidad de contar con la aprobación de los padres coexiste con la de lograr algún grado de independencia. La fuerza del deseo sexual aumenta y, al mismo tiempo, se intensifican los tabúes relacionados

con el comportamiento. Además, los adolescentes sienten la necesidad de expresarse como individuos, experimentando al mismo tiempo una fuerte atracción hacia el conformismo con su grupo de compañeros. Algunos de los poderosos sentimientos así formados son experimentados por primera vez y pueden causar cierta perplejidad. Estos y otros factores se combinan para crear tensiones para las cuales los adolescentes pueden no estar plenamente preparados. Si bien la mayoría de ellos soportará los cambios que ocurren en su interior y la exigencia de nuevos tipos de comportamiento que se espera de ellos, habrá algunos que reaccionen a las tensiones de manera no saludable y se verán afectados por condiciones neuróticas o psicóticas, en cuyo caso necesitarán ayuda.

b) *Social*. Una segunda fuente importante de estrés para los adolescentes contemporáneos, especialmente en las sociedades transicionales, es el conflicto generado por las nuevas oportunidades y las frustraciones que surgen de los cambios en la sociedad. Entre las causas de las tensiones se incluyen: la ola de migración de las zonas rurales a las urbanas o periurbanas y el consiguiente debilitamiento del sistema de apoyo familiar tradicional; una mayor exposición a través de los medios de entretenimiento, a ideas que antes eran extrañas desde el punto de vista cultural; el turismo; la migración de habitantes de un país hacia otros países extranjeros y viceversa; los cambios con respecto a las necesidades sociales, que requieren habilidades distintas a las de la generación anterior y para las cuales el adiestramiento y la educación disponibles sean tal vez inadecuados; el estímulo, por parte de intereses comerciales, de objetivos económicos que a menudo no son realistas, y finalmente, las injusticias económicas y las amenazas a la paz suscitadas por factores de origen internacional que los jóvenes se sienten impotentes para controlar. Todos estos factores, considerados individualmente y en su conjunto, crean tensiones para los jóvenes contemporáneos. La presión se siente mayormente en lugares donde los jóvenes ejercen poco control sobre su propio destino, donde la rápida expansión demográfica aumenta la competencia entre las personas más jóvenes y donde los recursos disponibles son insuficientes para atender las necesidades de los adolescentes.

El efecto combinado de estos dos tipos de tensiones modernas —los de origen individual y los producidos por la sociedad— hace imperativo el adoptar medidas para prevenir el daño que puedan sufrir los jóvenes y para facilitar el aprovechamiento de las cualidades

positivas de los adolescentes, por medios que sean a la vez saludables para los jóvenes y valiosos para sus comunidades.

4.5.2 *La repercusión del estrés en la salud*

No cabe duda que los desórdenes físicos y psicológicos son causados por múltiples factores. El estrés psicológico y la inadecuada capacidad para soportarlo contribuyen a la enfermedad (49). Cuando se siente tensión, particularmente en ausencia de un sistema de apoyo social, o cuando hay una discrepancia entre las exigencias que uno percibe y las que realmente produce una situación de tensión, se pueden sufrir trastornos, como se puede apreciar en el modelo transaccional sugerido por Lazarus y Cohen (50). La interacción entre la tensión, su enfrentamiento y la enfermedad ha sido un tema de interés para los clínicos desde hace mucho tiempo. El estrés psicológico es considerado como factor contribuyente en casi todas las enfermedades (51). En particular, existe una relación directa entre estrés, hipertensión y trastornos coronarios.

El estrés, si no es atendido debidamente, puede ser causa tanto de accidentes como de enfermedades. Por ejemplo, cuando se ejerce presión sobre los empleados para aumentar su producción, ellos pueden descuidar los peligros ocupacionales y no utilizar elementos de protección. Los trabajadores jóvenes, dada su falta de experiencia y su avidez de encontrar trabajo en tiempos difíciles, son especialmente vulnerables. La necesidad de alcanzar el nivel social de sus compañeros puede dar lugar al abuso de ciertas sustancias, lo que a su vez incrementa el riesgo de accidentes. En las sociedades modernas o transicionales, la actividad sexual desprotegida, estimulada por las presiones sociales, hace que los jóvenes sean más vulnerables a las enfermedades de transmisión sexual, a embarazos indeseados y a riesgosos abortos provocados.

4.5.3 *Grupo de alto riesgo*

Entre los componentes más jóvenes de la población, los siguientes subgrupos pudieran incluir a personas que sean más vulnerables que sus pares (52):

- las que pertenecen a minorías sociales, religiosas o étnicas;
- las que han sufrido pérdidas significativas, incluyendo duelo

- por la muerte de un pariente, un hogar destruido o el rechazo por sus padres; las personas institucionalizadas;
- las que sufren algún impedimento físico o intelectual debido a enfermedades o incapacidades crónicas;
 - las que tienen padres que sufren enfermedades físicas o mentales crónicas;
 - las víctimas de abuso físico, emocional o sexual;
 - las que carecen de hogar o empleo, o son muy pobres;
 - las adolescentes embarazadas o los adolescentes con hijos.

4.5.4 *Comportamiento para enfrentar situaciones*

La adquisición de estrategias de adaptación para hacer frente al estrés podría limitar la incidencia de conductas maladaptadas y evitar posibles enfermedades. Las estrategias de adaptación también proporcionan un pronto alivio de la tensión y fortalecen la confianza personal cuando el individuo se expone a nuevos factores de estrés. Entre las necesidades de esta área se encuentran:

- a) mejor identificación de los factores de estrés, mediante técnicas que ayuden a los jóvenes a percibir, predecir y comprender dichos factores;
- b) promoción de estrategias destinadas a resolver problemas, mediante el adiestramiento de jóvenes a fin de que planteen y definan problemas y aprendan a formular diversas soluciones;
- c) adiestramiento de jóvenes en los procesos de control de las emociones, ayudándoles a identificar y entender sus emociones, a exteriorizarlas y a expresarlas en palabras, en forma socialmente aceptable;
- d) la orientación acerca de formas de acción directa, a través de las cuales pueda evitarse la exposición a los factores de estrés, o bien disipar rápidamente sus efectos;
- e) adiestramiento en técnicas de comunicación eficaz en situaciones de estrés y cuando se anticipa la aparición de factores causantes de estrés.

4.5.5 *Desórdenes psiquiátricos*

Aunque se reconoce que los adolescentes están sujetos a tensiones especiales, estudios bien documentados hechos en el Reino Uni-

do y los Estados Unidos de América, han refutado la noción de que la continua confusión psicológica es normal y universal en los adolescentes (11). Si bien casi el 50 % de los jóvenes dicen que sufren de algún estrés significativo durante la adolescencia, se cree que la prevalencia de desórdenes psiquiátricos significativos entre los adolescentes oscila entre el 12 y el 15 %.

Aunque sería difícil evaluar lo que es normal o anormal en la conducta de los adolescentes, ciertos signos de advertencia pueden indicar la necesidad de recurrir a la evaluación y ayuda de expertos. Entre esos signos están las relaciones inadecuadas entre iguales, perturbaciones frecuentes o prolongadas del carácter, hiperactividad crónica, aislamiento, síntomas psicósomáticos, concepto inadecuado de sí mismo y actos antisociales repetidos.

La perturbación psicológica puede incluir desde problemas emocionales menores y transitorios hasta desórdenes psiquiátricos serios. Siempre que sea posible, el tratamiento debe tener por finalidad no sólo ayudar a los adolescentes perturbados en forma individual, sino también inducir a sus familias.

4.5.6 *Conducta suicida*

Datos provenientes de los Estados Unidos de América indican que los suicidios han aumentado entre los jóvenes en las últimas décadas, ocupando el tercer lugar entre las causas principales de mortalidad. Ha habido asimismo un incremento constante en la tasa general de intentos de suicidio, registrándose los mayores aumentos entre los jóvenes (53). Por otra parte, la proporción entre intentos de suicidio y suicidios consumados se ha estimado en 100:1. Se cree, además, que muchas defunciones registradas como accidentales son en realidad suicidios. En resumen, el comportamiento suicida constituye un problema alarmante que va en aumento entre los jóvenes.

Por diversas razones el número de suicidios registrados es inferior a la realidad, y aunque la fiabilidad de las estadísticas puede verse afectada por las variaciones en la definición y la información acerca de los casos, los estudios efectuados indican que las causas de error son suficientemente fortuitas para poder efectuar comparaciones entre países (54).

En el cuadro 12 se indican las tasas de suicidios entre personas de 10 a 24 años de edad en países seleccionados correspondientes a 1973 y al último año del que se tienen datos. Cabe notar que en muchos de esos países se ha registrado un incremento en dichas tasas.

Cuadro 12. Tasas de suicidios por 100 000 habitantes entre personas de 10 a 24 años de edad en ciertos países, por regiones de la OMS (1973 y cifras más recientes disponibles)^a

Región y país o territorio	Año	Tasa	Región y país o territorio	Año	Tasa
Africa			Dinamarca	1980	8,2
Mauricio	1981	0,9		1973	6,1
	1973	7,4	España	1979	1,9
Américas				1973	1,0
Canadá	1978	12,1	Finlandia	1978	14,4
	1973	8,4		1973	15,8
Costa Rica	1979	2,7	Francia	1978	6,7
	1973	2,1		1973	5,3
Chile	1979	5,1	Grecia	1980	1,5
	1973	4,4		1973	1,5
El Salvador	1974	16,9	Hungría	1980	14,8
	1973	12,6		1973	12,0
Estados Unidos de América	1978	8,8	Italia	1978	2,2
	1973	7,2		1973	1,9
México	1976	2,1	Noruega	1980	8,4
	1973	0,7		1973	3,5
Panamá	1974	2,4	Países Bajos	1980	4,1
	1972	3,5		1973	3,6
Paraguay	1977	4,7	Polonia	1980	—
	1973	3,4		1973	8,2
Puerto Rico	1977	4,4	Portugal	1979	5,0
	1973	4,5		1973	—
República Dominicana	1978	2,0	Reino Unido		
	1973	3,2	Escocia	1981	4,9
Trinidad	1977	8,9		1973	3,5
	1973	8,9	Inglaterra y Gales	1980	3,2
				1973	2,9
			Irlanda del Norte	1978	2,8
Uruguay	1978	6,2		1973	2,5
	1973	7,0	Suecia	1980	7,7
Venezuela	1978	4,8		1973	10,5
	1973	5,4	Suiza	1980	16,4
Mediterráneo Oriental				1973	9,4
Egipto	1978	0,2	Yugoslavia	1979	5,9
	1973	0,1		1973	—
Israel ^b	1980	3,9	Asia Suroriental		
	1973	3,2	Tailandia	1980	10,6
Europa				1973	6,2
Alemania, República Federal de	1980	8,0	Pacífico Occidental		
	1973	8,0	Australia	1980	7,6
Austria	1980	13,3		1973	7,0
	1973	8,1	Hong Kong	1981	4,7
Bulgaria	1981	5,2		1973	6,4
	1973	4,9	Japón	1980	8,2
Checoslovaquia	1975	11,4		1973	11,9
	1973	12,6	Singapur	1981	4,2
				1973	6,4

— No se dispone de datos.

^a De información disponible para la OMS.

^b La 38 Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo de 1985, resolvió que Israel se integrara en la Región Europea de la OMS.

Las razones que conducen al comportamiento suicida son complejas y no siempre claras. Sin embargo, por lo general, el suicidio se relaciona con sentimientos de depresión, pérdida y desesperación, que son a menudo consecuencia de la frustración. El estrés causado por el rápido cambio social, la disminuida estabilidad familiar, confusión de valores y, en especial, el desempleo, sin duda contribuye a los impulsos suicidas.

Las tasas de intentos de suicidio son más elevadas en las zonas urbanas pobres, en las cuales también son altos otros índices de desorganización social. Resulta particularmente elevado el riesgo que corren los individuos que han sufrido depresión, que han tenido suicidios en la familia, o que ya han intentado suicidarse en ocasiones anteriores.

Para poder detectar a tiempo a los adolescentes que podrían intentar quitarse la vida, se debe prestar especial atención a la identificación de trastornos depresivos, a la evaluación de signos de alienación, y a la percepción de angustia creciente (55). Donde el riesgo es elevado deben adoptarse medidas de prevención secundaria con la finalidad de mejorar las posibilidades futuras de las personas a quienes se quiere ayudar. En los programas de prevención del suicidio entre los jóvenes, sería útil la participación de las familias, de los grupos de compañeros, de los líderes de la comunidad, y del personal profesional.

4.6 Salud sexual y reproductiva

4.6.1 Situación general

Aunque los datos sobre sexualidad y fecundidad en los adolescentes son todavía inadecuados, especialmente en los países en desarrollo, el Grupo de Trabajo de la OMS sobre Salud Reproductiva en la Adolescencia ha venido fomentando la realización de estudios psicosociales en una serie de países.

Si bien no existen dos países que se encuentren en una misma situación, pueden distinguirse en general tres patrones de comportamiento sexual y reproductivo.

a) el primero, encontrado principalmente en los países desarrollados, se caracteriza por el inicio de la experiencia sexual hacia mediados o fines de la etapa de los 13 a 19 años de edad, la escasa uti-

lización de anticonceptivos, la elevada incidencia de embarazos extramaritales no deseados, la tendencia comprobable a recurrir al aborto (mayormente legal y relativamente seguro), el casamiento tardío, la baja fecundidad, los índices significativos de enfermedades sexualmente transmitidas, y los índices indeseables de violencia sexual.

b) El segundo patrón (casi opuesto al anterior) se caracteriza por el matrimonio a una edad que corresponde aproximadamente a la primera menstruación o menarquia, y la reproducción frecuente y a temprana edad, con la consiguiente elevada tasa de crecimiento demográfico. La actividad sexual premarital es poco común, al igual que los embarazos y nacimientos premaritales. Es raro el uso de anticonceptivos, y el aborto es por lo general ilegal e inseguro. En algunos sectores se registra una elevada incidencia de las enfermedades transmitidas por el sexo, lo cual debido a la atención de salud inadecuada, causa infertilidad.

c) El tercer patrón se da especialmente en ambientes urbanos y en sociedades transicionales, y ocupa un nivel medio. Los jóvenes, especialmente las mujeres, tienen mayores oportunidades, tanto sexuales como educacionales y económicas. Los patrones de fecundidad y sexualidad son transicionales y algo entremezclados. Las limitaciones sociales tradicionales son aún bastante evidentes, pero menos eficaces que en el pasado, la edad para el matrimonio se eleva, aumentan las relaciones sexuales y los embarazos premaritales y el aborto entre los jóvenes, y la fecundidad en general comienza a disminuir al incrementarse el uso de anticonceptivos.

En el cuadro 13 y en la figura 8 se puede apreciar la amplia variación en los patrones de matrimonio y fecundidad. A continuación se presentan otros ejemplos de patrones cambiantes.

Aunque en Túnez la edad mínima legal para casarse es 17 años, para 1975 la edad media de matrimonio para las mujeres se había elevado a 23,3 años. En ciertas regiones de Nigeria, va en aumento la actividad sexual premarital, así como el uso de anticonceptivos. Una encuesta realizada en Ibadán en 1983 indicó que las tres cuartas partes de los hombres no casados y la mitad de las mujeres no casadas, en el grupo de 14 a 25 años de edad, tenían actividad sexual, y que las dos terceras partes habían utilizado anticonceptivos (cifras que son unas cuatro veces más elevadas que la tasa nacional). Entre las mujeres, casi el 50 % había tenido por lo menos un embarazo, concluido en la mayoría de los casos por aborto. En cambio, en otras

Cuadro 13. Porcentaje de mujeres jóvenes casadas, por grupos de edad (países seleccionados)^a

País o territorio	Grupo de edad		
	10-14 (%)	15-19 (%)	20-24 (%)
Bangladesh	8,2	64,7	91,0
Indonesia	0,8	24,6	66,2
México	—	17,7	56,6
Paquistán	1,3	37,4	75,3
Perú	—	14,5	49,0
República de Corea	—	3,2	43,6
Sri Lanka	—	6,2	37,8

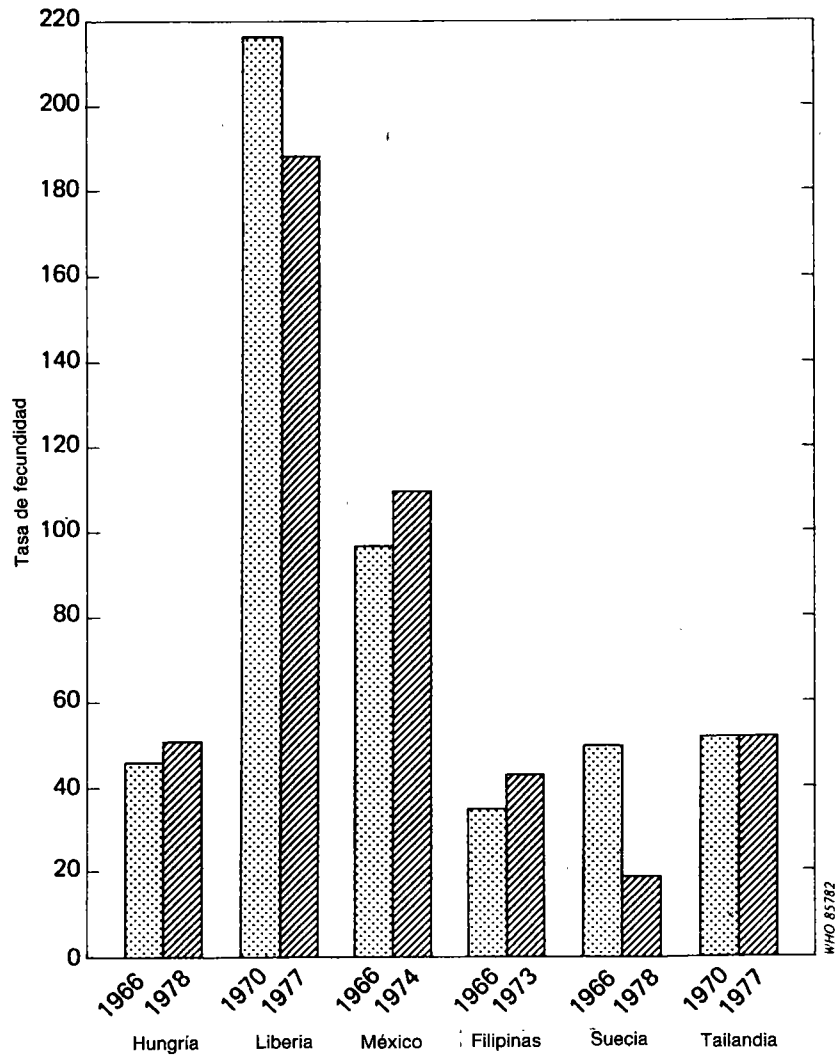
— No se dispone de datos.

^a Reproducido con permiso, de KABIR, M. *The demographic characteristics of household populations*. Londres, World Fertility Survey. 1980 (Comparative Studies, Cross-National Summaries, No. 6).

partes de Nigeria, el matrimonio tiene lugar a muy temprana edad, la fecundidad es deseada y su índice es elevado. En los países en desarrollo en general, los adolescentes rara vez practican la anticoncepción.

La edad de la primera relación sexual parece estar disminuyendo; una reciente encuesta indica que en Europa a la edad de 18 años el 50 % de los varones y el 33 % de las mujeres han tenido ya una experiencia sexual. La menarquía más precoz, los factores culturales, las condiciones socioeconómicas y la situación de la mujer, influyen en las diferencias que existen entre las cifras para varones y para mujeres (cuadro 14). Además, dadas las actitudes sociales cada vez más permisivas, los jóvenes sufren mayor presión por parte de sus grupos de compañeros para tener mayor actividad sexual. En todo el mundo los medios de difusión «bombardean» a los jóvenes con imágenes e insinuaciones sexuales. Un ejemplo importante de ello es la manera cómo la publicidad sugiere la relación entre el cigarrillo y la atracción sexual, especialmente con respecto a las mujeres jóvenes. No obstante, cabe anotar que la mayoría de los adolescentes sexualmente activos no tienen relaciones frecuentes, y que son relativamente pocos los que las tienen con más de una o dos parejas. Por lo general, los jóvenes que hacen vida sexual activa tienden a ser discriminativos y básicamente monógamos, especialmente durante los últimos años de la adolescencia. Prácticamente en todos los aspectos de la actividad sexual y reproductiva, los jóvenes están especialmente expuestos a ciertos riesgos de salud, algunos de los cuales se describen a continuación.

Fig. 8. Tasas de fecundidad de adolescentes (nacimientos por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años de edad) en países seleccionados ^a



^a Fuente: UN Demographic yearbook y otros datos disponibles para la OMS.

4.6.2 Embarazo, aborto y natalidad

El embarazo en la adolescencia, especialmente en los grupos de edad más jóvenes, guarda relación con las tasas más altas de mortalidad y morbilidad, tanto entre las madres (cuadros 15 y 16) como entre los niños (cuadros 17 y 18). El cuadro 16 indica no sólo que la mortalidad materna es más elevada entre las mujeres muy jóvenes, sino también que la atención prenatal contribuye a reducir la mortalidad materna en todos los grupos de edad. Además, aunque

Cuadro 14. Porcentaje de adolescentes que han tenido coito premarital (países seleccionados) ^a

País o territorio	Escala de edad (en años)	Porcentaje con experiencia sexual	
		Varones	Mujeres
Australia	a los 20	58	47
Alemania, República Federal de	a los 16	35	30
Israel	14-19	42	11
Japón	16-21	15	7
Nigeria	14-19	68	43
República de Corea	21-21	17	4

^a Adaptado de HOFMANN, A. D. Contraception in adolescence: A review. I. Psychological aspects. *Bulletin of the World Health Organization-Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 62: 151-162 (1984).

Cuadro 15. Tasas específicas de mortalidad materna por edades (países seleccionados) ^a

País o territorio	Año	Muertes de madres por cada 10 000 nacidos vivos	
		15-19 años	20-24 años
Australia	1975	1,4	6,9
Estados Unidos de América	1975	7,7	8,6
Ecuador	1976	202,7	141,3
Francia	1977	12,3	13,8
Grecia	1977	10,0	8,1
Inglaterra y Gales	1977	10,5	6,3
Japón	1978	29,5	14,4
Malasia (peninsular)	1977	91,3	56,2
Países Bajos	1976	6,1	5,8
República Dominicana	1976	129,9	59,1
Tailandia	1977	103,9	86,8
Venezuela	1977	45,4	41,3
Yugoslavia	1977	18,1	12,0

^a Fuente: Organización Mundial de la Salud, *Report of a WHO meeting on adolescent sexuality and reproductive health: educational and service aspects. México, 1980*. Ginebra, 1981 (documento inédito de la OMS MCH/RHA 81.1).

Cuadro 16. Relación entre la tasa de mortalidad materna, la edad y la atención prenatal, Nigeria Oriental ^a

Edad materna (años)	Tasa de muerte materna (por mil)		Total
	con atención prenatal	sin atención prenatal	
< 14	5	42	27
15	0	58	31
16	0	18	8
17-19	1	21	7
20-24	1	14	4
25-29	1	18	5
≥ 30	2	28	11
Todas las edades	1	24	8
Nº total de muertes maternas	13	161	174
Nº total de madres	14 396	6 693	21 089

^a Reproducidas con permiso, de HARRISON, K. A. y ROSSILER, C. E. Zaria (Nigeria) maternity survey 1976-1979. III. The influence of maternal age and parity on childbearing with special reference to primigravidae aged 15 years and under. *British Journal of obstetrics and gynaecology* (en prensa).

Cuadro 17. Mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos) por edad de la madre al tiempo del parto ^a

País o territorio	Edad de la madre		
	<20	20-29	30-39
Bangladesh	174,4	113,5	113,0
Indonesia	125,2	88,1	88,6
Jamaica	38,5	34,6	56,6
Malasia	57,9	37,0	35,8
México	86,8	67,2	79,8
Sri Lanka	71,8	57,3	55,3
Tailandia	102,0	66,8	74,7

^a Reproducido con permiso, de RUTSTEIN, S. O. *Infant and child mortality. Levels, trends and demographic differentials*. Londres, World Fertility Survey, 1983 (Comparative Studies, Cross-national Summaries, No. 24).

este dato no se incluye en el cuadro, las mujeres jóvenes tienen menos posibilidades de recibir atención prenatal.

Los problemas más comunes son la anemia, el retardo del crecimiento fetal, el nacimiento prematuro y las complicaciones del parto (56). Los embarazos frecuentes en la etapa de la adolescencia aumentan los riesgos futuros para la salud reproductiva. Además, los hijos de madres adolescentes corren mayores riesgos de estar expuestos a enfermedades y lesiones. El embarazo de una niña que aún está creciendo conlleva un aumento de las necesidades nutricionales, no sólo para el desarrollo del feto, sino también para la madre misma,

Cuadro 18. Causas de mortalidad perinatal en Inglaterra y Gales, 1979 ^a

Causa	Mortalidad perinatal por cada 1000 nacimientos totales		Riesgo relativo
	Materna edad < 20 años	Materna edad ≥ 20 años	
Malformación congénita	3,8	3,1	1,2
Complicación del cordón de la placenta y premadurez	6,2	4,3	1,4
Hipoxia y otros trastornos respi- ratorios	4,6	2,8	1,6
Parto difícil y lesión al nacer	0,6	0,5	1,1
Condición de la madre	1,6	1,4	1,1
Varias	3,0	2,0	1,5
Todas las causas	19,7	14,1	1,4

^a Reproducido con permiso, de VISUVANATHAM, S. y EDOUARD, L. Trends in adolescent pregnancy. *Journal of obstetrics and gynaecology* (en prensa).

y si esas necesidades no se satisfacen, podría verse perjudicada con respecto a su futura salud física (57).

Sin embargo, limitarse a examinar sólo los aspectos biológicos del embarazo en la adolescencia equivaldría a aplicar un enfoque demasiado estrecho, pues igual importancia tienen las consecuencias psicológicas y sociales. En algunas sociedades tradicionales, el embarazo en las adolescentes constituye una parte integral de la cultura y goza de la protección de la familia y de la sociedad. En este caso, si bien existen riesgos médicos, las consecuencias emocionales han de ser muy distintas de las que surgen cuando el embarazo ocurre inesperadamente en una adolescente asustada que anticipa una seria desaprobación social cuando se conozca su estado. Cuando esto ocurre, un embarazo generalmente se mantiene en secreto por todo el tiempo que sea posible, lo cual demora o elimina la posibilidad de recibir atención prenatal o bien lleva a un aborto inducido en etapa avanzada de la gestación, con el consiguiente aumento de riesgo para la salud. Las mujeres más jóvenes y más desventajadas, quienes necesitan nutrición adecuada, apoyo psicológico y ayuda económica, son las que tienen menores posibilidades de recibir asistencia, debido a su falta de experiencia y recursos. Si son estudiantes, es probable que su educación cese abruptamente y que no tengan oportunidad de seguir sus estudios en el futuro. Si son empleadas, pueden perder sus empleos, a no ser que existan leyes que las protejan. Si son desempleadas, no hay manera de que logren una independencia económica, y se convertirán en indigentes, en perjuicio de su propia salud y de la del niño, si éste llega a nacer. La joven que queda emba-

razada puede ser presa de un sentimiento de vergüenza, culpabilidad o inseguridad que le perjudica aún más. En muchos casos, el tener un niño significa un aislamiento del grupo de sus iguales y la consiguiente carencia de experiencia social en un momento crucial de su formación. Si la consecuencia del embarazo es el matrimonio, esto significa que la joven pareja ha de tener responsabilidades de adultos y de padres, para lo cual no están preparados ni suficientemente maduros (1). Los adolescentes con hijos necesitarán también más apoyo de parte de sus propios padres, quienes tal vez no quieran o no puedan darlo. Como resultado de todo esto, se agrava la inestabilidad social, situación que puede llevar al divorcio, con nuevas consecuencias psicosociales adversas.

No puede esperarse que una pareja de adolescentes o una madre adolescente haya alcanzado el nivel suficiente de madurez para criar a un niño y proporcionarle el estímulo físico y mental necesario para un óptimo crecimiento y desarrollo. Esto puede causar mayor incidencia de enfermedades y trastornos infantiles, y también producir más «niños golpeados» (58, 59). En los casos más graves, los niños pueden ser víctimas de infanticidio.

Existen indicios claros de que los adolescentes en los países desarrollados recurren al aborto para terminar con embarazos no deseados o evitar casamientos obligados (cuadro 19). Aun donde se puede recurrir al aborto terapéutico, con frecuencia es demasiado tarde para una simple intervención única como la aspiración al

Cuadro 19. Abortos legales por cada 100 embarazos comprobados en mujeres menores de 20 años ^a

País o territorio	Año	Edad de las mujeres		
		≤ 14 años	15-17 años	18-19 años
Alemania, República Democrática de	1975	33,1	23,6	15,9
Canadá	1980	46,5	38,2	27,5
Checoslovaquia	1980	24,5	19,7	12,4
Estados Unidos de América	1980	41,7	41,7	39,6
Hungría	1979	23,1	26,3	21,6
Inglaterra y Gales ^b	1979	60,6	38,4	23,2
Noruega	1979	85,7	53,7	30,3
Nueva Zelanda	1979	23,2	16,1	7,9
Suecia	1979	87,8	63,0	37,1

^a Reproducido con permiso, de Tietze, C. *Induced abortions: a world review*, 1983. Nueva York, The Population Council, 1983, pág. 51.

^b Residentes solamente.

vacío, o la dilatación y curetaje, lo que significa que se requieren procedimientos más complicados como el aborto en dos etapas o la histerotomía. Estas circunstancias aumentan la tensión física y psicológica, y los riesgos son aún más evidentes cuando las condiciones sociales y legales predisponen a la adolescente a recurrir a un practicante sin licencia.

En un número cada vez mayor de países, las leyes sobre abortos se han liberalizado, y a menudo una mujer puede pedir un aborto durante el primer trimestre del embarazo. No obstante, aun donde es culturalmente aceptable, no es fácil que una mujer joven sin apoyo, sin recursos y sin preparación social busque un aborto en forma suficientemente temprana. Tal vez el punto más importante que debe destacarse con respecto a los problemas relacionados con los embarazos de mujeres adolescentes es que pueden prevenirse, adoptando medidas que aseguren que haya menos madres de alto riesgo (60). En el cuadro 16 se indica que el cuidado prenatal puede hacer mucho para reducir la mortalidad entre las madres jóvenes.

4.6.3 Enfermedades de transmisión sexual

Hoy en día se conocen más de 20 agentes de enfermedades de transmisión sexual. Es difícil determinar el alcance del problema porque en todo el mundo el número de casos registrados es inferior a la realidad. Además, las estadísticas nacionales con frecuencia se llevan de maneras diversas y no se prestan a comparación. Datos recientes de los Estados Unidos de América (cuadro 20) indican que

Cuadro 20. Tendencias en la incidencia anual de enfermedades de transmisión sexual (por cada 100 000 habitantes), por edad, Estados Unidos de América, 1956-1982 *

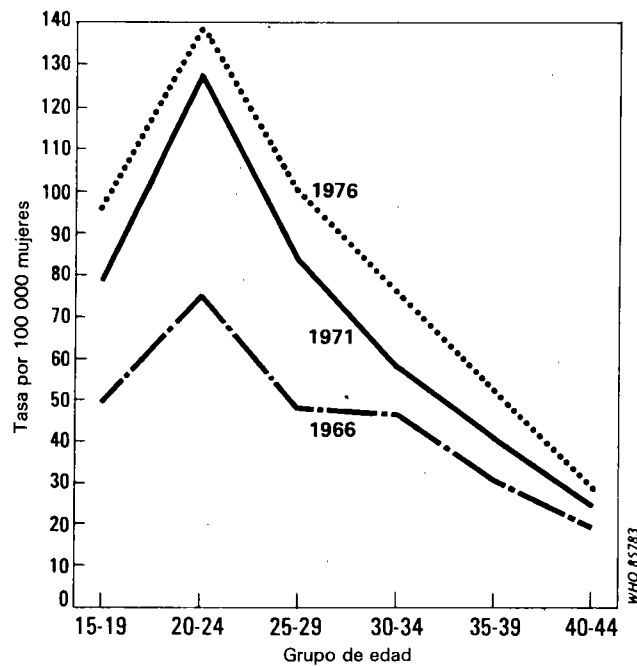
Año	Sífilis primaria y secundaria		Gonorrea	
	15-19 años	20-24 años	15-19 años	20-24 años
1956	10,7	18,4	415,7	781,8
1960	19,8	45,9	412,7	859,2
1977	13,8	30,4	1214,8	2013,5
1978	14,6	30,8	1228,9	1977,6
1979	16,2	35,3	1211,4	1780,5
1980	16,9	35,8	1168,3	1775,8
1981	20,7	41,7	1208,8	1775,8
1982	23,1	44,9	1200,2	1724,2

* De información disponible para la OMS.

una parte desproporcionada del aumento de casos registrados de sífilis y gonorrea corresponde a los adolescentes de 15 a 19 años de edad y a los adultos jóvenes de 20 a 24. En los países en desarrollo, más de las dos terceras partes de todos los casos registrados de gonorrea ocurren entre personas menores de 25 años.

La continua incidencia elevada de salpingitis entre mujeres jóvenes es un mal presagio para el futuro. La enfermedad inflamatoria de la pelvis no sólo presenta riesgos a corto plazo, sino también puede acarrear serias complicaciones, incluyendo embarazo ectópico, absceso tuboovárico e infertilidad. Se estima que del 12 al 20 % de las mujeres con gonorrea no tratada contraerán salpingitis en el futuro. Además, debido a sus singulares características biológicas o a su comportamiento sexual o a ambas cosas, las mujeres jóvenes tal vez sean más susceptibles que las de más edad a las infecciones gonocócicas y clamídicas. En la figura 9 puede verse que, con respecto

Fig. 9. Tendencias en la enfermedad inflamatoria pélvica en Inglaterra y Gales *



* Fuente: ROBINSON, N., ET AL. Trends in pelvic inflammatory disease in England and Wales. *Journal of epidemiology and community health*, 35: 265-270 (1981).

a la enfermedad inflamatoria pélvica, hay un pronunciado aumento de los índices de hospitalización en las mujeres de 20 a 24 años de edad.

La escasa información disponible acerca de las enfermedades de transmisión sexual entre los adolescentes en los países en desarrollo proviene de encuestas especiales. Esos datos indican que los índices de infección son cuando menos tan elevados en los países en desarrollo como en los industrializados. Aún más grave, debido a la escasez de servicios adecuados de diagnóstico y de tratamiento probablemente la gran mayoría de las infecciones no serán tratadas, por lo que es de esperar que surjan más tarde problemas de infertilidad y embarazos ectópicos.

4.6.4 *Abuso sexual en la adolescencia*

El abuso sexual puede definirse en términos prácticos como «la participación de niños y adolescentes aún dependientes e inmaduros en actividades sexuales que ellos no comprenden, que no están en condiciones de consentir válidamente, que violan el tabú social de los roles familiares» (61).

En los últimos diez años, ha aumentado la evidencia de la explotación sexual de niños y adolescentes (especialmente de sexo femenino) en el seno familiar. Aparentemente también aumentaron las violaciones en forma alarmante. Ahora más que antes se necesitan nuevos programas destinados a encarar problemas familiares, y los programas ya existentes deben ser especialmente preparados para tratar acerca de las relaciones entre los adolescentes y sus respectivas familias. Se requieren asimismo programas de intervención en crisis, que atiendan las secuelas de la violación sexual.

4.6.5 *Prostitución de adolescentes*

Este fenómeno, en el que están involucrados tanto varones como mujeres, parece estar aumentando, tanto en los países en desarrollo como en los industrializados. Se trata de una cuestión sumamente compleja que a menudo guarda relación con problemas familiares y socioeconómicos, y a veces también con el alcohol y las drogas. En los países en desarrollo, el problema se vincula con el aumento del turismo y la migración de jóvenes desde ambientes rurales relativa-

mente estructurados a la vida desprotegida de las zonas urbanas industrializadas. La prostitución en la adolescencia, aparte de ser degradante por sí misma, conlleva numerosos problemas de salud, como por ejemplo embarazos indeseados, enfermedades de transmisión sexual, y perturbaciones emocionales. De ahí que sea cada vez más necesario adoptar medidas de prevención y de rehabilitación de prostitutas jóvenes. A fin de que dichas medidas sean eficaces, deben formar parte de un programa más amplio de salud y bienestar social, que tenga en cuenta los diversos estilos de vida a que pueden acceder los jóvenes.

4.7 Problemas biológicos y médicos

4.7.1 Problemas médicos comunes de la adolescencia

El aumento en la producción de esteroides sexuales en la pubertad es la causa de los cambios bastante espectaculares en la antropometría y la composición corporal, conocidos comúnmente como «el estirón» del crecimiento en la adolescencia. El desarrollo de los adolescentes es particularmente vulnerable a influencias adversas tales como nutrición inadecuada, infecciones y privaciones sociales y económicas.

Los cambios normales de la pubertad revisten un significado personal sumamente importante para los adolescentes. Es normal que exista una mayor conciencia de los cambios corporales, así como ansiedad y angustia acerca de los problemas reales o imaginarios asociados con el desarrollo o la salud. Las niñas pueden volverse muy sensibles acerca del tamaño desigual de los senos, pese a que con el tiempo generalmente se logra mayor simetría. Del 19 al 64 % de los varones acusan una ligera ginecomastia en la pubertad media (62), la cual por lo general disminuye espontáneamente en 6 a 18 meses. A veces, cuando la ginecomastia es más pronunciada y persistente, causa tensión psicológica aguda y puede ser necesaria la escisión quirúrgica.

Los adolescentes cuyo desarrollo difiere del de sus iguales, pueden sufrir efectos psicológicos importantes. La pubertad atrasada, con o sin estatura baja, se debe más comúnmente a factores constitucionales, pero no deben excluirse otras causas como enfermedades crónicas o disfunciones endocrinas. La talla excesiva, que puede ser particularmente difícil de sobrellevar para las niñas, es por lo gene-

ral una característica genética, compartida por uno o ambos progenitores. Ya se trate de un problema de estatura excesivamente baja o alta, su evaluación precisa es importante, así como es esencial el asesoramiento objetivo, justificándose a veces un tratamiento hormonal.

Los trastornos menstruales son comunes en la adolescencia durante el periodo de maduración endocrina. La anormalidad más común es la amenorrea secundaria, siendo rara la primaria. La menarquia se demora debido a la nutrición insuficiente y al ejercicio físico intenso. La oligomenorrea (menstruación infrecuente) es común durante los primeros años después de la menarquia y no requiere tratamiento, como el de regulación hormonal, a no ser que sea persistente y severa. No obstante, las niñas que tienen una historia de ciclos menstruales con más de dos meses de intervalo durante más de dos años pueden sufrir problemas menstruales persistentes e infertilidad debida a la ovulación deficiente (63). El sangramiento menstrual frecuente es raro y se vincula con un bajo potencial reproductivo. La dismenorrea es muy común en la adolescencia y ocasionalmente puede ser severa y causar incapacidad.

El acné es universal en la adolescencia, sin que nadie deje de tener algunos comedones y pústulas: el 80 % aproximadamente sufre enfermedad manifiesta. Entre otros trastornos de la piel que a menudo sufren los jóvenes se cuentan las verrugas, eczema atópico, tinea cruris y sarna. Durante la adolescencia inicial, se presentan diversas condiciones ortopédicas que son raras en otros grupos de edad. La escoliosis idiopática ocurre predominantemente en las niñas, mientras que la enfermedad de Osgood-Schlatter y la dislocación de la epífisis femoral superior es más común en los varones.

En todo el mundo escasean datos acerca de la incidencia y prevalencia de problemas médicos en la adolescencia. En los países en desarrollo, donde la mayoría de los adolescentes viven en zonas rurales, son particularmente comunes las infecciones de los sistemas respiratorio y gastrointestinal. Asimismo, se ha observado una prevalencia sumamente elevada de caries dentales entre los adolescentes de varios países en desarrollo. La higiene dental, los servicios de tratamiento y las medidas de prevención, tal como la fluoración, son limitados o inexistentes en muchas regiones.

4.7.2 Trastornos relacionados con la nutrición

Los problemas de nutrición deficiente o excesiva en la adolescencia y en la juventud son importantes. Normalmente, como consecuencia del aumento del índice de crecimiento y de la actividad física, los adolescentes tienen necesidades nutricionales relativamente pronunciadas. En efecto, las necesidades energéticas de la pubertad son particularmente importantes, y tiene mucho que ver el momento en que ocurre el «estirón» de crecimiento. Los varones duplican su peso corporal entre los 10 y 16 años de edad (64). El embarazo y el adiestramiento deportivo intenso también incrementan las necesidades nutricionales (65).

a) *Malnutrición.* En los países en desarrollo, del 20 al 30 % de los niños sufren malnutrición (66), y aunque ésta afecta sólo a los niños en edad preescolar, el terreno perdido no se recupera. Muchos niños con malnutrición ligera o moderada sobreviven hasta la adolescencia, periodo en el cual la malnutrición tiende a seguir siendo moderada, pero crónica, siendo detectable únicamente mediante mediciones antropométricas. Por otra parte, niños relativamente bien nutridos pueden caer en una malnutrición proteínico-energética en la adolescencia como resultado de hábitos alimentarios adquiridos.

En los jóvenes pueden distinguirse dos tipos de malnutrición: *i)* circunstancial y *ii)* preferencial. La primera se debe a la falta de alimento, y la segunda a dietas alimentarias autoimpuestas.

i) La pobreza es la causa más importante de la malnutrición en todos los grupos de edad en los países en desarrollo. En la India, por ejemplo, donde casi la mitad de la población vive por debajo del nivel de pobreza, la incidencia de la malnutrición entre los jóvenes es elevada (67). Las familias que carecen de medios económicos para comprar alimentos son generalmente numerosas, lo cual complica el problema. La malnutrición disminuye la resistencia a las infecciones, las que a su vez exacerban las características de aquélla (se ha estudiado exhaustivamente la base inmunológica de este hecho (68)). La malnutrición constituye un factor de riesgo particularmente importante para el embarazo en la adolescencia y es una causa reconocida de bajo peso al nacer en los países en desarrollo.

ii) La malnutrición preferencial reviste importancia tanto en los países en desarrollo como en los industrializados. En los primeros, en regiones donde se dispone de alimentos nutritivos,

éstos tal vez no se consumen debido a ciertas creencias o «tabúes». En los países industrializados especialmente, las «comidas de moda» y las dietas extremas pueden dar lugar a desequilibrios nutricionales o trastornos físicos, a pesar de una relativa opulencia. La obsesión con la delgadez como estado físico ideal guarda una relación significativa con los estereotipos creados por los medios de difusión.

La llamada «comida rápida» se está haciendo sentir en todo el mundo. Cabe mencionar que, en términos generales, si la ingestión de energía es adecuada, los demás elementos nutritivos serán satisfactorios (con excepción del hierro en las mujeres). En los adolescentes sanos, se puede confiar en los mecanismos homeostáticos para asegurar la ingestión adecuada de energía, y hoy en día se acepta la noción de que los «bocadillos» contribuyen a una dieta bien equilibrada. Sin embargo, la mayoría de las comidas rápidas contienen grasa y sal en exceso.

b) *Obesidad.* Debido al incremento normal de la distribución de la grasa en el cuerpo antes y durante la pubertad, algunos adolescentes son propensos a aumentar excesivamente de peso en ese período. Otros han tenido peso excesivo desde la niñez como consecuencia de factores mayormente constitucionales o por sobrealimentación, aunque en raras ocasiones existen causas endocrinas o síndromes no comunes. El papel exacto que desempeña la hiperplasia del órgano de tejido adiposo en la génesis de la obesidad juvenil sigue siendo controvertido y confuso. Además, para comprender y encarar este problema también hay que tener en cuenta importantes factores psicodinámicos (69).

La obesidad en los jóvenes puede identificarse mediante una serie de métodos, aunque en la práctica, si un joven parece obeso, generalmente lo es. Un problema más difícil es el tratamiento, que, en el caso de los adolescentes, ha dado resultados menos que satisfactorios.

Lo importante es que los adolescentes normalmente se encuentran en estado de anabolismo durante la etapa del crecimiento. El tratamiento de la obesidad para reducir la ingestión de energía desemboca en catabolismo, que es la antítesis del anabolismo, y si se prolonga, puede interferir en el crecimiento. Debe recordarse también que la existencia de un cambio de estilo de vida puede ser poco realista y causar estrés durante la adolescencia. La opinión actual acerca de este tema se inclina hacia la fijación de objetivos modestos y

a corto plazo, tal como mantener el peso del adolescente durante la etapa del «estirón» del crecimiento, y prestarle asistencia en forma de actividades supervisadas con el grupo de compañeros.

Sin embargo, causa especial preocupación el riesgo de sufrir trastornos cardiovasculares y otros en el futuro, y es necesario efectuar más investigación acerca de la etiología de esos trastornos y las maneras de prevenirlos.

4.8 Trastornos crónicos y discapacitantes

Se estima que alrededor del 10 % de la población mundial se compone de discapacitados. Se considera que la incidencia de la discapacidad en la adolescencia oscila entre el 5 y el 8 %. Se calcula que en el año 2000 habrá 1180 millones de adolescentes, lo que significaría que para el fin de este milenio habría un mínimo de 59 millones de adolescentes discapacitados.

Puesto que cada adolescente discapacitado está en estrecho contacto con por lo menos tres personas —en la familia o en la comunidad— tendríamos que la incidencia de las discapacidades en los adolescentes influiría de cerca en la vida de un mínimo de otras 177 millones de personas. Estas cifras son asombrosas en sus consecuencias, especialmente en lo que respecta al futuro de los adolescentes discapacitados en los países en desarrollo, donde el crecimiento demográfico es más acelerado.

Numerosos jóvenes son discapaces de nacimiento o desde la infancia. Gracias a adelantos médicos y a un control riguroso se ha logrado que llegue a la adolescencia un número cada vez mayor de personas. Al alcanzar esa etapa, los adolescentes constituyen un grupo particularmente vulnerable a influencias negativas en muchos aspectos de su desarrollo y crecimiento. En los países en desarrollo, donde se asigna prioridad a las necesidades básicas, y el acceso a la atención médica y a la terapia de apoyo es limitada, los niños que sufren enfermedades y desventajas tienen menos posibilidades de sobrevivir.

Anteriormente ya se hizo hincapié en la importancia de los accidentes como causa de lesiones en la adolescencia. Los traumas relacionados con el tráfico, el trabajo, los deportes y la violencia física son la causa más común de las discapacidades adquiridas en la adolescencia, ya que pueden dar lugar a amputaciones, lesiones de la columna vertebral o lesiones cerebrales.

A continuación se detallan los trastornos crónicos y discapacitantes que son frecuentes en la adolescencia:

Déficits físicos

- enanismos
- parálisis/paresia cerebral
- defectos visuales, auditivos o del habla
- espina bífida/otros trastornos genéticos
- deformidades faciales
- lesiones traumáticas
- obesidad pronunciada

Enfermedades crónicas

- epilepsia
- asma/fibrosis quística
- diabetes
- artritis reumatoidea juvenil
- trastornos cardiovasculares
- enfermedad inflamatoria del intestino
- enfermedades malignas
- infección neurológica

Déficits intelectuales

- trastornos del aprendizaje
- retardo mental

En los adolescentes, ciertas condiciones patológicas pueden tener diversas características o requerir un enfoque determinado para su tratamiento médico. La epilepsia, por ejemplo, puede aparecer durante la adolescencia o bien pueden ser más frecuentes los ataques. Tradicionalmente, no se considera aconsejable suspender los medicamentos anticonvulsivos durante la pubertad, aunque los resultados de una reciente encuesta cuestionan esa práctica (70). El asma a menudo se relaciona con problemas adicionales en los adolescentes, que a veces niegan los síntomas o sufren tensión. La diabetes mellitus, que es quizá el más importante desorden crónico en los jóvenes, se vuelve más difícil de controlar durante los períodos de rápido crecimiento, y puede causar estragos en familias que de por sí son vulnerables o sufren otras perturbaciones (71).

4.8.1 *Impacto de la enfermedad y discapacidad*

El proceso de la adolescencia está lejos de ser el mismo para una persona joven con una enfermedad crónica o discapacidad que para un joven sano. Existen muchos obstáculos para el cumplimiento de las importantes tareas del desarrollo, como también diversas respuestas del comportamiento que a menudo exacerban las dificultades.

- La dependencia forzada y la continua sobreprotección de parte de los padres pueden interferir con los esfuerzos de sepa-

rarse de la familia. Muchos jóvenes discapacitados atraviesan periodos de negación y enojo, y exigen compensación por parte de sus padres y de la sociedad. El hecho frecuente de que no cumplan los regímenes médicos y de rehabilitación corresponde en realidad a un esfuerzo por conseguir una cierta autonomía y debe conceptualizarse dentro del contexto de su desarrollo y su situación.

- Dado que la sensibilidad acerca de la propia imagen corporal adquiere su punto máximo durante la adolescencia y como el proceso de establecer una identidad psicosexual depende en un primer momento de la aceptación del propio cuerpo, toda deformidad o imperfección, evidente u oculta, puede tener un efecto negativo. A veces y en lo que respecta a ciertas discapacidades, las reacciones pueden llegar al punto de que el propio cuerpo y sus defectos se vean con desagrado, vergüenza y repugnancia. También plantea problemas la aceptación de la propia sexualidad, mientras que las oportunidades de expresión sexual son limitadas.
- La interferencia de la enfermedad o lesión con los objetos educativos o profesionales es fuente de angustia en cuanto a las perspectivas de una futura independencia económica. Hay otros obstáculos más que se oponen a la independencia, como factores burocráticos y de organización y los prejuicios que puedan existir en el mercado laboral.
- El sujeto sufre un aislamiento social resultante de todas las dificultades consecutivas a su falta de movilidad, problemas de transportes y de acceso, por su timidez y escasa autoestima, por su falta de aptitudes sociales y por las dificultades que puedan plantearle sus funciones orgánicas, todo ello combinado con la mala aceptación por parte de las demás personas no discapacitadas de su grupo de edad. Es frecuente que la soledad sea el mayor inconveniente de todos los adolescentes discapacitados, soledad que perturba el desarrollo de una autoidentidad positiva para la edad adulta.

Los problemas intrínsecos con que tropiezan los jóvenes crónicamente enfermos o discapacitados se complican mucho por ciertas actitudes y comportamientos. El concepto de la «propogación de la discapacidad» (72) se basa en lo siguiente: la tendencia de las personas (padres, profesionales, público en general y los propios discapacitados) de mirar a una persona discapacitada a través del «ojo de la

cerradura» con respecto a su discapacidad, antes que como una *persona* que sufre una discapacidad (por ejemplo, considerar a alguien como un «epiléptico» y no como una persona con epilepsia): la prevalencia de una serie de etiquetas estereotipos y conceptos míticos (como por ejemplo que las personas retardadas son sexualmente agresivas); las expectativas demasiado poco realistas; el considerar a la discapacidad como causa de ciertos tipos de comportamiento «normal» y de otros basados en el desarrollo (mal humor, inseguridad, rebeldía, por ejemplo); otras formas de estigmatización (como por ejemplo, tener a una persona discapacitada como inferior, como algo raro o como una amenaza a la propia tranquilidad emocional o conciencia).

4.9 Problemas de salud ocupacional

Desde el comienzo de la Revolución Industrial, los niños y los jóvenes han trabajado en las fábricas y en las minas. Aunque en la mayoría de los países es ilegal emplear a niños, se ha estimado que en 1983 trabajaban 50 millones de niños menores de 15 años de edad (73), la gran mayoría en los países en desarrollo. La mayor parte de esos niños carecían de oportunidades de asistir a la escuela y eran obligados a trabajar a causa de condiciones económicas. El empleo de niños es un indicador de pobreza y subdesarrollo. La mayoría de los niños trabajadores están empleados en la agricultura y en la pequeña industria.

4.9.1 Problemas de salud en el lugar de trabajo

Los jóvenes son particularmente vulnerables a ciertos problemas y enfermedades que pueden aliviarse mediante la aplicación de la ergonomía, que es una ciencia en la cual se considera que las máquinas son una extensión de la actividad sensorial y locomotiva del hombre. Los dispositivos mecánicos fabricados con miras a que se adapten a las dimensiones físicas del operador son satisfactorios desde el punto de vista ergonómico. No debe permitirse que los niños trabajen con máquinas o equipos hechos para adultos, ya que esa práctica puede acarrear fatiga prematura, accidentes y lesiones (74). Los niños que son obligados a trabajar en lugares muy cerrados o en posiciones incómodas pueden sufrir deformidades físicas, dolores de espalda o artritis.

Los jóvenes también corren mayores riesgos en el ambiente ocupacional debido a su falta de experiencia. El ambiente de trabajo contiene una serie de peligros químicos, físicos y biológicos. Así, por ejemplo, la exposición a ciertos polvos puede causar enfermedades pulmonares crónicas. A veces los jóvenes carecen de información o conocimiento acerca de esos peligros, y aun cuando los tienen, pueden no querer o no estar en condiciones de tomar las medidas necesarias para protegerse.

5. ASPECTOS LEGALES Y DE POLITICA RELACIONADOS CON LA ATENCION DE LA SALUD DE LOS JOVENES

5.1 Leyes y políticas que afectan a los servicios de salud para los jóvenes

Las leyes y políticas ¹ ejercen una influencia importante sobre los programas de salud para los jóvenes. La definición de «jóvenes» varía en la ley y en la política. De acuerdo a la ley, una persona se convierte en adulto al llegar a la mayoría de edad, la cual puede variar de un país a otro. La edad a que una persona es considerada adulta es importante porque a partir de ella los jóvenes pueden escoger libremente mediante el consentimiento. En el sistema de atención de la salud, el consentimiento es condición indispensable para el acceso. Hasta hace poco, una regla de aplicación casi universal consistía en que los «menores», como los llama la ley, debían contar con el consentimiento de sus padres o de algún otro adulto, antes de poder obtener atención y asesoramiento médicos. Este requisito tiende a inhibir a los jóvenes para buscar atención médica cuando se trata de cuestiones delicadas, y al personal de atención de la salud para preslarla.

En este aspecto, la cuestión primordial es: ¿en qué etapa del desarrollo individual debería una persona joven estar en condiciones

¹ Las «Leyes y políticas» en el sentido que se les da aquí, comprenden: legislación, decisiones judiciales, normas ministeriales y declaraciones de política, reglamentos administrativos, decretos del poder ejecutivo, opiniones del fiscal general, estatutos de asociaciones profesionales, y en algunos casos, leyes constitucionales, tradicionales y religiosas, como también códigos de ejercicio de profesiones. Todo ello establece normas jurídicas y de política que pueden afectar los programas de atención de la salud.

de tomar decisiones acerca de su salud? Donde existe una restricción de edad, ¿qué deberían hacer las personas que prestan atención médica cuando un menor de edad solicita esa atención pero no desea que se enteren sus padres? En algunos países se ha enfocado esta cuestión disminuyendo la edad de mayoría cuando se trata de un tratamiento médico; otros países han promulgado una ley de «servicios médicos a menores» que permite que los menores de edad soliciten atención médica en áreas específicas, como las enfermedades venéreas, el abuso de drogas, los problemas sexuales y el embarazo; otros han aplicado el principio del «menor emancipado», que reconoce que los adolescentes independientes en cuestiones económicas y de estilo de vida son también capaces de dar su consentimiento.

Desde el punto de vista jurídico, el consentimiento debe ser «calificado», lo que significa que la persona que consiente debe comprender:

- la naturaleza del procedimiento médico a utilizar;
- los riesgos y la seriedad del mismo;
- sus probables beneficios;
- la necesidad de supervisión luego del tratamiento o de un tratamiento prolongado;
- las alternativas existentes con respecto al tratamiento sugerido y los riesgos y beneficios que ellas encierran, y
- el derecho de rehusar el tratamiento y las consecuencias que esto acarrea, así como la seguridad de que no se tomarán medidas punitivas contra el que haya rehusado el tratamiento.

En todo caso, para tener seguridad de que los jóvenes comprenden adecuadamente la situación, tal vez sea necesario ofrecer asesoramiento e información.

5.1.1 *Salud mental*

En 1955 la OMS (75) informó que en muchos países las leyes relativas a la salud mental, a menudo originadas en el siglo XIX, no siempre reflejaban el pensamiento contemporáneo y no podían constituir una buena base para el desarrollo de programas progresivos de salud mental. A partir de 1955, se han registrado cambios con respecto a las técnicas de tratamiento, la organización de programas de atención de la salud mental, y la protección de los derechos huma-

nos. Asimismo, se han hecho esfuerzos para implantar la hospitalización voluntaria, establecer una mayor flexibilidad en las políticas de ingresos y salida de los hospitales, y estimular la interacción entre el paciente, la familia y el personal profesional. Se ha hecho hincapié en los tipos de servicios menos centralizados, a diferencia de la atención principal custodial, incluyendo la intervención en circunstancias críticas y la atención en guarderías, hogares adoptivos y centros comunitarios.

El grado en que los adolescentes tienen acceso a tales servicios varía de un país a otro. Austria, Francia y Escocia, por ejemplo, cuentan con programas preventivos comunitarios y centros de intervención en crisis que forman parte del esquema hospitalario general. El acceso de los jóvenes a estos servicios es socialmente aceptado. Asimismo, Suecia ha establecido servicios que cuentan con unidades psiquiátricas independientes para jóvenes hasta los 18 años de edad, distribuidas por distritos. Esto hace que la atención de la salud mental sea más bien un sector de la salud pública antes que una rama especializada de la medicina.

Sin embargo, la mayoría de los países no han adoptado todavía medidas para ofrecer atención de salud mental con orientación comunitaria y en algunos países donde han ocurrido cambios importantes, las leyes existentes se contraponen a los objetivos actuales de los programas (76). Así pues, es considerable el retraso legislativo con respecto a programas modernos de salud mental y a la disponibilidad de una atención de salud mental adecuada para atender las necesidades de todos los grupos de la sociedad (incluyendo a los adolescentes). Sería conveniente realizar una revisión crítica de las legislaciones relacionadas con la salud mental, con el fin de estructurar los medios que se requieren para atender esas necesidades.

5.1.2 *Salud sexual y reproductiva*

La legislación sobre salud sexual y reproductiva en la adolescencia sigue siendo una cuestión controvertida, que incluye temas delicados como la educación, la información y el asesoramiento acerca del sexo, la prevención de abortos, y las enfermedades de transmisión sexual. Se calcula que el 75 % de los adolescentes de menos de 15 años de edad (y el 50 % de los mayores de esa edad) en todo el mundo, no tienen acceso a programas de información y educación sobre salud reproductiva. Es necesario tener en cuenta esta situación

indeseable, ya que expone a riesgos a innumerables jóvenes sexualmente activos. Además de enterarse de los aspectos físicos del sexo, la juventud debe comprender mejor el papel que desempeña el sexo en la esfera de las relaciones humanas en general.

En lo que respecta a las leyes y las políticas sobre educación sexual formal, las siguientes preguntas son fundamentales.

- ¿Debe permitirse que se dicten cursos sobre salud reproductiva como parte del plan de estudios escolar?
- Si es así, ¿deben ser obligatorios u opcionales esos cursos?
- ¿Qué deben abarcar esos cursos?
- ¿Deben ser independientes o formar parte de otros cursos ya existentes?
- ¿Deben dictarse por separado a uno y otro sexo o no? ¿Depende esto de la edad de los estudiantes?
- ¿Qué papel deben desempeñar los padres? ¿Se debe exigir su consentimiento? ¿Hasta qué punto debe permitirse que los padres revisen los materiales a emplear en los cursos?

Básicamente, hay cinco tipos distintos de respuestas legales a esas preguntas: 1) hacer que la educación sexual sea obligatoria; 2) que la educación sexual sea opcional; 3) aprobar la educación sexual pero sin contar con legislación acerca de ello; 4) no prohibir la educación sexual pero tampoco fomentarla, y 5) prohibir algunos aspectos de la educación sexual en forma completa o parcial.

Mientras que la educación sexual impartida formalmente en un ambiente académico es una de las mejores maneras de llegar a un público adolescente amplio, también es cierto que, en todo el mundo, un numeroso grupo de adolescentes que necesitan esa educación no tienen acceso a la educación formal.¹ Deben buscarse otros medios

¹ Las poblaciones escolares son muy numerosas en Europa y Norteamérica, donde los jóvenes asisten a la escuela hasta los 16 ó 17 años de edad. En muchos países en desarrollo, sin embargo, la situación es bastante diferente. La edad en que los jóvenes abandonan sus estudios es mucho más baja, con frecuencia de los 12 a los 14 años. En muchas zonas rurales de algunos países no hay escuelas. El Banco Mundial ha publicado datos que indican que más del 50 % de los jóvenes europeos en edad secundaria asisten al colegio. En cambio, los porcentajes correspondientes a otras regiones son: en América Latina sólo el 36 %; en África del Norte y el Medio Oriente, el 22 %; en el Sur de Asia, el 20 %, y en África (al sur del Sahara), sólo el 6,9 %. Banco Mundial. *World Bank Economic Indicators*. Washington, D.C., Banco Mundial, 1979 (Informe N° 700/79/01).

de llegar a ellos, pero las leyes que atañen a la divulgación pública de información sobre salud sexual son a menudo restrictivas.

La anticoncepción es, en opinión de muchos, la clave de todo enfoque racional al problema de los adolescentes que llevan vida sexual activa. Es en esta cuestión donde la ley y la política son importantes. La ley determina quiénes tendrán acceso a anticonceptivos y en qué condiciones. Además, aunque la anticoncepción es aceptable para los adolescentes, no siempre está al alcance de las personas no casadas (véase el cuadro 21).

La legislación concerniente al aborto provocado varía ampliamente en todo el mundo (cuadro 22). Se ha comprobado a través de la experiencia que las mujeres necesitadas recurren al aborto, legal o ilegal, como medio de concluir los embarazos indeseados. Entre las adolescentes parece ocurrir lo mismo, y ellas son más vulnerables que las mujeres adultas a los riesgos del aborto. En 1983, el 30 % de todos los abortos en los Estados Unidos de América correspondió a mujeres de menos de 20 años de edad. Los porcentajes para algunos otros países son: Inglaterra y Gales, 27,3 %; Dinamarca, 17,8 %; Singapur, 8,8 %; India, 6,3 %; Checoslovaquia, 6,1 %, y Túnez, 2,5 % (77). Las legislaciones nacionales, que determinan si el aborto puede obtenerse legalmente, varían desde la disposición sumamente restrictiva de permitirlo cuando hay «riesgo para la vida de la madre» (Chile, Irak, Nigeria, Sri Lanka) hasta el aborto a pedido, por lo general durante el primer trimestre del embarazo (Austria, Singapur, Túnez, Estados Unidos de América) (78).

El tema de la atención de la salud para adolescentes embarazadas debe ser visto en perspectiva. Se estima que en todo el mundo el 55 % de los nacimientos se realiza con asistencia de personal adiestrado y ese porcentaje es aún más reducido con respecto a los que tienen lugar en instituciones de salud (78a). En los países donde se dispone de servicios de salud, las leyes tienden a no referirse a las necesidades especiales de los adolescentes. En general, aunque los servicios se ofrecen a todas las mujeres, sin distinción de edad, pareciera que en muchos países las adolescentes estarían cubiertas por los programas destinados a mujeres de «alto riesgo».

La prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual en los adolescentes es un problema que merece atención especial. La mayoría de las legislaciones tienden a referirse a todos los grupos de edad, estipulando la obligatoriedad del tratamiento, y en algunos países, la revelación del origen de la infección (si esto es posible) y de los nombres de las personas que podrían verse afectadas.

Cuadro 21. Leyes y políticas sobre disponibilidad de anticonceptivos (en ciertos países)

País o territorio	Tipo de anticonceptivo				Comentarios
	Profiláctico	Píldora	DIU	Otros	
Arabia Saudita	—	—	—	—	está prohibida la anticoncepción (1975)
Brasil	A	A P	—	A	el Ministerio de Salud proporciona anticonceptivos a personas necesitadas menores de 20 años de edad (grupo de alto riesgo); los dispositivos intrauterinos (DIU) están prohibidos (1977)
Francia	A	A P	A P	A	las personas no casadas menores de edad pueden obtener anticonceptivos en centros familiares (1974)
Gabón	A P	A P	A P	A P	se proporcionan anticonceptivos por motivos terapéuticos solamente, por consejo de tres médicos; aun así, los menores de 25 años los obtienen sólo si es «absolutamente» necesario (1966)
Hungría	A	A P (16 años)	A P (18 años)	A	las mujeres de 16 a 18 años deben consultar con un obstetra-ginecólogo (1974)
Indonesia	A	A P	A P	A	proporcionar anticonceptivos a personas menores de 17 años es técnicamente un delito; sólo las personas casadas pueden obtener anticonceptivos.
México	A	A P	A P	A	personas jóvenes no casadas teóricamente no pueden obtener anticonceptivos (1974)
Nueva Zelanda	A	A P	A P	A P	personas menores de 16 años pueden obtener anticonceptivos en centros de planificación familiar (1977)
Papua Nueva Guinea	A	A	A P	A	solamente las personas jóvenes casadas pueden obtener anticonceptivos; se exige el consentimiento del cónyuge (1979)
Suecia	A	A P	A P	A	está prohibido que los médicos informen a los padres
Tailandia	A	A P	A P	A	cualquier adolescente puede obtener anticonceptivos (1970)

A = Disponible. P = Se exige receta de médico o salubrista auxiliar.

Cuadro 22. Condición legal del aborto por países y por territorios, y por motivos, mediados de 1982 ^a

País o territorio	Ilegal ^b	Legal por motivos específicos ^c					Legal (motivos no especificados)
		Médicos		Eugenésico (fetal)	Jurídicos (violación, incesto, etc.)	Sociales y médico-sociales	
		Estrecho (vida)	Amplio (salud)				
Afganistán	—	x	—	—	—	—	—
Albania	—	—	x	—	—	—	—
Alemania, República Federal de	—	—	x	x	x	x ^{g, h}	—
Arabia Saudita	—	x	—	—	—	—	—
Argelia	—	—	x	—	—	—	—
Argentina	—	—	x	—	x	—	—
Australia	—	—	x	x ^d	—	x ^{e, f}	—
Austria	—	—	—	—	—	—	x ^{g, h}
Bangladesh	—	x	—	—	—	—	—
Bélgica	—	x	—	—	—	—	—
Benin	—	x	—	—	—	—	—
Birmania	—	x	—	—	—	—	—
Bolivia	—	—	x	—	x	—	—
Brasil	—	x	—	—	x	—	—
Bulgaria ⁱ	—	—	x	x	x	x ^j	—
Burkina Faso	x	—	—	—	—	—	—
Burundi	x	—	—	—	—	—	—
Camerún	—	—	x	—	x	—	—
Canadá	—	—	x	—	—	—	—
Colombia	—	x	—	—	—	—	—
Congo	—	—	x	—	—	—	—
Corea, República de	—	—	x	x	x	—	—
Corea, República Democrática de	—	—	x	x	x	x	—
Costa Rica	—	—	x	—	—	—	—
Côte d'Ivoire	—	x	—	—	—	—	—
Cuba	—	—	—	—	—	—	x ^j
Chad	—	x	—	—	—	—	—
Checoslovaquia	—	—	x	x	x	x ^g	—
Chile	—	x	—	—	x	x	—
China	—	—	—	—	—	—	x ^k
Dinamarca	—	—	—	—	—	—	x ^g
Ecuador	—	x	—	—	x	—	—
Egipto	x	—	—	x	—	—	—
El Salvador	—	x	—	x	x	—	—
España	x	—	—	—	—	—	—
Estados Unidos de América	—	—	—	—	—	—	x ^l
Etiopía	—	—	x	—	—	—	—
Filipinas	x	—	—	—	—	—	—
Finlandia ^m	—	—	x	x	x	x ^g	—
Francia	—	—	—	—	—	—	x ^l

Cuadro 22. (continuación)

País o territorio	Ilegal ^b	Legal por motivos específicos ^c					Legal (motivos no especificados)
		Médicos			Jurídicos (violación, incesto, etc.)	Sociales y médico-sociales	
		Estrecho (vida)	Amplio (salud)	Eugenésico (fetal)			
Ghana	—	—	x	—	—	—	—
Grecia	—	—	x	x	—	—	—
Guatemala	—	x	—	—	—	—	—
Guinea	—	—	x	—	—	—	—
Haití	x	—	—	—	—	—	—
Honduras	—	—	x	—	—	—	—
Hong Kong	—	—	x	x	x	—	—
Hungría ^e	—	—	x	x	x	x ^g	—
India	—	—	x	x	x	x ^o	—
Indonesia	x	—	—	—	—	—	—
Irán, República Islámica del	x	—	—	—	—	—	—
Irak	—	x	—	—	—	—	—
Irlanda	—	x	—	—	—	—	—
Islandia	—	—	x	x	x	x ^g	—
Israel	—	—	x	x	x	—	—
Italia	—	—	—	—	—	—	x ^g
Jamahiriyá Árabe							
Libia	—	x	—	—	—	—	—
Jamaica	—	—	x	—	—	—	—
Japón ^p	—	—	x	x	x	x ^g	—
Jordania	—	—	x	—	x	—	—
Kenya	—	—	x	—	—	—	—
Kuwait	—	x	—	—	—	—	—
Laos	—	x	—	—	—	—	—
Lesotho	—	x	—	—	—	—	—
Libano	—	x	—	—	—	—	—
Liberia	—	—	x	x	x	—	—
Luxemburgo	—	—	x	x	x	x ^g	—
Madagascar	—	x	—	—	—	—	—
Malasia	—	x	—	x	x	—	—
Malawi	—	x	—	—	—	—	—
Mali	x	—	—	—	—	—	—
Malta	x	—	—	—	—	—	—
Marruecos	—	—	x	—	—	—	—
Mauritania	x	—	—	—	—	—	—
México	—	x	—	—	x	—	—
Mongolia	x	—	—	—	—	—	—
Mozambique	—	x	—	—	—	—	—
Namibia	—	—	x	x	x	—	—
Nepal	—	—	x	—	—	—	—
Nicaragua	—	x	—	—	—	—	—
Niger	x	—	—	—	—	—	—
Nigeria	—	x	—	—	—	—	—

Cuadro 22. (continuación)

País o territorio	Ilegal ^b	Legal por motivos específicos ^c					Legal (motivos no especificados)
		Médicos		Eugenésico (fetal)	Jurídicos (violación, incesto, etc.)	Sociales y médico-sociales	
		Estrecho (vida)	Amplio (salud)				
Noruega	—	—	—	—	—	—	x ^g
Nueva Zelanda	—	—	x	x	x	—	—
Países Bajos	—	—	—	—	—	—	x ⁱ
Pakistán	—	x	—	—	—	—	—
Panamá	x	—	—	—	—	—	—
Papua Nueva Guinea	—	—	x	—	—	—	—
Paraguay	—	x	—	—	—	—	—
Perú	—	—	x	—	—	—	—
Polonia ^p	—	—	x	—	x	x ^g	—
Portugal	x	—	—	—	—	—	—
Puerto Rico	—	—	—	—	—	—	x ⁱ
Reino Unido ^f							
Inglaterra, Escocia y Gales	—	—	x	x	—	x ⁱ	—
Irlanda del Norte	—	x	—	—	—	—	—
República Centroafricana	x	—	—	—	—	—	—
República Dominicana	x	—	—	—	—	—	—
Rumania	—	—	x	x	x	x ^{g,i}	—
República Democrática Alemana	—	—	—	—	—	x	x ^g
República Unida de Tanzania	—	—	x	—	—	—	—
Rwanda	x	—	—	—	—	—	—
Senegal	—	x	—	—	—	—	—
Sierra Leona ^a	—	—	x	—	—	—	—
Singapur	—	—	—	—	—	—	x ^g
Siria	—	x	—	—	—	—	—
Somalia	x	—	—	—	—	—	—
Sri Lanka	—	x	—	—	—	—	—
Sudáfrica	—	—	x	x	x	—	—
Sudán	—	x	—	—	—	—	—
Suecia	—	—	—	—	—	—	x ^g
Suiza	—	—	x	—	—	—	—
Tailandia	—	—	x	—	x	—	—
Togo	—	x	—	—	—	—	—
Trinidad y Tobago	—	—	x	—	—	—	—
Túnez	—	—	—	—	—	—	x ^g
Turquía	—	x	—	x	x	—	—
Uganda	—	—	x	—	—	—	—
Uruguay	—	x	—	—	x	x ^u	—
URSS	—	—	—	—	—	—	x ^g
Venezuela	—	x	—	—	—	—	—
Viet Nam	—	—	—	—	—	—	x ^v

Cuadro 22. (continuación)

País o territorio	Ilegal ^b	Legal por motivos específicos ^c					Legal (motivos no especificados)
		Médicos		Eugenésico (fetal)	Jurídicos (violación, incesto, etc.)	Sociales y médico-sociales	
		Estrecho (vida)	Amplio (salud)				
Yemen	—	x	—	—	—	—	—
Yemen Democrático	—	x	—	—	—	—	—
Yugoslavia	—	—	—	—	—	—	x ^j
Zaire	x	—	—	—	—	—	—
Zambia	—	—	x	x	—	x ^l	—
Zimbabwe	—	—	x	x	x	—	—

^a Adaptado de: Tietze, C. *Induced abortion. A world review*, 5ª Ed., Nueva York. The Population Council, 1983.

El cuadro no incluye la mayoría de los países o territorios con menos de un millón de habitantes, ni aquellos para los cuales no se disponía de información sobre la situación legal del aborto. Los países citados en fuentes que indican que se aplica la Ley Islámica aparecen bajo «Médicos/Estrecho (vida)».

^b Puede autorizarse el aborto para salvar la vida de la madre conforme a los principios generales de la ley penal (estado de necesidad).

^c Se permite por lo general el aborto antes de la viabilidad del feto, por razones médicas o eugenésicas. Por razones jurídicas por lo general se permite el aborto hasta el mismo periodo de gestación que por motivos sociales o socio-médicos.

^d En el Territorio Septentrional y Australia Meridional.

^e En Australia Meridional por legislación; en Nueva Gales del Sur y en Victoria, por decisión judicial.

^f Antes de la viabilidad del feto.

^g Durante los primeros 3 meses o 12 semanas de gestación.

^h Desde su implantación.

ⁱ A pedido para mujeres no casadas, mujeres casadas con dos hijos vivos, y mujeres casadas mayores de 40 años con un hijo vivo.

^j Durante las primeras 10 semanas de gestación.

^k No hay límite legal, pero la mayoría de los abortos se efectúan durante el primer trimestre.

^l Por «razones importantes».

^m A pedido para mujeres mayores de 40 años.

ⁿ A pedido para mujeres no casadas, para mujeres casadas con tres hijos vivos o para las que han tenido tres partos, para ciertas categorías de mujeres con dos hijos vivos, para mujeres casadas mayores de 40 años, o para mujeres sin casa o departamento propio.

^o Durante las primeras 20 semanas de gestación.

^p No se exige ninguna autorización formal y se permite efectuar el aborto en el consultorio del médico; a pedido se efectúa el aborto «de facto».

^q Durante las primeras 24 semanas de gestación.

^r A pedido para mujeres mayores de 40 años y para las que tienen 4 o más hijos vivos.

^s Durante las primeras 18 semanas de gestación.

^t La Ley de Aborto de 1967 no incluye a Irlanda del Norte.

^u Puede eliminarse la pena cuando el aborto se efectúa durante los primeros tres meses de embarazo debido a dificultades económicas graves.

^v No se averigua el límite de la gestación.

(A veces se garantiza la confidencialidad para evitar el estigma social.) En lo que respecta a los menores, varios países han promulgado leyes especiales o incluido el tema en otras leyes, autorizando que

los menores tengan acceso al tratamiento. Esas leyes son de tres tipos generales:

- las que permiten que los menores, sin distinción de edad, consientan al tratamiento de enfermedades de transmisión sexual;
- las que autorizan que los menores, con mención de edad, busquen tratamiento y consientan a ello (estableciendo una edad mínima para el tratamiento); y
- las que requieren la aprobación de los padres antes del tratamiento.

Debido a que las enfermedades de transmisión sexual están alcanzando proporciones epidémicas en muchas partes del mundo, es urgente la necesidad de contar con leyes que faciliten su detección y tratamiento precoces, haciendo posible que los menores tengan acceso fácil, confidencial y gratuito a los servicios adecuados.

5.1.3 *El hábito de fumar*

Son pocas las leyes que tratan del hábito de fumar con respecto a los menores, y aunque este tipo de legislación es el más antiguo entre los que combaten dicho hábito, son pocos los países donde es ilegal la venta de cigarrillos a los menores de 16 años. No obstante, en los últimos años ha aumentado el número de leyes que restringen o prohíben los anuncios publicitarios que directa o indirectamente fomentan el hábito de fumar, y existen intensas campañas contra el cigarrillo, que han tenido éxito en algunos países como Noruega y Suecia.

Con respecto al tema se han sugerido las siguientes medidas: *a)* que se prohíba la venta de productos de tabaco a menores; *b)* que se restrinja la venta de cigarrillos en máquinas automáticas; *c)* que se prohíba fumar en escuelas y otros lugares frecuentados por jóvenes; *d)* que se prohíba fumar en lugares públicos; *e)* que se prohíba la publicidad acerca del cigarrillo en horarios, lugares y formas que sirvan como medios de causar la máxima impresión en adolescentes (véase el cuadro 23); *f)* que se realicen programas de educación, y *g)* que se insista en la colocación obligatoria de advertencias de salud en los paquetes de cigarrillos.

Cuadro 23. Legislación para control de publicidad sobre tabaco dirigida a niños y adolescentes (en ciertos países) ^a

País o territorio	Prohibición de publicidad dirigida a adolescentes	Prohibición de publicidad en ciertos medios de difusión	Prohibición en lugares frecuentado por jóvenes	Comentarios
Alemania, República Federal de	x			ninguna publicidad por televisión antes de las 19:00 horas
Bélgica		periódicos para niños		de acuerdo voluntario con la industria para no dirigir publicidad a los jóvenes
Ecuador	x	radio, TV	x	ninguna publicidad por televisión antes de las 19:30 horas
España	x	radio, TV		ninguna publicidad en programas para jóvenes; ninguna publicidad antes de las 21:30 h; prohibición de hacer participar a adolescentes en anuncios publicitarios
Francia		publicaciones para jóvenes		prohibición de que compañías tabacaleras patrocinen eventos juveniles
Suecia		diarios, periódicos		
Suiza	x		x	
Venezuela		radio, TV		

^a Basado en WAKE, R. ET AL. *A Manual on smoking and children*. Geneva, International Union Against Cancer, 1982, págs. 118-120.

5.1.4 Abuso de alcohol y drogas

En un creciente número de países, el uso no controlado del alcohol y de las drogas que no son prescritas por médicos por parte de los jóvenes ha alcanzado proporciones casi epidémicas. La ingestión de alcohol por adultos, quienes sirven de modelo para los jóvenes, es legal y socialmente aceptable en la mayoría de los países. En los últimos años se ha elevado en algunos países la edad mínima para que los menores puedan tener acceso legal a bebidas alcohólicas (véase el cuadro 24).

También existen leyes que controlan la distribución de esas bebidas. En algunos lugares, los anuncios dirigidos a la juventud y que

Cuadro 24. Edad mínima (en años) para la compra y consumo de bebidas alcohólicas (ciertos países)^a

País o territorio	Compra para llevar	Consumo en el lugar	Admisión a lugares con licencia
Alemania, República Federal de	16	16 (cerveza, vino) 18 (licores)	16 (a no ser en compañía de adulto; algunas otras excepciones)
Australia	18	18	
Brasil		18	
Filipinas	21		
Francia	14 (bebidas fermentadas) 16 (licores)	14-16 (puede consumir bebidas fermentadas en compañía de adulto) 16-18 (puede consumir bebidas fermentadas) 18 (licores)	16 (a no ser en compañía de adulto encargado, mayor de 18 años)
India			
Indonesia		16	
Islandia	21	no se permite el consumo por menores en algunos estados; se permite a los 18 ó 21 en otros	
Japón	20	20	18
México	18	18	18
Yugoslavia		21	

^a Reproducido con permiso, de: MOSER, J. *Prevention of alcohol-related problems: an international review of preventive measures, policies and programmes*. Toronto, Alcoholism and Drug Addiction Research Foundation, 1980, págs. 119-121.

hacen aparecer como atractivo el uso del alcohol y del tabaco, están sujetos a restricciones. La experiencia nos indica: *a*) que «las cuestiones relativas al control legal de las bebidas alcohólicas y su consumo son controvertidas y deben ser enfocadas en forma cuidadosa y reflexiva», y *b*) que «es probable que se logren mejoras apreciables si se establecen diversas restricciones, luego de considerar cuidadosamente los factores socioculturales y económicos locales; llevar a cabo programas amplios de educación pública, e investigar y analizar las actitudes públicas» (43).

5.1.5 Accidentes y actividades de alto riesgo

Los accidentes constituyen una de las principales causas de mortalidad entre los adolescentes en todo el mundo. Debido a este he-

cho y a que la mayoría de ellos puede prevenirse (ya que muchos son el resultado de errores humanos combinados con un riesgo ambiental), los accidentes constituyen un factor importante en toda evaluación de las salud de los jóvenes.

En un estudio de la magnitud del problema, efectuado por la Oficina Regional de la OMS para Europa, se indica que por cada niño o adolescente que fallece como resultado de un accidente, otro queda permanentemente incapacitado, otros diez tienen que ser hospitalizados por unos 30 días a causa de lesiones y unos 1000 sufren accidentes que no requieren hospitalización (79).

Como consecuencia de que los vehículos motorizados juegan un papel tan importante en los accidentes, las leyes sobre prevención de accidentes se refieren en gran medida a ellos. Esas leyes tienen numerosas facetas: requisitos para la expedición de licencias (salud, edad y aptitudes); uso de cinturones de seguridad; uso de cascos protectores para conductores de vehículos de dos ruedas, y prohibición o restricción de la ingestión de bebidas alcohólicas o drogas por parte de los conductores. Las leyes que elevan la edad mínima legal para la ingestión de bebidas alcohólicas y las que castigan más severamente a los conductores ebrios, han tenido mucho éxito en los Estados Unidos de América (en los lugares donde se ha exigido su cumplimiento) para reducir los índices de accidentes fatales entre los jóvenes.

Sólo en 1983, en 40 estados se promulgaron leyes más estrictas con respecto a la conducción en estado de ebriedad, y en ocho estados se elevó la edad mínima legal para beber alcohol.

La experiencia europea ha sido distinta. La legislación reciente tiene como finalidad general hacer que sea más segura la conducción de vehículos. Con respecto a los jóvenes, la tendencia parece ser la de elevar la edad legal mínima para consumir bebidas alcohólicas, como también disminuir los niveles legalmente aceptables de alcohol en la sangre y hacer más estrictas las penas. Con todo, las muertes y lesiones causadas por conductores jóvenes en estado de ebriedad continúan excediendo los límites de la tolerancia.

Los países en desarrollo se encuentran atrasados con respecto a la promulgación de leyes de prevención de accidentes. Además, el índice de accidentes resulta a menudo extremadamente alto, por diversas causas, como son la rápida urbanización, el aumento del número de vehículos, los malos caminos, la falta de experiencia y la inclusión de otros tipos de vehículos en el tráfico de vehículos motorizados.

5.1.6 *Salud y seguridad ocupacionales*

En el mundo industrializado, se ha acumulado una enorme cantidad de leyes sobre salud y seguridad laboral para todo tipo de trabajador. Esas leyes tienen por finalidad no sólo prohibir que los jóvenes realicen trabajos peligrosos, sino también proteger a todos los trabajadores en el lugar de trabajo. No obstante, con frecuencia se carece de legislación de este tipo en las sociedades recientemente industrializadas.

Las medidas legislativas destinadas a proteger a los jóvenes estipulan una edad mínima para el trabajo y restricciones acerca de los tipos de empleos que pueden desempeñar. Asimismo, estipulan la obligatoriedad de que se apliquen también a los jóvenes las medidas de seguridad que rigen para todos los trabajadores. Sin embargo, es probable que la prohibición de que los jóvenes desempeñen ciertos tipos de trabajo no se cumpla donde hay pobreza, a no ser que se proporcionen otros medios de apoyo económico. Los responsables de formular políticas deben tener en cuenta esta circunstancia a fin de evitar que se ponga en peligro la vida y salud de los jóvenes.

5.1.7 *Atención de salud para los discapacitados*

Uno de los principales objetivos de la legislación reciente que se ocupa de las personas discapacitadas es ofrecer mejor atención a los niños discapacitados que se encuentran en esa situación. Es cada vez mayor el reconocimiento de que la rehabilitación es un *derecho* y más generalizada la preocupación acerca de la prevención. Sin embargo, la provisión de servicios de atención de salud para los adolescentes no es una cuestión sencilla.

Poco a poco los legisladores están encarando temas tales como la detección, prevención y tratamiento de la discapacidad, la rehabilitación de las personas discapacitadas y la provisión de asistencia financiera estatal para su atención. En algunos casos, existen leyes de amplio alcance relacionadas con los discapacitados, en las cuales se presta especial atención a los jóvenes, principalmente en los países industrializados. El objetivo de facilitar servicios de atención de salud para adolescentes no constituirá más que una ilusión, en el sentido práctico, a no ser que se adopten medidas legales y decisiones políticas apropiadas.

5.1.8 Atención odontológica

La atención odontológica, a pesar de su importancia para la salud de los adolescentes, es un tema que raras veces se trata en la legislación. En algunos países, los programas escolares de higiene dental, como también la práctica de la fluoridación (que es importante para toda campaña que busque crear un ambiente apropiado para la salud dental), gozan del apoyo de numerosas leyes y reglamentaciones.

* *
*

En todo el mundo, las leyes y las decisiones políticas se han retrasado en los últimos años con respecto a las crecientes necesidades de los adolescentes. Si bien no existe un modelo de legislación o de política que sea apropiado para cualquier circunstancia, es posible aplicar diversos enfoques que podrían aliviar los problemas de salud de los jóvenes. El desafío consiste en lograr que las leyes y políticas encaren las cuestiones de una manera responsable y útil, y que los resultados obtenidos se controlen científicamente.

6. PARTICIPACION DE LOS JOVENES EN LA ATENCION DE SALUD

6.1 Necesidades de servicios de salud para los jóvenes

Para promover la salud de los jóvenes es necesario evaluar sus necesidades y los recursos disponibles para atenderlas (teniendo en cuenta que los jóvenes mismos forman parte de esos recursos), y al mismo tiempo identificar los factores que les impiden utilizar los servicios existentes. Además, es esencial realizar una investigación adecuada a fin de facilitar, controlar y evaluar este proceso (80).

A continuación se citan algunos de los problemas especiales con que tropiezan los jóvenes en todo el mundo:

- desventajas socioeconómicas,
- malnutrición,

- desempleo y subempleo,
- migración de las zonas rurales a las ciudades,
- embarazos indeseados, partos riesgosos, abortos provocados y enfermedades de transmisión sexual,
- abuso de tabaco, alcohol y drogas,
- accidentes y comportamiento arriesgado,
- discapacidad física y mental,
- problemas emocionales y suicidio, y
- lesiones relacionadas con el trabajo y la mala salud.

En la determinación del grado en que se perciba que un problema es suficientemente importante para merecer atención, habrá una interacción entre los factores individuales tales como el sexo del adolescente y la etapa de la adolescencia que se haya alcanzado, y los factores sociales. Pero debido a que las tasas de mortalidad y de tipos convencionales de morbilidad son relativamente reducidas entre los jóvenes, a menudo no se otorga suficiente prioridad a su atención de salud. Además, cerca del 75 % de todos los jóvenes viven en zonas rurales donde los servicios de salud son escasos, y los que viven en zonas urbanas con frecuencia presentan nuevos problemas para los cuales probablemente no exista aún una infraestructura de servicios. La situación se agrava por la tendencia de los jóvenes a no hacer uso de los servicios de salud convencionales, aunque éstos estén disponibles. A continuación se citan algunas causas de esta situación.

- Los adolescentes no son niños ni tampoco adultos y por lo general no se adaptan a los sistemas existentes de atención de salud. En el esfuerzo que realizan por lograr su independencia, los adolescentes se sienten incómodos frente a personal de salud, que está más habituado a tratar con los niños y sus padres. Los servicios en los que la mayoría de los pacientes son adultos pueden ser poco sensitivos con respecto a los adolescentes. Estos, a su vez, no tienen experiencia en afrontar sus problemas y tratar con personal de salud.
- Los jóvenes que más necesitan asistencia son probablemente los que menos la soliciten. Entre ellos se incluye a los menos privilegiados desde el punto de vista social, como por ejemplo los que pertenecen a minorías étnicas, los adolescentes migrantes, los que no tienen hogar, y los desempleados. Esta es una situación particularmente desafortunada, debido a que en estos grupos es elevada la morbilidad física y psicosocial.

- Ciertas características físicas, estéticas y organizacionales de las instituciones convencionales pueden desanimar a los jóvenes. Entre esas características pueden mencionarse: ubicación de los servicios, aspecto físico de los mismos, horario de atención, procedimientos burocráticos (especialmente en la recepción de pacientes), actitudes del personal y fragmentación de las medidas preventivas o terapéuticas. Desde el punto de vista de los jóvenes, la credibilidad que otorgan a los servicios es a menudo inversamente proporcional al reconocimiento oficial y a la «visibilidad» de los mismos.
- Los jóvenes exigen y esperan confidencialidad con respecto a la asistencia que les es dispensada con su consentimiento voluntario, a través de personas en quienes puedan depositar su confianza. Los aspectos éticos de las relaciones entre los adolescentes y el personal de salud deben recibir consideración especial a fin de contar con el mejor apoyo posible.
- La actitud y la capacidad de las personas que prestan los servicios, en especial la facilidad de trato con los adolescentes, son de importancia primordial. Esta es una cuestión de aptitud y de adiestramiento.
- Los costos de los servicios que no pueden cubrirse sin ayuda de terceros también desaniman a los jóvenes a buscar tratamiento. En la mayoría de los casos, la mejor política consiste en ofrecer tratamiento gratuito, lo cual estimula a los más desventajados y vulnerables a hacer uso de los servicios.
- Debe considerarse asimismo la participación de los jóvenes en diversas actividades vinculadas a los servicios de salud. Cuando el propio usuario de los servicios participa en su organización, es más probable que se siente más dispuesto a aceptarlos.
- Debe darse prioridad a la evaluación de los servicios, especialmente en lo que respecta a su disponibilidad, accesibilidad y utilización. Los métodos de evaluación, tanto subjetivos como objetivos, deben incorporarse a los servicios para los jóvenes, en todas las etapas de su desarrollo.

El desafío que presentan las cuestiones enunciadas antes es evidente. Adonde los servicios existentes prestan atención a una amplia gama de grupos de edad, o bien enfocan a grupos de edad distintos a los adolescentes, es necesario introducir cambios importantes, a fin de aumentar su utilización eficaz por parte de los jóvenes. Lo mis-

mo puede decirse del establecimiento de servicios especiales para adolescentes.

6.2 Medidas de salud específicas

En la sección 4 se examinaron varios problemas importantes para los jóvenes. A continuación se describen medidas específicas destinadas a afrontar dichos problemas.

6.2.1 Salud sexual y reproductiva

a) *Educación sexual.* Numerosos problemas de salud reproductiva en la adolescencia se deben a ignorancia, conceptos erróneos e incertidumbres acerca del sexo, la concepción y la anticoncepción. Una manera de afrontar esta situación es a través de cursos de educación sexual en las escuelas. Si bien el momento propicio en que deben dictarse esos cursos y el contenido de los mismos son temas discutibles, hoy en día existe una aceptación más generalizada de la idea y un creciente reconocimiento de que la educación sexual es esencial para la salud. El deseo de aprender es universal entre los jóvenes y, si no se les suministra información correcta, recurrirán a fuentes menos confiables. Un programa de educación adecuado para adolescentes debe presentarse en una forma que sea apropiada para el ambiente cultural y respectivo y debe incluir información sobre los siguientes temas:

- desarrollo físico, emocional y social;
- maduración sexual;
- deseo sexual y comportamiento;
- reproducción humana;
- sexualidad en el contexto de las relaciones personales;
- preferencias sexuales;
- regulación de la fecundidad, y
- enfermedades de transmisión sexual.

Además de los educadores de salud con adiestramiento especializado, pueden emplearse asistentes especializados en cuestiones de la juventud y asesores para grupos de compañeros. Debe recomendarse asimismo el uso de técnicas que estimulen la discusión, como por ejemplo trabajar con grupos pequeños y, donde sea posible, utilizar películas cinematográficas y vídeo. El adiestramiento es esencial para garantizar que los educadores conozcan y se sientan cómodos con respecto a los temas y cuestiones presentadas.

En gran parte del mundo, los adolescentes no asisten a la escuela, situación que crea una necesidad aún mayor de facilitarles información correcta y asesoramiento con respecto a cuestiones sexuales. Debe tratarse por todos los medios posibles de establecer servicios fuera de las escuelas, que ofrezcan oportunidades de obtener educación y asesoramiento en los lugares de trabajo, en los clubes juveniles, en los centros deportivos y de recreación, y en los sitios donde se reúnen los jóvenes desempleados. Para lograr esos objetivos se necesitan técnicas innovadoras, y como ocurre con todo nuevo enfoque, deben establecerse los medios de evaluar sus resultados. Una nueva técnica, que ya se aplica en Hong Kong y pronto se iniciará también en Corea, consiste en ofrecer un servicio de asesoramiento telefónico, al que pueden recurrir los jóvenes que necesitan ayuda.

b) *Consejería.* Como se mencionó antes, la consejería puede asumir diversas formas, y debe ofrecerse de manera que inspire confianza. A su vez, el adiestramiento que se imparte a los consejeros debe infundirles sensibilidad hacia las necesidades y deseos de los jóvenes. Además, los asesores deben poseer conocimientos suficientes como para prestar ayuda acerca de cuestiones de sexo y reproducción, o bien referir las preguntas a otras personas que puedan contestarlas. Los asesores pueden desempeñar un papel vital, prestando asistencia en forma más objetiva que familiares o amigos, y en algunos casos, con mayor amplitud que los proveedores de servicios. El asesoramiento debe ser considerado como un elemento esencial de los servicios de salud reproductiva para los jóvenes (81).

c) *Servicios específicos.* Para casi todos los aspectos del comportamiento sexual y la salud reproductiva de los adolescentes se necesitan algunos servicios, y es importante que estos servicios no sólo estén disponibles, sino también que sean accesibles para todos los jóvenes, varones y mujeres. Esto significa que los costos para los pacientes deben ser bajos, que los horarios de atención deben adaptarse al tiempo de que disponen los más propensos a requerir asistencia y, sobre todo, que haya un ambiente amistoso que garantice la confidencialidad. Para tener la seguridad de que los servicios reúnen las condiciones necesarias, es importante conocer las actitudes de los proveedores de los servicios, y si esas actitudes responden adecuadamente a las sensibilidades de los pacientes reales y potenciales.

i) *Anticoncepción*

Para poder determinar el mejor método para cada caso, es necesario contar con una evaluación cuidadosa de las necesidades,

circunstancias y estilos de vida. En la literatura se ha tratado ampliamente de las ventajas y desventajas de los distintos métodos (82, 83). Si bien en numerosas sociedades existe considerable resistencia al suministro de anticonceptivos a los jóvenes, el aumento de la actividad sexual en este grupo presenta como alternativa la actividad sexual desprotegida, con los peligros que ésta acarrea: enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, abortos provocados y partos riesgosos.

ii) Servicios obstétricos

La adolescente embarazada debe ser revisada lo más temprana posible en el periodo de embarazo, a fin de poder detectar riesgos tales como hipertensión y anormalidades pélvicas, asegurar una adecuada nutrición, y controlar los cambios que ocurren. La asistencia también hace posible asesorar a la adolescente y garantizar que el parto se efectúe en las mejores condiciones posibles. En algunos casos, especialmente si la madre es soltera, tal vez sea necesario gestionar la adopción del bebé.

iii) Aborto provocado

En muchas sociedades, aunque de ninguna manera en todas, el aborto provocado sigue siendo un tema controvertido. Sin embargo, debido a que la actividad sexual entre los jóvenes aumenta y los anticonceptivos a menudo no están disponibles o son inaccesibles (y ningún método es infalible), seguirán ocurriendo embarazos indeseados y peligrosos. En estas circunstancias, hay muchos motivos por los cuales una adolescente podría tratar de terminar con su embarazo. Al encontrarse con un embarazo inesperado o no querido, se ve enfrentada con la idea de tener un hijo demasiado pronto en su vida, lo que desbarataría sus oportunidades educacionales y económicas, su desarrollo psicosocial y sus posibilidades de matrimonio. También existe el riesgo de que el embarazo y el parto en una mujer inmadura desde el punto de vista de la reproducción puedan dañar su salud. Es más, las circunstancias podrían impedir que se preste la debida atención a un niño nacido de una madre muy joven, iniciándose así un ciclo de pobreza y enfermedad. Cuando las restricciones legales dificultan la obtención de abortos legales, las mujeres en todo el mundo han recurrido a abortos ilegales, realizados en condiciones peligrosas para la salud y para la vida misma. El riesgo es particularmente elevado para las adolescentes, quienes tienden a recurrir al abor-

to en estado avanzado de embarazo. De ahí que el asesoramiento sea vital para la búsqueda de la mejor decisión dentro de un contexto cultural determinado, y para la adopción de medidas apropiadas para evitar la repetición de los embarazos no deseados.

iv) Enfermedades de transmisión sexual

Debido a las proporciones epidémicas que han alcanzado las enfermedades de transmisión sexual, es urgente facilitar ampliamente exámenes y tratamiento accesible, especialmente en las áreas urbanas. A causa del estigma que conllevan estas enfermedades, y porque los adolescentes son los más propensos a atemorizarse y no tienen experiencia con el tratamiento, es necesario hacer un esfuerzo especial para que los servicios sean confidenciales.

v) Servicios para hombres

Hace mucho tiempo que se reconoce que los hombres jóvenes (ya sea como individuos o en el contexto de la pareja) han sido muy desatendidos en lo que respecta a la provisión de servicios de salud reproductiva. Aunque esto se debe principalmente a que los problemas con que tropiezan las mujeres en el embarazo son evidentemente mayores, es necesario fomentar la coparticipación de los hombres en las responsabilidades relacionadas con la salud reproductiva y la planificación familiar en el sentido más amplio del concepto. Los jóvenes responden mejor a las nuevas ideas y la generación contemporánea tal vez esté más dispuesta que las anteriores a que el hombre y la mujer compartan responsabilidades y decisiones más equitativamente.

6.2.2 *Nutrición*

La nutrición es un sector en el cual los jóvenes pueden desempeñar un papel activo e importante. Pueden hacerlo de las tres maneras siguientes:

— *Participación en la producción de alimentos.*

Mediante el trabajo en las granjas, los jóvenes obtienen alimentos para su consumo personal, ganan dinero, aprenden nuevas técnicas agrícolas y contribuyen a la comunidad en general.

— *Participación en la educación nutricional.*

En la escuela o en algún otro proyecto comunitario los jóvenes pueden obtener información sobre alimentación y nutrición, para luego transmitir a sus familias dicha información, que puede consistir, por ejemplo, en la explicación de lo que constituye una comida nutritiva y bien equilibrada.

— *Participación en programas de alimentación complementaria.*

Los jóvenes pueden contribuir a la difusión de información sobre nutrición o participar directamente en la distribución de complementos de hierro y vitaminas a personas amenazadas por la deficiencia nutricional. Mediante la complementación de la dieta de las primigrávidas adolescentes con hierro, ácido fólico y medicamentos antimaláricos se ha logrado mejorar la salud materna y el desarrollo fetal (Harrison, K. A. et al., observaciones inéditas).

6.2.3 *El hábito de fumar*

En 1979 un Comité de Expertos de la OMS (84) señaló que la legislación destinada a limitar el uso del tabaco afectaría la libertad de las personas en menor grado que cualquier otra legislación convencional relacionada con las medidas de salud. No obstante, con mucha frecuencia las leyes contra dicho uso tropiezan con intereses comerciales.

Las leyes que afectan a los jóvenes pueden resumirse en los siguientes puntos:

- prohibición de la venta de tabaco a menores;
- prohibición de fumar en lugares frecuentados por niños;
- limitaciones relativas a la publicidad, y
- restricciones a la venta de cigarrillos en máquinas automáticas.

Además de limitaciones, se necesitan también medidas positivas. Los entretenimientos y los deportes constituyen medios particularmente apropiados para introducir mensajes de salud en la vida de los jóvenes. Una medida acertada sería el uso de la radio, la televisión y las películas de largo metraje que incluyen escenas en las que los principales actores rehusan fumar (en lugar de las escenas más comunes en las que sí fuman). En una campaña contra el cigarrillo rea-

lizado en Escocia en 1982 participó el equipo nacional de fútbol que compitió por la Copa del Mundo. El equipo había hecho una declaración pública recalcando que sus jugadores no fumaban, utilizando el slogan de «El equipo no fuma». El Consejo Ejecutivo de la OMS instó a otros equipos a seguir ese ejemplo (85), y Checoslovaquia, Kuwait, Nueva Zelanda e Irlanda del Norte respondieron afirmativamente. Además, en los programas escolares contra el tabaco podrían emplearse enfoques más modernos, como el empleo del «psicodrama».

6.2.4 *Abuso del alcohol*

Debido a los numerosos factores relacionados con el consumo de alcohol, la prevención y el tratamiento presentan muchos problemas. Se recomienda establecer una mejor comunicación entre los trabajadores en el terreno (especialmente los equipos de salud) y los investigadores, como también el reemplazo de las encuestas de corte transversal por estudios prospectivos de los patrones de consumo alcohólico (86).

La identificación de los factores de riesgo que pueden ayudar en las predicciones es esencial para la prevención. Sin embargo, los problemas de prevención, tratamiento y disminución del abuso del alcohol son difíciles de resolver, debido a la variedad de factores que intervienen y a la diversidad de patrones de ingestión. Se requiere una estrategia bien planificada que cuente con la adecuada coordinación entre los organismos correspondientes. La sociedad debe enfocar las numerosas cuestiones éticas, legales y de reglamentación vinculadas a la publicidad del alcohol y la disponibilidad del mismo para los jóvenes.

Tanto las familias como los profesionales de la salud deben ser capaces de reconocer los signos precoces asociados a la dependencia alcohólica.

6.2.5 *Abuso de drogas*

Los métodos tradicionales mediante los cuales se señalan los peligros del consumo de drogas podrían no ser suficientes para prevenir el abuso de las mismas. Para que la educación preventiva sea más eficaz, se debe tratar a los jóvenes como personas responsables de sus propios actos, fomentando al mismo tiempo una discusión abier-

ta en un ambiente libre de juicios críticos. Al igual que sucede con el cigarrillo, toda publicidad que haga que el consumo de drogas esté menos «de moda» surtirá efectos en los jóvenes.

En lo que respecta a los adolescentes drogadictos, se ha comprobado que el adiestramiento laboral posee un enorme valor terapéutico y práctico para lograr que esos adolescentes vuelvan a formar parte de la sociedad con buenos resultados (87).

6.2.6 *Rehabilitación de los discapacitados*

Existen muchos enfoques que pueden aplicarse a la rehabilitación de los jóvenes discapacitados. Además, las alternativas de rehabilitación son numerosas cuando se dispone de profesionales de salud adiestrados en técnicas de rehabilitación, de tecnología moderna, de una infraestructura adecuada y de servicios modernos de educación y adiestramiento. Sin embargo, aunque los recursos sean limitados, como ocurre en la mayoría de los países en desarrollo, pueden emplearse diversos enfoques útiles, como los que se presentan a continuación, siempre que:

a) garanticen que los edificios nuevos sean accesibles desde un comienzo a las personas discapacitadas;

b) promuevan el uso de diversas tecnologías y materiales locales para producir medios de rehabilitación que sean más sencillos y menos costosos;

c) movilicen a miembros de las familias y a los especialistas en atención primaria de la salud para que ayuden a distribuir listas de medicamentos, a emplear fisioterapia sencilla y a entregar estímulos intelectuales y sociales;

d) faciliten algún tipo de empleo con ingresos económicos para los jóvenes discapacitados, preferiblemente dentro de la comunidad local;

e) movilicen a los propios discapacitados como promotores de medidas preventivas de salud, como por ejemplo la inmunización contra la poliomielitis o el suministro de suplementos de vitamina A para prevenir la xeroftalmía;

f) eduquen al público en general acerca de las necesidades de los discapacitados, especialmente la necesidad de que sean tratados como individuos.

6.2.7 *Promoción de la salud en el lugar de trabajo*

Ciertos problemas de salud de los jóvenes pueden evitarse desde el comienzo si se les proporcionan empleos apropiados, es decir, si se hacen coincidir las características de un trabajo con la capacidad y el potencial de la persona. El examen pre-empleo también puede contribuir a evitar ciertas dificultades, como por ejemplo cuando los futuros empleados son alérgicos a diversas sustancias.

Se debe proteger a las personas jóvenes, hasta donde sea posible, de los peligros del medio ambiente laboral, como por ejemplo en las actividades donde se utilizan máquinas de movimiento rápido. Si se tiene contacto con sustancias tóxicas tales como el polvo de plomo, es importante controlar las concentraciones de las mismas en el aire, como también en la sangre y orina de los empleados. Podría, asimismo, mantenerse un registro de los casos de enfermedad y ausencia del personal, que pueden ser indicios de dificultades específicas o de bajo espíritu de trabajo. Por otra parte, debe eliminarse en los empleos la discriminación contra las mujeres y las minorías.

La promoción de la salud en el lugar de trabajo debe incluir también la educación acerca de cuestiones más amplias, tales como la prevención de accidentes, la nutrición, la planificación familiar y el abuso de drogas. Asimismo, debe garantizarse el tratamiento precoz y la rehabilitación de los jóvenes que sufren enfermedades o lesiones, sean éstas físicas o psicológicas.

6.2.8 *Prevención de riesgos para la salud futura*

La adolescencia constituye una etapa crucial con relación a las medidas preventivas. Aunque ciertas condiciones o tipos de comportamiento que aparecen durante la adolescencia pueden tener escasa importancia en ese momento, pueden acarrear consecuencias graves para la salud en años posteriores. En este sentido, por ejemplo, es significativa la aparición precoz de la obesidad, hipertensión, hiperlipidemia y diabetes mellitus, como lo es también la adquisición de hábitos vinculados con drogas, alcohol, sueño y actividad física.

En cierto grado, los adolescentes pueden determinar sus propios patrones de salud y los de la generación siguiente. La adolescencia constituye una oportunidad crucial de mejorar la salud para la vida adulta y para la próxima generación, una cuestión de suma importancia para la sociedad.

6.3 Los jóvenes y la atención primaria de salud

Una estrategia para mejorar la salud de los jóvenes y de sus comunidades, que cuenta con amplio apoyo, es la de prestar servicios de atención primaria de salud con la participación de los jóvenes mismos. Si bien esa participación puede traer beneficios importantes a largo plazo, no puede iniciarse sin contar con el apoyo de los organismos de salud y de otros sectores, y con el respaldo amplio de las personas encargadas de suministrar servicios. A fin de lograr una participación positiva de la juventud, es necesario contar desde el inicio con adecuada información, educación, adiestramiento y apoyo. Las ventajas potenciales de la aplicación de este enfoque son considerables, ya que puede lograrse una cobertura de la población más amplia que la que puede obtenerse actualmente, y los jóvenes pueden adquirir nuevos conocimientos prácticos, mejorar su sentido de autoestima y emplear sus energías constructivamente. Además, al afrontar responsabilidades y compartir decisiones acerca de su propia salud, pueden hacer que los servicios sean aún más significativos. Si bien la atención primaria de salud debe recibir el apoyo de los servicios de nivel secundario y terciario, un fuerte programa preventivo ha de reducir la presión sobre los servicios más costosos y especializados que se prestan a estos últimos niveles.

6.4 Hacia la autosuficiencia en la atención de salud

Las cuestiones de salud vinculadas con los jóvenes pueden examinarse desde varios puntos de vista. Puesto que el objetivo de este informe es proporcionar orientación y estimular la acción, en el marco de la atención primaria de salud, el Grupo de Estudio propuso clasificar las cuestiones de salud según el grado de autosuficiencia individual y comunitaria que pueda lograrse, dotando a la comunidad, en cuanto sea posible, de los conocimientos, las habilidades, las técnicas y la autoridad pertinente.

Para encarar cualquier tema de salud en una comunidad se requieren recursos, que por lo menos deben incluir información y alguna forma de apoyo de parte de la sociedad. Entre los recursos adicionales se cuentan conocimientos prácticos (biotécnicos, clínicos y de comunicación), materiales (drogas, elementos consumibles, equipos) e instalaciones físicas. Teniendo en cuenta estos requisitos, el Grupo de Estudio propuso la siguiente clasificación de los niveles de

atención que pueden proporcionarse convenientemente en un programa de salud:

- autoasistencia;
- atención suministrada por jóvenes;
- atención por jóvenes, pero vinculada a instituciones de salud;
- atención de la salud con apoyo institucional, con participación de jóvenes.

A niveles menos institucionalizados de atención, en los que se hace hincapié en la prevención, se necesita información y apoyo social. En cambio, en la atención más institucionalizada se ha de destacar el aspecto curativo de la misma, siendo ésta más costosa debido a que se necesita mayor cantidad de materiales técnicos y conocimientos prácticos. El sector de la salud debe estar en condiciones de proporcionar información técnica adecuada, de controlar la provisión de materiales y de proporcionar capacidad técnica, instalaciones y equipos, según el nivel de atención que se desea prestar.

A continuación se dan algunos ejemplos de los tipos de problemas de salud que pueden presentarse a cada nivel:

- a) *Autoasistencia*
 - hábito de fumar,
 - malos hábitos en la alimentación.

- b) *Atención suministrada por organizaciones de jóvenes*
 - abuso del alcohol,
 - comportamiento riesgoso que cause accidentes o embarazos indeseados,
 - trastornos de peso corporal,
 - adaptación a reacciones al estrés.

- c) *Atención proporcionada por organizaciones juveniles, vinculada a instituciones de salud*
 - problemas de salud ocupacional,
 - embarazos,
 - enfermedades de transmisión sexual,
 - comportamiento suicida,
 - discapacidad post-accidentes.

d) *Atención de salud con apoyo institucional, con participación de jóvenes*

- trastornos de la comunicación y del habla,
- anomalías del crecimiento y desarrollo,
- abortos,
- enfermedades pélvicas inflamatorias agudas y crónicas,
- desviaciones del comportamiento sexual,
- trastornos depresivos y esquizofrenia,
- enfermedades crónicas y discapacidad.

Tal vez pueda promoverse el desarrollo sano de los jóvenes a través de centros juveniles organizados por la comunidad y basados en ella, que encaren las necesidades de los jóvenes a través de un enfoque de conjunto, antes que atender cada necesidad en forma aislada. Dicho enfoque da mejores resultados con los jóvenes y hace posible ir más allá de los problemas inmediatos del individuo, para analizar sus causas y facilitar el desarrollo de los jóvenes.

La participación de la juventud en la planificación y provisión de servicios es un factor importante. Los jóvenes usuarios de los centros que ofrecen servicios múltiples, a menudo se sienten como socios de un club que dispone de tales servicios antes que como pacientes de una clínica. Esta impresión se fortalece si se ofrece acceso fácil, estructura flexible, ambiente sencillo y amistoso, y oportunidad de participar en diversas actividades. Por su parte, el personal de esos centros debe tener un alto nivel de dedicación y adaptabilidad, además de estar dispuesto a tomar riesgos.

Asimismo, es sumamente importante sensibilizar al personal de salud con respecto a las necesidades de los jóvenes. Para que tenga éxito el enfoque de atención de salud recién mencionado, es esencial que el personal de salud sea capaz de escuchar a los jóvenes y de respetar sus sentimientos, de hacerlos participar en las decisiones, de compartir información y de transferir conocimientos prácticos. Además, debe facilitarse al personal el adiestramiento técnico necesario.

6.5 Algunos ejemplos de la participación de los jóvenes

Si bien se reconoce que es tanto necesario como valioso que las personas colaboren en la atención de su propia salud, este nuevo concepto debe fortalecerse. A continuación se presentan algunos ejemplos de la participación de los jóvenes en los servicios de atención de la salud.

En Nigeria, como parte del programa del Cuerpo Nacional de Servicio Juvenil, iniciado en 1973, todos los graduados de las universidades y otras instituciones de enseñanza superior están obligados a servir al país por un año después de la graduación, incluyendo la prestación de servicios en su propia especialidad en zonas rurales y urbanas. Asimismo, participan en proyectos de desarrollo comunal, realizando investigaciones acerca de las necesidades y recursos de la comunidad y ayudando en proyectos de construcción. Entre otras cosas, mediante el programa se ha dotado de médicos a las zonas rurales.

El Proyecto para Madres Adolescentes del Centro de Mujeres, en Jamaica (88), es un ejemplo innovador de cómo participar en la atención de la salud de los jóvenes, como parte de la atención más general de sus necesidades educacionales y laborales. Fue iniciado por la Oficina de Mujeres Jamaicanas con el propósito de permitir que estudiantes embarazadas, de 12 a 16 años de edad, pudieran continuar su educación escolar, interrumpida por la censura social. En dicho programa se destaca la educación práctica en la vida de familia y se estimula la activa participación y discusión en grupos. En el programa participan también los supuestos padres en un importante plan destinado a que los hombres jóvenes jamaicanos tomen conciencia de sus responsabilidades y de su papel en la familia. Entre 1978 y 1981, participaron en el programa más de 400 mujeres jóvenes, de las cuales más de dos tercios volvieron al colegio. Uno de los principales resultados del programa es haber logrado fortalecer la autoestima de los participantes, su capacidad para planificar y su sentido de tener algún control sobre su futuro. El Centro de Mujeres no sólo ha tenido impacto en Jamaica, sino que constituye un ejemplo para otros países del Caribe que están procurando promover la salud de los adolescentes.

En Inglaterra, la Asociación de Planificación Familiar estableció un proyecto experimental («Grapevine») en dos distritos urbanos de Londres, donde la tasa de natalidad extramatrimonial es dos veces superior al promedio nacional. En este proyecto se utiliza una red de información que incluye otros servicios, como también la comunicación verbal, para ayudar a los jóvenes que comúnmente se mantienen alejados de los servicios convencionales. Los jóvenes de 16 a 30 años de edad participan en programas de salud y de educación sexual, que se realizan entre grupos de compañeros para asegurar que la información sea pertinente. Asimismo, existen asistentes voluntarios, cada uno de los cuales se especializa en un tipo de actividad,

como por ejemplo, el trabajo en tabernas («pubs»), en clubes juveniles o en la calle, o bien en el uso del teléfono en el propio Centro. Los voluntarios también toman parte en los procesos de planificación y decisión, en la iniciación de nuevos voluntarios y en la dirección de ciertos grupos de trabajo. El personal profesional trabaja en colaboración con organismos oficiales y voluntarios. El servicio se controla constantemente para determinar las modificaciones que deban hacerse y para evaluar su validez como modelos para actividades en otros sectores.

«La Puerta: Un Centro de Alternativas» se fundó en Nueva York, Estados Unidos de América, en 1972, por recomendación de un grupo de jóvenes profesionales que pensaban que las necesidades vitales de la juventud urbana podrían atenderse solamente a través de un nuevo enfoque a los servicios para jóvenes. «La Puerta» fue establecido como modelo para demostrar la eficacia de los servicios amplios e integrados, y la conveniencia de la colaboración recíproca entre los servicios existentes. Más de 400 personas de toda la zona metropolitana de Nueva York acuden diariamente a «La Puerta» donde se les ofrece una amplia gama de actividades y servicios que son de fácil acceso y están todos bajo un mismo techo, en un sitio cuya arquitectura fue diseñada para ofrecer confidencialidad en un ambiente amistoso. Para miles de adolescentes menos privilegiados, «La Puerta» se ha convertido en un alternativa viable a los estilos de vida autodestructivos, ofreciendo una asistencia aceptable a los jóvenes que no pueden o no quieren acercarse a los organismos e instituciones tradicionales.

En «The Hub» (El Centro), una organización para adolescentes en el Sur del Bronx, en Nueva York, Estados Unidos de América, se contrataron jóvenes para aprender a realizar entrevistas, recolectar información y evaluar las necesidades de la juventud local. El abuso de drogas y el embarazo en la adolescencia surgieron como los principales problemas de la juventud de esa alterada comunidad. Los jóvenes ayudaron a planificar un nuevo programa de salud juvenil, que se ha convertido hoy en un programa de educación por grupos de compañeros.

En los Centros de Orientación de Adolescentes (CORA), de la Ciudad de México y sus alrededores, fundado en 1978, se aplica un enfoque de servicios múltiples, destinado a atender las necesidades de ese grupo de edad. Mediante programas preventivos experimentales se ofrecen actividades promocionales, educacionales, médicas, psicológicas, culturales y recreativas a adolescentes normales de 11

a 19 años de edad. Se ofrecen también servicios de planificación familiar, información y asesoramiento sobre cuestiones sexuales y atención ginecológica. A través de los servicios de planificación social, se ofrecen otros servicios en un ambiente de «club social» divertido y saludable, diferente del tradicional ambiente de clínica médica. Entre las actividades de CORA se incluye un programa de servicios externos, y se cuenta con la activa participación de los jóvenes en el desarrollo de la comunidad local.

En el Canadá, el Centro Juvenil Multiservicio Regina es otro ejemplo de la participación de la juventud. Desde 1982, un «grupo de desarrollo», compuesto de residentes interesados en la comunidad, especialistas en problemas de la adolescencia, y líderes juveniles, ha venido planificando una organización innovadora, centrada en la comunidad, que ofrece múltiples servicios a la juventud. Los propios jóvenes colaboran en la planificación de los servicios destinados a ellos mismos, y en cierto grado, también en la prestación de dichos servicios. El personal se compone de jóvenes que han recibido adiestramiento especializado. Antes que dedicarse específicamente a atender problemas, el centro tiene por finalidad promover el crecimiento y el desarrollo normales. Mediante los programas de adiestramiento para asistentes y dirigentes juveniles, los adolescentes que están dispuestos a desempeñar el papel de dirigentes entre sus compañeros, tienen la posibilidad de expresar sus opiniones, planificar y llevar a cabo proyectos y ser de utilidad a otros jóvenes y a la comunidad en general.

En el Proyecto Juvenil de Alto Riesgo, de Los Angeles, Estados Unidos de América, se combinan los recursos del Hospital Infantil de Los Angeles con los de la Clínica Gratuita de dicha ciudad para prestar asistencia a adolescentes de alto riesgo. Este grupo, compuesto por jóvenes callejeros y otros que han huido de sus hogares, sufren diversos problemas sociales y de salud. El personal de los servicios locales incluye a adolescentes que han recibido adiestramiento antes de encargarse de la orientación de sus propios compañeros.

Una de las organizaciones más antiguas y sólidas que trabaja con los jóvenes es la Asociación Mundial de Muchachas Scouts (WAGGS), compuesta de 104 organizaciones con un total de ocho millones de socias. Características esenciales de las actividades de estas niñas: son responsables personalmente en cuestiones de salud, autodisciplina y desarrollo; aceptan diversos tipos de responsabilidad en sus propias comunidades (sirven a los demás y ayudan a personas discapacitadas por la falta de educación, mala salud o dificultades

económicas), y comparten las responsabilidades entre varones y mujeres. Además, hacen hincapié en el desarrollo personal y el aprendizaje mediante el trabajo voluntario. A través de su red internacional, las organizaciones asociadas se ayudan recíprocamente. Por ejemplo, cuando las Muchachas Scouts de Alto Volta (hoy Burkina Faso) se quedaron sin fondos para su proyecto de perforación de pozos de agua, recibieron ayuda de las Muchachas Scouts del Canadá. Cabe mencionar asimismo el trabajo hecho por la Asociación de Muchachas Scouts de Zambia para cambiar la actitud de la población hacia las personas afectadas por el mal de Hansen. De igual manera, las organizaciones de Muchachos Scouts de todo el mundo alientan a los jóvenes a que ayuden a los demás como parte de su propio desarrollo personal.

En mayo de 1983, el Primer Seminario Internacional sobre Servicios para Jóvenes y Defensa de la Juventud, celebrado en Toronto, Canadá, reunió a jóvenes, administradores de programas, asistentes juveniles y salubristas de Australia, Canadá, Colombia, Chile, Estados Unidos de América, México, Panamá. En dicho seminario, en el cual estuvieron representados 22 programas, se reconoció la importancia de aplicar un enfoque de carácter amplio al desarrollo de los servicios para la juventud, así como de buscar la activa participación de los jóvenes en la planificación de programas y la prestación de servicios.

6.6 Pautas para la participación activa de los jóvenes en la prestación de los servicios de salud

Aunque las actividades descritas anteriormente difieren marcadamente en cuanto a las necesidades que se quiere atender a través de ellas y a los métodos específicos utilizados, todas ellas están fuertemente unidas por un vínculo común: el reconocimiento de que los jóvenes constituyen un recurso valioso en la promoción de la salud y el bienestar de los demás y de sí mismos. No hay duda que si este recurso ha de utilizarse de manera óptima, los jóvenes deben compartir la responsabilidad de planificar y tomar decisiones. De esta manera, se sentirán motivados para ayudar, y los servicios que presten serán más apropiados para los demás jóvenes hacia quienes están dirigidos. Existen amplias oportunidades en todo el mundo para la utilización de este recurso humano. Siempre que se ha pedido su colaboración, los jóvenes han respondido con entusiasmo y el éxito

ha sido considerable. Apelando a la imaginación de los jóvenes a través de programas innovadores, no cabe duda que se podrán establecer servicios nuevos y eficaces.

Entre los requisitos para la efectiva participación de jóvenes se incluyen: selección de jóvenes motivados, adiestramiento adecuado, comunicación sincera, información clara, ambiente libre de juicios críticos, y reconocimientos de que mucho puede aprenderse de los jóvenes. Como es probable que se tropiece con una amplia gama de problemas, sería sumamente útil contar con el apoyo de un equipo interdisciplinario compuesto por adultos. No obstante, la prestación de servicios puede dar mejores resultados si está en manos de jóvenes adiestrados para ayudar a sus iguales sobre la base de su propia experiencia.

Es importante asegurar que:

- a) existan canales de comunicación que permitan que los jóvenes tengan pleno acceso a la información que necesitan para tomar decisiones, como también que tengan la oportunidad de comunicar sus propias ideas;
- b) los jóvenes tengan la oportunidad de fortalecer su capacidad de organización, participando en la administración de los programas;
- c) los jóvenes participen *realmente* en las decisiones relacionadas con los objetivos propuestos, la naturaleza de las actividades y la asignación de recursos;
- d) compartan la responsabilidad de las consecuencias económicas, sociales y políticas de su participación (89).

Para alcanzar estos objetivos, los profesionales que invitan a los jóvenes a colaborar con ellos en sus actividades deben ser sensibles a los sentimientos e ideas de la juventud, y tener cuidado de no subestimar su potencial. Si se confía en los jóvenes, ellos serán más responsables, para beneficio de todos.

6.7 Participación y estilo de vida

La participación de la juventud en la atención de su propia salud y de los demás miembros de la comunidad a diversos niveles, reafirma el valor de los jóvenes. Se logra así que los adolescentes y los adultos sean compañeros de tarea, y que se establezca una base para la acción conjunta, teniendo en cuenta la fortaleza y la competencia

de ambos grupos. Además, se reconoce la «autoridad que otorga la experiencia» con respecto a los adolescentes, y la validez del aprendizaje a través de la experiencia, como un factor de la autoayuda.

Ahora bien, la promoción de la salud entre los jóvenes y efectuada por ellos mismos está inseparablemente ligada al estilo de vida. Un programa eficaz en este sector debe basarse en una clara comprensión de los factores que determinan los estilos de vida que se manifiestan en el trabajo, en las actividades de recreación y en las relaciones personales. Si se quiere modificar los estilos de vida que son perjudiciales para la salud, es esencial que se aplique un enfoque de conjunto (90).

Diferentes situaciones exigen distintas estrategias de promoción de la salud. En ambientes estructurados, como la escuela y el lugar de trabajo, hay campo para adaptar medidas relacionadas con las actividades desarrolladas en ellos, como por ejemplo la modificación del plan de estudios académico, para incluir información válida referente a los estilos de vida de los adolescentes, o bien el suministro de información específica sobre seguridad en el trabajo. Es importante que se disponga de un sistema de apoyo social y psicológico que respalde esas medidas. En el ambiente social menos institucionalizado de la comunidad, la promoción de la salud debe concentrarse en la participación y auto-organización de los jóvenes, conforme a sus necesidades e intereses. En tales circunstancias, hay una doble ventaja en estimular a los jóvenes a que se evalúen a sí mismos, ya que de esa manera, no sólo se obtendrá información más fidedigna, si se cuenta con apoyo adecuado, sino que se logrará que los jóvenes practiquen la autoayuda.

Los programas deben basarse en un concepto positivo de la salud, que incluye la capacidad de comunicarse y expresarse, de ser creativo, de cambiar personalmente, y también modificar el medio ambiente de una manera positiva. Ese concepto positivo de la salud significa también encarar las penas y los problemas de la vida en forma constructiva en lugar de protegerse a sí mismo. El joven sano es una persona capaz de hacer realidad su potencial, no sólo para su desarrollo personal y el cumplimiento de sus objetivos, sino también para contribuir a la comunidad.

Un enfoque que se limite a efectuar advertencias acerca de factores de riesgo y de modelos específicos de cambio de comportamiento no es adecuado para promover estilos de vida más saludables. Más bien, la promoción de la salud debe buscar formas amplias de apoyar a los jóvenes en sus esfuerzos por encarar las tareas de desarrollo

y las cuestiones sociales concernientes al trabajo, a la recreación y a la paz, que sean especial interés para ellos.

6.8 El papel de los medios de difusión en la promoción de la salud

La información de salud es esencial para los jóvenes, pero no podrá llegar a ellos si se transmite sólo por los medios convencionales. Esos medios a menudo son aburridos y se identifican con las autoridades del mundo de los adultos, del cual los jóvenes a veces desconfían y critican. En todo caso, esos medios de comunicación no se utilizan suficientemente, pues los jóvenes rara vez van en busca de información acerca de cuestiones de salud.

Es importante iniciar la educación para la salud antes de la adolescencia, ya que los niños la aceptarán sin dificultad, como parte de la enseñanza escolar. Es igualmente importante que los adultos estén informados de los deseos de los adolescentes y lo que éstos perciben como problemas, temas acerca de los cuales con frecuencia se requiere mayor investigación.

Para que los adolescentes les escuchen, los adultos deben emplear el lenguaje de los jóvenes y evitar comunicarse con ellos en forma condescendiente. Los jóvenes necesitan primero que se les contesten sus preguntas, antes de recibir la información que la sociedad cree que deben saber. Los mensajes de los adultos a los jóvenes deben ser claros y libres de ambigüedades. Es esencial que la comunicación sea recíproca, de manera que al recibir la información que los adultos quieren darles, los adolescentes puedan también transmitir su propia experiencia. Además, para que se establezca una comunicación efectiva, debe existir un ambiente de mutuo respeto y libre de juicios críticos.

Para informar a los jóvenes, todos los métodos son buenos, sean nuevos o antiguos, siempre que no se les obligue a aceptar información. Más bien, la información debe proponerse, no imponerse, a través del mayor número posible de medios a los cuales los jóvenes tengan fácil acceso (algo así como un enfoque de «autoservicio»). Frecuentemente los compañeros son los mejores transmisores de información de salud, ya que los jóvenes están más dispuestos a escuchar a sus iguales.

Deben utilizarse al máximo los medios modernos de comunicación, pero no solamente los de comunicación masiva. Es necesario asimismo recurrir a programas de comunicación en pequeña escala

que se relacionen entre sí. Cuando se dispone de los recursos necesarios, debe proporcionarse información a través de programas de salud auditivos, fotográficos y de «vídeo», dentro del marco de las actividades sociales de los jóvenes. Además, los jóvenes mismos deben participar plenamente y debe estimularse entre ellos la discusión.

Otros medios útiles para promover la salud son la música, el teatro, la música folclórica, el «rock» y el «vídeo». Los personajes más destacados de la música popular y los deportes son los transmisores ideales de la información de salud a los jóvenes, quienes escuchan con especial atención sus palabras.

6.9 Algunas necesidades de investigación

La participación de los jóvenes en la promoción de la salud es un concepto nuevo, por lo que es necesario que desde un principio se examinen las innovaciones, se controlen los cambios y se evalúen los servicios a través de la investigación, que puede ser cuantitativa o cualitativa. Las técnicas modernas de investigación basadas en un enfoque interdisciplinario permitirán el uso de muestras reducidas y la aplicación de mediciones cualitativas con científica rigurosidad.

Al fortalecer los servicios de salud para los jóvenes deben tenerse en cuenta las circunstancias particulares de cada situación, para decidir si es mejor suministrar servicios de amplio alcance o especializados, ya que ambos tienen sus ventajas. Es probable que sea más conveniente aplicar el enfoque más amplio al nivel primario de atención de la salud, que es menos institucionalizado, y dejar el especializado para los niveles secundario y terciario. Asimismo, se debe investigar y evaluar qué sistemas son más apropiados para atender las necesidades locales, teniendo en cuenta las opiniones y experiencias de los jóvenes mismos.

Otra cuestión importante que debe investigarse es si los servicios deben ser exclusivamente de salud, o si es mejor incorporarlos a centros juveniles ya establecidos que realizan actividades de recreación, deportes, adiestramiento y educación. No cabe duda que cualquiera de los dos sistemas son válidos, pero aquí también deben evaluarse empíricamente las ventajas relativas y los costos. El hecho de que los jóvenes puedan concurrir a centros donde no se los identifica automáticamente como jóvenes con problemas de salud, tal vez contribuya a que ellos superen sus ansiedades. Asimismo, se puede echar mano a otros recursos con el propósito de modificar esos centros con el fin de atender también las necesidades de salud.

Existe una necesidad particular de llevar a cabo una investigación acerca de la mejor forma de incorporar las opiniones de los jóvenes a la planificación y prestación de servicios de atención de salud. Para ello se tendrán que emplear medios que determinen las interacciones entre los diversos participantes en los sistemas de atención de salud: las personas que formulan las políticas, los administradores y gestores, los que proveen servicios, y los usuarios reales y potenciales (80). En algunos casos, los jóvenes podrían apropiadamente estar representados en los cuatro grupos participantes. La percepción subjetiva de cada grupo, su punto de vista con relación al servicio que se presta o debiera prestarse, el grado en que las opiniones coincidan o difieran, y la naturaleza de las divergencias, son datos sustanciales que deben examinarse a la luz de un riguroso estudio científico.

Finalmente, para que surta efectos positivos, en todo programa de investigación que tenga por finalidad promover la salud de los jóvenes, se debe establecer un enlace con las personas responsables de tomar decisiones y de ponerlas en práctica. Dicho programa no debe ser considerado como un proyecto aislado, sino más bien como un medio permanente de controlar si se cumple el objetivo de promover la salud entre los jóvenes.

6.9.1 *Algunas preguntas para los investigadores*

- ¿Hasta qué punto su país ha formulado políticas y estrategias destinadas a ofrecer «Salud para todos en el año 2000»?
- En las políticas de su país referente a los servicios de salud, ¿cuánta atención se presta a los problemas y necesidades especiales de los jóvenes? ¿Existe una política relacionada con la juventud?
- ¿Qué importancia se le da en su país a la atención primaria de salud, ya sea como parte de los servicios generales de salud o a través de servicios específicamente destinados a la juventud?
- Su país, región o distrito, ¿tiene datos acerca de la salud de los jóvenes, y qué información se necesita completar?
- En su zona, ¿es posible compilar un perfil de los jóvenes, que incluya datos sobre desarrollo físico, salud, condiciones nutricionales, vivienda, educación, empleo, etc.?
- ¿Puede usted suministrar una lista completa de los problemas de salud y otros afines que afectan a los jóvenes en su región?

- ¿Cómo se obtiene información acerca de los jóvenes en su país? ¿Qué lagunas de información existen y cuál sería la mejor manera de eliminarlas?
- ¿Puede usted describir las formas como se organizan y controlan los servicios de salud en su país, y de qué manera esos servicios son adecuados con respecto a la salud y necesidades de los jóvenes?
- ¿Es posible establecer las características del grupo porcentual de jóvenes que utilizan los servicios de salud en su país? ¿Son servicios tradicionales o modernos? Los jóvenes que no utilizan ningún servicio, ¿tienen características diferentes de los que los usan?
- ¿Cómo se realiza la publicidad acerca de la disponibilidad y alcance de los servicios de salud y otros afines en su país? ¿Existen programas destinados a informar a los jóvenes acerca de los servicios disponibles?
- ¿Participan los jóvenes de su país activamente en la atención primaria de salud dentro de sus respectivas comunidades? Si no lo hacen, ¿cuál sería la mejor manera de estimular y poner en práctica su participación?
- ¿Qué clase de recursos serían necesarios para respaldar un programa de salud organizado por jóvenes y puesto en práctica en su mayor parte por ellos mismos, con el asesoramiento y orientación de personal de atención de salud y expertos en salud?
- ¿Se ofrece en su país adiestramiento para personal de atención de salud y personal de atención primaria, destinado a hacer más eficaz su trabajo con los jóvenes? Si no, ¿cuál sería la mejor manera de organizar dicho adiestramiento?
- ¿Qué investigaciones se efectúan en su país acerca de programas de salud para jóvenes? ¿Qué medidas se han adoptado para la evaluación de tales programas, y cuáles son las necesidades con respecto a estas dos cuestiones?

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 Consideraciones de política general

En la última década, grupos consultivos convocados por la OMS han recomendado repetidas veces que se adopten políticas nacionales de salud destinadas a encarar las cuestiones que afectan a los jó-

venes (I).¹ Uno de los temas del Año Internacional de la Juventud es la participación. El nuevo enfoque que debe aplicarse a dicha participación es el desarrollo de políticas de atención de la salud, en las cuales los jóvenes sean *participantes activos* del proceso y no sólo sujetos del mismo. Tal vez sea conveniente considerar el contexto dentro del cual esta idea pueda ponerse en práctica.

Se ha mencionado el lugar relativamente bajo que ocupa la salud en la escala de prioridades de los jóvenes de hoy. Ellos tienden a dar mayor importancia a la angustia causada por la falta de oportunidades de adiestramiento y educación, al desempleo, al futuro de la humanidad, a la búsqueda de su papel en la configuración de su propio destino y el de la sociedad, y a cuestiones de justicia y equidad. No por eso deben disminuirse los esfuerzos destinados a lograr la participación de los jóvenes en cuestiones relacionadas con las políticas de salud, ya que la buena salud es condición previa para poder encarar debidamente las demás cuestiones.

Es ese el telón de fondo contra el cual debe considerarse el tema. El desafío consiste en dar a los jóvenes la oportunidad de ser participantes activos en la formulación de políticas de atención de la salud y promotores de aquéllas que sean apropiadas para atender sus propias necesidades y expectativas, es decir, que los jóvenes deben ser una fuerza activa y decisiva en el proceso de cambio.

Históricamente las políticas de salud han sido formuladas por una élite que a menudo estaba alejada de los grupos más afectados. La modalidad aceptada ha sido que los adultos encargados de la atención de salud enuncien las cuestiones como ellos las perciben desde un punto de vista basado en diversas disciplinas, y que las encaren según ese criterio. Lo que se propone es que los que hoy abogan por políticas de atención de la salud centradas en los jóvenes, se unan a ellos para promover el proceso de cambio.

En el curso de sus deliberaciones, el Grupo de Estudio abordó una amplia gama de temas, entre los cuales escogió algunos para formar la base de sus recomendaciones. Entre éstos, algunas son nuevas y otras reafirman lo acordado en reuniones anteriores.

Lo que surgió con mayor fuerza de la reunión fue la convicción de que las actitudes deben cambiar para que los jóvenes sean considerados un recurso antes que un problema. Hubo también acuerdo

¹ *Regional working group on health needs of adolescents: final report*. Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 1980 (documento inédito, ICP/MCH/005).

unánime en que, con el estímulo y aliento necesarios y apropiados, la juventud puede hacer frente a muchos de sus problemas de salud, contribuyendo al mismo tiempo en forma significativa a la salud y el bienestar de la comunidad general.

7.2 Recomendaciones generales

El Grupo de Estudio recomendó:

a) que se otorgue prioridad, en los niveles internacional, nacional y local, a los esfuerzos por hacer que las personas que ejercen influencia en la salud de los jóvenes sean más sensibles con respecto tanto a sus necesidades especiales como a sus características particulares;

b) que los jóvenes tengan participación y responsabilidad en la formulación de políticas y la planificación de estrategias para la promoción de su propia salud;¹

c) que la juventud reciba adiestramiento y participe activamente en la aplicación de dichas políticas a través de la provisión de servicios, información, educación y asesoramiento a personas de su grupo de edad y a otros grupos necesitados de la comunidad;

d) que se facilite a los jóvenes la oportunidad de fortalecer los aspectos positivos de sus estilos de vida y se les preste ayuda para prepararse para sus responsabilidades futuras como cónyuges y padres;

e) que se adopte un enfoque intersectorial en la promoción de la salud de los jóvenes, por ser ésta la única manera de que se tengan en cuenta las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales en que vive la juventud;

f) que se preste mayor apoyo a los programas que se centran en las necesidades de los jóvenes, es decir a los que tratan de los problemas vinculados con el abuso del cigarrillo, el alcohol y las drogas, la salud sexual y reproducción, y las conductas de alto riesgo;

g) que, en vista de la actual escasez de datos necesarios para planificar y suministrar servicios de salud válidos para los jóvenes, se establezcan procedimientos para obtener y difundir tales datos;

¹ Los jóvenes tuvieron participación real en una reunión anterior de la OMS. Véase May et al. (97).

h) que se realice una investigación para establecer normas de salud para los jóvenes y se identifiquen sus necesidades y problemas especiales, que los propios jóvenes participen activamente en tal investigación, y que se lleven a cabo comparaciones con adolescentes y jóvenes que se han adaptado con éxito al cambio, como también con aquellos que han tenido dificultades, dentro de las respectivas culturas y más allá de las mismas;

i) que se respeten las habilidades de los jóvenes y que se difunda información acerca de las mismas, a través de sistemas populares de difusión que hagan uso de los medios de comunicación social y otras técnicas.

j) que se aproveche al máximo el Año Internacional de la Juventud para promover el concepto de juventud explicado en este informe, dada su importancia para lograr la salud para todos en el año 2000.

7.3 Recomendaciones para acciones específicas

El Grupo de Estudio recomendó:

a) que se establezca un centro internacional de salud de los jóvenes, destinado a proporcionar información fidedigna acerca de normas, problemas especiales, programas de participación de la juventud en la promoción de la salud y el bienestar, materiales especiales dirigidos a la juventud, nombres de personas e instituciones responsables de cuestiones de salud de los jóvenes, y coordinación de las actividades de este sector en organismos oficiales y no oficiales;

b) que se formulen planes de estudio y programas de adiestramiento para profesionales en todos los sectores que se ocupan de los jóvenes y sus necesidades especiales, con respecto a temas tales como el desarrollo general, sexualidad y reproducción humanas, y comportamiento riesgoso;

c) que se investigue acerca de las innovaciones referentes a la participación de la juventud en el suministro de la atención de la salud, especialmente a nivel primario, a fin de mejorar la promoción de la salud en la familia y la comunidad y, al mismo tiempo, reducir los costos de la prestación de los servicios mediante la prevención de problemas futuros;

d) que se aplique un enfoque intersectorial para promover la salud y el bienestar de los jóvenes, en el trabajo y en las actividades

de recreación por medio de los deportes, clubes juveniles, programas de voluntarios, educación y adiestramiento, de manera que las actividades sean coordinadas, complementarias entre sí y económicas.

e) que se establezcan programas educacionales amplios y razonables que faciliten el desarrollo de los jóvenes, reduzcan las tensiones innecesarias entre ellos, les impartan conocimientos apropiados sobre temas sexuales, incluyendo relaciones y reproducción humanas, y estimulen en la juventud la adopción de estilos de vida saludables;

f) que, a nivel social en la formulación de políticas, en la promulgación de leyes sobre educación, salud, bienestar social, publicidad y otros temas que afectan a los jóvenes, y especialmente con respecto a los medios de difusión, se despierte en las personas la conciencia de la necesidad de dar aliento a los jóvenes para desarrollar su capacidad, de reducir presiones que conducen a estilos de vida malsanos.

7.4 Recomendaciones especiales de investigación

El Grupo de Estudio recomendó:

a) que en la investigación sobre servicios de salud, su evaluación y la introducción de modificaciones e innovaciones, se tomen medidas para asegurar que se tenga en cuenta si los jóvenes consideran que los servicios son apropiados para atender sus necesidades;

b) que se obtengan datos básicos, donde sea necesario, acerca de las modalidades de desarrollo apropiadas para una sociedad determinada, incluyendo los aspectos biológicos y psicosociales de la maduración, y que las estadísticas nacionales referentes a la juventud definan con mayor precisión los grupos de edad;

c) que para el estudio de los problemas especiales de los jóvenes se utilice una amplia gama de técnicas, incluyendo la autoevaluación y las mediciones cualitativas y cuantitativas;

d) que se estimule la investigación acerca de los problemas especiales de la juventud contemporánea, incluyendo los efectos de la actividad sexual en las personas psicosocialmente inmaduras, los efectos de la migración del campo a las ciudades, los efectos de las presiones generadas por los medios masivos de comunicación, el aislamiento de los jóvenes de sus familias a causa del proceso de industrialización, la interacción de la nutrición y el consumo de energías sobre la menarquía, la base neuro-endocrina de los cambios aními-

cos en los jóvenes, la epidemiología transcultural de los desórdenes psiquiátricos, y la situación de los grupos especiales de riesgo, incluyendo a los desempleados, los socialmente menos privilegiados y los minusválidos;

e) que se hagan comparaciones cruzadas entre culturas, con el propósito de facilitar un intercambio más amplio de información pertinente acerca de los jóvenes de todo el mundo, y que se pongan a disposición del público los casos de adaptación satisfactoria de los jóvenes, ya sea que se refieran a sociedades menos desarrolladas, transicionales o avanzadas, para que sirvan de posibles modelos;

f) que se promueva la difusión a todos los sectores de la sociedad de los resultados de las investigaciones fidedignas realizadas, a fin de que sean útiles para beneficio de todos.

NOTA DE AGRADECIMIENTO

El Grupo de Estudio agradece la colaboración especial de las siguientes personas: Dr. L. Edouard, Consultor, Salud de la Madre y el Niño, OMS, Ginebra, Suiza; Sra. M. Romer, Salud de la Madre y el Niño, OMS, Ginebra, Suiza; y Dr. N. Suárez-Ojeda, Asesor Regional en Salud de la Madre y el Niño y Planificación Familiar, Oficina Regional de la OMS para las Américas, Washington, D.C., Estados Unidos de América. Asimismo, desea agradecer a los siguientes funcionarios de la OMS, Ginebra, Suiza, como representantes de sus respectivas divisiones o unidades; Dr. G.M. Antal, Infecciones Bacterianas y Venéreas; Dr. D.E. Barmes, Enfermedades no Transmisibles; Sra. P.M. Elmiger, Coordinación; Sra. R. Landy, Información Pública y Educación para la Salud; Dr. J. Lau Hansen, Legislación Sanitaria; Dr. A. Monoharan, Higiene del Trabajo; Dr. C. Montoya-Aguilar, Fortalecimiento de los Servicios de Salud; Dr. J. Orley, Salud Mental; Sra. J. Peters, Educación para la Salud; Dr. A. Pradilla, Nutrición, y Dr. F. Siem Tjam, Fortalecimiento de los Servicios de Salud. El Grupo de Estudios desea agradecer también al Dr. P. Eisen, de Richmond, Victoria, Australia, la preparación de parte de la documentación básica. Además, se agradece especialmente al Dr. Herbert L. Friedman, Consultor, Salud de la Madre y el Niño, OMS, Ginebra, su trabajo en la preparación de este informe para su publicación, con la asistencia de la Sra. Jane Ferguson.

REFERENCIAS

1. OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 583, 1975 (*El embarazo y el aborto en la adolescencia: informe de una Reunión de la OMS*).
2. TANNER, J.M. Physical growth. En: Mussen, P.H., ed. *Carmichael's manual of child psychology*, 3ª ed., Nueva York, Wiley, 1970, vol. 1, págs. 77-155.

3. SIZONENKO, P.C. Endocrinology in preadolescents and adolescents. I. Hormonal changes during normal puberty. *American journal of diseases in childhood*, **132**: 704-712 (1978).
4. HIRSCH, M. ET AL. Emission of spermatozoa, age of onset. *International journal of andrology*, **2**: 289 (1979).
5. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. A multicentre cross-sectorial study of menarche. *Journal of adolescent health care* (en prensa).
6. FRISCH, R. y REVELLE, R. Height and weight at menarche and a hypothesis of menarche. *Archives of disease in childhood*, **49**: 695-701 (1971).
7. BILLEWICZ, W.Z. ET AL. Comments on the critical metabolic mass and age of menarche. *Annals of human biology*, **3**: 51-59 (1976).
8. MONEY, S. y EHRHARDT, A.A. *Men and women: boy and girl. The differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity*. Baltimore, John Hopkins University Press, 1972.
9. RUTTER, M. Psychosexual development. En: Rutter, M., ed. *Scientific foundations of developmental psychiatry*. Londres, Heinemann, 1979, págs. 322-339.
10. PIAGET, J. Piaget's theory. En: Mussen, P.H., ed. *Carmichael's manual of child psychology*. 3ª ed., Nueva York, Wiley, 1979, vol. 1, págs. 703-732.
11. RUTTER, M. ET AL. Adolescent turmoil: fact or fiction. *Journal of child psychology and psychiatry*, **17**: 35-56 (1976).
12. SOMMER, B.B. *Puberty and adolescence*. Oxford, Oxford University Press, 1978.
13. KEYFITZ, N. The impact of modernization. En Lengyel, P. ed., *Approaches to the science of socioeconomic development*. París, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 1971, págs. 89-98.
14. BANKS, J.A. *Prosperity and parenthood*. Londres, Routledge and Kegan Paul, 1954.
15. LENGYEL, P., ed. *Approaches to the science of socioeconomic development*. París, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 1971.
16. EISENSTADT, S.N., ed. *Comparative perspectives on social change*. Boston, Little, Brown, 1968.
17. BRENNER, M.H. *Mental illness and the economy*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1973.
18. HARRIS, R.D. Unemployment and its effect on the teen-ager. *Australian family physician*, **9**: 546-553 (1980).
19. HENDERSON, S. ET AL. *Neurosis and the social environment*. Sydney, Academic Press, 1981.
20. REES, W. Medical aspects of unemployment. *British medical journal*, **283**: 1630-1631 (1981).
21. RUTTER, M. *Changing youth in a changing society*. Londres, Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1979.
22. GOODE, W.J. Industrialization and family change. En: Eisenstadt, S.N., ed., *Comparative perspectives on social change*. Boston, Little, Brown and Co. 1968.
23. LEETE, R. New directions in family life. *Population trends*, **15**: 4-9 (1979).
24. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Documentos básicos, 34ª ed. Ginebra, OMS, 1984.
25. DELIEGE, A. Indicators of physical, mental and social wellbeing. *World health statistics quarterly*, **36**: 349-393 (1983).
26. MAHLER, H. El sentido de «salud para todos en el año 2000». Foro Mundial de la Salud, **2**: 18 (198).
27. MANOHARAN, A. A philosophy of health. *Centerview*, marzo de 1982: 14-16 (1982).

28. BRUNSWICK, A.F. y JOSEPHSON, E. Adolescent health in Harlem. *American journal of public health*, Suppl., octubre 1972.
29. MICHAUD, P.A. y MARTIN, J. La santé des adolescents vaudois de 16 à 19 ans: leur perceptions, leur pratiques et leur souhaits. *Revue suisse de médecine (Praxis)*, **49**: 1545-1545 (1983).
30. PARCEL, G.S. ET AL. Adolescent health concerns, problems and patterns of utilization in a triethnic urban population. *Pediatrics*, **60**: 157-164 (1977).
31. SCHONBERG, S.K. y COHEN, M.I. Health needs of the adolescent. Proceedings of the First International Symposium of the International College of Pediatrics, junio 18-22, 1978. *Paediatrician*, **1** (suppl.): 131-140 (1979).
32. OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 609, 1977 (*Necesidades de salud de los adolescentes*: informe de un Comité de Expertos de la OMS).
33. JESSOR, R. y JESSOR, S.L. *Problem behaviour and psychological development*. Nueva York, Academic Press, 1977.
34. PROJECTGRUPPE JUGENDBÜRO. *Die Lebenswelt von Hauptschülern*. Munich, Juventa, 1977.
35. EERBEN, L. ET AL. *Prevention, education and health beliefs. Sociological considerations of health education and health promotion*, Documento de Referencia para la Décima Sesión Parlamentaria Pública Europea, Consejo de Europa, París, 25-26 de octubre de 1983.
36. OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 562, 1975 (*Servicios para urgencias cardiovasculares*; informe de un Comité de Expertos de la OMS), pág. 7.
37. ADAMS, L. ET AL. Respiratory impairment induced by smoking in children in secondary schools, *British medical journal*, **288**: 891-895 (1984).
38. HAMMOND, E.C. Smoking in relation to the death rates of one million men and women. En: Haenszel, W., ed. *Epidemiological approaches to the study of cancer and other chronic diseases*. Bethesda, MD. National Cancer Institute, 1966 (National Cancer Institute Monograph 19).
39. TAHA, A. y BALL, K. Smoking in Africa: the coming epidemic. *World smoking and health*, **7**: 25-30 (1982).
40. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA. DIRECTOR GENERAL DE SALUD. *Smoking and health*. Washington. D.C., United States Department of Health. Education and Welfare, 1979, págs. 17-14.
41. MOSER, J. Alcohol problems in children and adolescents: A growing threat. En: Jeanneret, O., ed. *Alcohol and youth*, Basel, Karger, 1983, pág. 149.
42. DAVIES, J.B. Children's and adolescents' attitudes towards alcohol and alcohol-dependence. En: Jeanneret, O., ed. *Alcohol and youth*, Basel, Karger, 1983, págs. 42-53.
43. MOSER, J. *Prevention and alcohol-related problems: an international review of preventive measures, policies and programmes*. Toronto. Alcoholism and Drugs Addiction Research Foundation, para la OMS. 1980. pág. 310.
44. MOSER, J. *Problems and programmes related to alcohol and drug dependence in 33 countries*, Ginebra, 1974 (publicación en offset de la OMS, N° 6).
45. DEVATHASON, G. ET AL. Complications of chronic glue (toluene) abuse in adolescents. *Australian and New Zeland journal of medicine*, **14**: 39-43 (1984).
46. VEERAGHAUAN, V. Drug use among university students. En: Mohan, D. et al., ed. *Current research on drug abuse in India*. Delhi. Mohan and Sethi, 1981, págs. 89-98.
47. HALPERIN, S.F. ET AL. Unintended injuries among adolescents and young adults: a review and analysis. *Journal of adolescent health care*, **4**: 275-281 (1983).

48. MANCIAUX, M. y JEANNERET, O. Accidents in childhood and adolescence: epidemiological approach and preventive measures. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, **31**: 433-444 (1983).
49. RABKIN, J. y STRUENNING, E. Life events, stress and illness. *Science*, **194**: 1013-1020 (1976).
50. LAZARUS, R. y COHEN, J. Environmental stress. En: Altam, I. y Wohlwill, J., ed., *Human behaviour and environment*. Nueva York, Plenum, 1977, vol. 2.
51. CASSEL, J. The contribution of the social environment to host residence. *American Journal of epidemiology*, **109**: 107-123 (1976).
52. Adaptado de una declaración de política sobre servicios de salud para adolescentes por el Departamento de Salud, Nueva Gales del Sur, citado en: Bennett, D.L. *Adolescent health in Australia, an overview of needs and approaches to care*. Glebe, Australia, 1984.
53. HOLINGER, P.C. Adolescent suicide: an epidemiological study of recent trends. *American journal of psychiatry*, **135**: 754-756 (1978).
54. SAINSBURY, P. y JENKINS, J.S. The accuracy of officially reported suicide statistics for purposes of epidemiological research. *Journal of epidemiology and community health*, **36**: 43-48 (1982).
55. LADAME, F. y JEANNERET, O. Suicide in adolescence: some comments on epidemiology and prevention. *Journal of adolescence*, **5**: 355-366 (1982).
56. MCCORMICK, M.L. ET AL. High-risk young mothers: infant mortality and morbidity in four areas in the United States, 1973-1978. *American journal of public health*, **74**: 18-23 (1983).
57. ROTHENBERG, P.B. y VARGA, P.E. The relationship between age of mother and child health and development. *American journal of public health*, **78**: 810-817 (1981).
58. MCCORMICK, M.C. ET AL. Rehospitalization in the first year of life for high-risk survivors. *Pediatrics*, **66**: 991-999 (1980).
59. MCCORMICK, M.L. ET AL. Injury and its correlates among 1 year old children. *American journal of disturbed children*, **135**: 159-163 (1981).
60. HARRISON, K.A. y ROSSITER, C.E. Zaria (Nigeria) encuesta materna 1976-79 (suplemento). *British journal of obstetrics and gynaecology* (en prensa).
61. SCHEDTER, M.S. y ROBERGE, L. Sexual exploitation. En: Helfer, R.E. y Kempe, C.H., ed. *Child abuse and neglect*, Philadelphia, Baldinger Publishing Co., 1976, págs. 127-142.
62. KNORR, D. y BIDLINGMAIER, F. Gynecomastia in male adolescents. *Clinical endocrinology and metabolism*, **4**: 157 (1975).
63. SOUTHARM, A.L. y RICHART, R.M. The prognosis for adolescents with menstrual abnormalities. *American journal of obstetrics and gynecology*, **94**: 637-645 (1966).
64. HEALD, F.P. Nutrition in adolescence. En: Wallace, H.M. et al., ed. *Maternal and child health practices, problems, resources and methods of delivery*. Springfield, Charles & Thomas, 1973, págs. 838-850.
65. JEANNERET, O. y RAYMOND, L. Habitudes alimentaires des adolescents—implications pour la prévention. *Revue suisse de médecine (Praxis)*, **25**: 1137-1147 (1981).
66. BENGGA, J.M. Tendencias recientes en los aspectos sanitarios de la malnutrición proteinocalórica. *Crónica de la OMS*, **24**: 613 (1970).
67. NAIDU, U. y PARASURAMAN, S. *Health situation of youth in India*. Bombay, Tata Institute of Social Sciences, 1982.
68. SUSKIND, R.M. Immune status in the malnourished host. *Journal of tropical pediatrics*, **26**: 1-6 (1980).

69. RICKARBY, G.A. Psychosocial dynamics in obesity. *Medical journal of Australia*, **2**: 602-605 (1981).
70. THURSTON, J.H. ET AL. Prognosis in childhood epilepsy, *New England journal of medicine*, **14**: 831-836 (1982).
71. ROBERTSON, S.I. ET AL. The implications of family dynamics in the management of the diabetic adolescent. En: Laron, Z. y Galatzer, A. *Psychological aspects of diabetes in children and adolescents*. *Pediatric and adolescents endocrinology*, Basilea, Karger, 1982, vol. 10, págs. 83-88.
72. WRIGHT, B. *Physical disability—psychological approach*. Nueva York, Harper, 1960.
73. OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO; *Informe del Director General. Conferencia Internacional del Trabajo, 1983*, Ginebra, OIT.
74. FORSSMAN, S. y COPPE, G.H. *Occupational health problems of young workers*. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, 1973 (Serie de Seguridad e Higiene del Trabajo, N° 26).
75. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Hospitalization of mental patients. A survey of existing legislation. *International digest of health legislation*, **6**: 1-100 (1955).
76. CURRAN, W.J. y HARDING, T.W. The law and mental health: harmonizing objectives. *International digest of health legislation*, **28**: 725-886 (1977).
77. TIETZE, C. *Induced abortion: a world view*, 1983, 5ª ed. Nueva York, The Population Council, 1983, págs. 43-45.
78. COOK, R.J. y DICKENS, B.M. *Emerging issues in commonwealth abortion laws*. Londres, Commonwealth Secretariat, 1983, págs. 16-17.
- 78a. ROYSTON, E. y FERGUSON, J. The coverage of maternity care: a critical review of available information. *World health statistics quarterly*, **38**: 267-288 (1985).
79. OFICINA REGIONAL DE LA OMS PARA EUROPA *Psychosocial factors related to accidents in childhood and adolescence. Informe de un Grupo Técnico de la OMS*, 1981 (EURO Reports and Studies No. 46), pág. 6.
80. FRIEDMAN, H.L. y EDSTRÖM, K.G. *Adolescent reproductive health: an approach to health service research*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1983 (Publicación en offset de la OMS, N° 77).
81. MCKAY, J. ET AL. *Adolescent fertility. Report of an international consultation*. Federación Internacional de Planificación de la Familia, 1983.
82. BENNET, D.L. *Adolescent health in Australia—an overview of needs and approaches to care*. Australian Medical Association, 1984.
83. FRASER, I.S. A perspective of the beneficial and adverse effects of oral contraceptives. *Current therapeutics* (en prensa).
84. OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 636, 1979, (*Lucha contra el tabaquismo epidémico: informe del Comité de Expertos de la OMS sobre Lucha contra el Tabaquismo*).
85. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Manual de Resoluciones y Decisiones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Ejecutivo. Volumen II. 1973-1984*. Ginebra, 1985, págs. 175-176 (EB69.R18).
86. JEANNERET, O. Drinking problems in adolescence: three issues in future field research. En: Jeanneret, O., ed. *Child health and development*, vol. 2. Basilea, Karger, págs. 160-167, 1983.
87. SACKSTEIN, E. Drugs and youth: an International perspective on vocational and social reintegration. *United Nations bulletin on narcotics*, **33**: 34-35 (1980).

88. MCNEIL, P. ET AL. The Women's Centre in Jamaica: an innovative project for adolescent mothers. *Studies in family planning*, **14**: 143-149 (1983).
89. SHONE, J. y MCDERMOTT, J. *Youth 2009—local youth policy development process*. Youth Affairs Council of Victoria, Australia, 1980.
90. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Health promotion and lifestyles: perspectives of the WHO Regional Office in Europe. *Hygie*, **1**: 57-60 (1982).
91. MAY, A.R. ET AL. *La salud mental de los adolescentes y los jóvenes. Informe sobre una conferencia técnica*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1971 (Cuadernos de Salud Pública, N° 41).

**ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
SERIE DE INFORMES TECNICOS**

Informes recientes:
N°

Fr.s.

690	(1983) Nuevos métodos de educación sanitaria en la atención primaria de salud Informe de un Comité de Expertos de la OMS (47 páginas).....	4,—
691	(1983) Prevención del cáncer del hígado Informe de una Reunión de la OMS (33 páginas)	4,—
692	(1983) Enfermedad trofoblásticas de la gestación Informe de un Grupo Científico de la OMS (92 páginas)	7,—
693	(1983) Vacunas de virus y medicamentos antivíricos Informe de un Grupo Científico de la OMS (77 páginas)	6,—
694	(1983) Investigaciones destinadas a reorientar los sistemas nacionales de salud (76 páginas)	7,—
695	(1983) Estrategias contra el tabaquismo en los países en desarrollo (99 páginas).....	8,—
696	(1983) Evaluación de ciertos aditivos alimentarios y contaminantes de los alimentos 27 Informe del Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Aditivos Alimentarios (47 páginas)	5,—
697	(1984) Cardiomiopatías Informe de un Comité de Expertos de la OMS (72 páginas).....	7,—
698	(1984) Atención de salud mental en los países en desarrollo: análisis crítico de los resultados de las investigaciones Informe de un Grupo de Estudios de la OMS (63 páginas)	6,—
699	(1984) Química y especificaciones de los plaguicidas Octavo informe del Comité de Expertos de la OMS en Biología de los Vectores y Lucha Antivectorial (51 páginas).....	5,—
700	(1984) Comité de Expertos de la OMS en patrones Biológicos 34 Informe (81 páginas).....	7,—
701	(1984) Las Leishmaniasis Informe de un Comité de Expertos de la OMS (151 páginas).....	11,—
702	(1984) Filariasis linfática Cuarto informe del Comité de Expertos de la OMS en Filariasis (121 páginas).....	9,—
703	(1984) Accidentes de tráfico en los países en desarrollo Informe de una Reunión de la OMS (38 páginas)	5,—
704	(1984) Comité de Expertos de la OMS en Especificaciones para las Preparaciones Farmacéuticas 29 Informe (55 páginas).....	6,—
705	(1984) Importancia de la inocuidad de los alimentos para la salud y el desarrollo Informe de un Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Inocuidad de los Alimentos (86 páginas)	7,—

706	(1984) Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos Informe de un Grupo Científico de la OMS sobre la Epidemiología del Envejecimiento (90 páginas).....	8,—
707	(1984) Límites de exposición profesional que se recomiendan por razones de salud: sustancias irritantes de las vías respiratorias Informe de un Grupo de Estudio de la OMS (163 páginas).....	14,—
708	(1984) Formación de profesionales y administradores de enfermería con especial referencia a la atención primaria de salud Informe de un Comité de Expertos de la OMS (62 páginas).....	6,—
709	(1984) Comité de Expertos de la OMS sobre Rabia Séptimo informe (116 páginas).....	9,—
710	(1984) Evaluación de ciertos aditivos alimentarios y contaminantes de los alimentos 28 Informe del Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Aditivos Alimentarios (46 páginas).....	5,—
711	(1984) Progresos en la quimioterapia del paludismo Informe de un Grupo Científico de la OMS (231 páginas).....	20,—
712	(1984) La lucha antipalúdica como parte de la atención primaria de salud Informe de un Grupo de Estudio de la OMS (77 páginas).....	8,—
713	(1984) Métodos y programas de prevención de enfermedades bucodentales Informe de un Comité de Expertos de la OMS (51 páginas).....	5,—
714	(1985) Identificación de enfermedades relacionadas con el trabajo y medidas para combatirlas Informe de un Comité de Expertos de la OMS (77 páginas).....	7,—
715	(1985) Investigaciones sobre la tensión arterial en los niños Informe de un Grupo de Estudio de la OMS (38 páginas).....	5,—
716	(1985) Epidemiología de la lepra en relación con la lucha antileprosa Informe de un Grupo de Estudio de la OMS (64 páginas).....	6,—
717	(1985) Necesidades de personal sanitario para alcanzar la salud para todos en el año 2000 mediante la atención primaria Informe de un Comité de Expertos de la OMS (99 páginas).....	8,—
718	(1985) Vigilancia de la contaminación del medio en relación con el desarrollo Informe de un Comité de Expertos de la OMS (71 páginas).....	6,—
719	(1985) Virosis transmitidas por artrópodos y roedores Informe de un Grupo Científico de la OMS (126 páginas).....	10,—
720	(1985) Empleo inocuo de plaguicidas Noveno informe del Comité de Expertos de la OMS Biología de los Vectores y Lucha Antivectorial (67 páginas).....	6,—
721	(1985) Fiebres hemorrágicas víricas Informe de un Comité de Expertos de la OMS (132 páginas).....	10,—
722	(1985) Uso de medicamentos esenciales Segundo informe del Comité de Expertos de la OMS (56 páginas).....	6,—
723	(1985) Empleo futuro de nuevas técnicas de diagnóstico por imagen en países en desarrollo Informe de un Grupo Científico de la OMS (73 páginas).....	7,—
724	(1985) Necesidades de energía y proteínas Informe de una Reunión Consultiva Conjunta FAO/OMS/UNU de Expertos (220 páginas).....	17,—

725	(1985) Comité de Expertos de la OMS en Patrones Biológicos 35 Informe (155 páginas).....	11,—
726	(1985) Muerte cardíaca súbita Informe de un Grupo Científico de la OMS (26 páginas).....	4,—
727	(1985) Diabetes mellitus Informe de un Grupo de Estudio de la OMS (125 páginas).....	9,—
728	(1985) Control de la esquistosomiasis Informe de un Comité de Expertos de la OMS (126 páginas).....	10,—
729	(1985) Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia 22 informe (32 páginas).....	4,—
730	(1986) La demencia en la edad avanzada: investigación y acción Informe de un Grupo Científico (134 páginas).....	10,—
731	(1986) La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad Informe de un Grupo de Estudio de la OMS (134 páginas).....	16,—
732	(1986) Prevención y lucha contra las enfermedades cardiovasculares en la comunidad Informe de un Comité de Expertos de la OMS (71 páginas).....	9,—
733	(1986) Evaluación de ciertos aditivos alimentarios y contaminantes de los alimentos 29 Informe del Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Aditivos Alimentarios (62 páginas).....	9,—
734	(1986) Límites de exposición profesional recomendados por razones de salud para algunos polvos minerales (sílice y carbón) Informe de un Grupo de Estudio de la OMS (93 páginas).....	12,—
735	(1986) Comité de Expertos de la OMS en paludismo 18 Informe (114 páginas).....	14,—
736	(1986) Comité de Expertos de la OMS en Enfermedades Venéreas y Treponematosis 6° Informe (en prensa).....	18,—
737	(1986) Resistencia de los vectores y reservorio de enfermedades a los plaguicidas Décimo informe del Comité de Expertos de la OMS en Biología de los Vectores y Lucha Antivectorial (92 páginas).....	12,—
738	(1986) Mecanismos de reglamentación de la enseñanza y la práctica de la enfermería: satisfacción de las necesidades de atención primaria de salud. Informe de un Grupo de Estudios de la OMS (79 páginas).....	10,—
739	(1986) Epidemiología y control de la tripanosomiasis africana Informe de un Comité de Expertos (133 páginas).....	16,—
740	(1986) Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Brucelosis Sexto Informe (149 páginas).....	18,—
741	(1987) Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia 23 Informe (74 páginas).....	9,—
742	(1987) Tecnología del abastecimiento de agua y del saneamiento en los países en desarrollo Informe de un Grupo de Estudio de la OMS (40 páginas).....	7,—
743	(1987) La biología de los parásitos del paludismo Informe de un Grupo Científico de la OMS (248 páginas).....	32,—
744	(1987) Los hospitales y la salud para todos Informe de un Comité de Expertos de la OMS sobre la Función de los Hospitales en el Primer Nivel de Envío de Casos (88 páginas).....	12,—

745	(1987) Comité de Expertos de la OMS en Patrones Biológicos 36 informe (160 páginas)	20,—
746	(1987) La educación del personal de salud centrada en la comunidad Informe de un Grupo de Estudio de la OMS (96 páginas).....	12,—
747	(1987) Aceptabilidad de los sustratos celulares para la producción de sustancias biológicas Informe de un Grupo de Estudio de la OMS (32 páginas).....	5,—
748	(1987) Comité de Expertos de la OMS en Especificaciones para las Preparaciones Farmacéuticas 30° informe (54 páginas)	9,—
749	(1987) Prevención y control de infecciones parasitarias intestinales Informe de un Comité de Expertos de la OMS (94 páginas).....	12,—
750	(1987) Sistemas alternativos para la atención bucodental Informe de un Comité de Expertos de la OMS (68 páginas).....	9,—
751	(1987) Evaluación de ciertos aditivos alimentarios y contaminantes de los alimentos 30° informe del Comité FAO/OMS de Expertos en Aditivos Alimentarios (58 páginas)	9,—
752	(1987) Comité de Expertos de la OMS en Oncocercosis Tercer informe (180 páginas).....	24,—
753	(1987) Mecanismo de acción, seguridad y eficacia de los dispositivos intrauterinos Informe de un Grupo Científico de la OMS (98 páginas)	12,—
754	(1987) Progreso en el desarrollo y uso de medicamentos antivirales e interferones Informe de un Grupo Científico de la OMS (27 páginas)	5,—
755	(1987) La lucha antivectorial en la atención primaria de salud Informe de un Grupo Científico de la OMS (68 páginas)	9,—
756	(1987) El trabajo de menores: factores de riesgo específicos Informe de un Grupo de Estudio de la OMS (52 páginas).....	9,—
757	(1987) Empleo racional del diagnóstico por imagen en pediatría Informe de un Grupo de Estudio de la OMS (112 páginas).....	14,—
758	(1987) Trastornos hipertensivos del embarazo Informe de un Grupo de Estudio de la OMS (132 páginas).....	16,—
759	(1987) Evaluación de ciertos aditivos alimentarios y contaminantes de los alimentos 31° informe del Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Aditivos Alimentarios (55 páginas)	9,—
760	(1987) Comité de Expertos de la OMS en Patrones Biológicos 37° informe (220 páginas)	28,—
761	(1988) Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia 24° informe (38 páginas)	6,—
762	(1988) Formación y adiestramiento en salud ocupacional Informe de un Grupo de Estudio de la OMS (en prensa).....	6,—
763	(1988) Evaluación de ciertos residuos de fármacos de uso veterinario en los alimentos 32° informe del Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Aditivos Alimentarios (44 páginas)	6,—
764	(1988) Fiebre reumática y cardiopatía reumática Informe de un Grupo de Estudio de la OMS (64 páginas).....	8,—