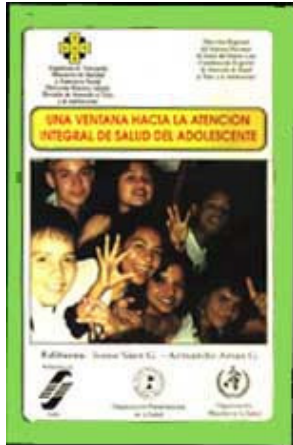


[Home](#) > (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small home server, if it's Linux, we know it).[ar](#).[cn](#).[de](#).[en](#).[es](#).[fr](#).[id](#).[it](#).[ph](#).[po](#).[ru](#).[sw](#)



Una ventana hacia la atención integral de salud del adolescente

[Contenido](#)

Editores:

Irene Sáez G.

Armando Arias G.

República de Venezuela

Ministerio de Sanidad y Asistencia Social

Dirección Materno Infantil

División de Atención Niño y al Adolescente

Dirección Regional del Sistema Nacional de Salud del Estado Lara
Coordinación Regional de Atención de Salud al Niño y al Adolescente

FUNDASALUD LARA

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud

Primera Edición Boscán
1.000 ejemplares.
Barquisimeto, Venezuela, 1994

Editora Boscán C.A.

Carrera 24 NO. 10-51
Telf. 511329
Barquisimeto - Venezuela

Agradecimiento

Esta publicación fue posible, gracias al apoyo financiera de Funda Salud del Estado Lara, por la amplitud, receptividad y sensibilidad del Dr. Bartolomé Finizola hacia la atención y

las necesidades de salud de la población adolescente y hacia las actividades que en favor de ellos realizan la Dirección Materno Infantil y la Dirección Regional del Sistema Nacional de Salud del Estado Lara, del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

Irene Sáez G. - Armando Arias G.

Contenido

[Presentación](#)

[Prologo](#)

[Introducción](#)

[Capítulo N^o 1: Un pensamiento para los adolescentes](#)

[Bibliografía](#)

Capitulo N^o 2: Las Crisis, El Adolescente Y la Sociedad

La crisis social

El adolescente en la crisis social

Crisis de identidad

El adolescente en la crisis familiar

El adolescente ante la crisis del adulto

La crisis adolescente y la violencia

Conclusión

Bibliografía

Capitulo N^o 3: Adolescencia y sexualidad actitudes y angustias

Actitudes del adolescente frente a la sexualidad

Actitudes sexuales del adolescente frente a problemas no sexuales

Angustias del adolescente frente a su sexualidad

Bibliografía

Capitulo N^o 4: El Adolescente Transgresor

[Introducción](#)

[Teorías sociológicas:](#)

[Teoría psico-social:](#)

[Prevalencia en Venezuela](#)

[Factores etiológicos](#)

[Factores biológicos](#)

[Aspectos bioquímicos hormonales y genéticos](#)

[Factores sociales](#)

[Relación padre - hijos](#)

[Personalidad y delincuencia](#)

[La escuela](#)

[Formación moral y ética](#)

[Características que definen los trastornos de conducta y conductores antisociales](#)

[Diagnostico](#)

[La exploración](#)

[Exploración social](#)

[Exploración medica](#)

[Estadísticas](#)

[Cuadro tipos de delitos discriminados por sexo, año 1990](#)

[Menores infractores asistidos en el Instituto Nacional del Menor Venezuela.](#)

1991-1992

Porcentaje de menores infractores sobre la población total del país de acuerdo con las distintas fuentes de información 1991.

Tratamiento de trastorno de conducta y conducta antisocial

Conducta ante el adolescente transgresor

Ocupación del tiempo libre

Prevención

Formación integral

Información preventiva y formación cívica

Centro de prevención y tratamiento

Conclusión

Referencias bibliográficas

Capítulo N^o 5: Un enfoque sobre la depresión en la adolescencia

Introducción

Clínica

Depresión adolescente con fijaciones edípicas

Depresión en la adolescencia con una resolución incompleta de la separación - individuación

Psicoterapia de la depresión

Bibliografía

Capitulo N^o 6: Modelo practico de atención al adolescente experiencia en el estado Lara

Introducción.

Operatizacion del programa

Organización

Centros de atención

Implementacion de la atención integral en salud del adolescente en el estado Lara

Sensibilización y adiestramiento del equipo de salud:

Actividades desarrolladas:

Conclusión

Bibliografía

Capitulo N^o 7: Presencia de la enfermera en la atención del adolescente

Introducción

Perfil de la enfermera (O) dedicada a la atención del adolescente

Esquema de acción a nivel operativo y gerencial

Acciones específicas de enfermería

Actividades

Objetivo específico

Tareas

Bibliografía

Capitulo N^o 8: Presencia del trabajador social en la atención del adolescente

Características del Trabajador Social que trabaja con Adolescentes

Otras actividades que son pilares dentro de la operatización del programa

Interrelación Equipo de Salud y Adolescente

Acercamiento Equipo de Salud hacia el Adolescente

Conclusión

Bibliografía

Capitulo N^o 9: Modelo de atención a la adolescente embarazada

Introducción

Importante que todo medico que vaya a realizar esta clínica debe aplicar los siguientes principios.

Bibliografía

Capitulo N^o 10: Presencia de la enfermera en la atención de la adolescente embarazada

Introducción

Organización de la consulta de embarazada adolescente

Actividades de enfermería en las etapas de pre-clínica, clínica y post-clínica prenatal adolescente

Otras actividades de enfermería en la atención de adolescentes embarazadas

Normas para la atención de la embarazada adolescente

Características de un adecuado control prenatal

Definiciones conceptuales

Normas para la aplicación de toxoide tetánico a la embarazada

Contenidos para la programación educativa a las adolescentes

Técnica para determinar albuminuria según método de calor

Bibliografía

Capítulo N^o 11: Programa de atención en salud a la adolescente embarazada (PASAE)

Introducción

Justificación

Revisión del programa de atención de salud de la adolescente embarazada (PASAE)

Componentes del PASAE

Metas del PASAE

Objetivos generales del PASAE

Objetivos específicos del PASAE

Etapas y actividades del PASAE

Etapas de evaluación

Criterios o indicadores para la evaluación del programa

Normas administrativas del PASAE

Organización del PASAE

Normas de prestación de servicios del PASAE

Referencias bibliográficas

Anexo 1 - Índice de riesgo materno-fetal en adolescentes embarazadas

Anexo 2 - Plan de sesiones educativas de interacción terapéutica para

[*promover el autocuidado en salud durante el embarazo, parto y puerperio de un grupo de adolescentes*](#)

[**Capitulo N^o 12: Il Reunión andina de atención en salud del adolescente**](#)

[*Antecedentes*](#)

[*Bibliografía*](#)

[*Il Reunión andina de salud de adolescentes*](#)

[*Relatos de los adolescentes sobre las actividades que realizan orientados por el equipo de salud*](#)

[*Programa de atención integral de salud para el adolescente*](#)

[Indice - Siguiete](#) ➤

[Home](#) "" "" "" "" "" > (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small home server, if it's Linux, we know it).[.ar](#).[.cn](#).[.de](#).[.en](#).[.es](#).[.fr](#).[.id](#).[.it](#).[.ph](#).[.po](#).[.ru](#).[.sw](#)

Presentación

Resulta especialmente edificante para una sociedad donde con una frecuencia

desesperante, se señalan tantos valores negativos de sus habitantes, como el envilecimiento, la mediocridad, la laxitud, la deshonestidad; presentar como contraparte este brillante grupo de Profesionales que con mística creadora que enaltece, nos presenta este magnifico trabajo "Una Ventana Hacia la Atención Integral de Salud del Adolescente", que recoge la ardua labor desarrollada en este hermoso campo recientemente incorporado a la Salud Pública, como lo es la Salud del Adolescente.

Cada uno de los Capítulos expuestos son desarrollados en forma práctica y docente, recogiendo algunas áreas importantes de la vida del joven durante esta etapa de transición que lo conducirá a la adultez.

Es para mi muy grato como Responsable Nacional del Area Materno Infantil del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, presentar este libro, después de haber compartido con varios de sus Expositores la experiencia práctica vivida durante el desarrollo del II Encuentro Andino de Salud Integral del Adolescente, efectuado en el mes de Abril del presente año en Barquisimeto, donde pude apreciar el desarrollo eficiente del Programa en el Estado Lara, que como modelo nacional orgullosamente exhibimos y que nos da la imagen anhelada del país que queremos: de trabajo, eficiencia y mística.

Es justo reconocer y agradecer a FUNDASALUD Lara, que dirige con gran esmero y positiva labor gerencial el Dr. Bartolomé Finizola, y a la Organización Panamericana de la Salud, la importante ayuda que han proporcionado para poder llevar hacia adelante la realización de esta obra que cumplirá una importante labor divulgativa práctica para el personal de los Servicios de Salud y para todos los profesionales interesados en la problemática del Adolescente.

Mis sinceras felicitaciones a los autores, y el reconocimiento de la Organización Sanitaria que dirijo por la labor desplegada en tan importante campo de la Salud Pública.

Dr. Manuel Alvarez Gómez

Director Nacional Materno Infantil del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

[Indice](#) - [Siguiente](#)➤

[Indice](#) - ◀ [Precedente](#) - [Siguiente](#)➤

[Home](#)"" """"> (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small home server, if it's Linux, we know it).[ar](#).[cn](#).[de](#).[en](#).[es](#).[fr](#).[id](#).[it](#).[ph](#).[po](#).[ru](#).[sw](#)

Prologo

Escribir el prologo de "Una ventana hacia la Atención Integral de Salud del Adolescente" constituye un honor y un compromiso.

Un honor porque la calidad de los autores así como su trayectoria en el campo de la salud, hace que ésta distinción tenga para mi una gran relevancia.

Un compromiso porque la densidad de su contenido me obliga a ser muy concreto en mis planteamientos.

"Una ventana hacia... esta expresión nos trasmite una sensación dinámica y de frente al futuro, así mismo, nos plantea "una ventana" o sea una entrada, pero deja la libertad al lector de tomar los conceptos plasmados en el libro y decidir la opción mas conveniente entre los diversos planteamientos.

"... La Atención Integral" Es una necesidad sentida que necesita ser atendida en una forma sistematizada con un programa con objetivos, metas, actividades, normas, instrumentos de evaluación y control y en fin todos los componentes de un programa de salud. En este sentido los autores ofrecen el contenido programático de atención del adolescentes no solo en una forma general, sino señalando una de las áreas mas

críticas como es la atención de la Adolescente embarazada.

El otro aspecto a destacar en esta parte del título es la palabra "Integral" que lleva implícito elementos muy importantes de intersectorialidad en el abordaje de la solución.

"Del Adolescente"... se refiere a un estrato de la población que dependiendo de los países puede corresponder a la cuarta o quinta parte de la misma, o sea que cuantitativamente es muy importante y por otra parte por sus características muy bien explicadas en el texto, obliga a desarrollar estrategias y tácticas definidas y enmarcadas dentro de un programa, a fin de enfrentar un problema de alta complejidad.

En síntesis quiero destacar que el título de esta obra expresa muy claramente el contenido de la misma y a su vez le da la libertad al lector que interprete su significado.

Otro aspecto que debemos señalar es que presenta propuestas concretas sustentadas en la acción. Esto es importante en un momento histórico nacional en el cual lamentablemente hay más protestas que propuestas y de éstas no abundan las propuestas respaldadas por acciones, de ahí que esta característica le aumenta la credibilidad a la obra.

Finalmente hay que enfatizar que el contenido de "una ventana hacia la Atención

Integral de Salud del Adolescente" constituye un valioso instrumento para ser utilizado en el proceso de descentralización del sector salud ya que contribuye a mantener una unidad normativa nacional sustentada en experiencias locales y en concordancia con directrices de organismos internacionales.

Para la Fundación para la promoción de la salud en el Estado Lara (Fundasalud) es una obligación apoyar estas acciones ya que es coherente con sus objetivos y es una contribución no solo para el Estado Lara sino para toda Venezuela e inclusive otros países que contribuyen al desarrollo del contenido o que pudieran aprovecharlo como parte del proceso de intercambio.

Con esto quiero decir que solo cumplimos con nuestra obligación y que estamos dispuestos a continuar apoyando al programa de atención integral de salud para el adolescente.

Bartolomé Finizola Celli

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Home](#) > (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small home server, if it's Linux, we know it).[ar.cn.de.en.es.fr.id.it.ph.po.ru.sw](#)

Introducción

En el Estado Lara, al igual que en el resto del país, se suceden una serie de hechos importantes en las cuales los adolescentes son protagonistas; de estos son de especial significación los suicidios, homicidios y otros delitos. Esto ha llevado al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y en especial a la Dirección Materno Infantil conjuntamente con la División de Atención al Adolescente a implementar una serie de programas de salud que tienen como objetivo integrar a los adolescentes al equipo de salud de sus propios ambulatorios.

Como Director Regional de Salud del Estado Lara veo con especial interés y satisfacción, que gracias al apoyo y orientación del nivel Central, el programa de atención integral de Salud al Adolescente haya alcanzado un nivel tan exitoso que se ha convertido en un modelo para el resto del país; dando también especial reconocimiento al equipo de Salud en el área Materno Infantil que ha trabajado con gran mística y deseos de superación para el logro de esta meta.

Estoy seguro que el contenido de esta publicación servirá como guía para que otros profesionales conscientes de trabajar en la salud del adolescente, puedan hacerlo de una manera-más responsable y eficiente, lo que redundará en beneficio e la población que es hay en día el futuro de nuestro país.

DR. LUIS F. HERICE CARDOZE
DIRECTOR REGIONAL DEL SISTEMA NACIONAL
DE SALUD DEL ESTADO LARA

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Home](#)"" """"""> (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small home server, if it's Linux, we know it).[ar](#).[cn](#).[de](#).[en](#).[es](#).[fr](#).[id](#).[it](#).[ph](#).[po](#).[ru](#).[sw](#)

Capítulo Nº 1: Un pensamiento para los adolescentes

Bibliografía

Dr. Armando Arias G.

Cuan difícil resulta tratar en este mundo lleno de barreras, la comunicación contigo, que eres un adolescente, porque nosotros como adultos, siempre permanecemos absortos en nuestros problemas cotidianos, muchas veces apurados, olvidándonos de nuestra principal tarea, que es vivir y compartir nuestra experiencia como adultos y los que hemos tenido oportunidad de cierta formación, para tener un espacio y tiempo con nuestros adolescentes, para tratar de orientarlos en esta etapa llena de conflictos de todo tipo, olvidándonos muchas veces de enseñarles como sonreír y regocijarse con la generosidad del cielo y la gloria de la vida y de la libertad, a veces nos resulta difícil cumplir nuestro papel de orientadores y tratar de sembrar en ti adolescente, semillas que den frutos satisfactorios, que el día de mañana podamos recoger con orgullo y decir:

***No soy mas que un gnomo
con una semilla en la mano para
plantarla en tu corazón y al igual
que el campesino, creo en cualquier
semilla que pueda caer en tierra buena.
Habrá lluvias y habrá sol, habrá tormentas
y tempestades Y la semilla nunca vera
la espiga. Pero creo en el invisible que***

***de cada semilla hace mil espigas
granadas en campos de alegría
por todo el país.***

Phil Bosmans

Todos hablamos y creemos conocer las respuestas a tus problemas, sin pensar que eres un adolescente que vives en un mundo paradójico, lleno de dudas e impulsos a veces contradictorios, con deseos de ser adultos y al mismo tiempo con nostalgia por desear seguir siendo niño, grandes anhelos de independencia pero con miedo de perder la seguridad y apoyo de unos padres que han tratado de darte todo. Muchas veces tienes sentimientos alternos de interés en algunos temas y aburrimiento hacia otros, como expresión de una faceta crítica a esta edad que es se tiene la última oportunidad de superar actitudes infantiles y completar una madurez psicológica, ya que en este momento, tu vives y experimentas cambios importantes, de la capacidad del pensamiento de la intensificación de la imaginación. del impulso sexual y además por último es la edad donde afianzas tus rasgos de carácter.

Por todo esto amigo adolescente es que en esta edad requieres sentido común para buscar tu emancipación y maduración del sentido de autofirmación y es en este momento cuando nosotros como padres, educadores, miembros del grupo de salud, debemos

contribuir con ejemplos y mucha comunicación, para tratar de orientarte, dándote nuestro apoyo, recordando que:

***Al igual que una flor
necesita el sol para
convertirse en flor,
así el hambre necesita
el amor para hacerse hombre.***

Phil Bosmans.

Recuerda siempre que aunque es maravilloso que haya alrededor de nosotros personas a las que queremos y que significan mucho en nuestra vida, no podemos ni debemos permitir depender absolutamente de ellas, al punto que nos haga perder el sentido de Independencia, porque siempre debemos tener un espacio interior que podamos considerar absolutamente nuestro.

Todos los días vemos como en nuestro mundo se suceden hechos lamentables donde los adolescentes son los protagonistas, es el caso de los accidentes automovilísticos, suicidios, homicidios y otros hechos delictivos, todo producto de una sociedad que no supo llenar tus aspiraciones e Inquietudes prevaleciendo entonces el desaliento, que es un sentimiento

muy humano y que no tenemos que censurarlo, pero es bueno que tengas presente que cualesquiera que hayan sido las circunstancias que te conducen hacia estos extremos, no son en modo alguno Insuperables. Al mismo tiempo quiero que sepas, que nos llena de orgullo cuando los adolescentes son protagonistas de éxitos en el deporte, en actividades culturales como música, teatro, pintura y por supuesto cuando tienes éxito en tus estudios.

Pienso tal vez como tu, que no es fácil crear nuestro paraíso terrenal y vivir en él, en una sociedad que muchas veces es recelosa hacia los adolescentes, catalogándolos como ridículos, cándidos, desadaptados, pero pensemos en positivo, que importa esto, si tenemos valor y fortaleza suficiente para mantenernos firmes ante todas estas críticas destructivas, tienes que buscar tu realización, deberás seguir el camino que tu te trazastes en busca de la verdad y mañana tendrás como recompensa un pensamiento libre y sin miedos.

***... Que puede hacer el miedo
en la vida de un hombre
que encontró la verdad
y la siguió ...***

Khalil Gibran.

Siempre tus mejores dones y sentimientos son los que deben guiar tus pasos, recordando que sólo tu con tu alegría, con tu determinación, abarcarás todo y seguirás abarcando todo y saboreando la vida con intensidad, como corresponde a cada etapa de nuestra existencia:

***... La vida es la determinación que
acompaña a la juventud, la diligencia
que sucede en la madurez y la sabiduría
que persigue a la senilidad...***

K. Gibran.

Piensa que la vida no se te hará fácil como crees en este momento, aparecerán muchas dificultades, pero luchar contra estas dificultades y doblegarlas es la forma más elevada de felicidad humana, siempre que lo intentes, algo aprenderás con el esfuerzo. Aunque es bueno que comprendas que la vida no tiene edad somos nosotros los que determinamos lo que seremos hoy y mañana, que el futuro esta en nuestras manos. A troves del ahora que vivimos y transformamos.

Es en esta etapa amigo adolescente, que una ventana se te abre al mundo, donde se te revela un paisaje nunca visto y que esta lleno de secretos, tal vez algo difusos, porque es

un mundo de grandes incógnitas, pero que llenas de anhelos y esperanzas porque:

***... Cuantas ahogadas esperanzas
cuantas auroras tan necesarias en el
corazón, se revuelven en el fondo del
adolescente, como queriendo surgir
intentando la vida que aparecerá como
nueva luz en azul profundo
del que comienza la existencia ...***

Carlos Buosoño.

*Adolescente dejas tras de ti una etapa de tu vida, para transitar un puente hacia tu
realización personal:*

***Cruzo el puente
y dejo atrás
la inocencia
la frescura del capullo
inventos, fantasías,
luz, sombras,***

**voz, inquietud,
veo ante mi
el andar solitario
la duda.**

Debora Matheus

Amigo tu niñez queda atrás y pasas de un camino a otro, cambiando tu sonrisa de niño por tu determinación de adolescente.

**Vinieras y te fueras dulcemente
de otro camino
a otro camino. Verte
y ya otra vez no verte.
Muchacho que sería yo mirando
aguas abajo la corriente
y en el espejo tu pasaje
fluir, desvanecerse.**

Vicente Alexandre.

Ahora es el momento, solo tu puedes conseguir lo que te propones, es el momento en el

que tu puedes decir con orgullo:

... Ahora el tiempo es mío...

Soy yo.

Bibliografía

BOSMANS P. El Derecho al Amor. 1a. Edición. Abril 1988. España.

CASANOVA F. Psicología Evolutiva del Adolescente. Edic. Paulinas. 5a, Edición. Bogotá. Colombia.

GIBRAN K. Obras completas. El Profeta. Vol. 1. 1982 España.

MATHEUS D. Rumores Terrenales. Edic. Mucuglifo. 1991. Mérida. Vzla.

SCHMITH C. El Secreto de Realizarse. Edic. Paulinas. 1986. Sao Paulo. Brazil.

VICTORINO DE ARCE. Como dialogar con los adolescentes. Edic. Paulinas. 1988. España.

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Home](#) "" """"""> (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small home server, if it's Linux, we know it).[.ar](#).[.cn](#).[.de](#).[.en](#).[.es](#).[.fr](#).[.id](#).[.it](#).[.ph](#).[.po](#).[.ru](#).[.sw](#)

Capitulo Nº 2: Las Crisis, El Adolescente Y la Sociedad

[La crisis social](#)

[El adolescente en la crisis social](#)

[Crisis de identidad](#)

[El adolescente en la crisis familiar](#)

[El adolescente ante la crisis del adulto](#)

[La crisis adolescente y la violencia](#)

[Conclusión](#)

[Bibliografía](#)

Dra. Irene Sáez García

La crisis social

Vivimos en un período histórico marcado por profundos cambios, que en el discurso actual se nombra como Revolución Científico Tecnológica, Cuarta revolución Industrial, Era Post-Moderna, etc.; caracterizada por el desarrollo del flujo tecnológico en todas las áreas de las ciencias, que se sustenta en la competencia por las fuentes de energía, la vertiginosidad de las comunicaciones, la movilidad económica, la aceleración sin pausa de los mecanismos de producción y consumo, la visión fantástica de la Informática, el ritmo de crecimiento del producto territorial bruto, entre otros; que convierte a la sociedad en un sinónimo de velocidad que a su vez contrasta con el poder adquisitivo y estado de pobreza de la mayoría de la población mundial, careando amplios desniveles en la calidad de vida del ser humano, lo que imprime un sello de incertidumbre en el proceso social, generando acontecimientos que reflejan la crisis: luchas sociales, terrorismo, violencia e inseguridad en una sucesión instantánea, discontinua, intercambiable, que nos lleva a meditar sobre las posibilidades del futuro y sus perspectivas...que necesaria y esperanzadoramente debemos mirar fuera de la dimensión de lo positivo o negativo, para orear realísticamente que el mundo del mañana no será mejor, ni peor que el de ayer o el de hoy, sino que será complejamente diferente.

El adolescente en la crisis social

La población mundial, en particular la perteneciente a los países en vías de desarrollo, se encuentra constituida por menores de 15 años, y del 20 al 25 % pertenecen a la edad

adolescente, que por definición de la Organización Mundial de la Salud, es la comprendida entre los 10 y 19 años. Esto constituye un factor de tensión y presión social para las perspectivas económicas, políticas y sociales en general. Pero más allá del aspecto demográfico y de lo que este significa, los adolescentes adquieren en estos días una nueva presencia conceptual como fermento renovador y creador que se revela en el discurso actual, dando relevancia a las "búsqueda múltiples teorías que intentan explicar el fenómeno del comportamiento en esa edad y que se dimensiona como etapa de rebelión, pensamiento utópico, visión hedonista, sentimiento de anomia, nueva espiritualidad, conflicto con los valores tradicionales: y todo ello girando en la "búsqueda del yo", agrupados en un espacio, en un lenguaje, en una música, en una idea, en una vestimenta, en un deseo ambivalente de fuga e inserción ambiental que imbrica la crisis individual del adolescente con la crisis social, donde se vislumbra un panorama imprevisible. incierto, que solo brinda estructuras deficitarias para cimentar los sueños y las realidades del presente y futuro.

Crisis de identidad

El ser adolescente implica abordar un nuevo pensamiento, aceptar un cuerpo con cambios, canalizar una sensibilidad, y el adoptar actitudes frente a si mismos y a los demás; por lo que en este proceso necesita y busca "Identidades" que lo ayuden a estructurar su personalidad, integrando en si diversas formas del ambiente social que lo rodee y que

simbolicen metas o ideas significantes para él.

En este proceso de búsqueda de identidad, el adolescente encuentra multitud de "modelos" con el problema de que muchos resultan incongruentes con su meta de desarrollo personal, ya que observa y a veces internaliza un mundo que preconiza el poder del dinero sobre los valores espirituales, la victimización del más débil, la guerra por ambiciones territoriales y económicas, la mediatización del sistema político y judicial, la expansión del comercio de la droga, la violencia como estrategia para superar carencias materiales y/o afectivas, la erotización indiscriminada, que vende una sexualidad genitalizada; la promoción de ídolos de imagen ambigua, la exaltación de los medios de comunicación social hacia el consumismo alienante, el escándalo y la frivolidad de una minoría por encima del logro y el trabajo creador de quienes realmente están aportando algo positivo a la sociedad.

En consecuencia, el adolescente se encuentra ante la disyuntiva de adaptarse a los modelos propuestos o el rebelarse en la búsqueda de su propia verdad, lo cual es una situación difícil que él transita mediante conductas expresivas de su gran conflicto que se manifiestan por evasiones como el consumo de drogas, ideas y acciones autodestructivas, rebeldía y excepticismo ante todo lo establecido, aislamiento, tristeza, depresión, fanatismo, adhesión a sectas religiosas o grupos de protesta ilegales en el orden político y social, como guerrillas, terrorismo, pandillas defectivas y otras conductas que inciden en

el dono personal y social.

Otra situación que convive con lo expuesto es la planteada en referencia a:

El adolescente en la crisis familiar

La sorpresa y confusión que produce en los padres y otros miembros de la familia los cambios conductuales del adolescente, enfatizada por la transformación puberal, es un punto de resalte para conflictos difíciles de manejar, generando un clima de crisis materializado en altercados, posiciones equivocadas sustentadas en la incompreensión, que para nada contribuyen a la adecuada adaptación psico-social del adolescente.

Para el individuo desde el momento que nace, la familia es el escenario natural para su actuación de "ensayo y error", que le brindará la sustentación en la cual elaborar su esquema conductual, basado en la conformación de su proceso de identidad sexual y desarrollo cognoscitivo, todo en un ambiente que siempre tiene fluctuaciones propias de la dinámica familiar.

El adolescente en su necesidad fundamental de independencia, visualiza la intervención de los adultos de la familia como un deseo de cortar su voluntad, ideas y pensamientos, lo que enfrenta con actitudes de rechazo, silencio, hostilidad, rebeldía, e incluso negación del

electo que acentúa el conflicto, puesto que el tiempo que el adolescente reclama independencia para actuar, se acentúan sus necesidades económicas que suelen ser a veces muy exigentes (costos de los estudios, vestuario, diversiones, etc.), y los adultos se sienten "utilizados" sin la compensación afectiva y de sometimiento a normas, típico de la edad infantil.

El adolescente requiere de un ambiente familiar flexible, con pauta que señalen afecto, preocupación y respeto a la individualidad y necesidades propias de la edad, donde la comunicación franca de sentimientos sea la pauta para enfrentar cualquier situación conflictiva.

Así mismo, la familia debe comprender que asumir posiciones inflexibles, estrictas y muy prohibitivas, cierra el camino al desarrollo personal sano y que por el contrario, asumir posiciones liberales, consentidoras, laxas o muy permisivas, suscita en el adolescente la sensación de falta de amor y el desmoramiento de la autoridad paterna.

Es imperante la realización de una negociación donde los problema confluyentes de padres o adultos significantes y adolescentes sean la base para abrir el camino de una fluida conversación que aminore las dolorosas interrogantes de parte y parte sobre aspectos múltiples: sexualidad, profesión, tiempo libre, drogas, salud general, decisiones, apoyo mutuo, plan de vida, etc., como única salida a la angustia existencial

intergeneracional.

El adolescente ante la crisis del adulto

Los padres del adolescente generalmente se encuentran entre el final de la tercera y la mitad de la cuarta década de su vida, momento en el que usualmente revisan sus logros en la perspectiva de las metas ideadas durante la edad juvenil, que confluye con las manifestaciones de la edad madura: pérdida de la imagen tónica y elástica de los veinticinco años, disminución de la energía y potencia sexual, dejando atrás en el caso del hombre las proezas erectivas que reforzaron su imagen masculina; y dejando atrás en el caso de la mujer, el atractivo de un contorno físico estilizado y sexy que le reforzaba su imagen femenina; además, se suman las frustraciones, decepciones y el esfuerzo permanente de un camino trajinado para enfrentar las responsabilidades adquiridas descuidando su persona, deseos y metas individuales; encontrándose en el momento en que se detiene a mirar su vida, con el impacto de tener que enfrentar a un adolescente también en edad de crisis.

El adulto en la crisis de la edad madura, rara vez concientiza esta situación y busca mecanismos de compensación inconsciente que drena en su hijo adolescente y se expresan en:

- Satisfacción ante el abierto desafío que el adolescente ejerce frente a la norma social y celebra conductas agresivas, el machismo, acciones delictivas contra la propiedad de los que tienen mas, etc.

- Imposición al adolescente de metas o ideas que él no logró: de allí que lo orientan incluso desde niños a determinada profesión o actividad, por ejemplo, ser Médico, Abogado, Ingeniero, Pianista, Deportista, etc.; buscando en el hijo el éxito en las metas frustradas.

- Compensación ante complejos de inferioridad, baja autoestima, sentimientos de ser rechazado y otros problemas que el adulto refleje en su trato con el adolescente agredéndolo, desvalorizándolo, interfiriendo en su desarrollo personal; para que en comparación, su figura paterna o materna brille como "ideal".

- Sustitución en el adolescente de un amor de pareja ausente o perdido, manifestado en padres divorciados, padre o madre solteros, haciéndolo partícipe de su conflicto, asignándole papel de "compañero (a)", "amigo (a)", "hombre o mujer de la casa", "mi único apoyo"; exigiéndole una atención, afecto, tiempo y actitudes que no están acordes con la madurez emocional del adolescente y cortando su incorporación al grupo, acercamiento a los pares del sexo opuesto, independencia emocional e incluso en casos graves interfiriendo en el proceso de identidad sexual sano y equilibrado.

- *Actuación competitiva con el adolescente, rivalizando en vestimenta, lenguaje, conquista de amigos muy jóvenes, centrando la atención del grupo adolescente que rodea o comparte con su hijo (a), todo como reflejo de una inseguridad y nostalgia por la juventud perdida, que viene a reforzar una situación de por si ya conflictiva.*

- *Extensión de si mismos: en el caso de padres muy "satisfechos" de sus vidas que desean hijos que continúen sus logros, conceptos, ideas, profesión, preferencias personales en todos los ámbitos, incluso el sexual, con el deseo inconsciente o consciente, de prolongar su vida a través de la de su hijo, dificultando su proceso de independencia y el asumir decisiones personales; originando en muchos casos problemas psicológicos en el adolescente que no se siente apto para cumplir las aspiraciones paternas, que se aúnan a sentimientos de fracaso.*

- *Proyección de frustraciones, dudas y conflictos del adulto sobre el adolescente, dándose el caso por ejemplo, de madres excesivamente preocupadas por las características físicas de su hijo en relación al tamaño del pene "es pequeño" y consulta médicos una y otra vez, cuando en realidad es ella la que tiene conflictos en el aspecto sexual con su pareja. Otro ejemplo es la madre o el padre muy preocupados por el ligero sobrepeso de su hijo (a), y lo somete a dietas estrictas, lo llama gordo y le desvaloriza su imagen con frecuencia, cuando en realidad son los padres que están drenando su deseo de mantener una autoridad extrema en todo lo que se relacione con el adolescente, incluso en lo que come.*

Otra situación relacionada con la proyección, es cuando los padres utilizan al adolescente para drenar problemas o conflictos de párela, desviando su agresividad y violencia contenida de la pareja al hijo, endilgándole errores y equivocaciones de manera persistente.

Todas esta manifestaciones de una crisis adulta mal llevada, que se refleja en el adolescente, se pueden resolver en la medida que los padres concienticen y manejen adecuadamente sus problemas, por lo que este es un tema que no debe ser olvidado cuando se hable de dinámica familiar en la perspectiva de íter actuación con el adolescente.

La crisis adolescente y la violencia

Es otra situación generada en el proceso de rebeldía mal canalizado, donde pueden influir "modelos conductuales" familiares, incapacidad para la postergación y deseos incontrolados de gratificación inmediata ante situaciones de injusticia social, doble moral del adulto y la sociedad y frustraciones personales.

La violencia es por definición muy completa, debido a los múltiples factor que interactúan en su expresión, y actualmente no se dimensiona en la impulsividad o agresividad, sino que se entiende como la manifestación de un proceso elaborado en base a la energía

física y psicológica dirigida a satisfacer aspectos considerados relevantes dentro del logro personal y social, siendo así que tiene un puesto relevante en el contexto político (guerra, guerrillas, terrorismo, atentados, magnicidios, represiones de protestas, etc); legal (represión, imagen de actuación policial, ambiente carcelario, etc.); cultural (relacionado con la imagen de poder, de fuerza, de machismo y como vivencia diaria, ante la noticia de asesinatos, torturas, violaciones), etc.

En el origen de la violencia se describen factores que promueven o determinan la conducta violenta del adolescente, y son:

Estímulo positivo de la conducta violenta, por parte de la familia o de la sociedad: como es el caso del niño al que le refuerzan las conductas violentas con otros niños y lo gratifican, o el caso del adolescente que percibe la impunidad del agresor (violador, asesino, destructor de propiedad ajena, etc.), que no recibe sanción en la comunidad y muchos menos judicial por manejar buenas "conexiones o influencias".

- Incorporación de "modelos violentos": que ha observado desde la niñez en el medio familiar, o en los medios de comunicación (películas), o en su ambiente comunitario, donde el agresor es exaltado y no es castigado.*
- Sentimientos de frustración intensa ante la agresión recibida en la infancia*

(maltrato físico, emocional y sexual), que genera la perpetuidad del ciclo de violencia o la frustración generada por el ataque físico o verbal recibido en la edad adolescente.

- El acceso fácil a instrumentos diseñados para la violencia, como armas de fuego, arma blanca, manoplas, etc., que refuerza al ser llevados encima la sensación de mayor poder para ejercitar la violencia.*
- Condiciones de pobreza, que favorecen la falta de perspectivas de obtener en base al trabajo y la superación técnica o profesional, aquellos objetos promocionados como índice de alto nivel social (automóviles lujosos, ropa costosa, joyas, etc.), por lo que el adolescente puede percibir en la "vía fácil" del robo y asesinato el medio para poseer lo que desea y poder "proyectar una imagen" que es valorizada en la sociedad, bajo la premisa de "cuanto tienes, cuanto vales".*
- El consumo de drogas, que facilita y desinhibe la tendencia a la conducta agresiva.*
- El impacto emocional de alguna situación que genere violencia, como es el ataque por parte de otros a un ser querido, o el estar en una dinámica de grupo*

que actúa con violencia, como son las protestas y manifestaciones no pacíficas.

- El estímulo grupal, cuyos miembros ejercen una conducta violenta como expresión usual ante diferentes situaciones, lo cual resulta un ejemplo y una presión negativa que incide en la conducta del adolescente.

La prevención de la violencia, donde el adolescente es protagonista como víctima y victimario, se debe efectuar:

1.- Promoviendo factores protectores generales que brinden al niño y adolescente las condiciones adecuadas de vida a que tienen derecho.

2.- Promoviendo las actividades en adolescentes que favorezcan el drenaje sano a tensiones y exceso de energía, como lo es la práctica deportiva regular.

3.- Promoviendo el castigo y rechazo a los "modelos violentos".

4.- Respetando la normativa legal que impide a los menores de edad llevar armas de fuego, y prohibir el porte de armas blancas y otros instrumentos de agresión.

5.- Promoviendo en los adolescentes valores reales en las cuales ellos puedan sustentar la estructuración de un estilo de vida sano.

6.- Fomentando en los adolescentes la conciencia social, favoreciendo la formación de grupos juveniles que actúen en ayuda comunitaria.

7.- Promoviendo definitivamente una política socio-económica que disminuya la injusticia los profundos desniveles sociales.

Conclusión

Frente a las crisis del adolescente, ellos deben disponer de información y orientación para enfrentar las situaciones y dificultades que se les presenten, de esta manera y entendida la educación como un proceso continuo, es que debemos asumirlos responsables de orientar, informar y educar adolescentes, el promover un clima familiar y social que calme sus angustias, que proporcione modelos de comportamiento adecuado, facilitando una toma de decisiones acertadas que aumenten sus oportunidades y horizontes tanto en su vida presente como futura.

Bibliografía

1.- Barrera Y., G.; Kerdel V., O.: El Adolescente y sus Problemas en la Práctica. Monte Avila Editores. Segunda Edición. 1986. Caracas (Venezuela).

- 2.- *Jaimes J.: La Reeducación. Diseño del Problema Juvenil. Div. de Publicaciones. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. 1974. Caracas (Venezuela).*
- 3.- *Torres Rivas; Bronfemayer: Escépticos, Narcisos, Rebeldes. FLACSO. 1988. San José (Costa Rica).*
- 4.- *Cueta, J.: Mitologías de la Modernidad. Temas Claves. Colección Salvat. 1982. Barcelona (España).*
- 5.- *Friedman, H.: Desarrollo Social del Adolescente sobre Perspectiva Mundial. Consecuencias para una Promoción intercultural de la Salud. Estudio presentado en la Conferencia "Salud y Desarrollo del Adolescente. Enfoque Centrado en las Américas. OMS/ Washington. D.C. (U.S.A.). Marzo 1992.*
- 6.- *Curi, R.: El Adolescente y la Familia. Conferencia inaugural del III Congreso Brasileiro de Adolescencia. 1989. Porto Alegre, Río Grande do Sul (Brasil).*
- 7.- *Curi, R.: El Otro Lado de la Moneda. Niños y Niñas de la Calle y SIDA. Conferencia del I Congreso Internacional de Niños y Niñas de la Calle. Junio 1990. San Francisco, California (U.S.A.).*

8.- Franco, S.: *Violencia y Adolescencia. Publicación OPS/OMS. Washington, D.C. (U.S.A.). 1982.*

9.- Sangredor, J.: *Interacción Humana y Conducta Social. Colección Salvat. 1982. Barcelona (España).*

10.- Aranguren, J.: *Bajo el Signo de la Juventud. Colección Salvat. 1985. Barcelona (España).*

ISG/cm.
19-07-93

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Home](#)"" """"> (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small home server, if it's Linux, we know it).[ar](#).[cn](#).[de](#).[en](#).[es](#).[fr](#).[id](#).[it](#).[ph](#).[po](#).[ru](#).[sw](#)

Capítulo Nº 3: Adolescencia y sexualidad actitudes y angustias

[Actitudes del adolescente frente a la sexualidad](#)

[Actitudes sexuales del adolescente frente a problemas no sexuales](#)

[Angustias del adolescente frente a su sexualidad](#)

[Bibliografía](#)

Dra Irene Sáez García

La etapa puberal y sus cambios implican el inicio de una intensa sexualidad. con múltiples aspectos y sentimientos relacionados, que según su desarrollo, manifestación y adaptación, influyen en todo el ámbito personal y social del adolescente, repercutiendo incluso en su vida adulta. (1) (2).

Actitudes del adolescente frente a la sexualidad

Las actitudes sexuales al ser determinadas en su mayoría por la aceptabilidad o el rechazo social, tienen una variabilidad que es local según el país o la región, temporal según la época o momento histórico y personal que depende de la edad y los conceptos

particulares de orden filosófico, ético, moral, religioso. (2).

Dentro de las amplias conceptualizaciones que sobre la sexualidad se discuten en la actualidad, las posiciones tienen matices que oscilan desde el criterio que todo comportamiento sexual es válido y sano, si no causa daño a los demás, ya sea en el orden físico o moral, hasta el otro extremo, donde se mantiene el criterio de que fuera del matrimonio no puede admitirse ninguna manifestación de la sexualidad.

Los adolescentes dentro de cada individualidad particular manifiestan actitudes sexuales variables según la etapa que viven, diferente si es un adolescente temprano (10 a 13 años) o de la etapa media (14 a 17 años), o tardía (18 y más); lo cual está muy relacionado con su Desarrollo Moral, que fue descrito por el Dr. Kohlberg en 3 períodos:

Pre-Convencional: *Característico del pro-adolescente donde las interpretaciones son en base a lo inculcado por su familia, generalmente manejado con el concepto de "bueno y malo" y reforzado con el "premio y castigo".*

Convencional: *Se observa en el adolescente temprano y medio, quien todavía mantiene un respeto a las expectativas y reglas familiares, grupo, país, como expresión de acato al orden social.*

Post-Convencional: *Se presenta al final de la adolescencia, cuando ya la persona tiene*

conceptos propios y toma decisiones independientes del grupo y de la familia.

La adolescencia es un periodo decisivo de la evolución sexual y el hombre y la mujer a medida que transcurren esos años tiende a cuestionar y alejarse de las normas familiares, para establecer una actitud personal en base a un razonamiento propio.

Cuando se conversa con adolescentes en general, pareciera que son amplios y tolerantes ante las diferentes expresiones de la sexualidad, pero cuando se efectúan dinámicas que favorecen sus comentarios analíticos referentes a las responsabilidades inherentes a la práctica de las relaciones sexuales completas (coito) y sus repercusiones en el ámbito personal, familiar, académico, de futuro individual y de pareja; se muestran entonces con tendencia a reconocer que no están preparados ni maduros para asumir la relación sexual y que prefieren orientar su energía en actividades que favorezcan su desarrollo personal en esta etapa de sus vidas.

Relacionado con lo anterior, debemos conocer que dentro de las características psico-sociales del adolescente, según sus circunstancias e intereses, éste puede cambiar de opinión en secuencia rápida (manifestaciones conductuales contradictorias), manejando además sentimientos de omnipotencia e invulnerabilidad que influyen en sus actitudes sexuales: por lo que la orientación y educación en sexualidad debe constituir un proceso continuo y adaptado a cada etapa de la adolescencia, si es que en verdad deseamos

resultados exitosos, que al final deben generar cambios de actitudes y comportamientos que los alejen de las conductas de alto riesgo en salud sexual y reproductiva.

Actitudes del adulto frente a la sexualidad del adolescente

La sexualidad del adolescente y sus intensas manifestaciones, al ser expresadas generan ansiedad, disgusto y rechazo por parte de los adultos, fomentando el temor, culpa o vergüenza en los jóvenes: lo cual induce al ocultamiento del sentir, que dificulta la comunicación y el desarrollo de una sexualidad bien orientada por la familia. (3).

En general, los adultos en su papel de padres, o como profesionales, ya sea en el área de Educación o Ciencias de la Salud, se muestran inciertos hacia las actitudes que deben asumir frente a la sexualidad del adolescente, donde confluyen el ambiente social y la promoción de libertades sexuales frente a los propios valores, realizaciones y conflictos sexuales no resueltos quizás también desde la etapa adolescente, que movilizan sentimientos ambivalentes frente a sí mismos, sus hijos y los adolescentes con quienes tienen responsabilidades profesionales. (1) (4).

Lo anterior se renga en que suelen ser observadores que a veces son críticos adversos, o por el contrario, amplios con la sexualidad de los adolescentes hilos de los demás, pero con los propios generalmente asumen actitudes restrictivas, fuertes o de negación, muy

consecuentes con la conducta en educación sexual familiar que ya habían asumido frente a su hijo adolescente desde la niñez, caracterizada por la evasión, el engaño y la represión (2) ante la natural curiosidad y manifestaciones de la sexualidad infantil.

Otra actitud ambivalente de los adultos está relacionada con el rol sexual de los varones y mujeres, por lo que a los varones desde la adolescencia media se les estimula al inicio temprano de la actividad sexual, para que "demuestren ser hombres", sin tomar en cuenta su preparación, madurez y disposición personal en el ámbito físico y emocional; pero en el caso de no hacer lo anterior, también asumen una actitud de franca tolerancia permisiva, cuando se descubre que el adolescente varón ya inició tempranamente la actividad sexual, eludiendo además la responsabilidad de orientarlo sobre los problemas relacionados, por Ignorancia o comodidad. Pero con la mujer adolescente, la actitud es otra muy diferente, en resguardo del concepto "ideal de pareja femenina para el matrimonio", cuidado de la integridad himeneal (virginidad) muchas veces a expensas de descuidar otros aspectos fundamentales de la sexualidad femenina, como el concepto de desarrollo personal, autoestima, información adecuada sobre dinámica de pareja, matrimonio, cuidados de salud integral, y en especial la sexual y reproductiva.

Por todas las divergencias expuestas y muchas otras de orden social y cultural, se deduce que los adultos ameritan de información y orientación para resolver sus propia conflictiva en el ámbito sexual y personal, para capacitarse en la orientación de niños y adolescentes

y contribuir al desarrollo de una sexualidad sana en estas edades que sea un punto más de equilibrio para su desarrollo personal en la edad adulta.

Actitudes sexuales del adolescente frente a problemas no sexuales

*- **Para enfrentar la sociedad:** La doble cara social que por un lado favorece la liberación de las costumbres, la pornografía, promoción del erotismo en todos los aspectos de comunicación, como lo es la publicidad comercial, canciones, películas, aunado a la valoración de la belleza física como foco para el deseo sexual, etc.; pero que por otro lado critica de manera agresiva a los educadores sexuales, que restringe el acceso de los adolescentes a servicios que orientan sobre salud sexual y reproductiva, que considera tema "taboo" hablar de sexo en la familia y escuelas; es a todas luces manifestación de una moralidad dual que muchos adolescentes enfrentan demostrando su "independencia de las normas sociales", iniciando su liberación sexual, debido a la falta de orientación adecuada e interpretación errónea de lo que es libertad personal para decidir dentro de la sociedad. De allí que se impone trabajar con adolescentes en el análisis crítico de los mensajes de los medios de comunicación y la doble moral social, para que ellos NO sean receptores pasivos y tengan la oportunidad de decidir en base a un razonamiento propio, pero sobre las bases de una información cierta y sustentada en verdaderos valores, cónsonos con lo que es*

desarrollo humano.

*- **Para ser aceptado por el grupo:** La presión negativa de las amistades del adolescentes puede fomentar conductas tendentes al inicio de la actividad sexual completa (coito), para que éste no sea menos que los otros de su grupo ya iniciados y poder ser aceptados, compartiendo "oportunidades" de diversión y el pertenecer e integrarse sin contradicciones que lo marginen. De allí que en orientación sexual para adolescentes debe incluirse dinámicas que favorezcan la resistencia a presión negativa de grupo, que pueda inducirlos a conductas de alto riesgo en salud sexual e integral.*

*- **Para enfrentar los sentimientos de soledad, baja autoestima o el rechazo de pareja:** El adolescente puede iniciar relaciones sexuales por motivaciones ajenas a sus necesidades físicas y emocionales, solo por atender la manipulación de una pareja que lo amenaza de dejarlo (a) si no "hacen el amor". que le exige "demostraciones" de su afecto, sumado al temor de quedar solo, posiblemente por arrastre de una carencia afectiva familiar desde la infancia que le genera además sentimientos de desvalorización: "Si me deda ¿Quién me va a querer?", originándose una cadena que le entorpece asumir individualmente sus decisiones de conducta sexual.*

En orientación y educación sexual por lo tanto determinan el trabajar con adolescentes en el refuerzo de su autoestima, comunicación y asertividad como áreas fundamentales de la estructura personal del adolescente.

*- **Para huir de la familia:** Algunas adolescentes. principalmente mujeres que tienen un ambiente familiar conflictivo, agresivo y maltratador, que puede incluir el abuso sexual, suelen buscar la relación de pareja con el deseo inconsciente de quedar embarazadas para ser rechazadas del seno familiar, o para buscar el afecto y la protección de la que carecen, o por el simple deseo de huir, muchas veces para dedicarse a la prostitución como medio de vida, que le brinda un "ambiente más protector" que el vivido al lado de su familia. Por ello es necesario trabajar con el adolescente en el contexto de su familia, explorando a fondo la dinámica de funcionamiento y su problemática.*

*- **Para confirmar su femeneidad o masculinidad:** Los adolescentes influidos por la relación desvirtuada y exclusiva que a veces se hace de genitalidad y sexualidad, desconocen que la sexualidad incluye el acto sexual y mucho mas dentro de la amplia dimensión que es el ser humano en su esfera biológica, emocional, espiritual, social y cultural.. El adolescente, al aceptar estos conceptos divorciados de la realidad, cree que el practicar el sexo (coíto) le hará más hombre o más mujer, según el caso; por lo que en educación sexual es*

necesario promover que los adolescentes redimensionen sus conceptos básicos en cuanto a sexualidad y desarrollo personal. (5)

Angustias del adolescente frente a su sexualidad

Los sentimientos y emociones que acampanan a la pubertad y sexualidad del adolescente son diversos y marcados por "mitos" o "creencias" que evocan desde su etapa infantil, muchas veces reforzados por la desinformación que obtienen al intentar conocer detalles que le expliquen su sentir: de allí que muchas de sus interrogantes quedan en el aire, generando angustias que de no ser bien orientadas, pueden dificultar el desarrollo de una sexualidad sana.

Las angustias más frecuentes que se detectan en la practica, cuando nos comunicamos con adolescentes, son en referencia a:

*- **Cambios puberales y "normalidad":** Los varones y mujeres en etapa puberal presentan cambios físicos muy rápidos, relacionados con el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, que para la mujer son los cambios en la apariencia de sus mamas, que evolucionan del aspecto infantil al botón mamarlo, para crecer gradualmente y alcanzar las características de la mama adulta; observa también cambios en sus genitales externos, sobre todo en*

cuanto al crecimiento del vello pubiano y además la redimensión de sus formas corporales, con aumento del diámetro de la cadera, estirón de talla para alcanzar su estatura de adulta y el suceso central de la pubertad femenina, que es la aparición de la menarquia o primera menstruación. En cuanto al varón, el inicio puberal está marcado por el aumento del tamaño testicular, que progresivamente continúa este proceso acompañado por la salida del vello público, el crecimiento en longitud y grosor del pene, la aparición del vello facial, el cambio de voz, la presencia de las primeras eyaculaciones, la redimensión de su aspecto corporal con adquisición de mayor musculatura y aumento de estatura para el logro de su talla adulta.

Pero todos estos cambios descritos de manera rápida, tienen individualidades en referencia al momento o edad de aparición, pues algunos adolescentes dentro del rango de normalidad pueden estar entre los maduradores tempranos, o los maduradores tardíos, que al compararse con los que inician su pubertad a una edad promedio, pueden pensar erróneamente que algo no funciona bien en su desarrollo puberal; de allí que el conocer los cambios puberales y sus fases en varones y mujeres es absolutamente indispensable para todo el Equipo de Salud, de manera de poder explicar al adolescente este aspecto tan importante y tranquilizar sus angustias al respecto. (1) (6) (7)

- Aspecto Físico, Autoimagen y "Normalidad": Los adolescentes en la búsqueda

de su identidad, tienden a compararse físicamente con otros adolescentes o a aplicarse patrones de belleza física que difunden los medios de comunicación, como "Valor social" fundamental para ser mejor aceptados y tener una imagen de éxito, conseguir amor, etc. Por lo anterior, el proceso de aceptación de cambios puberales y su adaptación a la nueva imagen se relaciona con los conceptos que tenga el adolescente sobre "normalidad" física o aspectos estéticos aceptables, lo que puede generar si no es bien orientado, problemas de autoimagen en relación al peso ideal, pensando que la extrema delgadez en la mujer y la gran masa muscular en el hombre es lo más deseable; en relación a la fauna y tamaño de las mamas, generando deseos de cambios quirúrgicos en la mujer con mamas de dimensiones adecuadas para su estructura corporal, pero que ella desea agrandar para ser más "sexí", presentándose también otros casos que sí tienen indicación médica para aplicar corrección quirúrgica, en el diagnóstico de Hipertrofia Virginal de mamas, o el caso de Ginecomastia (crecimiento de la mema en el hombre púber), que no involuciona espontáneamente, como es lo usual, y que altera su Imagen de masculinidad

Otros aspectos físicos que generan angustias, son en relación al tamaño "normal" del pene, pues algunos adolescentes se comparan con otros, que aun cuando sean de la misma edad, se encuentran en una fase de desarrollo puberal mas avanzada; también las mudares en relación a la aparición de la primera menstruación se comparan y consultan

alarmadas porque "todas mis amigas ya tuvieron su primera regla, y yo no", desconociendo también las diferencias individuales de las fases puberales.

La presencia de Acné es otro problema que altera la autoimagen del adolescente y requiere de tratamiento médico adecuado, dándole dentro de los diagnósticos clínicos la prioridad que merece y no menospreciando su importancia, pues los adolescentes sufren los barros y espinillas como algo esperado en la adolescencia, soportándolo a veces estoicamente y en otros casos sembrando el germen para problemas depresivos, que deben ser detectados oportunamente

*- **Expresiones de la Sexualidad y "Normalidad"**. Las expresiones fisiológicas de la sexualidad humana, se modulan por la influencia socio-cultural en la cual se desenvuelve el individuo, y es allí donde se origina su patrón de conducta sexual, que se define como tal precisamente en la edad adolescente por experiencias de "ensayo y error" que en fauna de proceso evolutivo lo conducirá a su definición sexual tanto en conducta como en identidad, y esto es lo que en la edad adulta de manera muy concreta le permitirá integrarse a la sociedad y ver al mundo como hombre o como mujer. (2) (3)*

El patrón de conducta sexual de una persona, al tener dentro de su definición la influencia decisiva del modelo socio-cultural, recibe también la aplicación del criterio de normalidad

social, lo cual va a determinar quedes lo aceptado y que no.

El criterio de normalidad (2) está determinado por las siguientes variables: Estadísticas - Tradicional - Filosófica - Legal - Etica -Moral - Religiosa y Medica.

Estas variables interactúan muchas voces de manera contradictoria en la definición del criterio de normalidad, lo cual sumado a las particularidades personales de quien lo aplica, genera en las personas dudas, confusiones y en el caso de los adolescentes angustias con respecto a las diversas expresiones de su sexualidad, lo cual puede generar, si no son bien orientados, patrones de conducta sexual que le impidan el desarrollo de una sexualidad acorde con un desarrollo personal pleno y equilibrado.

Las expresiones sexuales que generan mas conflictos y dudas en los adolescentes, son en relación a:

Masturbación, *definida como la auto-estimulación de los genitales, con el fin de lograr la sensación de placer, es una de las prácticas sexuales más frecuentes en la edad adolescente, y la que tiene a su alrededor mayor cantidad de prejuicios que la relacionan con problemas de salud física o mental. La realidad es que la masturbación es una válvula de escape a las tensiones. que abre el camino para el conocimiento de las sensaciones corporales y permite desplegar las alas de la fantasía erótica como parte del proceso*

evolutivo de la sexualidad y sus expresiones.

La práctica masturbatoria es considerada sana y normal, siempre y cuando sea una actividad privada que no interfiera con el ritmo de vida, intereses y actividades propias del adolescente. Cuando se presenta de manera compulsiva, repetitiva y que no es acompañada de las fantasías o tensión sexual que la desata, interfiriendo además con el ritmo de vida del adolescente, es que debe recibir orientación psicológica, ya que puede ser la manifestación de problemas relacionados o no con la sexualidad, como dificultades familiares, falta de afecto, sentimientos de baja autoestima, rechazo de grupo, etc., que generan tensiones que ameritan tratamiento especializado.

Pero el adolescente como producto de una desinformación puede también manejar conceptos equivocados acerca de la masturbación, que le originan angustias porque piensa:

En el caso del varón:

- Que quizás luego no pueda funcionar sexualmente con una pareja.*
- Que la pérdida frecuente de semen le pueda afectar la producción de líquido seminal y su capacidad para engendrar hijos en el futuro.*

- *Que pueda afectar su rendimiento estudiantil o deportivo.*
- *Que puede originar que su pene no crezca normalmente y se quede pequeño.*
- *Que no es "normal" si necesita masturbarse con cierta frecuencia*

En el caso de la mujer:

- *Que una "pervertida" si practica la masturbación.*
- *Que la estimulación del clítoris lo hará crecer en tamaño mayor al normal, causa por la cual algunas se niegan a permitir el examen ginecológico.*
- *Que luego puede interferir en su relación sexual de párela.*

Lo expuesto y otras razones reflejan que aún cuando ya se ha desmistificado la masturbación en cuanto a que produce locura, acné, la mano se pone pelada, etc., si se manejan aún conceptos que deben aclararse cuando se trabaja] a con adolescentes, para evitar sentimientos que luego si puedan originar conflictos que interfieran con una sexualidad plena en el futuro.

- ***Fantasías y sueños eróticos:*** *Algunos adolescentes se sienten preocupados*

porque en sus fantasías evocan a la persona que les gusta, desnuda o en situaciones relacionadas con el acto sexual, que incluso les produce para mayor preocupación, una sensación de excitación sexual, y esto les genera sentimientos de vergüenza o el sentirse unos "pervertidos". El adolescente debe conocer que la fantasía exacerbada en la adolescencia, no solo en relación a su sexualidad, sino en todo su ámbito de intereses, es una actividad normal, y sus reacciones fantasiosas son un mecanismo de compensación ante la realidad. las frustraciones, los deseos, y contribuye a enriquecer su vida personal, pues muchas veces puede sublimizar sus emociones, que se traducen en poemas, canciones, trábalo altruista; todo derivado de esas "visiones" tan propias de la edad.

- Lecturas o Videos Pornográficos: Los adolescentes, por su curiosidad habitual ante todo lo restringido, como es el caso de las llamadas "lecturas o películas para adultos", buscan con frecuencia la oportunidad para ver material pornográfico, lo cual les resulta muy fácil por ser de venta usual en puestos de periódicos y comercios de videos, pero luego se preguntan si es cierto que el ver este material "prohibido" les puede afectar su desarrollo, y se sienten culpables o mortificados por las consecuencias. En este caso los adolescentes deben conocer que la pornografía está dirigida exclusivamente a excitar sexualmente, y que representa al hombre y la mujer desde una perspectiva muy genital, lo

cual desvirtúa y desvaloriza concepto real del sexo, el acto sexual y toda la amplia gama de aspectos que involucra la sexualidad, como los sentimientos y emociones físicos y espirituales. El ver pornografía afecta al adolescente en la medida que fija los conceptos distorsionados que ese material difunde como base para el desarrollo de su sexualidad, de allí que debe ser orientado a evitar ser asiduo de pornografía.

*- **Temor Homosexual:** Los adolescentes que están pasando por un periodo vital de inseguridad con respecto a sus aptitudes e identidad sexual, muchas veces se preguntan "¿soy suficientemente femenina?" o "¿soy suficientemente masculino?", a lo cual se une el hecho de que circunstancialmente por oportunidad, curiosidad, relación amistosa estrecha con adolescentes de su mismo sexo, excesiva permisividad familiar para dormir fuera de su casa con los amigos (as) de igual sexo, pensando quizás que el riesgo de actividad sexual es mínimo, dificultad para relacionarse con el sexo opuesto y otras muchas razones, el adolescente puede en un momento dado tener experiencias homosexuales que le generan angustia intensa con respecto a su definición sexual y sentimientos de culpa y vergüenza en la medida que la experiencia le proporcionó placer.*

La actitud que generalmente muestran los adolescentes referentes a la homosexualidad

son ambivalentes, puesto que por un lado a veces opinan que cada quien debe tener libertad para actuar como desee, siempre que no perjudique a los demás, por otro lado satirizan y se burlan al máximo del adolescente amanerado o conocido por tener experiencias homosexuales, como defensa ante temores homosexuales inconfesados, que a veces en algunos adolescentes pueden ser obsesivos.

El temor homosexual se puede acentuar cuando el adolescente es víctima de acoso sexual por un adulto de igual sexo, o cuando sorpresivamente ante el abrazo o la manifestación de afecto de un amigo (a) del mismo sexo, siente placer físico, o cuando en el caso del varón, tiene imagen corporal alterada para su desarrollo mamario (Ginecomastia), pene que comparativamente con el de sus amigos el considera pequeño, o cuando recibe desvalorizaciones o desprecios repetitivos por adolescentes del sexo opuesto.

La tendencia hacia las experiencias homosexuales detectadas en la adolescencia, cuando se presentan de manera muy acentuada, repetida, acompañada de sentimientos afectivos profundos, generalmente tiene su origen en la infancia y se encuentra evolucionando desde la etapa pre-adolescente, con un significado y connotación diferente a la evolución sexual esperada en la edad adolescente, puesto que implica la presencia de otros problemas que han originado dicha conducta, como quizás:

- La carencia de ejemplo familiar con el cual identificarse en la etapa del proceso

de diferenciación sexual.

- La presencia de sentimientos ambivalentes hacia el padre, expresados con violencia y agresividad, que le hacen refugiarse patológicamente en la figura materna, generándose el germen de un problema identidad sexual.*
- El abuso sexual en la infancia, con la consecuente problemática psicológica en todas las áreas de desarrollo personal.*

En conclusión, las personas responsables de atender adolescentes, deben estar preparadas para orientar, informar y si es necesario referir para tratamiento, según la situación planteada por el adolescente en referencia a sus temores homosexuales.

Lo ideal es que al culminar la etapa adolescente, a los 19 años, también quede claramente definida la identidad sexual entendida como la plena satisfacción y aceptación de ser hombre o de ser mujer, que le permita proyectarse como tal en la sociedad y el asumir con plena conciencia y preferencia su heterosexualidad. Al adolescente que consulte o exprese experiencias homosexuales circunstanciales por las motivaciones antes mencionadas, se le debe orientar a fomentar su autoestima, ampliar y reforzar sus relaciones con el sexo opuesto de amistad, compañerismo, etc., como paso previo a la búsqueda de pareja en el momento oportuno; y debe evitar así mismo la situación que

favoreció su experiencia homosexual, meditar y conocer sus propios sentimientos y motivaciones de conducta sexual e ir desarrollando otras áreas de su personalidad que contribuyan a aumentar la confianza en si mismo.

Al adolescente que manifieste y en el que se detecten tendencias muy marcadas de mantener sus experiencias homosexuales, se le debe referir para tratamiento especializado, ya que aún cuando la homosexualidad no está definida como una enfermedad mental, si es considerada una desviación del patrón de conducta sexual establecido para los dos sexos. Se debe informar al adolescente que el persistir en su tendencia homosexual le llevará a una situación social que debe conocer para saber si está dispuesto a enfrentarla, como es el hecho de que recibirá rechazo en la mayoría de las oportunidades, que tendrá pocas posibilidades de conseguir pareja estable, que la promiscuidad será posiblemente el camino que seguirá en su deseo de buscar satisfacción sexual y afecto, que el sentimiento de soledad, de sentirse "diferente" y el ser objeto de sátiras y burlas serán sus acompañantes permanentes.

Por todo lo comentado, el equipo de salud tiene la responsabilidad de orientar adecuadamente el temor homosexual del adolescente, para que no repercuta en su salud sexual y reproductiva.

- Trastornos de la Función Sexual. *El adolescente ya iniciado en la relación*

sexual completa (coito), puede presentar dudas y angustias, derivadas de haber tomado una decisión sin estar lo suficientemente preparado para ello, muchas veces presionado por la párela o por el grupo. Las dudas surgen en diferentes aspectos, desde su motivación real para iniciar relación sexual, donde influyen la curiosidad, el deseo de placer, la necesidad de demostrar "algo", el sentirse enamorado; seguido en el momento preciso del acto sexual de otras dudas en referencia al temor por la desfloración o pérdida de la virginidad, al dolor físico, a la posición "Ideal" para realizar el coito, a ¿Cuándo tener relaciones para evitar el embarazo? ¿Cual es la mejor manera de conseguir o proporcionar placer? ¿Cuales son las zonas erógenas?, etc. Otras son dudas respecto a su actuación ¿Lo hice bien? Si deseo esto o aquello durante el acto sexual ¿Soy normal?, etc.

También el adolescente en la realización del coito, tiene el problema de que le es difícil encontrar el ambiente apropiado que garantice seguridad y privacidad, por lo que generalmente practican sexo con el temor de ser sorprendidos, apresuradamente, y esto unido a su inseguridad y temores, origina que puedan presentar trastornos, reflejos en el caso del varón como:

*- **Eyacuación precoz:** Definida como el hecho de que el hombre llegue al orgasmo y emisión de semen a los pocos minutos de iniciado el acto sexual, sin*

dar tiempo a la mujer para que logre su orgasmo. Es un problema frecuente en el adolescente que debe ser tratado, para evitar que se transforme en un problema permanente.

*- **Dificultad para obtener la erección:** Se presenta en el adolescente, debido a su inseguridad, timidez, temor excesivo sobre la impotencia sexual, acentuado por el fracaso para tener erección cuando se aproxima a la compañera sexual. En este caso, es importante que el adolescente disminuya su nivel de angustia que no racionalice tanto la importancia de la erección, sea menos inhibido, se refuerce en su seguridad personal y escoda una párela que en verdad sea de su gusto. Tenemos que recordar que a veces el adolescente con tensiones por alguna circunstancia que le afecte, el que se droga, el deprimido, pueden tener problemas de la función eréctil, como una manifestación de otro problema subyacente.*

La mujer adolescente que ha recibido formación tradicional en relación a los aspectos éticos y morales que se relacionan con la sexualidad, le es difícil asumir con verdadero placer su decisión de iniciar relaciones sexuales, y los sentimientos relacionados con la culpa, el pecado y la pérdida de la virginidad, le pueden originar trastornos como:

*- **Vaginismo:** Definido como la contracción involuntaria de los músculos*

vaginales, que produce un espasmo, impidiendo la penetración del pene.

- **Dispareunia.** *Es la sensación de dolor vaginal, generalmente de intensidad moderada o severa cuando se practica el coito. El dolor puede ser originado por una enfermedad de transmisión sexual, alergia a productos químicos, tumor, o cualquier otro problema de índole física en los genitales internos, pero también puede deberse a causas psicológicas derivadas de la culpa y la vergüenza.*

- **Ausencia de orgasmo.** *La mujer adolescente, puede tener dificultad para conseguir el orgasmo por muchas de las razones ya analizadas en otras situaciones, como el temor a la entrega total, al embarazo, a ser sorprendidas, a ser rechazadas si demuestran exceso de placer, y un sinfín de inhibiciones que pueden bloquearle el tener relaciones sexuales plenas y satisfactorias.*

- *El abordaje general de los trastornos de la función sexual en adolescentes, debe estar orientado a brindarla información y orientación que necesitan, a eliminar todas las dudas y desinformación que manejan, a analizar detenidamente sus motivaciones para tener relaciones sexuales, a conocerse mejor a sí mismos en cuanto a sus deseos y reacciones sexuales, a reforzar su autoestima, a solicitar ayuda especializada si el caso lo amerita.*

- **Otras Conductas Sexuales y "Normalidad".** Algunos adolescentes pueden presentar en su proceso de evolución sexual, tendencia a comportamientos menos usuales que suelen causar angustia, como lo son:
- **Tendencia masoquista:** Donde se consigne el placer sexual mediante el dolor buscado y sufrido en el orden físico (latigazos, mordiscos, golpes, etc.); en el orden psicológico (humillaciones, vejaciones, etc).
- **Tendencia sadista:** Donde se consigne el placer sexual, mediante el dolor infligido a otro.
- **Experiencias zoofílicas:** Cuando la persona realiza acto sexual con animales, lo cual puede verse en los adolescentes del área rural y se presenta como exploración inicial de su evolución sexual.
- **Tendencia voyeurista:** Es cuando la persona siente placer sexual al mirar a otra persona desnuda, sin que esta lo sepa, atisbándola a escondidas. Es una manifestación que se puede presentar con frecuencia en los adolescentes, producto de la curiosidad, tensiones excesivas y que puede originar conflictos severos, puesto que la sociedad lo percibe como un delito.
- **Tendencia exhibicionista:** Es cuando la persona siente placer sexual al exhibir

su cuerpo desnudo. Generalmente se presenta en personas que tienen dudas de su identidad sexual y necesitan reafirmarse con el asombro y susto de los demás. Pero el exhibicionismo en el adolescente también puede significar una forma de protesta social ante ciertas normas, lo que enfrenta practicando el nudismo fugaz (correr desnudo por una calle, desnudarse en un concierto de rock, en una concentración callejera, etc.).

- ***Tendencia fetichista:*** *Es cuando la persona obtiene su placer sexual mediante la manipulación de ciertos objetos que lo excitan, generalmente ropa interior del sexo opuesto.*

- ***Tendencia travestí:*** *Cuando la persona siente placer de vestir con ropas características del sexo opuesto, acompañado generalmente de manierismos. Esta tendencia puede presentarse sola o acompañada de inclinaciones homosexuales. Tenemos que considerar aparte el caso de la moda unisex, muy usada por adolescentes, para no efectuar conclusiones erróneas.*

- ***Conductas Relacionadas con el Abuso Sexual:***

- ***Tendencia pedofílica:*** *Cuando la persona busca placer sexual en las relaciones con niños. Esto puede verse en adolescentes muy tímidos inseguros, de bala*

autoestima, que ven en los niños indefensos, el terreno propicio para saciar su curiosidad sexual, manifestándolo de manera sutil (besos, caricias, manoseos, etc.), o de manera agresiva (violación).

*- **Tendencia a la agresión sexual:** Generalmente manifestada por el acto sexual violento (violación) que se practica con una persona que no ha dado su consentimiento para ello. El adolescente puede en un momento dado manifestar sus sentimientos de frustración, inseguridad, deseos de agresividad hacia la sociedad o la familia, con violencia sexual.*

Todas estas tendencias sexuales, al ser detectadas deben orientarse y tratarse con especialistas del área psicológica, para que no se transformen en desviaciones sexuales, y en el caso del abuso sexual, no se repita el delito que afecta de manera grave a otras personas.

En resumen, abordar los temas y angustias relacionadas con la sexualidad del adolescente no es fácil. El equipo de salud debe estar preparado para orientare Informar al adolescente y este debe comprender que sus experiencias, aciertos y errores, acerca de la sexualidad, son un camino a transitar que puede ser menos angustioso si recibe la orientación adecuada, en la búsqueda de una sexualidad más plena y feliz.

Para ello, la orientación e información en sexualidad debe respetar los siguientes principios:

- 1. Debe ser un proceso continuo que centre sus esfuerzos en el fomento de cambios de actitudes, lo cual se logra promoviendo la reflexión, el análisis, la responsabilidad y la formación de una escala de valores cónsonos con un desarrollo humano integral.*
- 2. Debe adaptarse a las diferentes edades infantiles y a cada etapa adolescente, según capacidad para entender, intereses y necesidades; con una metodología clara, pertinente y adaptada al ambiente socio-cultural en que se desarrolla el individuo.*
- 3. Debe ser una responsabilidad de todos los que se relacionan con adolescentes: padres, profesores, profesionales del área de salud y del área social; para lo cual es necesario promover la capacitación adecuada.*

El objetivo final es lograr que el adolescente pueda pasar por el proceso de evolución sexual sin angustias, y pueda lograr el desarrollo de una sexualidad que respete su sentir y el de los demás.

Bibliografía

- 1. Barrera M., G., Kerdel, V.: **El Adolescente y sus Problemas en la Práctica.** Monte Avila*

Editores. Segunda Edición. 1980. Caracas.

2. Escuela Blanco. **Centro de Investigaciones Psiquiátricas, Psicológicas y Sexológicas de Venezuela.** 1989. Caracas.

3. Sáez G., I.: **Sexualidad en la Adolescencia.** Publicación Dirección Materno Infantil MSAS, UNICEF, OPS/OMS. Litobrit. Octubre 1992. Caracas.

4. Cerruti, S.: **Sexualidad Humana.** OPS. 1990. Uruguay.

5. Conforth, A.: **Adolescente, Sexualidad, Vida y Crecimiento.** Editorial Blume. 1990. Barcelona, España.

6. Sileo, E. y Col.: **Autoevaluación. Maduración Sexual del Adolescente.** Anales Venezolanos de Nutrición, Vol. 2. 1989. Caracas.

7. Moldolji, M.E.: **Inquietudes Sexuales del Adolescente. Publicación Medicina del Adolescente. Aproximación al Adolescente Enfermo.** DMI/MSAS, UNICEF, OPS/OMS. Litobrit. Octubre 1992. Caracas.

8. *Entre Nous.* Publicación OPS/FNUAP, N° 17. Abril 1991. Madrid, España.

9. Remafedi, C.: *Working with Gay and Lesbian Adolescent*. *Pediatric Annals*.. Noviembre 1986.

10. Greydanus, D.: *Adolescent. Sexuality and Gynecology*. Les and Frebiger. Philadelphia - London. 1990.

11. Juanita y Giovanino. Año III, N° 3, Julio - Septiembre de 1992. Impresión Prisa Ltda. La Paz, Bolivia.

ISG/cm
30 -06-93.

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Home](#) "" """"""> (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small home server, if it's Linux, we know it).[.ar](#).[.cn](#).[.de](#).[.en](#).[.es](#).[.fr](#).[.id](#).[.it](#).[.ph](#).[.po](#).[.ru](#).[.sw](#)

Capítulo Nº 4: El Adolescente Transgresor

Introducción

Teorías sociológicas:

Teoría psico-social:

Prevalencia en Venezuela

Factores etiológicos

Factores biológicos

Aspectos bioquímicos hormonales y genéticos

Factores sociales

Relación padre - hijos

Personalidad y delincuencia

La escuela

Formación moral y ética

Características que definen los trastornos de conducta y conductores antisociales

Diagnostico

La exploración

Exploración social

Exploración medica

Estadísticas

[Cuadro tipos de delitos discriminados por sexo, año 1990](#)

[Menores infractores asistidos en el Instituto Nacional del Menor Venezuela. 1991-1992](#)

[Porcentaje de menores infractores sobre la población total del país de acuerdo con las distintas fuentes de información 1991.](#)

[Tratamiento de trastorno de conducta y conducta antisocial](#)

[Conducta ante el adolescente transgresor](#)

[Ocupación del tiempo libre](#)

[Prevención](#)

[Formación integral](#)

[Información preventiva y formación cívica](#)

[Centro de prevención y tratamiento](#)

[Conclusión](#)

[Referencias bibliográficas](#)

DR. WILFREDO MENDOZA

DR. ANTONIO LUCENA

Si te encuentras en una zona oscura y aprecias que comienza a emerger una luz, comprende que es lo que has buscado para salir de ese mundo de tinieblas, síguela que ella te llevara al paraíso que muchos han llegado y hay son modelos del planeta tierra.

Si te encuentras desesperado y en un lugar acorralado actúa de la siguiente manera:

- 1.- Cálmate*
- 2.- Piensa con detenimiento*
- 3.- Haz una buena evaluación de tu conducta*
- 4.- Abre los ojos al mundo real y emprendas un nuevo camino que te llevará a donde has querido llegar y no mires hacia atrás.*

"WILFREDO MENDOZA"

Introducción

El término de adolescente transgresor o de conducta delictiva, se refiere al menor de 18 años que comete actos contra las personas o la propiedad.

El artículo 86 de la Ley tutelar del menor define al infractor como "Quienes incurran en cualquier hecho sancionado por las leyes penales u ordenanzas policiales".

La percepción del problema de los menores transgresores de la ley es una causa de angustia no solo en la población general, sino también en aquellos que por la responsabilidad que les cabe en el mantenimiento del orden social se siente comprometido en su solución.

El fenómeno de la delincuencia juvenil es común en la sociedad Occidental contemporánea. y en algunas de ellas parece haber rebasado la capacidad que tienen los estados para resolverlos y se convierten periódicamente en temas de discusión pública donde se evalúa su grado de amenaza para la sociedad.

El adolescente transgresor es visto como un ser extraño que tiene características diferenciales propias lo que significa que sea excluido y aislado para su estudio y tratamiento, pues se considera su presencia como un fenómeno paralelo al hecho social o producto de algún morbo identificable y erradicable con el uso apropiado de determinadas técnicas.

En vista de la complejidad de elementos que influyen en el origen del Adolescente transgresor se han postulado teorías explicativas que intentan el abordaje del problema.

Teorías sociológicas:

- Teoría de la Anomia de Emile DURKHEIM.*
- Teoría del Estigma o Etiquetamiento de E. LEMERT.*

Teoría psico-social:

- *Teoría de Interaccionismo Simbólico.*

Prevalencia en Venezuela

Cuando un Adolescente presenta conducta antisocial, por lo general han iniciado sus actividades ilegales durante la niñez intermedia, pero no es hasta la edad de adolescente cuando se les hace comparecer ante las autoridades.

Hay diferencias en cuanto a la frecuencia y al tipo de conducta antisocial del adolescente en cuanto al sexo; es así que en adolescentes masculino es mayor en una proporción 5: 1 con respecto a las adolescentes femeninas.

Los actos delictivos cometidos por los muchachos son: robar, atracar, lesionar, injuriar, robos de automóviles, consumo y tráfico de drogas. Las muchachas suelen cometer delitos como: Huir de su casa, consumo de drogas o entregarse a la prostitución.

La incidencia de conducta antisocial en el adolescente es mayor en los grupos sociales de bajos recursos y culturalmente deprivados y aumenta con la industrialización y la urbanización.

Tal como hay individuos que tienen el alto riesgo de adicción, también hay países que por su condición socio-económica, geopolítica y demográfica, tienen un gran riesgo de sufrir

una alta incidencia de abuso de drogas.

Venezuela hoy tiene esa característica, la crisis social, económica y moral que actualmente sufre nuestro país es un factor que predispone al abuso.

Según la Cifra de Copre, el 82% de la población venezolana es pobre y el 20% ha llegado a niveles extremos de pobreza, condición que obviamente impide al sano desarrollo del potencial individual y tiende a resultar en un concepto negativo y frustrado de si mismo y de la sociedad.

En estas condiciones la vida se torna algo desesperante y el Individuo fracasado de sus intentos de desarrollarse puede buscar escape en un placer artificial derivado del abuso de drogas.

Para el año 1990 mas del 50% de la población mundial tiene menos de 25 años. En América Latina la población comprendida entre 10 y 25 años constituye más del 26%.

En el año 1989 en Venezuela los delitos cometidos por menores constituyen el 5% del total nacional, lo que traduce que la conducta delictiva en el adolescente es bajo en comparación al adulto.

Se ha venido hablando de Adolescente Transgresor, pero debemos conocer o tener

aproximaciones del origen de dicha conducta por lo cual se desarrollan.

Factores etiológicos

Se observa que hay una multifactorialidad en la etiología de la conducta antisocial del Adolescente, se observa una importante relación entre los factores biológicos y los adquiridos (socio-culturales y familiares).

En relación a los métodos de crianza se observa en los hogares de los Jóvenes delincuentes la presencia de actitudes autoritarias, solamente se dan órdenes al niño o adolescente, sin sentirse obligados a dar explicaciones del proceder, se usan con frecuencia medidas primitivas y enérgicas (castigo físico). Las conversaciones entre padres e hijos no son fructíferas, ya que el joven debe aceptar sin discusión lo que los padres consideran correcto. Por otro lado al no tomar en cuenta las ideas de los jóvenes ni sus opiniones, muchos hijos de padres autoritarios desarrollan una falta de confianza notoria y una baja autoestima, siendo incapaces de desenvolverse con la seguridad de actuar enferma independiente o de pensar por si mismo. Estos jóvenes tienen más posibilidades de sentirse rechazados que los hijos de padres flexibles. También tienen menos posibilidades de lograr un conciencia madura basado en modelos morales independientes y profundos, teniendo en lugar de ello, una conciencia débil y variable basado principalmente en las recompensas y castigos externos.

Los padres que dejan hacer o que asumen una falsa actitud de igualitarismo tampoco proporciona el tipo de apoyo que los adolescentes necesitan en el mundo actual.

En la actualidad se hace necesario que los padres proporcionen a sus hijos modelos de comportamiento independientes, flexibles, realistas y exitosos estando consciente de que no existe una fórmula única para dominar los cambios de un mundo que evoluciona en forma tan precipitada.

Factores biológicos

En cuando a los factores biológicos encontramos estudios genéticos en los cuales se reporta cierta presencia de anormalidad del 47 xxy en la población general (Casey 1966).

Autores extranjeros han reportado una mayor incidencia de anomalías cromosómicas entre delincuentes del sexo masculino que en la población general, señalando que existe una relación inversa entre el número de cromosomas X excedentes y el coeficiente intelectual del individuo y una relación directa entre el aumento de la agresividad y el número de cromosomas excedentes.

Ruth Harris, en minuciosa revisión sobre las relaciones entre anormalidades electroencefalográficas y la conducta agresiva y antisocial, informa que indudablemente existe

un mayor porcentaje de trastornos de conductas, en niños con alteraciones electroencefalográficas que en niños que no las tienen. La conducta que se ha visto asociada con más frecuencia a la epilepsia temporal (MIFFIELD, 1961; OUNSTEL, 1969) es el tipo agresivo (34 a 36% de los casos). Algunos estudios de adultos agresivos han señalado la incidencia elevada de actividad delta y disfunción electro-encefalográfica del lóbulo temporal lo que ha hecho que Willian (1969) sugiere que "el trastorno está en los mecanismos reticulares activantes o límbicos los cuales tienen sus proyecciones a la corteza temporal anterior y frontal".

Aspectos bioquímicos hormonales y genéticos

En la actualidad se conoce muy poco sobre la relación entre los neurotransmisores y el comportamiento humano; en animales si hay estudios que revelan esta relación, en especial sobre la dopomina, norepinefrina y serotonina (Alpert, 1981).

Coccaro en 1989, reporta asociación entre cantidades disminuidas de serotonina en el SNC y el comportamiento agresivo-compulsivo

Se han realizado estudios para observar los efectos de las hormonas en la conducta, en nuestra sociedad se observa que el hombre es más agresivo y, también que en algunas mujeres aumenta la agresividad en el período pre-mestrua.

Persky (1971), en una investigación sobre la relación entre los niveles plasmáticos de testosterona y agresión, reporta una correlación positiva. Es uno de los pocos estudios de la actividad hormonal en delincuentes juveniles.

Mattsson y Col (1080) encontraron que los criminales reincidentes en prisión tenían niveles de testosterona ligeramente mas altos que lo presentados por jóvenes normales.

A partir del año 1960 se ha hablado mucho sobre los marcadores genéticos para las tendencias antisociales sin embargo hay estudios que revelan elevada prevalencia de anormalidades del 47 xxy en población institucionalizada en relación a la población general, pero muchos otros no corroboran.

Factores sociales

Los factores sociales que intervienen en la génesis de la desadaptación social ha sido el centro de interés de las distintas fuentes científicas lo cual hace posible que exista una bibliografía extensa.

En 1970, Gustavo Domínguez y Col, encuentran que en 703 niños que habían ingresado a una institución del Consejo Venezolano del Niño en el lapso 1966-70 el 62, 27% lo hacia por desadaptación al hogar, el 52% de estos casos eran analfabetos y el ingreso familiar

mensual era de 1. 000 Bs., el 27% tenía en su hogar un padrastro, el 22% de los casos la madre era el sostén económico del hogar y un 13% estaba obligado a contribuir con su trabajo a la manutención del mismo, el 75% de estos hogares se catalogó de disociados.

En una ponencia sobre "marginalidad en los menores con trastornos de conducta" encontramos que el 63, 47%, provenía de hogares inestables. A su vez, la estructura de estos hogares: en el 18, 72% los menores vivían solos con la madre, el 14, 97% con ambos padres, y el 37, 8% con los hermanos, el 18, 74% con otros familiares y el 3, 21% solo con el padre.

La disociación familiar es una constante entre antecedentes de menores con conducta disociada E. Nerón, señaló en su libro "El niño vagabundo", que G. Grunt, estudiando el archivo familiar de 69. 155 escolares, pudo establecer los grupos de comparación, uno de niños vagabundos y otro de niños normales y encontró que en el primer grupo, la disociación familiar es 6 veces más frecuente que en el segundo.

Relación padre - hijos

En un estudio realizado por Sheldon y Yeneck sobre las influencias familiares de los delincuentes indicó que los padres de los no delincuentes habían tratado mejor a sus hijos, que los padres de los delincuentes.

El método empleado por los padres de los muchachos delincuentes fue el castigo físico.

En general los padres de jóvenes delincuentes fueron menos afectuosos, más indiferentes y hostiles con sus hijos y le mostraron menos simpatía, afecto y calor humano.

En una investigación realizada en Nueva York se encontró que hablan tres factores relacionados con la probabilidad de que los jóvenes se volvieran delincuentes.

- 1.- Vigilancia descuidada o insuficiente de la madre ó el sustituto de la madre.*
- 2.- Disciplina errática o excesivamente estricta.*
- 3.- Falta de cohesión de la unidad familiar.*

Personalidad y delincuencia

En un estudio de la estructura de la personalidad y motivaciones de los delincuentes, Healy y Bronner, compararon a cada adolescente delincuente con un hermano o una hermana de casi su misma edad que no eran delincuentes.

A pesar de tener los mismos padres y de que provenían del mismo medio social y cultural, los controles resultaron ser notoriamente diferentes en sus características de personalidad, actitudes y relaciones interpersonales.

Los análisis de las respuestas dadas a test proyectivos han indicado que en grupos, los delincuentes son desafiantes a la autoridad, ambivalentes respecto a la misma, que se hacen valer socialmente. Sienten resentimiento, hostilidad, desconfianza y son destructivos, impulsivos independientes y extrovertidos. Al mismo tiempo parecen dominarse mucho menos a sí mismos, no se someten fácilmente a la autoridad, son pocos convencionales en sus ideas y conductas, no son cooperativos y tienen menos miedo al fracaso y a la derrota.

La escuela

La escuela influye en la personalidad en desarrollo, tanto en los rasgos como en la formación de autoconcepto. Existen influencias directas de los maestros.

En vista de que a esta edad, se está en basca de modelos, los profesores ejercen gran influencia sobre los alumnos, sus personalidades resultan más importantes que sus conocimientos o sus capacidades de enseñanza. De esto se desprende que un profesor bien aceptado suele tener actitudes cálidas y de aceptación hacia sus alumnos, logrando con ello que los alumnos se motiven a trabajar mejor, y que acepten las reglas y ordenanzas de la escuela desarrollando así autoconceptos favorables y realistas.

Por el contrario, los profesores mal adaptados establecen un modelo de conducta

desajustado que imitan muchos alumnos. Logrando enfrentamientos a la situación escolar y a los alumnos de tal forma que estos últimos se sienten inadecuados, están resentidos y tienen un egoísmo hacia los profesores y otras personas que representan la autoridad.

En vista que los éxitos o fracasos desempeñan un papel importante en el moldeamiento de la personalidad, las realizaciones académicas (ubicación en un curso ó sección, notas, promociones) son criterios que afectan los autoconceptos de los estudiantes.

Se necesita que los adolescentes realicen otras actividades que les permita disfrutar del tiempo fuera de actividades académicas: teatro, música, danza, aerobics, deporte, televisión, cine, pintura, etc.

Si el joven realiza estas actividades desarrollara su creatividad logrando una gran satisfacción personal, que tiene una influencia marcada sobre sus personalidades en desarrollo.

Formación moral y ética

En vista del incremento alarmante de la delincuencia juvenil, el interés por el estudio de sus causas, los correctivos y su prevención se han convertido en un punto de interés psicológico y sociológico.

En un principio se limitó solo a la edad adolescente no se considera a los niños "delinquentes juveniles" por mucho más que su conducta se desvíe de las normas aprobadas socialmente.

En los últimos 20 años, los estudios del desarrollo normal se han visto estimulados por las investigaciones que se han realizado sobre patrones predecibles del desarrollo moral durante la niñez.

Los trabajos de los Glueck en la Universidad de Harvard, para determinar a que se debe la delincuencia juvenil muestran dos descubrimientos importantes:

1.- La delincuencia juvenil es una continuación de un patrón de conducta antisocial que tiene su origen en la niñez. Ya a los 2 ó 3 años es posible detectar si un niño será delincuente.

2.- Existe una relación estrecha entre la delincuencia juvenil y el ambiente, sobre todo el del hogar.

Características que definen los trastornos de conducta y conductores antisociales

Se deben cumplir por lo menos 3 de los siguientes conductas (según DSM III R).

- 1.- Robo sin enfrentamiento con la víctima en más de una ocasión (incluyendo las falsificación).*
- 2.- Fuga del hogar por las noches (por lo menos dos veces).*
- 3.- Mentiras frecuentes.*
- 4.- Provocación deliberadas de incendios.*
- 5.- Frecuentes ausencias a las escuelas.*
- 6.- Violación de la propiedad privada (casa, coche).*
- 7.- Destrucción intencional de la propiedad ajena.*
- 8.- Crueldad física con los animales.*
- 9.- Violación sexual.*
- 10.- Empleo de armas en más de una ocasión.*
- 11.- Frecuente involucración en peleas.*
- 12. - Robo con enfrentamiento de la víctima (ataque con violencia, arrebatar bolsos, extorsión).*
- 13.- Crueldad física con la gente.*

De los anteriores Item, hay 4 (2 - 3 - 5- y 8) que pueden definir un trastorno de conducta, sin que signifique una actitud antisocial, y lo que pudiese reflejar es una alteración orgánica o una disfunción familiar.

Diagnostico

El diagnóstico es realizado por diferentes especialistas y cada uno con su propia metodología, logrando valorar al joven en las diferentes áreas del desarrollo.

La exploración

La elabora en base a entrevistas individuales, grupo familiar, pasando una batería de test psicométricos y no psicométricos. Con todo ello explora las diferentes áreas del desarrollo haciendo énfasis en el área efectiva y familiar, donde se aprecia la ausencia o presencia de sentimientos de culpa y las defensas psicológicas que utiliza.

Se realiza una profundización de la dinámica familiar, los vínculos efectivos y las posibles áreas de conflicto significativos.

Exploración social

Se hace una exploración del grupo familiar con el fin de conocer la causa fundamental de la desadaptación social y las circunstancias que pueden dificultar su adaptación: Conocer como se desenvuelve el joven socialmente y como es visto por la comunidad.

Exploración medica

El médico debe evaluar de una manera integral, este examen abarca el estado de salud física, el grado de madurez alcanzado y la salud mental y emocional del adolescente.

Estadísticas

Investigaciones realizadas por I.N.A.M., suministradas por la P.T.J. (1990) han permitido demostrar que la mayoría de los delitos son contra la propiedad privada que contra las personas.

Cuadro tipos de delitos discriminados por sexo, año 1990

TIPOS DE DELITOS	M	F	TOTAL	%
1 Delitos contra la propiedad	7.200	302	7.502	61.6
2.- Delitos contra personas	2.395	129	2.524	20.77
3.- Tenencia y tráfico de drogas	737	80	817	6.71
4.- Otros	594	102	696	5.72
5.- Violaciones	515	05	520	4,20

6 - Porte ilícito de armas	85	05	90	0.74
TOTAL	11.526	623	11.149	99.9

Se aprecia en el cuadro presentado que las infracciones más comunes cometidos por los menores corresponden a los delitos contra la propiedad especialmente por adolescentes masculinos, siguiendo en frecuencia las infracciones por delitos contra las personas y luego tenencia y tráfico de drogas.

Menores infractores asistidos en el Instituto Nacional del Menor Venezuela. 1991-1992

TIPO DE INFRACCION	1991	1992
HURTOS	3.837	4.280
DEAMBULISMO	3.176	2.918
LESIONES PERSONALES	1.442	1.628
TRASTORNOS DE CONDUCTAS	1.067	1.179
TENENCIA DE DROGAS	953	1.378

FUGAS DEL HOGAR	1.136	1.140
HOMICIDIOS	722	952
VIOLACIONES	646	739
DESTRUCCION DE LA PROPIEDAD	521	1.030

Fuente: O.C.E.I. I.N.A.M. (1993)

Véase en este cuadro como van en aumento todos los tipos de infracciones de un año a otro.

Porcentaje de menores infractores sobre la población total del país de acuerdo con las distintas fuentes de información 1991.

TIPO DE FUENTE	TOTAL D'EDELITOS INFORMADOS	% SOBRE LA POBLACION TOTAL DEL PAIS
1.- Informe de P.T.J. a I.N.A.M.	12.149	0.06
2.- Informe de P.T.J. a Fiscalía	122.596	0.6

3.- Informe de Tribunal a Fiscalía	72.764	0.3
---------------------------------------	--------	-----

Se puede observar en este cuadro que los casos reportados al I.N.A.M. es muy bajo con respecto a los reportados a Fiscalía y a Tribunales.

Tratamiento de trastorno de conducta y conducta antisocial

Para iniciar un tratamiento adecuado el adolescente debe ser evaluado de una manera integral por un equipo de especialistas, luego de dicha evaluación se realizara la conducta mas acorde para ayudar al adolescente a salir del problema.

Conducta ante el adolescente transgresor

Terapia individual

Esta terapia va a depender de la evaluación realizada por el especialista y el enfoque que el quiere llevar dependiendo de su experiencia. El fin de esta terapia es que el adolescente realice una buena introspección (visualiza su problema) y buscar soluciones a corto y a mediano plazo.

Terapia grupal:

Para realizar esta terapia el especialista ha escogido un adolescente y lo coloca en un grupo organizado; el objetivo de esta terapia, es que el adolescente sienta seguridad en el grupo, se compartan experiencias y se solidifique el apoyo cuando se trabaja equipo.

Orientación familiar

El objetivo fundamental es que el grupo familiar visualice el problema por el cual está pasando el adolescente y que se revisen las normas, los métodos disciplinarios, la comunicación de cada uno de sus miembros y respetar la opinión de cada miembro pero, realizando una visualización clara del problema y que cada uno contribuya a su solución.

Atención pedagógica

Este tipo de atención se puede realizar desde 2 puntos de vistas:

- 1.- Instituto Abierto (escuela regular)***
- 2.- Instituto Cerrado (I.N.A.M.)***

Esto va a depender del criterio del personal especializado que evalúa al adolescente. El objetivo primordial es que el adolescente culmine su educación formal paralelo a su entrenamiento laboral.

Formación vocacional y laboral

Para que se visualice y el adolescente se fortalezca y sienta que es apreciado por su comunidad debe realizar una actividad laboral ya que anteriormente esta actividad no la realizaba.

Para que sea efectivo el entrenamiento laboral debe cumplir con los siguientes requisitos:

- 1.- Utilidad: Debe tener un fin, una aplicabilidad, un valor estimable para el adolescente.***
- 2.- Participativo: Que se sienta partícipe, como un sujeto activo en el proceso.***
- 3.- Conocimiento de economía y administración: capacitado para racionalizar los recursos.***
- 4.- Autofinanciamiento: lo compromete como productor y le ofrece la seguridad de que el esfuerzo rinde beneficios.***

Ocupación del tiempo libre

Se debe orientar al adolescente a realizar una actividad deportiva o cultural. para así explorar sus actitudes hacia determinada actividad y lograr con ello un desarrollo personal armónico.

Dentro de las instituciones re-educativas que atienden a estos Jóvenes con problemas, la actividad recreativa constituye un elemento importante en el proceso re-educativo.

Entre los deportes a realizar se citan: beisball, boleiball, gimnasta, atletismo y actividades culturales (teatro, literatura, visita a muscos, parques).

Terapia farmacologica

Esta ha de realizarse dependiendo de los resultados que arroje la evaluación realizada por el especialista, quien es el que determinará que el tratamiento es el mas acorde a la situación del adolescente.

Prevención

En Venezuela la prevención del delito es prioritario dada las condiciones demográficas

de nuestra población donde los grupos etarios infanto juvenil son predominantes. Para 1991 se calcula una población aproximada de 20. 226. 277 siendo menores de edad 9. 348. 992.

El incremento de las infracciones en menores de edad ha sido notoria y alarmante, pues han sido utilizados por las pandillas de adultos para cometer fechorías debido a que la ley los ampara por el Statutos de menores.

En Venezuela existen organismos públicos y privados que se encargan de la prevención.

El I.N.A.M., cuenta con un programa de prevención, el cual consta de los siguientes recursos:

- 1.- Centro de Atención Comunitaria.***
- 2.- Colonias y campamentos vocacionales.***
- 3.- Jardines de infancia.***
- 4.- Casa del niño trabajador.***
- 5.- Ayuda juvenil.***

La Dirección de Prevención del Delito del Ministerio de Justicia desarrolla a nivel nacional los siguientes programas:

- Prevención en la educación:

Su objetivo es crear en el alumno una actitud de rechazo a las conductas delictivas, a través del conocimiento de las implicaciones que ellos conllevan.

Promocionar en el alumno la necesidad de respetar las normas sociales para evitar sanciones morales, sociales o penales.

Integrarlo plenamente a su comunidad.

- Prevención en la Comunidad:

Su objetivo fundamental es concientizar a los integrantes de las organizaciones de base, grupo de desarrollo social, Instituciones públicas y privadas a la comunidad en general, acerca de la necesidad de implementar acciones de prevención de la delincuencia en la comunidad.

Formación integral

Consiste en coordinar actividades de tipo cultural, deportivo, recreativa, de orientación y formación para el trabajo dirigido a jóvenes y adultos.

Información preventiva y formación cívica

El objetivo es proveer a la comunidad en general de orientación sobre la prevención de la delincuencia a través de los medios de comunicación social.

Centro de prevención y tratamiento

Su finalidad es prevenir y tratar el consumo de drogas de los adolescentes, adultos, sus familiares y a la comunidad en general.

Lo importante de todos estos programas es que se logra la participación de los jóvenes y de todo el personal especializado.

Se debe integrar a niños y Jóvenes a través de la familia, comunidad, grupos organizados, escuelas, entrenamiento vocacional a través de las organizaciones voluntarias. Todo con mira a la acción del individuo, a la familia, a la educación y los medios de comunicación.

Conclusión

La política social de los gobiernos debe encaminarse hacia la reducción de la

institucionalización dando mayores oportunidades para la educación, evaluando los programas establecidos y mostrando resultados a través de trabados estadísticos. Por último, recordar que hace falta legislar en forma adecuada cuando se trata de jóvenes teniendo como meta el desarrollo armonioso de este grupo etario en una sociedad justa. (Molina Duarte, 1992).

Referencias bibliográficas

ADRIAN V. Crisis Económica. Imágenes de Identidad deseada y stress XXV N 70. Enero-Junio. 1990.

ALAMOS L., GEORGE M. Estudio Clínico y descriptivo de los niños adolescentes re tomados del exilio y atendidos en la Institución PIDDE Revista Niños vol. XXIV N' 69. Julio-Diciembre. 1989.

ALONSO S. Temas de Psiquiatría infantil Vol. 2. La Disolución de la Pareja 1990.

ARAY J. Momentos Psicoanalíticos. Monte Avila. 1991.

BANDEER R., GRINDER J.: SATIR V. Como Superarse a través de la familia. Ediciones Diana. S.A. México. 1984.

BELLO L. Y COL. *Desorden de conducta antisocial del adolescente. Barquisimeto. 1992.*

CASTILLO I. *Crisis de adolescencia mito o realidad. Revista Niños Vol. XX N° 60 Enero-Junio. 1986.*

CARBALLEDA A. *La Farmacodependencia en América Latina. Su abordaje desde la atención primaria de salud. O.P.S. 1991.*

COHEN R. *El Adolescente y su crisis Revista Niños vol. XXII N. 64 Enero-Junio. 1987.*

GEORGE L. JR. Y COL. *suicidio en adolescentes medicina de Hospital. Mundo Médico. S.A. 1992.*

GONZALEZ F., CONTRERAS R., A. *Urgencias Psiquiátricas. Mérida. Venezuela. 1992.*

HERRERA J. *El Adolescente y sus problemas. Ediciones Funda Educo. Barquisimeto. 1990.*

INFORME DE UN GRUPO DE ESTUDIO DE LA O.M.S. N° 616. *Juventud y la Droga. Ginebra. 1973.*

MINUCHIN S. *Familia y Terapia Familiar Granica Editor S.A. Barcelona. 1977.*

MONTERO N. *El Adolescente Transgresor y sus características, Revista Niños. Vol XXVI N° 72. Enero-Julio. 1991.*

NUCETTE E. *Prevención del suicidio en Adolescentes. Revista Niños . Vol. XXIII N° 67. Julio-Diciembre. 1988.*

SAEZ I. *La Salud del Adolescente y la Acción en la Comunidad. Caracas. 1992.*

SAEZ I. *El Adolescente de Alto Riesgo y Primera causa de Mortalidad. Caracas. Venezuela. Octubre. 1992.*

SILVA C. *Terapia Familiar. Mérida. 1991*

POLICIA TECNICA JUDICIAL. 1992. *Libro de Registro de Delitos. Región Centro Occidental. Barquisimeto.*

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Home](#)"" """"> (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small

Capitulo N^o 5: Un enfoque sobre la depresión en la adolescencia

[Introducción](#)

[Clínica](#)

[Depresión adolescente con fijaciones edípicas](#)

[Depresión en la adolescencia con una resolución incompleta de la separación -
individuación](#)

[Psicoterapia de la depresión](#)

[Bibliografía](#)

Dra. Carmen Rivero

***Detrás de la máscara de una adolescencia difícil, esta el rostro de una sociedad difícil,
hostil y que no desea comprender***

A. Aberastury

Introducción

La depresión es uno de los conceptos dinámicos que tiene su origen en la obra original de Freud de duelo y melancolía, pero que ha crecido a lo largo del tiempo y que todavía hoy está en proceso de desarrollo, es importante definir el concepto de duelo como la reacción normal ante una pérdida real en donde se retira la energía del objeto perdido, regresando hacia el propio individuo, siendo el sentimiento predominante el de abatimiento y tristeza.

Abraham ha sido uno de los autores que ha puesto más importancia en el papel que desempeña la oralidad en la depresión. hecho que fue posteriormente estudiado por Radó y Fenichel, el primero analizó la influencia de la situación de lactancia sobre el yo infantil y de esta manera amplió el concepto de oralidad para abarcar todas las sensaciones placenteras que experimenta el lactante junto al pecho de su madre tales como los sentimientos de calor, seguridad y nutrición.

Edward Bibring propuso un modelo de depresión, basado en el conflicto que implica la expresión emocional de un estado de desvalidamiento e impotencia del yo, siendo característica de las personas que padecen de depresión:

1.- El deseo de ser valioso, amado y apreciado.

2.- El deseo de ser fuerte y tener seguridad.

3.- El deseo de ser bueno y amable.

Este autor creía que lo que llevaba a la depresión es la tensión entre las aproximaciones propias y la conciencia que el yó tiene de su desvalidamiento.

En el análisis histórico de la depresión hay conceptos e ideas que parecen asomar una y otra vez como es: la persistente conexión de la fase oral del desarrollo y la unidad madre/hijo, la regulación de la autoestima y finalmente una asociación normal entre agresión, hostilidad, super yó y culpa resultante.

Thederese Benedeck demostró que la naturaleza de la constelación depresiva descansa en la psicología de la función procreadora y en los propios cuidados maternos "Constelación" que se entiende de acuerdo a las propias interacciones recíprocas entre la madre y el hijo.

Para Burton "la depresión es la más universal de las aflicciones humanas" y duda que exista algún individuo que deje de experimentarla a lo largo de su existencia, por lo tanto, es un fenómeno muy frecuente en los jóvenes, ya que sabemos que la angustia los afecta tanto como al adulto.

Clínica

La adolescencia es una etapa, periodo o estado que se presenta con características bien definidas en el gradual desarrollo del hombre, aparece como un salto importante entre la infancia y la adultez; para algunos autores, la adolescencia se considera como el segundo nacimiento, ya que el joven necesita resolver los problemas de ser en función de si mismos y en relación asar grupo familiar. La mayoría de las investigaciones hechas en relación a las emociones en la adolescencia concluyen, que en este periodo existe un aumento de la emotividad, la cual es provocada por la necesidad que experimenta el ser humano de abandonar viejos hábitos de acción y de pensamiento y de establecer otros nuevos, así también desde el punto de vista de la conducta observada se considera que el adolescente vive en una desubiación en el tiempo, convirtiendo el tiempo en un presente y en un activo en un intento de manejarlo. Durante esta apoca el desarrollo de las facultades cognoscitivas del adolescente le permiten constituir un sistema de pensamiento que incluye la responsabilidad ante los demás, la internalización de valores y normas y un incipiente sentido de si mismo. A esta edad se encuentra mas preocupado por la opinión de sus iguales o de la sociedad que por lo que opinan sus padres.

Sin embargo, lleva dentro de si mismo y trasmite a la comunidad los sistemas internalizados de creencias familiares que aprendió en el hogar, de acuerdo a estas

enfrenta la frustración de diferentes maneras y recurre a diversos mecanismos de defensa, pudiendo mostrar una reacción afectiva inicial ante las frustraciones o a la pérdida de bienestar. Se produce entonces la consolidación de los procesos adaptativos, de modo que el niño reacciona a la tensión de una manera característica y reiterativa.

El crecimiento cognoscitivo de la pubertad permite que el adolescente se evalúe desde el punto de vista moral. En vista de las demandas impuestas por la vida puede sentirse indigno o falto de valores, siendo frecuente la disminución de la autoestima. El estado afectivo deja de ser una evaluación lógica y personal. Solo hacia el final de la niñez es posible observar en la práctica clínica episodios depresivos comparados con el adulto. LAS DEPRESIONES DE LA ADOLESCENCIA IGUALAN A LAS DE LA EDAD ADULTA EN SEVERIDAD, LA SOBREPASAN EN AUTODESTRUCTIVIDAD Y MUESTRAN TODAVIA EL SELLO CARACTERISTICO DE SU CONCOMITANTE CON EL PROCESO DE DESARROLLO. El adolescente piensa constantemente en el futuro, la idea del tiempo sobresale en el pensamiento. Para el todas las acciones o experiencias son irrevocables y eternas, al igual que la vergüenza y la desesperación que la provocan. Este exagerado énfasis entre el hoy y el mañana escapa a la seguridad del niño y esta mitigado por la mayor experiencia del adulto. EL ADOLESCENTE SIENTE QUE TODO SE HAPERDIDO Y QUE NADA PUEDE REDIMIRSE EN CONSECUENCIA SE DEPRIME.

Otro factor que influye en la depresión es la falta de moderación del pensamiento, ya que el joven parece vivir en un mundo del "todo o nada" dando a hechos triviales una trascendencia desmedida reaccionando de una manera dramática y terminable. Todos estos factores expuestos es lo que llevó a Anna Freud a plantear de que todos los adolescentes se encontraban en un estado de duelo y que en realidad añoraban los períodos de la niñez en donde las soluciones eran relativamente simples.

Depresión adolescente con fijaciones edípicas

La reacción depresiva se caracteriza por una ausencia notable de conducta adecuada para esta fase del desarrollo y por una pronunciada inmadurez de la capacidad de duelo, en donde la hostilidad dirigida hacia los padres, se desvía hacia si mismo y las tendencias de autodesprecio se relacionan en ultima instancia con el deseo de destruir la imagen idealizada de los padres, por quienes el niño se siente traicionado. Entonces la hostilidad puede dirigirse hacia la imagen que ha perdurado del padre o hacia el mismo, lo que origina una conducta provocativa, contradictoria o intentos masoquistas y suicidas de enfrentarse a los afectos depresivos.

Depresión en la adolescencia con una resolución incompleta de la separación - individuación

Desde el punto de vista clínico, la depresión en la adolescencia en la cual predominan los rasgos pre-edipicos se manifiesta en fluctuaciones muy inestables del estado de ánimo y de dependencia, mostrando un grado notable de dependencia no resuelta que plantean a sus padres o a sus sustitutos. Con frecuencia existe una relación diádica intensa con la madre que a veces produce un vínculo de tipo dependiente y simbiótico; en otras ocasiones se plantea como una relación sadomasoquista llena de ataques hostiles a la familia y a las autoridades externas. Malmquist describe a estos jóvenes como seres conscientes de sus necesidades de emancipación al mismo tiempo que luchan contra su incapacidad. Frecuentemente son hipocondriacos o manifiestan perturbaciones psicosomáticas. Se observa a si mismo una actuación de la conducta, acompañado de violencia física y verbal, que se altera con una necesidad de apego para obtener seguridad y protección.

Psicoterapia de la depresión

La etapa inicial del tratamiento es la más difícil, pero también la más importante, en donde es imprescindible el establecimiento de un buen rapport, ya que de ello dependen las posibilidades del éxito terapéutico, teniendo gran relevancia la flexibilidad del terapeuta para comprender las necesidades del adolescente deprimido. En la primera etapa es difícil hacer contacto, ya que el joven se encuentra absorto en un estado de ánimo y muchas veces no encuentra palabras para expresar sus

sentimientos. El esfuerzo para comunicarse le parece enorme, dando la impresión de estar poseído y abrumado por una sensación de futilidad, impotencia y desesperación. De ahí que el terapeuta debe dar muestras de solidaridad, sin que ello signifique para el paciente la admisión de su impotencia. Cuando el terapeuta consigue establecer el rapport y demuestra su deseo de llegar, iniciándose así una relación terapéutica adquiriendo este último un valor significativo para el paciente, se forma de esta manera un equipo de trabajo en donde hay dos personas dedicadas a indagar y a modificar efectos nocivos de la depresión, ambas partes estar comprometidas, pero asumen roles distintos. La nebulosidad, la incertidumbre, las dudas y el desaliento del paciente están comparadas por la orientación y sensación de seguridad del terapeuta. Una vez resuelto los problemas iniciales el terapeuta debe indagar sobre las pérdidas sufridas. Quizás la pérdida no se refiere a hechos concretos, sino a valores simbólicos atribuidos a determinar cosas o acontecimientos. Un hecho insignificante para cualquier persona puede significar para el paciente la pérdida de la esperanza o una fantasía consciente o inconsciente que llenaba gran parte de su vida psíquica.

En todo trabajo terapéutico:

1.- Se debe tratar de aumentar la autoestima disminuida del paciente, intentando resolver el hecho que el adolescente no sienta que ir a terapia, corresponde a una debilidad del mismo para enfrentar sus problemas.

2.- Se debe elevar la confianza del paciente partiendo de sus capacidades y de las fuerzas del yó, siendo este un procedimiento que va ligado al incremento de la autoestima.

3.- El terapeuta debe tratar de expresar los sentimientos que invaden al paciente, eligiendo un lenguaje suficientemente burdo; con este método de la catarsis mediata no se le exige al paciente que se haga responsable por la hostilidad expresada, haciéndola mas aceptada cuando el que asume la responsabilidad de su verbalización es el terapeuta.

4.- Dar apoyo asegurando al paciente que el terapeuta está a su disposición en cualquier momento, puede ser una maniobra terapéutica muy importante sobre todo en los pacientes deprimidos fuertemente y con riesgos de suicidio.

5.- El guiar puede desempeñar un papel de gran valor en el tratamiento de las depresiones y puede ser particularmente urgente cuando hay peligro de suicidio.

6.- Si el paciente continua en franco descenso de la autoestima y en donde existe una gran hostilidad es recomendable la realización de ejercicios violentos (pegarle a un saco de arena, boliche, etc).

Siendo el suicidio en adolescentes bastante frecuente es importante diferenciar la psicodinámia del suicidio de otras depresiones. La expresión del deseo de dormir sin preocupaciones como lo señala Lewin. Deseos orales se encuentran muy extendidos entre la gente y son probablemente los responsables de la frecuencia de los pensamientos suicidas que existen entre los adolescentes. Cuando esos deseos orales van acompañados de una gran cantidad de hostilidad en personas que tienen muy poca fuerza en el yó y un super yó severo es un elemento para que el terapeuta se preocupe y los mecanismos que generalmente operan son:

- 1.- El deseo de expiar un crimen real o imaginario.***
- 2.- El deseo de reunirse con un campanero o amante muerto.***
- 3.- El deseo de forzar el amor de otra persona.***

Por lo tanto, las motivaciones que pueden presentar un acto suicida no siempre siguen el mismo patrón, aunque el elemento de depresión es coman en la mayoría de ellos. De cualquier manera, debemos reconocer que el gesto suicida, la idea de suicidio y la depresión misma, son siempre gritos de auxilio y que el terapeuta debe responder a su llamado.

Bibliografía

- **ABERASTURY, A. y KNOBEL, M. *La Adolescencia Normal*. Editorial Paídos. BsAs. 1976.**
- **ANTHONY, L. y BENEDEK, T. *Depresión y Existencia Humana*. Salvat. España 1981.**
- **ARIETI, S.T. *BEMPODAD. Psicoterapia de la Depresión*. Editorial Paídos BsAs 1981.**
- **BELLA y SMAL. *Psicoterapia Breve y de Emergencia*. Editorial Pax México.1988.**
- **GRIMBERG, L. *Culpa y Depresión un estudio psicoanalítico*. Paídos BsAs.1983.**
- **GOLMAN, H. *Psiquiatra General*. Editorial Manual Moderno. México D.F.1989.**
- **FREDMAN, M. y KAPLAN, H. *Tratado de Psiquiatría*. Editorial Salvat. España 1986.**
- **LLABERIA, D y LORENTE, P. *Epidemiología de la Depresión Infantil*. Editorial. Espaxis. España 1990.**
- **RUILOBA, V. *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. Salvat. 3era. Edición. México 1991.**

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

Home"" """"> (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small home server, if it's Linux, we know it).[ar.cn.de.en.es.fr.id.it.ph.po.ru.sw](#)

Capitulo N^o 6: Modelo practico de atención al adolescente experiencia en el estado Lara

[Introducción.](#)

[Operatizacion del programa](#)

[Organización](#)

[Centros de atención](#)

[Implementacion de la atención integral en salud del adolescente en el estado Lara](#)

[Sensibilización y adiestramiento del equipo de salud:](#)

[Actividades desarrolladas:](#)

[Conclusión](#)

[Bibliografía](#)

Dr. Armando Arias

Introducción.

El Estado Lara esta situado en la región Centro-occidental de Venezuela, tiene una población aproximada de 1.300.000 habitantes de los cuales el 21, 5% son adolescentes y en nuestro estado al igual que el resto del país, existen una serie de problemas sociales y económicos que ocasionan que los adolescentes sean protagonistas de hechos violentos. que ocupan un espacio importante en las estadísticas de salud y los medios de comunicación social como accidentes, suicidios, homicidios, etc y un problema cada vez más acentuado como lo es el embarazo precoz; esta situación aunado al deseo de trabajo del equipo de salud materno infantil nos indujo a realizar acciones con el fin de prestar una atención integral en beneficio de los adolescentes y de la propia comunidad.

En la acción nos integramos a la labor que realiza el departamento de atención en salud del adolescente, de la Dirección Materno Infantil que coordina la Dra. Irene Sáez García y decidimos efectuar en mayo de 1992 una reorientación de la consulta del adolescente, haciéndola más eficiente, involucrando a todo el equipo de salud y en especial al adolescente, para que colabore en su ambulatorio y se proyecte a la comunidad. Después de un año de haber iniciado esta nueva concepción de la

consulta y logrado resultados exitosos, es que presentamos un modelo práctico de atención al adolescente reseñando las etapas fundamentales de su organización, adaptada al programa nacional de atención integral de salud para adolescentes.

Operatizacion del programa

Para realizar una labor exitosa es importante efectuar un análisis previo de la situación de salud del adolescente en la entidad seleccionada y conocer los recursos existentes investigando los siguientes aspectos:

- 1. Censo de la población adolescente 10 a 19 años.***
- 2. Morbilidad en este grupo de edad.***
- 3. Mortalidad en este grupo de edad.***
- 4. Potencialidades y limitaciones de la institución que asume la responsabilidad del programa.***
- 5. Recursos técnicos y financieros intra y extra sectoriales.***
- 6. Recursos humanos y materiales disponibles para la operatización del programa.***
- 7. Relaciones inter-institucionales.***
- 8. Grupos organizados de la comunidad.***

1A- Censo de población adolescente:

En cualquier proyecto o programa de salud que se haga es primordial conocer el grupo poblacional objeto de las acciones que se planifican y en el caso específico de los adolescentes, la población de 10 a 19 años los subgrupos de 10 a 14 años y de 15 a 19 años y su distribución por sexos, en general se estima que los adolescentes representan el 21.5% de la población general en Venezuela, en una proporción hombre-mujer de 1:1.

1B- Morbilidad y mortalidad:

Aún cuando las causas de morbilidad y mortalidad en el grupo de 10 a 19 años son similares en todas las entidades federales, en algunas comunidades existen condiciones propias sociales, culturales, ambientales, etc, que debemos conocer para hacer una planificación efectiva, estableciendo prioridades de acción, para la población adolescente que se considere de alto riesgo. En el estado Lara las acciones más importantes son las dirigidas a la prevención y tratamiento de accidentes, suicidios, homicidios y enfermedades cardiovasculares. En los ambulatorios las primeras causas de consulta son problemas de escolaridad, psicológicos, odontológicos, oftalmológicos, ortopédicos y de ajuste social.

1C- Recursos humanos y materiales disponibles para operatizar el programa:

Es importante hacer una selección cuidadosa de aquellos ambulatorios y hospitales en los cuales se piensa desarrollar la consulta, ya que la experiencia piloto será luego modelo para la expansión del programa cuidando siempre que el modelo operativo involucre los establecimientos de tres niveles de atención que garantice la referencia y contrareferencia segura del problema del adolescente.

PRIMER NIVEL:	Ambulatorios Rurales II Ambulatorios Urbanos I y 11
SEGUNDO NIVEL:	Ambulatorios Urbanos II y III
TERCER NIVEL:	Hospitales 1, 11, III y IV.

Hecha esta selección se debe realizar el censo del equipo de salud que labora en los establecimientos como personal medico, personal de enfermería, personal de trabajo social y de otras disciplinas. Debe realizarse un inventario de los recursos físicos y materiales que incluyen ambiente adecuado, mobiliario, equipo médico-quirúrgico como peso tallimetro, espejos, equipo ORL, tensiometros, lámpara cuello de cisne, material para citología, etc, además es necesario proveer la dotación de la papelería

adecuada (Historia Clínica, instrumentos de registros, material educativo) y de las normas de atención integral en salud del adolescente.

1D- Potencialidades y limitaciones de la institución que asume la responsabilidad:

Es necesario realizar un análisis minucioso de aquellos factores que pueden ayudarnos o crear obstáculos en el desarrollo del programa, factores que pueden actuar en algunos casos como potencialidades o limitaciones y son: Disposición y capacitación del equipo de salud para trabajar con adolescentes, recursos financieros para dotación de equipos y material médico quirúrgico, apoyo de la Dirección Regional de Salud y de la Coordinación Materno Infantil Regional y Nacional, participación de grupos organizados, accesibilidad de la consulta, apoyo de otras instituciones como universidad e iglesia, capacidad y nivel de respuesta de la organización implementada a las necesidades de los adolescentes.

1E- Relaciones inter-institucionales:

Es importante conocer otras instituciones que además del Ministerio de Sanidad, prestan atención al adolescente, como lo son el Ministerio de la Familia, Ministerio de Educación, Instituto Nacional del Menor, Instituto Nacional de Nutrición, Prevención del Delito, Ministerio de Justicia, Universidad Iglesia e Industrias Regionales, además

de grupos organizados de la comunidad tanto adultos como juveniles, estableciendo contactos con el fin de hacerles conocer el programa y establecer la forma más adecuada de interacción con cada una de estas organizaciones, cuyos representantes se deben incluir en el comité regional ampliado de atención al adolescente, que además integra un comité operativo constituido por el equipo de salud encargado de la consulta de los diferentes centros de salud todos coordinados por el Gerente Regional de Salud Materno Infantil.

1F- Grupos organizados de la comunidad:

Mediante la motivación adecuada, se puede obtener cada vez más una efectiva y entusiasta participación de la comunidad en las acciones de salud que se llevan a cabo. Por esto es indispensable conocer los grupos organizados que ejercen un papel muy importante en la captación y participación de los adolescentes lo cual es esencial para la efectividad del programa. En nuestro estado tenemos la experiencia de una gran participación de los grupos religiosos, comités de salud, juntas de vecinos, quienes luego de conocer la esencia del programa nos han prestado todo su apoyo en su organización y ejecución.

Organización

Cumplidos los pasos anteriores, se procede a activar la Comisión Regional de Salud del adolescente que debe estar integrada por los miembros del equipo de salud y de otras instituciones que laboraran en el área, el comité se reunirá una vez al mes para analizar la ejecución y cumplimiento del programa y solucionar las dificultades que se presenten. Se debe así mismo programar talleres de adiestramiento en el programa de atención de salud integral del adolescente que contemple los siguientes tópicos: Normas y funciones, situación de salud del adolescente nacional y regional, psicología del adolescente, sexualidad Y salud reproductiva, drogadicción, adolescente transgresor, abordaje comunitario y cualquier otro tema de interés para el equipo de salud.

Cada centro de salud programa según sus necesidades y condiciones en cuanto a el horario y días de la consulta, la metodología para captación y las actividades dirigidas a prevención y tratamiento de los problemas de los adolescentes, además se debe cuidar que el personal de salud que tenga a su cargo esta consulta, sea un personal idóneo, preparado para desarrollar actitudes y aptitudes especiales que favorezcan el trabajo con adolescentes.

Centros de atención

Los Centros de Salud seleccionados para la instalación del programa, deben reunir los

siguientes parámetros:

a.- Centros que representen los tres niveles de atención para conformar un modelo operativo.

b.- Centros donde existan recursos humanos motivados para operatizar el programa.

c.- Centros dotados con el material médico y papelería necesaria.

Estos centros de salud seleccionados deben estar situados en diferentes sectores de una entidad geográfica y sanitaria, bien interrelacionados para que funcionen los niveles de referencia y contrareferencia, especialmente con los centros de mayor complejidad. De acuerdo al tipo de centro de salud seleccionado, la consulta estará a cargo de un médico pediatra, familiar o general con apoyo de un equipo interdisciplinario y que tenga entrenamiento en el área de atención al adolescente.

Implementacion de la atención integral en salud del adolescente en el estado Lara

La experiencia de atención en salud del adolescente se inicia en el estado Lara en el año 1991 en algunos ambulatorios urbanos del Distrito Sanitario N° 1 (Iribarren), con énfasis en el trábalo a nivel comunitario. A partir del mes de febrero de 1992, después

de solicitar y recibir de la Dirección Materno Infantil, el adiestramiento y la asesoría adecuada nos organizamos con la normativa del Programa Atención Integral de Salud para el Adolescente reuniendo el esfuerzo de un grupo de trabajadores de salud integrado por pediatras, psiquiatras, médicos familiares, médicos generales, gineco-obstetras, trabajadores sociales, enfermeras, auxiliares de enfermería y miembros de la comunidad organizada, siendo muy importante la participación de la Universidad Centrooccidental con el apoyo de médicos familiares, pediatras y estudiantes de medicina, estos últimos realizando una labor relevante a nivel comunitario.

Población objeto:

Para una mayor y mejor cobertura de atención se dispuso atender la población adolescente según la fase del proceso evolutivo puberal: La población de 10 a 14 años en conjunto con el programa de atención al escolar, tanto en los servicios educativos como en los centros de salud y la población de 15 a 19 años atendida en todos los ambulatorios seleccionados, bajo la coordinación general del gerente de salud responsable de la atención del niño y del adolescente.

Centros seleccionados.

Distrito Sanitario N° 1 (Iribarren)

PRIMER NIVEL

Ambulatorio Urbano I - San Jacinto

Ambulatorio Urbano II - Cerritos Blancos.

SEGUNDO NIVEL:

Ambulatorio Urbano III - Daniel Camejo Acosta

Ambulatorio Urbano III - Carucieña

TERCER NIVEL

Departamento de Pediatría del Hospital Tipo IV Antonio M. Pineda.

Distrito No. 4 Jiménez

TERCER NIVEL

Hospital tipo 1: Baudilio Lara

Distrito No. 8: Palavecino

PRIMER NIVEL:

Ambulatorio Urbano I - Los Rastrojos

SECUNDO NIVEL

Ambulatorio Urbano III - Cabudare.

Los ambulatorios seleccionados se encuentran en diferentes etapas en relación con la atención al adolescente, ya que unos tienen experiencia de trabajo comunitario muy avanzado y otros han desarrollado una mejor atención a nivel de la consulta externa, en general se practico el siguiente plan de trabajo:

PRIMERA ETAPA: Sensibilización y adiestramiento del equipo de salud.

SEGUNDA ETAPA: Ejecución del programa.

TERCERA ETAPA: Evaluación.

Sensibilización y adiestramiento del equipo de salud:

Todo el personal de salud que labora en la atención del adolescente. recibió el taller de capacitación en atención integral de salud del adolescente dictado por la Dra. Irene Sáez García y miembros del equipo de la Dirección Materno Infantil y luego de iniciado el programa el taller se replicó esta vez dictado por los propios miembros del equipo de salud regional. En otro contexto y paralelamente se iniciaron las reuniones periódicas del Comité Técnico Regional donde se establecieron estrategias para la ejecución del programa tomando en cuenta el nivel operativo de cada ambulatorio.

Ejecución del programa:

- 1) Se cumplieron los pasos señalados en el apartado operatización del programa para conocer la situación de salud del adolescente y los recursos disponibles.**
- 2) Se identificó las áreas de interés para los adolescentes.**
- 3) Se establecieron prioridades de acción tomando en cuenta la problemática adolescente y se estudió la metodología adecuada para su abordaje.**
- 4) Se identificaron a los líderes y promotores juveniles que actúan en acciones positivas a nivel de la comunidad.**
- 5) Se dictaron charlas dirigidas a los adolescentes sobre el programa de atención integral al adolescente, haciendo notar que la selección de los temas son escogidos por los propios adolescentes y después de cada actividad se realiza un pos-test y una discusión de grupo para evaluar la captación de los mensajes.**
- 6) Se realizaron dinámicas grupales, discusiones de grupo, conversaciones con apoyo visual y distribución de material educativo.**
- 7) Se preparo en el ambulatorio un ambiente adecuado y se elabora el material de apoyo necesario.**

8) Se incorporan adolescentes a las actividades comunitarias, a la captación de nuevos adolescentes especialmente de alto riesgo, y a las actividades del centro de salud donde con entrenamiento adecuado logran intervenir en áreas como consulta externa, sala de curas, recuperación de costos, farmacias, control de enfermedades diarreicas, etc.

9) Se elaboró un plan de otras de acciones futuras que se va llevando a cabo a medida que avanza el programa y entre estas acciones se encuentran las siguientes:

- Formación de mayor numero de agentes comunitarios y búsqueda de nuevos líderes juveniles.

- Realización de un censo con ayuda de los adolescentes en su propia comunidad.

- Organización de actividades para las adolescentes embarazadas como cursos de corte y costura, manualidades, elaboración de canastillas y cursos sobre tópicos de salud de la embarazada.

- Interacción estrecha con otros grupos de la comunidad como son: Grupos religiosos, deportivos, culturales, juntas de vecinos, etc.

- ***Orientación sobre el buen uso del tiempo libre: Grupos de lectura, teatrales deportivos, musicales, etc.***

De evaluación

Se planifica un itinerario de evaluaciones periódicas tanto por el nivel central, Coordinación Materno Infantil Regional y por cada equipo en su propio ambulatorio, así como también por el Comité Técnico Regional. Esta evaluación se debe realizar de acuerdo a la ejecución de las actividades en cada ambulatorio, debiendo reunirse el equipo de salud regional cada mes para evaluar las actividades cumplidas y planificar las acciones futuras, haciendo los correctivos a que haya lugar, estas recomendaciones se deben hacer tomando en cuenta el nivel operacional de cada ambulatorio.

Actividades desarrolladas:

Por el equipo de salud:

- ***Captación de adolescentes de la propia comunidad y de las Instituciones educacionales.***
- ***Educación para la salud entendido como un proceso continuo.***
- ***Dinámicas grupales en autoestima, comunicación, asertividad, toma de***

decisiones dirigidas a la prevención de problemas.

- ***Atención integral al adolescente en la consulta.***
- ***Interrelación amplia entre ambulatorio, comunidad y escuela.***
- ***Formación de grupos juveniles en diferentes áreas.***
- ***Sensibilización y motivación a la población objeto del programa, familia y comunidad.***

Por los adolescentes:

- ***Actividades deportivas y culturales.***
- ***Cursos de primeros auxilios y manualidades.***
- ***Participación en actividades y tareas dentro del ambulatorio.***
- ***Excursiones a sitios históricos y parques recreacionales.***
- ***Captación de otros adolescentes de alto riesgo.***
- ***Incorporación e integración en grupos deportivos, religiosos y culturales de danzas, teatro lectura, etc.***

Conclusión

Esperamos que este trabado que resume las actividades desarrolladas por el equipo de salud del estado Lara sea de utilidad para otras personas e instituciones que

tengan como objetivo coman atender adolescentes que merecen y necesitan un trato especial para la elaboración de medidas efectivas y permanentes que promuevan el fomento y preservación de la salud de quienes son el futuro del país.

Bibliografía

- 1) Normas del Programa Atención Integral de Salud para el Adolescente. Dirección Materno Infantil, M.S.A.S/OPS/OMS. Marzo 1991. Caracas.***
- 2) SAEZ, I. Los Adolescentes actuando por su salud. Publicación Dirección Materno Infantil. MSAS/OPS/OMS. Octubre 1992. Caracas***
- 3) SAEZ, I. La Salud del adolescente y la acción en la comunidad. Publicación de la Dirección Materno Infantil MSAS/OPS/OMS. Sep. 1992. Caracas.***
- 4) SAEZ I. El adolescente de alto riesgo y primeras causad de mortalidad. Publicación de la Dirección Materno Infantil. MSAS/OPS/OMS/UNICEF. Septiembre 1992. Caracas.***
- 5) SAEZ I. Sexualidad en la adolescencia. Publicación de la Dirección Materno Infantil. MSAS/OPS/OMS/UNICEF. Sep. 1992. Caracas.***
- 6) SILEO E. Aproximación al adolescente sano. Publicación de la Dirección Materno***

Infantil. MSAS/OPS/OMS/UNICEF. Agosto 1992. Caracas.

7) SAEZ I., Sileo E. Aproximación al adolescente enfermo. Publicación de la Dirección Materno Infantil. MSAS/OPS/OMS/UNICEF. Agosto 1992. Caracas.

8) Estadísticas de la Dirección Regional de Salud del Estado Lara. Año 1992.

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Home](#)"" """"""> (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small home server, if it's Linux, we know it).[ar.cn.de.en.es.fr.id.it.ph.po.ru.sw](#)

Capitulo N^o 7: Presencia de la enfermera en la atención del adolescente

[Introducción](#)

[Perfil de la enfermera \(O\) dedicada a la atención del adolescente](#)

[Esquema de acción a nivel operativo y gerencial](#)

[Acciones específicas de enfermería](#)

[Actividades](#)

[Objetivo específico](#)

[Tareas](#)

[Bibliografía](#)

Enf. Nayib Sánchez

Enf. Zulma Mendoza

Introducción

La enfermera. como miembro fundamental del equipo de salud, constituye dentro del área dedicada a la atención del adolescente un personaje clave para el desarrollo exitoso de todas las actividades que se ejecutan y planifican.

La Coordinación Regional de Enfermería de Atención al Niño y al Adolescente del Edo. Lara en la operatización del Programa de Atención Integral al Adolescente ha coordinado acciones con el Departamento de Atención al Adolescente de la Dirección Materno Infantil del M.S.A.S., adoptando la normativa nacional del Programa en referencia a los recursos humanos y de infraestructura que tiene el Estado, para

brindar una atención cónsona con las necesidades detectadas de nuestra población de 10 a 19 años.

En la organización general del programa, todas las acciones deben efectuarse de una manera integrada y participativa que dinamice la fluidez de acciones entre los diferentes niveles gerenciales y operativos de la institución y entre los miembros del equipo de salud.

Perfil de la enfermera (O) dedicada a la atención del adolescente

El personal de enfermería que labore con adolescentes, debe poseer las siguientes características profesionales y personales:

Características Profesionales:

- Tener conocimiento y experiencia en el área materno infantil.***
- Tener la capacitación básica en el programa de Atención Integral de Salud para el Adolescente.***
- Tener conocimiento de los principales problemas que afectan la salud del adolescente y su abordaje preventivo.***

Características Personales:

- Capacidad para desarrollar trabajos en equipos.

- Sensibilidad social.

Disponibilidad para comunicarse con el adolescente, familia y comunidad.

Personalidad afable, cordial, comprensiva y positiva que refleje equilibrio en sus relaciones interpersonales.

- Responsabilidad para observar los principios básicos de respeto por el ser humano, confidencialidad y discreción.

- Capacidad de desarrollar deseos de superación profesional.

- Responsabilidad en el cumplimiento de sus funciones.

Acciones del personal de enfermería

Comprenden un amplio ámbito que involucra los niveles gerenciales y operativos del Programa de Atención Integral de Salud para el Adolescente, efectuando la

capacitación por etapas que se desarrollan a partir de reuniones y talleres de participación multidisciplinarios donde se cumple con las fases de:

- Información.***
- Sensibilización.***
- Adaptación organizativa.***
- Capacitación en el Programa.***
- Integración con grupos organizados de la comunidad.***
- Inter-actuación con otras instituciones.***
- Supervisión y evaluación.***
- Expansión a nivel regional.***

Todas estas acciones esquematizan de la manera siguiente:

Esquema de acción a nivel operativo y gerencial

Programa de atención perfil de salud para el adolescente

NIVEL CENTRAL: Dirección Materno Infantil. División Atención al Niño y al Adolescente.

Departamento de Atención al Adolescente.

NIVEL REGIONAL: Dirección Regional del Sistema (Nacional de Salud.

Coordinación Regional de Atención al Niño y al Adolescente.

NIVEL OPERATIVO: Establecimientos de Salud (Ambulatorios urbanos 1, II, III y Hospitales).

NIVEL COMUNITARIO: Grupos organizados de la comunidad.

Acciones específicas de enfermería

1.- Investigación:

Conjuntamente con el equipo de salud del ambulatorio y grupos organizados de la comunidad, realiza el diagnóstico de la situación de salud que le permitirán conocer entre otros aspectos: líderes juveniles, recursos económicos, educativos, socioculturales y factores de riesgos, los cuales servirán para dirigir las acciones a la población comprendida entre los 10 y 19 años y trazar metas a corto plazo, elaborando un plan de acción local participativa.

2.- Atención directa:

Está dirigida a identificar con criterio profesional el adolescente de alto o bajo riesgo, observar actitudes, detectar necesidades, orientar, informar y ofrecer apoyo emocional.

Las acciones de Enfermería en la atención directa están contempladas en las tres etapas de las clínicas de enfermería como lo son la pre-clínica, clínica y post-clínica.

Etapas de Pre-Clínica:

Objetivo General: Orientar al adolescente dentro de la consulta según riesgo detectado en el diagnóstico de enfermería.

En esta etapa las actividades de enfermería deben realizarse en forma ordenada para lograr el objetivo específico de cada uno ejecutando las tareas que se consideren de acuerdo a las actividades, así tenemos:

Actividades

- Entrevista***
- Aplicación de Test o cuestionario pre-consulta.***
- Medida de parámetros físicos (peso, talla, presión arterial).***
- Medición de agudeza visual.***

- ***Orientación en cuanto a la conducta durante el examen físico.***
- ***Educación para la Salud.***

Objetivo específico

- ***Identificar por nombre y apellido al adolescente y ubicarlo en el sector donde vive.***
- ***Observar situaciones emocionales que impidan la comunicación.***

Identificar inquietudes personales relacionadas, sexualidad, anticoncepción, enfermedades de transmisión sexual, comunicación familiar, etc.

- ***Identificar cifras de presión arterial y parámetros de crecimiento según tablas de talla y peso.***
- ***Identificar problemas de visión.***
- ***Facilitar la comunicación y disminuir los temores e inhibiciones del adolescente, respecto a la consulta.***
- ***Informar sobre aspectos de salud que sean un aporte al proceso educativo***

orientado a fomentar estilo de vida saludable.

Tareas

- Llenar en la historia Clínica la parte de identificación personal.***
- Entrega y orientación del cuestionario pre-consulta.***

Orientación individual.

- Pesar y tallar al adolescente.***

Tomar presión arterial.

- Utilizar tabla de Snell para agudeza visual.***
- En comunicación individual orientar al adolescente en todo lo relacionado al examen físico.***
- Implementar dinámicas grupales adaptadas a su edad e intereses.***

**** Esta actividad puede hacerse antes de iniciar la clínica o después de la post-clínica pero participando todo el equipo de salud.***

Etapa clínica:

Objetivo General: Identificar conjuntamente con el médico situaciones personales y de salud que interfieran en el crecimiento y desarrollo físico y emocional del adolescente.

En esta etapa las actividades de enfermería se realizan de acuerdo a las situaciones, teniendo presente el cumplimiento del secreto profesional y la aplicación de la técnica de la entrevista.

Etapa post-clínica:

Objetivo General: Orientar al adolescente en relación a las indicaciones del médico y próxima cita.

En esta etapa la enfermera conjuntamente con el trabajador social selecciona y ubica al adolescente según sus cualidades, condiciones y recursos en las actividades socio-culturales y educativas que consideren (previa comunicación con el adolescente) y de acuerdo a los recursos y grupos que funcionen en su comunidad o en áreas adyacentes.

3.- Participación comunitaria

La enfermera promueve conjuntamente con los líderes de la comunidad, grupos juveniles, juntas de vecinos y equipos multidisciplinarios intrasectoriales e

interinstitucionales organiza actividades que favorezcan la participación de los adolescentes y su integración al establecimiento de salud y la comunidad.

Debe considerarse esta, una de las acciones de mayor importancia para el abordaje del adolescente, ya que la misma nos permite seleccionar y capacitar a los promotores juveniles con la finalidad de que en forma voluntaria participen en la solución de sus propios problemas y lograr las metas que como adolescente en su desarrollo personal va a determinar su conducta de adulto.

La acción comunitaria es una de las más importantes dentro de todo el abordaje del adolescente, ya que nos permite estar dentro del medio y conocer otros grupos como los religiosos que han servido de refugio espiritual socio-cultural y educativo.

4.- Evaluación.

Dentro de esta etapa la enfermera realiza las siguientes actividades:

4.1.- Revisión y análisis de formularios de registro.

4.2.- Visitas periódicas a las diferentes ambientes del servicio para garantizar la comodidad y privacidad que el usuario requiere.'

4.3.- Revisión conjuntamente con el resto del equipo de salud del material divulgativo.

4.4.- Enviar informe mensual y trimestral a las coordinaciones regionales y a la División de Registros y Estadísticas del M.S.A.S.

4.5.- Disponer del material mínimo necesario para realizar las clínicas.

4.6.- Incluir dentro de su planificación general, las visitas domiciliarias a los adolescentes que así lo ameriten.

4.7.- Participación en conjunto con el resto del equipo de salud en la evaluación de los resultados obtenidos.

5.- Acciones educativas.

Siendo el área de Educación para la Salud, prioridad en cada uno de los grupos de edades, la enfermera está en constante actividad docente y promoverá, organizará y participará conjuntamente con el equipo de salud en seminarios, talleres, charlas, conferencias, tanto a nivel de grupo en la comunidad como con estudiantes de diferentes niveles de educación y con profesionales de otras disciplinas, en temas relacionados con la problemática actual de salud de los adolescentes.

Las acciones de enfermería señaladas en este capítulo es una guía para la implementación del trabajo de enfermería dentro del equipo de salud, las mismas van a depender de las necesidades regionales y locales, de la situación epidemiológica de los recursos humanos y materiales y de las condiciones bio-psicosociales del adolescente.

En la participación de otras instituciones es de relevancia la Integración de institutos educativos, Ministerio de la Familia, Ministerio de Justicia, Instituto Nacional de Atención al Menor y otras instituciones privadas (SIDETUR)

En el Estado Lara la participación de la Fundación para la promoción de la Salud (FUNDASALUD) creada por el Ejecutivo Regional, ha sido un soporte decisivo en el desarrollo del programa.

Bibliografía

BARRERA M. G. KERDEL V. O. El Adolescente y sus Programas en la Práctica. Monte Avila Editores. 1918. Caracas.

FREDMAN R. Enfermería de Salud Pública. Editorial Interamericana. 1era. cap. 5. La Enfermera Social en la Estructura del Servicio. 1971.

HERRERA J. Crecimiento y Desarrollo. cap. 1 Evaluación de la Conducta del Adolescente. año 1985.

Manual de Técnicas y Procedimientos de Enfermería. M.S.A.S. 1968.

SAEZ I. La Salud del Adolescente y la Acción en la Comunidad. 2da. Edición. Material de Apoyo Nra. :2 Caracas. 1992.

SAEZ I. Programa de Atención Integral de salud para el Adolescente. Normas y Funciones. 2da. Edición. Caracas. 1992.

LOPEZ M. LANDAETA M. Manual de Crecimiento y Desarrollo Fundacredesa svap. Caracas. 1991

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Home](#)"" """"> (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small home server, if it's Linux, we know it).[ar.cn.de.en.es.fr.id.it.ph.po.ru.sw](#)

Capítulo N^o 8: Presencia del trabajador social en la atención del adolescente

[Características del Trabajador Social que trabaja con Adolescentes](#)

[Otras actividades que son pilares dentro de la operatización del programa](#)

[Interrelación Equipo de Salud y Adolescente](#)

[Acercamiento Equipo de Salud hacia el Adolescente](#)

[Conclusión](#)

[Bibliografía](#)

T.S. Doneylan Liscano de Gil

T.S. Ingrid de Laversa

Los adolescentes viven una etapa de mucha complejidad por la multifactoriedad de aspectos que confluyen en esta edad, así vemos que la herencia, características constitucionales y el ambiente determinan sus condiciones y actitudes ante la salud.

En relación a lo anterior también es importante considerar para entenderlos mejor que cada uno de ellos es un mundo individual, siendo así que dos adolescentes con la misma precaria situación económica pueden tener un ambiente similar pero de

acuerdo a sus particularidades sentirán y actuarán frente a sus problemas de manera muy diferente.

El trabajador social tiene como fin primordial, contribuir al desarrollo de las potencialidades del ser humano, de la promoción y educación para la salud entendida como un proceso continuo desde la etapa infantil y en la edad adolescente, este fin primordial tiene un importancia vital, ya que favorece la presencia y control de conductas de riesgo, favoreciendo la integración del grupo de 10 a 19 años a la sociedad de una manera positiva.

El Trabajador Social por su formación se encuentra en capacidad de aplicar procedimientos y técnicas que son fundamentales en la operatización al Programa de Atención Integral de Salud para Adolescentes con una guía metodológica que favorece la participación activa, con todo el equipo de salud, de los adolescentes, familia y comunidad. Además es el funcionario del equipo de salud que proporciona la información básica para el abordaje y comunitario específicamente.

Características del Trabajador Social que trabaja con Adolescentes

a.- Debe tener conocimiento de las técnicas de la entrevista, además de condiciones personales de empatía, seguridad, confianza, capacidad,

agilidad, experiencia, cordialidad, cortesía y asertividad.

b.- Actitud profesional donde el Trabajador Social mantenga siempre su plano profesional, evitando inmiscuir asuntos personales, aplicando valores filosóficos y por supuesto en un clima cordial, franco y muy respetuoso del ser humano.

Otros aspectos son:

Aceptación: Se debe aceptar al adolescente, como ser humano que es, tomando en cuenta sus capacidades para enfrentarse a su medio de vida y atendiendo principalmente las circunstancias que lo rodean.

Individualización: El Trabajador Social no puede tener un patrón único para resolver los problemas que se le presentan, porque cada adolescente tiene características particulares que lo diferencian de los demás, reaccionando de manera diferente ante el mismo problema.

Autodeterminación: Debemos tener en cuenta que cada adolescente, cada grupo y cada comunidad son las que conocen mejor sus necesidades y saben resolverlas con la orientación adecuada.

El Trabajador Social está consciente que el adolescente tiene capacidades propias para enfrentarse a los problemas, por lo tanto, debe activamente estimular y orientar a que los adolescentes participen en la búsqueda de soluciones.

c.- Elaboración de mensajes: El dialogo, material educativo, etc., que el Trabajador Social elabora con el adolescente debe estar acorde con el mismo, no utilizando términos cuyo significado no esté al alcance del adolescente, o no sean adaptados al contexto socio-cultural.

d.- Disposición del Trabajador Social: El Trabajador Social debe mostrar interés en los planteamientos que el adolescente exponga, escuchándolo sin prisas, ya que de lo contrario este puede reaccionar con una marcada hostilidad. desconfianza e indiferencia, dificultando las acciones de salud.

Trabajo básico: Diagnóstico, evaluación y determinación de objetivos. A través de este método se pretende conocer los factores que influyen en la conducta del adolescente, en función de ajustes que afectan al medio ambiente que los circunda.

Acciones del Trabajador Social con el Adolescente:

Todo adolescente de 10 a 19 años que acuda al establecimiento de salud debe ser considerado como un caso para el Trabajador Social y efectuar el registro de la ficha

social de salud.

Otras actividades que son pilares dentro de la operatización del programa

Sectorización: Investigación realizada para el conocimiento de la población objeto, que se encuentra en el área de influencia de un establecimiento dispensador de salud; de manera que permita una atención integral al adolescente, la familia y su comunidad.

Captación: Actividad básica para lograr que el adolescente solicite atención en salud y además favorece la participación activa del mismo en promoción para la salud.

Es fundamental promover la presencia de líderes juveniles.

Identificación: Es la actividad que se sugiere para organizar talleres con adolescentes de diferentes sexo, edad y condición socioeconómica ajustándose a sus intereses y necesidades.

Motivación:

a.- Promoción del Programa de Atención en Salud Integral al Adolescente para incrementar el número de participantes y consultantes.

b.- Adecuar el potencial de la comunidad y el recurso de varios sectores a las necesidades de bienestar y desarrollo a los adolescentes.

c.- Fomentar el sentido de pertenencia y permanencia desarrollando el sentido de sensibilidad social y solidaridad con su comunidad.

Formación:

Comienza con la motivación para orientarlos e informarles sobre aspectos como búsqueda de su identificación, participar con otros grupos, buscar valores y modelos edificantes.

Capacitación:

a.- Brindar al adolescente conocimientos sobre la participación en las actividades a desarrollar en los programas de salud.

b.- Informar sobre necesidades prioritarias de educación sanitaria a los adolescentes, padres, maestros y comunidad en general a través de:

- Talleres sobre discusiones de interés.***
- Talleres para promocionar estilos de vida saludable.***

- **Talleres de actividad cultural y recreativas.**
- **Dinámica de grupo.**
- **Programas educativos dirigidos a la familia y a la comunidad.**
- **Orientación de la familia.**
- **Identificación del adolescente con problemas.**
- **Promover y apoyar las campañas preventivas de salud.**

Asesoría

a.- Orientar desde el punto de vista físico, psíquico y social en la pre y post-clínica.

b.- Seguimiento del adolescente para observar los resultados de los planes y metas ejecutadas.

Interrelación Equipo de Salud y Adolescente

1.- Promocionar conjuntamente al equipo de salud la acción interinstitucional ajustado a las necesidades de los adolescentes (visitas, reuniones y charlas).

2.- El equipo de salud debe dirigir acciones que favorezcan la participación activa de los propios adolescentes en la responsabilidad de cuidar su propia salud y de otros

miembros de su familia y comunidad. respecto a:

3.- Participación del equipo de salud en la toma de decisiones con

- Ayudar a potenciar las agrupaciones de adolescentes.***
- Posibilitar los encuentros entre adolescentes de diversos ámbitos regionales.***
- Favorecer la ejecución de actividades en común que busquen el desarrollo personal o la proyección social.***
- Ofrecer constante orientación, estímulo y apoyo en los aspectos de la vida personal y social.***
- Proporcionarle posibilidades para desarrollar su especial sensibilidad y su altruismo social.***
- Promover y ejecutar actividades de educación sanitaria, talleres y terapias de grupos dirigidos a los adolescentes.***
- Discusión de casos de alto riesgo por el equipo de salud.***

- Difundir la información en las diversas áreas donde se desempeñen los adolescentes (escuelas, centros juveniles, liceos, grupos culturales, iglesias, etc).

Acercamiento Equipo de Salud hacia el Adolescente

Mediante la aplicación de varias técnicas como;

1.- Dinámica de grupo: Constituye una serie de ejercicios que conllevan a fomentar la reflexión, la creatividad, el espíritu crítico y la participación activa de todos los adolescentes de un grupo determinado.

2.- Terapia de grupo para adolescentes: El control de alto riesgo y para aquellos que no hayan sido atendidos en la consulta.

Estas terapias abarcan las diferentes actuaciones y personalidades del adolescente en las cuales se les brinda la oportunidad de exteriorizar los conflictos internos de su personalidad, problemas familiares y de su comunidad. Para ello debe estar presente personal interdisciplinario, trabajador social, enfermera o psicólogo.

Se sugiere que las terapias se realicen con un seguimiento de casos, de igual forma las terapias de grupos a padres.

De acuerdo a las necesidades detectadas surgirán del grupo las actividades que se realizarán posteriormente.

Existen otras técnicas que son aplicables de acuerdo a las metas trazadas por el grupo. Sugerimos utilizar la publicación Los Adolescentes Actuando por su Salud sobre trabajo, autoestima, comunicación, asertividad. persona grupal y análisis de los mensajes de cambio.

Conclusión

El Trabajador Social debe tener conocimiento de las técnicas de la entrevista y condiciones personales como la empatía, seguridad, confianza, capacidad, agilidad, experiencia, cordialidad, cortesía y asertividad.

El Trabajador Social debe mantenerse en todo momento en un plano profesional.

El contenido del mensaje que el Trabajador Social elabora con el adolescente debe estar acorde con el mismo.

El Trabajador Social debe demostrarle una actitud de interés y confianza hacia los planteamientos que exponga el adolescente.

Las operaciones básicas donde se conocen los factores que influyen en la conducta del adolescente son el diagnóstico, evaluación y determinación.

El acercamiento equipo de salud hacia el adolescente debe aplicarse de acuerdo a las técnicas de la dinámica de grupo y terapias de grupo para adolescentes.

Bibliografía

- Normas de Atención Integral de Salud para el Adolescente. Dirección Materno Infantil. MSAS-OPS-UNICEF., Mayo 1991. Caracas.

- Enciclopedia de la familia: Escuela para Padres. Ediciones Nanta, S.A. Santiago de Chile.

- Guías editadas por Dirección de Prevención del Delito Ejercicio de Dinámica de Grupo.

- Sáez I. La Salud del Adolescente y la Acción en la Comunidad. Publicación MSAS-OPS-UNICEF. Julio 1992. Caracas.

- Sáez I. El Adolescente de Alto Riesgo y primeras causas de mortalidad. Publicación MSAS-OPS-UNICEF. Enero 1992. Caracas.

- Guías de Metodología de Trabajo Social. MSAS.

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

Home"" """"> (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small home server, if it's Linux, we know it).[ar.cn.de.en.es.fr.id.it.ph.po.ru.sw](#)

Capitulo Nº 9: Modelo de atención a la adolescente embarazada

Introducción

Importante que todo medico que vaya a realizar esta clínica debe aplicar los siguientes principios.

Bibliografía

Dr. Jesús A. Rojas P.

Enf. Prof. Bruna L. de Piña

Introducción

La adolescencia es una etapa fundamental del crecimiento y desarrollo humano, durante el cual el niño se transforma en adulto; es un período que ha sido definido cuantitativamente por la Organización Mundial de la Salud como el grupo comprendido entre 10 - 19 años de edad.

Venezuela se caracteriza por tener una población predominante joven, en donde el grupo de adolescente representa el 22 % de la población total. Anualmente ocurren en nuestro país 90. 000 a 100. 000 partos en este grupo etario lo que representa aproximadamente un 20 % del total. El Estado Lara no escapa a esta situación, tal como lo reflejan las cifras presentadas por la Coordinación Regional de Atención Materna y Planificación Familiar: En los años 1990 y 1991, el embarazo en adolescentes representó el 14 % de todas las gestaciones, mientras que en el año 1992 se observó un incremento, situándose en 17. 9 % muy cercano al promedio nacional.

Al analizar estas cifras, cabe realizarse esta pregunta ¿Constituye un problema de Salud Pública el embarazo Precoz? La respuesta es definitivamente Sí; es un problema social creciente.

Por lo tanto el equipo de salud consciente de esta realidad está obligado a afrontarla con dedicación; y en la búsqueda de salidas y soluciones reales y rápidas que nos conduzcan a lograr una Atención Integral de Salud para la Adolescente Embarazada, presentamos un Modelo Práctico diseñado acorde con las vivencias de nuestro medio.

Modelo de atención a la adolescente embarazada

Tendencia: De ayuda / autocuidado.

Objetivo:

Ayudar a la adolescente embarazada a través de un Plan de atención integral, el cual conlleva un Programa Educativo Preventivo, el cual le permita desarrollar su máximo potencial de salud para ella y el hijo, de manera que asuma su autocuidado.

¿Quién realiza la acción?

Este modelo será realizado por un equipo de salud multidisciplinario tanto intramural como extramural. El intramural está conformado por; Médico Gineco-Obstetra, Enfermeras, Auxiliares de Enfermería, Trabajador Social, Psiquiatra o Psicólogo, Nutricionista, Bionalista, Odontólogo, Educadores. El equipo extramural está conformado por miembros del Equipo de Salud de otras instituciones indispensables

para establecer referencias y contra-referencias, así como la familia y los líderes juveniles de la comunidad.

¿Quién es el receptor de la actividad?

Se prestará asistencia a toda adolescente embarazada independientemente de su edad gestacional.

¿En que contexto tiene lugar la actividad?

Para cumplir con estas actividades se organizarán Clínicas Prenatales en los Ambulatorios Urbanos Tipos II y III y en todos los Hospitales donde se establecerá un plan de atención integral para las adolescentes embarazadas; el cual tendrá las siguientes características: Objetivo, Operativo, Accesible y Flexible.

Objetivo: Real, con conocimientos científico.

Operativo: Funcionable, factible de poner en práctica.

Accesible: De fácil acceso a todas las adolescentes embarazadas.

Flexibles: Dinámico - susceptible al cambio y a adaptar de acuerdo a la situación - Modificable.

Funciones del Equipo de Salud.

¿Cuándo se considera alcanzada la meta?

- 1.- Al obtener una cobertura del 100% de las adolescentes embarazadas.***
- 2.- Cuando la adolescente asuma su autoridad a través de una educación participativa.***
- 3.- Cuando se logre que nuestras adolescentes recapaciten que no es tiempo para un embarazo.***

¿Cuáles son las características de estas Clínicas Prenatales?

Precoz, Periódica, Integral y de Amplia Cobertura.

Precoz: Detección de las adolescentes embarazadas, lo más temprano posible, diez (10) días después de la primera falta menstrual. Esto permite ejercer acciones de promoción y prevención indispensable para lograr un embarazo y un parto sin complicaciones y obtener un neonato sano.

Periódico: Se estima un control mensual hasta las 33 semanas, quincenal hasta las 27 semanas y semanal el resto del embarazo. Sin embargo el equipo de salud señalará el control dependiendo de otros factores asociados.

Integral: Se evaluará a la adolescente de una manera holística, desde el punto de vista

bio-psico-social.

De amplia cobertura: Que involucra el mayor numero de embarazadas de la Zona de influencia para asegurar una cobertura del 100%.

Etapas del Modelo de Atención: Como proceso administrativo, se desarrollará en tres etapas: Planificación, Ejecución y Evaluación.

Planificación: Pasos que se seguirán:

1.- Disposición de ambiente, recursos humanos y materiales; los cuales serán los existentes en las consultas Prenatales ya establecidas. Dándole al ambiente un aspecto acorde con la adolescente.

2.- Definición de la población adolescente en general y la de adolescente embarazadas.

3.- Adiestramiento de los miembros del equipo interdisciplinario para asegurar una atención adecuada y continua.

4.- Información a los miembros del equipo de Salud interinstitucional en todo lo referente a la atención de adolescentes embarazadas de manera de dinamizar lo

concerniente a referencias y contrareferencias.

5.- Orientación a las familias y líderes Juveniles de la Comunidad sobre el programa de atención a las embarazadas adolescentes.

Ejecución: Poner en practica el plan de atención integral a las embarazadas adolescentes. Comprende actividades de Fomento, Prevención y Restauración de la Salud.

Actividades de Fomento:

Están centradas en el proceso educativo, el cual será permanente y dirigido a las adolescentes embarazadas, familia y la Comunidad con el fin de motivar y lograr cambios de conducta y actitudes hacia el logro de la salud de la madre y su hijo.

Las actividades educativas programadas en sesiones periódicas, serán responsabilidad del equipo de salud quienes desarrollarán los siguientes tópicos:

1.- Desarrollo Psicosocial del adolescente y valores socializantes y participativos.

2.- Anatomía y Fisiología de los órganos de la reproducción.

- 3.- Fisiología de la Ovulación, Fecundación, Implantación, desarrollo y crecimiento del feto.**
- 4.- Descripción de la Consulta Prenatal: Actividades en Pre-Clínica, Clínica y Post-Clínica.**
- 5.- Embarazo Normal: Cambios fisiológicos y señales de alarma durante el embarazo.**
- 6.- Hábitos de Higiene personal y familiar. Necesidades nutricionales de la adolescente embarazada y su hijo. Importancia de la Salud Oral.**
- 7.- Trabado de Parto: Mecanismo del parto, ejercicios de respiración, relajación neuromuscular y pujos para la participación activa de la embarazada durante el parto.**
- 8.- Características y cuidados del recién nacido.**
- 9.- Cuidados de la madre durante el puerperio. Importancia de la Consulta Post-natal.**
- 10.- Lactancia Materna: Ventajas para la madre y el hijo. Técnicas de amamantamiento.**
- 11.- Importancia del control de niños sanos. Inmunizaciones.**

12.- Planificación Familiar.**13.- Pesquisa de cáncer cérvico-uterino y mamario. Enfermedades de transmisión sexual.**

Actividades de Prevención: Son todas aquellas que no conllevan a detectar factures de riesgos para el embarazo, parto, puerperio y neonato, y así prevenir complicaciones:

- **Toma de muestras de secreción cérvico-vaginal y exámenes de mamas, para despistaje de cáncer de cuello uterino y de mamas.**
- **Aplicación de Toxoide Tetánico para prevenir Tétanos maternos y neonatorum.**
- **Educación sobre problemas de salud oral para prevenir patologías bucales.**
- **Educación sobre Planificación Familiar, Anticoncepción, Educación Sexual para prevenir embarazos no deseados, abortos y enfermedades de transmisión sexual.**
- **Orientación en el manejo de las relaciones familiares para prevenir situaciones que generen violencia familiar.**

Actividades de Restauración de la Salud

Todas aquellas acciones realizadas por equipo de salud orientadas a la identificación, manejo y seguimiento de los problemas de salud que afecten a la madre, al feto y al recién nacido; se da a través de las consultas con miembros del equipo de salud y con referencias en otros niveles de atención.

Funciones del Equipo de Salud

Asistencial, Administrativas, Docentes y de Investigación.

Asistencial: Atención integral a la adolescente embarazada para conservar y restaurar la salud.

Administrativa: Planifica, organiza, dirige y controla.

Docentes: El equipo de salud debe ser agente de docencia permanente y realizará actividades en Educación para salud a la adolescente embarazada, familia, grupo adolescente y a la comunidad, además debe educar al equipo y favorecer una formación continua para el aumento de conocimientos de cada miembro del equipo.

Investigación: El equipo de Salud debe profundizar en sus conocimientos y aumentar el

saber humano para mejorar la calidad de asistencia prestada y posibilitar la formulación de teorías.

Importante que todo medico que vaya a realizar esta clínica debe aplicar los siguientes principios.

- Asumir una actitud que garantice la confianza en su investidura y transmita tranquilidad a la adolescente, porque de esto depende que se facilite el éxito en la relación médico - paciente o por el contrario esta se vea limitada.

- El derecho a la confidencialidad el cual se debe guardar siempre y cuando no ponga en peligro la vida del paciente. Ejemplo que el médico tenga conocimiento de un intento de suicidio.

- Conocerlos aspectos psicológicos de la adolescente embarazada y aplicarlos según la etapa del desarrollo en que esta se encuentre, permitirá brindarles una atención acorde con sus necesidades y generan referencia al equipo de salud mental de ser necesario.

- El Embarazo Precoz per-se es de alto riesgo y que se asocia más frecuentemente a complicaciones obstétricas que se traducen en una elevada

morbi-mortalidad Materna y Perinatal; por lo que debe realizar una anamnesis minuciosa que le permita identificar cualquier otro riesgo asociado y esto se logra mediante el llenado completo y correcto de la Historia clínica perinatal y ficha obstétrica perinatal.

- Realizar examen físico Integral, donde además de evaluar lo concerniente al embarazo en sí, se debe examinar el estado nutricional y la salud bucal de la embarazada adolescente con la finalidad de ofrecer orientación adecuada y referencia oportuna a otros servicios de salud donde se le garantice su celeridad.

Bibliografía

1.- Normas para la Atención Materna y Planificación Familiar.- Dirección General Sectorial de Salud. Dirección Materno - Infantil. Caracas 1991. Páginas: B, 9, :23.

2.- GOMEZ J., BRACHO C., Y COLABORADORES. Programa de Atención de Salud para Adolescentes Embarazadas. PASAE.- Valencia 1993.

3.- SAEZ I, Sexualidad y Adolescencia.

4.- O.P.S. La Salud Adolescente y el Joven en las Américas. Publicación Científica N° 485.

OMS/FNUAP/UNICEF.

5.- QUINTERO B., PIÑA E. Atención Integral a individuos, Familia Comunidad. UCV Facultad de Medicina E.E.E.

6.- WAGNER, O: La Adolescente Embarazada. V Congreso Médico Social 1990.

Ginecología y Obstetricia en Adolescentes Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Volumen 3/1989.

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Home](#)"" """"""> (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small home server, if it's Linux, we know it).[ar.cn.de.en.es.fr.id.it.ph.po.ru.sw](#)

Capitulo N^o 10: Presencia de la enfermera en la atención de la adolescente embarazada

[*Introducción*](#)

[*Organización de la consulta de embarazada adolescente*](#)

[*Actividades de enfermería en las etapas de pre-clínica, clínica y post-clínica prenatal adolescente*](#)

[*Otras actividades de enfermería en la atención de adolescentes embarazadas*](#)

[*Normas para la atención de la embarazada adolescente*](#)

[*Características de un adecuado control prenatal*](#)

[*Definiciones conceptuales*](#)

[*Normas para la aplicación de toxoide tetánico a la embarazada*](#)

[*Contenidos para la programación educativa a las adolescentes*](#)

[*Técnica para determinar albuminuria según método de calor*](#)

[*Bibliografía*](#)

Enf. Bruna López de Piña

Introducción

El embarazo en la adolescencia es considerado un problema de Salud Pública, por las repercusiones negativas que tiene en el binomio madre - hijo y su proyección en la esfera social, económica y demográfica.

En nuestro país, enfrentamos una crisis económica, política, social y moral, que dificulta buscar salidas reales a éstos problemas de salud, los cuales se agravan cada vez más por el aumento de casos que presenciamos día a día.

Enfermería, profesión donde sus miembros están capacitados para ejercer el liderazgo de su equipo, promueve acciones en la búsqueda de respuestas positivas a través de una programación donde se brinda una atención al adolescente visto de una manera holística, ayudándole para que alcance su máximo potencial de salud y que participe activamente en la comunidad donde se desenvuelve en la consecución de medidas que le permitan prevenir situaciones que lo coloquen en desventajas en relación con otros grupos.

Nuestra meta es contribuir a evitar embarazos en adolescentes, implementando diferentes estrategias, básicamente de índole educativo con el objeto de promover conductas saludables, oled ando la posibilidad de dono, que la puede ocasionar incluso hasta la muerte.

La estrategia fundamental es implementar acciones concretas siguiendo la normativa establecida por la Dirección Materno Infantil del M.S.A.S., para dar a nuestras adolescentes embarazadas una atención integral, sentida y real destinada a prevenir complicaciones y a lograr que el embarazo evolucione satisfactoriamente para obtener

un niño sano.

Organización de la consulta de embarazada adolescente

Ambiente: Es el mismo ambiente físico donde se realizan las actividades de Salud Materna, el cual debe ser agradable, bien ventilado, con iluminación natural y decorado de acuerdo a la edad. (evitar decorado infantil).

Horario y día de cita: Especial para las embarazadas menores de 20 años.

Equipos y Materiales: Son los necesarios para adecuar la consulta de atención Prenatal y permitir un examen físico completo y que además incluya detalles como dotación de lencería (sábanas para cubrir la camilla y a la paciente).

Características del Personal de Enfermería: Debe ser idóneo para la atención de adolescentes: capacitado, sensibilizado, responsable, objetivo y con facilidad para comunicarse.

La Capacitación: Que incluya conocimientos científicos de enfermería y de la salud del adolescente, que esté preparado para ejercer liderazgo, toma de decisiones, con aptitudes y habilidades suficientes para dar una atención adecuada.

La Sensibilización: Para actuar como agente social humanizado que internaliza y fomenta el cultivo de valores positivos.

La Comunicación: Que le permita la expresión de ideas con claridad y precisión, que sea receptivo y atento, accesible al trato con los adolescentes y su familia.

La Responsabilidad: Para conocer y cumplir sus funciones a cabalidad.

La Objetividad: Para actuar de manera imparcial, ajustada a las necesidades de los adolescentes.

Actividades de enfermería en las etapas de pre-clínica, clínica y post-clínica prenatal adolescente

Pre-clínica

1.- Organizar y supervisar el ambiente, dotando del material médico, quirúrgico, lencería, papelería, etc., los cuales se utilizan durante la consulta.

2.- Solicitar y constatar las historias clínicas con la hoja de Registro diario de Actividades y Libro de citas.

- 3.- Recibir a las adolescentes con un trato cordial y ubicarlas en el ambiente de pre-clínica.**
- 4.- Explicar los procedimientos que se realizarán, fomentando un clima de confianza.**
- 5.- Determinar Peso, Talla y Signos Vitales.**
- 6.- Determinar albuminuria, si se dispone del equipo adecuado.**
- 7.- Efectuar una entrevista individual que favorezca una buena comunicación Enfermera y Paciente; llenar la identificación de la Historia Clínica Perinatal y la Tarjeta de control.**
- 8.- Anotar datos en la Hoja de Registro diario de Actividades y libro de Admisión de Prenatales.**
- 9.- Preparar material para el estudio citológico (Formato y Lamina).**
- 10.- Anexar resultados de exámenes de Laboratorio, Citológicos, Ecográficos y otros a la Historia Clínica.**
- 11.- Aplicar dosis correspondiente de Toxoide Tetánico, según la norma de Atención**

Materna.

12.- Cumplir Programación Educativa según plan establecido y lograr la participación activa de las adolescentes en el cuidado de su salud.

Clínica

- 1.- Disponer las Historias Clínicas de acuerdo al orden de llegada y atendiendo las prioridades de casos de emergencia.**
- 2.- Llamar a la adolescente por su nombre, proveerla de la bata ayudándola en el cambio de ropa y establecer la comunicación rompe-barrera.**
- 3.- Brindar apoyo emocional a la adolescente y conducirla a la entrevista el médico.**
- 4.- Preparar emocionalmente para el examen físico, garantizándole privacidad en todo momento,**
- 5.- Proveer al médico del material necesario para el examen físico completo que incluye examen ginecológico.**
- 6.- Comunicar al médico cualquier situación planteada por la paciente, previo**

consentimiento de ella.

7.- Orientar a la adolescente y al acompañante sobre las indicaciones médicas, exámenes solicitados, interconsulta odontológica, referencias etc., y la solicitud de las diferentes citas.

8.- Asignar cita para la próxima consulta, indicando la necesidad de confirmarla a nivel de la Oficina de Historias Médicas.

Post-clínica:

1.- Organizar las historias y totalizar la hoja de Registro diario para reintegrarlas al archivo correspondiente.

2.- Preparar las láminas de Citología efectuadas' registrarlas en el libro correspondiente y enviarlas para su procesamiento a la mayor brevedad posible.

3.- Hacer el registro en los libros correspondientes. consulta. usado.

4. - Organizar el material usado y dejarlo en orden para la próxima

5.- Lavar, secar. envolver y esterilizar el material quirúrgico

Otras actividades de enfermería en la atención de adolescentes embarazadas

- 1.- Participa en la elaboración del diagnóstico de salud de la población adolescente en su área de influencia.***
- 2.- Participa en la programación de actividades educativas, deportivas, socioculturales conjuntamente con los adolescentes.***
- 3.- Realiza trabajos de investigación en relación a embarazos en adolescentes: factores que influyen y consecuencias de los mismos.***
- 4.- Informa mensualmente las actividades realizadas con adolescentes utilizando los formatos correspondientes y remitiéndolos a la Dirección Distrital de Salud.***

Normas para la atención de la embarazada adolescente

Son las establecidas por la Dirección Materno Infantil del Ministerio de Sanidad para guiar la organización y atención a la mujer en fase de gestación.

Control prenatal:

Es el conjunto de acciones realizadas por el equipo de salud, orientadas a lograr que el embarazo transcurra con vigilancia y asistencia, según el enfoque de riesgo, a fin de preservar la salud de la mujer y el hijo durante su gestación, ubicándola en el nivel de atención que le corresponda. para que el parto se realice sin complicaciones y se obtenga un recién nacido sano.

Objetivo general

Brindar una atención integral a la gestante, sustentada en la Educación para la Salud, que contribuye a disminuir la morbi-mortalidad materna y perinatal, mediante la vigilancia del proceso gestacional y aplicando el enfoque de riesgo, la atención institucional del parto, cuidados inmediatos al recién nacido, control del período puerperal y una referencia oportuna a Planificación Familiar, para la prevención de embarazos sucesivos.

Características de un adecuado control prenatal

PRECOZ: Debe realizarse la captación de la embarazada antes de las 13 semanas de gestación, esto permite realizar acciones de promoción y prevención de salud.

PERIODICO: La frecuencia del control se estima en un control mensual hasta las 34

semanas de gestación, quincenal hasta las 37 semanas y semanal el resto del embarazo.

INTEGRAL: Debe evaluarse a la embarazada en forma total, desde el punto de vista biológico, psicológico y social.

DE AMPLIA COBERTURA: Se debe atender el mayor número de embarazadas de la zona de influencia que nos garantice una cobertura del cien por ciento (100%).

Definiciones conceptuales

EMBARAZO PRECOZ O EMBARAZO EN ADOLESCENTE: Es aquel embarazo que se presenta en la mujer menor de 20 años.

Clasificación según la edad

Embarazo en adolescente temprana: El que ocurre en mujer menor de 15 años y se considera clasificado como Alto Riesgo obstétrico II y que requiere seguimiento y atención muy especializada.

Embarazo en adolescente tardía: El que ocurre en mujer entre 15 y 19 años y se considera clasificado como Alto Riesgo Obstétrico 1.

Normas para la aplicación de toxoide tetánico a la embarazada

a) La gestante sin inmunización con Toxoide Tetánico o con más de 6 años de vacunada, se le administrarán dos (2) dosis, la primera en el primer contacto y la segunda dos meses u ocho semanas después.

b) La gestante con 5 años o menos de inmunización con Toxoide Tetánico se le aplicará una dosis de resfuerzo a partir del 6° mes de embarazo.

Promoción y educación para la salud:

OBJETIVO GENERAL: Contribuir a fomentar en los individuos, familia y comunidad el desarrollo de sus propias acciones y esfuerzos para alcanzar mejores niveles de salud y calidad de vida, optimizando al mismo tiempo los métodos de enseñanza utilizados por el equipo de salud.

Contenidos para la programación educativa a las adolescentes

- Anatomía y Fisiología de los órganos reproductores.***
- Fisiología de la fecundación, implantación, crecimiento y desarrollo intrauterino.***

- ***Descripción de la Consulta Prenatal.***
- ***Embarazo Normal.***
- ***Señales de alarma durante el embarazo.***
- ***Hábitos de higiene personal y familiar.***
- ***Alimentación adecuada durante el embarazo.***
- ***Trabajo de parto.***
- ***Cuidados del Post-parto y del recién nacido***
- ***Características del recién nacido.***
- ***Lactancia Materna.***
- ***Inmunizaciones.***
- ***Importancia del Control de Niño Sano.***
- ***Importancia de la Consulta Post-natal.***
- ***Planificación Familiar.***
- ***Enfermedades de Transmisión Sexual.***
- ***Pesquisa de cáncer cervico-uterino y mamario.***

Visitas de enfermería a domicilio:

OBJETIVO GENERAL: Mantener una relación de continuidad en las acciones de salud, ejercidas en los servicios de Atención Materna con el grupo familiar y la comunidad.

Las embarazadas nuevas Inscritas serán visitadas por la enfermera y el número de visitas se fijará de acuerdo al criterio de riesgo detectado.

SALUD BUCAL: La gestante debe referirse para la evaluación bucal desde la primera consulta. La enfermera debe vigilar que se cumpla esta actividad.

Técnica para determinar albuminuria según método de calor

EQUIPO:

- Gradilla***
- Tubos de ensayo***
- Papel filtro***
- Mechero***
- Pinza porta-tubo***
- Acido acético o vinagre***
- Envases pequeños.***

Procedimiento:

- Se filtra la orina.***

- Se llena 3/4 del tubo de ensayo con orina filtrada y se somete al calor hasta comenzar la ebullición.

- Se observa la reacción, si no hay enturbamiento, la reacción es negativa. Si existe enturbamiento puede ser por presencia de fosfatos, carbonatos o albúmina; en tal caso se añaden (3) tres gotas de ácido acético o vinagre; si la turbidez persiste o aumenta, la orina contiene albúmina, la reacción es Positiva; si la turbidez desaparece, ésta fue debida a fosfatos o carbonatos, y por lo tanto la reacción es negativa.

Normas administrativas:

Rendimiento: Es el número de embarazadas adolescentes que se deben atender por hora médico de contratación y hora de clínica:

Consulta de primera o nueva inscrita:	1 embarazada
Consulta sucesiva o de control:	2 embarazadas
Total de consultas en 1 hora:	3 embarazadas

CONCENTRACION: *Es el número mínimo de consultas prenatales para cada embarazada, en esta norma se establecen 5 consultas como mínimo siendo lo ideal de 12 a 13 consultas según lo periódico de la norma.*

DIAS DE CONSULTA: *Las embarazadas adolescentes deben tener días donde de preferencia ellas sean las citadas, puesto que facilita se relacionen con otras mujeres de edad parecida, con inquietudes y problemas semejantes y además el equipo de salud puede dirigir su atención organizativa de acuerdo a las necesidades de este grupo que son muy particulares y diferentes a las de otras mujeres embarazadas de mayor edad.*

Bibliografía

- **SAEZ I. Los Adolescentes actuando por su salud. Publicación MSAS-OPS-OMS-UNICEF. Julio 1992. Caracas.**
- **Normas de Atención Materna y Planificación Familiar. MSAS. Dirección Materno Infantil 1992. Caracas.**
- **Manual de Técnicas y Procedimientos de Enfermería de Salud Pública. MSAS. Segunda Edición 1975. Caracas.**

- ***Normas del Programa de Atención Integral de Salud para Adolescentes, Dirección Materno Infantil. Publicación MSAS-OPS-OMS-UNICEF. Marzo 1991. Caracas.***

- ***PIÑA E. Monsalve B. Situación Actual de la Practica de Enfermería en Venezuela, América Latina y el Mundo. U.C.V. Escuela Experimental de Enfermería 1992. Caracas.***

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Home](#)"" """"> (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small home server, if it's Linux, we know it).[ar.cn.de.en.es.fr.id.it.ph.po.ru.sw](#)

Capitulo N^o 11: Programa de atención en salud a la adolescente embarazada (PASAE)

[Introducción](#)

[Justificación](#)

[Revisión del programa de atención de salud de la adolescente embarazada \(PASAE\)](#)

[Componentes del PASAE](#)

[Metas del PASAE](#)

[Objetivos generales del PASAE](#)

[Objetivos específicos del PASAE](#)

[Etapas y actividades del PASAE](#)

[Etapa de evaluación](#)

[Criterios o indicadores para la evaluación del programa](#)

[Normas administrativas del PASAE](#)

[Organización del PASAE](#)

[Normas de prestación de servicios del PASAE](#)

[Referencias bibliográficas](#)

[Anexo 1 - Índice de riesgo materno-fetal en adolescentes embarazadas](#)

[Anexo 2 - Plan de sesiones educativas de interacción terapéutica para promover el autocuidado en salud durante el embarazo, parto y puerperio de un grupo de adolescentes](#)

Dr. José R. López Gómez

Dra. Cira Bracho de López

Lic. Amarilis Zambrano.

Introducción

El aumento cada vez mayor de los embarazos en adolescentes y la no existencia en nuestro medio de Programas de Atención de Salud específicos para este grupo poblacional, nos ha llevado a proponer el Programa de Atención de Salud para Adolescente. Embarazadas (PASAE), cuyo propósito es presentar lineamientos generales que guíen los cuidados integrales para gestantes adolescentes, utilizando la Atención Primaria, el Enfoque de Riesgo y el Autocuidado, como estrategias para promover la participación efectiva de la embarazada, su pareja y el grupo familiar, en el establecimiento y logro de sus metas de salud.

Justificación

Para la Organización Mundial de la Salud, desde el punto de vista cuantitativo, adolescencia es el periodo etario que se extiende entre los 10 y 19 años (11: sin embargo, desde el punto de vista biológico, psicológico y social, el termino de adolescencia esta sujeto a definiciones, análisis y consideraciones diversas. Así, MUSS (2) señala que psicológicamente la adolescencia es un periodo de transición entre la niñez dependiente y el adulto suficiente; es una época de ajustes, que termina por diferenciar la conducta del niño frente al adulto. Para otros, la adolescencia es un fenómeno psicosociocultural unido a los cambios morfológicos y fisiológicos que se

sucedan. La mayoría de los autores coinciden en que la pubertad es el inicio biológico de la adolescencia (4). A partir de la pubertad, la secuencia de fenómenos biológicos, psicológicos y sociales que conducen a la madurez del niño hasta que se convierten en adulto, constituyen la adolescencia (3). Por nuestra parte, decimos que la adolescencia es aquel periodo de la vida que se extiende desde la pubertad, situada alrededor de los 10 años de edad hasta los 19. y comprende una serie de cambios y modificaciones de carácter somático y psíquico, que incluyen el crecimiento y desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, la aparición de fenómenos psicobiológicos íntimamente ligados al sexo, así como también la presencia de patrones evolutivos de conducta, estrechamente relacionados con los de orden somático (5). El adolescente pertenece a un grupo etario que enfrenta muchos problemas. Es un ser sujeto a cumplir una etapa de desarrollo somático e intelectual, de reafirmación del yo, de escolaridad y aprendizaje gradual, hasta llegar a ser un adulto emocional e intelectualmente formado que puede realizar las tareas que la sociedad le exige. En los grupos agrícolas y pastoriles primitivos, los cambios entre el niño y el adulto eran y han sido casi insensibles el adolescente es precozmente integrado a la fuerza del trabajo y la joven inmediatamente después de la monarquía debe embarazarse para contribuir también de esta manera al aumento del número de trabajadores (9, 10). Con el correr de los tiempos, la incorporación de los adolescentes al mercado de trabajo ha estado sujeto a los usos y costumbres establecidos por la sociedad moderna, lo que los ha transformado en un grupo económicamente dependiente.

En las últimas décadas de este siglo, los adolescentes se han convertido en un grupo numéricamente importante. Con el aumento explosivo de la población mundial ha habido un crecimiento prodigioso de la población de jóvenes menores de 19 años, de tal manera que, según cálculos de las Naciones Unidas, la población de adolescentes para el año 2000 será de 1.147 millones (6). Actualmente este grupo etario representa aproximadamente una cuarta parte de la población total de los países de América Latina y el Caribe (7). Conjuntamente con este aumento de la población de adolescentes, todos los problemas relacionados con su crecimiento, desarrollo y ubicación social, se han visto igualmente aumentados; se ha observado en las últimas décadas de este siglo un aumento creciente de la natalidad en este grupo social, señalándose para América cifras que van de un 13.6 por mil para los Estados Unidos de Norte América, hasta el 86 por mil en la Isla de Santa Lucía, pasando por un 27.2 por mil en Venezuela (11).

El aumento cada vez mayor de las adolescentes que se embarazan es considerado como un problema social que se agrava cuando ocurre en menores de 15 años, siendo este grupo el más vulnerable por las implicaciones relacionadas con su crecimiento físico. además de aquellas inherentes a la madurez psicológica, al abandono familiar, a los desajustes en su estabilidad social y económica como la pérdida de la escolaridad y el subempleo. En la mayoría de los casos, estas muchachas son abandonadas a su suerte, siendo fácil presa de la prostitución o de la explotación

laboral por su incapacidad intelectual y de preparación para el trabajo (3, 13). Si bien es verdad, como lo señalan MONROY y MORALES (14), que el embarazo a cualquier edad constituye un evento biopsicosocial importante. no es menos cierto que en las adolescentes este hecho va acompañado de situaciones adversas que atentan contra la salud de la joven madre y la de su hijo Se considera que la inmadurez de la adolescente es un hecho a tenerse presente al tratar todo lo relacionado con su embarazo. A las complicaciones propias de su desarrollo biopsicosocial incompleto hay que agregar el riesgo de padecer complicaciones como anemia, hipertensión inducida por el embarazo, abortos, complicaciones intraparto que conducen a un mayor número de cesáreas y de partos instrumentales y puerperios complicados. Debemos tener presente también los problemas del recién nacido, tales como: Prematuridad, bajo peso al nacer, aumento de las malformaciones congénitas y de la mortalidad perinatal (5, 8, 15, 16, 17), a lo cual debemos sumar los conflictos del área emocional: confusión, conducta evasivas, fenómenos depresivos, rechazo a la maternidad, inadaptación y rechazo social, alteraciones del vínculo efectivo madre hijo 98, 11, 18, 23). Como bien anota DESCHAMPS (8): "El embarazo en la adolescente ocurre sobre todo en aquellas que están menos preparadas para afrontar los problemas y riesgos que este suceso acarrea". Un hecho íntimamente ligado al embarazo en adolescentes es la inadecuada información sexual. Señalamos que la prevención y apoyo generados con esta educación, ayudarían a sortear muchos problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva de las adolescentes.

Autores como DICKENS y ALLISON (19), al extenderse en consideraciones sobre la situación de la adolescente embarazada, plantean que este problema representa en parte "el fracaso de la sociedad, el hogar, la escuela, la iglesia y las autoridades sanitarias, en la previsión de una enseñanza sexual". El desfase biológico, psicológico y social, señalado en las situaciones antes mencionadas, es a lo que DESCHAMPS (8) llama 'la vulnerabilidad social de la adolescente'.

Creemos que el embarazo en las adolescentes constituye un problema de alto riesgo, sobre todo en las jóvenes por debajo de los 15 años (5, 6, 8, 17, 20, 21, 22), considerando que las mayores de 15 años tienen patrones de respuesta al embarazo, parecidos a las de mayor edad (7). En tal sentido, DUARTE CONTRERAS (20) establece tres grupos de edades para el estudio de la adolescente embarazada: las menores de 14 años, un grupo intermedio que comprende las de 15 y 16 años, y otro grupo entre 17 y 19 años, aunque la tendencia actual es a clasificarlas en menores de 15 años y de 15a 19 años (12). Nuestros trabajos (5, 24) nos han permitido observar que las adolescentes con edades comprendidas entre 17 y 19 años, tienen un comportamiento obstétrico parecido o igual a las de 20 y más años.

Hechas estas consideraciones, pensamos que la adolescente embarazada requiere de una atención especial que debe estar enmarcada dentro de ciertos lineamientos que comprenden no solo los aspectos relacionados con la maternidad, sino también con

aquellos referentes a su etapa de crecimiento y desarrollo, cuidando de su salud física y mental, ofreciéndole el apoyo y la orientación requeridas a fin de garantizarle un lugar dentro del grupo familiar y social, acorde con el respeto a la condición humana, y la solidaridad que la madre y el niño necesitan. Por tal razón representamos el siguiente Programa de Atención de Salud para adolescentes Embarazadas (PASAE), el cual está marcado dentro de ciertos lineamientos básicos, factibles para su ejecución y desarrollo, y tiene los siguientes componentes: el equipo interdisciplinario, el grupo de embarazadas adolescentes (10 a 19 años), los grupos terapéuticos de educación para el Autocuidado en Salud, y los grupos de apoyo interinstitucional e intersectorial.

Revisión del programa de atención de salud de la adolescente embarazada (PASAE)

Valencia, 27 al 29 de julio de 1991.

SEDE: Universidad de Carabobo. Area de Estudios de Posgrado. Maestría en Enfermería.

Valencia - Venezuela.

Curso:

Taller "Salud Integral de la Adolescente Embarazada".

Coordinación:

Dra. Cira Bracho de López: Enfermera. Magister en Materno Infantil. Dra. En Educación. Coordinadora de la Maestría.

Dr. José Ramón López Gómez: Médico Obstetra - Ginecólogo. Profesor de la Maestría en, Enfermería Perinatal. Coordinador del Taller "Salud Integral de la Adolescente Embarazada".

Asesores:

Dra. Enriqueta Sileo (Consultora): Medico Pediatra. Jefe del Servicio de Adolescentes del Hospital "J.M. de los Ríos".

Dra. Irene Sáez García: Medico Pediatra. Jefe del Dpto. de Salud del Adolescente DMI M.S.A.S.

Dr. Alberto Sosa Olavarría: Médico Obstetra Perinatólogo. Jefe de la Unidad de Perinatología de la Universidad de Carabobo. Profesor de la Maestría en Enfermería Perinatal. (Magister en Educación para la Salud).

Colaboradores:

Lic. Elvira Blank de García: Magister en Educación para la Salud. Profesora del Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Ciencias de la Salud U.C.

Dr. Gastón Maure: Médico Obstetra Ginecólogo. Jefe del Dpto. Obstetricia y Ginecología. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello. Profesor de la Facultad de Ciencias de la Salud U.C.

Dr. Gilberto Molina: Médico Obstetra Ginecólogo Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello. Profesor de la Facultad de Ciencias de la Salud U.C.

Dra. Xiomara G. de Chirivella: Médico Perinatólogo. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello. Profesora de la Facultad de Ciencias de la Salud U.C.

Dra. María Martínez: Médico Obstetra Ginecólogo del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello.

Lic. Rosa González: Estudiante del Postgrado en Enfermería. Materno - Infantil. Area Enfermería Perinetal. U.C.

Lic. Carmen Amarilis Guerra: Estudiante del Postgrado en Enfermería. Materno - Infantil. Area Enfermería Perinatal. U.C.

Lic. María Navarro: Estudiante del Postgrado en Enfermería. Materno - Infantil. Area Enfermería Perinatal . U.C.

Lic. Zaida Domínguez: Estudiante del Postgrado en Enfermería. Materno infantil. Area Enfermería Perinatal. U.C.

Lic. Ligia Smitter: Estudiante del Postgrado en Enfermería. Materno - Infantil. Area Enfermería Perinatal U.C.

Lic. Elba Berríos: Estudiante del Postgrado en Enfermería. Materno - Infantil. Area Enfermería Perinatal. U. C.

Lic. Luis Martínez: Estudiante del Postgrado en Enfermería Materno - Infantil. Area Enfermería Perinatal. U.C.

Lic. Gladys Ponce: Estudiante del Postgrado en Enfermería Materno - Infantil. Area Enfermería Perinatal. U.C.

Lic. Jana Romero: Estudiante del Postgrado en Enfermería. Materno - Infantil. Area Enfermería Perinatal .U.C.

Dr. Robert Silva: Médico Residente del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara"

Dra. Ana Araujo: Médico Residente del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara".

Dra. Inés Valderrama: Médico Residente del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara".

Otros participantes en el desarrollo del PASAE

Dr. Miguel Malpica: Médico Sanitarista. Profesor de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo. Director del Centro Medicina Integral de la Universidad de Carabobo (CMIUC).

Odont. Jorge Oliveros: Profesor Instructor. Coordinador. Area Clínica Odontopediátrica del Centro de Medicina Integral El Boquete.

Odont. Juan Carlos Giusti: Profesor Instructor del Area Clínica Odontopediátrica del Centro de Medicina Integral El Boquete.

Odont. Roselia Pugliese: Profesor Instructor del Area Clínica Odontopediátrica del Centro de Medicina Integral El Boquete.

Lic. Any Evies: Enfermera Representante del Dpto. De Enfermería de la región de Salud de Carabobo.

Lic. Alcibíades Acosta: Bionalista del Centro de Medicina Integral de la Universidad de Carabobo.

Lic. Haydee Morales: Enfermera. Especialista en cuidado crítico del Niño. Profesora. Dpto. Clínico de Enfermería Materno Infantil y Pediatría. Escuela de Enfermería. U.C.

Lic. Elka Montes: Enfermera. Especialista en cuidados crítico del Niño. Profesora Dpto. Clínico de Enfermería Materno Infantil y Pediatría. Escuela de Enfermería. U.C.

Lic. Milagros Varón: Enfermera. Especialista en cuidado crítico del Niño. Profesora Dpto. Clínico de Enfermería Materno Infantil y Pediatría. Escuela de Enfermería. U.C.

Lic. Simona Herrera: Enfermera. Profesora. Dpto. Clínico de Enfermería Materno Infantil y Pediatría. Escuela de Enfermería. U.C.

Personal Docente-Asistencial Administrativo y Obrero: Centro de Medicina Integral Universidad de Carabobo.

Componentes del PASAE

1.- El Equipo Interdisciplinario está integrado por Médicos, Enfermeras, Auxiliares de Enfermería, Trabajadores Sociales, Bionalistas, Nutricionistas, Educadores, Psicólogos,

Odontólogos y Estudiantes En este equipo cada miembro tiene un papel vital y respetado en la planificación, ejecución y evaluación de la atención de salud de la adolescente embarazada.

2.- El Grupo Poblacional de Embarazadas entre 10 y 19 años, integrado por quienes voluntariamente acepten ingresar al programa y estén dispuestas a participar en actividades educativas individuales y grupales dirigidas a capacitarlas para el autocuidado de su salud y de la de su recién nacido, así como en investigaciones clínicas X operativas que estén desarrollándose en el PASAE.

3.- Grupos Terapéuticos de Educación para el Autocuidado en Salud, sobre aspectos relacionados con el embarazo, el parto, el postparto y cuidados del recién nacido, utilizando conocimientos y valores de los adolescentes y su familia para el desarrollo de actividades de información y promoción, dirigidas a lograr cambios de actitudes y comportamientos, aprovechando el poder educador del grupo. En esta actividad participaran las adolescentes de acuerdo a su edad gestacional y los miembros del equipo de salud, según el tema a tratar y en base a las necesidades identificadas en los grupos de adolescentes.

4.- Grupo de Apoyo Interinstitucional con miembros del equipo de salud de los diferentes Niveles de Atención, para planificar y desarrollar acciones coordinadas en la

referencia, atención y contrarreferencia de los casos.

5.- Grupo de Apoyo Intersectorial, con representantes del Sector Salud, Trabajo, Educación, Líderes juveniles de la comunidad, para planificar acciones de cooperación en favor de la salud de las adolescentes embarazadas.

Metas del PASAE

1.- Aumentar la cobertura de atención de las adolescentes

2.- Aumentar la proporción de adolescentes con actitudes positivas hacia el embarazo y su recién nacido.

3.- Aumentar la proporción de adolescentes que participen efectivamente en su autocuidado durante el embarazo.

4.- Aumentar la proporción de adolescentes embarazadas que reciben asesoramiento dietético, de acuerdo a sus requerimientos nutricionales y a sus posibilidades adquisitivas.

5.- Aumentar la proporción de adolescentes con información acerca de los métodos anticonceptivos y la importancia de su uso para el espaciamiento de nuevos

embarazos.

6.- Aumentar la proporción de adolescentes que se realicen el auto examen de las mamas.

7,- Disminuir las patologías bucales en las adolescentes embarazadas.

8.- Aumentar la proporción de niños de madres adolescentes con una salud bucal óptima.

9.- Aumentar la proporción de adolescentes a quienes se les realiza una citología vaginal al año.

10.- Aumentar la proporción de adolescentes que participen efectivamente en su autocuidado durante el parto.

11.- Aumentar la proporción de adolescentes que participen efectivamente en su autocuidado puerperio.

12.- Disminuir la proporción de niños con bajo peso al nacer.

13.- Aumentar la proporción de madres adolescentes que practiquen la lactancia

materna exclusiva hasta los tres (3) meses, como mínimo.

14.- Aumentar la proporción de adolescentes capacitados para brindar atención integral a su hijo recién nacido.

15.- Disminuir el riesgo de privación psicoafectiva en recién nacidos, hijos de madres adolescentes.

16.- Disminuir la prevalencia de enfermedades de transmisión sexual en las adolescentes.

17.- Disminuir la proporción de embarazos en adolescentes.

18.- Aumentar la participación interdisciplinaria, intersectorial e interinstitucional en la Atención Integral de Salud de las adolescentes embarazadas.

19.- Aumentar la proporción de investigaciones clínicas y operativas' dirigidas a mejorar la calidad de la Atención de Salud de las adolescentes embarazadas.

Objetivos generales del PASAE

1.- Proveer a las adolescentes embarazadas del cuidado integral que ellas requieren

durante su embarazo, parto y puerperio, utilizando la Atención Primaria en Salud, Enfoque de Riesgos y el Autocuidado, con la finalidad primordial de ofrecerles orientación individual y grupal para que participen en el cuidado de su salud y la de su hijo.

2.- Formar grupos terapéuticos de educación en salud, para estimular a las adolescentes a participar en su autocuidado y desarrollar una atmósfera grupal confortable, en la cual puedan interactuar y aprender unas de otras, así como desarrollar vínculos afectivos y nexos de solidaridad.

3.- Desarrollar líneas de investigación en áreas de salud de las adolescentes embarazadas.

4.- Estimular la participación interinstitucional e intersectorial a fin de desarrollar acciones de protección y promoción de la Salud Integral de las adolescentes embarazadas.

Objetivos específicos del PASAE

1.- Ofrecer continuidad en el Cuidado de Salud Integral de la adolescente embarazada.

2.- Desarrollar actividades grupales que permiten el intercambio de conocimientos y

experiencias, con la finalidad de atender tanto las necesidades de salud relacionadas con el embarazo, parto, puerperio, como las necesidades propias de la adolescente.

3.- Estimular la participación de las adolescentes embarazadas, en acciones de salud dirigidas a su autocuidado.

4.- Crear un ambiente confortable, en el cual las adolescentes se sientan libres para interactuar con sus iguales y con los miembros del equipo de salud.

5.- Estimular en las adolescentes, y de ser posible en su párela, la autoestima y el desarrollo de actitudes favorables hacia la maternidad y paternidad responsables.

6.- Estimular el desarrollo del vinculo psicoafectivo madre - padre - hijo.

7.- Fomentar entre las adolescentes la práctica de la lactancia materna, como la melar forma de alimentar y estimular el desarrollo cráneo-facial de su hijo.

8.- Estimular en la adolescente la importancia de la Prevención y Detección temprana de la caries dental en sus hilos.

9.- Capacitar a las adolescentes en técnicas de estimulación precoz del feto y recién nacido, para favorecer el desarrollo psicomotor de sus hijos.

10. - Desarrollar acciones de educación para la salud que permitan a la adolescente embarazada y a su familia, participar responsablemente en el autocuidado de su salud.

11.- Desarrollar programas educativos dirigidos a valorar la importancia de evitar embarazos precoces y sucesivos en las adolescentes.

12.- Capacitar líderes de la comunidad para lograr su participación en el desarrollo de acciones de protección de la salud integral de las adolescentes embarazadas.

13.- Desarrollar proyectos de investigación dirigidos a mejorar la calidad de la atención de salud integral de las adolescentes embarazadas.

Etapas y actividades del PASAE

El Programa de Atención de Salud para Adolescentes Embarazadas contempla tres (3) etapas, cada una de las cuales tiene sus actividades propias. Estas etapas están referidas a: Planificación, Ejecución y Evaluación.

Etapas de planificación

1.- Realización de un inventario de recursos humanos y materiales disponibles para el

desarrollo del proyecto.

2.- Definición de la población de adolescentes embarazadas que se pretenden atender con el Proyecto.

3.- Capacitación de los miembros del equipo interdisciplinario que participara en el desarrollo del proyecto.

4.- Orientación sobre el PASAE a todo el personal del Centro Docente Asistencial y Comunitario donde se desarrollará el Proyecto.

5.- Conformación de un grupo de trabajo intersectorial, para dar a conocer el Proyecto y precisar los aportes que harán los distintos sectores en pro de la salud y el bienestar de la adolescente embarazada.

6.- Conformación de un grupo de trábalo interinstitucional para asegurar la participación del personal de otros niveles de atención, en las acciones que sean de competencia de ese nivel, y concertar mecanismos de referencia y contrarreferencia.

7. - Desarrollar Campañas de Promoción y Difusión del Programa a nivel de la comunidad.

8. - Selección de los mansa] es que se desean lleguen a la población de adolescentes.

9.- Organización del área Docente-Asistencial y Comunitaria para Desarrollar el Proyecto.

Etapa de ejecución

La prestación de servicios de atención en salud de las adolescentes embarazadas comprenden actividades de fomento, prevención, tratamiento y recuperación de la salud y de investigación.

Actividades de Fomento:

La educación para el autocuidado de la salud es la actividad de fomento por excelencia y se define como el proceso de información periódica y permanentemente organizada y presentada en base a los intereses de las personas, mediante metodologías participativas. Esta educación va dirigida a la adolescente embarazada, la familia y la comunidad, con el fin de estimular y motivar cambios de actitudes y comportamiento, para promover y conservar un buen estado de salud de la madre y de su hijo.

Las actividades educativas serán responsabilidad del equipo de salud, en coordinación

con los representantes de otros sectores. Estas actividades serán de tipo individual, grupal y colectivo. Las individuales estarán dirigidas a las adolescentes embarazadas y familiares que asistan a la consulta. Las actividades grupales se llevarán a cabo mediante la organización de grupos terapéuticos de adolescentes embarazadas. Todas las embarazadas en la consulta asistirán al grupo para la orientación inicial, luego, las que tengan menos de veinte (20) semanas de gestación formarán el grupo II, y las que tengan veinte (20) semanas o más formarán el grupo III.

Las actividades colectivas se desarrollarán mediante mensajes sencillos, apropiados al interés de la población objeto, y difundidos a través de los medios de Información masivos.

La educación en salud debe incluir temas tales como:

- Orientación sobre aspectos relacionados con el desarrollo psicosocial del adolescente.***
- Fomentar el desarrollo de valores socializantes y participativos.***
- Cambios fisiológicos que ocurren durante el embarazo.***
- Desarrollo y Crecimiento del feto.***

- ***Necesidades nutricionales de la adolescente embarazada y su hijo.***
- ***Orientación sobre salud oral.***
- ***Importancia del control de peso y tensión arterial para la detección precoz de la hipertensión inducida por el embarazo (Preclampsia Eclampsia).***
- ***Importancia del Test de los movimientos fetales, el control del foco fetal y la medición de altura uterina, como indicadores de salud fetal.***

Mecanismo del parto y ejercicios de respiración, relajación neuromuscular y pujos, para la participación activa de la embarazada durante el parto.

- ***Educación para la sexualidad durante el embarazo.***
- ***Estrategia para facilitar el desarrollo de vínculo psicoafectivo madre-hijo.***
- ***Factores de riesgo controlables mediante el autocuidado, con especial referencia al tabaquismo y consumo de drogas.***
- ***Ventajas de la lactancia materna y técnicas de amamantamiento.***

- ***Higiene del recién nacido.***
- ***Técnicas para la estimulación precoz del feto y del recién nacido.***
- ***El uso de métodos anticonceptivos para el espaciamiento de los embarazos subsiguientes.***
- ***Aspectos de la legislación venezolana, relacionados con la protección a la madre y al niño.***

Fomento de actividades de bienestar, culturales y educativas, para el uso adecuado del tiempo libre.

Actividades de Prevención

Son aquellas encaminadas a:

- 1.- Diagnosticar factores de riesgo para el embarazo, parto, puerperio y recién nacido.***
- 2.- Detectar precozmente la aparición de complicaciones del embarazo.***
- 3.- Detectar precozmente cáncer de cuello uterino, mediante la toma de muestras para***

citología cervical.

- 4.- Prevención del tétano materno y del neonato, mediante la aplicación de toxoide tetánico.***
- 5.- Prevención de complicaciones del embarazo, parto, puerperio y del neonato.***
- 6.- Prevención de crisis depresivas que pongan en peligro la integridad física de la adolescente embarazada y su hijo.***
- 7.- Prevención de situaciones que generen violencia familiar, mediante la orientación para el manejo de las relaciones familiares.***
- 8.- Fomento y formación de valores socializantes y participativos.***
- 9.- Prevención del embarazo no deseado y del aborto, mediante la información y educación sobre anticoncepción.***
- 10.- Prevención de enfermedades de transmisión sexual. Educación sobre el problema.***
- 11.- Prevención de las Patologías Bucales. Educación sobre el problema.***

Actividades de Diagnostico y Tratamiento:

Se consideran actividades de diagnóstico y tratamiento, todas aquellas intervenciones realizadas por miembros del equipo de salud atención. que permitan la identificación, manejo y seguimiento de los problemas de salud que afectan a la madre, al feto y el recién nacido.

Incluye:

- Consultas con miembros del equipo de salud.***
- Participación de grupos terapéuticos.***
- Referencia para diagnóstico y/o tratamiento en otros niveles de atención.***

Actividades de Investigación:

Las investigaciones operativas serán una actividad permanente en el Programa de atención integral de salud de la adolescente embarazada. Por al razón se establecerá una línea de investigación sobre Adolescencia y Embarazo, a partir de la cual se desarrollarán diferentes proyectos cuyos resultados permitan evaluar los logros de los objetivos del programa y explorar alternativas para mejorar la atención que debe recibir la adolescente embarazada.

Etapa de evaluación

Esta etapa tiene como finalidad analizar críticamente las diferentes actividades de planificación y ejecución del programa para introducir correctivos y promover alternativas para mejorar las acciones futuras. La evaluación será tanto cualitativa como cuantitativa, en base a criterios preestablecidos, e involucrará a todas las personas y grupos que participen en el desarrollo del programa, incluyendo a quienes reciban los servicios. La evaluación se hará tomando en cuenta los siguientes elementos:

Relevancia: Grado de utilización de los servicios por parte de las adolescentes embarazadas.

Eficiencia: Relación entre el número de adolescentes embarazadas atendidas y los esfuerzos realizados en términos de número del personal capacitado, horas de consulta, horas de trabajo en grupos terapéuticos, horas en visitas domiciliarias.

Impacto: Efectos del programa sobre la salud materno - fetal y del recién nacido, medido por cambios en las actitudes de las adolescentes embarazadas hacia la conservación de su salud, participación en su autocuidado. disminución de complicaciones evitables en la madre y el recién nacido. Implementación de la

lactancia materna en la alimentación de los recién nacidos, desarrollo de vínculo afectivo entre la madre y su hijo, y otros indicadores, según las investigaciones operativas que desarrollen.

Criterios o indicadores para la evaluación del programa

Prestación de servicios:

- Alcance del grado "efectivo" de apoyo al programa, por parte de los niveles decisorios.***
- Existencia o no de un proceso de programación con sus componentes de planificación, ejecución y evaluación, con indicadores apropiados.***
- Existencia de recursos humanos capacitados sobre las características y aspectos básicos de la salud del adolescente.***
- Existencia de espacio físico y recursos materiales apropiados al volumen de la demanda real.***
- Aceptación del programa por parte de las adolescentes. medido por la demanda de la consulta y porcentaje de asistencia a las actividades***

programadas tanto individuales como grupales.

- Número tipo de programas educativos ejecutados.

- Número y tipo de materiales educativos elaborados, según demanda de servicio.

Número de investigaciones operativas realizadas o en curso.

- Calidad de la atención prestada.

- Número de visitas domiciliarias.

Normas administrativas del PASAE

El Programa de Atención en Salud para la Adolescente Embarazada cuenta para su desarrollo con la infraestructura que tienen los centros Docente-Asistenciales y Comunitarios donde se desarrollará el programa, y con los recursos que se concreten con los otros sectores de desarrollo comunitario (Juntas vecinales, educación, salud, empresas).

En su etapa inicial, el PASAE se desarrollará en el Centro de Medicina Integral de la

Universidad de Carabobo (CMIUC). En la Unidad Docente-Asistencial y de Investigación organizada como parte del proyecto de desarrollo de Enfermería Materno Infantil, patrocinado por la Organización Panamericana de la Salud y la Fundación W.K. Kellogs,

Administrativamente, el PASAE está adscrito a la Escuela de Enfermería a través del Programa de Maestría en Enfermería y el Departamento Clínico de Enfermería Materno Infantil y Pediatría. En el desarrollo del PASAE participaran en equipo interdisciplinario: estudiantes y profesores de Pre y Post-grado de Enfermería, Medicina, Bioanálisis, y Odontología, realizando actividades asistenciales y de investigación planificadas en función de las metas y objetivos del PASAE.

En una segunda etapa, el PASAE podrá funcionar en Centros Asistenciales del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), haciendo las adaptaciones institucionales al documento original y utilizando el CMIUC como área de capacitación del personal de salud para fines del desarrollo del PASAE. En esta etapa, el PASAE dependerá administrativamente de la Dirección de la Institución que lo desarrolle y para su inicio y evaluación contará con el apoyo técnico del equipo interdisciplinario responsable del PASAE en el CMIUC.

Organización del PASAE

En el Centro de Medicina Integral de la Universidad de Carabobo (CMIUC). el PASAE estará a cargo de un Consejo Directivo constituido por nueve miembros.

- Un docente de la Maestría en Enfermería Materno Infantil.***
- Un docente del Departamento de Gineco-Obstetricia de la Escuela de Medicina.***
- Dos docentes del Departamento Clínico de Enfermería Materno Infantil.***
- Un docente de la Escuela de Bionálisis.***
- Un docente del Departamento Clínico de Odontopediatría.***
- Un representante del Postgrado de Nutrición Clínica.***
- El Jefe de Enfermería del CMIUC.***
- El médico Director del CMIUC.***
- El Consejo Directivo tendrá su sede en el CMIUC y tendrá como propósito fundamental:***
 - Reunirse mensualmente, previo convocatoria escrita del Director***
 - Conocer y evaluar el funcionamiento del PASAE.***
 - Conocer, evaluar y aprobar la programación semestral y el Informe anual presentado por el Director y el Coordinador del PASAE***

Del seno del Consejo Directivo se elegirá un Director y un Coordinador. La Dirección del PASAE podrá ser ejercida por cualquiera de los miembros que integren el Consejo

Directivo.

El Director tendrá entre sus funciones generales, las siguientes:

- Difundir el programa en las diferentes niveles de atención y a nivel de otros sectores de desarrollo.***

- Conformar un grupo de trabajo interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial, que permite concertar las acciones que se ejecutarán en beneficios de las adolescentes embarazadas, establecer mecanismos de Interacción, gestionar la obtención de recursos de cooperación, y retroalimentar a los diferentes sectores acerca de los logros del programa.***

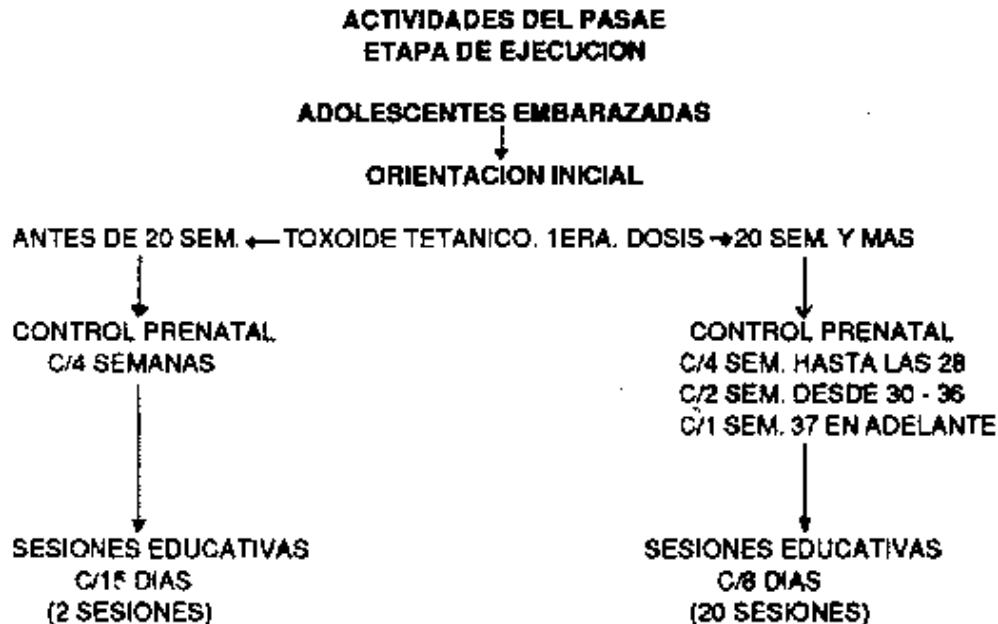
- Presentar ante el Consejo Directivo un Informe anual, escrito, elaborado conjuntamente con el Coordinador, sobre el programa, el manejo de los recursos, los objetivos alcanzados y los ajustes requeridos.***

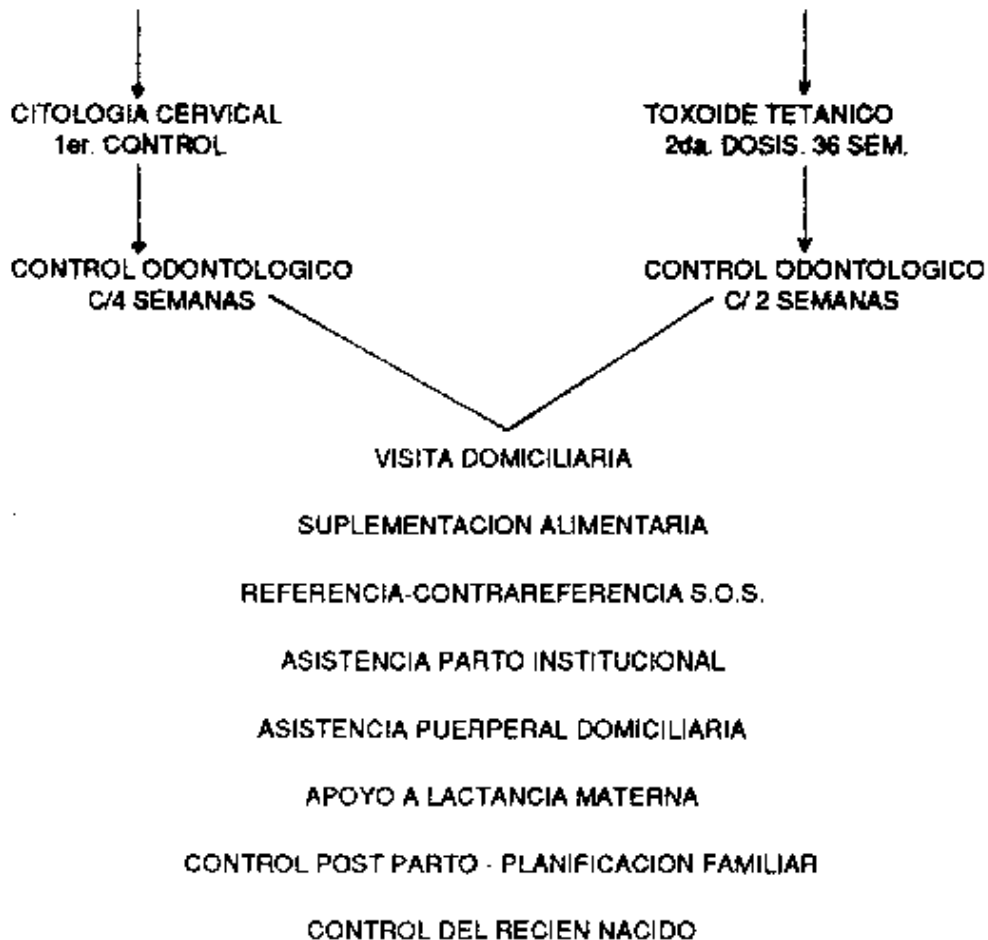
La Coordinación del PASAE, en cualquier centro asistencial donde funcione, será ejercida por un Licenciado en Enfermería seleccionado por votación unánime entre los Licenciados en Enfermería que participen activamente en el desarrollo de dicho Programa. En el CMIUC, el Coordinador será electo entre los Licenciados en Enfermería que participen activamente en el desarrollo de dicho Programa. En el CMIUC, el

Coordinador será electo entre los Licenciados en Enfermería, docentes de la Escuela de Enfermería activos en el PASAE y miembros del Consejo Directivo.

El Consejo Directivo, el Director y el Coordinador del PASAE, se regirán por el reglamento que para el efecto se elaborará.

Actividades del PASAE etapa de ejecución





[Indice](#) - [◀ Precedente](#) - [Siguiente ▶](#)

[Indice](#) - [◀ Precedente](#) - [Siguiente ▶](#)

[Home](#) > (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small home server, if it's Linux, we know it).[.ar](#).[.cn](#).[.de](#).[.en](#).[.es](#).[.fr](#).[.id](#).[.it](#).[.ph](#).[.po](#).[.ru](#).[.sw](#)

Normas de prestación de servicios del PASAE

Las actividades de atención prenatal y postparto, se cumplirán en su mayoría en el primer nivel de atención. Los niveles secundarios y terciarios atenderán aquellos casos que sean remitidos por presentar problemas de salud, que no puedan ser resueltos en el primer nivel.

Todas las adolescentes embarazadas serán referidas al segundo o tercer nivel de atención, para el parto, según la complejidad del caso. Se establecerán mecanismos de referencia y contrarreferencia para el seguimiento de los casos enviados a otros niveles de atención.

Las embarazadas, en la primera consulta asistirán al Grupo Terapéutico I para la

orientación inicial. En lo sucesivo, las embarazadas con menos de 20 semanas de gestación, tendrán reunión del Grupo Terapéutico II y Control Prenatal cada cuatro (4) semanas, salvo excepciones. Las adolescentes con 20 ó más semanas de gestación tendrán Control Prenatal y reuniones del Grupo Terapéutico III cada 15 días y semanalmente, a partir de la semana 37.

1.- Los miembros del equipo de salud captarán precozmente a las adolescentes con el posible embarazo, propiciando el diagnóstico y control oportuno, para lo cual deben:

a) Promover la captación de mujeres entre 10 y 19 años, con amenorrea de 13 semanas o más, a través de visitas domiciliarias y charlas a grupos de adolescentes.

b) Atender las adolescentes que acudan al Centro a buscar cita, cualquiera sea su edad gestacional, proporcionar información acerca de la importancia de la consulta, el horario y los exámenes que deben realizarse. Junto con la cita para la primera consulta, se le entregará la orden para la prueba de embarazo y demás exámenes de laboratorio: hematología, urea, glicemia, VDRL, orina y grupo sanguíneo, de la embarazada y su pareja.

2.- El personal de enfermería orientará a la adolescente embarazada acerca de la

participación que se espera de ella en su autocuidado, proporcionando oportunidades de aprendizajes individuales o grupales, según las necesidades identificadas; por lo tanto, debe:

a) Explicar a la madre el objetivo de su participación en el grupo terapéutico al cual se asigne, a partir de la segunda consulta, según su edad gestacional.

b) Explicar a la madre acerca del examen clínico que le será practicado, incluyendo el examen ginecológico y la toma de muestra, para la citología cervical.

c) Realizar interrogatorio a la embarazada, sobre datos de identificación. antecedentes personales y familiares.

d) Registrar en la historia clínica, la información obtenida y los resultados de los exámenes.

e) Orientar la relación terapéutica hacia acciones que contribuyan a disminuir los factores de riesgo y a promover los factores de protección.

3.- Las adolescentes asignadas al Grupo Terapéutico I, de orientación inicial, recibirán información sobre aspectos relacionados con la importancia del control prenatal, los

cambios fisiológicos del embarazado y los signos de salud fetal, para lo cual debe:

- a) Enseñar a la embarazada a pesarse antes de cada consulta.***
- b) Medir la tensión arterial, pulso, temperatura, y registrar los datos en la historia.***
- c) Calcular la edad gestacional y la fecha probable del parto. clínica.***

4. - El médico y las enfermeras realizarán los controles prenatales cuatro horas a la semana, para cuatro embarazadas de primera consulta y seis de consultas sucesivas.

5.- El médico y la enfermera realizarán el control prenatal, propiciando la evolución del embarazo normal, con actividades como:

- a) Registro y análisis de los datos actualizados en la historia.***
- b) Interrogar a la embarazada sobre el motivo de la consulta.***
- c) Realizar el examen físico y registro de los datos en la historia y reevaluar los factores de riesgo materno - fetal.***
- d) Realizar examen de las mamas.***

- e) Hacer la medición de la altura uterina y de la circunferencia abdominal, determinar la situación, presentación y posición fetal, y la frecuencia cardíaca fetal.***
- f) Realizar examen ginecológico, incluyendo toma de muestra para citología cervical y valorización clínica de la pelvis materna.***
- g) Evaluar los factores de riesgos materno - fetal en la primera consulta a la 32 y a las 37 semanas. fetales de parto.***
- h) Explicar a la madre los factores de riesgo de su embarazo.***
- i) Explicar a la madre los signos y síntomas de peligro inminente.***
- j) Explicar a la madre como realizarse el Test de movimientos fetales***
- k) Explicar a las madre los signos y síntomas de inicio de trabajo de parto.***
- l) Entrenar a la madre, y de ser posible a su pareja, para su participación efectiva durante el trábalo de parto, el parto y el puerperio inmediato.***
- m) Explicar a la madre el tratamiento indicado.***

n) Referir a la madre a otro miembro del equipo, si es necesario (Odontólogo, nutricionista, trabajadora social).

ñ) Referir a la embarazada al segundo o tercer nivel de atención para la asistencia del parto

o) Explicar a la madre la importancia y la forma de consumir la suplementación alimentaria con polivitamínicos, sulfato ferroso y leche.

6.- La enfermera evaluará el nivel de comprensión de la orientación dada a la adolescente, para lo cual debe solicitar que:

a) La madre repita claramente las indicaciones a seguir:

b) La madre explique los signos y síntomas de alarma por los cuales debe acudir a consulta.

c) La madre explique los signos y síntomas del inicio de trabajo de su parto.

d) La madre aplique correctamente la técnica de respiración, relajación neuromuscular y pudo.

7.- La enfermera:

a) Desarrollará actividades educativas, según las necesidades identificadas

en base a factores de riesgo.

b) Evaluará la habilidad de la madre para aplicar las técnicas de respiración, relajación y pudo.

c) Aplicará el toxoide tetánico: primera dosis en la primera consulta y la segunda dosis un mes antes del parto.

d) Orientación a la embarazada acerca de la importancia del parto institucional y el control postnatal y del recién nacido.

e) Informará a la embarazada acerca de la disponibilidad de otras instituciones de salud en la comunidad.

8.- El odontólogo y la asistente dental realizarán las consultas odontológicas cuatro horas a la semana para seis adolescentes de primera consulta y diez de consultas sucesivas.

9.- El odontólogo y la asistente dental realizarán la historia clínica, en la cual queda registrado el examen clínico bucal, chequístico y plan de tratamiento.

10.- El odontólogo y la asistente dental explicarán a la adolescente el tratamiento

Indicado y su importancia.

Referencias bibliográficas

- 1.- OMS/FNUAP/UNICEF. Higiene de reproducción en la Adolescencia. Estrategia de Acción. 1989***
- 2.- MUSS, ROLFE. Theories of Adolence - Randum House. Inc. New York, 1975***
- 3.- OPS/OMS. Fecundidad en la Adolescencia. Causas, Riesgos, Opciones. Cuaderno Técnico N° 12. Washington, 1988.***
- 4. - ALBERASTURY, A. y KNOBEL. M. La Adolescente Normal. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1976.***
- 5.- LOPEZ C., J; FUENTES, X.; FIGUEREDO, V.; BRACHO DE LOPEZ. C., La Adolescente Embarazada. Rev. obst. Gin. Venezuela 44, 178: 1985.***
- 6.- FEDERACION INTERNACIONAL DE PLANIFICACION DE LA FAMILIA (IPPF). La Fecundidad entre los Adolescentes. Informe de una Consultoría Internacional. Bellagio, 1983. Londres, junio 1984.***

- 7.- MONROY, ANAMELI. *Lineamiento y Criterios para la Programación y Evaluación de los Programas de Salud Integral del Adolescente. OPS/OMS - 1989.***
- 8.- DESCHAMPS, JEAN PIERRE. *Embarazo y Maternidad en la Adolescente. Editorial Herder. Barcelona, 1979.***
- 9.- MEAD MARGARET. *Adolescencia y Cultura en Samoa. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1973.***
- 10. - LOPEZ GOMEZ, José R. *La Cruzada Médica de Majawaña. Gaceta Médica de Caracas. Año 85 N° 1-2-3-. Enero-marzo 1977.***
- 11.- MOLINA, R, y ROMERO, M.I.; *El Embarazo en la Adolescencia, La Experiencia Chilena, La Salud del Adolescente y el Joven en las Américas. OPS/OMS. Publicación Científica N° 489. Washington, 1985.***
- 12.- SILBER TOMAS J. *El Embarazo en la Adolescente, una Nueva Perspectiva. La Salud del Adolescente y el Joven de la América. OPS/OMS. Publicaciones Científicas N° 45. Washington, 1985***
- 13.- RICO DE ALONZO, Ana. *Madres Solteras Adolescentes. Plaza & Jones. Bogotá - Colombia, 1988.***

- 14. - MONROY DE V., y MORALES, G.N. *La Fecundidad de la Adolescente y la Planificación Familiar. Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica México, 1986.***
- 15.- KATHLEEN, M.M. and ANDERSON, T.L. *Trends in Teenage Pregnancy, The Journal of Reproductive, Medicine. Vol. 32 - 11: 830-832, 1987.***
- 16.- CHIO NARANJO, I.; ESPINOZA, T.A; POUYIMIRO, B.T.; PEREZ, F.R; ALVAREZ, I.; HECHEVARRIA P., *A Mortalidad Perinatal en Embarazadas Adolescentes. Rev. Cubana Obstet.General. 13 (1) 15-21, 1987.***
- 17. - HUFFMAN, J.W. *Ginecología en la Infancia y en la Adolescencia. Salvat Editores, S.A. Barcelona, 1971.***
- 18. - BARRERA, M.G. y KERDEL, V.O.. *El Adolescente y sus Problemas en la Práctica. Monte Avila Editores C.A. Caracas, 1976.***
- 19.- DICKENS, H.O. y ALLINSON, D.M. *Embarazos en las Diezeneras. Ginecología de la Adolescentes. Alfredo M. in Bogiovanno, Editorial Ateneo. Barcelona, 1987.***
- 20. - DUARTE CONTRERAS, A. *Ginecología de la Niña y de la Adolescencia. Salvat Editores Colombiana. S.A. Bogotá, 1988.***

21.- UZCATEGUI, O., VIDAL, J.; VILLALOBOS, A.: ARECHAVALETA, A.: ARLAS, S.; MIRANDA, M.; GRECO, C. Cesáreas en Adolescentes. Rev. Obst, Gin. Venezuela, vol. 4. 1. 79-81. 1987.

22.- KIZER S.: CABRERA, C.: SOLORZANO, E. Frecuencia del Embarazado en las Adolescente. Rev. Obst. Gin. Venezuela, Vol. 49. 5: 7.; 1989.

23.- MINISTERIO DE SANIDAD. REPUBLICA DE COLOMBIA. Atención Integral en Salud al Adolescente. Normas Técnico -Administrativas. Bogotá, 1990.

24.- LOPEZ, G.J.R.; BRACHO DE LOPEZ, C.; VALDERRAMA. I.; SILVAR R: ARENAS, C.: La Adolescente Embarazada. Morbimortalidad Materna y Fetal. Rev. Obst. Gin. Venezuela. 52 (1): 17-22, 1992.

Anexo 1 - Índice de riesgo materno-fetal en adolescentes embarazadas

Para los efectos del Índice de Riesgo, se estableció un rango de puntaje de 0 a 4 para marcar la gravedad de los parámetros establecidos como factores de riesgos. aceptándose la clasificación de alto riesgo I. II. y III establecidos en las Normas vigentes de Atención Materna y Planificación Familiar del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (M.S.A.S.). Se asigna un puntaje de 0 a 20 para el alto riesgo I, 21 a 40

para el alto riesgo ii y de 41 y mas para el alto riesgo III.

Se prevé la estimación de riesgo al momento del primer control prenatal y posteriormente el octavo y noveno mes del embarazo. Esta tabla de riesgo ira anexa a la historia perinatal simplificada, normatizada por el M.S.A.S. con las modificaciones hecha de acuerdo a las necesidades de los factores de riesgo presentes en las adolescentes embarazadas.

Indice de riesgo materno-fetal en adolescente embarazada

NOMBRE Y APELLIDO	
HISTORIA CLINICA	
PRIMARIA INCOMPLETA	
DIRECCION	
PRIMARIA COMPLETA	
SECUNDARIA INCOMPLETA	
SECUNDARIA COMPLETA	
FECHA DE 1ra. CONSULTA	
FECHA ULTIMA REGLA	

A. SEMANAS DE GESTACIÓN EN LA PRIMERA CONSULTA	
HASTA 13 SEMANAS	0
13 - 19 SEMANAS	1
20 Y MAS SEMANAS	2
B. EDAD MATERNA	
MENOS DE 15 AÑOS	2
15- 17	1
18- 19	0
TALLA MENOR 1,50	1
C. INTERVALO INTERGENESICO	
MENOS DE 12 MESES	3
12 A 24 MESES	2
MAS DE 24 MESES	0
D. CONDUCTA MATERNA DE RIESGO	
FUGA DEL HOGAR	3

AISLAMIENTO DEPRESION	2 3
AGRESIVIDAD	3
PROMISCUIDAD	4
IDEAS SUICIDAS	4
AUTOIMAGEN NEGATIVA	3
RECHAZO AL EMBARAZO	4
E. HABITOS	
MALOS HABITOS ALIMENTARIOS	2
TABAQUISMO	4
ALCOHOLISMO	4
CONSUMO DE OTRAS DROGAS	4
F. SOCIOECONOMICO	
ANALFABETISMO	3
MATERNIDAD NO DESEADA	4
EMBARAZO PRODUCTO DE VIOLACION	4
RECHAZO FAMILIAR AL EMBARAZO	2

FALTA DE APOYO ECONOMICO	2
ESTRUCTURA FAMILIAR DESORGANIZADA	3
CONFLICTOS FAMILIARES	3
INGRESO FAMILIAR MENOR AL SALARIO MINIMO	2
VIVIENDA INSALUBRE	4
UNION INESTABLE	3
VIVIENDA NO ACCESIBLE AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	4
TRABAJO CON ESFUERZO FISICO	3
INCAPACIDAD PARA LA CRIANZA DEL NIÑO	4
RECHAZO DEL EMBARAZO POR PARTE DE LA PAREJA	3
DESINFORMACION SOBRE LA SEXUALIDAD	3
G. ANTECEDENTES OBSTETRICOS	
MORTINATO	3
RECIEN NACIDO MUERTO PRIMEROS 7 DIAS	2
ABORTO	2

PARTO DISTOCICO CESAREA	3 4
MALFORMACIONES CONGENITAS	4
H. SALUD DENTAL	
CARIES MULTIPLES	1
ABSCESOS DENTOALVEOLARES AGUDOS	4
ABSCESOS DENTOALVEOLARES CRONICOS	2
ABSCESOS PERIODONTALES AGUDOS	3
ABSCESOS PERIODONTALES CRONICOS	2
CANDIDIASIS	1
I. ESTADO NUTRICIONAL	
DESNUTRIDA	3
OBESA	2
BAJA GANANCIA PONDERAL	3
EXCESIVA GANANCIA PONDERAL	3
J. PATOLOGIAS EN EL EMBARAZO ACTUAL	

INFECCION URINARIA	3
NEFROPATIAS	4
HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA	4
DIABETES	3
ANEMIA	3
CARDIOPATIAS	3
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL	3
SINDROME STORCH	4
TRASTORNOS MENTALES (REALES O APARENTES)	4
INCOMPATIBILIDAD ABO	2
ISOINMUNIZACION Rh	3
K. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO ACTUAL	
H.I.E.	4
AMENAZA DE PARTO PREMATURO	3
HEMORRAGIAS DEL TERCER TRIMESTRE	4
EMBARAZO MULTIPLE	3
EMBARAZO CRONOLOGICAMENTE PROLONGADO	3

POLIHIRAMNIOS	4
OLIGOAMNIOS	4
R.C.I.U.	4
PRESENTACION DISTOSICA	3

***RIESGO PRIMERA CONSULTA
(A+B+C+C+E+F+G+H+I+J)***

ALTO RIESGO TIPO III 41 y más
ALTO RIESGO TIPO II 21 - 40
ALTO RIESGO TIPO I 0 - 20

***RIESGO AL OCTAVO MES
(A+B+C+D+E+F+G+H+I+J+K)***

ALTO RIESGO TIPO III 41 y más

ALTO RIESGO TIPO II 21 - 40
ALTO RIESGO TIPO I 0 - 20

***RIESGO AL NOVENO MES
(A+B+C+D+E+F+G+H+I+J+K)***

ALTO RIESGO TIPO III 41 y más

ALTO RIESGO TIPO II 21 - 40

ALTO RIESGO TIPO I 0 - 20

***Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Enfermería
Dpto. Clínico de Enfermería Materno, Infantil y Pediatría***

***Area de Estudios de Postgrado
Maestría en Enfermería Materno Infantil
Area Enfermería Perinatal***

Programa

Educación para el Autocuidado en Salud de Adolescentes Embarazadas

Elaborado por:

Cira Bracho López

Rosa González

Carmen Amarilis Guerra de Castillo

Valencia, Enero 1992

[Indice](#) - [◀ Precedente](#) - [Siguiente ▶](#)

[Indice](#) - [◀ Precedente](#) - [Siguiente ▶](#)

[Home](#)"" """"> (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small home server, if it's Linux, we know it).[ar.cn.de.en.es.fr.id.it.ph.po.ru.sw](#)

Anexo 2 - Plan de sesiones educativas de interacción terapéutica para promover el autocuidado en salud durante el embarazo, parto y

puerperio de un grupo de adolescentes

Objetivo terminal:

Al finalizar el programa de sesiones de interacción terapéutica para promover el autocuidado en salud durante el embarazo, parto y puerperio, se espera que las adolescentes, y de ser posible sus párelas, puedan participar efectivamente en el cuidado de su salud, la del feto y el recién nacido.

OBJETIVO	CONTENIDO	ESTRATEGIA METODOLOGICA	EVALUACION	TIEMPO	SESION
1 Facilitar la libre expresión de las respectivas actitudes personales de los miembros del grupo de interacción terapéutica.	Características Personales: - Cualidades - Defectos - Cambios deseados - Relaciones con otras personas: Problemas, obstáculos,	- Exposición oral - Juego educativo "Identidad personal"	Participación del grupo	2 horas	1

	soluciones - El poder educativo del grupo				
2 Valorar la importancia del control prenatal y las actividades que comprende	Control Prenatal - Sesiones educativas - Examen clínico - Examen odontológico - Vacunación antitetánica - Suplementación alimenticia -Preparación psicoprofiláctica - Visita domiciliaria	Exposición oral - Sociodrama - Intervención individual de los participantes	Calidad de la participación.	1 hora	2
3 Diferenciar las	- Características	- Exposición oral	Calidad de la	2 horas	3

características anatómicas y fisiológicas básicas de los órganos reproductores masculinos y femeninos	Anatómicas y Fisiológicas de los órganos reproductores humanos	- Juego educativo "Organos reproductores"	participación.		
4 Aceptar el embarazo como una de las consecuencias de las relaciones sexuales	Sexualidad Humana Fisiología de la Fecundación: - Concepto y desarrollo del embrión y el feto - Evolución del embarazo	- Exposición oral - Laminas ilustradas - Participación individual - Juego educativo 'Sexualidad humana'	Calidad de la participación	2 horas	4
5. Diferenciar los alimentos de bajo costo y alto	Grupos de alimentos: - Leche y	- Exposición oral - Juego educativo	Calidad de la participación.	2 horas	5

<p>valor nutritivo por su contenido en proteínas, lípidos, carbohidratos, vitaminas y minerales que debe consumir la adolescente embarazada,</p>	<p>derivados - Carnes y huevos - Hortalizas y frutas - Granos, cereales, verduras y otros alimentos. Selección, conservación, pre-paración y consumo (MENUS)</p>	<p>"Nutrición y embarazo"</p>			
<p>6. Identificar las propias actitudes hacia el embarazo y el recién nacido, diferenciando las actitudes</p>	<p>Definición de adolescencia. Características de la ado-lescente: - Biológicas - Psicológicas - Sociales</p>	<p>- Exposición oral - Juego educativo "Actitudes hacia el embarazo"</p>		<p>2 horas</p>	<p>6</p>

positivas de las
negativas.

Metas de la
adolescente:
- Adquirir
identidad
personal Obtener
independencia
- Elección de
profesión
- Elección de
pareja
- Asimilación de
valores
personales
El embarazo en la
ado-lescencia
actitudes más
comunes de las
adolescentes
hacia el
embarazo:
actitudes

	positivas y negativas				
7 Aplicar los cuidados y medidas de alivio para algunas molestias producidas por el embarazo.	<p>Cuidados y medidas de alivio para algunas molestias que se producen por los cambios físicos y emocionales, durante el embarazo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Higiene del embarazo Nutrición - Ejercicios para corrección de una buena postura Ejercicios circulatorios - Flexión y 	<ul style="list-style-type: none"> - Exposición oral - Juego educativo "Molestias del embarazo" 	<ul style="list-style-type: none"> - Por la participación activa del grupo. - Por la calidad de los ejercicios que realicen durante la redemonstración (práctica dirigida) 	2 horas	7

	extensión de los tobillos Elevación de las piernas				
8. Diferenciar las etapas del proceso de la vinculación mediante el Juego Educativo "Etapas del Proceso de la Vinculación" después de haber asistido y participado en dicha charla	Etapas del proceso de la Vinculación Antes del embarazo. Planificación del em-barazo Durante el Embarazo - Confirmación del embarazo - Aceptación del embarazo - Movimiento fetal - Aceptación del	Exposición oral y juego educativo	Participación activa del grupo	1 hora	8

	<p>feto como individuo</p> <p>c. Después del embarazo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nacimiento - El momento de ver al niño - La iniciación del cuidado 				
<p>9. Valorar la importancia de diferenciar las expectativas del niño imaginado en oposición al niño real para el establecimiento del vinculo afectivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Expectativas del niño imaginado en oposición al niño real - Semejanza entre el niño sonado y el niño real. <p>Repercusiones para el establecimiento del vinculo afectivo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Exposición oral - Grupos de trabajo - Intervención individual de las embarazadas. - Identificar las características imaginadas para su hijo. <p>Exposición oral y juego educativo</p>	<p>Participación activa del grupo.</p>	<p>2 horas</p>	<p>8</p>

<p>10. Ubicar por lo menos tres conductas indicadoras de una vinculación afectiva satisfactoria (madre-hijo) y cinco conductas paternas favorables para el vinculo afectivo (padre-hijo)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conducta materna durante el establecimiento del vinculo afectivo con su hijo - Examina al neonato con la punta de los dedos. - Acaricia, abraza y besa al niño. Establece contacto visual con el niño. - Satisface las necesidades del niño durante el llanto. 	<p>Exposición oral y juego educativo.</p>		<p>2 horas</p>	<p>9</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------	--	----------------	----------

- Estimula su desarrollo psico-motor.
 - Estimula la absorción paterna.
- Conducta paterna durante el establecimiento del vinculo afectivo con su hijo:
- Conciencia visual del neonato centrado en su belleza.
 - Conciencia táctil expresada por el deseo de

	cargarlo. - Conciencia de características distintivas centrada en la búsqueda de parecido con el.				
11. Participar en el de-sarrollo de actividades para el fortalecimiento del vinculo afectivo.	Elaboración de ropa para el recién nacido. Elaboración de canastilla.	Exposición oral, demostración Trabajo manual en grupo Asignaciones individuales Exposición de ropa y canastillas al final del curso	Participación individual y grupal.	4 horas	10
12. Reconocer los efectos de la	Ventajas maternas:	Exposición oral y juego educativo.	Participación individual y	1 hora	11

<p>lactancia materna, para el binomio madre-hijo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Biológicas - Estéticas - Económicas - Psicosocial <p>Ventajas para el niño:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Biológicas - Psicosociales <p>Ventajas para la sociedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psicosociales - Económicas 		<p>grupal</p>		
<p>13. Aplicar las técnicas amamantamiento y los cuidados para prevenir los problemas mas frecuentes.</p>	<p>Posiciones de amamantamiento Inversa Acostada Técnicas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Como agarrar el pezón <p>interrupción de la</p>	<p>Exposición oral Demostración Juego educativo</p>	<p>Participación individual y grupal</p>	<p>2 horas</p>	<p>12</p>

	succión - Alternabilidad de los senos - Frecuencia y duración - Como despertar al niño Cuidado para prevenir - Tensión láctea - Dolor en los conductos - Mastitis, absesos Insuficiencia de leche Cólico en el niño				
14. Favorecer el desarrollo integral de su	Técnicas de estimulación fetal:	- Exposición oral - Demostración y redemonstración	Participación individual y grupal	1 hora	13

<p>hijo desde la vida intrauterina hasta el 1 mas de nacido, mediante la estimulación de los sentidos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Auditiva - Visual - Táctil - Motora <p>Técnicas de estimulación del recién nacido:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auditiva - Visual - Táctil - Olfativa - Motora <p>Técnicas para la elaboración de juguetes para estimular los sentidos del recién nacido.</p>	<p>- Juego educativo</p>			
<p>15. Diferenciar las etapas de; parto y sus</p>	<p>Parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definición del parto 	<ul style="list-style-type: none"> - Exposición oral - Juego educativo 	<p>Por la participación activa del</p>	<p>1 hora</p>	<p>15</p>

características.	<ul style="list-style-type: none"> - Periodos del parto - Dilatación del cuello uterino: <ul style="list-style-type: none"> a. Pasiva o preliminar b. Acelerada o activa c. Transición - Expulsivo - Alumbramiento Signos y síntomas de iniciación 		grupo		
16. Reconocer la importancia del método psico-profiláctico	<ul style="list-style-type: none"> Método Psicoprofiláctico - Definición - Ventajas - Teoría del dolor . Elementos básicos del 	<ul style="list-style-type: none"> - Exposición oral - Discusión grupal - Juego educativo 			

<p>17. Aplicar la relajación neuromuscular durante el embarazo y parto.</p>	<p>método Relajación Neuromuscular</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definición - Ventajas - Técnicas de la relajación - Relajación voluntaria y profunda de todos los músculos - Relajación de piernas y brazos. - Relajación simétrica y asimétrica. - Relajación de; periné <p>Balaneo Pélvico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En decúbito 	<ul style="list-style-type: none"> - Exposición oral - Demostración de las técnicas de relajación. - Redemostración 	<p>Por la calidad de las técnicas de relación durante las prácticas</p>	<p>1 hora</p>	<p>15</p>
-----------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------	---------------	-----------

	dorsal - De pie - Sobre las cuatro extremidades				
18. Aplicar la técnica respiratoria según la evolución del parto	Técnicas respiratorias a. Toraxica inferior o costal o de suspiro b. Lenta y profunda o diafragmática c. Intercostal superior o de his d. Superficial acelerada o soplada	- Demostración de las técnicas respiratorias. - Redemostración	Por la calidad de las técnicas respiratorias durante la práctica	1 hora	16
19. Practicar la participación activa de la mujer	Comportamiento y participación activa de la mujer	- Exposición oral - Demostración -	Por la calidad de su participación	1 hora	16

en el periodo expulsivo	durante el período expulsivo: - Apenara de las piemos - Pujar durante las contracciones - Relajación entre las contracciones uterinas	Redemostración	durante la redemostración		
20. Identificar las características normales de su hijo recién nacido y las conductas que asume durante los estados de sueño y vigilia	Estados de sueño: - Sueño profundo y - Sueño ligero Estado de vigilia - Somnolencia - Alerta y calma - Alerta y actividad	- Exposición oral - Juego educativo - Demostración	Participación individual y grupal.	2 horas	17

	<ul style="list-style-type: none"> - Llanto Características del recién nacido normal. Comportamiento materno relacionado a los estados del neonato 				
21. Practicar autocuidados postparto y atención de su hilo por si sola	<ul style="list-style-type: none"> - Autocuidados postparto - Cuidados del recién nacido - Importancia del control postnatal - Importancia del control del recién nacido. - Leyes que protegen la maternidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Exposición oral - Demostración de los cuidados del recién nacido 	Participación individual	2 horas	18

<p>22. Valorar la importancia del uso de métodos anticonceptivos para postergar embarazos subsiguientes.</p>	<p>Métodos de regulación de la fecundidad. Naturales, de barrera, orales, DIU. Descripción del método Mecanismo de acción Requisitos para su uso y para suspenderlos Efectividad Ventajas</p>	<p>- Exposición oral - Juego educativo</p>	<p>Participación individual y grupal</p>	<p>2 horas</p>	<p>19</p>
<p>23. Describir el comportamiento de la pareja el día del parto</p>	<p>- Preparativos generales para el día del parto. - Relación de pareja que</p>	<p>- Exposición oral - Discusión grupal</p>	<p>Por las participación activa del grupo</p>	<p>30 mnts.</p>	<p>20</p>

espera un hijo.

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Home](#)"" """"> (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small home server, if it's Linux, we know it).[ar.cn.de.en.es.fr.id.it.ph.po.ru.sw](#)

Capitulo N^o 12: Il Reunión andina de atención en salud del adolescente

[Antecedentes](#)

[Bibliografía](#)

[Il Reunión andina de salud de adolescentes](#)

[Relatos de los adolescentes sobre las actividades que realizan orientados por el equipo de salud](#)

[Programa atención integral de salud para el adolescente](#)

Dra. Irene Sáez García

Dr. Armando Arias

Antecedentes

El Programa de Atención Integral de Salud para el Adolescente en Venezuela, inicia sus primeros pasos en 1986, con el Dr. Héctor Luis Borges Ramos, en ese momento Director Materno Infantil del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, y la Dra. Marisol Arias de Linares, Jefe del Departamento de Salud del Adolescente, quienes elaboraron un Proyecto de Atención para la Población de 10 a 19 años, que se envió al Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población (FNUAP), con el fin de gestionar recursos financieros. Pero no se recibe respuesta, y los promotores de la Idea asumen otras responsabilidades profesionales, por lo que el Departamento de Salud del Adolescente permanece acéfalo hasta Julio de 1990.

En Julio-Agosto de 1990, el Dr. Manuel Alvarez Gómez, Director Materno Infantil, y la Dra. Irene Sáez García, Jefe del Departamento de Salud del Adolescente, elaboran el "Proyecto de Atención Integral de Salud para el Adolescente", donde además participan expertos en el área encabezados por la Dra. Enriqueta Sileo. El Proyecto se presenta en Septiembre del mismo año, en el contexto de la I Reunión Andina de Salud del Adolescente (1), realizada en la sede de la Oficina Sanitaria Panamericana en

Caracas, y es aprobado por las Delegaciones de Bolivia, Colombia, Pera y Ecuador, y los Representantes de la citada Oficina, de Washington y Venezuela, asistentes al evento.

En Febrero de 1991, ya el Proyecto es un Programa que revisa sus Normas y Funciones, Historia Clínica y Formularios de Registros; con la asesoría de un grupo de personalidades conocedoras de la problemática adolescente (2); sentando las bases de la atención dirigida al Adolescente en los Centros del Ministerio de Sanidad, y Asistencia Social.

En Mayo de 1992, luego de elaborar todo el material educativo que sustenta el proceso de capacitación del equipo de salud, se inicia la operatización del Programa, con un Modelo Piloto en Barquisimeto (Estado Lara), el cual ha resultado una feliz experiencia, ejemplo para su replique en otros Estados, como Monagas, Mérida, Nueva Esparta, Aragua, Carabobo y Distritos Sanitarios Nos. 2 y 3 de Caracas; según planificación cumplida para el lapso 1992 - 1993.

La Reunión de Cooperación Andina de Salud (CAS), realizada en Caracas en Octubre de 1992, en la sede de la Oficina Sanitaria Panamericana, plantea la necesidad de congrega a los Responsables de Programas de Atención al Adolescente de los 5 países Andinos, con el fin de conocer los avances efectuados en el área desde Septiembre de

1990 y diseñar un conjunto de lineamientos regionales que ofrezcan las bases para fortalecer las actividades que se adelantan.

Organización de la II Reunión Andina de Salud para el Adolescente

La Reunión se realiza en Barquisimeto (Estado Lara - Venezuela), los días 20 al 23 de Abril de 1993, y su coordinación estuvo a cargo de la Dirección Materno Infantil del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y la Dirección Regional del Sistema Nacional de Salud del Estado Lara, con el apoyo técnico y financiero de FUNDASALUD Lara y la Oficina Sanitaria Panamericana.

Debemos destacar que su organización constituye un trabajo de varios meses, donde el equipo de salud regional, coordinado por el Dr. Armando Arias, elaboró un operativo especial de motivación a todos los niveles gerenciales de salud y empresariales, para recaudar fondos que permitieran asumir los gastos logísticos generados por este tipo de eventos; además organizó un plan de actividades que favoreciera la participación decidida del personal que labora en los Establecimientos de Salud que atienden adolescentes, y el compromiso de los grupos de Adolescentes que asisten a las consultas y desarrollan un trabajo comunitario que ha sido fundamental para el éxito del Programa.

Desarrollo del evento

El día 20 de Abril, todos los participantes aprecian el resultado de una excelente organización, donde destaca la participación de los propios adolescentes, quienes realizaron la apertura del evento, con una expresividad muy personal y espontánea. Estuvieron acompañados en la ceremonia inaugural por distinguidas personalidades representantes de diversas instituciones, y cada una de ellas expresó su punto de vista en relación a la dimensión significativa del evento. (3)

Las discusiones técnicas orientadas a cumplir los objetivos principales de la Reunión, se realizaron de una manera dinámica, amplia. con múltiples intervenciones de todos los asistentes, lo cual facilito:

- 1.- Conocer la situación programática que en Atención Integral para el Adolescente tiene cada país del Area Andina.***
- 2.- Discutir e Intercambiar las experiencias que se adelantan en la Región.***
- 3.- Diseñar líneas conjuntas de acción y las estrategias que se aplicaran.***
- 4.- Plantear la problemática coman que existe, principalmente en relación a la formación de recursos humanos y el apoyo financiero adecuado a las necesidades***

existentes

5. Elaborar documento conjunto que resuma las propuestas de la Reunión para fortalecer la Atención Integral de Salud para el Adolescente de la Región Andina. (3)

La Reunión también fue marco excepcional para disfrutar de una experiencia gratificante en el campo de la inter-relación humana, tanto entre los profesionales de la salud asistentes, como la integración con los adolescentes, quienes fueron protagonistas principales en todos los aspectos del evento.

En relación a lo anterior, no podemos dejar de mencionar que las actividades culturales organizadas por los Adolescentes y sus orientadores del equipo de salud, constituyen uno de los hechos más brillantes de la reunión, y que originaron una sorpresa que sobrepaso toda expectativa ante la variedad, color, alegría, originalidad, creatividad y genialidad de los adolescentes; los cuales nos pasearon por obras teatrales dramáticas y cómicas, títeres, danzas típicas, orquestas juveniles; ofreciéndonos siempre el mensaje concluyente de salud y vida que llega y se internaliza.

La Coordinación del evento, representada por Armando Arias e Irene Sáez, desean en estas líneas expresar su agradecimiento a todas las personas e instituciones que

hicieron factible la realización de la II Reunión Andina de Salud; muy especialmente a nuestros adolescentes, que de manera tan entusiasta nos motivan a continuar adelante en un camino sembrado de sueños e ilusiones, y donde ya, gracias a la participación de todos, se están empezando a ver las realidades.

Bibliografía

- 1. I Reunión Andina de Salud del Adolescente. OPS/OMS. Septiembre 1990. Caracas, Venezuela.***
- 2. Normas y Funciones del Programa de Atención Integral de Salud para el Adolescente. Dirección Materno Infantil. MSAS/OPS/OMS. Febrero 1991. Caracas, Venezuela.***
- 3. Documento Resumen. II Reunión Andina de Salud del Adolescente. Dirección Materno Infantil. Dirección Regional del Sistema Nacional de Salud del Estado Lara. OPS/OMS. 22 de Abril de 1993. Barquisimeto, Estado Lara. (Venezuela).***

***Ministerio de Sanidad y Asistencia Social
Dirección Materno Infantil
División de Atención al Niño y al Adolescente***

***Departamento de Salud del Adolescente
Dirección Regional del Sistema Nacional de Salud del Estado Lara
Coordinación de Atención al Niño y Adolescente
Documento - Resumen
II Reunión Andina de Atención en Salud del Adolescente***

***Barquisimeto (Estado Lara - Venezuela)
20 al 22 de Abril de 1993***

Coordinación General

- Dr. Armando Arias***
- Dra. Irene Sáez García***
- Enfermera Nayib Sánchez***
- Enfermera Zulma Mendoza***
- Enfermera Carmen Olivera***
- Enfermera Bruna López de Piña.***

***Cooperación Técnica y Financiera: FUNDASALUD Lara
Oficina Sanitaria Panamericana***

Comisión de Secretaría: Coordinación General:	Lic. Soledad Pérez Evora Dra. Gloria Becherer	
Representación de Bolivia:	Dra. Lucy López	
Representación del Perú:	Dr. Wilfredo Mendoza	
Representación de Venezuela:	Lic. Susana Peña Cobos	
Apoyo Técnico General:	Dra. Lourdes Maldonado	
Delegación de Países":		
Perú:	Dra. Lucy López (Ministerio de Salud)	
Bolivia:	Dr. Rolando González (Ministerio de Salud)	
	Dra. Gloria Becherer (Ministerio de Salud)	
Colombia:	Lic. Nelly Farfán (O.P.S.)	
Venezuela:	Dr. Manuel Alvarez Gómez	M.S.A.S.
	Dr. Armando Arias	M.S.A.S.
	Dra. Irene Sáez García	M.S.A.S.
	Dr. Guillermo Castro R	M.S.A.S.
	Dr. Hernán Málaga	O.P.S. Vzla
	Lic. Dilia Becerrit	O.P.S. Vzla

	Lic. Eglá Abrahams	UNICEF Vzla
	Dra. Lourdes Maldonado	M.S.A.S.
	Dr. Luis A. Gazzotti	M.S.A.S.
	Lic. Susana Peña Cobos	M.S.A.S.
	Lic. Soledad Pérez Evora	M.S.A.S.
	Lic. Sonia Griffin	M.S.A.S.
	Enf. Nilda Zorrilla	M.S.A.S.
	Enf. Nayib Sánchez	M.S.A.S.
	Enf. Zulma Mendoza	M.S.A.S.
	Enf. Carmen Olivera	M.S.A.S.
	Enf. Aura Cruz de Pereira	M.S.A.S.
	Dra. Paula Manzano de Siso	U.C.L.A.
	Dra. Editza de Torrealba	U.C.L.A.
	Dra. Mariana Gerendas	M.S.A.S.
	Dra. María Eugenia	M.S.A.S.

	Mondolfi Dra. Mercedes R de Materán	Universidad de Carabobo
	Prof. Magda Gómez	Ministerio de Educación
	Dra. Miriam Ripanti	U.C.L.A.
	Dr. José R López Gómez	PASAE-Carabobo
	Dra. Cira Bracho de López	PASAE-Carabobo
	Dr. José Jesús Ruiz	M.S.A.S.
	Dr. Jaime Feo	M.S.A.S.
	Dr. Gustavo Pinto	M.S.A.S.
	Dr. Wilfredo Mendoza	M.S.A.S.
	Dr. Antonio Lucena	M.S.A.S.
	Enf. Bruna López de Pina	M.S.A.S.
	Dr. Jesús Rojas	M.S.A.S.
	Dra. Norma Cordero	M.S.A.S.
	T.S. Doneilan Liscano	M.S.A.S.

	Dra. Lellys Azuaje	M.S.A.S.
	Lic. Gloria Piña	M.S.A.S.
	Dra. Rafael Aguilar	M.S.A.S.

Otros participantes:

- ***Profesionales del Equipo de Salud de los Establecimientos del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en el Estado Lara.***
- ***Representantes de las Direcciones Regionales del Sistema Nacional de Salud de los Estados Aragua y Trujillo.***
- ***Representantes de la Comunidad de Barquisimeto, Estado***
- ***Representantes de la División de Prevención del Delito del Estado Lara.***
- ***Representantes de grupos de Adolescentes de los Establecimientos Cerritos Blancos, Los Rastrojos, San Jacinto y Cabudare.***
- ***Representantes de SIDETUR, Departamento Educativo.***

- Padres y Representantes de los Adolescentes que participaron en los Actos Culturales.

II Reunión andina de salud de adolescentes

Antecedentes

La I Reunión Andina de Salud del Adolescente se realizó en Caracas en Septiembre de 1990, y en la misma se presentaron los proyectos dirigidos a la Atención Integral de Salud para la Población de 10 a 19 años.

En Octubre de 1992, en el marco de la Reunión de Cooperación Andina, surge el planteamiento de realizar la II Reunión Andina de Salud del Adolescente' para conocer los avances en el área, y se decide que Venezuela sea el país sede, siendo Barquisimeto la región escogida, por ser Modelo Piloto en el Programa dirigido a los Adolescentes.

La Reunión es coordinada por la Dirección Materno Infantil y la Dirección Regional del Sistema Nacional de Salud del Estado Lara, del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, en cooperación con la Oficina Sanitaria Panamericana y el decisivo apoyo de FUNDASALUD Lara.

Apertura

El inicio del evento y la bienvenida estuvieron a cargo de una representación, constituida por:

- José Alí Sánchez (Adolescente del área urbana).***
- Dr. Armando Arias (Representante del Gobernador del Estado Lara, del Director del Sistema Nacional de Salud y de la Coordinación de Salud del Niño y del Adolescente del mismo Estado).***
- Dr. Edson Hernández (FUNDASALUD). la). la).***
- Dr. Hernán Málaga (Representante de la OPS/OMS en Venezuela)***
- Lic. Eglá Abrahams (Oficial de Programas, UNICEF - Venezuela)***
- Dr. Guillermo Castro Rodríguez (Representante del Director Materno Infantil y Jefe de la División de Salud Materna y Planificación Familiar).***
- Gregory Cordero (Adolescente del área rural).***

- Dra. María Eugenia Mondolfi (Representante del Capítulo de Adolescencia de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría y del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales).

Moderadoras:

Dra. Irene Sáez García

Enf. Nayib Sánchez

Objetivos de la Reunión

- Presentar los avances e Intercambiar experiencias relacionadas con el Programa de Atención Integral de Salud para el Adolescente.

- Definir, líneas de acción conjunta referidas al área adolescente.

- Elaborar propuestas de fortalecimiento para la atención del adolescente en la región.

Primera Parte

Moderadores: Dr. Armando Arias - Dra. Irene Sáez G.

"Presentación de las experiencias de Peru, Bolivia y Venezuela, en relación al programa de atención al adolescente"

Las experiencias en la implantación y ejecución de los Programas de Salud del Adolescente, varían de acuerdo a las características poblacionales, estructura y condiciones de los Servicios de Salud de cada país. Los avances están relacionados con la capacidad técnica y financiera, así como la participación de la comunidad.

Venezuela y Perú poseen experiencias importantes en los tres Niveles de Atención; y año cuando las diferencias particulares entre los dos países se deben a la estructura y organización del Sistema de Salud y de focalización del problema, su expansión ha dependido en gran medida de la capacidad resolutive de los Niveles Regionales y Locales.

En Bolivia, el Programa se encuentra en una fase inicial, es decir, que el país cuenta con la normativa nacional y está comenzando la fase operativa.

Conclusiones

- Existen diferencias importantes en la estructura y organización de los Servicios de Salud, las cuales impiden una melar atención en la prestación de servicio para los Adolescentes.

- El personal de salud es insuficiente, de acuerdo a la demanda de la población objeto.

- Las Currículas de Pre y Postgrado no incluyen contenidos específicos para capacitar en la atención del Adolescente.

- Aún persisten niveles jerárquicos regionales y locales que no están conscientes de la importancia de la atención del Adolescente.

- La información sobre salud del adolescente y su problemática no es continúa y permanente, y los mensajes educativos por lo general no son claros, ni pertinentes.

- Aún no existen estrategias nacionales efectivas para la prevención de problemas en las diversas áreas de salud del Adolescente, por falta de recursos humanos y financieros,

- De acuerdo a lo establecido en la legislación, los Adolescentes, por ser menores de edad deben estar acompañados de sus padres para poder recibir atención en salud, fundamentalmente en el área de la planificación de la familia; por lo que la atención del adolescente queda a la discrecionalidad del equipo de salud.

- La adolescente embarazada no recibe en los servicios de salud una atención adecuada, tomando en cuenta su condición,**
- Los docentes no poseen una formación específica que les permita abordar y tratar la problemática del Adolescente.**
- No existe un numero adecuado de Promotores de Salud con formación en el área del adolescente.**

Recomendaciones

- Reorientar y reforzar la estructura y organización de los servicios de salud, según niveles de atención, con el fin de estimular una mejor y aún más eficiente prestación de servicio.**
- Capacitar un número mayor de miembros del equipo de salud, en el área de Adolescencia.**
- Gestionar la incorporación de contenidos de Atención al Adolescente en las Curriculas de Pre y Postgrado, con el propósito de formar en estos niveles a profesionales que egresen con una concepción mas amplia en relación a la atención que se debe brindar a este grupo poblacional.**

- Promover ante las autoridades regionales, locales e intersectoriales, el Programa de Atención Integral de Salud para el Adolescente y la importancia del mismo para la comunidad, a fin de propiciar su difusión en los medios masivos de comunicación; todo concebido como un proceso educativo continuo y permanente.

- Establecer estrategias educativas continuas y permanentes de atención para los Adolescentes que prevengan el consumo de drogas y los problemas de salud reproductiva. A tal fin, los mensajes deben ser completos, claros, no imperativos ni coercitivos.

Segunda Parte

Moderadoras: Enf. Bruna López de Piña - Dra. Irene Sáez G.

"Acciones programáticas para la adolescente embarazada"

Se presentó la experiencia del Estado Lara en relación a la atención para la Adolescente embarazada, enmarcada dentro del Programa de Atención Integral al Adolescente, y la del Estado Carabobo como producto de una acción específica: Programa de Atención en Salud para la Adolescente Embarazada (PASAE), que constituyen acciones eficaces ante la inexistencia de programas de salud para este

grupo de edad en la Región.

A pesar de los esfuerzos realizados, año existe un Importante número de adolescentes embarazadas que no tienen acceso a la atención. En conclusión, la falta de acceso cultural, geográfico, entre otros, convive con otro conjunto de limitaciones Inherentes a la atención, como lo es el de orden jurídico e incluso el de orden ideológico; vale decir, aspectos religiosos y éticos.

Recomendaciones

- Organizar un plan eficaz para la prevención y atención especial del Embarazo Precoz.***
- Revisar la normativa legal que limita la atención médica de los Adolescente, específicamente en el área de la Planificación Familiar.***
- Implementar áreas y consultas especiales para atender a la Adolescente tanto en el parto como en el puerperio.***
- Capacitar a los docentes en temas relacionados con la atención de salud del Adolescente.***

- Promover la participación y capacitación de los Promotores de Salud, para que puedan atender a los Adolescentes de sus comunidades.

- Promover servicios accesibles, oportunos, asertivos y educativos a la población objeto, basados en el respeto de las decisiones individuales y las condiciones particulares que rodean el área de Salud Reproductiva.

Tercera Parte

Moderadores: Dra. Irene Sáez G. - Dr. Armando Arias

"Aspectos programáticos"

Los representantes de los países discutieron en torno al intercambio de información, material educativo, formación de recursos humanos, líneas de investigación y visitas de observación interpaíses. Se destacó la necesidad de mantener el flujo de información que permita conocer las experiencias locales en relación al tema de discusión.

Conclusión

Los países están haciendo grandes esfuerzos por lograr avances importantes en este

Programa, los cuales son poco difundidos.

Recomendaciones

En relación a:

Material Educativo

La estrategia fundamental de difusión debe contemplar lo siguiente:

- La información y el material divulgativo que produzcan los diferentes niveles gerenciales y operativos, deben centralizarse en las Direcciones de Salud Materno Infantil del Nivel Nacional, con el fin de obtener un banco de material de apoyo para las actividades de Información, Comunicación y Educación del Programa de Adolescentes.***
- La Oficina Sanitaria Panamericana debe estimular y facilitar el Intercambio de materiales didácticos entre los países, en forma periódica y permanente.***
- Las Representaciones de la Oficina Sanitaria Panamericana en cada país, analizarán con los responsables del Programa las posibilidades para reproducir el material educativo diseñado de Atención al Adolescente.***

- El Comité Organizador de este evento debe responsabilizarse de comunicar los resultados a todas las instancias Centrales, Regionales y Locales, así como a los países de la Región.

En relación a:

Recursos Humanos

- Las Jornadas de Educación Médica Continua deben incluir un espacio para difundir los temas de Salud del Adolescente.

- Los aspectos del Programa de Atención en Salud Integral para el Adolescente, deben ser incluidos en los programas de formación para Médicos, Enfermeras, Trabajadores Sociales, Educadores, Odontólogos, Psicólogos, Nutricionistas, Sociólogos, Maestros y Profesores; e incluso para quienes manejan medios de información.

- El equipo de salud del área de Promoción Social del Ministerio de Sanidad, debe conocer y difundir aspectos relacionados con la Salud del Adolescente.

- Los diseños de [m] es educativos dirigidos a la comunidad en relación a Adolescente, deben ser responsables, serios, respetuosos y diseñados con la

colaboración de los mismos Adolescentes.

- Incorporar un modulo de formación del Docente sobre Salud y Educación Sexual del Adolescente, que se desarrolle a través de la modalidad de Seminarios, a fin de que se profundice en la formación y no se limite a lo informativo.***

- Deben establecerse Convenios entre las Universidades y los Ministerios de Salud e Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, para incorporar el Programa de Atención en Salud Integral para el Adolescente, al Régimen de Formación Académica.***

- Elevar a la Coordinación del Postgrado de Medicina del Adolescente, del Hospital "J.M. De Los Ríos", la propuesta de incluir además de los Pediatras, a otros Especialistas, como Ginecólogos, Obstetras, Psiquiatras, Enfermeras; y otros profesionales de la salud, en el Curso de Postgrado en referencia.***

- Los asistentes a la reunión proponen a Venezuela como Centro de Capacitación en Medicina del Adolescente para la Región Andina.***

- Solicitar a las Universidades, específicamente a los Decanos de las Facultades de Medicina y de Ciencias de la Salud, que en cada una de las***

Escuelas de las diferentes disciplinas de la Salud, se incluyan contenidos sobre Atención de Salud del Adolescente, Enfoque de Riesgo, Educación para el Autocuidado, y Lactancia Materna, en:

- a) Contenidos curriculares para estudiantes de Pre y Postgrado.***
- b) Cursos de Educación Continua para egresados.***
- c) Actividades de extensión con Adolescentes, Padres y Maestros.***

- Solicitar a las Asociaciones Científicas que promuevan la inclusión de los temas antes citados en:

- a) Las actividades científicas que se programen.***
- b) Talleres o Cursos para sus miembros.***

- Solicitar a la Dirección Materno Infantil que se dirija a los Directores Regionales y al Equipo de Salud, para que en los Cursos de Educación Continua y Residencias Programadas se incluyan los tópicos antes señalados.

En relación a:

Líneas de Investigación

Se propone diseñar un Anteproyecto de Investigación que determine las líneas básicas para el área de Salud del Adolescente, el cual oriente los estudios en este sentido en cada país y en la Región.

El documento en referencia debe estar preparado para su difusión inter-país en Noviembre del año en curso.

En relación a:

Aspectos Financieros

1) Instar a las autoridades del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, para que se realicen los aportes presupuestarios en Salud Materno Infantil, tanto a Nivel Central como Regional, que garanticen la continuidad y expansión de las acciones del Programa de Atención integral de Salud para el Adolescente.

2) Promover que las Agencias Internacionales de Salud amplíen sus aportes financieros y técnicos, para reforzar el Programa de Atención Integral de Salud para el Adolescente en sus diversas áreas: Planificación, Organización y Operatización, Gerencia de Recursos Humanos y difusión de experiencias inter-país.

Clausura

El cierre del evento, con palabras muy expresivas que resumieron el sentir general de los participantes en los tres días de Reunión, estuvo a cargo de:

Dr. Manuel Alvarez Gómez, Director Materno Infantil

Dr. Armando Arias, Coordinador Regional en el Estado Lara de la Atención al Niño y Adolescente. Sub-Director Regional de Salud.

Lic. Nelly Farfán, Consultor OPS - Colombia

Lic. Dilia Becerrit, Consultor OPS - Venezuela.

Dr. Rolando González

Dr. Gloria Bacherer, Representantes de Bolivia.

Relatos de los adolescentes sobre las actividades que realizan orientados por el equipo de salud

Relato de Andy

Era una mañana, yo andaba con unos amigos, entramos a la biblioteca a leer un

cuento y estaba la Sra. Zobeida y la Lic. Natividad Barroso, quienes nos invitaron a jugar metamorfosis, nosotros les dijimos que no sabíamos y ellas dijeron: se aprende, y comenzamos a jugar y a jugar, yo no sabia leer bien y pronunciaba mal, por ejemplo: crisalindo por crisálida y eroga por oruga.

La Licenciada me dijo, ponte a leer en tú casa todos los días, para que veas que mejora tu lectura, y yo estaba tan emocionado por aprender a leer que me puse todos los días hasta que llegué al mes, leyendo mucho mejor y mi mamá se contentó cuando me escuchó leyendo corrido y rápido.

A los meses me incorporé al lector y la hora de la resonancia y un día el salón de la lectura estaba sucio y todos mis compañeros y yo limpiamos y seguí colaborando.

Llegó el mes de Diciembre y la Sra. Zobeida y la Lic. dij eran vamos a hacer el cuento de papá Noel, para ver que saben de la navidad y el melar cuento fue el de nosotros.

Asistí a un grupo de adolescentes en la biblioteca que era los días sábados, la licenciada nos trajo un cuento para que lo leyéramos, después nos hacia preguntas sobre el, viajamos por el mapa con el cuento de Nicaragua, Robinson Cruzó y otros.

Yo continué asistiendo a la biblioteca y al ambulatorio de San Jacinto.

La Lic. Natividad Barroso me entregó un diploma en la escuela como el mejor alumno destacado y con ese diploma son 4.

En el ambulatorio se formó un grupo de adolescente que se reúnen todos los viernes en la tarde y me inscribí, llegaron unos doctores de Washington y hablaron con nosotros sobre lo que hemos aprendido. Continuó visitando el salón de lectura Rómulo Gallegos, donde hoy gracias a sus diversas actividades, he aprendido a relacionarme con otros usuarios, he aprendido a leer mejor, a narrar cuentos, a saber que es un periódico, participé en el aniversario del lector con diversas actividades, tales como títeres, narrar cuentos tradicionales, estoy agradecido a todas las personas que de una u otra forma han ido aportando algo para mí aprendizaje.

Nota: Andy

Edad: 16 años

Adolescente que asiste al Centro de Salud de San Jacinto. Barquisimeto. Edo. Lara. Relato escrito en la II Reunión Andina de Salud del Adolescente realizada en Barquisimeto del 20 al 23 de Abril de 1993.

Relato de José

Saludos a todos los presentes, mi trabajo a exponer esta noche se refiere al trabajo

comunitario y a nivel del ambulatorio, del adolescente, al cual me he dedicado durante tres años.

Esta actividad comienza en el año 1991, cuando me integro al ambulatorio de San Jacinto como voluntario del comité de salud, allí recibí el curso de primeros auxilios y educación comunitario y comprendo que realmente me gusta trabajar por la comunidad, me dedicó a colaborar en sala de curas, donde aprendo a saturar, drenar abscesos, a realizar diferentes tipos de curas tanto sépticas como asépticas, con la asesoría del equipo de salud, luego nace en mi la inquietud de multiplicar lo aprendido, comienzo entonces a rescatar jóvenes del barrio Las Veritas, donde queda mi domicilio, hasta formar un grupo denominado comité de salud el cual fue entrenado en el ambulatorio y al que le transmití todo lo que yo había aprendido. En la actualidad este grupo funciona en virtud de ayudar a resolver los problemas de la comunidad a nivel cultural, social, económico, etc, se mantiene el contacto con el ambulatorio. En estos momentos estoy encargado de la farmacia del ambulatorio, recaudación de colaboraciones, asistencia a las diferentes consultas (cuando ello es necesario), y en las tardes y fines de semana me reúno con el comité de salud para programar nuevas actividades, también me dedicó a entrenar a aquellas personas interesadas a instalar puestos de rehidratación oral, a las cuales les doy el taller y les facilito los materiales y el suero oral.

Por último, actualmente estamos recibiendo un taller sobre metodología de la investigación para obtener herramientas y poder detectar la relación causa-efecto en salud, además me encuentro en la fase de recopilación de datos en trábalo de investigación titulado: Por qué las madres no traen los recién nacidos a la consulta en el momento adecuado?.

Nota: José

Edad 18 años

***Adolescente que forma parte del equipo de salud del Ambulatorio de San Jacinto.
Barquisimeto, Edo. Lara***

Relato expuesto en la II Reunión Andina del Adolescente, realizada en Barquisimeto del 20 al 23 de Abril de 1993.

[Indice](#) - [◀Precedente](#) - [Siguiente▶](#)

[Indice](#) - [◀Precedente](#)

[Home](#)"" """"> (From globally distributed organizations, to supercomputers, to a small

Programa de atención integral de salud para el adolescente

Coordinación General:

Dr. Manuel Alvarez Gómez: Director Materno Infantil M.S.A.S.

Dra. Irene Sáez García: Jefe de la División de Atención al Niño y al Adolescente.

Jefe Nacional del Programa de Atención Integral de Salud para el Adolescente. D.M.I - M.S.A.S.

Asesor Principal del Programa

***Dra. Enriqueta Sileo: Jefe del Servicio de Adolescente del Hospital "J.M. de los Ríos".
Gobernación del Distrito Federal.***

Secretaria.

Srta. Carmen Messuti: División de Atención al Niño y al Adolescente. D.M.I, - M.S.A.S.

Editores de la presente Publicación:

Dra. Irene Sáez García.

Dr. Armando Arias G.

Comité Revisor de la presente Publicación:

Dr. Armando Arias G.	Pediatra. Sanitarista
Dra. Irene Sáez G.	Pediatra. Médico de Adolescentes.
Lic. Dilia Becerrit	Enfermera. Asesor OPS/Venezuela.

Autores de la presente publicación:

Dr. Armando Arias G.: Pediatra. Coordinador de Atención en Salud del Niño y Adolescente, de la Dirección Regional del Sistema Nacional de Salud del Estado Lara. M.S.A.S.

Dra. Cira Bracho de López: Enfermera Coordinadora de la Maestría en Enfermería Materno Infantil. Coordinadora del PASAE. Universidad de Carabobo.

Enf. Bruna López: Coordinación de Salud Materna y Planificación Familiar de la Dirección Regional del Sistema Nacional de Salud del Estado Lara. M.S.A.S.

Dr. José Ramón López Gómez. Obstetra - Ginecólogo. Director del Programa de Atención en Salud a la Adolescente Embarazada (PASAE). Universidad de Carabobo.

Dr. Antonio Lucena: Médico General. Centro Ambulatorio de Cabudare. Dirección Regional del Sistema Nacional de Salud del Estado Lara. M.S.A.S.

T.S. Doneylan Liscano: Dirección Regional del Sistema Nacional de Salud del Estado Lara. M.S.A.S.

T.S. Ingrid de Laversa: Dirección Regional del Sistema Nacional de Salud del Estado Lara. M.S.A.S.

Enf. Zulma Mendoza: Coordinación del Niño y Adolescente. Dirección Regional del Sistema Nacional de Salud del Estado Lara. M.S.A.S.

Dr. Wilfredo Mendoza: Psiquiatra. Centro Ambulatorio de Cabudare. Dirección Regional del Sistema Nacional de Salud del Estado Lara. M.S.A.S.

Dra. Carmen Rivero: Psiquiatra. Departamento de Pediatría Hospital Central "Antonio María Pineda". Dirección Regional del Sistema Nacional de Salud del Estado Lara. M.S.A.S.

Dr. Jesús Rojas: Obstetra. Coordinador de la Atención en Salud Materna y Planificación Familiar, de la Dirección Regional del Sistema Nacional de Salud del Estado Lara. M.S.A.S.

Lic. Gladys Romás de Cisneros: Enfermera. Coordinadora del Postgrado de Enfermería de la Universidad de Carabobo. PASAE.

Dra. Irene Sáez García: Pediatra. Médico de Adolescentes. Jefe de la División de Atención al Niño y al Adolescente. Dirección Materno Infantil. M.S.A.S.

Enf. Nayib Sánchez: Coordinación del Niño y Adolescente. Dirección Regional del Sistema Nacional de Salud del Estado Lara.

Lic. Amarilis Zambrano de Guerrero: Enfermera. Administración de Servicios de Enfermería. Universidad de Carabobo. PASAE.

***Se terminó de imprimir en los talleres litográficos de EDITORA BOSCAN, C.A. en Barquisimeto,
Venezuela, a los 20 días del mes de febrero de 1994***

23/10/2011

Contents

[Indice](#) - [◀ Precedente](#)