

Conductas de Riesgo Asociadas a Morbimortalidad en la Adolescencia

Dra. Margarita Barrón*

Este proyecto intenta indagar acerca de las conductas de riesgo que generan morbimortalidad en los adolescentes y cómo éstas son influidas por la escolarización y las relaciones familiares.

Sus objetivos generales son:

1 -Caracterizar y estudiar tendencias de conductas de riesgo para la salud de los adolescentes.

2- Analizar la influencia de la escolarización sobre las conductas de riesgo de los adolescentes.

3- Explorar la influencia de las relaciones del grupo familiar sobre las conductas de riesgo de los adolescentes.

Se trata de un estudio interdisciplinario en el que intervienen miembros de la cátedra de Biología del Crecimiento y Desarrollo de la Escuela de Ciencias de la Educación, junto con profesionales de las cátedras de Pediatría y Neonatología y de Salud Comunitaria de la Escuela de Medicina.

La adolescencia es un período de oportunidades y riesgos a los que no todos los jóvenes son igualmente vulnerables, ya que los factores que determinan sus niveles de salud, bienestar y desarrollo están interrelacionados, tienen una base evolutiva y son influidos por la escolarización y las relaciones familiares.

No existen en nuestro medio datos acerca de las conductas de riesgo de adolescentes, salvo estudios puntuales en poblaciones cerradas, fundamentalmente escolarizadas. Nosotros intentamos proveer una visión más ajustada de lo que sucede en nuestro medio y asimismo analizar la influencia de dos nichos ecológicos fundamentales tales como la familia y la escuela sobre la conducta de los adolescentes.

* Director/a del Proyecto: Margarita Barrón, Codirectora: María Cristina Schiavoni

Integrantes: 1- Barrón M., Schiavoni M.C., Maurutto V.L. Astorga B.M, Carena, Eguillor Arias, R, Ayles Alumnos Díaz S., Diez C., Molina E., Cátedra de Biología del Crecimiento y Desarrollo y Pedagogía Especial de la Esc. de Cs. de la Educación, UNC. 2- Carbonetti M.E., Brandenburg G., Lic. Toledo C., Lic. Toledo S., Cat. de Salud Comunitaria Esc. de Medicina UNC 3- Villagra S, Cat de Clínica Pediátrica. Esc. de Medicina; . U.N.C. 4- Ayud. Alum. Carbonetti.MJ. Cat. de Informática Médica. 5- Cardozo G., Cat. de Psicología Evolutiva de la Adolescencia y Juventud.Fac de Psicología . UNC 6- Jalil L., ESCMB UNC. 7- Crabay M.S., Fac. de Cs. Humanas de la U.N. R.Cuarto

Subsidio de Secyt 05/F420, año 2002. E-mail: maita@geocities.com

El trabajo diario con adolescentes en el consultorio, en el aula, en talleres de promoción de la salud y de prevención de conductas de riesgo, nos presenta día a día dificultades al confrontar los conocimientos evaluables en el aula con las conductas y actitudes de los jóvenes fuera de ella - una falta de transferencia entre lo que se aprende en las instituciones y lo que se vive - con lo cual surgen y se afianzan conductas de riesgo generando un particular y peligroso "estilo de vida". Para superar esta encrucijada, es importante poder cuestionarse y plantearse, a partir de un abordaje interdisciplinario, qué es lo que el adolescente cree, piensa y necesita, más allá de nuestros conocimientos, temores y suposiciones.

En una investigación previa sobre "Es la salud un tema para el adolescente?", realizada en 1993 sobre 947 adolescentes escolarizados de 15 a 19 años, los jóvenes definen la salud con las palabras bienestar, armonía y equilibrio a las que agregan diverso grado de complejidad - general, físico, psíquico, espiritual, y social, en relación con su medio ecológico -. Consideran que la salud es un derecho y un deber para desarrollarse y sentirse bien y puntualizan que el hombre debe cuidar la ecología para mantenerse en salud.

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

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

Marco conceptual

La salud

La OMS describe la salud como el estado de equilibrio y de completo bienestar físico, psíquico y social, y no sólo la ausencia de enfermedad.

Claramente podemos notar la compatibilidad de este concepto con la propuesta de los jóvenes, pero resaltando la importancia que estos han atribuido a la ecología en relación con la salud humana.

Kalish plantea que los conceptos salud y enfermedad están basados en valores humanos y experiencias de vida. Por eso, al considerar estos conceptos debemos tener presente los valores humanos básicos tales como dignidad, equidad, libertad, seguridad, y cuestiones relacionadas con las más profundas necesidades del hombre. sus motivaciones y reacciones con los nuevos problemas que plantea la cultura y la tecnología, las nuevas exigencias a que nos someten los cambios acelerados; el impacto que sobre la salud y la enfermedad tienen la pobreza, el stress que se genera en la vida cotidiana, la influencia de la familia y los cambios a que ésta está sometida, los amigos, los compañeros de estudio o de trabajo, la escuela, la comunidad, las leyes, costumbres, creencias y tradiciones que regulan la interacción entre individuos en una sociedad.

Todo grupo de personas vive según su propia concepción e interpretación de lo que es salud, es decir, tiene su propio paradigma de salud- el cual tiende a ser excluyente de toda otra interpretación. Estos paradigmas pueden entrar en crisis y ser sustituidos por otros. En el caso de los adolescentes, creemos que el paradigma adulto de salud con que se mueve nuestra sociedad, ha entrado en crisis respecto de la postura adolescente tal como se manifiesta claramente tanto en las letras de sus canciones como en el análisis de las tablas de estadísticas de morbimortalidad.

La adolescencia y las conductas de riesgo

La OMS define a la adolescencia como el período de la vida en el cual el individuo adquiere la madurez reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y establece su independencia socio-económica. De esta afirmación podemos colegir que ante sus propios cambios personales, los profundos cambios sociales y fracturas comunitarias, el adolescente puede responder con una actitud exploratoria y de experimentación que lo acerca peligrosamente a las conductas de riesgo que subyacen a la alta morbimortalidad de este grupo etéreo.

Los cambios biológicos de la pubertad se acompañan de características psicológicas propias del proceso como el sentimiento de omnipotencia, de invulnerabilidad, de egocentrismo. Piaget considera que en el curso de la adolescencia, los individuos pasan gradualmente de un pensamiento concreto a un pensamiento formal. Sin embargo, Keating demostró que un tercio de los estudiantes universitarios y de los adultos que se enfrentan a un problema nuevo, no utilizan las operaciones formales. Aparentemente, si bien desde la adolescencia temprana el pensamiento

se vuelve más abstracto y multidimensional, acepta la relatividad del conocimiento y se vuelve más auto-reflexivo y auto-consciente, estos procesos cognitivos variarán en función de las circunstancias que esa persona está viviendo, el stress a que esté sometida, el tema de que se trate y sus motivaciones

Para consolidar su identidad -lo que incluye la identidad sexual- los cambios puberales deben ser integrados y aceptados. Existen estudios que correlacionan estrechamente los niveles hormonales de los distintos estadios con la conducta de los jóvenes, los niveles de agresión y la conducta sexual. Estos cambios, a su vez, generan nuevas formas de interacción familiar, influyen en el rendimiento escolar, en la atracción sexual y en la capacidad para la intimidad.

El momento en que estos cambios se producen es también decisivo: tanto la mujer con pubertad temprana como el varón con pubertad tardía, suelen presentar mayor nivel de conflicto, frecuentemente acompañado de una intensificación temporaria de las perturbaciones en las relaciones con sus padres.

En la búsqueda de independencia, los adolescentes se refugian en el grupo de pares y se vuelven muy susceptibles a las presiones de sus amigos a punto tal que la conducta del mejor amigo se vuelve el mejor predictor en relación a las conductas de riesgo de un adolescente.

Las características propias de la adolescencia -egocentrismo, impulsividad, dificultad para abstraer y para realizar un planeamiento anticipatorio, sensación de inmortalidad- junto con su escasa experiencia, crean dificultades en la toma de decisiones sensatas y en la capacidad para conceptualizar las implicancias de su conducta y los riesgos que ésta conlleva (Ej.: creer que evitando el orgasmo no quedará embarazada). Este tipo de cognición torpe y concreta, no sólo limita la capacidad de anticipar consecuencias en forma realista, sino que justifica y empuja a la experimentación de conductas de riesgo.

Sin embargo, no todos los adolescentes incurren en ellas. Nos preguntamos qué factores hacen que algunos jóvenes estén más predisuestos. Al estar las conductas de riesgo claramente interrelacionadas no es necesario abordar cada problemática desde sus manifestaciones particulares, sino descubrir factores comunes subyacentes a todas ellas.

Numerosas investigaciones señalan ciertas características personales, familiares, escolares, laborales, en relación al uso del tiempo libre, a la alimentación y en relación al consumo de sustancias adictivas que caracterizan un estilo de vida poco saludable. Estas características favorecen la adopción de conductas de riesgo. Las principales son el fumar tabaco, el consumo de alcohol, la utilización de otras sustancias adictivas,

un manejo irresponsable de su sexualidad, una actitud temeraria e imprudente en el manejo de vehículos y el uso de armas, los trastornos de la alimentación y la actividad física inadecuada.

Principales hipótesis

La posibilidad de acceder a escolarización permite cambios en el desarrollo cognitivo que favorecen la toma de decisiones adecuadas y la capacidad de prever la consecuencia de las conductas a corto y largo plazo. Asimismo, la escuela puede (o por lo menos debería) brindar un marco de contención socio-afectiva que palié, en parte, las deficiencias familiares en algunos casos.

Los docentes funcionan como filtro social y aportan otra mirada a este grupo etéreo tan necesitado de pautas claras.

A su vez el grupo de pares funciona como espejo y apoyo para el adolescente. Esto redundaría en menores posibilidades de incurrir en conductas de riesgo por parte de los adolescentes escolarizados.

Asimismo, aquellos adolescentes que mantienen una adecuada relación familiar se ven más contenidos, apoyados, tienen mayores posibilidades de dialogar y discutir sus opciones con un adulto que los quiere y también presentan menores posibilidades de incurrir en conductas de riesgo.

De probarse esta hipótesis, familia y escuela se convertirían en pilares de prevención que deben ser mejor aprovechados por los equipos de salud que atienden adolescentes.

Hemos seleccionado las siguientes variables:

Variables Independientes:

- Escolarización
- Relaciones familiares

Variables Dependientes (Conductas de Riesgo):

- Violencia- accidentes
- Consumo de tabaco-alcohol-otras drogas
- Sexualidad irresponsable
- Trastornos de la alimentación
- Actividad física inadecuada

Variables de Control:

- edad
- sexo
- condición socio-económica

Metodología

Este proyecto se está llevando a cabo en la ciudad de Córdoba desde 1999 y continúa en 2000. Empleamos un diseño de análisis cuantitativo.

La población está constituida por los adolescentes de la ciudad de Córdoba de 15 a 19 años de edad usuarios de las diferentes actividades asistenciales y educativas del Centro Universitario de Atención del Adolescente de la cátedra de Pediatría de la U.N.C. Se seleccionó una muestra de 961 jóvenes. El tamaño de la muestra se fijó tomando como frecuencia esperada un 20% para un grado de certeza de 99.99%. Se dividió la ciudad en cuatro cuadrantes a través de las Av. Gral. Paz y Colón y sus respectivas prolongaciones. Dentro de cada cuadrante, la muestra se seleccionó por cupos de edad, sexo, nivel sociocultural y escolaridad, de acuerdo con la estructura de población adolescente de la ciudad de Córdoba del Censo de 1991.

Se elaboró la encuesta tomando como base una encuesta que administra anualmente el CDD de Estados Unidos, se la puso a prueba y se realizaron las modificaciones necesarias. Todos los adolescentes que participan de este estudio respondieron -una encuesta con opciones múltiples, siendo la participación voluntaria y anónima. Estas acciones se llevaron a cabo entre marzo y octubre de 1999.

Con los adolescentes escolarizados, que comprenden el 70% de la muestra se trabajó en las escuelas sorteando curso y número de orden del alumno a fin de seleccionar los que en cada caso responderían a la encuesta. Se sortearon en cada cuadrante dos escuelas públicas(una céntrica y una periférica), una escuela privada no confesional y una escuela privada religiosa. Asimismo se ha respetado el porcentaje de alumnos que ya concurre a la universidad, encuestando a jóvenes de universidades públicas y privadas. Se ha encuestado ya toda la población escolarizada.

Una de las propuestas novedosas de esta investigación es que busca recolectar información acerca de los adolescentes no escolarizados en la presunción de que presentarán mayor número de conductas de riesgo. Esto implicó que el 30% de nuestra población debimos buscarlo fuera de la escuela, un desafío extra, ya que a estos jóvenes logramos contactarlos a través de acciones del Centro de Adolescencia en barrios, centros vecinales, o a través de acciones en clubes de barrio o grupos religiosos. También aquí se siguió el mismo criterio de selección. Muchos de los jóvenes no escolarizados seleccionados encontraban dificultoso el llenado de la encuesta y debieron ser abordados casi como una entrevista estructurada, lo que incrementó el tiempo destinado a la recolección de datos.

Se diseñó un sistema informático para cargar los datos y realizar los cruces de variables. Se utilizó como base Epi-Info.

Resultados

Presentamos aquí una síntesis de los principales resultados. Aún estamos realizando los cruces de variables, escuela por escuela, adolescentes escolarizados versus no escolarizados, los que asisten a escuelas públicas y a escuela privadas.

• Situación familiar

- 1) 92% de los adolescentes *convive* con su madre , 83% con su padre y 4,9% con su pareja.
- 2) Las **familias que enfrentan mayor riesgo se caracterizan porque:**
 - a) muestran escaso y superficial diálogo (23%)
 - b) dificultad en expresar lo que sienten en el ámbito de la familia (28%)
 - c) no comparten actividades (36%).
 - d) no se escuchan (15%)
 - e) no discuten opciones o no participan a los otros miembros de la familia en decisiones que importan a todos (24,5%).
 - f) no se asignan responsabilidades a los distintos miembros de la familia, o estas no son asumidas (23.5%).
 - g) hay muchas y variadas tensiones que amenazan la estabilidad emocional social o económica de la familia (54%)

• Estudio – Trabajo

- 1) **Analfabetismo: 7,9% de los padre y 6,7% de la madres ; en los adolescentes , 4,7% de los varones y 2,5% de las mujeres.**
- 2) El 93% de los adolescentes ha completado la escuela primaria y 3% el secundario
- 3) **Desocupados: 9,8% de los padres, 21,20 % de las madres**
- 4) **Trabajo no estable: 19,7% de los padres, 29,5% de las madres y 15,5% de los adolescentes.**
- 5) **Trabajo estable: 70,5% de los padres, 49,3% de las madres y 4,6% de los adolescentes.**
- 6) 79,9% de los adolescentes no trabaja
- 7) 10% de los adolescentes no estudia ni trabaja.

• Trastornos de la alimentación

- 1) **Hábitos alimentarios inadecuados. 26% de los jóvenes no ingiere las cuatro comidas; 30% no consume alimentos a media mañana y media tarde; 40% no consume 2 frutas diarias; 52% no consume dos porciones de verduras / día; 20% no consumen leche o sus derivados diariamente;**

66% consumen alimentos muy ricos en grasas; 52% consume mucha sal.

2) **Dificultades en la percepción de su imagen corporal.** (43,5% de las mujeres y 24% de los varones)

3) **Alta frecuencia de intentos de modificar peso en el último mes sin supervisión profesional adecuada.** (51,8% de las mujeres y 28,2% de los varones)

• **Violencia- accidentes**

1) **Escaso respeto de normas de seguridad:** Sólo 25,8 usa siempre cinturón de seguridad; 10,8% usa casco cuando anda en moto, cifra que desciende al 0,4% para al uso de casco al andar en bicicleta. Sólo 30,5% cruza la calle por la senda peatonal. Se abstiene de manejar bajo los efectos de alcohol el 68,8% y bajo los efectos de drogas el 81,1%. No suben como pasajeros de un vehículo cuyo conductor ha consumido alcohol o droga el 63,4%.

2) **Alta frecuencia de Violencias Intencionales:** Portación de armas (10%); admiten haber participado de una pelea en el último mes 20,4% (varones) y 3,4% (mujeres). Como consecuencia 8% de los varones y 1,8% de la mujeres estuvieron detenidos.

3) **Suicidio:** lo pensaron seriamente en el último año 10,5%. Intentaron suicidarse 2% (varones) y 8,2% (mujeres) y fueron atendidos en un hospital por ello 1% (varones) y 4,5% (mujeres).

4) **Violencias en la Escuela:** 10% ha faltado a clase por falta de seguridad en la escuela y 11,4% por inseguridad en el trayecto a o desde la escuela. 10,6% fue lastimado o amenazado en la escuela. 48,2% (varones) y 14,5% (mujeres) han participado de una pelea física en la escuela. 36,4% fue víctima de robo en la escuela. Por último, 33,8% ha visto chicos armados en ella.

• **Sexualidad no responsable**

1) **Entre los adolescentes escolarizados:**

- El 54,9% conversa sus dudas sobre conducta sexual con su familia, el 70,9% con sus amigos, el 41,7% en la escuela, el 28,4% con su médico.

- El 12,3% dice haber estado embarazada o haber embarazado a su pareja alguna vez y 5,3% dice haber recurrido a un aborto.

- Sólo 0,9% reconoce haber tenido algún síntoma de ETS

- El 23% ha tenido relaciones sexuales en el último mes. Todos dicen haber usado preservativo y 11,9% algún otro método anticonceptivo.

- 9 % acepta haber consumido alcohol antes de tener relaciones sexuales la última vez y 3,3% haber consumido drogas en esa circunstancia
- 81,7% dice conocer cuales son las conductas de riesgo para contagiarse SIDA y 76,7% cuales son precauciones a tomar para evitar una ETS.

2) Entre los adolescentes no escolarizados:

- 61% ha tenido relaciones sexuales el último mes
- De ellos sólo 26,5% usó preservativos.
- Y sólo 43,6% toma alguna precaución para evitar el embarazo.
- 52,5% de los encuestados dicen conocer como prevenir las ETS.
- 37% de las mujeres registra un embarazo en el último año y de ellas el 18% recurrió a un aborto.

• Consumo de tabaco-alcohol-otras drogas

- 1) Mediana de edad de inicio de consumo de tabaco (14 años) y alcohol (14 años, 9 meses).
- 2) 21% fuman tabaco,
- 3) 38% consumen alcohol con frecuencia;
- 4) 31,6% consumen drogas, la mayoría marihuana (29%) y pegamentos.

• Tiempo Libre

- 1) Las principales actividades en que los adolescentes ocupan su tiempo libre son:
 - Escuchar Música (23 hs /sem.)
 - Ver televisión (20,4 hs/ sem.)
 - Visitar a o salir con amigos (18,3 hs/ sem.)
 - Deportes y actividades físicas (13,5 hs/ sem)
- 2) Dedican a dormir un promedio de 55 hs/ sem.
- 3) 34,6% de las mujeres y 27,95 de los varones realizan prácticas religiosas .
- 4) 2,5% de los jóvenes dedican su tiempo a actividades políticas.
- 5) 9,4% de las mujeres y 7% de los varones dedican unas 5 hs a ayuda comunitaria.

Estos resultados preliminares dan cuenta de la riqueza enorme de datos que obtendremos al finalizar los cruces de variables, lo cual nos permitirá contar con datos confiables y actualizados sobre las conductas de riesgo en los adolescentes de la ciudad de Córdoba.

Bibliografía

OPS (1990) "El marco conceptual de la salud integral del adolescente y su cuidado". Documento de trabajo.

Barrón M. y Brandenburg G. (1993) "Es la salud un tema para el adolescente?". Ed. Univ. Nac. de Cba., pag. 13 a 18

Fernández A. y col. Kellogg Foundation (1996) "Familia y Adolescencia: Indicadores de salud"

Kalish, R.A. (1966) "The Psychology of Human Behavior" Belmont, California. Wodsworth Publ. CO.

Serrano Carlos (1992) "El marco conceptual de la salud integral del adolescente" en Administración de Proyectos y Programas de Salud Integral del Adolescente. De. Pela. de Cba., Pag. 55

Serrano Carlos (1993) "Marco de trabajo conceptual para comprender los problemas de adolescentes y jóvenes" en "Ayudando a Jóvenes en Tiempos de Cambio Social Conferencia organizada por OMS. OPS. y publicada en Journal of Adolescent Health. 14: 645-647.