

EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA. RELATO DE UNA EXPERIENCIA

Nydia Gomes Ferrarotti¹

El adolescente como grupo vulnerable y conflictivo es objeto de una prolongada observación y de acciones educativas sanitarias que también abarcan a los adultos de su círculo.

Introducción

Se relata la prolongada experiencia sobre educación para la salud de adolescentes y del núcleo adulto conexo realizada durante casi 30 años, de 1956 a 1983, en diversos centros e instituciones de la República Argentina. El objetivo fue transformar información sobre salud en conocimiento sobre salud para llegar a influir favorablemente en actitudes, hábitos y comportamiento. La educación formó parte de la atención integral de la salud del adolescente, promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Las estadísticas de salud indican que este es el único grupo de edad en que están en ascenso la morbilidad y la mortalidad, a pesar de los grandes progresos científicos y médicos, por lo que urge este tipo de acciones.

De acuerdo con el último censo (1980) Argentina tenía una población de casi 28 millones de habitantes, con una densidad media de 10 habitantes por km². La distribución no es homogénea ya que hay zonas casi despobladas y otras con grandes aglomeraciones urbanas, la mayor de las cuales es el Gran Buenos Aires, con alrededor de 10 millones de personas. El 83% de los habitantes vive en localidades urbanas y el

crecimiento urbano general del país continúa en ascenso. La población argentina es de origen inmigratorio, sobre todo europeo meridional, con una cultura fundamentalmente urbana, de acuerdo con la distribución geográfica. La mediana de edad, que desde 1869 había aumentado en forma constante, sufre un leve descenso desde 1970. El grupo de edades de 10 a 24 años, en cifras totales abarca más de 7 millones, lo que representa cerca de un 25% de la población, con más altos porcentajes en las provincias que en la Capital Federal. El 81% de los habitantes de 15 a 24 años completó su ciclo de enseñanza primaria. Los indicadores económicos revelan un producto medio interno por habitante de US\$ 897 en 1982. La población económicamente activa es de alrededor de 11 millones, volcada en especial al rubro terciario. La desocupación abierta y el subempleo involuntario giran alrededor del 4 y 5,5% respectivamente en 1983. Los porcentajes de desempleo son más altos en los conglomerados urbanos de las provincias que en el Gran Buenos Aires. En Argentina no está legalizado el divorcio vincular, aunque sí la separación, pero no hay datos oficiales con respecto a su frecuencia. Si bien las cifras que se manejan son muy dispares y en parte interesadas, sin duda son altas, pues se observa gran porcentaje de grupos familiares incompletos.

¹ Ministerio de Justicia de la Nación, Servicio Penitenciario Federal, Academia Superior de Estudios Penitenciarios. Dirección postal: Venezuela 1834, 8°B. (1096) Buenos Aires, Argentina.

A eso hay que agregar un número probablemente mayor de separaciones ilegales y disimuladas.

Conceptos teóricos

La educación para la salud vincula a dos grandes prioridades de un país, la salud y la educación. La salud es un derecho y un valor individual, social y económico que la Organización Mundial de la Salud ha definido como un estado de bienestar físico, psíquico y social. La educación es un proceso consistente en orientar, guiar y ejercer influencia, para que el individuo desarrolle en plenitud sus mejores potencialidades. Comprende la educación propiamente dicha que responde a la definición precedente y es formativa, y la instrucción que es informativa. Ambos aspectos son indispensables e interdependientes. La definición precedente se aplica a la llamada educación formal, a la que se refiere especialmente este trabajo. La educación informal, en cambio, abarca todas aquellas influencias, positivas o negativas, físicas, psíquicas, socioeconómicas y culturales, que actúan permanentemente sobre el individuo.

La educación para la salud consiste, como ya se dijo, en transformar información sobre salud en conocimiento sobre salud para influir en una conducta adecuada y duradera en ese campo. En general hay que efectuar cambios, así como reforzar la conducta positiva, pero no suficientemente estructurada. Dado que nos ocupamos de la educación para la salud en la adolescencia, conviene recordar que es la etapa en la que se producen profundos cambios físicos, psíquicos, sociales, morales y espirituales, con el crecimiento, desarrollo y maduración que llevan a la madurez plena de la edad adulta; esta es la etapa en que se llega a la reproducción, la asunción de la identidad, la independencia y la adquisición de responsabilidad y estatus. Las profundas modifica-

ciones que tienen lugar durante la adolescencia presentan grandes oscilaciones y enormes variables de un individuo a otro, por complejos factores personales y ambientales. Esto hace difícil determinar en qué consiste el estado de salud en dicho período. A esa peculiar situación Knobel la denomina "normal anormalidad", debido a los múltiples signos, síntomas, actitudes y conductas, que en otros períodos vitales serían anormales y aquí no lo son, y viceversa. Por ejemplo, en la adolescencia, la obesidad, el acné, el flujo vaginal, la hipo, hiper o anisomastia, la ginecomastia (la lipomastia que la simula), el hipogenitalismo, etc., son características físicas que no llegan a ser verdaderas anormalidades o trastornos como lo serían en otras edades, sino alteraciones transitorias, por lo general determinadas por desequilibrios hormonales, normales en este período. En el aspecto psicosocial, es normal el incremento considerable de las fuerzas instintivas básicas con liberación de los controles mentales, que llevan al adolescente a acciones pseudomaníacas alternadas con períodos depresivos; también aparecen súbitos cambios de humor poco duraderos con accesos de euforia o de profunda tristeza sin causa aparente, así como ambivalencia, pseudonarcisismo, pseudohomosexualidad, etc. Estas actitudes y conductas serían anormales en un adulto, pero en la adolescencia conforman una "normal anormalidad", pues son circunstanciales y transitorias, no permanentes como en el psicópata.

Para realizar una acción educativosanitaria efectiva en esta etapa de la vida, se requiere información abundante y calificada sobre las características propias, tan distintas de la niñez y de la adultez, para no confundir lo normal con lo anormal, y viceversa. Hace falta también una extensa experiencia en el trato directo y en la atención de adolescentes y, condición *sine qua non*, una gran vocación para conocerlos, entenderlos y comprenderlos. Es

decir, sentir afecto hacia ese ser rebelde, inseguro, emocionalmente inestable y conflictivo. Los destinatarios de las acciones educativas sanitarias no son solo los jóvenes, sino simultáneamente los padres (o sus sustitutos), los docentes y otros profesionales, sobre todo médicos, psicólogos y asistentes sociales, que forman el grupo de adultos conexos.

Este concepto de educación para la salud en la adolescencia se integra, en la experiencia que se relata, como parte de la hebeología (de Hebe, diosa de la juventud), neologismo que la autora aplica a la disciplina no médica que se ocupa de la adolescencia con un enfoque psicológico, antropológico, legal, ejercida por sociólogos, psicólogos, etc., (hebeólogos); la educación para la salud en la adolescencia se integra también como parte de la hebiatría o medicina de la adolescencia, ejercida por médicos (hebiatras). Esta última incluye la atención del grupo familiar del adolescente en aquellos aspectos que interactúan con el proceso evolutivo de esta edad. La hebeología-hebiatría son comparables con la paidología-pediatría y con la gerontología-geriatria, que también se ocupan de grupos de edad.

La temática y los contenidos básicos de los programas comprenden los procesos somáticos y psicosociales de esta edad, hacen hincapié en el estado de salud, en la denominada normal anormalidad, y señalan los trastornos patológicos y su prevención. Hay determinados ámbitos en que, por las características propias de la adolescencia, la educación para la salud es más necesaria. Tales son la asexualidad, la alimentación y nutrición, la higiene corporal y psicosocial, así como la utilización del tiempo libre y la orientación vocacional. Todos interdependientes pero con peso propio.

La sexualidad exige una intensa acción educativa sanitaria, ya que en la adolescencia se llega a la capacidad de la reproducción, situación que lleva aparejados

grandes cambios anatomofisiológicos y profundas modificaciones en el pensar, sentir y hacer del adolescente con respecto a sí mismo y al sexo opuesto. Normalmente en esta etapa surgen dudas e ambivalencias, sentimientos de culpa e inseguridad. Los temas que con más frecuencia despiertan el interés y la curiosidad, a veces acuciante del adolescente, son: conformación, tamaño y otras características de los genitales, y caracteres sexuales secundarios, menstruación, masturbación, emisiones nocturnas, relaciones sexuales, concepción, embarazo, anticoncepción, etc. En la sociedad contemporánea hay elementos que indicarían grandes falencias en la educación sexual integral, constituida por los múltiples aspectos que van a desembocar en la formación de un sistema de valores. Esta educación integral es tanto más difícil cuanto atañe a la educación no verbal, a la del ejemplo, y a la conducta del educador en salud, quien debe orientar pero no imponer sus valores y normas. La sexualidad es uno de los ámbitos más difíciles de tratar, justamente, por los problemas sexuales no resueltos de los propios adultos.

La alimentación y la nutrición son primordiales, ya que el organismo adolescente se halla en intenso ritmo de crecimiento y desarrollo y, además, presenta muchas veces desequilibrios metabólicos y hormonales, cuya investigación y control pueden evitar que se vuelvan crónicos y patológicos. En esta edad es dable observar fenómenos contradictorios: por un lado, por ansiedad oral debida a frustraciones, inseguridad, etc., el joven incurre en ingesta compulsiva y excesiva con la consiguiente obesidad y, por otro, rechaza los alimentos y llega a una extrema delgadez, por alteración del esquema corporal, por seguimiento de modas, por exhibicionismo (como manifestación de rebeldía o necesidad de atención y afecto). Sobre un fondo psicopatológico se configura, con frecuencia creciente en los últimos años,

el grave cuadro de la anorexia nerviosa, en ocasiones con evolución mortal.

La higiene corporal y psicosocial abarca desde el aseo personal hasta la prevención del tabaquismo, el alcoholismo y la drogadicción. Se deben reforzar las indicaciones dadas en la infancia, y complementarlas con motivaciones propias de la adolescencia tales como el estímulo de aspectos estéticos y la prevención de enfermedades. La higiene debe acentuarse por la aparición de ciertos fenómenos puberales tales como la mayor actividad de las glándulas sebáceas, que pueden producir acné, y de las glándulas sudoríparas con la nueva función apocrina. La higiene genital adquiere especial importancia por la presencia de la menstruación, el flujo vaginal, el esmegma, etc. También produce preocupación el naciente vello sexual. En relación con la temática de alcoholismo, tabaquismo, uso y abuso de psicotrópicos y otras drogas, incluidos analgésicos y hormonas, en general se informa sobre las características y acciones de dichas sustancias y los efectos nocivos sobre el organismo adolescente. La presentación de estos temas se debe lograr por medio de una verdadera acción no meramente informativa sino educativa, que favorezca la canalización a través de otras vías de los impulsos que llevan al adolescente a esos hábitos.

La utilización del tiempo libre y la orientación vocacional están íntimamente relacionadas entre sí. Al efectuar una orientación vocacional integral, no simplemente para el estudio o el trabajo sino para la vida, se conocen las preferencias, intereses y aspiraciones, así como la capacidad y aptitudes físicas y psicosociales del adolescente y de su medio. El consejo y orientación se hacen extensivos a la elección de las actividades en cuanto a lectura, deportes, recreación, manifestaciones artísticas y culturales de todo tipo, para derivar hacia ellas muchos impulsos que de otro modo podrían conducirlo a objetivos y hábitos inadecuados. Se fomenta, además, la integración en agrupaciones

juveniles con fines culturales, artísticos, deportivos y de bien común canalizando la tendencia del adolescente a agruparse y facilitando su participación activa en la comunidad. A estos aspectos de mayores requerimientos se pueden agregar otros como el interés por la política, la educación, ciencia, etc., a los que hay que dar satisfacción.

Descripción de métodos

En la educación para la salud lo más importante es la educación no verbal, la del ejemplo del adulto, pues el adolescente requiere prototipos con quienes identificarse. Sin embargo, existe una metodología que puede utilizarse con diversas modalidades. En todos los casos el primer paso es la respuesta a cuestionarios anónimos en los que, además de los datos sobre edad, sexo, escolaridad y núcleo familiar, se agregan preguntas, dudas, requerimientos de información o asistencia, etc., con toda espontaneidad. Esto permite estructurar una información "a la medida" que favorece la comunicación y adapta de manera adecuada los mensajes a las necesidades e intereses de los receptores. Habrá menos interferencias mediante el uso de un código apropiado al receptor y una mejor sintonización. En todo este proceso de enseñanza-aprendizaje debe haber siempre una participación activa de todos los integrantes.

En teoría se proponen las siguientes modalidades metodológicas: 1) acciones individuales; 2) exposiciones colectivas; 3) grupos de discusión; 4) paneles y mesas redondas, y 5) acciones por los medios masivos de comunicación.

1) Las acciones individuales se refieren a las que realiza cada uno de los integrantes del equipo de salud (médico, psicólogo, asistente social, enfermera, voluntarios, dietista, etc.) en los centros asistenciales generales, sobre todo hospitalarios, integrando la atención primaria, secundaria

y terciaria. Los locales deben abarcar: sala de espera, sección de enfermería, consultorio médico y sección de psicología. En la sala de espera la decoración y mobiliario se dirigen a atenuar la ansiedad, estimular la confianza e informar; el consultorio médico debe estar dividido en dos sectores: una antecámara para la anamnesis (con ambiente acogedor e informal) y un sector para el examen físico y el instrumental, con condiciones de estricta higiene. La nosofobia (temor a las enfermedades) y la ansiedad ante lo desconocido se atenúan o evitan por medio de explicaciones previas acerca de la razón de ser y características del examen. Finalizado este, se retornará al primer sector para escuchar preguntas, disipar dudas y resumir los hallazgos, dar el diagnóstico presuntivo, diseñar el plan de investigaciones complementarias y tratamiento. A continuación se realiza una reunión con los padres a solas, a los que se les presentarán los datos precedentes (salvo aquellos que el adolescente no autorice) y, finalmente, con ambos grupos. Tanto a los adolescentes como a los padres por separado se les invita a reuniones y clases grupales, procurando integrarlos con otros adolescentes o adultos de características similares. Los adolescentes que requieran orientación vocacional o apoyo psicológico pasan a la sección correspondiente de psicología. Otros podrán requerir la consulta con la nutricionista o la cosmetóloga.

En todos los recintos el personal realiza acciones de educación en salud, de acuerdo con sus funciones específicas y trata con el adolescente qué necesidades o preocupaciones lo llevan a la consulta. Aparte del cuestionario ya citado, se llenan otros sobre intereses, hábitos, aspiraciones, dudas, fobias, etc., que tienen cierta similitud con el Mile Square Youth Clinic investigado por T. J. Silber en 1974, pero acordes con las condiciones socioculturales. Se utilizan apoyos didácticos de diverso tipo: audiovisuales, modelos anatómicos, y todo otro que se consiga en el medio.

Los adultos responsables de adolescentes, en general, concurren antes de que lo hagan sus hijos, planteando así las dudas y problemas a los que se intenta dar un principio de solución. Allí se los atiende y se los orienta en aquellos aspectos que tienen relación con los adolescentes. Es decir, se les brinda un servicio a ellos mismos por el solo hecho de ser adultos responsables de los jóvenes, pero se condiciona su atención integral a la concurrencia de los adolescentes que de ellos dependen. Esto los motiva a obtener la concurrencia de los jóvenes, a partir de la cual las acciones educativas sanitarias se desarrollarán integradas, dirigidas simultáneamente a los diversos componentes del grupo familiar. Si el adolescente concurre por primera vez solo, se le solicita que invite a asistir a sus padres. Nunca por una citación escrita que pasa por encima del adolescente como persona y, al mismo tiempo, irrita a los padres que lo consideran una imposición.

2) Las exposiciones colectivas pueden ser aisladas o seriadas, en forma de seminarios o de cursos. Siempre finalizan con una discusión abierta aunque también es factible que se hagan preguntas mientras expone el educador sanitario. El número máximo de participantes es 30, la homogeneidad en el grado de maduración de los adolescentes, edad cronológica, nivel escolar y sociocultural, así como de los adultos conexos, es deseable. Se utilizan apoyos didácticos audiovisuales que los adolescentes pueden elaborar. Es importante que se distribuya material de lectura como refuerzo de la palabra oral. También es de valor la invitación a concurrir a centros de medicina de la adolescencia de acceso fácil y que trabajen en coordinación con las instituciones donde se efectúan las exposiciones colectivas.

3) Los grupos de discusión pueden tener lugar aplicando diversas técnicas especializadas de dinámica grupal y ser útiles en acciones de educación para la salud dirigidas sobre todo a los adultos conexos

de cierto nivel educacional o en algunos grupos de adolescentes. La rigidez operativa de las técnicas debe flexibilizarse con adaptaciones, modificaciones coyunturales y combinaciones con el método expositivo para no chocar con la conducta impredecible del adolescente. Es importante la interacción de los coetáneos del adolescente; este acepta de sus pares las normas sanitarias del grupo y las va incorporando como propias, especialmente a través de un líder o transformándose él mismo en líder. Se describen algunas técnicas:

a) Clan-tribu. Después de una exposición, el grupo se divide en dos subgrupos que se sientan en sendos círculos concéntricos, el interno es el clan, el externo es la tribu. El clan (núcleo de discusión) delibera durante media hora los temas expuestos, bajo la dirección de un coordinador y en presencia del expositor que tiene el carácter de "miembro de recursos" al que puede solicitársele, en contadas ocasiones, intervenciones aclaratorias. La tribu observa críticamente, en silencio, la discusión durante esa media hora al cabo de la cual se invierten los papeles, pasando el clan a ser tribu, y viceversa, durante otra media hora.

b) Grupo operativo. Se recompone el grupo total en el que se aplicó la técnica de clan-tribu y se trabaja nuevamente el tema durante una hora y media, bajo la dirección de un coordinador. Este, no solo coordina la discusión sino que efectúa el señalamiento, explicitación de tensiones, conflictos y resistencias, conscientes o inconscientes, o de ambos orígenes, que impidan, dificulten o perturben la elaboración de las conclusiones que surgirán al final.

c) Phillips 66 (modificado). Después de la exposición del tema, se divide el grupo total en subgrupo de seis miembros cada uno. A cada subgrupo se le entrega un sobre con tres preguntas específicas, in-

terrelacionadas, que abarquen un aspecto parcial y concreto de los temas expuestos. Con las preguntas entregadas a los diversos subgrupos la temática se recompone en su totalidad. Las preguntas se discuten durante un lapso no mayor de media hora y se deben dar respuestas fundamentadas. Recién finalizado el tiempo de discusión, cada subgrupo elige a uno de sus miembros como representante del mismo. Este verdadero líder potencial discute con todos los representantes de los otros subgrupos las conclusiones a las que se arribó; este grupo trabaja con técnica de grupo operativo durante una hora. Los restantes miembros actúan como observadores críticos, en silencio.

d) Discusión dirigida en grandes grupos. Es semejante a la de los grupos operativos, pero ampliado el número por la participación de los observadores que exponen aspectos críticos de los contenidos de la discusión anterior durante media hora. A continuación se recompone el grupo operativo con los representantes de grupo durante otra media hora en la que se elaboran y formulan las conclusiones.

4) Los paneles y mesas redondas en general adoptan dos modalidades: a) exposición sucesiva por un número reducido de expertos sobre el tema, y resumen de lo expuesto, y b) diálogo de los expertos entre sí, sobre la temática convenida, bajo la conducción de un coordinador. Se acostumbra permitir la intervención del público asistente cuyo número no es limitado; si esto no se hace no se da plena satisfacción a los requerimientos de los adolescentes ni a su participación activa.

5) Las acciones por los medios de comunicación social (radio, televisión, cine, prensa) presentan inconvenientes, por ejemplo, la falta de interacción entre emisor y receptor y las restricciones o censura a ciertos temas como la sexualidad, la procreación, algunas enfermedades, etc. Pero la predisposición de los adolescentes hacia

estos medios, sobre todo la televisión, debe aprovecharse, pues así como es factor tan poderoso de persuasión para fomentar el consumo pasivo de todo tipo de productos e influir sobre sus actitudes y conductas, también puede "venderles" salud.

Relato de la experiencia

El marco conceptual y la descripción de métodos de trabajo con los adolescentes, expuestos en primer término, en realidad surgieron de una larga experiencia en Argentina que la autora relata y que tuvo lugar entre 1956 y 1983. Los adolescentes y adultos conexos participantes pertenecieron a todos los sectores socioeconómicos y culturales de la sociedad argentina. Se utilizaron locales de centros de salud, educacionales, gremiales y militares; los medios de comunicación social difundieron sus mensajes de educación para la salud. El mejor resultado se obtuvo con las técnicas de acciones individuales y de exposiciones colectivas descriptivas.

En 1956 se inició la experiencia en el Centro Municipal de Adolescencia de la ciudad de Buenos Aires, donde se capacitaron en servicio hebeólogos y hebiatras que luego se desempeñaron en el Centro y en los medios urbanos, suburbanos y rurales de todo el país. En 1968 se creó en el Departamento de Educación para la Salud del Ministerio de Bienestar Social (nacional) la sección Adolescencia que quedó a cargo de la autora, quien era jefa del Centro (municipal). Dicho Centro fue designado área de demostración de la sección. Desde entonces se sistematizaron las acciones educativosanitarias y se implantaron programas y subprogramas que fueron aplicados en la Capital Federal, en el resto del país, en medios estatales, nacionales, provinciales y privados. La experiencia aquí descrita constituye parte de esas acciones.

El Centro se destinó a la atención in-

tegral de la salud del adolescente de 12 a 22 años y de su núcleo familiar (promoción, protección, recuperación y rehabilitación), es decir al ejercicio de la denominada hebiatría. Por diversas situaciones coyunturales se introdujeron grandes modificaciones a través de los años en los recursos materiales y humanos. En 1956 comenzó a funcionar en un pequeño local dividido en sectores. En 1964 se construyó un edificio modelo con ambientes para cada actividad y en 1978 se volvió a ocupar un local tan deficiente como el original. En cuanto a los recursos humanos conviene anotar que en 1956 se contaba con dos médicos y una enfermera; con los años se llegó a formar un equipo multidisciplinario compuesto por numerosos médicos, psicólogos, psicopedagogos, asistentes y trabajadores sociales, bioquímicos, técnicos de laboratorio, nutricionistas, educadora sanitaria, cosmetóloga, enfermeras y voluntarias, además de asesores en las esferas sociológica, legal y religiosa. En 1980 el personal se redujo a cuatro médicos, dos psicometristas y una enfermera; a pesar de ello, dada la capacitación y experiencia de los profesionales se pudo mantener la actividad educativosanitaria, y quedó demostrado que los recursos humanos son más importantes que los materiales.

Las acciones individuales que se pusieron en práctica en el Centro presentaron algunas dificultades. Cabe destacar que la imposición de intimidad y de la no interrupción de la entrevista con el adolescente fue tarea ardua en el ambiente hospitalario oficial en que, sobre todo los médicos y los funcionarios, estaban acostumbrados a irrumpir en cualquier momento; también fue muy difícil imponer el secreto profesional en todo lo confiado por los adolescentes y los adultos conexos. Para garantizar esto, gran parte de los datos e información brindada se consignó de acuerdo con un código ideado por el grupo de trabajo y que se fue perfeccionando a través del tiempo.

Las exposiciones colectivas se realizaron tanto en el Centro como en los ámbitos más lejanos del país, sin que hubiera una relación directa entre dichas actividades, excepto por el hecho de que la autora de este trabajo era al mismo tiempo coordinadora de aquellas y jefa del Centro. En ocasiones hubo que desviarse de las normas metodológicas expuestas y trabajar con un auditorio de más de 600 personas. Los temas más controvertidos fueron manejados con cuidado y sensibilidad y pudieron exponerse y analizarse a pesar de todo. Asimismo se impusieron cambios en la metodología; por ejemplo, hubo que encarar en forma especial el tema de la familia con adolescentes internados e impedidos graves con imposibilidad de reintegrarse al hogar, menores huérfanos o abandonados, embarazadas o madres adolescentes, hijos de alcohólicos, etc. En la sección Adolescencia, del Departamento de Educación para la Salud, también hubo cambios a través de los años. Ultimamente muchas acciones continúan por medio de entidades privadas y provinciales.

Investigación

Durante el trabajo en el terreno se realizaron investigaciones sobre educación para la salud en adolescentes. Hubo investigaciones de tipo estadístico sobre salud física y situación psicosocial e investigaciones de tipo experimental. Algunos objetivos de la investigación fueron: conocer la situación educativosanitaria en varios grupos de adolescentes; detectar la factibilidad de acciones en esos grupos; establecer los métodos y técnicas más convenientes y eficaces, y ver la forma de ampliar a otros grupos de adolescentes las técnicas aplicadas a los grupos estudiados.

Entre las hipótesis operativas que se manejaron cabe citar: 1) entre los adolescentes y adultos conexos de determinados

centros asistenciales o educacionales no existen conocimientos, actitudes, opiniones ni hábitos adecuados con respecto a la promoción, protección, recuperación o rehabilitación de la salud; 2) es posible aplicar diversas técnicas y metodologías educativosanitarias en dichos grupos, y 3) los contenidos introducidos darán como resultado la aparición de opiniones, conocimientos, actitudes y hábitos adecuados con respecto a la salud.

Las variables de investigación controladas incluyeron la independiente: introducción de contenidos de salud en la adolescencia; y la dependiente: aparición de opiniones, conocimientos, actitudes y hábitos adecuados.

Como instrumentos se aplicaron encuestas a grupos experimentales y a grupos de control; en aquellos se aplicaron antes y después del trabajo y en estos solo antes del trabajo o solo después del trabajo. Como ejemplos de acciones de tipo experimental se citan: una muestra de docentes y alumnos de los dos últimos años del ciclo medio del interior del país en un lapso de una semana; seguimiento durante tres años de alumnos de primer año de dos establecimientos educacionales (uno técnico de mujeres de la Capital Federal, otro de magisterio mixto de la provincia de Buenos Aires) y seguimiento durante tres meses de adolescentes solicitantes de orientación vocacional, concurrentes al Centro Municipal de Adolescencia. Los resultados de las investigaciones experimentales realizadas según el diseño expuesto, confirmaron las hipótesis. En efecto, se comprobó que tanto entre los adolescentes como entre los adultos conexos de diversos centros asistenciales y educacionales no existían opiniones, conocimientos, actitudes ni hábitos adecuados con respecto a la salud y que por medio de la aplicación de distintas técnicas y metodologías educativosanitarias se producían cambios positivos. Esto se documentó mediante los instrumentos de medición citados.

Hubo, además, un fenómeno emergente, no explícitamente considerado en las hipótesis, si bien se suponía que podría ocurrir. Consistió en el efecto de "agente de cambio" que se produjo entre los adolescentes de los grupos experimentales. Estos, munidos de la nueva información, se constituyeron en líderes de discusión con los adolescentes de los grupos de control, y enfrentaron los conocimientos inadecuados e incorrectos de estos últimos. En los adultos de los grupos experimentales no se tuvo oportunidad de comprobar esa transformación en retransmisores o agentes de cambio, lo que no significa que no lo fueran.

En las investigaciones o estudios de tipo estadístico se aplicaron cuestionarios especialmente diseñados a muestras representativas de la población adolescente y adultos conexos, sobre todo docentes y padres. Aquí también se confirmaron las hipótesis sobre la falta de conocimientos, actitudes y hábitos correctos, con respecto a la salud, así como la existencia de conocimientos inexactos y muy erróneos relativos especialmente a la sexualidad y a la reproducción. En este sentido los temas más frecuentes fueron: menstruación, menopausia, emisiones nocturnas, caracteres sexuales secundarios, sexualidad masculina y femenina, efectos de hormonas y de drogas sobre todo psicotrópicas, tabaco y alcohol, concepción y anticoncepción, masturbación y aborto. A través de los casi 30 años de actuación se ha comprobado en general en los encuestados una mayor información así como mayor participación de los padres en la transmisión, pero la calidad en sí de la información ha mejorado poco.

Cabe destacar la posición de la autora sobre la relación entre la encuesta de investigación y las acciones educativas. A posteriori de la aplicación de los cuestionarios se desarrollaron acciones educativas sanitarias en los grupos, informando sobre la temática con mayores falencias. Se comprobó que la mayoría de las veces, los adolescen-

tes que habían respondido a los cuestionarios exigían esas acciones ya que la simple respuesta a los mismos con frecuencia estimulaba interrogantes, observaciones, movilizaba ansiedades e iniciaba vivaces discusiones entre los participantes. Este es el fundamento de la adopción de una actitud de oposición a la aplicación de estos tipos de cuestionarios de encuesta en la adolescencia sin brindar satisfacción inmediata a los interrogantes que surgen, por medio de la educación para la salud. Ningún objetivo científico justifica esa conducta que viola los códigos de ética.

Conclusiones

1. La educación para la salud es indispensable en la adolescencia, por la gran variación de los cambios físicos y psicosociales que dificultan la delimitación de lo normal y lo patológico.
2. La educación para la salud debe profundizarse y extenderse ante las cifras crecientes de morbilidad y mortalidad en este grupo de edad.
3. Las acciones deben hacerse extensivas al grupo familiar (en el que los adolescentes son buenos retransmisores de información), puesto que los adolescentes con mayores problemas provienen de hogares con grandes carencias educativas sanitarias.
4. La tarea exige metodologías y técnicas especialmente adaptadas al grupo de edad y a las circunstancias sociales y culturales.
5. Los recursos humanos de calidad son de mayor trascendencia que los recursos materiales.
6. Las investigaciones confirmaron la existencia de deficiencias de conocimientos, comportamiento y conducta adecuados con respecto a la salud, tanto en los adolescentes como en los adultos conexos.
7. La acción desarrollada brindó en muchos de los grupos resultados positivos, con cambios de actitudes y conductas favorables y duraderas.

Resumen

El relato de una prolongada experiencia de campo en educación para la salud, 1956-1983, en Argentina, indica la necesidad de actuar sobre ese grupo de edad y los adultos conexos. La educación para la salud consiste en transformar información sobre salud en conocimiento sobre salud para influir en una conducta adecuada y duradera en ese ámbito. Por las características propias de la adolescencia, las áreas más necesarias de información y educación son la sexualidad, la alimentación y nutrición, la higiene corporal y psicosocial, la utilización del tiempo libre y la orientación vocacional. Los métodos y técnicas que generalmente se utilizan en el trabajo con adolescentes y adultos conexos son las acciones individuales, las exposiciones colectivas, los grupos de discusión, los paneles y mesas redondas y las acciones por los medios de comunicación social.

La experiencia contó con recursos materiales y humanos muy distintos a través de los años a causa de situaciones históricas coyunturales del país. También fue am-

pliándose su radio de acción de un centro asistencial único en la Capital Federal a establecimientos educativos, recreativos e instituciones religiosas y militares en todo el país. Simultáneamente se realizaron investigaciones sobre educación para la salud en adolescentes y adultos conexos, con objeto de conocer la situación educativa-sanitaria por grupos y detectar los cambios producidos por las acciones de educación para la salud. La acción educativa siguió en todos los casos a la aplicación de encuestas y cuestionarios exploratorios de la investigación para satisfacer las inquietudes que la simple respuesta causaba en los adolescentes. Esta es una posición pedagógica en la que se hace hincapié. Las investigaciones confirmaron la deficiencia de conocimientos, comportamiento y conducta adecuados con respecto a la salud y la consecución de cambios positivos en muchos de los grupos en que se actuó. ■

Agradecimiento

La autora agradece el asesoramiento brindado por el licenciado Enrique Pistoletti sobre el marco socioeconómico del trabajo.

BIBLIOGRAFIA

- Aberastury, A. y Knobel, M. *La adolescencia normal*. Buenos Aires, Paidós, 1971.
- Argentina. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. *Censo Nacional de Población y Vivienda 1980*. Buenos Aires, 1982.
- Barnes, H. V. ed. *Medicina de adolescentes*. México, Interamericana, 1975.
- Dulanto Gutiérrez, E. Los centros de medicina integral para adolescentes. *Cuad Nutr* 3:45, 1978.
- Esteves, P. E. La relación médico-paciente adolescente. *Arch Argent Pediatr* 80(2):255, 1980.
- Gallagher, J. R., Heald, F. P. y Garell, D. C. *Medical Care of the Adolescent*. 3 ed. New York, Appleton-Century-Crofts, 1976.
- Gallagher, J. R. The origins, development and goal of adolescent medicine. *JAH* 3(1):57, 1982.
- Gomes Ferrarotti, N. y Andrada, T. B. Influence of sex education on behaviour patterns in the unwed adolescent: Incidence of intercourse, marriage and abortion. In: *Sixth World Congress of Gynaecology and Obstetrics*. Abstracts 76. New York, abril de 1970.
- Gomes Ferrarotti, N. y Romero, R. R. *Educación para la salud y adolescencia. Investigación experimental. I, II y III*. Ministerio de Bienestar

- Social, Secretaría de Salud Pública, Buenos Aires. Serie 4, N° 7, 1973; N° 8 y 9, 1974.
- Gomes Ferrarotti, N. Introducción a la hebeología y hebiatría. Su ubicación en la sociedad actual. *Rev Asoc Med Argent* 89:36, 1976.
- Gomes Ferrarotti, N. *La salud en la adolescencia*. Ministerio de Bienestar Social. Secretaría de Salud Pública. Buenos Aires, Serie 2, N° 12, 1979.
- Gomes Ferrarotti, N. Atención integral del adolescente en un hospital general. In: *Tercer Congreso Sudamericano de Administración Hospitalaria*. Resumen 50. Buenos Aires, noviembre de 1974.
- Grupo para el Progreso de la Psiquiatría. Comité de Adolescencia. *Adolescencia normal*. Buenos Aires, Ediciones Hormé, 1972.
- Organización Mundial de la Salud. *Problemas de salud de la adolescencia*. Ginebra, 1965. (Serie de Informes Técnicos 308.)
- Organización Mundial de la Salud. *Necesidades de salud de los adolescentes*. Ginebra, 1977. (Serie de Informes Técnicos 609.)
- Organización Panamericana de la Salud. Grupo de trabajo sobre las necesidades de salud de la juventud en América Latina y el Caribe. *Bol Of Sanit Panam* 80(2):170-176, 1976.
- Romero, R. R. *Dinámica de Grupos. I, II y III*. Ministerio de Bienestar Social, Secretaría de Salud Pública, Buenos Aires. Serie 7, N° 4, 5 y 6, 1971.
- Silber, T. J. The validity of a questionnaire in the practice of adolescent medicine in the inner city. In: *Ambulatory Pediatric Association. Fourteenth Annual Meeting*. Washington, D.C., abril de 1974.
- Silber, T. J. Medicina de la adolescencia (Hebiatría). El desarrollo de una disciplina. *Arch Argent Pediatr* 79(3):160, 1981.
- Silber, T. J. Adolescent morality: A clinician's viewpoint. *Postgrad Med* 72(5), 1982.
- Third International Symposium on Adolescent Medicine*. Abstracts 3, 13, 18, 19 y 51. Jerusalén, julio de 1983.
- UNESCO. *Educación para la salud, el sexo y la vida familiar*. Buenos Aires, Paidós, 1971.
- Vadies, E. Innovative approaches for reaching young people in health and family planning programs. *Bull Pan Am Health Organ* 16(4):323-328, 1982.

Health education in adolescence. An account of an experience (Summary)

Extensive experience in health education gained in Argentina from 1956 to 1983 indicates the need for such education among adolescents and adults who deal with them. Health education consists of translating health information into practical knowledge that will play a role in achieving permanent proper behavior in the sphere of health. Because of the characteristics of adolescence, the greatest information and education needs lie in the areas of sexuality, diet and nutrition, body and psychosocial hygiene, the use of leisure time and vocation orientation. Methods and techniques generally used in working with adolescents and adults who interact with them include individual activities, group presentations, group discussions, panels, round table discussions and the mass media.

The human and material resources available for this experience varied greatly over the years,

owing to circumstances that arose in the country. The scope of activities expanded from one health care center in the Capital City to educational and recreational establishments and to military and religious institutions in the whole country. Research on health education of adolescents and adults related to them was conducted at the same time to determine the state of health education by group and to detect changes produced by health education activities. Educational activities followed, in all cases, surveys and exploratory research questionnaires in order to satisfy the concerns that simply answering the questionnaires created in the adolescents. This is an educational point of view that is stressed. Research confirmed deficiencies in suitable health-related behavior and the achievement of positive changes in many of the groups in which activities were conducted.

Educação para a saúde na adolescência. Informação sobre uma experiência (Resumo)

A relação de uma prolongada experiência de campo sobre educação para a saúde, 1956-1983, na Argentina, indica a necessidade de exercer influência sobre esse grupo etário bem como sobre os adultos afins. A educação para a saúde consiste em transformar a informação sobre saúde em conhecimento sobre saúde visando influir num comportamento adequado e duradouro nesse contorno. Pelas próprias características da adolescência, a sexualidade constitui a área mais necessária de educação e informação, ao mesmo tempo que a alimentação e nutrição e higiene do corpo e a psicossocial, a melhor utilização do tempo livre, bem como a orientação educacional. Os métodos e técnicas que se usam geralmente no trabalho com adolescentes e adultos afins são as ações individuais, as exposições coletivas, os grupos de discussão, os "panels" e mesas redondas, e as ações pelos meios de comunicação social.

A experiência contou com recursos materiais

e humanos muito diversos, através dos anos devido a situações históricas e conjeturais do país. Ampliou-se também seu raio de ação de um centro assistencial único na capital do país a estabelecimentos educacionais recreativos e instituições religiosas e militares na totalidade do território. Realizaram-se simultaneamente pesquisas sobre educação para a saúde em adolescentes e adultos afins, com o fim de conhecer a situação educativa-sanitária por grupos e detectar as mudanças observadas devido às ações de educação para a saúde. A ação educacional seguiu, em todos os casos a aplicação de levantamentos e questionários exploratórios de pesquisa para responder às preocupações que simplesmente a resposta causava nos adolescentes. Esta é uma posição pedagógica sobre a qual se insiste. As pesquisas confirmaram a deficiência de conhecimentos, comportamento e conduta adequados no concernente à saúde e mudanças positivas em muitos dos grupos com os quais se trabalhou.

Education pour la santé au cours de l'adolescence. Une expérience (Résumé)

L'expérience acquise au cours d'une campagne d'éducation pour la santé en Argentine, entre 1956 et 1983 signale la nécessité d'agir sur les adolescents et les adultes de leur entourage. Le but d'une éducation pour la santé est de transformer positivement les mœurs. L'information est particulièrement nécessaire en ce qui concerne la sexualité, l'alimentation et la nutrition ainsi que l'hygiène corporelle et psychosociale, l'utilisation du temps disponible et l'orientation professionnelle. Les méthodes et techniques généralement employées au cours du travail avec les adolescents ou les jeunes adultes incluent les actions individuelles, les expositions collectives, les groupes de discussion, les tables rondes et panneaux de discussion ainsi que les actions menées à travers les moyens de communication sociale.

Les ressources matérielles et humaines dont disposait le projet ont beaucoup varié au cours du temps, en fonction de la conjoncture

historique du pays. Le rayon d'action s'est également élargi, s'étendant d'un centre unique d'assistance dans la capitale du pays à plusieurs établissements éducatifs et récréatifs ainsi que vers des institutions religieuses et militaires dans toute la région. Des études pour connaître le niveau des adolescents et les adultes de leur entourage en ce qui concerne l'éducation pour la santé ainsi que les progrès réalisés au cours du projet ont été entreprises parallèlement. Dans tous les cas, l'action éducative a été postérieure aux enquêtes et questionnaires afin de pallier aux inquiétudes soulevées par le simple fait d'avoir répondu un certain nombre de questions, adoptant ainsi une position pédagogique. Les résultats de cette recherche viennent confirmer un état de connaissances insuffisantes et une conduite inadéquate en ce qui concerne la santé, ainsi que l'acquisition d'un comportement positif de bon nombre de groupes sur lesquels a été menée l'expérience.