

CAPÍTULO 1

LA ADOLESCENCIA: CONSIDERACIONES BIOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES

*“La pubertad te va cambiando el cuerpo, la adolescencia, el alma.
Y tú sobrecogido te preguntas quién fuiste, quién eres,
y en quién te vas a convertir”*

Antonio Gala

ROSA ROS RAHOLA

TERESA MORANDI GARDE

EVA COZZETTI SUELDO

CECILIA LEWINTAL BLAUSTEIN

JOSEP CORNELLÀ I CANALS

JOAN-CARLES SURÍS GRANELL

El profesional de la salud que aspire a atender correctamente a los adolescentes deberá conocer, comprender y asumir el concepto de **salud integral del adolescente**. Es importante esta consciente toma de posición ante una situación comúnmente observada, en la que se asevera que el ser humano es una unidad bio-psico-social, pero que en la práctica suele reducirse a la concentración de esfuerzos de los programas de salud en el área biológica. El objetivo de los programas debe ser el desarrollo integral de adolescentes y jóvenes para que puedan desplegar todas sus capacidades físicas, psicológicas, afectivas e intelectuales, así como reducir las situaciones de riesgo psicosocial a las que se exponen de manera especial quienes viven en

Salud integral

El concepto de salud integral del adolescente abarca la interacción entre lo biológico, psicológico y social

situaciones menos favorables.

ASPECTOS BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES

INTRODUCCIÓN

El desarrollo humano se entiende como una sucesión evolutiva de “momentos” por donde el individuo va transitando, inmerso en un proceso histórico dinámico y a menudo contradictorio.

Todo desarrollo humano se realiza en la interdependencia de dos procesos, uno de maduración y otro de mutación o cambio. El primero lleva al segundo y el paso entre ambos corresponde a lo que comúnmente se denomina “crisis”. Éstas, también denominadas estadios o etapas, son a la vez liberadoras y generadoras de conflicto y angustia.

Una de estas etapas es la adolescencia. Se caracteriza fundamentalmente por ser un período de transición entre la pubertad y el estadio adulto del desarrollo. El término *transición* remite a la idea de dinamismo y pasaje que no debe estar en contradicción con la delimitación de características propias y definatorias.

Adolescencia viene de la palabra latina “adolescere”, que nos remite al verbo adolecer y que en lengua castellana tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y crecer.

La adolescencia se contempla ya en los tratados más antiguos. Siempre se ha considerado una época de los individuos a medio camino entre la infancia y la edad adulta, por ello muchas tribus y pueblos establecieron claramente una serie de ritos de iniciación para marcar y favorecer el paso entre una y otra.

En nuestra cultura debemos considerarla simplemente como una fase de notables cambios

Adolescencia
Etapa de transición entre la
pubertad y el estadio adulto

Características propias

Notables cambios

en cuanto al cuerpo, a los sentimientos y sensaciones o como una etapa original y capital de la metamorfosis de niño a adulto.

Pero también es cierto que en los tiempos actuales asistimos a cambios acelerados de muchas de las tradiciones, que en el mundo occidental han sido una ayuda para esta transición. El progreso tecnológico, las comunicaciones, las multinacionales de la moda, la música y la imagen, los cambios de valores provocados por el contacto con otras culturas debidos a la migración, el turismo y los medios de comunicación, son algunos de los factores que influyen en los hábitos, costumbres y formas de vida de la adolescencia y juventud.

Influencia sociocultural

Estos hechos, junto a las dificultades de los jóvenes para incorporarse al mercado de trabajo determinan que, socialmente la edad adolescente y juvenil se prolongue hasta los 25 años, y se difuminen en gran manera las peculiaridades de esta etapa, tendiendo a una homogeneización de sus hábitos, costumbres y formas de vida.

Así, la adolescencia puede variar en las diferentes sociedades y épocas, igual que varía el reconocimiento de la identidad adulta que se le da al individuo. El tiempo de la adolescencia está relacionado con el tiempo de expectativa de vida de los sujetos de un comunidad y varía en función de los niveles de vida, económicos, posibilidades educativas, necesidades de mano de obra o falta de empleo, etc.

1/6 de la población mundial son adolescentes, que necesitan ser atendidos de manera específica

El Fondo de Población de las Naciones Unidas, en su informe sobre el estado de la población mundial de 1998, destaca que la población de jóvenes entre 15 y 24 años es de 1.050 millones de personas, la mayor que se haya registrado jamás, y que en muchos países se está ampliando. Igualmente apunta las necesidades especiales de estos jóvenes en materia de atención a la salud y educación, destacando la muy importante esfera

de la salud sexual y reproductiva, tanto para plasmar su potencial individual como para efectuar la máxima contribución posible al desarrollo, haciendo hincapié en las mujeres jóvenes.

Según los últimos datos poblacionales, del Instituto Nacional de Estadística (1996), en nuestro país están censadas 39.669.394 personas. En cuanto a la población proyectada por grupos de edad para el año 1998, las personas comprendidas entre los 10 y los 24 años, representan un 20,8% de la población total, de los cuales 4.226.700 son varones y 4.038.200 son mujeres.

PROCESO DE LA ADOLESCENCIA- ETAPAS EVOLUTIVAS

La adolescencia ha de ser entendida, pues, como un proceso universal de cambio, de desprendimiento que se teñirá con connotaciones externas, peculiares de cada cultura, que la favorecerán o dificultarán según las circunstancias.

- Renuncia a la identidad de niño/a. “Duelo”

El /la adolescente se encuentra en la búsqueda de su identidad adulta, y en su recorrido se ve obligado a renunciar a su identidad de niño/a. Ello le exigirá una labor lenta, a menudo dolorosa, de “duelo” y de adaptación a las nuevas sensaciones y sentimientos que afectaran al cuerpo, la mente y a las relaciones de objeto e identificatorias.

- Papel esencial de la sexualidad

En este recorrido la *sexualidad* tiene un papel esencial. El ser humano nace sexuado biológicamente, pero su sexualidad se irá construyendo a lo largo de toda la vida y se mostrará de diferentes maneras en cada edad o momento de su evolución. La sexualidad y su expresión tendrán mucho que ver con la universalidad de la persona, y no solamente con el compromiso genital. Hay pocas dudas de que la vivencia y expresión de la sexualidad es una de las cuestiones más trascendentales de la etapa adolescente.

- Necesidad de reconocimiento por parte de los adultos

En todo este proceso el/la adolescente necesita de la familia y de la sociedad. “El adolescente se mira y se reconoce, en el reconocimiento que de él/ella hacen los demás”. Si la familia y la sociedad acogen y consideran sus cambios, el/la adolescente hace su recorrido con mayor tranquilidad y aceptación, e incluso con orgullo y seguridad. En cambio, si esto no ocurre, el/la adolescente esconde su cuerpo, se encierra en sí mismo o bien “actúa” para llamar la atención, exponiéndose a riesgos innecesarios.

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, define adolescencia como “la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo”. Así su comienzo tiene lugar con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y termina cuando cesa el crecimiento somático.

- Desarrollo en tres etapas (OMS)

La OMS la delimita cronológicamente entre los 10 y 19 años, aunque actualmente diferencia tres períodos, que la extienden hasta los 24 años:

- Pre-adolescencia o temprana de 10 a 14 años, correspondiente a la pubertad.
- Adolescencia media o propiamente dicha, de 14 a 18 años.
- Adolescencia tardía de 19 a 24 años.

Existen otras descripciones cronológicas distintas, según sean establecidas por psicólogos, sociólogos, endocrinólogos o neurólogos. Pero en vez de situarnos sobre una pirámide etaria, sería más interesante buscar un consenso, por encima de controversias, que contemplara de forma más abierta, el amplio espectro de esta época de grandes metamorfosis. Es importante resaltar que el crecimiento biológico, social, emocional e intelectual de los/las adolescentes, suele ser totalmente asincrónico y con frecuentes períodos de regresión.

- Época de readaptaciones continuas

- Desfase entre desarrollo corporal y maduración psicológica

Aunque en todas las edades se puede hablar de evolución y cambio, aspectos como la rapidez en las transformaciones y el aumento de estatura son muy superiores en la adolescencia, motivados en gran medida por la eclosión de los cambios fisiológicos y morfológicos, que marcaran una ruptura definitiva con la infancia. A menudo “el espejo” les devuelve una imagen no reconocida o distorsionada, ello exige al chico y a la chica readaptaciones continuas.

La disarmonía en el proceso de crecimiento durante la adolescencia, por el desajuste entre el desarrollo corporal y el desarrollo intelectual y emocional, lleva consigo numerosos conflictos y a menudo conductas de riesgo. Los acontecimientos y problemas que surgen durante este período sorprenden y desconciertan a los padres, a los profesionales de la salud y a los propios adolescentes.

Diversidad
Individualidad

Volviendo a las etapas delimitadas por la OMS, cada una de ellas tiene sus propias características fisiológicas y psico-sociales, aunque no se deben interpretar como compartimentos estancos. La adolescencia sólo podrá ser suficientemente entendida, con carácter de continuidad e interconexión, en íntima relación con el medio familiar y social. La forma en que se irá desarrollando dependerá en gran manera de las estructuras psicológicas y sobre todo de las vivencias individuales de la infancia y en relación al entorno más cercano.

Tareas a realizar en la etapa adolescente
(P. Folch Mateu)

En este sentido, los/as adolescentes no forman un grupo homogéneo sino que presentan una gran diversidad en cuanto al crecimiento biológico, social, emocional e intelectual; los profesionales no debemos olvidar que cada adolescente desde su individualidad, responderá de una forma única y personal a las oportunidades y exigencias de la vida.

PARTICULARIDADES EN LAS DISTINTAS ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

Antes de particularizar los acontecimientos en la cronología de la adolescencia, sería importante recordar las principales *tareas* que el/la adolescente tendrá que llevar a cabo durante los años de tránsito hasta la edad adulta, admirablemente sintetizadas por el Dr. Pere Folch Mateu en su artículo “Conflicto adolescente y relación pedagógica”.

1. La asunción de una nueva identidad corporal después del impacto ocasionado por un cuerpo vivenciado como literalmente extraño.

2. Un trabajo de luto o despedida del cuerpo y de la identidad infantil perdida.

3. Renuncia y luto de los antiguos objetos eróticos (padres y otros miembros del grupo familiar).

4. Dar curso a la emergencia de las nuevas posibilidades de vida relacional.

“Sólo la armoniosa tramitación de esta renuncia asegurará el alcance de una plena animación y pertenencia al propio cuerpo”.

Parafraseando las palabras adolescencia y crisis, Jean Jaques Rousseau (filósofo y pedagogo, 1712-1778), en su texto *L' Emile*, se refiere a este período como el “**segundo nacimiento**” y escribe: “Esta tempestuosa revolución se anuncia por algunas pasiones nacientes...El niño se hace sordo a la voz que le hace de guía o le vuelve dócil; es un león en su fiebre; Desconoce su guía y no quiere ser gobernado... Él no es ni niño ni hombre, no puede tomar el tono de ninguno de los dos”.

Avance/retroceso. Una constante en la adolescencia

Una de las características que más definiría psicológicamente el período de la adolescencia es la constante alternativa de retroceso y avance en su comportamiento afectivo, intelectual y relacional.

Tabla 1

Características Peculiaridades	Adolescencia temprana (10-14)	Adolescencia media (14-18)	Adolescencia tardía (19-24)
Maduración somática	Aparición caracteres sexuales secundarios. Estirón puberal. Importancia de la nutrición.	Remodelación morfológica. Se adquiere la talla definitiva. Alteraciones somáticas por trastornos de la alimentación.	Talla definitiva. Funciones plenas para la sexualidad y la reproducción.
Imagen y cuerpo	Preocupación cambios corporales y del propio yo. Comparación con los del mismo sexo. Conciencia de sensaciones eróticas. Necesidad de intimidad.	Mayor aceptación del cuerpo. Preocupación para hacer el cuerpo más atractivo.	Aceptación de la propia imagen. Preferencias establecidas.
Independencia	Ambivalencia. Necesidad de independencia, nostalgia de dependencia. Desacuerdo y enfrentamiento con los padres.	Mayor conflictividad con los padres. Trangresión de lo normativizado. Mayor fuerza en sus opiniones.	Vuelve a apreciar el valor y consejo de sus padres. Creciente integración en el medio social.
Amigos	Mayor contacto con amigos del mismo sexo. Inseguridad y necesidad de reafirmación a través del grupo de iguales.	Vital importancia del grupo de amigos. Conformidad con los valores de los amigos.	Más relaciones íntimas. Formación de parejas. Se comparten sobre todo las experiencias.
Identidad	Evolución al pensamiento abstracto. Idealización de las vocaciones. Menor control de los impulsos Mayor mundo de fantasías.	Sentimiento de invulnerabilidad y omnipotencia. Mayor capacidad intelectual. Apertura de sentimientos. Comportamientos arriesgados. Gran creatividad. Conformación de la identidad sexual.	Maduración desarrollo cognitivo, conciencia racional. Concreción de valores y objetivos personales. Mayor actividad sexual. Capacidad para comprometerse y establecer límites. Capacidad para preveer.

Modificado de: Neinstein LS. en Neinstein LS. Desarrollo psicossocial en los adolescentes normales: Adolescent Health Care. A Practical Guide. Third Edition. Williams and Wilkins, Baltimore (USA), 1993.

Adolescencia temprana

- Cambios físicos muy rápidos
- Lucha por la propia independencia

A continuación se describen algunos de los aspectos esenciales del proceso de la adolescencia en cada una de las fases antes mencionadas. Se consideran dos grandes apartados: **crecimiento y maduración somática, y cambios psicossociales**. El segundo apartado incluye, la imagen y el cuerpo,

la lucha entre la dependencia y la independencia, la integración en el grupo de amigos y el desarrollo de la identidad. Dichos aspectos se encuentran resumidos en la tabla nº 1.

Crecimiento y maduración somática

- Diferencias entre los sexos
- Alteraciones del crecimiento

ADOLESCENCIA TEMPRANA-PUBERTAD

Se trata de un período en el que los cambios físicos son muy rápidos en donde se inicia la lucha del adolescente por su independencia y libertad.

Crecimiento y maduración somática

El hecho más destacado es el incremento de la síntesis y secreción de los esteroides sexuales, bajo el control de las gonadotropinas FSH y LH, dando lugar a la maduración de los caracteres sexuales primarios y la aparición de los caracteres sexuales secundarios. Ocurren aquellos cambios morfológicos y fisiológicos que posibilitan el inicio de las funciones sexuales y reproductivas.

Destacan los siguientes cambios:

1. Aceleración del crecimiento longitudinal. Se adquiere el 25% de la estatura.

2. Modificación de las relaciones segmentarias y de la composición de los tejidos, (masa esquelética, peso, distribución muscular y de grasa, aumento del volumen sanguíneo), desarrollo del sistema respiratorio y circulatorio, desarrollo de las gónadas y órganos reproductivos.

El llamado estirón puberal muestra diferencias en ambos sexos, tanto en su cronología como en su intensidad. En las niñas es un acontecimiento precoz casi al mismo tiempo que la aparición de los caracteres sexuales secundarios, mientras que en los niños se inicia cuando la pubertad ya está avanzada.

- Papel esencial de la nutrición

La mayoría de las alteraciones alrededor del crecimiento en esta época, van ligados a trastornos de hipo o hipercrecimiento o del desarrollo puberal y el aspecto general del adolescente y su

Cambios psicosociales

- Rupturas, sensación de pérdida

satisfacción o aceptación de la propia imagen.

La nutrición juega un papel esencial en el desarrollo y crecimiento del adolescente-púber. El aumento de la masa corporal, la modificación de la composición de los tejidos y la frecuente alteración en los hábitos alimentarios, tendrán una repercusión directa en el equilibrio nutritivo.

Cambios psicosociales

Los cambios que registra el/la adolescente significan *rupturas* más o menos considerables, que aunque normales, obligadas y necesarias, tienen evidentemente un coste psíquico personal y una considerable repercusión sobre su entorno más cercano.

- Importancia del propio cuerpo

Estas *rupturas* movilizan sentimientos característicos, uno de los cuales podemos describirlo como de *duelo*, lógicamente a la sensación de haber perdido, abandonado o dejado atrás algo.

- Interés por la anatomía y fisiología sexual
- Consciencia de sensaciones eróticas

La imagen y el cuerpo

Los rápidos cambios físicos y a menudo disarmónicos llevan al adolescente a estar cada vez más preocupado por el aspecto de su cuerpo y por si lo que le ocurre es o no es normal.

- Necesidad de intimidad

- El cuerpo pasa ser un punto importante de referencia para sí y para los otros; es como la carta de presentación y el soporte de la autoestima. A menudo lo compara con el de otros adolescentes, siendo muy sensible a los defectos.

- Necesidad de independencia/nostalgia de la dependencia

- Mayor interés por la anatomía y fisiología sexual; son comunes la ansiedad y las preguntas sobre la menstruación, las poluciones nocturnas, la masturbación y el tamaño del pene.

- Las sensaciones eróticas comienzan a despertarse y se hacen más prohibitivos los contactos con los padres u otros adultos.

- Manifestaciones de pudor sobre todo frente al sexo contrario. Necesidad de intimidad y recogimiento con uno mismo. Soledad y timidez.

Lucha entre la dependencia y la independencia

Los cambios físicos descritos anteriormente engendran *egocentrismo* y aquí empieza la lucha del adolescente por su independencia.

- Pérdida de condición de niño/a, del rol y de la identidad infantil. Ello le crea un vacío emocional y a menudo sin la presencia de un grupo de apoyo alternativo. Este vacío puede originar una disminución del rendimiento escolar. Se les describe como sujetos fuertemente paradójicos: tremendamente necesitados de independencia y nostálgicos de la dependencia y la seguridad infantil.
 - Pérdida de los padres de la infancia. En efecto, los padres aún siendo los mismos son vistos de modo muy diferente y más real. La imagen que tienen de ellos es transmitida en términos de desacuerdo, de desadmiración, y a menudo es sustituida por otras figuras que toman un valor significativo. La respuesta de los adultos es a veces de aferramiento a sus propios valores y de resistencia a aceptar el proceso de crecimiento que los cuestiona.
 - Comportamiento ambivalente e inestable (*cariñoso/huraño, sumiso/dominador, dependiente/independiente...*), actitudes de rebeldía y humor variable.
- Enfrentamiento con los adultos
 - Predomina el contacto con el grupo de iguales

Integración en el grupo de amigos

Comienza a disminuir el contacto y la relación con la familia en favor de las relaciones con los de su grupo de edad.

- Relaciones de amistad dentro del mismo sexo,
- Evolución del pensamiento concreto al abstracto o formal

aunque hay algún contacto con el sexo opuesto dentro del grupo de amigos.

- Nuevas sensaciones
- Amistades íntimas con alguien del mismo sexo, que suelen ser idealizadas y muy intensas.
- Sensaciones de ternura y cariño fuertemente emocionales hacia sus iguales.
- Gran influencia del grupo de amigos con aceptación de sus normas. Ello se debe a la inseguridad y necesidad de reafirmación.

- Exploración de las nuevas capacidades

Desarrollo de la identidad

En esta etapa hay una mejora notable de las capacidades cognitivas. Evolución desde el pensamiento operacional concreto al pensamiento abstracto o formal. Se inicia el desarrollo académico y su preparación para el futuro.

- Objetivos idealizados

- Enfrentamiento a la autoridad

- Actividades en soledad

- Impulsividad

- Presencia de la excitación sexual con nuevas sensaciones. Todo ello imprime interés y deseo de saber y reafirmarse a partir de las vivencias del grupo de iguales. Imaginación y fantasía. Toma mayor relieve la masturbación y el contar chistes “verdes”.

- Exploración de sus recién descubiertas capacidades para la abstracción, comenzando las operaciones formales. Normalmente se desarrolla interiormente y provoca autointerés (sentirse como centro de atención) y fantasía.

- Establecimiento de unos objetivos vocacionales idealizados o irreales.

- Enfrentamiento a la autoridad de los padres o educadores para probar su propia autoridad. Con ello trata de definirse a sí mismo.

- Necesidad de mayor intimidad, escribir en el diario, escuchar música en la habitación o simplemente soñar despierto. Estas conductas son absolutamente normales e importantes en el desarrollo de la identidad.

Adolescencia media

- Intensidad de sentimientos
- Importancia del grupo

- Desarrollo del propio sistema de valores y falta de control de los impulsos, que puede derivar en un comportamiento arriesgado y peligroso.
- Tendencia a exagerar la propia situación personal. Ello les puede llevar a sentir que son el centro de atención o bien a sentirse solos y únicos en sus problemas.

Crecimiento y maduración somática

- Talla definitiva
- Desequilibrios nutritivos

ADOLESCENCIA MEDIA

Se caracteriza por un creciente ámbito e intensidad de sentimientos, así como por la importancia concedida a los valores del grupo de amigos.

Crecimiento y maduración somática

En esta etapa se da el proceso de remodelación morfológica y se adquiere la talla final.

La nutrición sigue jugando un papel crítico en la evolución del crecimiento y desarrollo.

Aquí, cabe mencionar la influencia de las modas, la separación parcial del medio familiar y los hábitos adquiridos en el grupo de iguales como algunos de los factores que pueden determinar *desequilibrios nutritivos* en relación a la cantidad y calidad de los alimentos que se ingieren, (horario, bocadillos, alimentos refinados, etc.), que se acentúan en los casos de las demandas especiales.

Cambios psicosociales

- Inicio de las relaciones sexuales
- Mayor aceptación del propio cuerpo

En esta época, coincidiendo con trastornos emocionales o afectivos, puede haber una inhibición en el desarrollo psico-sexual y traducirse en trastornos alimentarios: comer exageradamente o dejar de comer.

Cambios psicosociales

Destacan la profundización en las relaciones sentimentales y amorosas y el inicio de las

- Conflictos familiares

relaciones sexuales, todo ello en interrelación con los valores y experiencias del grupo de amigos.

La imagen y el cuerpo

- Hay una menor preocupación por el cuerpo, puesto que en esta etapa la mayoría de adolescentes ya han experimentado los cambios de su pubertad.
 - Aunque existe una mayor aceptación y comodidad con el cuerpo, ocupan mucho tiempo en intentar hacer resaltar su atractivo. La ropa y el maquillaje pueden ser muy importantes.
- Transgresión de las normas

Lucha entre la dependencia y la independencia

En esta época predominan cada vez más los conflictos con la familia. El/la adolescente va mostrando menos interés por los padres y dedica mucho más tiempo a sus amigos.

- Hacen prevalecer su propia opinión y discuten frontalmente con sus padres.
 - Reivindican su espacio, su tiempo y cómo y cuándo utilizar las horas del día. Con ello provocan discusiones con los padres en busca de límites, tan necesarios para la consecución de la identidad, la independencia y la libertad.
 - Transgresión de lo normativizado por los adultos, que será muy importante para ir modelando el propio “yo” y la independencia.
- Vital importancia del grupo de amigos. Valores compartidos

Integración en el grupo de amigos

En ningún otro período tiene tanta importancia el grupo de amigos. La formación de grupos es el modo más idóneo para que los jóvenes puedan realizar la comprobación de las imágenes internas, tanto idealizadas como atacadas, verifiquen paulatinamente su diferenciación sexual, revivan la rivalidad y los celos y experimenten el amor y la

- Aumento de la capacidad cognoscitiva

amistad de forma más realista. Las características de esta relación incluyen:

- Avenencia con los valores, reglas y formas de vestir de los amigos/as en un intento de separarse más de su familia.
- Integración en la subcultura de los amigos/as.
- Incorporación ascendente en relaciones heterosexuales, mostrada a través del contacto y el baile en las discotecas, citas en una calle de un barrio, en una plaza o en un bar, diversos experimentos y contactos sexuales.
- Integración en clubs, deportes de equipo, pandillas y otros grupos.

Desarrollo de la identidad

Se incrementa notablemente la capacidad cognoscitiva, el razonamiento y las habilidades para la abstracción, todo ello le da un nuevo sentido a la individualidad, pero aún persiste el pensamiento mágico infantil (a mi no me pasará...) y la dificultad para prever o anticiparse a las situaciones de riesgo.

- Aumento de la capacidad intelectual y la creatividad.
- Disminuyen las aspiraciones vocacionales idealistas. En este período pueden reconocer sus limitaciones y con ello experimentar una menor autoestima y también sufrir trastornos emocionales y depresión.
- Aumentan el ámbito y apertura de los sentimientos.
- Comprobación de la identidad sexual con gran impacto emocional de las primeras relaciones sexuales, refugiándose a menudo en los “mitos”. Descubrimiento de uno mismo y del otro.
- Se ponen en juego la autoestima y la capacidad

- Sentimiento de invulnerabilidad
- Gran creatividad
- Localización vocacional
- Apertura de sentimientos
- Identidad sexual
- Autoestima/asertividad
- Exposición al riesgo

Adolescencia tardía

- Quedan establecidas las bases para las funciones de adulto

Crecimiento y maduración somática

- Talla definitiva y funciones plenas para la sexualidad y la reproducción

de ser asertivo frente a las demandas del otro/a.

- Sentimientos de omnipotencia e invulnerabilidad. Viven el momento sin tener conciencia del riesgo. Y precisamente, esta actitud les lleva a comportamientos arriesgados que pueden tener consecuencias. Estos comportamientos, constituyen un factor del alto índice de accidentes, embarazos, enfermedades de transmisión sexual, drogadicción, suicidios... que llegan a ser prevalentes en esta época.

ADOLESCENCIA TARDÍA

Cambios psicosociales

- Aceptación de la propia imagen. Preferencias establecidas

Se considera la última fase del adolescente en la lucha por su identidad e independencia. Si las etapas anteriores han transcurrido de forma más o menos armónica, con el soporte adecuado de la familia y grupo de amigos, el adolescente se encuentra en buen camino para el manejo de las tareas y la asunción de responsabilidades de la adultez.

Crecimiento y maduración somática

Si no han habido alteraciones en las etapas anteriores, nos encontramos con un cuerpo de adulto con la talla definitiva y la funciones plenas en cuanto a la sexualidad y la reproducción.

- Creciente integración al medio social

Los hábitos y preferencias en relación a la alimentación están establecidos y normalmente se saben cuidar. Aunque aquellos/as adolescentes que hayan sufrido trastornos emocionales y de la alimentación, pueden seguir con comportamientos que impliquen desequilibrio en la nutrición, provocando alteraciones de su fisiología y desarrollo.

CAMBIOS PSICOSOCIALES

La adolescencia tardía tiene como característica principal la preparación para funciones del adulto,

la definición de su vocación de forma realista y el establecimiento de los valores personales.

La imagen y el cuerpo

Normalmente hay una aceptación e identificación de la imagen corporal y tienen ya adquiridas las preferencias en el vestir y en cómo hacerla más atractiva.

Si ha habido alguna anomalía en las etapas anteriores, esta imagen puede aún ser percibida de forma distorsionada y provocar trastornos afectivos y relacionales.

- Valores propios

Lucha entre la dependencia y la independencia

Este es un período de menor agitación y creciente integración al medio social, aunque no es extraño que algunos adolescentes muestren dificultades para asumir las responsabilidades de la adultez y continúen dependiendo de su familia y amigos.

Si el proceso de desarrollo ha sido “normal” el/la adolescente:

- Se convierte en una entidad independiente de su familia.
- Puede apreciar la importancia del valor de sus padres y de otros adultos.
- Busca y acepta de nuevo el consejo de los padres. Puede valorar todo lo aprendido en el proceso de crecimiento.

- Formación de pareja

- El propio “Yo” está casi conformado

- Conciencia racional

- Relaciones no narcisistas

Integración en el grupo de amigos

En esta última etapa se sienten más a gusto con sus propios valores y su identidad personal en su rol social y sexual. Los valores de los amigos siguen siendo referentes pero de menor importancia.

- Capacidad para preveer

- Concreción de valores y objetivos personales
- Mayor actividad sexual

- Es frecuente establecer la relación con un sola persona en la que hay menos exigencia y se comparten más las experiencias.
- La selección de compañeros y compañeras se basa más en la comprensión mutua y la diversión que en la aceptación de sus semejantes.
- Se produce la formación de parejas.

Desarrollo de la identidad

Conclusión

La adolescencia es una etapa común a todas las personas, pero vivida de manera particular e intransferible

El paso por la adolescencia comporta, a veces, gran sufrimiento

Existe disociación entre madurez morfológica y desarrollo cognitivo

Se encuentran en un momento de la evolución en el que el propio “Yo” está casi conformado. Este periodo se caracteriza por:

- La maduración del desarrollo cognitivo y de una conciencia racional y realista.
- El establecimiento de relaciones no narcisistas.
- Comienza la definición de los papeles funcionales, se amplía el sentido de perspectiva con capacidades para demorar, comprometerse y establecer límites.
- La capacidad de planificación de futuro y de poder anticiparse y prevenir frente al riesgo. Puede reconocer las consecuencia de sus acciones.
- El poder hablar y discutir sobre objetivos vitales y hacerse partícipe de todas las opciones.
- El desarrollo de objetivos vocacionales prácticos y comienzo de una independencia económica.
- Una mayor actividad sexual y concreción de los valores éticos, morales y sexuales.

El individuo sale de la adolescencia cuando la angustia de sus padres, tutores o adultos más cercanos no le producen ningún efecto desinhibidor.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Y para dar paso a otros capítulos más específicos, podemos manifestar que la mayoría de adolescentes siguen el esquema general expuesto. Aunque cada individuo pasará por la adolescencia de un manera particular e intransferible y difícilmente encajará de forma exacta en la descripción de fases y tareas expuestas en este apartado.

De todas maneras, en este pasaje o por este camino, sabemos que algunos niños/as y adolescentes lo tienen más sencillo que otros/as. A menudo observamos como las identificaciones o las originales actuaciones para salir de la confusión y la ambivalencia, comportan al adolescente un gran sufrimiento y consecuencias que pueden ser frenadoras y no un estímulo para el crecimiento.

Por otro lado, la disociación entre la madurez morfológica-fisiológica y el desarrollo cognitivo les enfrenta a riesgos no reconocidos. Por lo general, los jóvenes no reconocen la necesidad de protegerse porque no tienen integrada la noción del riesgo. Es un concepto abstracto que no lo viven como propio.

A menudo perciben el comportamiento de exposición al riesgo como un reto o una solución y no como un problema. Confunden *actuar* con *ser*.

Para situarse frente al riesgo es necesario prever, anticiparse, pudiendo percibir y discriminar las situaciones y estar motivado para ello. La propia estructura del adolescente se lo hace difícil, pero hay otras variables que tienen que ver con la posibilidad de tener “conciencia de riesgo”, la más importante sería el equilibrio psico-afectivo y emocional y como ha transcurrido el pasaje hacia la identidad sexual. En este sentido, un/a adolescente con problemas psico-afectivos puede sentirse atraído fácilmente a probar

Se da poca o ninguna “conciencia de riesgo”

Adolescentes en la consulta

- La escucha es importante

- El acceso debe ser fácil

- Garantizar la confidencialidad

sustancias que le estimulen y le ayuden a deshinibirse, tener poca o ninguna motivación para evitar un embarazo, y poca capacidad para determinar riesgos en general y adoptar las correspondientes medidas preventivas.

Sexualidad

Sin embargo la mayoría de adolescentes que consultan son individuos sanos, preocupados por las vivencias, sentimientos, emociones y a veces fracasos de su recién estrenado cuerpo y de su complejo proceso de crecimiento psico-afectivo y social.

Identidad sexual

En este contexto, los profesionales escucharemos y atenderemos la individualidad de cada proceso, considerándolo siempre dentro de un momento especial de “superación”, sin olvidar el bagaje de la historia que cada uno/a lleva consigo. En la atención personalizada podemos dar soporte, acompañar, ofrecerles elementos posibilitadores de cambio y ayudarlos, de alguna manera, en este camino complejo y a veces engañoso.

Consolidación

Facilitar el acceso a la consulta y garantizar la confidencialidad, sin que ésta sea entendida como complicidad, serán elementos a tener en cuenta para una atención correcta a los/as adolescentes.

Nuevo lugar:

- Psíquico
- Físico
- Social

Una complicación añadida será el desamparo legal que existe alrededor de la sexualidad y fertilidad de los adolescentes, así como los dobles mensajes de invitar y a la vez prohibir que estos reciben de la sociedad. Todo ello viene a dificultar la práctica profesional, tanto para una atención personalizada de la sexualidad y la reproducción, como para el desarrollo de programas de prevención dirigidos a estos grupos de edad.

PSICOSEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA. IDENTIDAD SEXUAL

Como se ha dicho en el apartado anterior, en la adolescencia la sexualidad tiene un papel esencial: “Hay pocas dudas de que la vivencia y expresión de la sexualidad es una de las cuestiones más trascendentales de la etapa adolescente” (Rosa Ros Rahola).

Efectivamente, es la constitución psíquica de la identidad sexual y la elección amorosa lo que está en juego en los años adolescentes.

Sexualidad genital

Es un período de indecisión subjetiva y de incertidumbre social, durante el cual la familia y las instituciones exigen, empujan a que el sujeto se reconozca como niño o como adulto; es decir a que se reconozca.

Para reconocerse ha de abocarse en un trabajo de consolidación: hacer, de las diferentes “versiones” identificatorias que se le presentan, una “versión definitiva”, para que la identidad sexual se mantenga ya en calidad de invariante.

Identificación sexual

Pero antes de llegar a consolidarse, debe hacer renunciaciones, resolver contradicciones: pues a diferencia del mundo infantil en donde les daban un lugar y les sostenían los ensayos, les falta construirse un nuevo lugar tanto a nivel físico como psíquico y social.

Y sufrirá por ello una verdadera metamorfosis que va:

- De la infancia a la juventud: con sus cambios biológicos, que hacen que su cuerpo ya no sea el mismo, lo que le hace sentir extraño, raro. Psíquicos, el cambio de su imagen: ¿qué lugar tengo?, ¿qué soy: soy hombre, soy mujer? No es ya quien era y no sabe quién será. Y sociales: modificaciones de las expectativas del entorno familiar y social.
- De una sexualidad infantil autoerótica a una sexualidad genital que implica a otro. El cuerpo de sus semejantes entra en escena como objeto

Construcción inconsciente

Psicosexualidad

posible de deseo porque la *genitalidad* ocupa ahora un lugar clave para el sujeto.

Aparecen los enamoramientos, la seducción, los “ligues” y las primeras experiencias sexuales. Se vuelve un imperativo el poner en juego su sexualidad, de ponerse a prueba. La relación con el otro sexo interroga al adolescente sobre cómo tomar posición en cuanto a la sexualidad.

- De una indefinición sexual a la definición de una posición sexuada: a través de los procesos de identificación. La identidad sexual se conquista en la pertenencia a uno de los dos sexos. (etimológicamente sexo deriva del latín *secare*: separar, cortar). Posición que no implica el mismo camino para la chica que para el chico. Es en la adolescencia donde se realiza esta divergencia.

Nos proponemos describir, desde la óptica de lo psíquico, cómo se va realizando este pasaje que tiene inicio en la infancia y un tiempo de conclusión en la adolescencia.

Identificaciones

SOBRE LA PSICOSEXUALIDAD

La anatomía es insuficiente para establecer la identidad sexual, ya que no hay un saber innato sobre el sexo. Tampoco los estereotipos sociales alcanzan a determinar cómo se llega a ser hombre o mujer.

Imagen corporal

Ese saber se irá construyendo, por ello la identidad sexuada es un proceso complejo, una construcción inconsciente –que el saber de la razón no alcanza a discernir–, por medio de la cual el sujeto humano se define, toma posición de un lado u otro de la diferencia; del lado hombre o del lado mujer.

Por eso hablamos de psicosexualidad, al considerar que la sexualidad no hace referencia única

y exclusivamente a los órganos genitales, sino a todas y cada una de las manifestaciones subjetivas que en la realidad y en la fantasía son la expresión del deseo humano, ese motor que nos impulsa, que nos orienta hacia lo que nos falta; ya que deseamos aquello que no tenemos, lo que es diferente de uno mismo.

El sujeto humano anhela una satisfacción completa, pero el deseo suele encontrar límites, represiones, prohibiciones, de manera tal que puede procurarse placer –a través de la satisfacción siempre parcial, del mismo– o sufrimiento, puesto que no siempre ve cumplidos sus sueños, cuestión que genera un malestar, una falta de armonía.

Sexualidad comienza al nacer

Entendemos la psicosexualidad como la capacidad del cuerpo para gozar y experimentar placer o dolor. Un cuerpo es sexuado porque disfruta o sufre y porque su constitución está determinada por las identificaciones que, establecidas desde la primera infancia lo definirán como masculino o femenino, y decidirán las orientaciones y deseos sexuales que acompañarán y marcarán al sujeto toda su vida.

Narcisismo infantil

Desde esta teorización diferenciamos el cuerpo del organismo biológico, pues está afectado por el simbolismo y esto nos crea una representación psíquica o mental del mismo, que llamamos imagen corporal.

Juego y búsqueda sobre sexualidad

Esta es una construcción psíquica que se elabora en la historia del sujeto. Funciona para nosotros, los humanos, como una segunda columna vertebral, que nos posibilita sostenernos. Se organiza durante el período infantil y se consolida, en el pasaje por la adolescencia. Si bien se ancla en el cuerpo, necesita un soporte para constituirse; por ello es que aparece como un acto psíquico producido por los primeros cuidados.

Así es como cuerpo y psiquismo se acompañan, se relacionan y se determinan en su constitución, soldándose entre ambos una alianza desde el nacimiento hasta la muerte.

Reconocimiento

NACIMIENTO DE LA SEXUALIDAD

La sexualidad comienza a establecerse desde el nacimiento. La indefensión con que nacemos nos hace fuertemente dependientes del sostén de otro para nuestra existencia orgánica y psíquica. Los primeros cuidados van más allá de la satisfacción de las necesidades de conservación.

La madre, con caricias, con palabras erogeiza el cuerpo de los hijos. Y así surgen las primeras sensaciones placenteras, origen de la sexualidad. Una vez resueltas las necesidades, el niño/a pide más, pide repetir esas primeras experiencias de satisfacción.

Desdoblamiento entre persona e imagen

Paulatinamente los niños sienten el placer al tocarse, al acariciarse, y así descubren su sexo. La sexualidad en este primer momento tiene un carácter autoerótico, porque la obtención de placer está puesta en el propio cuerpo, marcado por el narcisismo infantil.

Complejo edípico

Más adelante, mediante el juego buscan saber sobre la sexualidad en el cuerpo, en sus semejantes, en el interior de los muñecos, en los juguetes, etc.; a la vez que se representan sus propias teorías o fantasías que dan “respuesta” a sus preguntas: ¿cómo vienen los niños al mundo?; ¿por qué hay dos sexos diferenciados?; ¿cómo son las relaciones sexuales de los padres y otros adultos?

1. Cuando hablamos del Edipo nos referimos a una estructura –compleja, de dimensión inconsciente– por medio de la cual se explica cómo se organiza la subjetividad humana, es decir, la estructura de la personalidad. A través de deseos de amor y hostilidad hacia los padres se establecen las **identificaciones** que determinan su orientación sexual y el acceso al deseo. Ha de ser entendido como un fenómeno básico en la socialización del humano.

Interrogan a los mayores, investigan, y a medida que avanzan en el dominio del lenguaje, aumenta la posibilidad de encontrar respuestas y de elaborarlas. Calman su curiosidad y desvían sus intereses hacia diferentes cuestiones.

La imagen del cuerpo en la infancia

La imagen del cuerpo se funda con el narcisismo infantil. A los seis meses de vida el niño puede reconocer como propia la imagen de sí cuando está delante de un espejo. Ese reconocimiento lo llena de júbilo porque la imagen de su cuerpo le brinda una unidad –grandiosa, omnipotente– que le anticipa una madurez que aún no tiene y le aparece como promesa de lo que en el futuro será.

Con esta imagen del cuerpo gana autonomía en función de soportes identificatorios provistos por el otro –la madre que lo sostiene y reconoce–. Comienza a tenerse de pie y a contar para otros.

El niño/a va a organizar el mundo de los objetos en función de esta imagen del cuerpo que varía de un sujeto a otro, de una cultura a otra, pero siempre designa los límites de la piel y articula el funcionamiento corporal.

Esta posibilidad de verse por primera vez fuera de sí mismo, sella su dependencia de las representaciones exteriores y produce un desdoblamiento entre su persona y su imagen, su subjetividad y su cuerpo: dualidad o duplicidad que lo acompañará durante toda su vida y no dejará de propiciar o interferir las relaciones consigo mismo y con sus semejantes.

La imagen de sí se reelabora cuando el niño/a es introducido en el complejo edípico¹. La entrada del padre en la escena psíquica –como pareja de la madre y como diferente– organiza la percepción de la diversidad, al precio de una decepción: el desmoronamiento de la fantasía de un mundo

Presencia paterna

Identificaciones

narcisista, asexuado y pleno.

Latencia

Si bien conocían la diferencia de género-hombre, mujer-, no la habían relacionado con una diversidad de genitales. Suponían a todos los seres vivos hechos a su imagen y semejanza, considerándolos a la luz de la teoría infantil del “unisex”.

Regulación de su autoestima

La presencia paterna al lado de la madre les da acceso a diferenciarse y significar lo masculino y lo femenino en relación a la conformación anatómica que ahora adquiere característica sexual. De esta manera se reorganiza la sexualidad infantil y se inscribe en el psiquismo la diferencia de los sexos como un hecho nuevo.

La prohibición de la madre como objeto erótico permite la sexualidad regida por una ley humanizada: la intimidad sexual con los parientes cercanos le está vedada definitivamente. A cambio, le deja una promesa: más adelante podrá encontrar sus objetos amorosos y sexuales por fuera del ámbito familiar.

A partir de ese momento los caminos de ambos –niña y niño– serán divergentes. El niño intentará parecerse a su padre y podrá, en el futuro, conquistar a otra mujer. Pareciéndose e identificándose con él, reprime la conflictiva edípica.

Madurez biológica antes que psíquica

Por el contrario, la vida de la niña estará signada por el cambio de su objeto amoroso. Ahora el padre hereda el primitivo amor que tenía por su madre, con la que deberá identificarse para darle una orientación a su feminidad.

Angustia ante el propio cuerpo

Es a través de las identificaciones que se resuelve el problema de la diferencia de sexos y se asume una posición sexual. Identificándose con el progenitor del mismo sexo se llega a la heterosexualidad, que se caracteriza por tener que colocarse de uno u otro lado de la diferencia: siendo un sexo diferente del otro, la diferencia se

convertirá en promotora del deseo. Su cuerpo necesitará de otro, para experimentar el goce sexual.

Período de latencia

Pasado el momento edípico –aproximadamente entre los 6 y los 11 años–, la sexualidad infantil entrará en otro tiempo, que se ha dado en denominar período de latencia. El niño/a cobra valor de elemento vivo en la sociedad: se integra a la cultura, coincidiendo con el ingreso a la escolaridad.

Su sexualidad no se ausenta, se canaliza en el placer por el aprendizaje, por los deportes y las expresiones artísticas. Aparecen los sentimientos de ternura, amistad, vergüenza y persiste la satisfacción autoerótica de la masturbación.

Retraimiento narcisista

Sus recursos internos enriquecen la regulación de su autoestima, y la dependencia del apoyo parental es paulatinamente reemplazada por la aprobación social de sus logros.

Podemos decir que es un período de calma antes del estallido de la pubertad, antes de que el deseo apaciguado despierte con ímpetu, en lo que se llama crisis de la adolescencia.

EL RENACIMIENTO DE LA SEXUALIDAD: PUBERTAD Y ADOLESCENCIA

La pubertad

La pubertad desde el punto de vista biológico, aparece como el cumplimiento del desarrollo, como la finalización de la maduración armónica. Pero la madurez biológica se adelanta a la madurez psíquica. Si bien lo corporal y lo psíquico no van uno sin el otro, lo hacen a ritmos diferentes, de manera desfasada.

Desinterés por el mundo exterior

Las metamorfosis corporales producen una

Pulsiones sexuales

intensificación del interés y la angustia ante el propio cuerpo. No es raro ver a los jóvenes pasarse mucho tiempo frente al espejo: la imagen que éste les devuelve no corresponde a la que han ido elaborando durante los años de la niñez, cuando su cuerpo crecía pero sufría pocos cambios cualitativos. Cabe mencionar al chico que se afeita todos los días porque le molestan los “pelos negros”; o la chica que controla la transformación corporal con rituales alimentarios, intentando poner freno a aquello que vive como desarrollo “disarmónico”, producido por la aparición de los pechos o las caderas, significantes de un cuerpo femenino.

Los cambios corporales suponen la pérdida del cuerpo infantil y de su imagen; del niño/a ideal que ha sido, tanto para sí mismo como para sus padres; y de éstos como soportes del yo infantil.

Se produce un retraimiento narcisista: los jóvenes se encuentran fascinados por sus búsquedas y descubrimientos interiores que deben cristalizar en su propia imagen.

Identidad sexual

Se sienten desorientados por la pérdida de sus puntos de referencia y notan que algo irremediamente se está acabando; por eso empiezan a hablar de la muerte y captan el mundo de otra manera.

Los padres ya no se perciben como omnipotentes, sabios e infalibles; pasan a ser cuestionados, lo que se traduce en un distanciamiento (largos encierros en su habitación; ausencias prolongadas del hogar familiar, malhumor).

La necesidad de apartarse de sus objetos originarios conduce al desinterés por el mundo exterior: la libido se centra en el yo y se intenta compensar las pérdidas y heridas narcisistas mediante el engrandecimiento de su propia imagen. Se sienten incomprendidos, diferentes, excepcionales.

Así se pone en evidencia que la pubertad es vivida como una ruptura. Su cuerpo no sólo se vuelve diferente, sino que cambia de valor por el lugar clave que ocupa la genitalidad, ya que ahora se hace posible la realización del acto sexual por primera vez.

Las pulsiones sexuales los empujan hacia adelante y les surge el deseo –pero también el temor– de aproximarse a sus semejantes reconocidos como objetos de amor o de amistad, revelándose así cuál es la transformación más importante de la pubertad: la necesidad de entablar relaciones con los otros.

Reactivación del narcisismo

El resurgimiento del interés y curiosidad de los años infantiles por el otro sexo es lo que le posibilita salir gradualmente de la matriz narcisista: es el encuentro con el otro lo que hará posible la resolución de la crisis, en tanto se le reconozca como objeto del deseo y no como parte de sí mismo.

Adolescencia

La entrada en la adolescencia implica un aluvión de cosas nuevas, una curiosidad por la vida destinada al descubrimiento de sí mismo y los otros y un interés por lo diferente.

Ya no es más el tiempo de la utopía, ahora debe reconocerse y buscar un lugar diferente en el mundo, en las generaciones y en las diferencias sexuales. Una pregunta que los atraviesa y pasa a primer plano, interrogándolos profundamente es la referida a la identidad sexual: ¿para qué?, ¿con quién?, ¿seré homosexual o heterosexual?

La voz como medio de aproximación

Al ser un hecho la maduración sexual, se reactualizan las fantasías, teorías y experiencias infantiles edípicas: ¡todo puede llegar a ocurrir realmente! Por ello los contactos familiares se rehuyen y el conflicto se torna inevitable.

La sexualidad busca una salida y, por la

Parecerse al padre del mismo sexo

prohibición, los padres quedan excluidos expresamente como objetos eróticos, por tanto hay una exigencia de cambio de objeto de amor. El/la adolescente debe encontrar su propio lugar fuera de la familia.

Imagen del cuerpo en la adolescencia

El nuevo valor del cuerpo en la adolescencia –objeto posible para el deseo de otro– impone reorganizar la imagen del cuerpo para ponerla a prueba, más allá de la mirada de los padres.

El/la adolescente necesita reubicar los primitivos soportes identificatorios: si el soporte de la crianza ha sido la madre y el del Edipo ambos padres, en la adolescencia está relacionado con el otro sexo. Y esos soportes no llevan las mismas vías, ni tienen el mismo valor en la chica y en el chico.

En la joven se produce una reactivación del narcisismo. Es habitual que la aparición de las reglas provoque sentimientos de vergüenza y orgullo, que están en el origen del pudor femenino. Las modificaciones del cuerpo centran el interés por su apariencia, que ahora se asemeja a la de su madre y revive con ella la ambivalencia edípica. Es importante que la madre no responda al mismo nivel de la hija para no impedirle una discriminación adecuada, pues a pesar de la apariencia de “ser ya una mujer”, la hija es frágil y precisa aún ser sostenida.

Vínculo de amistad

Aquello que la joven busca en su padres, familiares o amigos es una mirada que confirme que su cuerpo ha cambiado y que es aceptado. La coquetería, la preocupación por el arreglo, el gusto por la ropa, los piercings, los tatuajes, son prueba de su anhelo de ofrecer una imagen deseable para los otros. El deseo que emerge en el otro sexo, posibilitará el surgimiento del suyo.

Estado amoroso

Para el chico, la voz es un medio de aproximación al otro sexo. En la vida del joven hay

un episodio, que habitualmente se olvida: el período más o menos largo del “cambio” de voz, que a veces es acompañado de afonía y origina angustia por la pérdida de dominio que le supone. La voz más grave, lo asemejará a su padre, con el cual se confrontará.

Si el padre posibilita una salida a dicha confrontación, el joven podrá ser un “Cyrano” que despliegue su voz en la declaración amorosa, en la escritura de las cartas de amor, así como en los juegos de palabras, en las bromas y en los chistes.

Creer implica parecerse al padre del mismo sexo. En la adolescencia se realiza la comparación y confrontación con la imagen parental idealizada –o no. Es el momento de las semejanzas y diferencias: no se trata de entablar una lucha en donde el hijo ocupe el lugar del padre o la hija el de la madre, sino de llegar a ser hombre o mujer, a la manera en que ellos lo son.

Juegos de seducción

DIFERENTES MANERAS DE APROXIMACIÓN AL OTRO SEXO

Juegos eróticos

Como se sabe, la adolescencia es el período de los grandes contrastes. Lo cierto es que la inestabilidad e incongruencia en el estado de ánimo tienen que ver con el conflicto entre los impulsos sexuales –con sus fantasías– y los intentos de ponerlos en armonía con el cuerpo y con la realidad.

A través de las experiencias –bien divergentes, o bien articuladas entre sí– el adolescente prueba y comprueba el proceso de su identificación sexual. Por ello, la puesta en marcha del deseo sexual es vacilante: los pasos adelante y atrás son característicos y necesarios de este momento.

Podemos mencionar diferentes maneras de aproximarse –o enfrentarse– al otro sexo:

El vínculo de amistad, el flirteo, las primeras

relaciones sexuales y el amor aparecen como intentos de situarse en la relación con el otro sexo.

Negación de la diferencia sexual

La accesibilidad del lazo amistoso: en el grupo de amigos el/la joven encuentra el estatuto, la identificación que la sociedad aún no les da, intentando afirmar allí su individualidad, su originalidad. En este contexto suele tomar prioridad el vínculo amistoso más que el sexual. Como si se optara por un tipo de relación escalonada, en donde el tema de la sexualidad pudiera quedar aparcado.

O también puede proclamarse la fraternidad en los vínculos amorosos, como un intento de relativizar las jerarquías entre sexualidad y amor.

Es un momento de intensa idealización de los/las amigos/as o de los amores platónicos. La experiencia del estado amoroso es más importante que el amor por otro/otra. Prueba de ello son los enamoramientos que se suceden unos a otros, o los que alcanzan límites paroxísticos. Estas exaltaciones del amor ponen en evidencia la fantasía de tejer un lazo pleno y total.

Esperar a la elección definitiva

Los juegos de seducción adolescentes son otra manera de dar ese rodeo necesario, para sostener la creencia en la relación con los otros. El galanteo y la coquetería testimonian la presencia de la ternura: en el ligue la chica se ofrece a la mirada y el chico muestra su nueva maestría con la palabra.

Los juegos eróticos están relacionados con la dimensión imaginaria del cuerpo: se trata más de crear un espacio íntimo de un cuerpo con el otro, de encontrarse a solas para experimentar el placer de acariciarse y besarse, que de llegar a un acto sexual.

Algunas dificultades de la sexualidad adolescente

Activismo sexual

A modo de ejemplo, entendiendo lo arriesgado

de la generalización ya que hay tantas adolescencias como adolescentes y es imposible dar cuenta de todas en este momento de transformación subjetiva, daremos unas pinceladas sobre algunas dificultades con que podemos encontrarnos en las consultas:

Las primeras experiencias sexuales, se dan sobre el propio cuerpo o sobre el otro sexo siempre se viven con algo de culpa, con la sensación de hacer, pensar, o desear algo prohibido.

La culpabilidad inevitable no es en relación al acto, sino a los fantasmas o fantasías amorosos y agresivos hacia los objetos de amor de su infancia, que suelen acompañarla. Freud ha señalado que sobre la sexualidad recae la mayor parte de la represión y al no poder darle salida, se transforma en síntoma.

Inhibiciones

En ocasiones se aproximan al otro con temor y vergüenza, simulan que no se interesan aunque deseen tomar contacto con ellos. De esta manera expresan una negación de la diferencia sexual, una marcada resistencia a relacionarse con el otro sexo. Muestran gran entusiasmo por los estudios y una adaptación a la vida familiar que en un principio es muy bien aceptada, pero que al persistir suele inquietar.

Otra forma en que se expresa la negación puede ser el acercarse a experiencias eróticas con adolescentes o adultos del mismo sexo. Esto puede adquirir un carácter de huida ante una situación temida, por ejemplo la violencia y el temor que puede suponer para la chica la desfloración.

Pero no siempre una práctica homosexual o heterosexual determina la identidad sexual. Es importante tenerlo en cuenta, ya que son frecuentes las consultas –tanto de los padres, como de los adolescentes– en que se presentan con angustia y dudas ante esto.

Si es una elección definitiva habrá que esperar para saberlo, pero siempre hemos de ayudarlos a no sentirse rechazados ni excluidos por la opción escogida.

El activismo sexual

Hay otros/as adolescentes que se precipitan en la sexualidad, van lanzados e intentan ligar sin límites, de forma compulsiva. Esta premura tiende más a resolver dudas, que a la posibilidad de establecer una verdadera relación con el otro/a. Quieren comprobar su identidad sexual quemando etapas, acortando el camino, buscando atajos que simplifiquen la complejidad del momento. Confunden el hacer con el ser.

Primeras relaciones sexuales

Esta huida hacia adelante también puede tener que ver en la chica por ejemplo, con una búsqueda de reconocimiento, un deseo de sentirse amada; y se vuelca en el chico esperando que la ayude a salir de relaciones conflictivas con los padres; con la posibilidad de huir del hogar. Por su parte, el joven necesita probar su virilidad, su potencia y su capacidad de conquista.

Muchas veces la poca claridad ante la pregunta ¿qué es una mujer? suele ser confundida con “ser una madre”. La chica busca asegurarse de que su cuerpo es el de una mujer y eso puede llevarla a “caer” en embarazos en épocas muy tempranas: Puede continuar adelante y/o esconder –y esconderse– la gestación hasta límites peligrosos, o abortar en edad gestacional avanzada, con toda la problemática que esto conlleva.

La soledad

La masturbación, presente desde otras épocas, aparece nuevamente con una intensidad propia de este momento de la vida, siendo también la manera de canalizar las fantasías sexuales.

Sexo y amor

Para algunos/as puede adquirir un carácter

compulsivo, acrecentando el encierro, el aislamiento, representando un intento por liberarse de la angustia ante la proximidad del otro sexo, más que una experiencia sexual en sí misma.

Hemos mostrado algunas de las problemáticas a las que se ven expuestos, pero también hemos de decir que al tratar el tema de los/las adolescentes no sólo se ha de hablar de riesgos y conflictos.

Hay quienes atraviesan este momento con dificultades sí, es inevitable, pero sin que les supongan situaciones de peligro y de contradicciones insolubles. Muchas veces es la incomprensión de los adultos lo que los coloca como problemáticos, o raros. Las diferencias generacionales son difíciles, pero si podemos escucharlos podremos, además de ayudarlos, incluso enriquecernos.

La adolescencia ante el amor y el deseo

Hoy en día, la mujer y el hombre no encajan con los modelos tradicionales; estamos en un momento de transición, de cambios en las formas de actuar y de pensar, también de sentir. Pero hay interrogantes que persisten para ambos.

Las primeras relaciones sexuales suelen confrontarse con la dificultad de sostener un equilibrio entre el amor y el deseo. El acto sexual no tiene para la mujer y para el hombre ni la misma función, ni el mismo valor: ella suele tener con la genitalidad una relación menos exclusiva que él.

El interrogante sobre ¿qué es ser una mujer? no tiene una respuesta clara y muchas veces las chicas creen encontrarla en el deseo del otro, de un chico. Así hay quienes aceptan una relación sexual “por amor”, sin sentir nada, sin acceder a gozar. Aman sin desear.

Otras veces, el miedo a perder ese amor que es

necesario para su autoestima, les lleva a renunciar a su deseo, se quedan “colgadas” de lo que el otro quiere, y esto le impide tomar sus propias decisiones.

En su relación con el otro sexo, la chica necesita sentirse amada, ya que si sólo hay deseo, puede llegar a sentir la pasión con sentimientos de ser como un objeto descartable, de aquellos de “usar y tirar”, con los concomitantes fantasmas de prostitución, de no ser valoradas, de ser utilizadas.

Por eso el discurso predominante en las jóvenes parece ser “el sexo implica amor, pero el amor no tiene necesariamente que implicar sexo”.

Será un desafío el combinar el deseo y el amor, cada una tendrá que inventar un punto en que el amor le sirva como sostén, para pasar por la experiencia del deseo y acceder al goce.

Por su parte, a los adolescentes varones se les somete a presiones psíquicas importantes: ser los más inteligentes, tener gran seguridad en sí mismos, no demostrar demasiado el afecto; no llorar, llevar la iniciativa sexual, ser sexualmente activo, por tanto el amor se les presenta más del lado de la debilidad.

Para ellos el discurso podría plantearse como: “el amor implica sexo, pero el sexo no implica necesariamente el amor”.

Pero esto tampoco es fácilmente sostenible, pagan así diferentes precios: el fracaso escolar; un cierto abuso de drogas desinhibitorias; la formación de pandillas, que pueden derivar en violentas; otras veces tener que hacerse cargo de una paternidad para la que no está preparado en absoluto, y un largo etcétera.

- Orientar
- Informar

Contención

CONCLUSIONES

Si bien la adolescencia es el período en que se

repiten los procesos primarios de identificación, las respuestas quedan en suspenso: se irán materializando a medida que los acontecimientos se vayan dando en la vida del sujeto: el encuentro del objeto amoroso; el establecimiento de la pareja; la llegada de los hijos.

Salir del universo familiar impone otro sentido a los padres que siguen siendo sin duda, representantes del mundo de los adultos, aunque su valor sea cuestionado. El lugar significativo promovido por el padre permite que desfilen otras inscripciones simbólicas en su historia. Al “ese eres tú” del narcisismo, pueden seguirle “soy yo, fulano de tal”, “soy hombre/soy mujer”, “Tengo tal profesión”.

Espacios para hablar

De esta manera, se pone en evidencia que el proceso de la adolescencia no sólo significa una repetición de los momentos infantiles sino que para el adolescente sirve para completar, reafirmar y validar los procesos identificatorios y hacerlo entrar en una historia posible.

No se trata de hacer una imitación de la vida adulta: crecer es aceptar la posibilidad de envejecer; es renunciar a la grandiosidad y omnipotencia del narcisismo infantil; es poder unir el deseo con el amor; implica ofrecerse –en tanto sujeto– como objeto de deseo a otro, para hacer la experiencia del deseo propio; es saber que el cuerpo excede la imagen del cuerpo; es saber que el goce sexual es parcial. Es también la posibilidad de responsabilizarse de los actos propios. Todo esto abre a una nueva forma de temporalidad: el futuro cambia de sentido, el pasado de valor y el presente de cualidad, puesto que no existe en el orden humano una garantía absoluta para la vida.

RECOMENDACIONES

Todos sabemos que es muy importante orientar,

Riesgo es la posibilidad de que ocurra algún hecho indeseable

informar, porque esto permite acompañar a los/las púberes y adolescentes frente a los cambios y las dudas que les asaltan.

Pero la información no es suficiente para cambiar los comportamientos. En la actualidad se tiene acceso a todo tipo de información y a pesar de ello se mantienen conductas de riesgo.

En algunas de las situaciones que hemos mencionado, en las que los riesgos son importantes es necesario que los profesionales puedan brindar una contención, un esclarecimiento que ayude a frenar, a poner límites a las actuaciones. Los adolescentes que se muestran arrogantes, que se ponen en peligro pueden estar pidiendo ayuda. Si aceptamos la pelea, se nos hará más difícil encontrar y dejarles encontrar vías de salida.

Los factores de riesgo pueden ser causa de daño, o actuar como moduladores del mismo

En cuanto a la demanda que los/las jóvenes hacen a los profesionales hemos de tener en cuenta que ésta no siempre es explícita, a veces necesitan dar rodeos para poder hablar y generalmente es mejor aceptado hablar del cuerpo enfermo o de sus disfunciones que reconocer conflictos, inhibiciones, tristezas.

Distinguir entre conductas de riesgo reactivas, propias de la adolescencia y aquéllas que entran en el terreno de la patología

Es importante brindar espacios para que puedan hablar. Y soportar nuestra propia angustia ante lo que nos plantean, saber callar y poder escuchar aquello que está tras la demanda manifiesta.

Saber esperar, dejar un poco de lado el tiempo de adultos, tan diferente al de los adolescentes. Intentar entender sus particularidades para comprender las paradojas que nos traen a las consultas; sin consentir ni juzgar cuando se ubican en el límite, ya que es la edad de los extremos: “todo o nada”; la edad de las experiencias, algunas más peligrosas que otras; edad que se vive intensamente y se olvida pronto.

Pero el que podamos realizar algo de esto no

depende sólo de la buena voluntad de cada uno. Es necesaria una formación continuada sobre: ¿Cómo entendemos la sexualidad de los/las adolescentes? ¿Cómo llevar adelante una entrevista en algunos casos? ¿Cómo hacer una correcta derivación, en otro? ¿Cómo ayudar a encontrar recursos?, y el poder trabajar con profesionales de otras disciplinas los desafíos que los jóvenes y sus familias nos plantean.

Las situaciones de riesgo son las que ofrecen un riesgo a toda la comunidad

LA ADOLESCENCIA: RIESGOS, DIFICULTADES Y PREVENCIÓN

Cuando se aborda la atención a la salud integral del adolescente debe prestarse una especial atención al concepto de riesgo, entendido como probabilidad de que ocurra algún hecho indeseable. Los riesgos no están aislados del contexto social, sino que se interrelacionan en una compleja red de factores e intereses sociales, culturales, económicos y ambientales. El conocimiento de los riesgos no debe ser la excusa para refugiarnos en el pesimismo ante el devenir de la juventud actual. Debe ser, más bien, el acicate para demostrar la necesidad de diseñar programas preventivos, organizar sistemas asistenciales que sean válidos, e intervenir cuando la ocasión lo requiera.

El interés por las situaciones de riesgo debe estar presente en la anamnesis del adolescente

Conviene distinguir entre factores de riesgo, conductas de riesgo y situaciones de riesgo.

1. *Factores de riesgo*: “son aquellos elementos que tienen una gran posibilidad de desencadenar o asociarse al desencadenamiento de algún hecho indeseable, o de una mayor posibilidad de enfermar o morir”. Los factores de riesgo pueden ser causa directa de daño o actuar como moduladores del mismo, en el caso de que influyan en las probabilidades de ocurrencia del mismo.

Ante una situación de riesgo que planteen los padres hacer un sosegado análisis y evitar la transferencia

2. *Conductas de riesgo*: “son aquellas actuaciones repetidas y fuera de determinados límites, que pueden desviar o comprometer el desarrollo psicosocial normal durante la infancia o la adolescencia, con repercusiones perjudiciales para la vida actual o futura”. Hay que entender que ciertas conductas de riesgo del adolescente son de tipo reactivo y no representan más que una manifestación, más o menos oportuna, de su camino personal hacia la autonomía y la independencia.

Valorar:

- Gravedad
- Duración
- Desarrollo del adolescente
- Funcionamiento diario

Los y las adolescentes necesitan explorar los límites, cuestionar las normas, enfrentarse a sus dudas y emociones, desafiar las potencialidades de su propio cuerpo y establecer unas nuevas formas de relación con los adultos. Son manifestaciones normales de la crisis fisiológica de la adolescencia. Solamente cuando estas situaciones se repitan con excesiva frecuencia o excedan los límites del comportamiento social aceptable, podremos hablar de conductas de riesgo.

En las conductas de riesgo suele existir conciencia del peligro que se corre. Pero prima un sentimiento de invulnerabilidad, una infravaloración del riesgo, y una necesidad de demostrar a uno mismo y al entorno la capacidad de desafío de la norma.

Valorar los trastornos adaptativos del adolescente

3. *Situaciones de riesgo*: “son aquellas circunstancias que ofrecen un riesgo a toda la

Tabla 1. Trastorno adaptativo (según el DSM-IV)

Aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable, dentro de los tres meses siguientes a la presencia de dicho factor.

Expresión:

1. Malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante.
 2. Deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica).
-

comunidad o grupo social". Una situación de riesgo que afecte a la adolescencia y juventud puede ser la permisividad en el uso de las drogas o las exigencias que se imponen en la práctica de determinados deportes. Una situación de riesgo que se ha relacionado con los trastornos de conducta alimentaria puede ser el excesivo culto a la imagen corporal.

CUANDO LOS PADRES CONSULTAN SOBRE EL RIESGO

Cuando los profesionales de la salud aceptamos atender adolescentes en nuestra consulta, debemos estar abiertos a recibir demandas de padres agobiados por problemas que derivan de esta crisis. Desde los pequeños robos hasta las huidas temporales del hogar paterno, pasando por el desorden en la habitación, el tan manido tema de los porros y otras sustancias tóxicas, las mentiras, el rechazo escolar, la violencia verbal o la pertenencia a grupos automarginados. Y esta enumeración representa solamente un botón de muestra de todas aquellas pequeñas alteraciones que, sin que se puedan etiquetar como patológicas, representan un punto de conflicto en la familia, en la escuela o en el entorno social del adolescente.

Para evitar ser víctimas de la transferencia de la

Las variaciones del estado de ánimo son motivo de consulta

La rebeldía del adolescente puede ser síntoma de un conflicto en el funcionamiento familiar

Tabla 2. Inquietudes de los padres (Neinstein)

-
1. La rebeldía del adolescente.
 2. La pérdida de tiempo.
 3. Las conductas de alto riesgo.
 4. Las variaciones en el estado de ánimo.
 5. La experimentación con drogas.
 6. Los problemas con la escuela.
 7. Los trastornos psicósomáticos (y su relación con el estrés).
 8. La actividad sexual.
-

Episodios de abulia:
plantearse el diagnóstico
diferencial con la depresión

Necesidad de explorar el
mundo

Evitar juicios de valor ante
un adolescente que
experimenta con sustancias
tóxicas

Orientación de los
problemas escolares que
presente un adolescente

angustia paterna o de los intentos de manipulación por parte del adolescente, se impone una reflexión y un **sosegado análisis** de estas situaciones que pueden ser frecuentes en la consulta diaria. Con una mirada optimista: la mayoría de los adolescentes que podemos etiquetar como “difíciles” dan más tarde un giro psicológico y, entre los dieciocho y veinticinco años, vuelven al “camino de la normalidad”. Pero, atendiendo la unidad bio-psico-social del adolescente, se hace imprescindible tener una adecuada preparación para ofrecer apoyo psicológico, para tratar tan bien las actitudes como los trastornos biológicos, y para orientar a las personas tan bien como diagnosticar las enfermedades.

El sosegado análisis propuesto debería consistir en valorar los siguientes puntos:

1. *La gravedad del problema.* ¿Se trata de la conducta habitual del adolescente, o ha habido un marcado cambio en ella?

2. *La duración del problema:* días, meses, años.

3. *El desarrollo del adolescente* respecto a su independencia, autoimagen, compañeros, escuela, identidad. ¿Se trata de una conducta consecuenta con su nivel de desarrollo?

4. *El funcionamiento diario.* ¿Son problemas tan graves como para interferir en las actividades diarias del adolescente en áreas como la escuela o las actividades sociales?

En la base de muchos de estos problemas se puede encontrar un “Trastorno Adaptativo” del adolescente, cuyos criterios diagnósticos, de acuerdo con el DSM-IV se describen en la tabla nº 1.

Síntomas psicósomáticos

LAS CONSULTAS MÁS FRECUENTES

Las situaciones difíciles por que puede

atravesar el adolescente y su familia pueden ser muchas y diversas. Enumero aquí algunas de ellas, atendiendo más a la frecuencia con que preocupan a los padres (tabla nº 2) que al propio adolescente.

Acción preventiva ante conductas sexuales tempranas

Son frecuentes las **variaciones del estado de ánimo** en el adolescente. Hasta un 15% de adolescentes entre 10 y 19 años necesitarán algún tipo de intervención terapéutica debido a problemas psíquicos. Pero aquí también conviene no tener ninguna prisa para establecer un diagnóstico ante cualquier cuadro de tristeza y astenia que pueda aparecer. El adolescente, por las características de su propia maduración, presenta, a menudo, síntomas depresivos o ansiosos que nada tienen que ver con la patología psiquiátrica.

Dificultades en su orientación sexual

La **rebeldía** (conducta disruptiva en el medio familiar, con agresividad, desorden y problemas de conducta) nos brinda la oportunidad de investigar la dinámica familiar y el concepto que los padres tienen sobre el uso de la autoridad en la adolescencia. A menudo el problema del adolescente es un síntoma visible de una patología del grupo familiar.

La **abulia** y el poco interés pueden ser características adaptativas del adolescente, en especial durante la primera etapa (retirada pasiva de los intereses o actitudes habituales, encierro en sí mismo, reclusión en la propia habitación, y síntomas más o menos encubiertos de tipo depresivo).

Pero va a ser la **necesidad de explorar** el mundo que le rodea lo que va a exponer al adolescente a riesgos que, a juicio de los adultos, son innecesarios. Son las conductas de riesgo que elevan las tasa de morbilidad y mortalidad en la edad adolescente. Destacamos la elevada incidencia de **accidentes** con vehículos motorizados de que es víctima el adolescente, con las secuelas que pueden acarrear y los subsiguientes problemas de

No culpabilizar, no descalificar, no medicalizar, contener la situación

adaptación.

Un tema importante es el de **la experimentación y consumo de sustancias tóxicas**. Habrá que ser cautos y diferenciar el uso ocasional o experimental de una sustancia de su consumo habitual o sostenido. En la primera situación será muy importante el apoyo que ofrecemos al adolescente y a sus padres, evitando moralizar. En los casos de consumo habitual habrá que contar con la colaboración de personal especializado.

Los **problemas escolares** representan otro motivo importante de preocupación por parte de los padres y profesores. La evaluación deberá comprender una anamnesis detallada, una exploración física minuciosa, y una sencilla exploración psicológica. El diagnóstico diferencial deberá incluir los problemas adaptativos del adolescente, la inhibición académica por falta de motivación, el trastorno por déficit de atención, o las dificultades específicas de aprendizaje.

Fortalecer los factores protectores

Tabla 3. Factores de protección en la adolescencia

1. Características personales

- a) Autoestima
- b) Autonomía
- c) Orientación social (no-individualismo)

2. Características familiares

- a) Cohesión
- b) Calidez
- c) Nivel bajo de discordia

3. Sistemas de apoyo social

- a) Estímulos adecuados
 - b) Reconocimiento de los intentos apropiados de adaptación, ya sea por parte del sistema escolar, instituciones, etc.
-

El estrés (que es una expresión de la inadecuación de la capacidad del adolescente con la demanda externa que recibe) supone otro motivo importante de consulta que, a menudo, se expresa con **sintomatología psicósomática**. El examen clínico completo y la adecuada explicación al adolescente constituyen el primer acto terapéutico.

Resiliencia

Finalmente, hay que considerar las consultas entorno a la **actividad sexual**, en un momento en que el adolescente puede ser víctima de una desconexión entre las circunstancias sociales (aplazamiento de la entrada en el mundo adulto) y los mensajes externos que propician el contacto sexual. A menudo nos podemos encontrar con **conductas sexuales tempranas**, marcadas por la impulsividad y sin la debida protección. Aumenta el riesgo de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual.

La resiliencia es la capacidad que tiene la persona para resistir, demostrar fuerza y no deformarse a pesar de las adversidades

Otra dificultad, no menos importante, se puede derivar de las dificultades en la **orientación de la identidad sexual**. Los estudios más recientes sitúan en un 4,5% la prevalencia de atracción homosexual entre adolescentes, con un 10,7% de sensación de inseguridad ante dicha orientación. Ante estas situaciones, que empiezan a ser motivo de consulta, el profesional de la salud deberá mostrar una actitud abierta, evitando juicios de valor y demostrar sentirse cómodo ante el adolescente y su familia.

¿CÓMO ACTUAR?

Construir la resiliencia

La actuación terapéutica del profesional de la salud puede ser muy compleja y deberá abordar distintos y variados aspectos por lo que se refiere al adolescente, a su familia, y a su entorno. Pero, a modo de esquema, podemos afirmar que se basa en los cuatro puntos siguientes:

Dotar de habilidades

1. No culpabilizar.

2. No descalificar.

3. No medicalizar de entrada. Si bien la

La construcción de la resiliencia se basa en los contactos con todo el entorno

Personas

psicofarmacología ha avanzado mucho en estos

Colaboraciones

últimos años, y puede ser de gran valor en el

Actividades

enfoque terapéutico, conviene ser muy cautos a la

Lugar

hora de prescribirla.

4. Contener la situación con técnicas verbales, sin emitir juicios de valor. En muchas ocasiones, más que una psicoterapia estructurada, son útiles la orientación y el apoyo prestados al adolescente, a la familia y a los maestros, que pueden englobarse en el término de “counseling”.

La educación de la resiliencia se basa en:

PREVENIR, MEJOR QUE CURAR

La promoción de la *salud integral* del adolescente se basa en fortalecer los factores de protección y prevenir los de riesgo. Los factores de protección son los recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto del riesgo, sin anular la riqueza de experimentación personal que supone el crecimiento del adolescente entre los riesgos.

Conocer la realidad

Los factores protectores pueden ser inherentes a las características personales del individuo, a las características de su entorno familiar, o a las características de los sistemas de apoyo social (tabla nº 3).

Conquistar la independencia y la autonomía

RESILIENCIA: PALABRA CLAVE

La “resiliencia”, para la física, es la cualidad que tienen los materiales para no deformarse ante presiones y fuerzas externas, la capacidad de resistencia al choque. La resiliencia es el antónimo de fragilidad.

Ampliar posibilidades de conexión

La aplicación de este término a las ciencias de la salud surge de una pregunta: ¿por qué algunos individuos que crecen en situaciones de adversidad son capaces de madurar de forma saludable y productiva, mientras que existen individuos que parece que jamás serán capaces de superar las adversidades experimentadas durante sus primeros años de vida?

Permitir la exploración del entorno

La resiliencia se define como aquella capacidad

de la persona para resistir, demostrar fuerza y no deformarse a pesar de las adversidades. En la vida del adolescente, la fragilidad y la resiliencia van a estar en función de la interacción entre los factores de riesgo y los factores protectores.

Mantener la capacidad de jugar, fomentar el sentido del humor

Un objetivo prioritario en la promoción de la salud integral de los adolescentes es el desarrollo de la resiliencia. Y este objetivo supone no evitarles las situaciones de riesgo, ni adelantarse a sus actos con intervenciones que limiten la posibilidad de poner a prueba sus propias capacidades.

Educar la capacidad de juzgar

La construcción de la resiliencia es el instrumento básico para hacer frente a las situaciones de riesgo (que no debemos confundir con conductas de riesgo) que limitan las posibilidades de éxito del individuo. **Construir la resiliencia** significa dotar al individuo de habilidades para la vida, reconocer la participación del entorno (escuela, familia y sociedad) y dotar cada unidad con los recursos suficientes para adquirir nuevas aptitudes.

Salud integral
=
agobio

A nivel individual se trata de desarrollar la auto-estima y la auto-eficacia (capacidad para reconocer las propias habilidades para realizar acciones positivas), mediante las relaciones interpersonales, las nuevas experiencias, y el aprendizaje de cómo hacer frente a los nuevos desafíos. A nivel social, se trata de crear redes amplias y definidas de recursos y medios que permitan al individuo obtener el apoyo necesario.

Prevención
□
agobio

El modelo básico de la resiliencia es el primer paso hacia un nuevo paradigma para programar criterios de prevención en salud y desarrollo en la adolescencia y juventud. Blum resume los elementos clave para la resiliencia con las siglas **PCAP**, de acuerdo con las iniciales inglesas de las palabras: Personas (“**P**eople”), Colaboraciones (“**C**ontributions”), Actividades (“**A**ctivities”) y Lugar (“**P**lace”).

Personas. El adolescente necesita la figura de un adulto que atienda sus necesidades globales y con quien pueda identificarse. Necesita también la proximidad y el acceso a un grupo de personas adultas comprometidas en su vida y sus problemas. El referente del adulto es un elemento clave para la autoafirmación personal.

Colaboraciones. Quien quiera planificar actividades preventivas para la salud integral de la adolescencia deberá ser capaz de aprovechar todas la oportunidades para comprometer en el proyecto a las familias, la vecindad y las estructuras sociales.

Actividades. Asimismo, habrá que promover actividades en los institutos y en el entorno social para que adolescentes y jóvenes puedan desarrollar el sentido de pertenencia.

Lugar. Y conviene disponer de lugares físicos para reunirse adolescentes y jóvenes, para compartir inquietudes y desarrollar relaciones de amistad, con supervisión por parte de los adultos.

Uno de cada 8 españoles es un adolescente

La mayoría de los adolescentes declaran gozar de buena salud

La mayoría de los adolescentes van a su médico de cabecera al menos una vez al año

Educar para la resiliencia

¿Cuáles son los elementos educativos fundamentales que habrá que potenciar para fortalecer la resiliencia en adolescentes y jóvenes? Se agrupan en seis categorías distintas que indican otras tantas vías de actuación:

Conocer la realidad. Tiene más resiliencia el adolescente que ha desarrollado el hábito de preguntar y ha obtenido respuestas honestas a sus preguntas. Esta es la vía para adquirir capacidad para el discernimiento y la intuición, y tener una percepción más transparente de lo que acontece a sí mismo y a los demás. El conocimiento genera tolerancia. Para que esto sea posible, precisan disponer de personas adultas, cercanas y honestas, a quienes dirigir sus preguntas.

Casi uno de cada 4 adolescentes no sabe dónde acudir cuando tiene un problema de salud

Avanzar hacia la independencia y la autonomía. Se puede conseguir cuando los adultos saben reconocer la capacidad que tiene el adolescente para orientarse según sus necesidades. El objetivo es generar una nueva forma de relación con la familia, donde la razón prime sobre el sentimiento.

Ampliar las posibilidades para conectar y establecer relaciones positivas con los demás. Aumenta la resiliencia en el adolescente que no se queda encerrado en su mundo concreto y sale a conocer la riqueza de posibilidades que le ofrece el entorno social. Así se complementa aquello que la familia no puede dar. La posibilidad de establecer una buena red de contactos sociales, a muy diversos niveles, potencia los factores de protección frente a las situaciones de riesgo. El objetivo consiste en establecer unas relaciones interpersonales que generen mutua gratificación, con equilibrio entre dar y recibir, y con un respeto maduro hacia el bienestar propio y de los demás.

A pesar de que las tasas de mortalidad han disminuido, la mayoría de los jóvenes siguen muriendo por causas potencialmente evitables

Potenciar la capacidad de explorar el entorno, animando a experimentar las

posibilidades que se le ofrecen. No es más que una forma de lucha activa contra los sentimientos de impotencia que muchas familias transmiten a sus hijos. El objetivo final es completar los proyectos y adquirir la capacidad para abordar problemas más difíciles.

Mantener la capacidad de jugar, como método para incrementar la creatividad y actualizar el sentido del humor. El adolescente (¡y el adulto!) que sabe jugar es capaz de imponer orden, belleza y objetivos concretos en el caos diario de experiencia y sentimientos dolorosos. Y, a través del sentido del humor, es posible contemplar lo absurdo de los problemas que nos acongojan y a relativizar los complejos cotidianos.

Educar la capacidad de juzgar y desarrollar el sentido crítico. El adolescente necesita una educación ética de calidad para juzgar la bondad o la malicia de los numerosos mensajes que le llegan. Necesita re-elaborar los valores que recibió de sus padres, considerando el servicio a los demás como una forma de compromiso social. El objetivo final es la educación de una conciencia informada.

PARA CONCLUIR

La tasa de actividad sexual de los jóvenes españoles es baja comparada con las de otros países occidentales

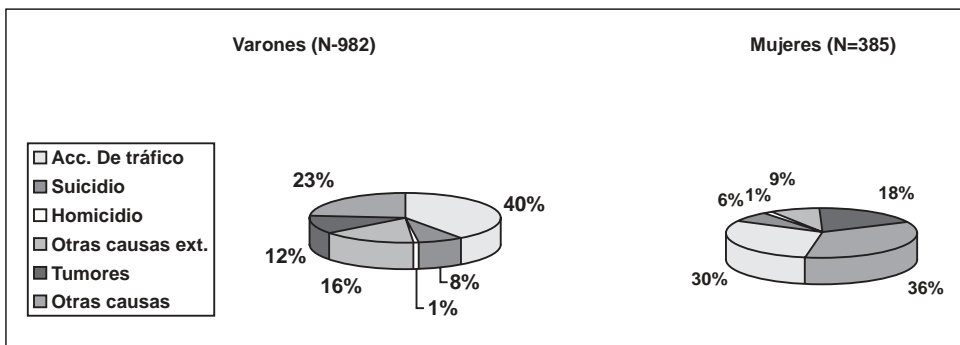


Figura 1. Causas de mortalidad. Jóvenes de 15-19 años. España, 1996.

Al considerar la compleja trama de elementos que se implican en el concepto de **salud integral** de la adolescencia, uno puede sentir una sensación de agobio. Los patologías que han sobrepasado los espacios sanitarios para ser noticia en los medios de comunicación (como pueden ser los trastornos de la conducta alimentaria) pueden acrecentar nuestro pesimismo con respecto a las posibilidades cada vez más complejas de tratamiento.

El preservativo es su método anticonceptivo de elección

Pero si somos capaces de hacer una abstracción para comprender todo lo que sucede durante la etapa de la adolescencia y juventud, podremos intuir que las posibilidades de prevención son muy amplias y efectivas. Nos hace falta conocer lo que representa la salud integral de la adolescencia, las situaciones de riesgo con que se encuentra, y los factores de protección que conviene incrementar.

Uno de cada cuatro embarazos en mujeres de 15 a 19 años acaba en una interrupción legal del embarazo

A partir de aquí, se tratará de desarrollar políticas que faciliten el incremento de los factores protectores, que permitan el acceso fácil de adolescentes y jóvenes a los servicios de salud y que fomenten la formación de aquellos profesionales que quieren dedicar su trabajo a esta tarea preventiva, desde la propia acción o desde la

Tabla 1. Actividad sexual y tipo de método anticonceptivo usado

	Actividad coital	Preservativos	A. orales	Coitus interruptus	Otros	Ninguno
Barcelona ¹ (14-19 a.)	12,9%	75,8%	9,0%	10,5%	–	4,2%
España ¹ (15-18 a.)	11,4%	84,1%	11,4%	–	4,6%	NC
Valladolid ² (15-19 a.)	21,5%	60,4%	7,7%	NC	NC	9,9%

¹ Población escolarizada.

² Población general.

NC = no consta.

formación de agentes de salud entre las propias filas de jóvenes y adolescentes.

LOS ADOLESCENTES EN ESPAÑA

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como el grupo de edad entre 10 y 19 años, diferenciando entre primera adolescencia o adolescencia precoz para el grupo de 10 a 14 años, y segunda o tardía para los de 15 a 19. Según esta definición, en España hay casi 5 millones de adolescentes, representando el 12% de la población. Sin embargo, el envejecimiento progresivo de la población hace que se estime que en el año 2005 sean cuatro millones (10% de la población).

Las chicas fuman en mayor proporción que los chicos

SU SALUD

Los adolescentes son un grupo al que tradicionalmente se ha considerado sano, y ellos

Dos de cada 5 jóvenes se han emborrachado al menos una vez.

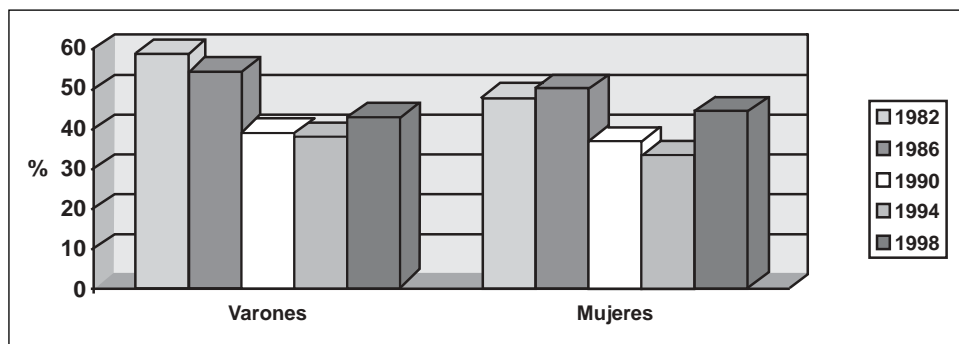


Figura 2. Consumo de tabaco en jóvenes de 15 a 24 años. Cataluña, 1982-98.

El 20% de los jóvenes han probado el cannabis, mientras que el consumo de otras drogas es inferior al 5%

Un 30% de los chicos y un 18% de las chicas que conducen lo han hecho alguna vez intoxicados. Un tercio ha subido a un vehículo cuyo conductor estaba intoxicado

La mayoría de los jóvenes viven con sus padres y mantienen una buena relación con ellos

Comunicación padres-hijos sobre drogas y sexo

parecen tener la misma opinión. En un estudio realizado en Barcelona puntuaban su salud con una nota media de 7,6 sobre una escala máxima de 10. Globalmente, los chicos valoran mejor su salud que las chicas.

Probablemente por ello se piensa que van poco al médico, aunque este *mito* no parece tener fundamento. Un estudio realizado en un centro de atención primaria de Toledo encontró que dos tercios de los adolescentes habían acudido a su médico de cabecera al menos una vez en el último año, mientras que en un estudio barcelonés la proporción llegaba al 70%. Las chicas acuden a su médico más a menudo que los chicos y presentan una mayor probabilidad de tomar medicación.

Los principales motivos de consulta en el CAP de Toledo eran las enfermedades del aparato respiratorio, la clasificación suplementaria (planificación familiar, problemas sociales y familiares, etc.), las enfermedades dermatológicas, las enfermedades del aparato locomotor, y los signos y síntomas. En una consulta privada de Barcelona el principal motivo por el que los jóvenes acudían era la revisión periódica, seguida por los signos y síntomas, y las enfermedades mentales.

Probablemente porque el límite superior de la edad pediátrica en nuestro país se sitúa en los 15 años, los médicos de adultos ven a la mayoría de adolescentes (57%), seguidos por los pediatras (14%) y otros especialistas (5%), mientras que un 18% de los jóvenes no saben quien es su médico de cabecera y un 5% adicional declara no tener médico de cabecera. Es decir, casi uno de cada 4 adolescentes no sabe a donde acudir cuando tiene un problema de salud.

Sin embargo, y a pesar de que la mayoría acuden a su médico de cabecera al menos una vez al año, siete de cada diez declaran que no pueden discutir con su médico cualquier problema que les preocupe, siendo los motivos más frecuentes para

no hacerlo la falta de confianza o el hecho de que siempre les acompaña un adulto.

MORTALIDAD

La tasa de mortalidad (por cien mil) ha disminuido de 34,6 en 1975 a 16,4 en 1996 para el grupo de edad de 10-14 años, mientras que para los adolescentes de 15-19 años ha bajado de 50,9 en 1975 a 41,2 en 1996.

Sin embargo, esta disminución de la tasa de mortalidad tiene su contrapartida en el aumento de la proporción de muertes por causas externa en ambos grupos de edad, y, sobre todo, entre los chicos, lo que explica que la razón de mortalidad varones: mujeres ha pasado de 1,5 en 1980 a 1,83, en 1996 para los adolescentes de 10 a 14 años y de 2,2 a 2,9 en el mismo período de tiempo para los de 15 a 19.

Aproximadamente uno de cada 3 adolescentes de 10-14 años muere por causas externas. En el grupo de 15 a 19 años, la proporción aumenta a dos tercios de los chicos y casi la mitad de las chicas. En 1996, el 40% de los chicos de 15 a 19 años fallecieron por accidentes de tráfico, el 8% por suicidio, el 1% por homicidio, y el 16% por otras causas externas. Entre las chicas de la misma edad, los accidentes de tráfico representaban el 30%, los suicidios el 6%, los homicidios el 1% y las demás causas externas el 9% (figura nº 1). Estas muertes son potencialmente evitables.

SEXUALIDAD

La proporción de adolescentes con actividad sexual coital en nuestro país es relativamente baja comparada con otros países occidentales. En estudios realizados en el medio escolar, entre el 11 y el 15% de los jóvenes declaran haber mantenido relaciones coitales, mientras que en trabajos

basados en poblaciones generales de jóvenes, la proporción aumenta hasta el 20%. La edad media del primer coito se sitúa alrededor de los 16 años.

El preservativo es el método contraceptivo más usado entre los jóvenes, con porcentajes entre el 60% y el 84% según los estudios, seguido por los anticonceptivos orales (del 6 al 11%), mientras que los demás métodos son usados por menos del 5% de los jóvenes. De todos modos, algo más del 10% usan el *coitus interruptus* y entre el 4 y el 10% no usan ningún método anticonceptivo (tabla nº 1).

La proporción de nacimientos en mujeres menores de 20 años era del 4,7% en 1975 y fue aumentando hasta llegar al 7,1% en 1980. Desde entonces no ha dejado de disminuir hasta llegar al 3,1% en 1996. Para el grupo de edad de 15 a 19 años, la tasa de interrupciones legales del embarazo en 1991 era de 3,9 por mil, lo que representa que uno de cada cuatro embarazos (26,1%) en este grupo de edad acababa en aborto.

Existen pocos datos referidos a las enfermedades de transmisión sexual (ETS) en adolescentes, pero en las encuestas de salud declaran haber tenido alguna ETS alrededor del 1% de los jóvenes. Sin embargo, el 10% de los casos diagnosticados de ETS en un centro especializado de Valladolid tenía menos de 20 años.

TABACO, ALCOHOL Y DROGAS ILEGALES

Uno de cada cinco jóvenes de entre 15 y 19 años de edad fuma a diario, siendo la proporción más elevada entre las chicas (25,6%) que entre los chicos (15,3%). Datos referidos a Cataluña, indican que en 1998 se rompió la tendencia a la disminución del consumo de tabaco entre los jóvenes que se había observado desde 1982, objetivándose un aumento del consumo entre los jóvenes de 15 a 24 años. Por primera vez, las chicas (45,4%) fumaban en mayor proporción que los chicos (43,1%) (figura nº 2).

El 82% de los estudiantes de 14-18 años ha consumido alcohol en los doce últimos meses, y el 41% se ha emborrachado alguna vez en su vida. El consumo de alcohol se produce fundamentalmente los fines de semana.

Uno de cada cinco jóvenes de 15 a 18 años ha probado los derivados del cannabis.

Un 4% han consumido anfetaminas o drogas de síntesis en los últimos 12 meses, y un 2,6% cocaína.

SEGURIDAD VIAL

En un estudio entre estudiantes de secundaria de Barcelona, un tercio de los chicos y casi una de cada cinco chicas que conducían lo habían hecho alguna vez intoxicados. Un tercio de los chicos y de las chicas de 14 a 19 años habían subido a un vehículo cuyo conductor estaba intoxicado.

Algo más de la mitad de los jóvenes siempre usaban el cinturón de seguridad y algo menos de la mitad el casco cuando circulaban en moto.

FAMILIA

La mayoría de los jóvenes tienen una buena relación con sus padres, y el 79% de los jóvenes españoles de 15 a 29 años de edad viven con sus padres. El 97% está más bien satisfecho con su familia y casi todos (98%) creen que la familia es bastante o muy importante en su vida. El 86% de los 15 a 19 años recibe dinero de sus padres para sus gastos. Un 22% acuden a su madre cuando tienen un problema personal, un 5% a su padre y un 13% a ambos.

A pesar de que el consumo de drogas y la sexualidad son dos de los temas que más preocupan a los padres, sólo un tercio de los jóvenes españoles declaran hablar sobre drogas en su casa y en el 71% de los casos opinan igual que sus padres, y un 21% de los jóvenes declaran hablar sobre sexualidad en su casa y únicamente en la mitad de los casos su opinión coincide con la de sus padres.