

Proyecto Interamericano de Estudios Superiores **3**

Proyecto Interamericano de Estudios Superiores

Proyecto Interamericano de Estudios Superiores

Proyecto Interamericano de Estudios Superiores

SEMINARIO AEE02
LA EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE SALUD Y EL
ENFOQUE DE RIESGO

LECTURAS:

KRAUSKOPF, D. "Las Conductas de Riesgo en la Fase Juvenil" Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad de Costa Rica. San José, 1995.

Alonso Castaño Pérez, G. "El Enfoque de Riesgo en la Intervención de Problemáticas Sociales". Resumen. Fundación Universitaria Luis Amigó. Madrid, España



Proyecto Interamericano de Estudios Superiores

LAS CONDUCTAS DE RIESGO EN LA FASE JUVENIL

DINA KRAUSKOPF

1. Introducción

En las décadas recientes se han hecho muchos avances en el campo de la salud y en la atención a la situación de la juventud. La prolongación de la esperanza de vida, la modernidad y la globalización con su gran gama de complejos estímulos, incrementa la necesidad de los adolescentes y jóvenes de encontrar, en las nuevas circunstancias que les rodean, los elementos para asumir los cambios biopsicosociales que experimentan en la construcción de un rol social que coincida con la identidad, organizar su comportamiento desde un hacer en el mundo que los objetive positivamente y sustente un proyecto de vida que dé sentido a su relación presente con el entorno, lo que en muchas áreas de América Latina incluye, además, las dificultades propias de la pobreza.

Los avances de la medicina tienen un gran potencial en la reducción del sufrimiento y en la prolongación de la vida, lo que ha permitido prestar una atención cada vez más especializada a las diferentes etapas del ciclo vital e incluso considerar las diferencias de género. Desde el enfoque de enfermedad se observó que la morbimortalidad juvenil tenía la particular y relevante característica de ser desecadenada por factores mayoritariamente externos y conductuales: drogas, accidentes, suicidios, fugas, deserción escolar, embarazos, ETS, violencia, lo que llevó a organizar la atención para los y las adolescentes a través de estas problemáticas. Esto dio lugar a que el concepto que se tenía, de la adolescencia como la edad sana, se pasara al énfasis de las conductas de riesgo y que los programas dirigidos a dicho período etario se enfocaran de modo específico para cada uno de los problemas. Así los adolescentes recibieron programas verticales como respuestas separadas a cada riesgo o daño: drogas, accidentes, ETS/SIDA, embarazo, sin articular un plan que atendiera la salud integral en la adolescencia. Las experiencias mostraron que los problemas se relacionaban y que además del daño y los comportamientos de riesgo, existían factores protectores por lo que los enfoques comenzaron a enriquecerse (Donas, 1992).

Por otro lado muchos de los aspectos en que los jóvenes afectan la tranquilidad social están asociados a comportamientos riesgosos; los y las adolescentes llamaron más la atención cuando eran externalizadores de problemas que cuando sufrían de depresión, aislamiento, abuso sexual, etc., lo que llamó poderosamente la atención de diversos sectores sociales, como los comunicadores, maestros, etc., y la juventud fue cada vez más identificada como un segmento poblacional problemático que a menudo alcanzó una perspectiva estigmatizada. Esto trae consecuencias riesgosas, pues el reconocimiento peyorativo de las personas que atraviesan el período adolescente, facilita la construcción de la identidad negativa (Erikson, 1974), ya que la valoración social contribuye a la elaboración de la identidad y la necesidad juvenil de ser reconocido como *alguien* lleva a preferir ser alguien temido, detestado que ser *nadie*.

Las agencias socializadoras como la familia, la escuela, los medios de comunicación, etc., se encuentran con nuevos contextos al enfrentar los cambios sociales y generan variadas respuestas y estímulos que buscan ser encauzadas en políticas de juventud que respondan al desafío de configurar las opciones apropiadas para este sector estratégico de la sociedad y pasar del signo de la problematización y exclusión juvenil, al signo de la incorporación positiva para el desarrollo personal y social.

Es, especialmente, en la década cumplida a partir de la declaración del Año de la Juventud en 1985, que se acumulan estudios, se promueven más perspectivas positivas, propuestas y programas que permiten tener una visión más compleja de la juventud, reconocer su relevancia en el desarrollo social, sus aportes y dificultades, la interacción de sus características con las posibilidades del entorno.

El concepto de riesgo en el período juvenil se ha destacado por la posibilidad de que las conductas o situaciones específicas conduzcan a daños en el desarrollo que pueden afectar tanto el conjunto de sus potencialidades como deteriorar su bienestar y salud (Weinstein, 1992). Actualmente, el enfoque de la atención a la salud juvenil, procura desde una perspectiva más integral y articulada *reducir los factores de riesgo, incrementar los factores de protección y brindar oportunidades de reconstrucción y avance de la situación*. La conceptualización de la salud se refiere por lo tanto a una meta, a un proceso, no a un estado, particularmente en personas que se encuentran en un crítico período de crecimiento y no atravesando una mera transición de la niñez a la adultez.

Con el objeto de señalar las principales dimensiones a considerar en una visión integral de los comportamientos juvenil de riesgo, iniciaremos el presente trabajo con una caracterización del enfoque de riesgo en la promoción de la salud, para luego diferenciar las conductas de alto riesgo de aquellos comportamientos que involucran los riesgos propios de los procesos de elaboración de identidad en la adolescencia, además de analizar la interrelación entre los factores de riesgo y protección con la vulnerabilidad, el daño y la capacidad para sobreponerse a la adversidad. Finalmente esbozaremos algunos lineamientos con las estrategias de intervención en la salud juvenil para favorecer el desarrollo pleno de las potencialidades, contribuir satisfactoriamente a su inserción social y disminuir la preeminencia de los procesos mórbidos.

2. El enfoque de riesgo en la atención de la salud

Riesgo implica la probabilidad que la presencia de una o más características o factores incremente la aparición de consecuencias adversas para la salud, el proyecto de vida, la supervivencia personal o de otros. El conocimiento del riesgo da una medida de la necesidad de atención y la integralidad de los factores que se toman en cuenta, aumenta la posibilidad de que la intervención sea adecuada. Sin embargo no conduce a la certeza de que el daño se produzca. Se ha constatado, por ejemplo, que el riesgo de tener un accidente es distinto para individuos y grupos de individuos de una población determinada (Suárez y Krauskopf, 1992).

El enfoque de riesgo asume que a mayor conocimiento sobre los eventos negativos, mayor posibilidad de actuar sobre ellos con anticipación para evitarlos, cambiando las condiciones que exponen a un individuo o grupo a adquirir la enfermedad o el daño -*prevención primaria*-; modificar sus consecuencias asegurando la presencia de servicios si el problema se presenta, al intervenir en la fase precoz del proceso mórbido y prevenir su desarrollo o propagación -*prevención secundaria*-. La *prevención primordial* se orienta a promover el desarrollo y las condiciones del mismo y la *prevención terciaria* se dirige a quienes ya están dañados o enfermos e interviene para tratar las manifestaciones patológicas, controlar la progresión y evitar mayores complicaciones, así como controlar su propagación (Silber, 1992).

El potencial del enfoque de riesgo consiste en fijar metas orientadas a identificar los factores conducentes a resultados indeseados, medir la asociación entre estos factores y los resultados para planear las acciones de intervención en la reducción de los daños (Backett, et al, 1984). Estas intervenciones se orientan por un lado a la generalidad de la población que puede ser afectada, pero en particular, se focalizan en aquellas que están más expuestas.

Está presente el enfoque de riesgo al enfatizar las acciones allí donde se encuentren las mayores posibilidades de emergencia de enfermedades, trastornos y daños, para los cuales deben reconocerse los *factores protectores* (apoyo familiar, vacunaciones, permanencia en el sistema educativo, trabajo seguro, acceso a servicio de salud); las *conductas de riesgo* (manejo de automóvil a alta velocidad, conductas impulsivas); y los *factores de riesgo* (desempleo, aguas estancadas) para llegar a su reducción o eliminación. Las acciones hacia las personas deben organizarse en función de la etapa del ciclo vital, género, contexto cultural y otros (Donas, 1994).

Jessor (1991) explica que, en la tradición epidemiológica, el concepto de riesgo se relacionó particularmente con los resultados conducentes a la morbilidad y la mortalidad y permitió grandes logros al controlar factores como la contaminación de las aguas, la reducción de los niveles de colesterol ligados a las enfermedades cardiovasculares, etc.

Este enfoque llevó también a identificar factores sociales y comportamentales como elementos conducentes al mayor riesgo de ser dañado, como por ejemplo la accesibilidad social al alcohol y el tabaco y el stress personal. Un factor de riesgo puede ser un eslabón en la cadena que lleva a la enfermedad o daño, como también puede ser un indicador de la presencia de ese eslabón, La utilidad de estos factores es que son observables o identificables antes de que se produzca el hecho que predicen. Un ejemplo simplificado sería predecir que si un muchacho conduce una motocicleta puede tener un accidente.

Por otro lado, el enfoque de riesgo condujo a la identificación de los factores protectores, entendidos como las condiciones que impiden la aparición del riesgo, de las conductas conducentes a él, por lo que disminuye la *vulnerabilidad* y favorecen la *resistencia al daño*.

Desde el ángulo de la atención de la salud, el ataque a los factores de riesgo tuvo un gran éxito en la reducción de problemas perinatales, de otros aspectos de la salud materno-

infantil y especialmente en la aplicación a los problemas cardiovasculares, pues la identificación de los factores significativamente asociados a la presentación de estos daños en las situaciones anteriormente mencionadas permitió aumentar la predictibilidad de su aparición y prevenirla actuando sobre ellos. Sin embargo, cuando se aplican estos criterios al desarrollo adolescente, las predicciones no se cumplen tan linealmente. Suárez (1993) da un interesante ejemplo de cómo el análisis psicosocial puede cambiar el peso negativo atribuido a los factores de riesgo al ejemplificar la conclusión existente en estudios estadounidenses de que el hijo de una madre latina adolescente soltera tiende a ser delincuente o drogadicto, conclusión que se vio modificada cuando se reconoció que la presencia en esos casos de una familia extensa, favorecía a los niños latinos en comparación con los anglosajones.

Es importante destacar que la situación puede ser de alto riesgo en un momento del ciclo vital y dejar de serlo en otro período. Esto se debe a que logros del desarrollo personal como son la *adquisición de capacidades* biológicas, psicológicas y recursos sociales influirán tanto como las *condiciones del entorno* de acuerdo al grado en que sean protectoras, peligrosas, incapacitantes, capacitantes. Su interacción con las potencialidades y destrezas personales determinará en buena medida la vulnerabilidad del individuo o grupo. Por lo tanto, las consecuencias destructivas del riesgo varían durante el ciclo vital en relación a los *procesos de maduración, las condiciones de protección y los recursos personales* para efectuar ajustes o integraciones transformadoras de la situación.

Además, los daños biológicos o psicosociales que un individuo experimente, pueden no hacerse evidentes en el momento mismo de las condiciones de riesgo: situaciones de la niñez afectarán aspectos que se presentan en la fase juvenil o vulnerabilidades sufridas en el período adolescente pueden influir negativamente la fase adulta. Así habrá comportamientos juveniles que en la adultez se traducirán en drogadicción, alcoholismo, delincuencia, SIDA (Weinstein, 1992).

3. Los problemas juveniles en el enfoque de riesgo.

El enfoque de riesgo, aplicado a la adolescencia, ha destacado particularmente las conductas riesgosas de los propios jóvenes como factor que conduce a la morbimortalidad. Como lo señala Irwin: "Los comportamientos asociados a la mortalidad y morbilidad predominante en la adolescencia comporten un tema común: la toma de riesgos".

3.1. Los daños

Los daños más frecuentemente encontrados son: accidentes automovilísticos, muerte por inmersión, embarazo indeseado, SIDA y otras enfermedades sexualmente transmisibles, suicidios, homicidios, otras lesiones no buscadas, drogadicción, comportamiento delictivo, promiscuidad crónica. Una encuesta nacional en Costa Rica reveló que, aun cuando las estadísticas de salud confirman los accidentes como uno de los daños relevantes en la adolescencia, no son identificados por este grupo etéreo, ni por sus familiares, como un problema que requiera atención prioritaria para prevenir el riesgo (Krauskopf et. al. 1992).

3.2. Las conductas como factor de riesgo.

Las conductas juveniles que se han identificado como factor de riesgo son: las relaciones sexuales, particularmente precoces, sin protección y con múltiples parejas; el consumo intensivo de alcohol y otras drogas, incluido el tabaco; la conducción de vehículos a edades tempranas y sin utilización de los elementos de protección (cinturón de seguridad, casco en el caso de las motocicletas), en estado de ebriedad o siendo pasajero de un conductor ebrio, propensión a peleas físicas, particularmente portadores armas blancas o de fuego (Departamento de Salud de los Estados Unidos, 1994).

Es interesante destacar la diferencia de género frente al riesgo señalada por Silber (1992) y que se refleja, por ejemplo en que los varones se ven más seriamente afectados en las estadísticas de accidentes, homicidios y suicidios. Es un hecho bastante generalizado, de que son mayores los intentos de suicidios en las mujeres y que los suicidios efectivos son más frecuentes en los hombres. En la misma línea, Weinstein señala que existe un mayor riesgo psicosocial entre los hombres que entre las mujeres, vulnerabilidad que es el resultado de su dificultad de acceso a la escolaridad y el empleo, su relación más riesgosa con las adicciones, la sexualidad, el sistema penal y la carencia de redes de apoyo.

3.3. Los circuitos de riesgo

Se ha establecido que en la adolescencia los comportamientos específicos que favorecen los daños de la salud se encuentran interrelacionados. Weinstein (1992:8) señala que "existen ciertos circuitos de riesgo y que el joven que ha ingresado a uno de ellos va adicionando vulnerabilidades de distinto origen". Irwin (1990) reporta estudios de diversos autores que observan la relación entre el alcohol, consumo de cigarrillos y accidentes vehiculares. El consumo de alcohol es considerado también un predictor de ingestión de drogas ilícitas y actividades de sexo no protegido. Silber (1992:550,551) concuerda con esta posición al señalar que una conducta juvenil aislada como fumar, puede ser el preanuncio de otras conductas de alto riesgo a corto plazo y sugiere que en tales circunstancias es recomendable evaluar más atentamente la posibilidad de uso de otras drogas, relaciones sexuales desprotegidas y tipificar los grupos de pares. Agrega que las conductas de alto riesgo ocurren con más frecuencia en adolescentes con un perfil psicológico "caracterizado por agresividad, excesivo énfasis con respecto a la independencia personal y la tendencia a actividades desviantes".

3.4. Predictores de mayor vulnerabilidad.

El inicio de ciertas actividades se torna un predictor más serio de riesgo cuando ocurre a menor edad. Así Weinstein destaca la incorporación temprana al empleo, al desempeño de trabajos marginales, la deserción temprana de la escuela, la iniciación sexual a menor edad. Bejarano y Jiménez (1993) destacan el inicio de la carrera alcohólica en las primeras fases de la adolescencia como un predictor de agravamiento de ésta y otras adicciones en el futuro.

Importantes factores que no provienen directamente de sus conductas han sido señalados como eslabones de riesgo que incrementan la vulnerabilidad juvenil y que están presentes en los contextos o medios sociales donde el individuo se desenvuelve y en sus antecedentes de personalidad. Entre los diversos factores vinculados a los comportamientos de riesgo durante el desarrollo adolescente, Irwin (1990), al igual que mucho investigadores, destaca el menor éxito académico y los problemas de comportamiento en el colegio. Señala que la literatura coincide en dar una particular importancia a los cambios ambientales que ocurren en el sistema escolar y destaca el pasaje de la escolaridad primaria a la secundaria. Estas y otras transiciones en la vida escolar tienen una naturaleza particularmente tensionante, que se traduce en comportamientos disruptivos frecuentes en la adolescencia. En América Latina existen diversos agravantes, como el hecho que en las zonas rurales de algunos países no existen establecimientos secundarios y se producen migraciones que pasan a engrosar las filas de jóvenes urbano marginales, sin mayor preparación para los cambios culturales y las necesidades laborales.

Varias investigaciones identifican la baja escolaridad o deserción como un factor asociado al embarazo adolescente. Krauskopf y Cabezas (1989) encontraron que, en el área metropolitana de San José, el embarazo se producía mayoritariamente en muchachas que ya habían desertado del sistema escolar, lo que coincide con otras investigaciones latinoamericanas y se diferencia de datos de EEUU, que señalan al embarazo como causa de deserción escolar (si bien parece estar asociado a previas dificultades en el rendimiento). En el área rural, por otra parte, establecer una unión es motivo de abandono escolar y dedicación al hogar, lo que incluye la procreación de los hijos (Porras, 1993).

Torres Rivas (1989) informa que, de acuerdo con el Censo de la Población Penal costarricense, efectuado en 1982, el analfabetismo continúa siendo la característica de muchos jóvenes delincuentes (40% de los menores de 17 años). Además el 63.4% tenía primaria incompleta y todos carecían de trabajo permanente.

Weinstein destaca algunas conductas que son producto de la situación de pobreza en América Latina como la incorporación prematura al empleo, al desempeño de trabajos marginales y la menor contractualidad, que conduce a falta de protección de su salud y derechos salariales; la desocupación prolongada; conflictos de tipo legal o penal, especialmente aquellos que conducen a experiencias de detención y reclusión; la repitencia reiterada durante la permanencia en el sistema escolar y la expulsión por causas académicas o disciplinarias, así como la deserción temprana del sistema, la carencia de redes de apoyo para enfrentar las dificultades que experimente en su familia, empleo, sexualidad, adicciones, estados depresivos, etc..

Diversos autores señalan que el ambiente de pobreza extrema implica mayor exposición a riesgos graves y menores recursos protectores; la conflictividad alta y crónica del medio familiar especialmente si va acompañado de abandono, maltrato, expulsión del hogar, presencia de alcoholismo, abuso físico y sexual; no tener familia, pertenencia a grupos de pares que se orientan a la transgresión social, a la violencia o a la adicción a drogas; permanencia en centros de reclusión legal, carencia de redes de apoyo (Blum, 1995;

Weinstein, 1992); no estudiar ni trabajar, carencia de opiniones de desarrollo de destrezas que permitan obtener autonomía y reconocimiento social. Es importante reconocer que entre los factores de riesgo se encuentran aspectos propios del funcionamiento psicológico y social del joven como son la baja autoestima y la ausencia de un proyecto de futuro.

4. Las conductas riesgosas en el período juvenil.

En el período juvenil los cambios biológicos, sociales y psicológicos replantean la definición personal y social del ser humano a través de una segunda individuación que moviliza procesos de exploración, diferenciación del medio familiar, búsqueda de pertenencia y sentido de vida, los que conllevan ansiedad transicional y vulnerabilidades específicas (Bloss, 1981; Ausubel, 1954; Erikson, 1974).

4.1. El contexto de la modernidad

La modernización ha traído una débil y frecuentemente contradictoria estructuración de la programación ofrecida a este período de crecimiento. En este contexto, lo cotidiano se constituye en un reto y a la vez en una incertidumbre en medio de la cual los y las jóvenes elaboran su identidad. Nuestra sociedad, a diferencia de las sociedades primitivas, no es clara para plantear requisitos públicos que incorporen a los jóvenes ritualmente como un miembro de reconocido valor.

Larson (1988) señala que "Si buscamos un equivalente del rito de pasaje adolescente en nuestra sociedad podemos ver que, en el presente, los desafíos esforzados que se designan para servir como demostración decisiva en los roles prestigiosos de nuestra sociedad, probablemente no sean tanto el vigor físico como la propia independencia personal y la capacidad para pensar y trabajar. Los proyectos académicos, las disertaciones y tesis se acercan más a esta descripción". Evidentemente tal opción sólo es accesible a un número reducido de jóvenes, y, que aún para ellos, estos ritos valoran sólo la esfera intelectual y no consideran los aspectos socioafectivos ni físicos.

Es posible que los comportamientos de riesgo como fumar, manejar carros audazmente, beber, sean equivalentes de ritos de pasaje, generados en la propia subcultura juvenil cuando no encuentran oportunidades de probar su pasaje a la adultez mediante la prueba de sus nascentes destrezas ante una sociedad que los acoja. En este sentido, los países que han implementado la entrega de la Tarjeta Joven, llenan parte del vacío señalado.

4.2. La identidad

La construcción de la identidad puede resolverse mediante el reconocimiento de características personales y la exploración de nuevas posibilidades desde la perspectiva de un compromiso futuro personal y de su sociedad. Cuando la conducta de riesgo aparece en esta dirección, puede ser parte del encuentro con la potencialidad y la experiencia enriquecedora. Es cada vez más evidente en los estudios actuales que ciertas conductas, aún cuando involucren riesgos "también pueden derivar en lo contrario,

constituyéndose en una fuente de aprendizaje y en una suerte de antídoto frente a eventuales daños (Weinstein, 1992:8).

Cuando las bases del desarrollo de la identidad son deficitarias, la afirmación adolescente se establece carente de un compromiso estructurante, que busque evitar los peligros para poder preservar los logros presentes y futuros. En cambio, se incrementan las conductas riesgosas que buscan la satisfacción inmediata o la autoafirmación a través de acciones efímeras que dan sensaciones de logro y reconocimiento.

4.3. Las opciones

La satisfacción o la insatisfacción con el rendimiento personal tiene implicaciones en el equilibrio personal (autoimagen), la inserción social (valoración social) y el desarrollo de capacidades para responder al presente y planificar el futuro. La ausencia de solución a estos problemas afecta la salud y el bienestar de los jóvenes, conduce a un incremento de los comportamientos de riesgo, y contribuye a una reducción de sus oportunidades de inserción social satisfactoria. En estas condiciones la juventud se hace vulnerable a la obtención de gratificaciones a través de conductas indiscriminadas de corto alcance, inmediatas y accesibles- para afirmar su autoestima, buscar sensaciones de éxito en el riesgo mismo, encontrar acompañamiento emocional en actividades peligrosas que no prevén consecuencias, o anesthesiarse (drogas, actividades masivas, juegos que los aíslan de la realidad) para no sentir la frustración aplastante; todo lo cual conduce al daño.

La apertura de oportunidades amplía los campos de experiencia, permite al adolescente contar con credenciales para una inserción exitosa y ofrece metas ante las cuales hay motivación para posponer pseudosoluciones inmediatistas riesgosas. La reducción de las reacciones negativas en cadena impide repetir las respuestas maladaptativas y no facilita las actitudes negativas de otras personas.

Si la situación en que se encuentran no brinda tal perspectiva, los adolescentes revierten hacia sí mismos la insatisfacción o desahogan su enojo contra el medio, lo que les provee la sensación de poder. Su vulnerabilidad ha aumentado y consiguientemente se incrementa reactivamente la predisposición a evadir la frustración mediante la satisfacción riesgosa y efímera de sus necesidades de autoestima y pertenencia.

4.4. Las conductas de riesgo

Concordamos con Jessor (1991) cuando sugiere diferencias entre 1) *conductas de riesgo* que son las que comprometen aspectos del desarrollo psicosocial o la supervivencia de la persona durante su desarrollo juvenil e incluso, en ocasiones, buscan el peligro en sí mismo y 2) *conductas que involucran riesgos*, que son propias de los y las jóvenes que asumen cuotas de riesgo (no muy diferentes de los adultos) conscientes de ello y como parte del compromiso y la necesidad de un desarrollo enriquecido y más pleno. Jessor considera infortunada la tendencia a considerar a todos los y las adolescentes como personas que tienen conductas de riesgo, por cuanto la generalización lleva a que las conductas de riesgo se expliquen por darse en adolescentes y no permite profundizar en

aquellos jóvenes que realmente tienen un estilo de vida consistente en conductas de riesgo (verdaderos factores de riesgo) cuya vulnerabilidad los constituyen en importantes grupos meta para la promoción de su salud, bienestar e inserción social.

La reformulación psicosocial del concepto de riesgo condujo a un análisis de costo beneficio de la conducta, lo que se hace particularmente importante en el enfoque que se dé a la juventud. Jessor (1991) ejemplifica su posición con las campañas antidrogas que le enseñan al adolescente a Decir No. Plantea que la posibilidad que los adolescentes abandonen un comportamiento tan riesgoso está relacionado fuertemente con la posibilidad que se le ofrezcan alternativas de satisfacción valiosas para ellos.

La insatisfacción y preocupación que los y las adolescentes tienen por su rendimiento personal (tanto educativo como laboral), la carencia de nutrientes socioafectivos y cognitivos, muestran su necesidad de un presente que les abra posibilidades de descubrimiento y certeza acerca de sus propias capacidades y valor. Esto es particularmente importante en las consideraciones de intervenciones preventivas, pues los aspectos que se tratan son de alta sensibilidad, intimidad y tienen numerosas implicaciones personales y socioculturales.

Jessor (1991:598) señala que "fumar, beber, conducción peligrosa de vehículos o actividad sexual temprana pueden ser formas de ganar la aceptación y respeto de los pares; en establecer autonomía en relación a sus padres, en repudiar la autoridad convencional, sus valores y normas, en manejar su ansiedad, frustración y anticipación del fracaso o en afirmar su madurez y mostrar la transición de la niñez a la adultez". La posición de Jessor no se orienta a justificar la permanencia de estas conductas sino a destacar la complejidad de la intervención para que logre ser efectiva.

5. Daño, factores protectores y resiliencia

En los aspectos anteriores hemos mencionado los factores de riesgo, y la vulnerabilidad. El panorama no quedaría completo (al menos en el actual nivel de aportes sobre el tema) si no se considera la *resiliencia*, factor importante que se refleja en la sorprendente capacidad que muestran muchos seres humanos de crecer y desarrollarse en medios adversos y alcanzar niveles de competencia y salud, que, en otros casos, no alcanzan individuos que no fueron sometidos a situaciones severamente traumáticas ni negativas.

5.1. Resiliencia

El término resiliencia, que Rutter (1992) conceptualizó con importantes investigaciones y desarrollos teóricos, proviene de una sociedad identificada en los metales, que pueden resistir los golpes y recuperar su estructura interna. Se refiere a la capacidad del ser humano de recuperarse de la adversidad y, más aún, transformar factores adversos en un elemento de estímulo y desarrollo. Se trata de la capacidad de afrontar de modo efectivo eventos adversos, que pueden llegar, incluso a ser un factor de superación (Suárez, 1993).

La resiliencia aporta una susceptibilidad menor al stress y disminuye la potencialidad de verse afectado por eventos negativos, incluso, algunos daños. Se refleja en el hecho que en momentos diferentes de la vida de las personas muestran mayor capacidad para enfrentar, resistir y recuperarse de factores que pueden ser destructivos.

Entre los factores que incrementan la resiliencia, Rutter (1992) destaca la exposición previa a la adversidad psicosocial con un enfrentamiento exitoso con la tensión y el peligro. Dosis graduales de enfrentamiento de dificultades puede operar de modo similar a las inmunizaciones. En cambio, la sobreprotección parece actuar en sentido contrario. Una posible explicación de ello está que, en la sobreprotección, las decisiones y sus consecuencias están en manos de otros, lo que fomenta un locus de control externo y el individuo no consolida su autoestima con la puesta a prueba de sus destrezas y el reconocimiento personal y social del resultado de sus responsabilidades, por lo cual se siente más a merced de los eventos externos. Por otro lado, el sometimiento permanente a adversidades y stress, parece reducir fuertemente el desarrollo de resiliencia (Grotberg, 1992).

5.2. Factores protectores

Señala Rutter que un mismo factor puede ser de riesgo y/o protector (por el desarrollo de nuevas actitudes y destrezas) según las circunstancias. Esto es, la reducción del impacto a la vulnerabilidad se produce al comprender más ampliamente el significado de peligro, haber tenido gradual exposición a este tipo de situaciones con posibilidad de responder efectivamente o contar con el respaldo necesario y aprender a desarrollar alternativas de respuesta que no sean destructivas, recibir de adultos significativos los modelajes apropiados para el desarrollo de respuestas para la solución de problemas que son parte del devenir humano. En un pequeño estudio efectuado en Costa Rica se pudo constatar que los adolescentes en cuyos hogares se comentaban los problemas que cualquier miembro afrontaba y se conversaba habitualmente sobre alternativas reales de solución o enfrentamiento, desarrollaban un mayor sentido de competencia para conducirse en situaciones adversas (Krauskopf, 1994).

La posibilidad de establecer una autoestima positiva, basada en logros, cumplimiento y reconocimiento de responsabilidades, oportunidades de desarrollar destrezas sociales, cognitivas y emocionales para enfrentar problemas, tomar decisiones y prever consecuencias, incrementar el locus de control interno (esto es reconocer en sí mismo la posibilidad de transformar circunstancias de modo que respondan a sus necesidades, preservación y aspiraciones) son factores personales protectores que pueden ser fomentados y que se vinculan con el desarrollo de la resiliencia.

Es necesario que la familia apoye el crecimiento adolescente; confirme el proceso de individuación; pueda analizar las nuevas expresiones que emergen de los cambios en la fase juvenil sin estigmatización; resuelva las dimensiones afectivas emergentes en el marco de una aceptación dinámica del sistema familiar; comparta las necesidades de los nuevos roles y pueda, desde una perspectiva empática, guiar, aconsejar, colaborar, supervisar. La protección que proviene del autocuidado físico (alimentación, ejercicios,

sexo seguro) del desarrollo de nuevos intereses, de gratificaciones a través de la expresión de talentos y participación social disminuyen la exposición gratuita al riesgo.

También son fundamentales los factores protectores externos. No es igual el destino de una adolescente embarazada que cuenta con la posibilidad de acceder sin repudio a control prenatal, que puede proseguir con su educación, que cuenta con el apoyo y orientación frente a su situación, que una joven a la que le ocurre lo contrario. Tampoco serán igualmente efectivos los talleres de prevención del SIDA para adolescentes que promueven las relaciones sexuales responsables, con capacidad de autoafirmación, locus de control interno y protección a través del uso del condón, si los factores protectores externos esperados no son congruentes. Ejemplos de ello pueden ser: la censura del vendedor de la farmacia ante la solicitud de condones, la dificultad de algunos funcionarios asignados a la capacitación para estar convencidos de la posición frente a la modalidad de prevención en sexualidad juvenil, el temor de muchachas de ser descubiertas con preservativos por sus padres, la incredulidad de los adultos acerca de la posibilidad que los jóvenes realmente tomen precauciones en momentos de tanto emoción, la angustia de aceptar la existencia de la sexualidad juvenil.

5.3. Factores predisponentes al daño

Factores que obstaculizan la estructuración de comportamientos de logro son los desafíos consumistas, efímeros que se ofrecen al sector adolescente y la mayor accesibilidad de participación en culturas de transgresión y evasión, al tiempo que las oportunidades de gratificaciones y opciones de relevancia social constructiva son restringidas.

Gresham (1986) destaca que los adolescentes que no han aprendido a enfrentar las situaciones resultantes de las tensiones propias de su desarrollo y de las condiciones del ambiente, han estado, frecuentemente, inmersos en hogares caóticos y modelos desprovistos de capacidad de contención y conducción.

Si la construcción de la identidad se da con sentimientos de valor personal y los esfuerzos por lograr la incorporación social van acompañados de reconocimiento positivo y un locus de control interno, se incrementa la protección frente al riesgo en las actividades exploratorias requeridas. Si, en cambio, la identidad se construye de modo confuso, incompleto, parcial, con sentimientos de desvalorización personal y exclusión social la vulnerabilidad será mayor y la propensión a adoptar conductas riesgosas para satisfacer la deprivación a cualquier costo, será más probable.

6. Estrategias de intervención frente al riesgo en la fase juvenil.

No pretendemos presentar en este apartado un estudio exhaustivo de los problemas y posibilidades que involucra el desarrollo de políticas de atención a los comportamientos del riesgo juvenil, sino entregar algunas reflexiones que constituyen modestos hitos en la complejidad del desafío. El análisis hasta aquí realizado permite concluir que la mayor parte de las causas de mortalidad y morbilidad en la fase juvenil son prevenibles. Para la prevención de daños y conductas de riesgo es necesario adoptar estrategias que

combiene adecuadamente la neutralización de los factores de riesgo, los límites a las conductas fuera de control, el fortalecimiento de los factores protectores e identificar no sólo aspectos individuales negativos, sino también los rasgos personales que permiten logros, integración social, autoimagen positiva.

Los programas sociales dirigidos a la juventud evidencian una fuerte preocupación por disminuir la vulnerabilidad y el daño a que se encuentran expuestos grandes contingentes de jóvenes latinoamericanos. Esta situación ha sido frecuentemente mencionada y se busca la focalización de los programas para jóvenes en alto riesgo. Una dificultad para ello es la definición y operacionalización de los grupos meta y de las áreas que deben identificarse para valorar su vulnerabilidad.

6.1. Instrumentos de valoración del riesgo juvenil

En la valoración de las conductas y factores de riesgo para la fundamentación de las estrategias de intervención y prevención, se han abierto vías en operacionalización del problema con el desarrollo de instrumentos que permitan evaluar la presencia de comportamientos de riesgo en los y las adolescentes. Entre estos podemos destacar a Hofmann (1990) quien tiene un enfoque orientado a la detección de aspectos psicológicos e interpersonales. La autora desarrolla un inventario psicosocial para la evaluación del comportamiento de riesgo en la salud que consta de seis apartados fundamentales: hogar, escuela, pares, relaciones sentimentales, uso de sustancias, comportamiento antisocial. Considera el deterioro del rendimiento como un signo de trastornos potenciales y señala como un elemento fundamental en la evaluación de comportamientos de riesgo para la salud, un nivel cognitivo pobre y la falta de involucramiento de los adolescentes en el aprendizaje de la toma de decisiones.

La Encuesta Nacional sobre Comportamiento Juvenil de Riesgo efectuada en Estados Unidos en 1992 construyó una serie de interesantes indicadores que incluían tanto comportamientos de alto riesgo, como factores asociados al riesgo y factores protectores, cada uno de ellos debidamente operacionalizado para su valoración (Departamento de Salud y Servicios Humanos, 1994).

Este tipo de abordajes requiere ser reenfocado de acuerdo a las características latinoamericanas tanto en estilos de vida como en relación a la presencia de contingentes de jóvenes que viven la exclusión, el empobrecimiento de opciones para el desarrollo cognitivo, la creatividad, del reconocimiento a su producción y carencia de suficientes opciones de inserción social reconocidas como valiosas.

Weinstein (1992) aporta la construcción de un Índice de Riesgo Psicosocial en Jóvenes que incorpora diez dimensiones de vulnerabilidad de reconocido valor como predictores de daño psicosocial durante la juventud o que repercuten en la adultez. Considera las siguientes dimensiones que somete a una ponderación de expertos: nivel socioeconómico, familia de origen, pares, adicciones, sexualidad, relación con la educación formal, relación con el empleo, relación con el sistema legal o penal, características psicológicas, redes de apoyo. Las dimensiones de más alta ponderación en este índice son la familia de origen y la relación con la educación formal.

6.2. Acciones de reducción de riesgo e incremento de la protección.

Es fundamental referirse al rol de los factores protectores en el comportamiento juvenil riesgoso. Como hemos dicho, un foco importante se encuentra en las oportunidades para el desarrollo de destrezas y la incorporación social. Roldán (1994) destaca tres ambientes ecológicos fundamentales en el desarrollo del niño y el adolescente: el útero materno, la familia y la escuela.

En relación a esta última destaca que no todos nacen con las mismas posibilidades de responder al sistema educativo formal. Desarrolla en Argentina una investigación acción que tiene como objetivos programáticos la detección de factores protectores y de riesgo para la salud adolescente en el ámbito escolar y desarrolla una experiencia exitosa de capacitación para docentes y autoridades escolares como agentes de salud. Especifica la necesidad de la detección precoz de la población en riesgo de ser eliminada del sistema educativo por dificultades de aprendizaje e indisciplina y considera necesario lograr la disminución de la cantidad de alumnos en riesgo por ausentismo, bajo rendimiento, sanciones, exclusión del sistema por autoridades.

Documentos de la Organización Mundial de la Salud (1989) reconocen la importancia del ámbito escolar, el papel que puede jugar en la prevención primaria y primordial y destacan la necesidad de promover estilos de vida saludables entre los jóvenes. Generalmente se analiza lo contrario, o sea, si los y las adolescentes satisfacen los criterios de éxito del sistema educacional. En este caso, la posibilidad de promover su salud queda bastante excluida del enfoque.

6.3. Grupos meta prioritarios

Si bien no pretendemos desglosar los grupos meta por su exposición al riesgo o presencia de daño, pues para ello es necesario en cada área la detección y planificación de estrategias prioritarias, nos referiremos someramente a algunos grupos que han sido coincidentemente identificados como relevantes.

La mayor parte de los análisis de los comportamientos de riesgo permiten concluir que entre los grupos meta prioritarios para la prevención de los comportamientos de riesgo están los *jóvenes desertores* y los adolescentes potencialmente desertores del sistema escolar.

Se trata de un factor de riesgo que se asocia a numerosos comportamientos que conducen al daño. Identificarlos, caracterizar las condiciones de su vulnerabilidad para poder proveer de instrumentos de acción a los establecimientos educacionales a través de su cuerpo docente, buscar soluciones para favorecer la permanencia satisfactoria de los estudiantes es área importante de desarrollar. Aun cuando los estudiantes no puedan evitar la deserción puede ser crucial orientarlos tras identificar sus recursos para el desarrollo de su proyecto de vida y la orientación que les permita reencauzarse constructivamente en el marco de sus dificultades. Otra área importante de focalizar es la *sexualidad adolescente*. Es con la preocupación por el embarazo adolescente que se

hacen más visibles los y las jóvenes y emerge la necesidad de incluir este segmento de la población en la agenda de la planificación de salud. Sin embargo, en la atención a la salud reproductiva es necesario incluir más enfáticamente los valores masculinos y el rol que le cabe al varón (Population Council, 1990). Por otro lado la preocupación por el embarazo parece seguir predominando, con lo cual cuando se buscan anticonceptivos no se considera necesariamente la prevención de enfermedades de transmisión sexual. Esta área implica además numerosos otros aspectos de tipo interpersonal e incluso en ocasiones de patología social: prostitución temprana, abuso sexual, etc.

La *migración rural-urbana* y la pertenencia a un estrato socioeconómico de *extrema pobreza* que requiere de los y las adolescentes el desarrollo de estrategias de supervivencia para la satisfacción de sus necesidades básicas: comida, vivienda, etc., incrementa la exposición a factores de riesgo. Las y los jóvenes para los cuales la calle es el espacio de satisfacción de necesidades importantes se encuentran desprovistos de muchos factores protectores.

Grupos de alto riesgo se encuentran en aquellos sectores cuyo comportamiento se encuentra fuera de control por pertenecer a *estratos con difícil acceso a las opciones y por estar sometidos a estimulaciones disruptivas* de particular intensidad por diversas razones (económicas, políticas, bélicas, marginalidad, impacto distorsionador de la modernización, carencia de empleo y educación), y que plantean el urgente desafío de encontrar las instancias posibles que den continencia apropiada y posibilidades de conducción a su cuidado.

Los y las jóvenes *transgresores, violentos, adictos* son grupos importantes de focalizar. Las experiencias basadas principalmente en el control social no han demostrado ser suficientes para conducir a la reducción de estas conductas ni los daños subsecuentes, y, en ocasiones han llegado a constituir factores de riesgo. Los programas de prevención, deben considerar además del nivel de detención y reclusión (cuando es necesario), la identificación más precisa del problema adolescente, la oferta de modelos integrales que permitan reparar aspectos deficitarios a través del ingreso voluntario a estos programas, los que a su vez se articulen con vías de inserción social que faciliten la autonomía y la productividad. Esto requiere la participación de promotores capacitados para motivar e informar a los y las jóvenes en las zonas de riesgo.

En relación a los *accidentes*, causa prioritaria de la morbimortalidad juvenil, cabe analizar la creación de nuevos enfoques que refuercen las medidas actuales. Es interesante constatar que la licencia de conducir, es de algún modo, uno de los pocos ritos de pasaje a la adultez que nuestra sociedad ofrece (los otros son alcanzados por los jóvenes que llegan a la escolaridad secundaria y con el derecho al voto), lo que podría contribuir a desarrollar programas preventivos vinculados a esta circunstancia.

6.4. La participación juvenil en las estrategias de prevención

Un aspecto que gana un reconocimiento metodológico creciente es la necesidad de incorporar a los propios jóvenes a las propuestas y a la ejecución de programas. Weinstein (1992:82) recomienda que "los programas sociales dirigidos a jóvenes en

riesgo psicosocial deben explorar estrategias comunicacionales que consideren los modos y fuentes de información que este grupo etario y social posee". Enfatiza que la información circule en el nivel local, motivando a los líderes cercanos a estos jóvenes para que su información y opinión pueda influirlos. Efectivamente estas estrategias, se han puesto en práctica exitosamente en diversos países latinoamericanos y constituyen una forma del trabajo de promoción de la situación de los jóvenes en riesgo que permite el avance integral y fortalecimiento.

La focalización de la atención implica tomar en cuenta que la presencia de los factores de riesgo se hace presente en la adolescencia temprana. Por otro lado en la última etapa de la adolescencia -17 a 20 años- las preocupaciones y las capacidades de autocuidado parecen incrementarse.

Hay una mayor conciencia de riesgos tanto en el plano sexual como en el campo de las drogas y los aspectos psicosociales de su desarrollo son más claramente percibidos. Estos jóvenes pueden ser capacitados para promover la salud en sus diferentes aspectos y actuar como agentes multiplicadores dada su fuerte interacción con los grupos de pares.

7. Consideraciones Finales

Es posible identificar sectores con mayor exposición al riesgo, con diversas valoraciones de la salud, con mayor o menor desarrollo de los recursos que permiten prever, fomentar y enriquecer la calidad de vida. Las diferencias biológicas y socioculturales definen que, además de los problemas de salud compartidos por hombres y mujeres, existen manifestaciones de la morbimortalidad que predominan o son exclusivos de uno u otro sexo, que tiene presencia mayor o menor, e incluso características diversas en las etnias, estratos socioeconómicos, ámbitos rural o urbano y particularidades muy importantes y críticas en al fase juvenil.

Las intervenciones preventivas de las conductas de riesgo consideran factores de riesgo y protección tanto internos como externos, así como la mayor vulnerabilidad a edades tempranas (adolescencia: 10 a 15 años) y la mejor capacidad de autocuidado y liderazgo en la promoción de la salud e inserción social en el período propiamente juvenil (15 a 24 años).

La participación juvenil en el diseño y aplicación de las estrategias es fundamental, así como la articulación con adultos que estén capacitados y convencidos de la adecuación de las acciones. La existencia de redes capacitantes, promotores de la calle que prioricen a los grupos insertos en los circuitos de alto riesgo, los ritos de pasaje que valoricen públicamente la incorporación a las responsabilidades adultas, son apoyos importantes en el desarrollo de las acciones.

Finalmente, es importante concluir con Perry y Jessor (1985), cuando señalan que la promoción de la salud frente a las conductas de riesgo no es simplemente materia de responsabilidad personal. El contexto inmediato de las vidas, el modelaje de la personalidad y el rol social guardan relación con factores económicos, sociales y políticos. Cambios en los enfoques sociales, en la estructura de oportunidades de

educación, empleo, recreación y desarrollo personal son parte esencial de un enfoque amplio de promoción de la salud, todo lo cual no puede ocurrir sin el aporte de aquellos interesados en investigar y actuar permanentemente en el compromiso de superar los aspectos de riesgo de la fase juvenil, en todos los niveles posibles.

Bibliografía

Ausubel, D. (1954) Theory and Problems of Adolescent Behaviour. Editorial Grune y Stratton, Nueva York.

Backett, E.M.; Davier, A.M., Petros-Barvazian, A. (1984) The Risk Approach in Health Care. World Health Organization. Public Health Papers. No. 76. Geneva.

Bejarano, J. y Jimenez, F. (1993) El Consumo de Drogas en el Adolescente Costarricense. En Adolescencia y Salud. Tercera Antología. Programa de Atención Integral al Adolescente. Caja Costarricense de Seguro Social. San José.

Blos, P. (1981) La Transición Adolescente. Amorrortu Editores, Buenos Aires.

Blum, R. (1995). Asesoría al Seminario sobre Indicadores de Desarrollo Adolescente. Asociación para el Estudio de la Adolescencia y OPS. San José.

Braín, L.S. (1986) Adolescent Suicide-Assesment and Management by Primary Care Phisician. Seminars in Adolescent Medicine. Vol. 2, No. 4.

Department of Health and Human Services. (1994) Health risk Behaviours Among Adolescents. Who Do and Not Attent School. United States, 1992. Morbydity and Mortality Weekly Report. Vol. 43. No. 8. Estados Unidos.

Donas, S. (1994) Nuevas consideraciones sobre protección y riesgo. Jornadas Internacionales de Adolescencia. Congreso Latinoamericano de Pediatría. San José.

Donas, S. (1992) Marco Epidemiológico-Conceptual de la Salud Adolescente. OPS. Representación de Costa Rica. San José.

Erikson, E. (1974) Identidad, Juventud y Crisis. Editorial Paidos, Buenos Aires.

Gresham, F.M., & Lemanek K.L. (1986) Social Skills and Interpersonal Problem Solving Skills in Suicidal Adolescents. Seminars in Adolescent Medicine. Vol. 2 No. 4.

Grotberg, E.H. (1993) Promoting Resilience in Children: A New Approach. Documento de Trabajo. Civitan International Center. Birmingham, Alabama.

Hoffman, A.E. (1990) Clinical assesment and management of health risk behaviour. Adolescent medicine. State of the art rewiews. Vol. 1.No. 2 Philadelphia.

Irwin, Ch. E. (1990) The Theoretical Concept of At-Risk Adolescent. Adolescent Medicine. State of the Art Rewiew. Vol. 1 No. 2. Philadelphia.

Irwin, Ch. E, Millstein, S.G. (1987) Biopsychosocial Correlates of Risk - Taking Behaviours during Adolescence. Journal of Adolecent Health Care..

Jessor, R. (1993) Successful adolescent development among youth in high risk settings. American Psychologist.

Jessor, R. (1991) Risk Behaviour in Adolescence: A Psychosocial Framework for Understanding and Action. Journal of Adolescence Health. Nueva York.

Krauskopf, D. (1994) Adolescencia y Educación. Segunda Edición. Editorial EUNED, San José.

Krauskopf, D. (1994) Resultados preliminares del estudio en púberes costarricenses. Colaboración con el Proyecto Internacional Promoción de la Resiliencia en los Niños. CIVITAN International Center, División de Educación Básica de la UNESCO, O.P.S.

Krauskopf D., Calvo, J.A., Gutierrez, A.L. Miranda, D. (1992) Adolescencia en Costa Rica: necesidades de su atención en salud y sexualidad. Universidad de Costa Rica, Oficina Panamericana de la Salud, Caja Costarricense de Seguro Social. San José.

Krauskopf, D. y Cabezas, M. (1992). Condiciones psicosociales del embarazo en adolescentes. Aspectos psicosociales en el Area Metropolitana de San José. Segunda edición. Actualidades en Psicología, Vol. 5, No. 42. Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad de Costa Rica. San José.

Larson, R. (1988) The High School "Junior Theme" as an Adolescent Rite of Passage. Journal of Youth and Adolescence, Vol. 17, No. 4.

O.M.S. (1989) La salud de la juventud. Documento de referencia. Serie Discusiones Técnicas. Ginebra.

Perry, Ch. L. y Jessor, R. (1985) The Concept of Health Promotion and the Prevention of Adolescent Drug Abuse. Health Education Quarterly John Wiley e hijos, editores.

Porras, A.I. (1993). Condiciones psico-socio-culturales del embarazo de adolescentes primigestas en zona rural. V Congreso Internacional y Multidisciplinario de la Mujer. San José.

Roldan, C. (1994) Prevención de la violencia y el fracaso escolar. Jornadas Internacionales de Adolescencia. Congreso Latinoamericano de Pediatría. San José.

Rutter, M. (1992) Resilience: Some conceptual considerations. Conference on Social Change and Development in Adolescence: a Focus on the Americas. O.P.S. Washington, D.C.

Rutter, M. (1987) Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms. American Journal Orthopsychiatry. 57(3).

Silber, T. (1992) Prevención y Promoción de la Salud Adolescente. En Silber, T. Munist, M. Maddaleno, M. Suarez, E. N. Editores. Manual de Medicina de la Adolescencia. Serie PALTEX No. 20. Organización Panamericana de la Salud Washington.

Suárez, E.N. y Krauskopf, D. (1992). El enfoque de Riesgo y su Aplicación a las Conductas en la Adolescencia. Una Perspectiva Psicosocial. En prensa, OPS. Washington.

Suárez, E.N. (1993) "Resilience" o Capacidad de Sobreponerse a la Adversidad. En Medicina y Sociedad. Vol 16. No. 3.

Torres - Rivas, E. y otros (1989) Escépticos, Narcisos, Rebeldes: 6 estudios sobre la juventud. FLACSO. San José.

Weinstein, J. (1992) Riesgo Psicosocial en Jóvenes. PREALC. Santiago de Chile.

EL ENFOQUE DE RIESGO EN LA INTERVENCIÓN DE PROBLEMÁTICAS SOCIALES

Md. Guillermo Alonso Castaño Pérez
Médico y Cirujano. Universidad de Caldas
Especialista en Farmacodependencia –FUNLAM-
Magíster en Drogodependencias Universidad Complutense de Madrid
Coordinador Nacional Postgrado en Farmacodependencia
Fundación Universitaria Luis Amigó
E-mail: gcastano@sembrador.amigomed.edu.co

RESUMEN

El concepto “Enfoque de Riesgo”, propuesto desde la Salud Pública, para enfrentar la enfermedad y disminuir el daño y la mortalidad en las personas y comunidades, ha sido también extendido a la intervención de otras problemáticas sociales, porque permite ubicar grupos vulnerables y priorizar las necesidades de atención para ese grupo específico.

El presente artículo reflexiona sobre la multicausalidad de las problemáticas sociales, donde interaccionan múltiples Factores de Riesgo y los organiza en tres niveles (un nivel individual, un nivel microsocio (familia escuela) y un nivel macrosocio (comunidad, entorno)), tratando de explicar su participación en la ocurrencia de las problemáticas objeto de intervención del Proyecto Formación de Formadores en Prevención Integral. Estrategia de Desarrollo Humano y Comunitario: violencia intrafamiliar, delincuencia juvenil, violación, explotación sexual infantil, prostitución, embarazo en adolescentes y consumo de alcohol y otras sustancias Psicoactivas.

Finalmente el artículo propone una utilización muy específica del Enfoque de Riesgo en la intervención de problemáticas sociales: en el diagnóstico, para priorizar necesidades, como una guía para las intervenciones y para optimizar recursos.