

Medicina para adolescentes. Razones, necesidades y propuestas para desarrollarla

Dr. Arturo Perea Martínez,* Dr. Arturo Loredo-Abdalá,** Dr. Jorge Trejo Hernández,** Dra. Gloria López Navarrete,** Dra. Nancy T. Jordán González,** Dr. Armando Muñoz García,** • Lic. Psic. Martha Jiménez Gómez ** •

El lugar que ocupa la adolescencia dentro de la transición demográfica que vive el mundo es muy interesante. La modificación que ha sufrido la pirámide poblacional en diversas regiones geográficas desvía la atención de los sistemas de salud hacia este fenómeno con el objetivo de definir políticas y acciones que correspondan con estos cambios. En este contexto se estima que de los seis mil millones de personas que habitan el planeta, mil millones corresponden al grupo que se encuentra entre los 10 y los 19 años de edad, 85% de los cuales vive en los países en desarrollo.

En México, el XII Censo General de Población y vivienda y el Registro del Consejo Nacional de Población señalan que el 21.7% de los habitantes está constituido por adolescentes y acorde con el comportamiento mostrado en los últimos años, se estima que en los próximos 20, este porcentaje al menos se mantendrá igual (figura 1).

Las circunstancias actuales y la proyección del comportamiento que tendrá la población adolescente en el futuro inmediato y mediato, ha

llevado a las instituciones del estado incluyendo a las del sector salud, a la creación del Programa de Acción para la Atención a la Salud de las y los Adolescentes (PAASA) en el que se definen actividades orientadas a este grupo de población enfocadas a su atención integral, a la mejora de su salud y a resolver sus necesidades. Todas las estrategias del PAASA se desarrollan en un concepto claro de riesgo y resiliencia, buscando a través de la autodeterminación y el auto-cuidado, convertir a los adolescentes en agentes de cambio capaces de elevar su calidad de vida mediante acciones de prevención de enfermedades y de protección para su salud. Esto significaría, desde el punto de vista de la economía social y demográfica, un bono de individuos saludables y productivos ¹⁻⁴.

El PAASA es el programa señero nacional que ha llevado al desarrollo de acciones para que *en México, los y las adolescentes sean un grupo atendido con una perspectiva de inversión social en capital humano*, haciendo uso de las instituciones del Estado encargadas de dar una respuesta social organizada y real. Sin embargo, el PAASA no es la primera acción del Estado a favor de la salud de los adolescentes, pues desde 1975 el Instituto Nacional de la Juventud y Causa Joven trabajó sobre algunos aspectos sociales y de salud mental y también en la prevención de adicciones. Más tarde, en orden cronológico, aparecieron otras acciones como la desarrollada en 1994 por el Programa Nacional de Salud Integral del Adolescente con énfasis en aspectos de salud reproductiva. Más tarde, IMSS Solidaridad acerca los servicios

* Clínica para Adolescentes

** Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado
Instituto Nacional de Pediatría

•Los autores les agradecen su participación en la investigación del contexto demográfico del adolescente en México y en el mundo y en el análisis del modelo de terapia cognitivo conductual.

Correspondencia: Dr. Arturo Perea Martínez. Instituto Nacional de Pediatría. Insurgentes Sur 3700-C. Col. Insurgentes Cuiculco. México 04530 D.F. correo electrónico: aperea_m@yahoo.com.mx
Recibido: marzo, 2006. Aceptado: julio, 2006.

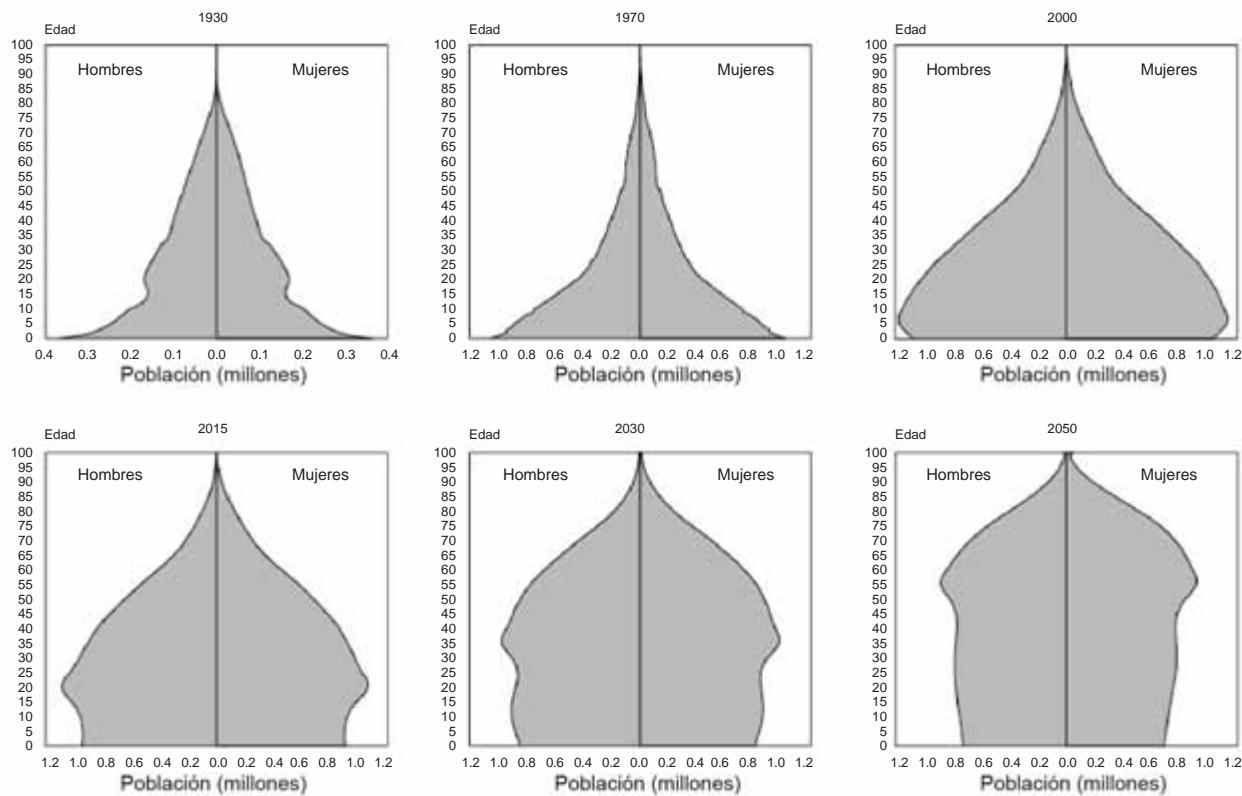


Figura 1. México: pirámides de edad para años seleccionados, 1930-2050.

Fuente: Estimaciones y Proyecciones del Consejo Nacional de Población, México, 2002.

de salud a las necesidades de los adolescentes del área rural con la creación de los Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA) y que promueven las mismas estrategias de salud que el PAASA enarbola en la actualidad, pero para las comunidades del campo. Finalmente, desde el año 2001 el Gobierno Federal constituye como programa prioritario el PAASA; logra que una parte de las instituciones y grupos que laboran para la salud de los adolescentes, encaminen sus acciones bajo las premisas de este programa.

Por lo tanto, todas las instituciones responsables de participar en este programa y particularmente las directamente involucradas en la salud integral de los niños y los adolescentes, habrán de actuar con máximo compromiso para dar respuesta a las necesidades de este importante sector de la población.

Precisar las necesidades y razones que determinan los porqué de la creación y ejercicio de un programa para la atención de la salud de los adolescentes no es una tarea fácil. La morbilidad y mortalidad de los adolescentes se deben sobre todo a enfermedades altamente previsibles, por lo que las acciones enfocadas a los riesgos son una prioridad del Sistema de Salud actual⁵.

En este trabajo se incluye una revisión breve y puntual de los aspectos más importantes de la adolescencia en el mundo y particularmente en México. Se hace énfasis en el alto porcentaje que constituyen los adolescentes en la población mundial y en los países del tercer mundo. Sobre morbilidad y mortalidad, se precisan las conductas específicas de riesgo que son determinantes en la salud y enfermedad del adolescente. Seis son los problemas sustanciales mencionados en esta revisión:

a) La *obesidad* como una de las dos grandes pandemias que tienen un impacto gravemente negativo en la salud y en la economía de los pueblos.

b) Las *adicciones*, que se inician hasta en 60 a 70% de los casos antes de los 18 años de edad.

c) La *salud reproductiva* de los adolescentes, constituye una prioridad en la prevención de embarazos a edades tempranas y generalmente no deseados.

d) La *salud sexual* en este grupo de edad, es un tema que demanda respuesta inmediata ya que hasta el 15% de los casos nuevos de infección por el virus de inmunodeficiencia humana ocurre entre los 15 y 24 años de edad.

e) La *violencia* aislada o asociada con las adicciones impactan severamente en los adolescentes: en los últimos 20 años es una de las primeras tres causas de muerte en este grupo de edad.

f) Los *trastornos psicoafectivos* y de ellos la depresión, igual que el fenómeno de la violencia, son problemas detonados por otras problemáticas médicosociales (adicciones y violencia); son una causa frecuente de muerte en el adolescente, mediante el fenómeno del suicidio.

Todo esto indica que las circunstancias de la adolescencia, su morbilidad y mortalidad, requieren la profesionalización de los responsables de su bienestar, su desarrollo y su salud. Es por ello, que en este trabajo se propone un modelo de evaluación y tratamiento de carácter cognitivo conductual, que representa una herramienta con la cual los profesionales puedan orientar, motivar y modificar conductas de riesgo de este grupo de individuos.

II. CONTEXTO DEL ADOLESCENTE

a. Demografía. La situación demográfica que viven los adolescentes en el mundo señala la importancia que tiene este grupo de la población dentro de las políticas y estrategias de acción que desarrollan todos los Estados, Sistemas de

Protección Social, instituciones y profesionales responsables de su bienestar. Alrededor de mil millones de personas en el mundo se encuentran entre los 10 y 19 años de edad, 85% de los cuales vive en los países en desarrollo. En México, alrededor de 22 millones de sus habitantes son adolescentes, lo que representa en aspectos de economía social, un “bono poblacional” para las próximas tres a cinco décadas. Sin embargo, de no atender a las demandas que esta parte de la población tiene en los ámbitos sanitario, educativo y laboral, el fenómeno se puede convertir en un polvorín de alto riesgo social. Así, *la calidad y eficacia que tenga el trabajo institucional y profesional de todos los responsables de la salud y bienestar del adolescente mexicano, realizado con una perspectiva de inversión social en capital humano, es la única garantía de esta circunstancia socio-demográfica para México*.¹⁴

b. Morbilidad/mortalidad. La mayor parte de las enfermedades y de las muertes en adolescentes, son resultado de conductas específicas de riesgo que por lo demás son altamente previsibles. Algunas de estas conductas son los malos hábitos alimentarios, la falta de ejercicio físico, el consumo de tabaco y alcohol, prácticas sexuales inseguras y las conductas imprudentes y violentas⁷⁻⁹. Se debe recordar que las llamadas enfermedades crónico-degenerativas que afectan a los adultos, son resultado de hábitos y costumbres adquiridos durante la infancia y la adolescencia, por lo que distintas acciones de prevención primaria y diversos programas de asistencia a adolescentes mexicanos se han puesto en marcha con la intención de abatir el impacto de los padecimientos que afectan al adolescente. A propósito de dichas enfermedades, se describe a continuación en forma breve cuáles son y el comportamiento que están teniendo¹⁰:

1. *Obesidad.* Enfermedad epidémica entre los adolescentes que se acompaña de un incremento en la predisposición a desarrollar diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica y

enfermedad cardiovascular desde esta etapa de la vida. En México la prevalencia de sobrepeso y obesidad afecta al 19% de los niños en edad escolar y hasta el 27% de los adolescentes^{11,12}.

2. *Adicciones.* Las adicciones en la adolescencia han aumentado considerablemente tanto en países en desarrollo como en los denominados del primer mundo. En EE.UU. por ejemplo, una encuesta en el año 2001 reveló que el 30% de los estudiantes de secundaria consumía tabaco y que la gran mayoría de los adultos fumadores había iniciado su adicción durante la adolescencia¹³. En México, la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998 mostró que el 61% de los fumadores en edad adulta inició el consumo de tabaco en su adolescencia¹⁴. Además el 4% de los individuos de 12 a 17 años tiene alguna adicción a drogas como marihuana, cocaína, psicotrópicos y otras.

3. *Salud reproductiva.* El fenómeno conocido como embarazo adolescente, es decir, embarazo de una menor de 19 años de edad, es un problema médico social con diversas repercusiones en el bienestar de las mujeres en esta edad. Aun cuando el número de adolescentes embarazadas ha disminuido gradualmente en países como EE.UU., su frecuencia actual es dos a nueve veces mayor que la de otros países desarrollados como Holanda y Japón¹⁵. En los países en desarrollo el fenómeno sigue teniendo una frecuencia elevada. En México alrededor del 20% de los embarazos ocurre en menores de 19 años, lo que significa un número elevado de recién nacidos hijos de adolescentes cada año. Además de representar una circunstancia especial y en ocasiones un riesgo para la madre y su hijo, el embarazo adolescente es también un reto para la pareja y las familias de donde proceden. Las repercusiones que tiene el embarazo en la salud perinatal, morbilidad y mortalidad de la adolescente y de su hijo, hacen necesario promover y desarrollar un perfil de responsabilidad en la conducta sexual y la salud reproductiva de los individuos de esta edad¹⁶.

4. *Salud sexual.* La frecuencia elevada de infecciones por hepatitis B, Chlamydia, sífilis, gonorrea y herpes genital durante la adolescencia, además de la infección temprana por virus del papiloma humano y del virus de inmunodeficiencia humana, ponen en evidencia la situación actual de conocimiento y responsabilidad del adolescente en su autocuidado y protección. El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de México señala que del total de casos de infección por VIH entre 15 y 24 años de edad, el 14% ocurre antes de los 19 años; esto refleja la necesidad de reforzar las acciones de prevención primaria de las infecciones de transmisión sexual y de igual forma que en el punto anterior, la necesidad de desarrollar un modelo de conducta sexual en los adolescentes del país¹⁷.

5. *Violencia.* En conducta social, el comportamiento violento de las nuevas generaciones ha superado cualquier expectativa. Durante los últimos 20 años, la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud en México revela que las primeras dos causas de mortalidad de los adolescentes son las lesiones por accidentes que en su mayoría ocurren asociada al consumo de drogas y de actos violentos, seguida por los homicidios que representan en sí, la expresión extrema e irreversible de la violencia entre las personas¹⁸⁻²¹.

6. *Trastornos psicoafectivos.* En el mismo informe de la Secretaría de Salud, destaca el suicidio en el tercer lugar como causa de muerte entre los adolescentes. Se ha demostrado que la frecuencia de trastornos psicoafectivos en la infancia y en la adolescencia, es cada vez mayor. Algunos informes describen tasas de depresión hasta del 10% en población adolescente, lo que asociado a otros factores como las adicciones, la violencia y otros, dan por resultado una frecuencia elevada y creciente del suicidio como causa de muerte²².

c. Acciones para la salud de los adolescentes. En respuesta al comportamiento del fenómeno de salud-enfermedad-muerte entre los adolescentes, el Sistema Nacional de Salud de México

en el marco del Plan Nacional para el Desarrollo, incluyó en el Programa Nacional de Salud de la actual administración, el Programa Nacional de Salud para la Adolescencia, que representa la continuidad del Programa de Atención a la Infancia y contempla entre otras acciones prioritarias las siguientes:²

1. Salud Sexual y reproductiva.
2. Enfermedades infecciosas y parasitarias.
3. Salud mental y adicciones.
4. Promoción a la salud y ayuda mutua.
5. Salud del Niño y del Adolescente.
6. Nutrición.
7. Acciones a emigrantes y pueblos indígenas.

Especificamente para los adolescentes se ha venido trabajando desde 1994 con un primer proyecto de atención llamado Programa Nacional de Adolescentes. En 1997 se crearon los Centros de Atención Rural para Adolescentes (CARA) y tres años más tarde se incorporó el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA) y el Programa de Acción para la Atención a la Salud de las y los Adolescentes (PAASA). Este último se ha desarrollado en un trabajo coordinado de la Secretaría de Salud a través de su Dirección General de Salud Reproductiva, de la Dirección General de Promoción de la Salud, del Consejo Nacional contra las Adicciones, del Centro Nacional para el Control del VIH/SIDA y del Centro Nacional para la Prevención de Accidentes en conjunto con los servicios de Medicina Comunitaria del IMSS e ISSSTE y las Academias Nacional de Medicina y Mexicana de Pediatría, además de algunas organizaciones civiles.

El PAASA incluye en su organización y desarrollo la participación del sector salud e instituciones públicas y privadas vinculadas con adolescentes, que sustenta su responsabilidad y su acción en las Normas Oficiales explícitas para este grupo poblacional y ejerce funciones en dos vertientes: atención a la salud y promoción de la salud con enfoque al riesgo².

d. Marco jurídico.² El respaldo legal con el que cuenta el PAASA incluye los preceptos, enunciados y reglamentos incluidos en los siguientes instrumentos jurídicos:

1. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
2. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
3. Ley General de Salud.
4. Ley General de Población.
5. Ley de Planeación.
6. Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público.
7. Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social.
8. Ley para la protección de los Derechos de la Niñas, Niños y Adolescentes.
9. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
10. Normas Oficiales Mexicanas.
11. Programa Nacional de Salud 2001-2006.

III. OBJETIVOS

A través de los directivos, administradores y profesionales de las instituciones públicas y privadas de los sectores de salud, educación y desarrollo social, de las organizaciones civiles interesadas y de la sociedad en general, se debe participar para cumplir con los siguientes objetivos:

- a. Estructurar equipos interdisciplinarios de profesionales e interesados en la salud integral de los adolescentes.
- b. Promover acciones que permitan otorgar a los adolescentes mexicanos, las condiciones necesarias para desarrollar sus capacidades y potenciales.

IV. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con los datos descritos, la morbilidad y la mortalidad del adolescente en México

y en otras partes del mundo, es resultado de un modelo de crianza y de vida lleno de riesgos, que hacen de la enfermedad y muerte del adolescente, circunstancias altamente previsibles en las que las acciones en la educación, la salud y la asistencia social son determinantes para el futuro de este grupo poblacional.

Ejemplo de la demanda actual de atención médica a los adolescentes en las instituciones del sector salud de México, es la proporción de individuos mayores de diez años atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría (INP), que alcanzó el 30.8% de las consultas y el 27.8% de las hospitalizaciones en 2004.²³

Ante esta circunstancia, el INP tiene como misión "desarrollar modelos de atención a la infancia y adolescencia a través de la investigación científica básica, clínica y epidemiológica, aplicada a las necesidades priorizadas de la población, a través de la formación y el desarrollo de recursos humanos de excelencia para la salud, así como de la asistencia en salud de alta especialidad con gran calidad y constituyendo un modelo de atención de clase mundial"; su visión es "ser la institución líder en la investigación con alto rigor científico, la formación de recursos humanos de alta calidad y los modelos de atención a la salud de la infancia y adolescencia y que impacte en los indicadores básicos de salud, en la disminución de los problemas relacionados con el rezago social y que propicie el ataque oportuno a los factores causales de los problemas emergentes, debiéndose mantener a la vanguardia en la formación del personal de salud y en los métodos y procedimientos de atención de alta calidad". En el INP, igual que en cualquier institución que ofrece asistencia a los adolescentes, se requiere un equipo profesional que a través de un programa estructurado para tal fin, dé respuesta a los compromisos que el PAASA demanda a las instituciones responsables de mantener la salud y el bienestar de los adolescentes.

V. MODELO DE ATENCIÓN

En base a los objetivos propuestos y en respuesta a las dos vertientes con las que se inicia el programa operativo del PAASA, se requiere definir un modelo de atención para la salud y la enfermedad del adolescente, que pueda ser adecuado y replicado en los diferentes sectores involucrados en el bienestar de este grupo de la población. La propuesta de acciones que definen un modelo clínico-social de evaluación y atención integral del adolescente, cubre los siguientes puntos:²⁴

1. Promoción de la salud con un enfoque a los riesgos.
2. Un esquema de diagnóstico, asistencia y prevención, orientado a promover conocimiento, actitud, autoestima y auto-cuidado.
3. Modificación de conductas de riesgo (intervención con el adolescente, la familia y otros).

El modelo se basa en las siguientes acciones:

Asistencia. Interdisciplinaria, interinstitucional y contextual.

Investigación. De los factores biológicos, sociales y psicológicos que determinan el estado de salud y enfermedad en el adolescente.

Docencia. Capacitación en un modelo de atención con enfoque a los riesgos, a través de entrevistas orientadoras y de motivación para el adolescente, su familia y demás individuos importantes en su entorno.

A. Asistencia.

Está formada por diferentes etapas y acciones para la salud o la enfermedad del individuo, su familia y su entorno escolar y social. Una entrevista inicial es un método general de evaluación aplicable a todo adolescente y su entorno, denominado Modelo de Atención al Adolescente, que permite valorar y asistir cada caso en forma individual, identificando el o los problemas del joven, además de las cualidades y obstáculos que éste y su familia tienen para desarrollar un

riesgo o enfermedad y en su caso, para recuperar su salud y rehabilitarlos.

1. El modelo.

• Precontemplación.

En esta etapa, el adolescente, la familia o ambos no conocen o son indiferentes al riesgo o a la presencia de una enfermedad; por ende, no existe ninguna intención o conducta de cambio. Es un momento en el que la posibilidad de asistencia depende de que uno o ambos actores tomen conciencia del riesgo, a través de la información que se otorga mediante las diferentes estrategias de promoción para la salud.

• Contemplación.

En el momento en el que el adolescente, la familia o los dos toman conciencia del riesgo que existe de una enfermedad. Generalmente ocurre a raíz de una experiencia desagradable o del señalamiento que un familiar o un amigo hacen a los involucrados. A partir de este momento existe una actitud de cambio o demanda de información y ayuda. Los profesionales cercanos al menor suelen ser consultados al respecto y deben recibir y analizar la inquietud de los demandantes, enriqueciendo la conducta de cambio y promoviendo confianza del adolescente hacia ellos.

• Preparación.

Durante esta fase, el adolescente y su familia habrán de adquirir los instrumentos que requieren para desarrollar una conducta de cambio; generar poder en ambos, a través de educación en la materia correspondiente (nutrición, crecimiento, resiliencia, etc.) y señalarles las cualidades particulares y de grupo que poseen para ejercer un cambio. También se investigan y se tratan de evitar los obstáculos potenciales para lograr el objetivo, entre los que sobresale el tiempo que piensan otorgar para tal fin y el deseo e intención de lograrlo.

• Acción.

En esta fase el adolescente y su familia inician las conductas de cambio. El profesional asesora, refuerza, distingue y reconoce los logros. Es deseable que el adolescente y la familia tengan conciencia del tiempo que requiere cualquier modificación del estilo de vida. Un esfuerzo menor a un mes prácticamente es insuficiente; no representa un avance. Un periodo entre uno y seis meses sí permite lograr el objetivo.

• Mantenimiento.

Una conducta con duración de medio año o más, logra alcanzar el éxito. A partir de este momento, el adolescente y el profesional deben mantenerse a la expectativa de riesgos y de recaídas.

1. Estrategia de motivación positiva para obtener una conducta saludable en el adolescente

Obtener un cambio en el estilo de vida de las personas requiere el esfuerzo del propio individuo y de su familia, de las instituciones y también de los profesionales. Para los adolescentes, las estrategias habrán de ser particulares y desarrolladas por personal capacitado. La motivación positiva para lograr una conducta saludable del adolescente es un gran reto y para ello se proponen las siguientes acciones:

Objetivos.

- Promover confianza mutua y mejorar la destreza en la elaboración de la historia clínica del adolescente.
- Describir los principios de consejería para el desarrollo de cambios de conducta en niños y adolescentes.
- Evaluar la disposición del adolescente al cambio.
- Describir estrategias para transmitir información y consejos, motivando positivamente cambios de conducta.

Las conductas que son deseables en el adolescente son:

- Dieta saludable.

- Incremento de la actividad física.
- Evitar el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
- Retrasar el inicio de una vida sexual activa.
- Desarrollar acciones de auto-cuidado en salud sexual.
- Vigilancia del embarazo.
- Obtención de autoestima, resiliencia y autonomía.
- Cooperación en el tratamiento de su enfermedad.

La entrevista con el adolescente se guía por las siguientes reglas:

- La comunicación permite opiniones de ambos actores.
- La opinión construye un ambiente de intercambio, negociación y entendimiento bilateral.
- La información tradicional del pediatra al paciente de forma unilateral, no incluye los aspectos psicosociales del individuo, por lo que debe obtenerse con un propósito contextual.
- Requiere tiempo, que estará determinado por los objetivos que desean alcanzarse en cada entrevista.
- Para el adolescente, la entrevista centrada en él, es más útil y productiva.

• Los siguientes componentes de la visita deben ser adaptados para el adolescente:

- a. Datos de la reunión.
- b. Respuesta a las emociones.
- c. Educación y motivación.

1. Para obtener la mayor cantidad de información sobre el adolescente y su entorno, se sugiere adoptar un proceso nemotécnico denominada por sus siglas en inglés como $HE_2AD_2S_3$, y que puede describirse de la siguiente forma:²⁵

- H (home). Hogar. Investigando la situación estructural y funcional de la familia del adolescente, la interpretación que hace éste de la misma, su sentido de pertenencia y el rol que reconoce desarrollar.

- E (education/employment). Educación/Empleo. Conocer el ambiente educativo esco-

larizado que vive el adolescente, su adaptación, aprovechamiento e interpretación que hace del mismo. En algunos casos, deben investigarse los mismos parámetros del ambiente laboral en el que se desenvuelve el individuo.

- A (activities). Actividades. Permite adentrarse en las actividades recreativas, deportivas y sociales en las que participa el adolescente, que representan uno o varios factores protectores para su crecimiento y desarrollo integral. De igual forma facilita la identificación de conductas de riesgo para el desarrollo o adquisición de enfermedades de diversa índole.

- D (Drugs/Depression). Drogas/Depresión. Este factor se refiere al ambiente de riesgo que se vive durante la adolescencia. Se debe indagar en forma indirecta o directa (si así lo permite la entrevista) acerca de las experiencias sobre el contacto o consumo de alguna droga aceptada o prohibida jurídicamente, que es un elemento necesario en la evaluación del adolescente. De igual forma, deben investigarse rasgos o presencia de enfermedades psicoafectivas o sus posibles razones.

- S (Security/Sexuality/Suicide). Seguridad/Sexualidad/Suicidio. A través de la entrevista, se valoran las conductas de seguridad o riesgo con las que camina el individuo en los ambientes en los que vive. Investiga su tendencia a asociarse en actos violentos, delictivos, etc.; sus conocimientos en sexualidad, su experiencia y su conducta en el mismo ámbito. Finalmente, evalúa los factores asociados o de riesgo de carácter personal y también de su entorno, que lo ubican en una condición susceptible de ejercer conductas de auto-agresión.

B. Investigación

Es fundamental identificar con precisión científica los factores que determinan el estado de salud y enfermedad del adolescente. En este contexto, además de la evaluación integral del adolescente, deben ser consideradas las características del

soporte y del capital social, que determinan el papel de la familia y de otras personas cercanas e importantes en la vida del adolescente, así como los recursos que el Estado ha provisto en el entorno social en donde viven éste y su familia, es decir la presencia y calidad de servicios de salud, educación y desarrollo social (soporte y capital social).

El comportamiento demográfico del adolescente en México hace estrictamente necesario establecer modelos de enseñanza en adolescencia, que permitan a los profesionales conocer las necesidades y demandas de esta parte de la población y solventarlas con una perspectiva de inversión social en capital humano, para formar individuos saludables y productivos que sean garantía del desarrollo social futuro.

El pilar de esta estrategia de atención es la capacitación de todos los profesionales responsables de preservar o de recuperar la salud del adolescente, incluyendo educadores, psicólogos, trabajadores sociales, sociólogos, médicos y otros más interesados o involucrados en el bienestar de este grupo social.

VI. CONCLUSIONES

1. El comportamiento demográfico de la población adolescente demanda acciones precisas y especializadas enfocadas al cuidado de su salud y a la promoción de su desarrollo y capacidades.

2. El PAASA define la responsabilidad de las instituciones encargadas del bienestar de este grupo de la población, a saber: cumplir con las funciones necesarias que les correspondan en la obtención de los objetivos del programa.

3. En cualquier institución pública o privada, es necesario que exista y que funcione un grupo de profesionales de diferentes especialidades, que trabaje en forma interdisciplinaria e inter institucional para atender a los adolescentes, dando respuesta con mayor acierto y puntualidad a las demandas de este grupo social.

4. La inversión social con expectativa de formación de recursos humanos, es el enfoque básico para atender a los adolescentes.

5. La formación de individuos sanos y productivos, hará real el "bono poblacional" que constituye el comportamiento demográfico que tiene la población en nuestro país. La falta de respuesta a sus demandas y necesidades, pone en alto resaldo el bienestar de la comunidad de ahora y del futuro mediato.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Estado Mundial de la Infancia 2000. Disponible en: www.unicef.org/sopanish/sowc00/.
2. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. Programa de Acción para la Atención a la Salud de la Adolescencia. En: Definiendo las prioridades de salud para las adolescentes. Secretaría de Salud. México CENSIA 2002.
3. Consejo Nacional de Población. Situación actual de las y los jóvenes en México. Diagnóstico sociodemográfico. México, CONAPO 2002.
4. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. 2002 Disponible en: www.inegi.gob.mx/est/contenidos/.
5. Irwin CE. Clinical preventive services for adolescents: Still a long way to go. *J Adolesc Health* 2005;37:85-6.
6. Irwin CE Jr, Burg SJ, Uhler CC. America's adolescents: where have we been, where are we going? *Adolesc Health* 2002;31:91-121.
7. Grunbaum JA, Kann L, Kinchen SA, et al. Youth risk behaviour surveillance-United States, 2001. *J Sc Health* 2002;72:313-28
8. Klein JD, Matos Auerback M. Improving adolescent health outcomes. *Minerva Pediatr* 2002;54:25-39.
9. Ackard DM, Neumark-Sztainer D, Story M, et al. Overeating among adolescents: prevalence and associations with weight-related characteristics and psychological health. *Pediatrics* 2003;111:67-74.
10. Elster AB, Kuznets NJ. AMA Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS): Recommendations and Rationale. Philadelphia, PA Williams & Wilkins 1994.
11. Ogden CL, Flegal KM; Carroll MD, et al. Prevalence and trends in overweight among US children and adolescents. 1999-2000. *JAMA* 2002;288:1728-32.
12. Hernández B, Cuevas-Nasu L, Shamah-Levy T y cols. Factores asociados con sobrepeso y obesidad en niños mexicanos de edad escolar. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición 1999. *Sal Publ Mex* 2003;45(S4): S1-S8.
13. Chassin L, Presson CC, Rose JS, et al. The natural history of cigarette smoking from adolescence to adulthood: demographic predictors of continuity and change. *Health Psychol* 1996;15:478-84.
14. Medina-Mora ME, Cravioto P, Villatoro J, Fleiz C y cols. Consumo de drogas entre adolescentes. Resultado de la Encuesta Nacional de Adicciones 1998. *Sal Publ Mex* 2003;45:16-25.
15. Feldmann J, Middleman AB. Adolescent sexuality and sexual behaviour. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2002;14:489-93.

16. Stern C. El embarazo en la adolescencia como problema público. Una visión crítica. *Sal Pub Mex* 1997;39:137-43.
17. Secretaría de Salud. Programa de Acción. Sistema de Vigilancia Epidemiológica SINAVE México 2001. Disponible en: www.dgepi.salud.gob.mx/sinave/pdf/manufalpdf/.
18. Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2005;62:225-38.
19. Loredo AA. Maltrato a niños y adolescentes. Ed. de Textos Mexicanos México 2004.
20. Loredo AA, Perea MA. Una visión internacional sobre la protección a los niños. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2000;57:669-71.
21. Perea MA, García PC, Loredo AA, Trejo HJ. Los derechos del niño. Un paradigma a considerar en la práctica pediátrica cotidiana. *Acta Pediatr Mex* 2003;24:361-5.
22. Saucedo-García JM, Montoya-Cabrera MA, Higuera-Romero FH, Maldonado-Durán JM, Anaya-Segura A, Escalante-Galindo P. Intento de suicidio en la niñez y en la adolescencia: ¿síntoma de depresión o de impulsividad agresiva? *Bol Med Hosp Infant Mex* 1997;54:169-75.
23. Archivo Clínico del Instituto Nacional de Pediatría 2005
24. Rollnick S, Mason P, Butler C. *Health behaviour change*. Churchill Livingstone USA 1999.
25. Greydanus DE, Patel DR, Pratt HD. *Essential Adolescent Medicine*. McGraw Hill Michigan USA 2005.