

La adolescencia: un reto para los profesionales de la salud

Diana Paola Betancurth L.¹, Consuelo Vélez A.²

Resumen

Objetivo

Analizar la producción académica sobre la situación actual de los adolescentes, la articulación con las políticas públicas y el reto para los profesionales de la salud.

Metodología

Se realizó una revisión temática mediante una búsqueda bibliográfica electrónica y manual en bases de datos internacionales como Scholar Google, SciELO y Pubmed, de 52 documentos (artículos, libros, informes oficiales y legislación oficial), publicados entre los años 1991 y 2012, utilizando los descriptores: promoción de la salud, estilo de vida, educación en salud, adolescentes y políticas públicas.

Resultados

La realidad por la que atraviesa la población joven genera un alto interés social, sin embargo las acciones han sido orientadas en su mayoría desde un enfoque reduccionista, con un predominio preventivo importante. Lo anterior impulsa a profesionales de la salud en la búsqueda de caminos efectivos en el desarrollo de la promoción de la salud, idealmente con una intervención temprana en la etapa de la adolescencia, antes de que sean asumidas conductas insanas o puedan ser abandonadas prematuramente.

Conclusión

Los adolescentes y jóvenes constituyen un segmento de la población cada vez más importante y sobre los cuales, los profesionales que ejecutan los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, deben procurar un abordaje integral.

Palabras clave: *promoción de la salud, estilo de vida, educación en salud, adolescentes, políticas públicas (Fuente: DeCS, BIREME)*

Artículo recibido: diciembre 26 de 2012 **aprobado:** marzo 27 de 2013

1 Enfermera. Magister en Enfermería. Máster en Investigación en Atención Primaria. Docente Departamento Salud Pública. Facultad de Ciencias para la Salud. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. E-mail: diana.betancurth@ucaldas.edu.co.

2 Enfermera. Epidemióloga. Doctora en Salud Pública. Docente Departamento Salud Pública, Facultad de Ciencias para la Salud. Grupo Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. Universidad de Caldas. E-mail: consuelo.velez@ucaldas.edu.co.

Adolescence: a challenge for health professionals

Abstract

Objective

To analyze the academic production on the current situation of adolescents, the articulation with public policies and the challenge for health professionals.

Methodology

A thematic review was performed by means of an electronic and manual literature search in international databases such as Google Scholar, SciELO and Pubmed. 52 documents were collected (articles, books, official reports and official legislation), published between 1991 and 2012, using descriptors such as health promotion, lifestyle, health education, adolescents and public policies.

Results

The reality being experienced by young people generates high social interest. However the actions taken have been oriented mostly from a reductionist approach, with an important preventive dominance. This encourages health care professionals in finding effective ways in the development of health promotion; ideally, with early intervention in adolescence before they assume unhealthy behaviors or may be abandoned prematurely.

Conclusion

Adolescents and youth constitute an increasingly important segment of the population. Professionals running programs for health promotion and prevention of disease should seek a comprehensive approach for them.

Keywords: Health Promotion, lifestyle, educational health, adolescents, public policies. (Source: DeCs BIREME).

Introducción

La situación actual del adolescente en el contexto colombiano lo convierte en elemento esencial para el trabajo sobre su desarrollo saludable. La salud de los adolescentes es un factor clave para el progreso social, económico y político de todas las naciones y en especial, en los países pobres o con desventajas, como es el caso de América Latina (1,2,3).

El hecho de invertir en ellos puede acelerar los progresos en la lucha contra la pobreza, la desigualdad y la discriminación por motivo de género (4). Por considerarse esta etapa de desarrollo aún en proceso de formación física, intelectual, emocional y moral, los adolescentes constituyen un terreno fértil para cultivar las bases de sociedades justas, solidarias, democráticas y productivas (5) Para Martínez, el desarrollo adolescente depende de sus fortalezas y vulnerabilidades, como también de los contextos de vida en que ellos se desenvuelven (6).

La etapa de la adolescencia ha generado durante las últimas décadas un buen número de investigaciones y un intenso interés entre los profesionales que intervienen este grupo, sobre todo debido a la notoriedad y gran preocupación social que suscitan muchas de las situaciones propias de este periodo (7) o a la vulnerabilidad ante las amenazas para desarrollar costumbres y hábitos insanos (8,9,10,11). Ésto exige un enfoque multidisciplinario de atención integral y el abordaje desde una salud pública positiva y en este sentido la promoción de la salud está orientada, más que a la reducción o eliminación de comportamientos que comprometan la salud, a estimular prácticas que la enriquezcan (12).

El objetivo del presente artículo es analizar la producción académica sobre

la situación actual de los adolescentes, la articulación con las políticas públicas y el reto actual para los profesionales de la salud.

Metodología

Se hizo una búsqueda bibliográfica electrónica y manual, utilizando los siguientes descriptores: promoción de la salud, estilo de vida, educación en salud, adolescentes y políticas públicas, en bases de datos internacionales Scholar Google, SciELO, Pubmed, y otras páginas oficiales como Biblioteca virtual en salud BVS-Adolescencia, Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Unión Internacional de Promoción de la Salud y de Educación para la Salud (UIPES). Se incluyeron textos publicados entre los años 1991 y 2012 que incorporaban en su resumen promoción de la salud y adolescentes.

En total se encontraron 52 documentos relacionados, distribuidos en artículos, libros, informes oficiales y legislación oficial. La literatura científica hallada se agrupó y organizó en las siguientes categorías: situación actual del adolescente en América y Colombia, adolescencia y políticas públicas, intervención temprana en la etapa de la adolescencia, clave para fortalecer comportamientos saludables y retos para los profesionales de salud.

Situación actual del adolescente en Colombia, América Latina y el Caribe

En el año 2009 la población mundial de adolescentes entre 10 y 19 años era de 1.200 millones, que constituía 18,0% del total; similar proporción se presentaba en los países de América Latina y el Caribe, siendo para Colombia del 19,0%. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó para ese mismo año que los menores de 15 años constituían el 25,0%

de la población en América y 29,0% en nuestro país (13). Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) las cifras sobre edades más tempranas (0 a 14 años) informan de un 27,9% para América y el Caribe y 28,8% para Colombia (2010) (14).

Según las estadísticas reportadas la participación porcentual de adolescentes en el total de la población disminuirá moderadamente de 19,6% en 2008 a 19,1% en el 2010 y a 17,9% en 2015 (Subregión Andina). La disminución progresiva se explica por la dinámica de transición demográfica en que se encuentran los países y que determina el envejecimiento de la población (15).

Una breve mirada a los indicadores sociales a escala mundial, nacional y regional evidencia las circunstancias actuales que atraviesan los adolescentes en esta etapa de la vida. Sin embargo, por su escasa probabilidad de enfermar o fallecer por causas endógenas –enfermedades– (CEPAL/Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ), 2007) (16) son menos reconocidos en su morbimortalidad específica y en consecuencia son poco visibles.

Bajo este panorama general, se observa que, en salud sexual y reproductiva, América Latina y el Caribe es la región donde en mayor proporción (22,0%) las niñas adolescentes afirman haber iniciado su vida sexual antes de los 15 años (4). En Colombia la edad promedio es de 18 años. El uso de métodos anticonceptivos en Colombia se incrementó en 13 puntos porcentuales entre 1990 y 2010; el 26,0% de los jóvenes entre 15 y 19 años usaban algún método de planificación familiar y el 59,1% en el grupo entre 20 a 24 años (17).

La tasa de partos entre adolescentes (2000-2008) fue de 76 nacimientos por 1000 mujeres entre 15 y 19 años, promedio regional para América Latina y el Caribe y Colombia presenta cifras superiores con un estimado de 96 nacimientos lo que significa que en nuestro país el 19,0% de las adolescentes ubicadas en este rango de edad ya es madre o está embarazada de su primer hijo (18).

Para la subcomisión de ética clínica de la Sociedad Argentina de Pediatría (19), como consecuencia de la maternidad, comienza una cadena de dificultades ligadas al abandono escolar (58,0%), inserción laboral temprana y cambio de roles dentro del entorno familiar, lo que reduce sus oportunidades futuras y sus posibilidades de realización personal. Adicional a lo anterior, el riesgo que significa para la salud de la madre y la de su hijo desde su inicio, pues la mayoría de las veces son embarazos no deseados y por lo tanto, no acuden tempranamente a recibir atención prenatal (20).

Otro factor que incide en la salud juvenil es la rápida expansión del VIH/SIDA en los años más recientes, y la vulnerabilidad que muestran los y las jóvenes ante esta epidemia (16). El índice de infección por VIH (2009) en jóvenes entre 15 y 24 años para América y el Caribe es el mismo para Colombia con una prevalencia de 0,2% para ambos sexos (4).

Con respecto al alcohol, tabaco y drogas, que representan un grupo significativo de hábitos no saludables, el consumo de tabaco presenta una prevalencia entre 13 y 15 años, en América de 22,6% para hombres y 21,4% para mujeres; en Colombia es igual para ambos grupos con un 27,0% (2000-2010) (13). El mayor porcentaje de uso actual del alcohol se presenta entre los jóvenes de 18 a 24 años, con 46,0% seguido del grupo de 25 a 34

años, con casi 43,0% y es de destacar que 19,0% corresponde a adolescentes entre 10 y 17 años (21).

En el ámbito nacional el empleo de sustancias psicoactivas, teniendo como criterio que hayan consumido alguna vez en la vida (marihuana, cocaína, tranquilizantes y solventes), se concentra en los jóvenes entre 18 y 29 años (22). De los resultados alcanzados en población escolar en Colombia, según el estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en el 2011 (23), puede señalarse que el consumo es un problema real que viene en aumento.

En Caldas, Antioquia, Quindío, Risaralda y Bogotá D.C., el uso de “cualquier sustancia ilícita” en el último año es significativamente superior al resto del país (cada uno de ellos supera el 13,0%). En cuanto a bebidas alcohólicas, los entes territoriales con mayor consumo de alcohol son Boyacá, Antioquia, Risaralda, Bogotá y Caldas con cifras entre 45,0% y 50,0%, es decir, el doble de aquellos departamentos con menores niveles de uso de alcohol.

De otro lado, en cuanto a la actividad física y nutrición, 12,5% de la población entre 12 y 17 años hace regularmente ejercicio o actividad física vigorosa en su tiempo libre (24) y el estado nutricional en Colombia, en adolescentes de 10 a 17 años, muestra una prevalencia de desnutrición crónica de 16,2%, global de 6,6% y de sobrepeso del 1,0% (2005) (25) Hidalgo y Güemes refieren que durante la infancia y adolescencia es necesario un equilibrado aporte nutricional y ejercicio físico para obtener un adecuado estado de salud, un óptimo crecimiento y desarrollo físico y psicosocial y ayudar al establecimiento de hábitos alimentarios saludables que permitan prevenir problemas de salud futuros (26).

La violencia es otra amenaza cuyos indicadores aumentan sin medida para los adolescentes. Al hacer el análisis de las principales causas de mortalidad para las Américas entre 15 y 24 años (2006) se encuentran: las agresiones homicidios (30,0%), accidentes de transporte terrestre (17,7%) y suicidios (6,07%) (27). Para Colombia, dentro de las primeras causas de enfermedad (2005) se destaca la depresión mayor unipolar, la cardiopatía hipertensiva y las agresiones entre 15 y 29 años (28) y dentro de las causas de muerte (2008) entre 15 y 44 años se evidencian las agresiones (homicidios) y los accidentes terrestres para ambos sexos (29). Durante el año 2010 se efectuaron 1.497 necropsias que fueron clasificadas en la categoría de muertes violentas de intención no determinada y en relación con el año anterior se presentó un incremento de 27,4% (322 casos), siendo éste el incremento relativo más alto de todas las muertes violentas. Entre 10-14 años se presentaron 46 casos, entre 15 -17 años 58 casos y entre 18-19 años 83 casos según el informe del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses(29).

Ante la perspectiva anterior la posibilidad de que los adolescentes abandonen conductas no saludables está relacionada, fuertemente, con la posibilidad que se les ofrezcan alternativas de satisfacción valiosas para ellos. La posición de Jessor citado por Krauskopf (12) no se orienta a justificar la permanencia de estas conductas, sino a destacar la complejidad de la intervención para que logre ser efectiva en los grupos meta, cuya vulnerabilidad demanda la promoción de su salud, bienestar e inclusión social positiva (30).

El cambio en la manera como se realiza el trabajo con este grupo poblacional, obliga a asumir el reto de buscar nuevas alternativas que dinamicen su abordaje,

a abandonar la mirada tradicional desde la complejidad de los factores de riesgo y retomar estrategias y acciones que potencialicen y refuercen los factores protectores bajo el direccionamiento del adolescente mismo.

Adolescencia y políticas públicas

El abordaje adecuado de adolescencia ha mostrado también la estrechez de un enfoque puramente sectorial en la atención de su salud y ha promovido alianzas estratégicas que amplían los escenarios de las intervenciones, así como perspectivas que demandan la articulación de políticas que sustenten los programas (12).

Por ello esta etapa ha sido incluida en diferentes planes, proyectos y políticas a escala mundial, nacional y sectorial para velar por los derechos, protección y formación integral, una atención preferente y preferencial, reducir la morbimortalidad y mejorar la salud a través de la identificación de problemas, promover la orientación y planes de intervención: Convención sobre los Derechos del Niño (31) Plan estratégico 2008-2012 (32) Constitución Política de Colombia(33) Sistema General de Seguridad Social en Salud (34) Código de la Infancia y la Adolescencia (35) Ley de la Juventud (36) y la Estrategia de Municipios y Departamentos por la Infancia y la Adolescencia(37).

En este mismo sentido la normatécnica para la detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (38) tiene como objetivos específicos: identificar oportunamente los problemas que afectan a jóvenes y adolescentes, promover la orientación y los planes de intervención en salud de una manera participativa con el adolescente y coordinada con su familia, colegio y comunidad, crear mecanismos para favorecer la identificación y

prevención de factores determinantes que comprometan su salud y promover estilos de vida saludables, factores protectores y el autocuidado.

Sin embargo, al analizar el abordaje al adolescente desde esta perspectiva política, debido al enfoque tradicionalista y reduccionista, ha sido considerado un grupo sano por la baja frecuencia de patología biológica, cuyos problemas –multicausales– están directamente relacionados con las conductas (11).

La UNICEF (5) manifiesta que con frecuencia las políticas públicas en salud se enfocan principalmente en comportamientos problemáticos y sus consecuencias; al respecto se encuentran diferentes posturas entre ellas: las comunidades nacionales e internacionales reconocen la importancia de la salud en los jóvenes como parte de la atención prioritaria para los sectores de la población más desprotegidos, pero su tratamiento aun se mantiene disperso en las agendas políticas (OIJ, 2008).

La CEPAL y la OIJ por su parte, han dado a conocer en sus informes 2004-2007 que “La salud juvenil todavía se trata como extensión de campañas generales y desvinculada de la situación específica de los jóvenes, como si estos no constituyeran un grupo de personas con necesidades e intereses particulares” (39). De igual manera, la propuesta del plan estratégico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) 2008 - 2012 (32) comparte esta posición al sostener que los programas nacionales siguen fragmentados y en muchos países no se aplican políticas y leyes que promuevan el acceso de los adolescentes a los servicios de salud (32).

En Colombia, a partir de la revisión de los planes de desarrollo, se evidenció la necesidad de fortalecer las capacidades

municipales y departamentales para la planeación y gestión de políticas públicas a favor de los derechos de la infancia y la adolescencia (37). El proyecto del Fondo Global (2007) informó que, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), cuando niñas y niños pasan a ser adolescentes y luego jóvenes, encuentran una débil gestión en la organización de servicios de salud específicos para ellas y ellos (40).

La norma técnica nacional, como guía de manejo para los profesionales de salud, expone que, las medidas de prevención de factores de riesgo no solo deben estar limitadas a tratar problemas: embarazos no deseados en adolescentes, aborto, infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA, abuso de sustancias psicoactivas, violencia, suicidio, trastornos alimentarios y delincuencia, sino que se debe buscar el desarrollo sano del joven (38).

En conclusión, existen en los ámbitos internacional y nacional sustentos jurídicos y legales que propician un abordaje integral para los adolescentes y sobre los cuales los diferentes profesionales debemos apoyar las acciones encaminadas a la búsqueda de la calidad de vida en éste grupo, que se convierte en el futuro foco de desarrollo de cada país.

Sin embargo, las mayores dificultades se encuentran en su predominio preventivo, en el poco dinamismo que se le ha dado a la promoción de la salud y en la falta de articulación, que direccionada desde el sector salud involucre a otros sectores (educación, gobierno, tránsito) para la operacionalización de las políticas públicas y de esta manera aportar a la política pública para la adolescencia que toma cada vez más fuerza en el contexto mundial.

La intervención temprana en la adolescencia, clave para fortalecer comportamientos saludables

Para facilitar la planeación y el impacto efectivo de los servicios de salud de atención integral a los adolescentes, es recomendable dividir esta etapa teniendo en cuenta los rangos de edad establecidos por la Sociedad de Medicina Adolescente (SAM), Academia Americana de Pediatría (AAP) y Organización Mundial de la Salud (OMS) en las siguientes categorías: (38): adolescencia temprana o inicial (10 a 13 años), adolescencia media (14 a 16 años) y adolescencia final o tardía (17 a 21). La OMS define al grupo de adolescentes como la población comprendida entre los 10 y los 19 años de edad y como jóvenes el grupo comprendido entre los 15 y 24 años.

Teniendo en cuenta que las intervenciones eficaces ya no se pueden dirigir a los adolescentes y jóvenes como grupos homogéneos, las clasificaciones actuales diferencian las etapas de desarrollo así: *pre adolescencia*: 9 a 12 años mujeres y varones de 10 a 13 años; *adolescencia inicial*: 12 a 14 años mujeres y 13 a 15 años varones; *adolescencia media*: 14 a 16 años mujeres y 15 a 17 años varones, *adolescencia tardía*: 16 a 18 años mujeres y 17 a 18 años varones y *juventud*: mujeres y varones entre 18 y 21 años, *adolescentes* mujeres y varones entre 21 y 24 años (3).

En la transición de la niñez a la adultez las etapas de preadolescencia y adolescencia inicial son de suma importancia para la adopción y el mantenimiento de un estilo de vida promotor de la salud (3); algunos autores: Breinbauer y Madaleno³, HBSC-study (41), Hernán y Lineros(42) García (43) la UNICEF(5) y la OMS, refieren que el periodo crítico para intervención primaria es la adolescencia temprana y la catalogan como momento idóneo para

promover la adopción y mantenimiento de patrones de conducta saludables de modo tal que los adolescentes adquieran conciencia y conozcan sus capacidades para poder modificar aquellas situaciones que puedan significar amenazas para su salud en etapas posteriores de la vida. Éste es un espacio que los profesionales de la salud deben aprovechar en la búsqueda de una ruta saludable, logrando su compromiso y propiciando momentos de evaluación que les permitan a ellos mismos valorar los cambios logrados en su modo de vida, estilos y conductas.

De la misma forma Jenkins, manifiesta que los niños y jóvenes de 5 a 14 años se encuentran en una época ideal para aprender y reforzar los valores y prácticas que promocionarán la buena salud durante el resto de sus vidas, pues aprenden rápidamente y desarrollan firmes creencias y normas de conducta (44).

Lo expuesto está confirmado por la UNICEF al plantear la inversión en los preadolescentes y adolescentes entre 10 y 14 años, como un hecho fundamental para garantizar la sostenibilidad y continuidad de los resultados de las inversiones realizadas durante la primera infancia y prevenir el surgimiento de problemas altamente costosos para la sociedad, como los citados con anterioridad (embarazo temprano, consumo de drogas, enfermedades de transmisión sexual, violencia, entre otros) (45).

Dice Cingolani (46) con respecto a la adolescencia: “la investigación sobre la naturaleza de este fenómeno desde una perspectiva centrada en la salud busca identificar y potenciar aquellas características y recursos que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento de la salud o su recuperación y el afrontamiento resiliente de la adversidad al neutralizar, disminuir o compensar los

efectos –directos o potenciales– de los factores determinantes que comprometan la salud”.

En otras palabras, existan o no desigualdades durante la adolescencia, este período es oportuno para invertir en los jóvenes y ayudarles a aprovechar al máximo sus años adolescentes, a la vez que se construyen unos cimientos robustos en los que se apoye su futura salud (41) aspecto que concluye lo planteado sobre esta categoría de análisis; es pues la oportunidad de comprometerlos en su proceso saludable bajo una mirada integradora y con autovaloración de sus logros individuales y grupales, permitiendo que ellos identifiquen la relevancia de su responsabilidad en su proyecto de vida.

Retos para los profesionales de salud

La promoción de la salud emerge como una herramienta indispensable para el cambio social necesario para lograr el desarrollo y salud de los adolescentes (OPS/OMS-Kellogg, 1998) (47). Para algunos autores entender la promoción de la salud es plantearla como un reto en el ámbito de las conductas; la conducta entendida desde tres aspectos: los conocimientos, las habilidades y las actitudes (48).

Los desarrollos de estrategias con enfoque renovador que puedan mejorar los comportamientos en salud de los adolescentes, se plantean necesarios al avanzar más allá de la sola identificación del problema y la transmisión de información; lo anterior asumiendo los comportamientos como resultado final de la conducta.

Para lograr resultados positivos el primer reto es el talento humano competente en promoción de la salud para integrar y mantener las acciones en este campo

(49) el apoyo de bases teóricas sólidas y la atención integral donde no sea involucrado solo el individuo sino también una perspectiva familiar y comunitaria.

En este sentido se plantea un reto para los profesionales de la salud al llevar a cabo estrategias en promoción de la salud basadas en las mejores prácticas a través de la búsqueda de la evidencia; sin embargo Juneau et al, destacan que los profesionales de la salud no tenemos idea real de como se utiliza la evidencia en muchas áreas; parte del problema radica en que los resultados casi nunca explican cómo ha sido empleada. Según los mismos autores para pasar de los resultados de investigación a la práctica de la promoción de la salud, se requiere una gran dosis de mediación y transformaciones lo que permite un superior ajuste y una mejor adaptación a las condiciones locales (50).

Expertos consideran que se requiere tanto de la metodología cualitativa como cuantitativa en la búsqueda de la evidencia de la efectividad y que la participación social es indispensable para el proceso de evaluación, así como la evaluación económica es indispensable para conocer la efectividad y el impacto de la promoción de la salud (51)

La Unión Internacional de Promoción de la Salud y de Educación para la Salud (UIPES) incluye las pruebas de eficacia de la promoción de la salud dentro de una de las nuevas áreas de acción prioritaria (*los sistemas de promoción de la salud*) (52). En éste sentido el análisis de la categoría permite afirmar que existe una distancia entre la teoría y la práctica en el abordaje de los adolescentes, la cual va más allá de poder entender sus conductas y comportamientos. Esto se basa en la posibilidad de conocer y reconocer la forma de actuación que los profesionales de la salud deben tener en cuenta para la

transformación efectiva de la manera de pensar y accionar en salud en este grupo y además buscar el compromiso individual para llegar a un empoderamiento de su autocuidado.

Conclusiones

- Los profesionales de la salud deben procurar lograr evidencias acerca de estrategias de promoción de la salud para los adolescentes con un enfoque integrador para identificar las mejores prácticas en la operacionalización de la promoción de la salud como campo de conocimiento de la salud pública.
- Es responsabilidad de los profesionales que intervienen este grupo dar a conocer la manera efectiva de desarrollar las acciones para que éstas puedan ser retomadas por otros profesionales en futuros procesos, sobre todo cuando se ha demostrado una buena efectividad en las mismas.
- La articulación entre las instituciones de salud y la academia se hace cada vez más necesaria con el propósito de minimizar la brecha entre la teoría y la práctica, en pro de mejorar la salud de los adolescentes.
- El desafío en los programas de promoción de la salud es comprometer a los adolescentes para que sean protagonistas de su propio cambio, haciendo parte de las acciones que se implementen para el goce pleno de su desarrollo integral y procurando que sean ellos los que enmarquen su ruta de autocuidado en salud.

Referencias

1. Tuesca R, Centeno H, De la Ossa M, García N, Lobo J. Calidad de vida relacionada con la salud y

- determinantes socio-demográficos en adolescentes de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*. 2008; 24, (1): 53-63. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v24n1/v24n1a07.pdf> Consultado el 23 de abril de 2012.
2. Pertegal MA, Oliva A, Hernando A. Los programas escolares como promotores del desarrollo positivo adolescente. *Cultura y Educación*. 2010; 22 (1): 53-66.
 3. Breinbauer C, Maddaleno M. Jóvenes: opciones y cambios: promoción de conductas saludables en los adolescentes. *Publicación Científica y Técnica*; 594. Washington DC: OPS; 2008.
 4. UNICEF. Estado mundial de la infancia 2011. Nueva York; 2011. http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report_SP_02092011.pdf p.3
 5. UNICEF. Argumentos y herramientas para contribuir a la inversión social a favor de los adolescentes en América Latina y el Caribe. Panamá: UNICEF, Oficina Regional para América Latina y el Caribe; 2006. [http://www.unicef.org/lac/INVERSION_EN_ADOLESCENTES\(3\).pdf](http://www.unicef.org/lac/INVERSION_EN_ADOLESCENTES(3).pdf) P. 15 26 de mayo.
 6. Martínez Guzmán L. Mirando al futuro: desafíos y oportunidades para el desarrollo de los adolescentes en Chile. *Psykhé*, Santiago. 2007 mayo; 16, (1). Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/psykhe/v16n1/art01.pdf>. Consultado 19 julio 2012.
 7. Oliva A, Gómez AH, Parra A, Pertegal MA, Ríos M, Antolín L. La promoción del desarrollo adolescente: recursos y estrategias de intervención. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 2008. Disponible en: http://www.educacion.navarra.es/portal/digitalAssets/49/49750_5_promocion_des_adolescente.pdf P. 25.
 8. World Health Organization. Adolescent job aid: a handy desk reference tool for primary level health workers. Geneva: WHO; 2010. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241599962/en/index.html. P. 2 job
 9. Fonseca ME, Maldonado A, Pardo L, Soto MF. Adolescencia, estilos de vida y promoción de hábitos saludables en el ámbito escolar. *Umbral Científico* 2007, semestral; (011): 44-57. <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/304/30401105.pdf>
 10. Blanco ME, Jordán M, Pachón L, Sánchez TB, Medina RE. Educación para la salud integral del adolescente a través de promotores pares. *Rev Méd Electrón [seriada en línea]* 2011; 33(3). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol3%202011/tema12.htm> [consulta: fecha de acceso] p.355.
 11. Millán KT, Morera MI, Vargas CNA. Consejería a adolescentes: descripción epidemiológica y motivos de consulta. *Rev. méd. Chile [revista en Internet]*. 2007 Abr. [citado mayo 14 de 2012]; 135(4): 457-463. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000400007&lng=es P. 457.
 12. Krauskopf D. Políticas de juventud, adolescencia y salud. Capítulo 9; p.

- 91-101. En: Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes: una mirada integral. Comp. Pasqualini D y Llorens A. 1a ed. Buenos Aires: OPS, Facultad de Medicina, UBA; 2010. 686 p.
13. OMS. Estadísticas sanitarias mundiales 2011. Ginebra: OMS; 2011. http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS2011_Full.pdf P. 152
14. CEPAL. Anuario estadístico de América Latina y el Caribe 2011. Santiago de Chile: CEPAL; 2011. <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/7/45607/LCG2513b.pdf> p. 26
15. Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue. Situación del embarazo en la adolescencia en la subregión Andina. Lima: ORAS – CONHU; 2009. <http://www.orasconhu.org/documentos/Libro%20diagnostico%20del%20%20Embarazo%20Adolescentes%202009.pdf> P 26
16. CEPAL, Organización Iberoamericana de Juventud. La juventud en Iberoamérica, tendencias y urgencias. Buenos Aires: CEPAL; 2007. http://centroamericajoven.org/sites/default/files/juventud_en_Iberoamerica.pdf p. 16.
17. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDS Colombia 2010. Principales indicadores. capítulo Planificación VI p. 7. [En línea]. [Consultado abril 9 de 2012]. http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=39&Itemid=66&limits tart=3
18. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDS Colombia 2010. Principales indicadores. Capítulo fecundidad V P.87 [En línea]. [[Consultado abril 9 de 2012].]. http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/documentos/Principales_indicadores.pdf.
19. Subcomisión de Ética Clínica. Embarazos en niñas y adolescentes. Arch. argent. pediatr. [revista en la Internet]. 2010 Dic. [citado 2012 mayo 25] ; 108(6): 562-565. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752010000600021&lng=es
20. Llanes AA, Quevedo NV, Ferrer I, De la Paz A, Sardiñas O. Embarazo en la adolescencia. Intervención educativa. AMC [revista en la Internet]. 2009 Feb [citado 2012 Jul 13]; 13(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552009000100009&lng=es.
21. CEPAL, Organización Iberoamericana de Juventud. La juventud en Iberoamérica Tendencias y urgencias. 2ª. ed. Buenos Aires: CEPAL; 2007. Disponible en: http://www.oij.org/file_upload/publicationsItems/document/doc1202813603.pdf
22. Gobierno Nacional de la República de Colombia, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito - UNODC Colombia, OEA. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia – 2008. Bogotá: Guadalupe; 2009. http://www.corazonesresponsables.org/Estudio_Nal_Completo_Psicoactivas.pdf
23. Gobierno Nacional de la República de Colombia Oficina de las Naciones

- Unidas contra la Droga y el Delito - UNODC Colombia, OEA. Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar en Colombia 2011. http://odc.dne.gov.co/docs/publicaciones_nacionales/Estudio%20Sustancias%20Psicoactivas%20en%20Escolares%202011.pdf
24. Rodríguez J, Ruiz F, Peñaloza E, Eslava J, Gómez LC, Sánchez H, Amaya JL, Arenas R, Botiva Y. Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales. Bogotá: Fundación Cultural Javeriana; 2009. P. 327.
25. OPS, Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud. Indicadores básicos-situación de salud en Colombia. 2010. http://new.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=25&Itemid=135 P. 21.
26. Hidalgo MI, Güemes M. Nutrición del preescolar, escolar y adolescente. *Pediatr Integral* 2011; XV(4): 351-368. <http://www.mochileta.com/sepeap/wp-content/uploads/2011/11/Pediatria-Integral-XV-4.pdf#page=52>
27. OMS. PAHO-Regional Health Observatory- Mortality. Causas principales de mortalidad. Health Situation in the Americas. Basic Indicators 2011 <http://new.paho.org/arg/images/Gallery/publicaciones/IndicadoresBsicos2011Amricas.pdf>
28. Acosta N, Peñalosa RE, Jesús R. Carga de enfermedad Colombia 2005: Resultados alcanzados. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, CENDEX; 2008. P.39. http://www.cendex.org.co/GPES/informes/PresentacionCarga_Informe.pdf
29. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. GCRNV. Forensis 2010. Datos para la vida: Herramienta para la interpretación, intervención y prevención de lesiones de causa externa en Colombia. Forensis. 2011 Jun. 12 (1). <http://www.medicinalegal.gov.co/images/stories/root/FORENSIS/2010/INTRODUCCION.pdf>
30. Jessor R. Risk Behaviour in Adolescence: a psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescence Health*. Nueva York, 1991; 12:597-605.
31. Colombia, Congreso de la República. Ley 12 de 1991. Convención Internacional sobre los Derechos del Niño. Por medio de la cual se aprueba la Convención sobre los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989". Disponible en: http://www.oas.org/dil/esp/Convencion_Internacional_de_los_Derechos_del_Nino_Colombia.pdf
32. OPS. Propuesta del Plan estratégico 2008-2012. Documento oficial No. 328. Octubre de 2007; 151 p. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/GOV/CSP/od328-full-s.pdf> P. 53.
33. Colombia, Constitución Política (1991). Por la cual se establecen los Derechos Sociales Económicos y Culturales. 22ª ed. Bogotá: Editorial Leyer; 2009.
34. Colombia, Congreso de la República. Ley 1438 de 2011. Por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá D.C.: Diario Oficial. 47.957 (abril 19

- de 2011). Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2011/ley_1438_2011.html (Título III)
35. Congreso de Colombia. Ley 1098 de 2006. Por la cual se expide el Código de la Infancia y la adolescencia. Diario Oficial No. 46.446 (Noviembre 8 de 2006). Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2006/ley_1098_2006.html
36. Congreso de Colombia. Ley 375 de 1997. Por la cual se crea la Ley de la juventud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No 43.079 (Julio 4 de 1997) Disponible en: http://www.elabedul.net/Documentos/Leyes/1997/ley_375_1997.php
37. UNICEF, Procuraduría General de la Nación, ICBF. Municipios y Departamentos por la Infancia y la Adolescencia. Bogotá: Gente Nueva; 2006. Disponible en: www.valledelcauca.gov.co/salud/descargar.php?id=4699
38. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Norma técnica para la detección temprana de alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años. Resolución 412 / 2000) P.6. <http://www.encolombia.com/medicina/Guiasdedetecciontemprana/Guiadeljovende10a29a%C3%B1os/Factoresderiesgo.htm>
39. CEPAL, Organización Iberoamericana de Juventud. La juventud en Iberoamérica, tendencias y urgencias. Santiago de Chile: CEPAL; 2004. 401 p. Disponible en: http://www.eclac.org/publicaciones/xml/6/20266/CEPAL_OIJ.pdf p. 132.
40. Colombia, Ministerio de la Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia Bogotá: UNFPA; 2008. 201 p. Disponible en: http://www.unfpacolombia.org/home/unfpacol/public_htmlfile/PDF/modelosamigables2.pdf
41. OMS, Ministerio de Sanidad y Consumo. La salud de los jóvenes dentro de su contexto: estudio de la conducta sobre salud de los jóvenes en edad escolar. Informe internacional elaborado a partir de la encuesta 2001/2002. Disponible: http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/adoles2001_2002.pdf
42. Hernán M, Lineros C. Los activos para la salud. Promoción de la salud en contextos personales, familiares y sociales. Revista Fundesfam. 2010. Disponible en: <http://www.fundesfam.org/REVISTA%20FUNDESFAM%201/002/007revisiones.htm>
43. García A. Estrategia de enfermería en promoción de salud para la autoeficacia en adolescentes con señales aterogénicas tempranas. Rev haban cienc méd [revista en la Internet]. 2008 Sep. [citado 2012 mayo 01] ; 7(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300007&lng=es
44. Jenkins D. Mejoremos la salud a todas las edades. Un manual para el cambio de comportamiento. Washington: OPS. Publicación Científica y Técnica

- No. 590; 2005 p.448. Disponible en: <http://devserver.paho.org:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/706/9275315906.pdf?sequence=1>
45. UNICEF. Desarrollo positivo adolescente en América Latina y el Caribe. Panamá: UNICEF Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Unidad de desarrollo adolescente y equidad de género. 2008. Disponible en: [http://www.unicef.org/lac/serie_pol.pulADOLESCENTES_ESP\(2\).pdf](http://www.unicef.org/lac/serie_pol.pulADOLESCENTES_ESP(2).pdf) p.11.
46. Cingolani JM. Aplicación y evaluación de un programa de intervención psicosocial para promover el desarrollo saludable en adolescentes: proyecto de investigación. En: Anuario de Proyectos e Informes de Investigación de Becarios de Investigación. 2009; (6). Buenos Aires. Disponible en: <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/sec-inv-pos/escbeca/ANUARIO-2009-UNMDP.pdf#page=80> p. 204.
47. OPS-OMS-Kellogg. Proyecto de desarrollo y salud integral de adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe, 1997-2000. Washington: OPS, OMS, Kellogg, 1998. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd59/saludintegral.pdf>
48. Panagopoulou E, Montgomery A, Benos A. Health promotion as a behavioural challenge: are we missing attitudes? *Global Health Promotion* June 2011; 18 (2): 54-57.
49. Battel B, Barry M, Taub A, Lysoby L. A Review of the international literature on health promotion competencies: Identifying frameworks and core competencies. *Global Health Promotion*. June 2009; 16 (2): 12-20. Disponible en: http://www.nuigalway.ie/health_promotion/documents/M_Barry/2009_ja_review_literature_hp_competencies_ghp_162.pdf
50. Juneau CE, Jones CM, McQueen DV, Potvin L. Promoción de la salud basada en la evidencia : un campo emergente. *Global Health Promotion*. March 2011 18 (1): 157-168.
51. OPS. Guía de evaluación económica en promoción de la salud. Washington: OPS; 2007. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd68/EvalEcoProm.pdf>
52. Sparks M. Nuevas áreas de acción prioritarias para la UIPES. *Global Health Promotion*. September 2011 18 (3): 65-67.