

Liliana Elisabet Mosso - María Marta Penjerek - Rocío Feltrez

SALUD Y ADOLESCENCIA

OPCIONES PARA UNA VIDA SALUDABLE



Muestra distribuida por la editorial

SALUD Y ADOLESCENCIA

Opciones para una vida saludable



SALUD Y ADOLESCENCIA

Opciones para una vida saludable

Liliana Elisabet Mosso

María Marta Penjerek

Rocío Feltrez



EDITORIAL
MAIPUE

Muestra distribuida por la editorial

SALUD Y ADOLESCENCIA. Opciones para una vida saludable

Liliana Elisabet Mosso - María Marta Penjerek - Rocío Feltrez

ISBN: 978-987-4490-95-7

Ilustración de tapa: *Eva* (2006), óleo sobre tela (100 x 100 cm) de Lula Mari

Diseño de Tapa: DisegnoBrass

Diagramación: Paihuen

Corrección: Silvina Crosetti

Edición: Teresa Eggers-Brass

Mosso, Liliana Elisabet

Salud y adolescencia : opciones para una vida saludable / Liliana Elisabet Mosso ; María Marta Penjerek ; Rocío Feltrez. - 1a ed. - Ituzzaingó : Maipue, 2019.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-4490-95-7

1. Salud. 2. Educación Secundaria. I. Penjerek, María Marta. II. Feltrez, Rocío. III. Título.

CDD 613.0712

Editorial Maipue, 2019

Zufriategui 1153 - Ituzzaingó (1714) - Provincia de Buenos Aires

Tel/Fax: + 54 (011) 4458-0259

Contacto: promocion@maipue.com.ar / ventas@maipue.com.ar

www.maipue.com.ar

Queda hecho el depósito que establece la Ley 11.723.

Libro de edición argentina.

No se permite la reproducción parcial o total, el almacenamiento, el alquiler, la transmisión o la transformación de este libro, en cualquier forma o por otro cualquier medio, sea electrónico o mecánico, mediante fotocopias, digitalización u otros métodos, sin el consentimiento previo y escrito del editor. Su infracción está penada por las leyes 11.723 y 25.446.



Muestra distribuida por la editorial

ÍNDICE

Pistas para los colegas docentes.....	9
Pistas para lectores y lectoras adolescentes	10
CAPÍTULO 1: LA DEFINICIÓN ACTUAL DE SALUD/ENFERMEDAD	11
Escenas y escenarios para pensar en salud.....	11
Las causas de la enfermedad: de la mística y el “mal humor” a la multicausalidad	15
¿Qué es salud?.....	19
Los modos del bienestar	21
Medicina popular y tradicional	21
“Vale más prevenir que curar”: una nueva forma de encarar la salud/enfermedad	24
Niveles de prevención	25
Una nueva mirada: la inclusión de la promoción de la salud como parte de la prevención primaria	29
Factores determinantes de salud	29
¿Qué ocurre cuando nos enfermamos?.....	32
La importancia del diagnóstico precoz.....	33
Tratamiento de las enfermedades	35
Salud y grupos de riesgo	37
Los adolescentes como grupo de riesgo: datos estadísticos	37
La vulnerabilidad del estar adolescente.....	39
El desafío de abordar a quienes viven estados adolescentes	40
Los “estares adolescentes” en salud: reflexiones finales.....	41
El desenlace de la historia de Ananda, la niña hindú: estares adolescentes y adversidad	40
CAPÍTULO 2: LOS JÓVENES Y LOS PROCESOS DE SALUD/ENFERMEDAD	45
“Estar adolescente”: ¿qué es estar transitando un estado adolescente y un estado joven?	45
Los cambios corporales: la pubertad.....	47
Cambios psicológicos: los duelos.....	47
El adolescente y el mundo social.....	50
La adolescencia en la historia.....	51
La adolescencia en distintos contextos socioeconómicos. ¿La adolescencia en riesgo?	56
El adolescente y los vínculos: grupos de amigos, familia y otras relaciones sociales	58
El adolescente y los otros: los grupos	58
Las barras y los amigos	60
Tribus urbanas	61
Tatuajes y piercings ¿símbolos identificatorios?	62

CAPÍTULO 3: ENFERMEDADES JUVENILES	65
Enfermedades juveniles y situaciones de riesgo	65
Violencia y jóvenes en riesgo	66
<i>Bullying</i> o acoso moral	68
Trastornos alimentarios	72
El alimento como combustible de la maquinaria humana	75
Cuando el cuerpo dice basta: la hospitalización	76
El adolescente frente a las adicciones	77
Ser adicto: una forma de esclavitud	77
¿A qué llamamos droga?	78
La transición desde el uso a la dependencia y las posibilidades de rehabilitación	81
Jóvenes, publicidad y salud	83
Del consumo al consumismo	84
Violencia y medios de comunicación	85
El uso del tiempo libre y las adicciones	87
La adicción: una enfermedad en aumento	89
Una vez más... la solución es prevenir	90
 CAPÍTULO 4: EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL	 97
¿Qué es la educación sexual integral?	97
Más allá de la biología	101
Sexualidades y Derechos Humanos	101
Estar adolescente y contexto histórico	101
Mejor hablar de ciertas cosas	103
Sobre las condiciones socio-históricas	107
Otras discriminaciones	108
Más allá de la norma	111
Diferencia y discriminación	114
Discriminación por sexo, género y/u orientación sexo-afectiva	115
¿Qué es la identidad de género? ¿Cuál es la diferencia entre el sexo y el género?	115
Discriminación hacia personas trans. ¿Solo mujeres y varones...?	117
Una interpretación sobre la discriminación	119
Por un amor no posesivo: las violencias en las relaciones	122
Violencia de género	124
Espacios para la palabra	126
 CAPÍTULO 5: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	 127
Cuidar un cuerpo: informar, pensar, decidir	127
Sobre la reproducción sexual	129
La gran maratón del espermatozoide: el que gana, fecunda	130

Sistema reproductor masculino.....	130
Sistema reproductor femenino	132
Y por fin... la fecundación	133
Cuando las células reproductoras se unen: el placer del encuentro	133
¿Cómo llega el óvulo hasta el lugar donde será fecundado?	135
Un ping pong hormonal: el ciclo ovulatorio o menstrual	135
La gestación de un nuevo ser, el viaje hacia el útero: la incubadora de carne y hueso.....	137
Poco a poco aparece la forma humana.....	139
¿Cuáles son los primeros síntomas de embarazo?	140
El momento del parto.....	140
Amor y reproducción	142
Métodos anticonceptivos	142
“Para la cartera de la dama y el bolsillo del caballero...”	142
La píldora del día después: anticoncepción de emergencia	147
La discusión sobre el aborto.....	148
Infecciones de transmisión sexual	152
Hablemos de prevención: el chequeo ginecológico	156
El PAP	156
Otros estudios ginecológicos.....	157
Derechos Sexuales y Reproductivos	157
Los temas difíciles relacionados con el sexo	158
Maternidad en la adolescencia, embarazo adolescente. ¿Jugar a las muñecas o proyecto de vida?	158
¿Qué puede hacer la escuela?	160
La violencia y el abuso sexual.....	161
¿Qué hacer ante estos casos?	161
Reconocer las “señales de alarma”	162
Explotación sexual comercial	164
CAPITULO 6: EL DERECHO A LA SALUD	167
La salud como problemática global	168
Salud y desarrollo social	169
La salud como un derecho	169
Salud pública: salud para todos	172
El ciclo económico de la enfermedad	172
Evolución histórica de la salud pública en Argentina: atención primaria de la salud y descentralización	173
La importancia del diagnóstico en los problemas sanitarios	177
Monitoreo de factores de riesgo.....	178
Formas de propagación de una enfermedad	181
Patologías regionales o endemias argentinas.....	183

CAPÍTULO 7: ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN JUVENIL EN LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD ...	197
Modalidad de trabajo en la atención primaria de la salud	198
Prácticas saludables en la adolescencia y juventud: diferencias sociales, históricas y culturales. Todo tiempo pasado, ¿fue mejor?	199
Los jóvenes y la salud comunitaria.....	203
Participación y compromiso de los jóvenes en la promoción de prácticas saludables	208
Pensar y actuar sobre salud dentro de la comunidad	208
El trabajo en red.....	209
Las redes sociales	210
Proyectos de promoción de la salud en la escuela	211
Movilizar al adolescente para un proyecto escolar. ¿Una misión imposible?	211
Proyectos de intervención comunitaria: aprendizaje-servicio solidario	213
¿Qué se entiende por proyecto de aprendizaje-servicio?	213
Dos experiencias de aprendizaje-servicio coordinadas por las autoras.....	215
“Un encuentro con-sentido”: el carrito biblioteca.....	215
Un ejemplo de proyecto de aprendizaje-servicio en salud	216
Bibliografía	221

Pistas para los colegas docentes

Un texto son ideas, frases, palabras, curvas sedientas de ojos que les den sentido. Un texto dice, siempre, mucho más de lo que cree decir. Dice todos los sentidos que se producen más allá del propósito inicial.

No pensamos que los problemas que se tratan en los capítulos nos sean absolutamente ajenos. Tampoco somos especialistas que observan los acontecimientos desde arriba, ni creemos que exista un único modo de pensar esos problemas.

Cada una de las propuestas de actividades intenta fomentar las discusiones en el aula. Para que esto suceda, es necesario crear ciertas condiciones amables. Crear las condiciones para que algo que puja por decirse se anime a ser enunciado. Crear las condiciones, también, para que los silencios sean respetados.

Que las ideas se inquieten, que los cuerpos (ya presentes en las aulas, aunque muchas veces invisibilizados o entumecidos por el tedio de la obligación) se animen a *decir* y también a descansar en el silencio que acecha tras la vacilación del pensar, es algo que merece ser celebrado.

No se trata de caer en la mera *opinología*, sino de que, de manera parpadeante, fugaz y seguramente pasajera, acontezca el *pensar*. ¿Pensar? ¿Qué es eso? Quizá algo del pensar acontece cuando aquello que se presentaba como certeza incuestionable, se anima a navegar por los temblores de la *duda*.

Se apuesta fuertemente a la construcción colectiva de saberes, en base al análisis de las discusiones que suscitan en las aulas las lecturas. Para acompañar este proceso de enseñanza-aprendizaje, ponemos a disposición una serie de pistas que les serán útiles en el momento de implementar este texto en su aula. Sabemos, porque transitamos por ella, que la tarea docente no es sencilla, por eso intentamos que las lecturas y actividades susciten curiosidad, asombren, incomoden, relancen el deseo de enseñar y de volver a elegir y elegirnos como referentes pasajeros de chicos y chicas que, también, están de paso.

Encontrarán a lo largo de los capítulos menciones sobre actividades para el *portfolio*. Un portfolio es una colección de los trabajos producidos por los alumnos. La idea es que los trabajos realizados durante el año sean recopilados y guardados en una carpeta, caja o bolsa, y que a fin de año se realice una muestra en la que se invite a los chicos y chicas a compartirlos. Quizá también pueda ser una buena ocasión para narrar algo del tránsito por la materia.

Los contenidos curriculares no son más que palabras si no hay cuerpos dispuestos a encarnar los cambios que propone; tomar las riendas de la educación de los y las adolescentes y construir y pensar cada uno de los problemas que se trabajan. Es responsabilidad de los educadores y las educadoras que esta tarea se realice integralmente, siguiendo el ritmo de las problemáticas propias del contexto que se habita y en el marco de la plena vigencia de los Derechos Humanos.

Las autoras

Pistas para lectores y lectoras adolescentes

¿Qué es *leer*? La lectura puede ser una experiencia inquietante; puede ser la oportunidad para hacerse preguntas, conmoverse, dudar. Puede ser la ocasión para demorarse en algo que jamás se había pensado.

Digámoslo: ustedes no eligieron este libro. Probablemente haya sido una decisión tomada por su docente. ¿Solo queda esperar a que nos digan qué hacer, qué leer, qué actividad realizar? Quizá no. ¿Y si recorriéramos el cuerpo de este libro sin esperar instrucciones? Un libro tiene un *cuerpo* que invita a ser recorrido. No hace falta estar en el aula, en la clase de Salud y Adolescencia para hacerlo. Muchas veces, la *lectura obligatoria* causa tedio y hace que las ganas de leer se apaguen.

Primero, el *índice*: ese territorio algo confuso y apretujado en el que se presentan los temas y problemas que se intentan pensar. El *índice* dice, justamente, los *indicios*, las *pistas* por donde andarán, de donde despegarán y aterrizarán. El índice invita, también, a *elegir* un recorrido.

La lectura puede ser una experiencia de extravío de sí, de cuestionamiento de las propias coordenadas, de temblores, de preguntas. Un texto interesa más por las preguntas que suscita que por las certezas que instala. Ese quizá sea un bello modo de leer: anotando en los márgenes todas esas ideas, preguntas, comentarios que les provoquen cada una de las líneas.

Quizá lean cada una de estas frases como si se tratara de un relato *literario*, y bienvenida será también esa lectura.

No pretendemos hacer diagnósticos ni poner rótulos y mucho menos emitir juicios sobre todo lo que les pasa, ni entender todo; hay algo de esa experiencia que es absolutamente singular e intransferible. Hay cosas que no entendemos ni vamos a entender, y eso tampoco es una mala noticia.

Ponemos a disposición estas ideas para que sean puestas a prueba. Para que puedan discutir las, cuestionar las, comentar las y proponer, también, otras lecturas.

Compartimos el deseo de que la alegría, la curiosidad y las ganas de pensar sean protagonistas en este viaje. El deseo de que el encuentro con los textos sea *inquieto*, *placentero* y *revoltoso*. ¿Podrán la curiosidad, la inquietud, las preguntas, vencer a la *obligación*?... ¡Ojalá!

No sabemos con certeza lo que significa *ser felices*; pero sabemos, sí, que no hay solo un modo, sino *infinitos* de serlo. Ojalá, también, que en este viaje sean visitados por ese aire fugaz y singular que muchos llaman *felicidad*.

Las autoras

La definición actual de salud/enfermedad

ESCENAS Y ESCENARIOS PARA PENSAR EN SALUD

Tenemos un cuerpo (¿o un cuerpo nos tiene?). Un cuerpo puede contraer enfermedades. Somos seres biológicos, y sin embargo, cuando hablamos de salud no basta con referirnos a cuestiones médicas, debemos considerar también otras dimensiones que interactúan con nuestra entidad biológica. El humano es un ser social, un ser hablante, es la primera especie que tiene conciencia de su propia existencia y por lo tanto es capaz de proyectar su futuro. A lo largo de su evolución se organizó en grupos y fue modelando su entorno, adquirió hábitos, normas, tradiciones, creencias, lenguas, con los cuales les dio identidad a su lugar de pertenencia y cohesión a su comunidad. Así se constituyeron las diferentes sociedades humanas, cada una con una cultura propia. Cada integrante de una sociedad percibe su entorno ambiental, familiar y social de un modo particular que tiene que ver con aspectos íntimos: los modos de existir, las huellas dejadas por su historia de vida, su educación y la cultura en la que vive inmerso. A su vez cada persona opera sobre su contexto y deja improntas, en un “ida y vuelta” complejo y permanente, durante toda su existencia.



La sala del hospital en la visita del médico en jefe (1889), óleo sobre lienzo del pintor español Luis Jiménez y Aranda



Lectura

Les proponemos...

Leer este breve relato

Benarés, India. Otoño de 1980

“Era allí. En aquel decorado de fuego, de humo, de muerte. En aquel hedor de carne quemada, en medio del ballet de las parihuelas de bambú que llevan a los difuntos, en la estridente crepitación de las llamas que devoran los cuerpos. Sí, era allí, en el agua pútrida, a algunas brazas de la orilla infernal, entre los cadáveres flotantes de perros y ratas, y a veces de hombres demasiado pobres o demasiado santos para ser quemados, donde aparecía sumergida a medias su frágil silueta. Con sus grandes ojos orlados de khol, su anillo centelleante en la aleta de la nariz, sus trenzas anudadas con cintas, su camisita de un amarillo vivo que el Ganges pegaba a su piel, la india Ananda, de trece años, parecía un ramillete de flores ofrecido a los dioses del río sagrado. Su nombre significaba “La alegría”, pero el sobrenombre que le habían puesto no sugería ninguna idea de felicidad. La llamaban “La pequeña carroñera del Ganges”. Su territorio de caza era el fango del gran canal purificador en cuya orilla los hindúes esperan, a su muerte, escaparse con las llamas del ciclo de renacimientos y hallar así la liberación eterna. Ayudada por sus dos jóvenes hermanos, Ananda se pasaba el día hurgando en el cieno pestilente en busca de algún tesoro mezclado con las cenizas de los difuntos, una sortija, un colgante medio fundido, un diente de oro o, simplemente, algunos trozos de madera calcinada. Desde lo alto de la veranda [mirador] del templo el padre de la muchacha vigilaba la pesca milagrosa. El padre de Ananda era el ejecutor de las pompas que preparaban a los hindúes para la inmortalidad, el gran ordenador de la cremación de cadáveres. Debido a este comercio, él y los suyos pertenecían a la casta de los Dom, la más baja, la más impura de la jerarquía hindú. [...]

Aquel otoño, la hija del quemador de cadáveres acababa de llegar a la edad de la pubertad. Ante el anuncio del acontecimiento, su padre se apresuró a cumplir la más sagrada misión encomendada a un padre indio: encontrarle un esposo. A decir verdad, los padres de Ananda pensaban en su boda desde su nacimiento. Con ese fin, su madre la había iniciado en todas las tareas domésticas, incluso en las más penosas. Para ella no hubo juegos ni escuela, sino, únicamente, la vigilancia de sus hermanos, los trabajos del fregado y de la colada [lavado de ropa], y, naturalmente, la recuperación de las joyas y de la madera del Ganges.

Varios caballeros llegaron enseguida a casa del Dom Rajá para mantener con él misteriosos conciliábulos. [...] Venían a discutir las condiciones financieras del matrimonio. Un día los visitantes se presentaron acompañados de un hombre con *dhoti* blanco que llevaba unos rollos de papel bajo el brazo. Era un *joshi*, un astrólogo que venía para estudiar con el padre de Ananda y con sus huéspedes las cartas del cielo para situar los planetas y decir si la conjunción de astros cuando nació la niña era conciliable con la del muchacho que le habían elegido. Como el examen resultó positivo, el *joshi* indicó el día y la hora más propicios para la unión proyectada. Ananda no había tenido ni la oportunidad ni el derecho de expresar su opinión.

Catorce días antes de los esponsales, cuando su padre hacía llegar a su futura familia política los regalos de la dote, [...] la muchacha advirtió en su mejilla, justo al lado del anillo de oro incrustado en la aleta de su nariz, una mancha clara, ligeramente saliente, del tamaño de un garbanzo. Ella palpó el sitio con la punta de un dedo y descubrió con asombro que aquel punto era insensible al tacto. [...] Desde que pasaba la mitad de su existencia en las aguas pútridas, el gran río purificador no había tenido ningún miramiento con su epidermis. Los granos, las pústulas y los forúnculos hinchaban permanentemente alguna parte de su cuerpo [...] Como esta insólita mancha insensible al tacto persistía más tiempo del acostumbrado, Ananda se la enseñó a su madre. Esta la envió en busca de un *quack*, uno de esos curanderos de la calle [...]. El viejo indio examinó la mejilla de la jovencita. –No existe ninguna pomada para esta enfermedad –murmuró–. Es la lepra”.

Fuente: Dominique Lapierre, *Más grandes que el amor*



— Hindúes realizando baños rituales en el río Ganges

Actividades

Imaginemos por un momento que estamos metidos dentro de esta historia. Imaginemos que tomamos el lugar de Ananda.

- 1 ¿Creen que estará conforme con esa vida?
- 2 ¿Cuáles serán sus sueños, sus proyectos?
- 3 ¿Cómo describirían el estado de salud de esta adolescente?
- 4 ¿Qué factores intervienen para condicionar la salud de Ananda?
- 5 ¿Es posible modificar estos condicionantes?

Cuando nos preguntamos por los sueños o proyectos de Ananda, nos referimos a la posibilidad de desenvolvemos como seres sociales en un grupo humano: analizamos opciones, tomamos decisiones, hacemos propuestas, entre muchas otras acciones.

Los griegos ya hablaban de “una mente sana en un cuerpo sano” (y el poeta latino Juvenal en el siglo II lo difundió como *Mens sana in corpore sano*), haciendo alusión al vínculo que existe entre lo biológico –órganos, aparatos y sistemas que nos constituyen como seres vivos–, lo social y lo psicológico, ese “algo” intangible que anima lo vivo. Podemos, como seres sociales, participar de la construcción de la salud no solo a nivel individual sino también a nivel colectivo. Cada uno de nosotros es un actor activo y responsable en este proceso.

Esta visión de la salud como una **práctica social** corresponde a un nuevo paradigma que se ha desarrollado recientemente y que abre una amplia perspectiva para proyectar políticas sanitarias. Hagamos un viaje retrospectivo para ver cómo se arribó a este nuevo marco de referencia del cual todos somos parte.



Lectura

BBCMundo | 2 de julio de 2014

El río sagrado donde nadar es peligroso para la salud

Por Sudhiti Naskar, corresponsal de la BBC en Varanasi

[...] Cada verano, cientos de niños toman clases de natación, desde abril hasta que empieza la temporada de lluvia. Ellos se suman a las miles de personas que se bañan en el río sagrado a toda hora del día. Pero todo el que se sumerja en estas aguas se expone a una buena variedad de contaminación, incluyendo cloaca, residuo industrial y restos de cuerpos parcialmente cremados en los funerales que se celebran a orillas del Ganges. El hecho que el río tenga un estatus de sagrado hace que los padres hagan la vista gorda a estos problemas. Cuando hablas con las madres que observan a sus niños saltando y dando brazadas, uno se acostumbra a escuchar comentarios como “Madre Ganges no puede estar contaminada”. “Somos el pueblo de una ciudad sagrada. Nada nos pasa cuando nos metemos al agua”, comenta Namita Tiwari, madre de uno de los nadadores de 13 años. Incluso, un entrenador de la Asociación de Natación de Saraswati –uno de los dos clubes que ofrecen las clases– le reza al agua las veces que sus jóvenes pupilos la tragan. “El agua es única”, señala Pramod Sahni. “Una vez que la tomas, quieres volverlo a hacer”. Incluso él bebe un poco durante las clases.

En la religión hindú, el río Ganges es una diosa cuyas aguas sirven para purificar. Pero la ciencia sugiere lo contrario. Cada día se vierte a lo largo de este río unos 300 millones de litros de aguas residuales sin tratar. En Varanasi, una ciudad de un millón de personas, 35 desagües y alcantarillas terminan en sus aguas. Dos de ellas a unos pocos kilómetros de donde suceden las clases de natación. Esto quizás explique en parte por qué en uno de los análisis hechos por la Fundación Sankat Mochan (SMF, por sus siglas en inglés) –que hace activismo para que se limpie el río– se descubrieron niveles de bacteria coliforme fecal 35 veces por encima del máximo permitido por las autoridades ambientales del país, y más de 440 veces por encima del nivel máximo recomendado para nadar en Estados Unidos.

[...] Una de las causas son las cremaciones. Según la fe hindú, cualquiera que sea cremado en Varanasi queda libre de Moksha, el ciclo de la vida y la muerte, si parte del cuerpo incinerado se deposita en el río como una ofrenda. Se estima que cada año unos 32.000 cuerpos se queman en dos lugares de Varanasi, Manikarnina y HarishChandra, esta última está aguas arriba de las clases de los clubes. Los cuerpos de los pobres y los sin techo, que por razones financieras no se pueden cremar, se echan al río directamente. Todo esto aumenta el riesgo de contraer enfermedades transmitidas por el agua. Por otra parte, los efluentes industriales del creciente número de fábricas que hay en la ciudad, incluyen metales pesados dañinos como cadmio y cromo.

[...] Durante el verano y el monzón, las salas de los hospitales se llenan de niños que necesitan tratamiento para enfermedades que se transmiten con el agua. Aunque según el doctor SC Singh, un pediatra del hospital Shiv Prasad Gupta de Varanasi, rara vez sus padres mencionan que han estado nadando en el río. [...]

Fuente: http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2014/07/140702_salud_ganges_riesgo_nadar_gtg.



— La orilla del río Ganges es de las zonas más contaminadas

LAS CAUSAS DE LA ENFERMEDAD: DE LA MÍSTICA Y EL “MAL HUMOR” A LA MULTICAUSALIDAD

Si nos pidieran una definición de la palabra **salud** seguramente podríamos responder sin dudar que “salud” significa simplemente “no estar enfermo”.

Este concepto no es del todo desacertado, pero resulta insuficiente porque implica una visión parcializada que limita a la persona únicamente a su condición de ser vivo. Sin embargo, es el que prevaleció desde épocas remotas en las que hombres y mujeres se enfrentaban con impotencia a la enfermedad investigando su causa para intentar, muchas veces infructuosamente, su curación.

Las sociedades más primitivas le atribuían a la enfermedad un origen misterioso de carácter mágico. Creían que exorcizando a los espíritus malignos que se apoderaban del cuerpo conseguirían su sanación. A continuación veremos aspectos de la salud en el tiempo.

- ▶ Hipócrates, en el siglo V a. C., afirmó que la salud dependía del equilibrio entre los cuatro humores o fluidos del cuerpo: sangre, flema, bilis y bilis negra. Así, un “mal humor” (frase que habrás



Cerámica griega datada entre 480-470 a.C. que muestra a un médico tratando a un paciente



El cuidado de los enfermos durante la Edad Media estaba vinculado a la caridad cristiana. Detalle del fresco Hospital Santa María della Scala (1443), de Domenico Di Bartolo

reconocido y que actualmente se utiliza con un significado diferente), sería la causa de la enfermedad. Este gran médico griego en el año 420 a. de C. intentó desde esta perspectiva una mejora para la epilepsia. Varios siglos después su teoría fue continuada por Galeno (130-200).

- Posteriormente, en la Edad Media, la principal preocupación era la relación del hombre con Dios, y esto condicionó las ideas sobre la enfermedad, por lo que se atribuyeron sus causas al castigo divino debido a la desobediencia a las leyes religiosas.
- A partir del siglo XIII, reapareció una tendencia iniciada por los griegos antiguos: la preocupación por el hombre en sí mismo en el Humanismo, que se expresó en las artes en el Renacimiento. Nuevamente se indagó en los orígenes naturales de la enfermedad. La investigación científica comenzó con Vesalius (médico nacido en Bruselas en 1514) y su descripción de la anatomía humana basada en disecciones que hasta el siglo XV estaban prohibidas por preceptos morales y religiosos; luego, hacia el 1600, el médico inglés William Harvey y el anatomista italiano Marcello Malpighi describieron el sistema circulatorio.
- En el siglo XVIII Giovanni Morgagni, un médico italiano, determinó que la enfermedad no era un problema que afectaba a todo el organismo y que tampoco se centraba en los fluidos internos, sino que se localizaba en órganos específicos.
- En el siglo XIX se pusieron en práctica sistemáticamente estas ideas, además de perfeccionarse métodos de diagnóstico clínico a través de la *percusión* (golpecitos para determinar el estado de los órganos, por ejemplo los riñones), y la *auscultación* con ayuda del estetoscopio.
- En 1796, el médico inglés Edward Jenner probó una manera novedosa de tratar una enfermedad propia de las vacas, llamada por eso vacuna, que se contagiaba a hombres y mujeres y era muy similar a la viruela. Esta enfermedad provocaba lesiones sobre



Lección de anatomía del Dr. Willem van der Meer (1617), óleo sobre tela del holandés Michiel Jansz van Mierevelt



Jenner inoculando la vacuna (1879), Gastón Mélingue (1840-1914)

la piel similares a las ampollas que aparecen en la varicela (equivalente actual más benigno de la viruela). Jenner extrajo líquido de una ampolla de una mujer enferma y se lo inoculó a un niño sano. El niño se enfermó, pero dos meses más tarde, al inocularle nuevamente la enfermedad, permaneció sano. Este fue el comienzo de la medicina preventiva, y su descubrimiento recibió el nombre de la misma enfermedad que trató por primera vez: la *vacuna*.

- ▶ Contando ya con microscopios para la investigación, los investigadores alemanes Theodor Schwann (1810-1882) y Rudolph Virchow (1821-1902) identificaron a la célula como unidad constitutiva de todo ser vivo y, por lo tanto, centraron en ella los procesos patológicos, pero aún no se conocían claramente las causas de las infecciones ni de las enfermedades contagiosas.
- ▶ El químico francés Luis Pasteur (1822-1895) y el médico alemán Heinrich Koch (1843-1910) establecieron la relación entre microorganismos y enfermedad, pero fue el científico escocés Alexander Fleming quien en 1929 descubrió la penicilina y su capacidad para combatir bacterias. Ese fue el primer antibiótico, aunque se puso disposición del público en la década de 1940, cuando comenzó a utilizarse para tratar a las víctimas de la Segunda Guerra Mundial.
- ▶ En 1846 se redescubrió la anestesia (que ya había sido usada por los romanos antiguos), lo cual contribuyó a mejorar las prácticas quirúrgicas.

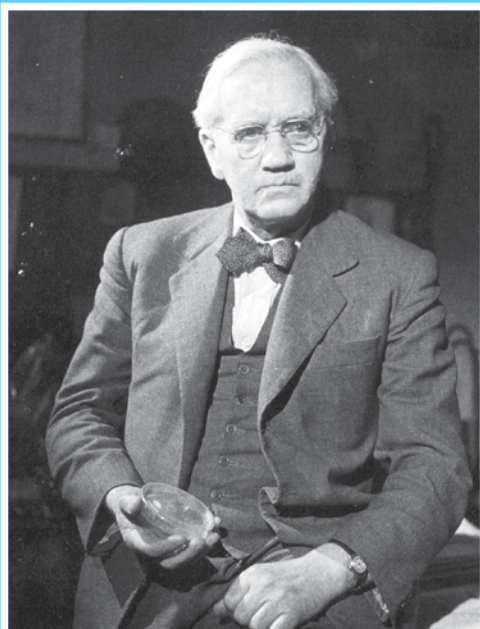
Sabías que...



En épocas en que la higiene corporal no era un hábito, el estetoscopio comenzó siendo un simple cono de papel ideado para evitar que el médico apoyara su oreja sobre la piel de los pacientes. De ese modo se logró por añadidura amplificar los sonidos provenientes del corazón y otros órganos y mejorar las posibilidades de diagnóstico.



Estetoscopio creado por René Laënnec en 1816, pintura de Robert A. Thom (1960)



Alexander Fleming en su laboratorio

Les proponemos...

Estudiar un caso

Salud y cuestiones éticas

En un futuro no muy lejano, un joven podrá someterse a un mapeo genético como estudio de rutina para averiguar las posibles anomalías heredadas que posea. Si en este estudio se determina que en su adultez desarrollará mal de Alzheimer (una enfermedad progresiva que inhabilita a la persona para trabajar o manejarse por sí misma):

- 1 ¿Es posible considerar a esa persona como enferma si todavía no tiene síntomas de enfermedad?
- 2 ¿Podrá este conocimiento condicionar, por ejemplo, el acceso a un trabajo?
- 3 ¿Sería ético que se pueda pedir este tipo de información en un examen médico preocupacional?

➤ A fines del siglo XIX se abrieron nuevos campos de investigación diagnóstica como la radiología y la radioterapia, y a partir de entonces creció vertiginosamente la utilización de la tecnología y la ciencia para crear otros métodos de diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

➤ Durante el siglo XX hubo una gran acumulación de conocimientos, y la medicina se dividió en numerosas especialidades. Pero al mismo tiempo las prácticas médicas fueron tendiendo a la **patologización** y al tratamiento del cuerpo enfermo como un objeto. Así, se daba la paradoja de que a pesar de que la medicina contaba con vastos conocimientos, su visión de la enfermedad se limitaba a lo biológico, y se dejaban de lado otros aspectos importantes como el estado psíquico y los vínculos sociales del paciente.

Entendemos por *patologización* al hecho de etiquetar como enfermedad a un comportamiento, etapa de la vida, disfunción, etc., que se aparte de lo que se considera “normal”, sin tener en cuenta el entorno. Claros ejemplos de patologización son el diagnóstico psiquiátrico y la medicalización de los problemas de comportamiento y falta de atención de niños y adolescentes, que en la mayoría de los casos son causados por la relación con las nuevas tecnologías: chat, juegos electrónicos y redes sociales.

Durante largos años, para completar dudosos tratamientos curativos, existían otras indicaciones poco o nada eficaces: purgas, enemas, sangrías, vomitivos, ventosas, masajes o baños. Seguramente alguien mayor te podrá explicar en qué consistían estas prácticas por haberlas “padecido” en carne propia, ya que algunas se siguieron utilizando hasta hace poco tiempo atrás.

El amplio campo de investigación abierto a fines del siglo XX por el conocimiento del genoma humano y la manipulación genética, dota a la medicina actual de nuevos logros para la detección y curación de enfermedades, pero surgen controversias éticas sobre los alcances de determinadas prácticas que cuestionan la definición de lo que significa el **estado de salud**.

¿QUÉ ES SALUD?

Una corriente de pensamiento integradora abre una nueva dimensión en la forma de definir el estado de salud/enfermedad. En *Cultura y diversidad en salud*, Beatriz Carbonell –investigadora en el área de la antropología–, plantea:

“Enfermedad es una realidad construida y el enfermo, un sujeto social. La enfermedad es un hecho sociológico, por lo tanto cualquier acción de prevención, de tratamiento o planeamiento de salud, deberá tomar en cuenta valores, actitudes y creencias de la población a la que está destinada. Sin embargo, cada cultura establecerá sistemas de salud-enfermedad según sus creencias, ocurre que lo que es considerado enfermedad en algunas poblaciones sociales, puede no serlo en otras”.

Se propone aquí una visión sociológica que relativiza la posibilidad de encontrar una definición de salud de validez universal. Un ejemplo claro se puede observar estudiando las culturas actuales de pueblos originarios que han conservado usos y costumbres ancestrales que se ponen de manifiesto en la forma de abordar su visión sobre la salud y enfermedad y que contrastan con los actuales conocimientos adquiridos por las ciencias occidentales.

Les proponemos...

Culturas ancestrales y su visión de la enfermedad

Beatriz Carbonell cita el ejemplo de la cultura mapuche en la que la figura referente encargada de los problemas de salud es la *machi*. Ella es la mujer que tiene el don de poder detectar la energía maléfica o *wekufu* que es la responsable de romper el equilibrio del cuerpo y producir una enfermedad física o trastornos psíquicos. Hay causas endógenas y exógenas de la enfermedad, entre las que figuran: comer animales o frutos sin haber pedido permiso para cazarlos o recolectarlos a *Nquen* (dueño de la naturaleza), ser víctima de una hechicería o *kalkutun*, ser poseído por el alma de un difunto que proyecta una energía negativa, recibir el castigo divino por no haber realizado ceremonias rituales de ofrenda, etc. Quizá sorprenda pensar las diferencias que existen entre las culturas. Sin embargo en nuestra sociedad tan “avanzada” (a nivel técnico y científico) también recurrimos más de una vez a las famosas curanderas para ciertas prácticas que no tienen fundamentos médicos pero son eficaces.



— Machi mapuche

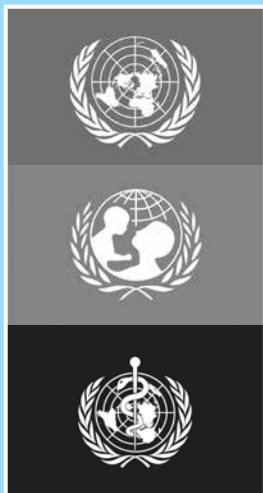
Consignas:

- 1 ¿Qué es el *empacho* y la llamada *pata de cabra*? ¿Cuáles son las formas de curarlos?
- 2 ¿Cuál es el remedio para el dolor de cabeza producido por el *mal de ojo*?
- 3 ¿Cómo un curandero logra sanar la *culebrilla* (Herpes zoster)?
- 4 Intenten pedir opinión de algún médico sobre estas prácticas.

Organizaciones internacionales



- Organización de las Naciones Unidas (ONU): fundada tras la Segunda Guerra Mundial, es una organización multinacional conformada por 193 Estados miembros cuya finalidad es mantener la paz y seguridad internacional, promover el desarrollo social, los derechos humanos, y la mejora de la calidad de vida.
- Organización Mundial de la Salud (OMS): coordina la acción sanitaria en las Naciones Unidas. Interviene en los asuntos sanitarios mundiales, genera investigaciones en salud, promueve políticas en esta materia, emite normas sanitarias y da apoyo técnico a los países. También vigila las tendencias sanitarias mundiales, por ejemplo en caso de epidemias. La OPS, es la oficina regional de la OMS para las Américas.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF): repartición de las Naciones Unidas especialmente dedicada a la protección integral de la infancia en cuanto a educación, salud, contención social, etc.



Logos ONU, UNICEF, OMS

Ante tanta diversidad de culturas y de criterios en torno al tema de la salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS), organismo referente internacional en temas sanitarios, incorporó en su Constitución la definición que había sido propuesta en 1946 por Andrija Stampar, pionero croata de la salud pública. Costó mucho que fuera comprendida por los gobiernos de entonces, porque ofrecía una nueva mirada en la que se comprometía a toda la sociedad y no exclusivamente al sector médico. Decía que:

“La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, en 1978, convocada por la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se reafirmó expresamente esa definición y se planteó el objetivo “Salud para todos en el año 2000” con la certeza de que trabajar por la salud no solo involucraba al ámbito de la medicina sino que abarcaba un **compromiso social** que incluía decisiones políticas, económicas, y la participación de todos los estamentos sociales.

Se pueden hacer dos observaciones a partir del análisis de esta definición: la primera es que resulta prácticamente imposible lograr el bienestar completo en los tres aspectos, ya que estos abarcan no solo a la persona sino también sus vínculos sociales y afectivos. Por este motivo, y después de una reelaboración del concepto, en la actualidad se habla de un **grado** de bienestar físico, mental y social, por lo que, consecuentemente, **tener salud sería alcanzar el mayor grado posible de bienestar**.

La segunda observación tiene que ver con la percepción que cada individuo y más aún, cada grupo social tiene de lo que implica el “bienestar”. Son infinitas las ideas que existen sobre lo que sería el **bienestar**. En las sociedades desarrolladas se vincula normalmente con factores económicos e implica darse los gustos, poder consumir. Pero... el consumismo, es decir, el vicio del consumo, ¿refleja bienestar realmente? Por ahora dejaremos la pregunta abierta para ir pensando sobre este tema, que retomaremos más adelante.

Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), organismo equivalente a la OMS que determina políticas sanitarias para las Américas, hace un interesante enfoque, al plantear la salud como

“estado de adaptación diferencial de los individuos en relación con el medio ambiente que los rodea”.

Esta definición, mucho más inclusiva, hace extensiva la posibilidad de salud a personas con capacidades diferentes, quienes tienen el derecho de desarrollar una vida más allá de las limitaciones físicas o mentales que posean.

Los modos del bienestar

Cada cual tiene una percepción propia sobre su sensación de bienestar, que depende de diversos factores: tener trabajo, familia, vivienda, etc. Estos factores son, indudablemente, condiciones que pueden aumentar esa sensación. Sin embargo el ser humano está, además, condicionado por sus emociones y sus sentimientos. Así, desde afuera, otros pueden suponer que alguien goza de bienestar por tener acceso a estas cosas básicas; y la persona en cuestión, sentir una insatisfacción que no condice con esa visión que va más allá de haber podido conseguir determinados bienes materiales. Además, ¿qué implicará el bienestar, por ejemplo, para Ananda, o para un adolescente de la comunidad mapuche de la que hablamos antes? ¿Y para una persona cuatripléjica? ¿Y para un anciano que vive en un geriátrico?

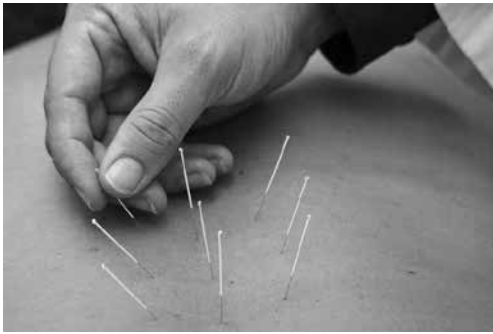
Teniendo en cuenta estos matices diferentes sobre el bienestar de las personas, la OMS definió en 1996 el concepto de **calidad de vida** como:

“La percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive, y con respecto a sus metas, expectativas, normas, y preocupaciones”.

MEDICINA POPULAR Y TRADICIONAL

Por lo analizado hasta ahora podemos concluir que salud es un estado enmarcado en una compleja trama de factores y actores, y necesariamente debe contemplar la diversidad de culturas y modos de vida. Es así que estos organismos internacionales, referentes en cuestiones de salud, buscaron establecer criterios amplios también sobre las formas de curar. En los países en vías de desarrollo se utiliza comúnmente la llamada **medicina tradicional**. La OMS la define como **prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias, que incluyen las terapias con hierbas, partes de animales y/o minerales**. Otras formas de esta medicina se aplican sin ninguna medicación, como la acupuntura o las terapias manuales o espirituales. La medicina indígena, la medicina china, la ayurveda hindú son sistemas curativos tradicionales de origen milenario que se siguen empleando en nuestros días.

En los países desarrollados prevalece la **medicina alopática**, es decir, la que se basa en la administración de fármacos o en cirugía, luego de la aplicación de diversos y sofisticados medios de diagnóstico, y es el médico quien la prescribe. Las medicinas tradicionales, al no ser hegemónicas, son poco utilizadas y se las conoce como **terapias alternativas o complementarias**.



La acupuntura es una técnica de mitigación de los dolores corporales que pertenece a la medicina tradicional china. La segunda imagen muestra los distintos puntos de acupuntura distribuidos por el cuerpo



La medicina natural, elaborada a base de hierbas y minerales, se la incluye dentro de las terapias alternativas

Los altos costos de la medicina alopática hacen inaccesible este servicio a la mayor parte de la población en países no desarrollados, y muchas de sus prácticas tienden a la patologización y a la objetivación del cuerpo enfermo. La medicina actual se fragmentó tanto que cada especialista trata solo la parte del cuerpo que le compete. Cada uno se ocupa de órganos diferentes que hay que curar sin tener una visión integral del enfermo. Otro problema radica en que hay una creciente preocupación por los efectos secundarios o adversos de muchos medicamentos, por lo cual existe un número importante de personas que podrían solventar tratamientos médicos pero prefieren las terapias alternativas.

Es curioso que en la actualidad, y a pesar del gran avance científico, se esté volviendo a las medicinas tradicionales, menos procesadas y más naturales. Quizás se esté revalorizando por fin el gran bagaje de conocimientos aportados por generaciones de grupos sociales que han vivido en estrecho contacto con la naturaleza, considerando a la persona como una integridad en armonía con su entorno. Estos conocimientos no vienen desde la ciencia formal, sino de la sabiduría de quienes han probado y empleado estas formas de curar durante cientos de años. En muchos casos, la industria farmacéutica no ha hecho más que tomar remedios naturales, y explotarlos comercialmente bajo la forma de medicamentos. El ejemplo más claro es el de la

aspirina: el ácido acetilsalicílico es el analgésico más usado en el mundo, y se lo vende bajo diferentes nombres comerciales; fue lanzado al mercado en 1899. Sin embargo, civilizaciones como los egipcios y pueblos de la Mesopotamia asiática descubrieron sus poderes mucho antes, ya que tres mil años atrás ellos utilizaban las cortezas y savia del sauce (cuyo nombre científico *Salix* es el que denomina a la droga ácido acetilsalicílico), sin saber que contenía esta sustancia. Como vemos, las mal llamadas medicinas “alternativas” muchas veces son la base de la medicina alopática.



El ácido acetilsalicílico o AAS tiene propiedades analgésicas y anti-inflamatorias

Les proponemos...

Explorar sobre medicinas alternativas

- 1 Elijan alguna comunidad indígena argentina e investiguen sobre su forma de curar las enfermedades. Comparen con los datos que leyeron sobre los mapuches e intercambien opiniones.
- 2 Realicen un trabajo de campo para relevar datos sobre las opciones más usadas como terapia en la comunidad en la que viven. Pueden armar grupos y visitar diferentes farmacias. En estos comercios se expenden medicamentos pero también preparados homeopáticos, hierbas o “yuyos” y flores de Bach, que se consideran medicina alternativa. Deberán averiguar qué es la homeopatía y las terapias florales, qué medicamentos de ese tipo son los más vendidos y para qué dolencia se usan, cuál es la proporción de consumo de estos medicamentos frente a los medicamentos alopáticos, qué tipo de público usa estos preparados (sexo, edad, nacionalidad...). Luego, procesen los datos de todo el curso y saquen conclusiones.

3 Proyecto: utilización de medicinas alternativas en otras culturas.

En cualquier comunidad, especialmente en el interior de nuestro país, Bolivia, Paraguay y Perú, es sumamente frecuente el uso de hierbas para tratar diversas enfermedades, que se ingieren generalmente mediante infusiones. A partir de los datos que obtengan, elaboren un “vademécum de medicina alternativa”. El vademécum es un registro de todos los medicamentos alopáticos que existen en el mercado. Todas las farmacias lo tienen. En el que ustedes confeccionarán debe figurar el nombre de cada “yuyo”, cuál es su forma de administración, para qué enfermedad se usa y en qué regiones se lo emplea. Consigan muestras de cada planta usada, colóquenlas entre dos hojas de diario y apoyen peso sobre ellas. Dejen reposar durante unos días para que se sequen en forma aplanada, e inclúyanlas en su vademécum para formar un herbario bien completo. Pregunten de dónde provienen los conocimientos sobre estas formas de curar. Con lo trabajado en estas actividades pueden organizar una muestra en el colegio.

“VALE MÁS PREVENIR QUE CURAR”: UNA NUEVA FORMA DE ENCARAR LA SALUD/ENFERMEDAD

Sabías palabras las de este refrán popular... veamos por qué.

A partir de 1930 se impuso un modelo conocido como **paradigma preventivista**. Este modelo, que fue impulsado por Hugh Leavell y E. Gurney Clarck –médicos que trabajaban en salud pública en Estados Unidos–, pone especial énfasis en la **prevención**, es decir, en las **acciones tendientes a evitar que la enfermedad aparezca**. Este paradigma tuvo en cuenta que, una vez declarada una enfermedad, las personas estaban expuestas a diversas consecuencias, como la posibilidad de padecer secuelas o el riesgo de muerte. También, más allá de las secuelas físicas, enfrentar una situación de enfermedad implicaba la necesidad de utilizar servicios médicos y medicamentos cuyos costos eran elevados y de difícil acceso para la mayoría de la población.

Si bien esta nueva visión representó un avance importante en el abordaje de enfermedades, la acción en favor de la salud respondía a un **modelo médico hegemónico**, porque seguía proponiendo soluciones desde el campo de la medicina, sin tener en cuenta a otros actores sociales fuera del ámbito del personal sanitario y de las instituciones médicas.

La acción de prevención se centra en minimizar los llamados **factores de riesgo** que amenazan al individuo. Cada persona tiene un determinado **perfil de riesgo** condicionado por su exposición a estos factores. No todas las personas tienen igual posibilidad de mantener su estado de salud, debido a que cada individuo y cada etapa de la vida tienen sus características propias que pueden exponerlo en mayor o menor grado ante determinados factores de riesgo.

El saneamiento urbano: minimizar el factor de riesgo ambiental



Las obras de saneamiento de las ciudades, como la construcción de cloacas y alcantarillados, o el tendido de agua corriente, contribuyen a evitar la propagación de enfermedades al alejar de las poblaciones urbanas materiales contaminantes y focos infecciosos. La revolución industrial en Inglaterra tuvo como consecuencia la concentración de fábricas y

viviendas en centros urbanos como Londres (capital del Reino Unido). Tanto las industrias como los hogares, vertían sus fluidos contaminantes al río que atraviesa la ciudad: el Támesis. Fue así que en 1862, la comisión de obras metropolitanas londinense resolvió construir un gran alcantarillado subterráneo que alejara las aguas residuales lejos del centro urbano, pues el olor nauseabundo provocaba muchos malestares entre la población. La obra fue encargada a sir Joseph William Bazalgette.



— Construcción de las cloacas en Londres, 1862

Los factores de riesgo tienen distintas procedencias:

- **Desde el entorno:** los **factores ambientales**, como la contaminación del aire y el agua o la contaminación sonora típica de las grandes ciudades, perjudican la salud, ya que causan problemas respiratorios, de piel, auditivos, etc.
- **Desde el trabajo:** los **factores laborales**, incluyen todos los riesgos relacionados con las actividades que se desempeñen para lograr el sustento económico y dependen del tipo de trabajo. Por ejemplo, una persona que limpia vidrios a grandes alturas tiene un alto riesgo de caer al vacío, mientras que un carpintero corre otro tipo de riesgos: puede, por ejemplo, lesionarse las manos con las máquinas usadas para aserrar madera.
- **Desde la persona:** a) **Constitución biológica:** los **factores genéticos** producen la aparición de enfermedades hereditarias, o la predisposición a ciertas dolencias. Por ejemplo, el alto nivel de colesterol en sangre se registra a menudo en varios miembros de la misma familia. Lo mismo ocurre con ciertos tipos de anemia (reducción del número de glóbulos rojos). b) **Constitución psicológica:** las **conductas de riesgo** son acciones relacionadas con la toma de decisiones y los comportamientos consecuentes que pueden hacer peligrar la vida. Por ejemplo, el consumo de ciertas sustancias puede hacer que las personas tengan conductas altamente peligrosas para con ellas mismas y con otros, que pueden producir deterioro físico y psicológico y contribuir a aumentar las posibilidades de accidentes de tránsito, entre otras acciones. Las conductas que manifiesta una persona no dependen enteramente de ella sino también de las condiciones sociales que habita y de la etapa vital que transita. Así se habla de **riesgos grupales** cuando las personas, al estar en grupo, tienen conductas especialmente peligrosas que no pondrían en práctica en forma individual: patotas, barras bravas, y lo que los mismos adolescentes denominan “mala junta”, son ejemplos de manifestaciones grupales en las que la violencia está presente de forma exacerbada, y en las que circulan ciertos hábitos poco saludables como el consumo de drogas o alcohol.

Les proponemos...

Indagar sobre factores de riesgo

- 1 Indaguen si en su barrio o ciudad existe alguna planta industrial y qué riesgos ambientales pueden surgir a partir de su actividad y su impacto en la salud.
- 2 Averigüen cuáles son los riesgos de un obrero que trabaja en una planta química, de un docente, de un recolector de residuos. Pueden plantear también otras ocupaciones.
- 3 Pregunten a sus familias si existe algún tipo de alteración genética como la diabetes o la hipercolesterolemia y quiénes la padecen o padecieron.

Niveles de prevención

Algunas enfermedades evolucionan hasta su curación total, pero otras dejan secuelas físicas y/o psicológicas que pueden inhabilitar a las personas; otras se pueden tratar pero no curar, por lo cual se hacen crónicas, y hay dolencias que no dejan secuelas incapacitantes pero requieren de largos tratamientos de rehabilitación. En todos los casos no solo resulta afectado quien padece la enfermedad, sino también su entorno cercano, familiares y amigos. Estos deben actuar como contenedores de esa complicada situación y en numerosas ocasiones sufren la angustia de no saber cómo hacerlo.

Las enfermedades transmisibles o contagiosas, por otra parte, pueden perjudicar a un gran número de personas, por lo tanto hay especial empeño en evitar que se manifiesten y propaguen intentando su erradicación.

Teniendo en cuenta las consecuencias negativas que la enfermedad trae aparejadas, y dentro del marco del paradigma preventivista, se establecieron tres niveles de prevención:

- **Prevención primaria:** su objetivo es impedir que se manifiesten las enfermedades, para lo cual centra su acción en reducir las conductas de riesgo de los individuos y los factores predisponentes a la enfermedad. Debemos destacar el papel preponderante que juega la educación en este caso. Se planifican, por ejemplo, campañas informativas o vacunaciones masivas. También se incluye la protección de la salud mediante saneamiento ambiental, controles bromatológicos de alimentos, etc.
- **Prevención secundaria:** su objetivo es la detección temprana de enfermedades aun cuando permanecen asintomáticas, mediante chequeos de rutina, y métodos de diagnóstico precoz. Por ejemplo, el cáncer de próstata en los hombres puede ser detectado muy tempranamente con una prueba en sangre denominada PSA (detección de antígeno prostático); en las mujeres, el examen de Papanicolau, y colposcopia, o la mamografía buscan detectar cánceres ginecológicos. También se estableció recientemente la videocolonoscopia (exploración del colon, última porción del intestino), como estudio de rutina desde los 50 años de edad, debido al alto porcentaje de afecciones serias que se localizan en ese órgano.
- **Prevención terciaria:** su objetivo es tratar enfermedades ya declaradas, que pueden ser curadas total o parcialmente, y participar en la rehabilitación de aquellas que dejan secuelas. Se incluyen prácticas de alto costo y complejidad como las intervenciones quirúrgicas.

Período previo a la enfermedad		Primeros estadios	Primeras lesiones detectables	Estadio avanzado de la enfermedad	Convalecencia
Prevención primaria		Prevención secundaria		Prevención terciaria	
Promoción de la salud	Protección específica	Diagnóstico precoz y atención inmediata	Limitación de la invalidez		Rehabilitación
• Educación sanitaria • Buen patrón de alimentación según etapa de vida • Atención al desarrollo de personalidad • Vivienda adecuada, recreación, condiciones agradables de trabajo • Planificación familiar y educación sexual • Genética • Exámenes selectivos periódicos	• Uso de vacunas • Atención e higiene personal • Hábito de saneamiento ambiental • Protección contra riesgos ocupacionales • Uso de alimentos específicos • Protección contra sustancias cancerígenas • Control de generadores de alergias	• Estudios de diagnóstico (chequeos generales) • Evitar propagación de enfermedades contagiosas • Evitar manifestaciones de enfermedad • Evitar secuelas y complicaciones	• Tratamiento adecuado para interrumpir el proceso de enfermedad • Evitar complicaciones y secuelas • Evitar invalidez y muerte		• Prestación de servicios hospitalarios y comunitarios para reeducación y capacitación para aprovechar capacidades existentes • Educación para incorporar a personas rehabilitadas a un empleo • Utilización de Terapia Ocupacional en hospitales • Utilización de Terapia Ocupacional en asilos

Fuente: Leavell y Clark, 1976 (adaptado por autoras)

Vacunas	BCG (1)	Hepatitis B HB (2)	Neumococo Conjugada (3)	Quíntuple Pentavalen- te DTP-HIB (4)	Cuádruple o Quíntuple Pentavalente (5)	Sabin OPV (6)	Triple Viral SRP (7)	Gripe (8)
Recién nacido	única dosis (A)	dosis neo- natal (B)						
2 meses			1ª dosis	1ª dosis		1ª dosis		
4 meses			2ª dosis	2ª dosis		2ª dosis		
6 meses				3ª dosis		3ª dosis		dosis anual (E)
12 meses			refuerzo				1ª dosis	
15-18 meses					1er refuerzo	4ª dosis		
18 meses								
24 meses								
5-6 años (ingreso escolar)						refuerzo	2ª dosis	
11 años		iniciar o completar esquema (C)					iniciar o completar esquema (D)	
A partir de los 15 años								
Adultos		iniciar o completar esquema (C)						
Embarazadas								dosis anual (F)
Puerperio								dosis anual (G)
Personal de salud		iniciar o completar esquema (C)						dosis anual

(continúa en página siguiente)

Referencias:

(A) Antes de egresar de la maternidad.

(B) En los primeras 12 horas de vida.

(C) Si ni hubiera recibido el esquema completo deberá completarlo. En caso de tener que iniciarlo: aplicar 1ª dosis, 2ª dosis al mes de la primera y 3ª dosis a los 6 meses de la primera.

(D) Si no hubiera recibido dos dosis de Triple Viral o una de Triple Viral más una dosis de Doble Viral.

(E) Deberán recibir en la primovacunación 2 dosis de vacuna separadas al menos por cuatro semanas.

(F) En cualquier trimestre de la gestación.

(G) Madres de niños menores a 6 meses que no se vacunaron durante el embarazo.

(H) Personal de salud que atiende niños menores a 1 año.

(I) A los 10 años de la última vacunación antitetánica.

(J) A partir de la semana 20 de gestación.

(K) Residentes en zonas de riesgo.

(L) Residentes en zonas de riesgo. Único refuerzo a los 10 años de la 1ª dosis.

(M) Residentes o trabajadores con riesgo ocupacional en zona de riesgo.

(1) BCG: Tuberculosis (formas invasivas)

(2) HB: Hepatitis B

(3) Previene la Meningitis, Neumonía y Sepsis por Neumococo.

(4) DTP-HB-Hib (Quíntuple / Pentavalente): Difteria, Tétanos, Tos Convulsa, Hep B, Haemophilus Influenzae b.

(5) Cuádruple DTP-Hib: Difteria, Tétanos, Tos Convulsa, Haemophilus influenzae b. Quíntuple / Pentavalente: Difteria, Tétanos, Tos Convulsa, Hep B, Haemophilus Influenzae b. Aplicar la que esté disponible.

(6) OPV (Sabin): Poliomielitis Oral.

(7) SRP (Triple Viral): Sarampión, Rubeola, Paperas.

(8) Gripe

(9) HA: Hepatitis A

(10) DTP (Triple Bacteriana Celular): Difteria, Tétanos, Tos Convulsa.

(11) dTpa (Triple Bacteriana Acelular): Difteria, Tétanos, Tos Convulsa.

(12) dT (Doble Bacteriana): Difteria, Tétanos.

(13) VPH (Virus Papiloma Humano): causante del 100% de los casos de cáncer de cuello de útero.

(14) SR (Doble Viral): Sarampión y Rubeola.

(15) FA: Fiebre Amarilla

(16) FHA: Fiebre Hemorrágica Argentina

Para más información: 0-800-222-1002 / www.msal.gov.ar

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación

Vacunas	Hepatitis A HA (9)	Tripe Bacteriana Celular DTP (10)	Tripe Bac- teriana Ace- lular dTpa (11)	Doble Bac- teriana dT (12)	Virus Papiloma Huma- no VPH (13)	Doble Viral SR (14)	Fiebre Amari- lla FA (15)	Fiebre Hemorrá- gica Argentina FHA (16)
Recién nacido								
2 meses								
4 meses								
6 meses								
12 meses	única dosis							
15-18 meses								
18 meses							1ª dosis (K)	
24 meses								
5-6 años (ingreso escolar)		2º refuerzo						
11 años			refuerzo		3 dosis (mujeres)		refuerzo (L)	
A partir de los 15 años								única dosis (M)
Adultos				refuerzo (I)		iniciar o completar esquema (D)		
Embarazadas			refuerzo (J)					
Puerperio						iniciar o completar esquema (D)		
Personal de salud			única dosis (H)			iniciar o completar esquema (D)		

Para hacer prevención a través de la vacunación, debemos conocer cuál es el calendario gratuito vigente en nuestro país, que cumple ampliamente con las necesidades de la población



● Campaña de vacunación

UNA NUEVA MIRADA: LA INCLUSIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD COMO PARTE DE LA PREVENCIÓN PRIMARIA

Para reducir el impacto personal y social que causa la enfermedad y teniendo como objetivo la prevención primaria, se planteó un nuevo enfoque de las políticas sanitarias, centrándolas en la **promoción de la salud**, que se definió en 1986 en la llamada Carta de Ottawa publicada por la OMS como un **proceso mediante el cual se les proporcione a las personas los medios necesarios para aumentar el control sobre su propia salud y mejorarla**. Este proceso abarca diferentes aspectos: adquirir hábitos de cuidado del cuerpo, eliminar comportamientos de riesgo que pueden predisponer a ciertas enfermedades, y obtener información y conocimientos necesarios para estos fines.

“La **promoción de la salud** tiene por objeto extender lo que se entiende como expectativa de salud más allá de la ausencia de enfermedad, trastornos y discapacidad, hacia medidas positivas para crear, mantener y proteger la salud, centradas en la duración de la vida saludable”.

La **educación para la salud** desde diferentes ámbitos: escuela, medios de comunicación, etc., es un punto clave en esta nueva propuesta que no se reduce a la simple transmisión de información sino que requiere una participación activa de las personas e incluye la alfabetización sanitaria y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y comunitaria.

Por otro lado, la propuesta de promoción de la salud abandona el modelo médico hegemónico, y plantea una estrategia de cambio individual y social. Introduce la idea del *empoderamiento* para la salud:

“El **empoderamiento para la salud** es el proceso social, cultural, psicológico o político mediante el cual el individuo o grupos sociales son capaces de plantear sus necesidades o preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a las necesidades en relación a la salud”

Dicho de un modo simple: se busca que la población sea a la vez generadora y destinataria de las acciones en salud.

FACTORES DETERMINANTES DE SALUD

Así como el paradigma preventivista se centraba en el estudio de los factores de riesgo, el enfoque de la promoción de la salud se propone operar sobre los llamados **factores determinantes de salud**. Se trata de factores políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, conductuales y biológicos que determinan el estado de salud de los individuos y poblaciones, y pueden ser modificados por estrategias de promoción adecuadas. Teniendo en cuenta esta multiplicidad de factores, podemos decir que la promoción en salud hace necesario también modificar algunas condiciones que no dependen de las decisiones personales y que influyen indiscutiblemente en el bienestar físico, mental y social.

En estas acciones están comprometidos los poderes políticos que manejan la economía y las políticas sociales de un país, las entidades de gobierno provinciales y municipales, los organismos de salud, las organizaciones no gubernamentales (ONGs), instituciones como escuelas, sociedades de fomento, clubes; también las empresas privadas. En conclusión, la intención es involucrar a todos los actores sociales desde sus diferentes roles, para crear las llamadas **opciones saludables**. En

primer lugar, con el objeto de tomar conciencia de que la salud dejó de ser un asunto individual, y pasó a ser un asunto colectivo que exige participación comunitaria. En segunda instancia, para procurar acciones concretas y consensuadas a favor de la preservación de estados saludables que no desatiendan la singularidad de las culturas.

Factores determinantes de la salud



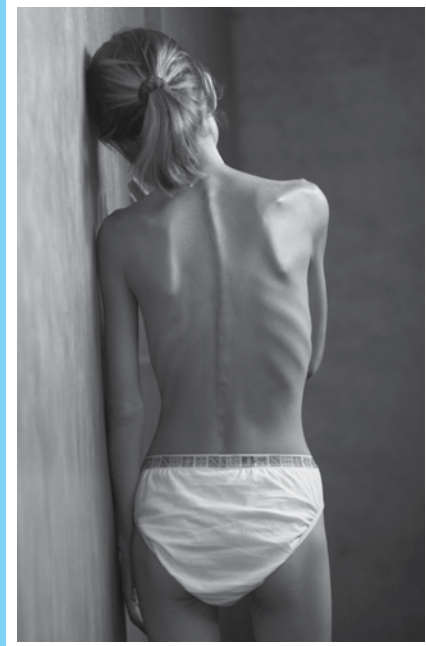
Fuente: Dahlgreen y White Head, 1991 (adaptado por autoras)



Les proponemos...

Analizar un caso**Salud y cuerpos normales**

La anorexia puede pensarse como un trastorno alimentario que se manifiesta a través de un cuadro de desnutrición. Un médico o médica puede determinar que el paciente a quien atiende está por debajo de los rangos normales de peso, y le recetará una dieta especial, quizás algunas vitaminas. Las medidas tomadas no están mal sino incompletas. No se evaluó el aspecto psicológico del paciente, que en el caso de la anorexia es ineludible. Habría que analizar y poder escuchar qué es lo que le sucede, qué cosas le están pasando, qué otras cosas puede decir ese síntoma. Más allá de esto, ¿no hay también una presión cultural por responder a este modelo corporal de extrema delgadez? ¿Cómo desentenderse de estos imperativos culturales? No olvidemos que *las enfermedades son, también, procesos sociales*.



En un determinado entramado social son posibles ciertos tipos de enfermedades y no otros, aparecen ciertos modos de estar enfermos y no otros. Los medios de comunicación promueven ciertos estereotipos corporales. Estos mensajes son vividos muchas veces como “mandatos” por espectadores pasivos que no cuestionan. Esta actitud no solo se observa en los adolescentes sino también en padres y madres no siempre predispuestos al diálogo. Es una realidad que la persona delgada y bella –siempre respecto de ciertos rasgos considerados como bellos– es socialmente aceptada; por consiguiente, si se quiere acabar con la anorexia, no basta con tratamientos médicos. Hay que intervenir en todas las facetas que aparecen involucradas con esta situación. Para eso se crearon instituciones como ALUBA (Asociación de Lucha contra la Bulimia y Anorexia), que brinda asistencia a quienes ya padecen estos trastornos, pero también intenta prevenir su aparición.

Entre las iniciativas estatales cabe destacar la llamada la Ley de Talles (Ley 12.665), sancionada por la Provincia de Buenos Aires en 2005, que establece que: “los comercios que vendan ropa de mujer, deberán tener en existencia todos los talles correspondientes a las medidas antropométricas de la mujer adolescente, de las prendas y modelos que comercialicen y ofrezcan al público”, aclarando “Que la normativa pretende ser un aporte para la lucha contra la bulimia y la anorexia”. También, comenzaron a exhibirse en las vidrieras maniqués con cuerpos normales. Otra iniciativa importante tomada en España fue no contratar para desfiles a modelos con peso extremadamente bajo.

Fuente de la Ley de Talles: <http://www.gob.gba.gov.ar/legislacion/legislacion/l-12665.html>

Para reflexionar:

¿Qué otras cosas se pueden hacer para prevenir y dar a conocer esta enfermedad?

¿QUÉ OCURRE CUANDO NOS ENFERMAMOS?

Por contraposición a lo que definimos como **estado de salud**, se podría decir que la ruptura del estado de bienestar físico, mental o social nos expone a la enfermedad. La enfermedad es una manifestación generalmente observable en el individuo a través de una alteración orgánica y/o mental, cuyas causas pueden ser internas o externas (estas últimas llamadas **noxas**, que significa daño o perjuicio). La **etiología** es el estudio de las causas.

En el siguiente cuadro se resumen los diferentes tipos de enfermedades según su etiología más frecuente.

ORIGEN	CAUSAS (etiología)	CLASIFICACIÓN	EJEMPLOS
Interno	Alteraciones genéticas, cromosómicas y hereditarias.	Enfermedades hereditarias. Enfermedades congénitas (algunas que se padecen desde el nacimiento).	Albinismo, algunas anemias, síndrome de Down.
Interno	Alteraciones del metabolismo celular o del funcionamiento normal de órganos, que pueden presentar fallas degenerativas.	Enfermedades metabólicas. Enfermedades degenerativas. Enfermedades funcionales inmunológicas, cardiológicas, etc.	Gota, hipercolesterolemia, diabetes. Artrosis, cáncer, infarto cardíaco o cerebral, insuficiencia renal.
Externo	NOXAS sociales: crisis económicas, guerra, atentados, exclusión social. NOXAS culturales: modas, presión mediática.	Enfermedades mentales y enfermedades sociales. (También funcionales y nutricionales).	Estrés, síndrome del <i>burn out</i> , depresión, trastornos de personalidad, impotencia sexual Anorexia, vigorexia, adicciones, quemaduras solares.
Externo	NOXAS físicas: fuego, calor, frío, radiación ultravioleta, presión, descargas eléctricas, ruido, agentes mecánicos. NOXAS químicas: contaminantes ambientales del aire, agua, suelo, conservantes de alimentos, venenos	Enfermedades profesionales (consecuencia del tipo de trabajo). Enfermedades traumáticas. Enfermedades funcionales (metabólicas o degenerativas).	Saturnismo y otras intoxicaciones por metales pesados, hipoacusia, disfonía, quemaduras. Fracturas, luxaciones, heridas, contusiones Cáncer, alergias, erupciones en la piel, asma.
Externos	NOXAS biológicas: virus, bacterias, parásitos externos o internos unicelulares (protistas) o pluricelulares (hongos, gusanos planos, etc.).	Enfermedades infecciosas e infecto contagiosas, parasitarias. Enfermedades de transmisión sexual. Enfermedades de transmisión alimentaria.	Hepatitis, gripe, angina, sarampión, rubéola, mal de Chagas, lombriz solitaria (teniasis), pediculosis. Sida, sífilis, herpes genital, hepatitis B, papiloma humano, gonorrea. Botulismo, síndrome urémico hemolítico, salmonelosis.

Debemos aclarar que muchas veces existen múltiples factores causales, inclusive internos y externos a la vez, para que se manifieste una determinada enfermedad. El cáncer es un caso claro donde intervienen factores externos como la adicción al tabaco, pero también hay ciertos predisponentes internos para enfermar aun a quienes nunca fumaron. Además una enfermedad puede ser clasificada de varias formas, por ejemplo: la anorexia puede ser tomada como enfermedad social, pero también es una afección nutricional y metabólica.

Las noxas y los causales internos de enfermedad implican factores de riesgo. Es claro que no es posible intervenir desde la prevención sobre todos ellos por igual. Es más fácil tomar medidas frente a la exposición a las noxas, pero es imposible prevenir por ahora, por ejemplo, una enfermedad que ya está condicionada genéticamente.



El niño enfermo (1886), óleo sobre tela del pintor venezolano Arturo Michelena

Les proponemos...

Las enfermedades y sus orígenes

- 1 Investiguen sobre cada enfermedad que desconozcan del cuadro anterior.
- 2 Para charlar en casa y en el barrio: averigüen en qué consistió la crisis económica de diciembre de 2001 y cuáles fueron sus causas y consecuencias. Pregunten entre sus familiares, amigos y vecinos cómo influyó este hecho en la salud física y mental de los adultos. ¿Qué enfermedades y trastornos aparecieron en la gente?

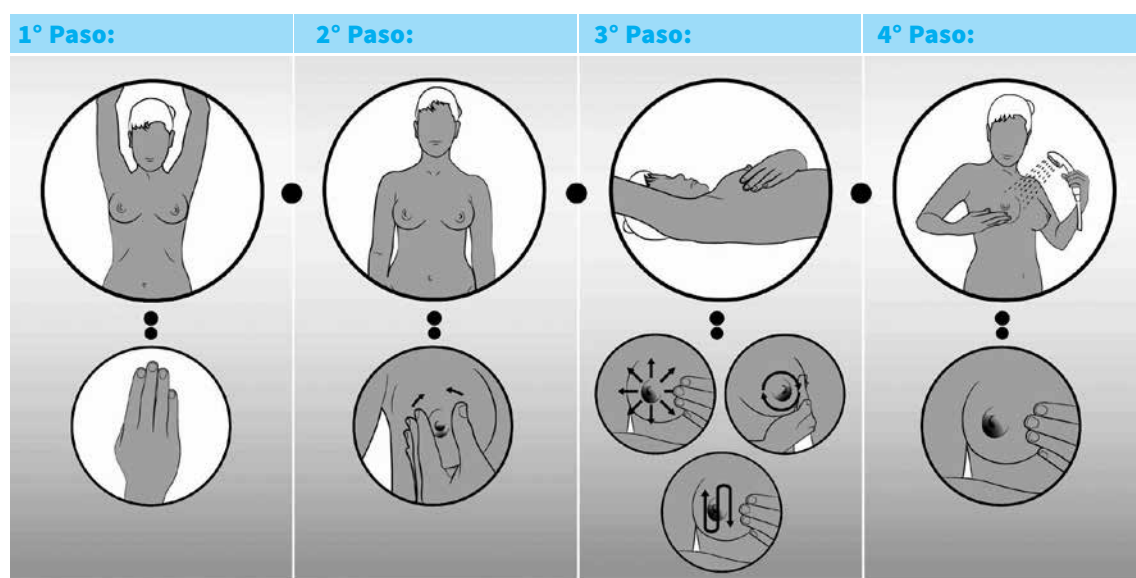
LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ

Nada es tan eficaz como detectar lo más tempranamente posible una enfermedad, pero llegar a un diagnóstico certero no siempre resulta tarea fácil. Hay muchos factores que un médico debe tener en cuenta para hacer una predicción. El médico clínico, el generalista o médico de familia, es el primero que trata con un paciente que se siente enfermo. En primer lugar debe tener en cuenta lo que el paciente le transmita sobre su malestar y sus síntomas, así como sus antecedentes de enfermedades. Durante ese encuentro también se hace una revisión general del enfermo para obtener datos sobre tensión arterial, temperatura, auscultación y palpación en busca de signos de enfermedad. Muchas dolencias se pueden diagnosticar de este modo. Sin embargo, a veces el médico ordena estudios complementarios tales como análisis de sangre, orina, radiografías, ecografías y

estudios de baja complejidad para elaborar un diagnóstico, e inclusive puede derivar el caso a un especialista, quien suele indicar estudios de mayor complejidad (y alto costo) y más específicos. Debemos tener en cuenta que en Argentina el acceso a la salud de alta y baja complejidad es gratuito y es un derecho, aunque se ejerce en forma desigual y existen problemas de tiempos de espera y de distancia para la atención.

Una misma enfermedad puede tener manifestaciones distintas en personas diferentes. También puede ocurrir que ciertos pacientes permanezcan asintomáticos hasta que la enfermedad esté muy avanzada o que recién decidan concurrir al médico cuando sus síntomas son alarmantes. Todos estos son factores que a veces conducen al retraso o posibles equivocaciones en el diagnóstico. “No hay enfermedades sino enfermos”, dice un viejo precepto médico. Es por eso que la medicina no se debe centrar en la aplicación de protocolos sistematizados para la detección de enfermedades. El buen médico es, más bien, el que en primer lugar es capaz de **escuchar** a su paciente y analizar la situación en forma integral. De hecho en la actualidad se propicia la toma de decisiones compartidas entre el médico y el paciente informado, en las que no solo importan las razones científicas para avalar un determinado tratamiento sino los intereses, temores y valores del propio paciente.

Autoexamen de mamas



1° Paso:

Frente al espejo con los brazos en alto, observe si hay cambios en la piel de las mamas, hundimientos, bultos, cambios de color o cambios del aspecto de los pezones, es decir cualquier diferencia no preexistente entre una mama y la otra.

2° Paso:

Seguir en la misma posición, y con la mano contralateral apretar delicadamente el pezón. Está atento a secreciones o líquidos que salgan espontáneamente a través de los pezones.

3° Paso:

Acostada sobre una superficie firme, coloque una mano detrás de la nuca y con la mano del otro lado toque toda su mama e incluso la axila, buscando zonas duras o bultos. Haga lo mismo con la otra mama.

4° Paso:

Cuando esté tomando un baño, presione suavemente toda la superficie de la mama, buscando igualmente bultos o durezas.

Examine la mama con la mano derecha y viceversa.

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES

El diagnóstico precoz de una enfermedad hace posible tratarla cuando se encuentra en sus primeros estadios y todavía no ha hecho daño significativo en el organismo; lo más probable en esos casos es que evolucione hasta su curación total. Para eso es muy importante que las personas estén informadas y sepan detectar sobre sí mismas síntomas que requieren atención: por ejemplo, hacerse periódicamente un autoexamen de mamas es fundamental para concurrir rápidamente al médico ante cualquier anormalidad, sin esperar al chequeo ginecológico anual.

Algunos tratamientos son a corto plazo y otros llevan más tiempo. Ciertas dolencias como los infartos cardíacos, fracturas, accidentes cerebrovasculares, requieren de algún tipo de rehabilitación como parte del tratamiento. A pesar de ello, en ocasiones quedan secuelas físicas o mentales una vez tratada la enfermedad y el paciente cuenta con capacidades reducidas o diferentes para trabajar y desarrollar una vida normal.

Como ya hemos mencionado antes, existen enfermedades crónicas (que no se curan) como la diabetes, epilepsia, algunas anemias y enfermedades autoinmunes. Sin embargo es posible hacer tratamientos que permiten mantener en buenas condiciones al paciente y frenar el avance de la dolencia y sus efectos secundarios.

Ciertas enfermedades suponen riesgo de vida. Aún en estos casos, en los estadios terminales de la enfermedad, existen tratamientos denominados paliativos, que consisten en reducir el dolor y mejorar en lo posible la calidad de vida.

El nuevo paradigma de promoción de salud hace un replanteo de la medicina. Actualmente los médicos comunitarios y salubristas se enfocan en mejorar el bienestar de las personas teniendo en cuenta el contexto social y el ambiente en el que desarrollan sus vidas, ya que muchos de ellos trabajan en centros de salud barriales y están en contacto directo con la realidad del entorno o forman parte de ella.

Les proponemos...

¿Los tatuajes son dañinos?

Luego de leer el cuadro de la página siguiente, podrían pensar en los síntomas que produce un tatuaje sobre la piel. Investiguen en qué consiste la técnica para realizar tatuajes permanentes.

- 1 ¿Qué barrera inmunológica fue traspasada y cuál es la que está actuando y de qué modo lo hace?
- 2 ¿Cuál será la consecuencia si al realizarlo no se utiliza material estéril y descartable?

Somos seres biológicos



Causas biológicas de la enfermedad: las barreras inmunológicas

El sistema inmunológico dispone de tres tipos de barreras para impedir el ingreso al organismo de todo agente extraño (como virus, bacterias y sustancias químicas) que pueda enfermarlo. Por eso, aunque convivimos con miles de microbios que invaden el aire y todo lo que tocamos, la mayor parte del tiempo estamos físicamente saludables, debido a que este mecanismo actúa con mucha eficiencia.

Barrera primaria (barrera mecánica)	Localizada en la superficie corporal: (epidermis) y zonas de contacto con el exterior (vías aéreas y digestivas).	Piel: la transpiración, grasitud y acidez de su superficie mata microbios sensibles. Forma una barrera física que impide el ingreso de agentes extraños. Vías abiertas del cuerpo: a) Vías aéreas: las sustancias mucosas y pelitos microscópicos retienen las partículas y microbios que inhalamos. b) Vías digestivas: los ácidos del estómago matan los microbios que ingerimos; bacterias de la flora intestinal.
Barrera secundaria (mecanismo inflamatorio)	Localizada debajo de la piel (en la dermis). Actúan algunos glóbulos blancos.	En heridas, la secreción de histamina realizada por las células dañadas provoca inflamación, vasodilatación, penetración de glóbulos blancos a través de las paredes de vasos sanguíneos y englobamiento (fagocitosis) de agentes extraños que ingresaron con la lesión. La zona de la herida toma aspecto caliente, enrojecido e hinchado. Puede formarse pus (secreción formada por glóbulos blancos, bacterias y tejidos muertos) si la limpieza de la herida no es adecuada.
Barrera terciaria (respuesta inmune)	Localizada en la sangre. Actúan glóbulos blancos llamados linfocitos T y linfocitos B. Los B son altamente específicos y fabrican anticuerpos (que comúnmente llamamos defensas), a medida de cada antígeno.	La secuencia de acción contra los agentes extraños (antígenos) es: 1. Los <i>linfocitos T</i>, llamados cooperadores detectan la presencia de agentes extraños y liberan sustancias químicas que actúan como señal. 2. Estas sustancias liberadas activan a los <i>linfocitos T citotóxicos</i>, encargados de destruir a células infectadas o células cancerosas. También se activan los <i>linfocitos B</i>, quienes tienen una función más específica que es la de fabricar moléculas "a medida" de cada antígeno en especial. Estas partículas llamadas anticuerpos son liberadas al torrente sanguíneo y neutralizan al invasor. Se fabrican a una velocidad de 3.000 a 30.000 anticuerpos por segundo en cada célula B, actuando como un verdadero bombardeo para exterminar al antígeno. Hay linfocitos B especiales que se llaman células de memoria, capaces de producir anticuerpos para agentes extraños que alguna vez han ingresado al sistema inmune. Ante su reincidencia, automáticamente se los combate. Por eso, hay ciertas enfermedades que se contraen una sola vez. 3. Cuando ya no quedan antígenos que destruir, los <i>linfocitos B supresores</i> son los encargados de volver el sistema a su normalidad.

SALUD Y GRUPOS DE RIESGO

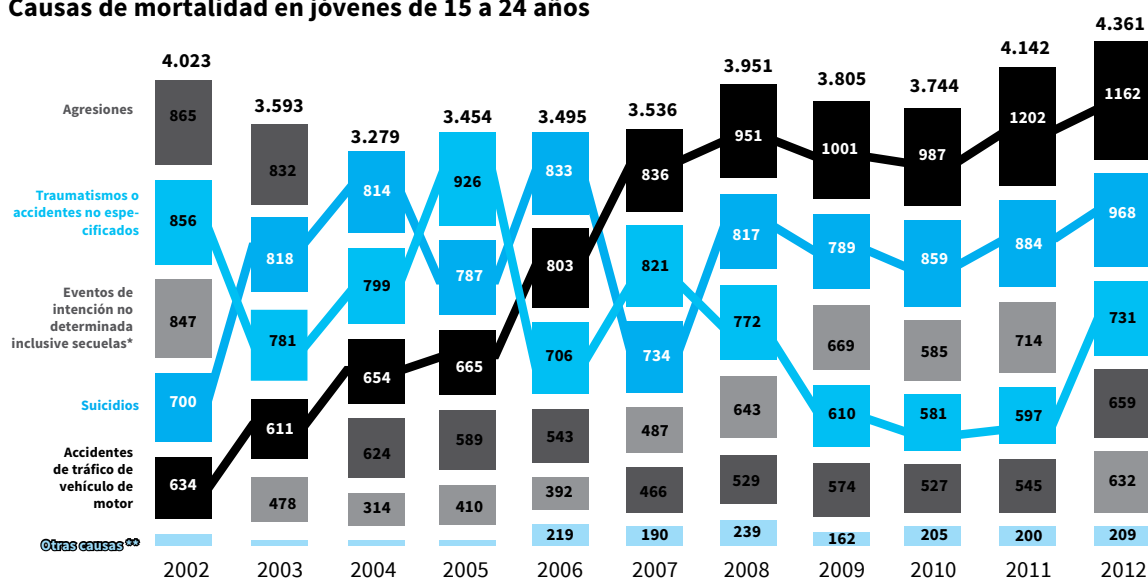
El paradigma preventivista se basó en la epidemiología, una rama de la medicina que estudia la manifestación, distribución y control de enfermedades dentro de una población en un lugar y tiempo precisos. Los riesgos potenciales a los que se exponen los individuos varían, entre otros factores, según la edad: son muy diferentes en la niñez con respecto a la adolescencia o la vejez. También inciden el nivel socioeconómico, la educación, el acceso a los sistemas de salud, etc. Así se conforman los denominados grupos de riesgo. Pueden confeccionar una lista y analizar ustedes mismos qué riesgos son más frecuentes en la niñez y en la vejez, y luego contrastarlos con los riesgos típicos de la etapa adolescente que veremos a continuación.

Los adolescentes como grupo de riesgo: datos estadísticos

Los adolescentes constituyen alrededor del 20% de la población mundial. Es decir que estás incluido entre los 1.443.658.148 de personas que transitan tu misma realidad con diferentes matices según su historia personal y su entorno sociocultural.

La adolescencia es el período de la vida con tasas de mortalidad más bajas, debido a que desde el punto de vista físico, es el momento en el que el organismo funciona en forma óptima. Sin embargo las estadísticas muestran una gran predisposición a la muerte por causas evitables. En nuestro país, las causas de muerte de personas entre 15 y 24 años asociadas a accidentes, homicidios, violencia, o suicidios, van en aumento: observemos los datos estadísticos ofrecidos por el Ministerio de Salud entre 2002 y 2012.

Causas de mortalidad en jóvenes de 15 a 24 años



Fuente: Ministerio de Salud de la Nación

(*) Muertes violentas cuya causa judicial aún no está determinada

(**) Complicaciones de atención médica o quirúrgica, sumersión o ahogamiento y accidentes de transporte

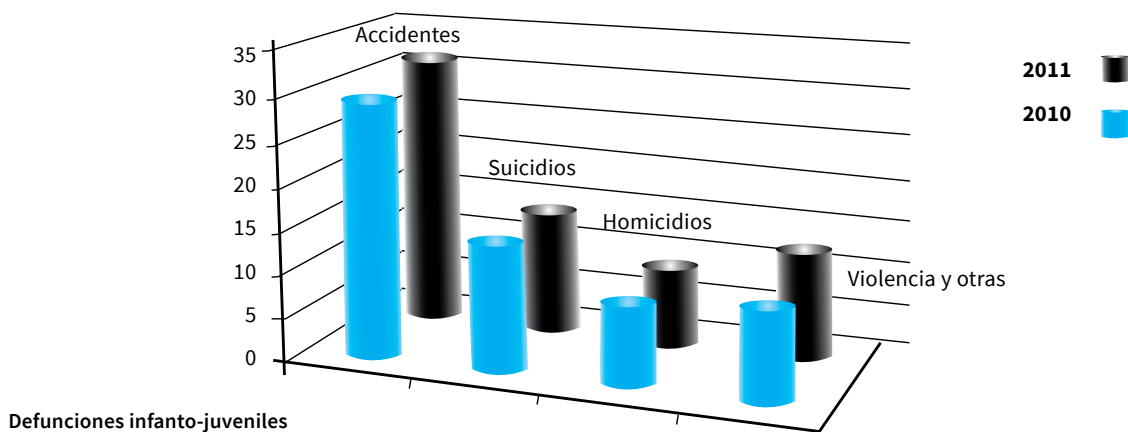
En el lapso de un año la mortalidad en la franja etaria de 15 a 24 años aumentó de un 62,3% en 2010 a un 66,4% en 2011. Este incremento se debe a una mayor cantidad de víctimas de accidentes fatales, incluyendo los de tránsito y de violencia, que en los últimos 10 años creció en un 83%. Actualmente

en nuestro país las guardias de hospitales atienden, especialmente durante los fines de semana, pacientes entre 10 y 24 años que registran dolencias consideradas “causas externas”, muchas de ellas asociadas a la violencia. Traumatismos o heridas de todo tipo y nivel de gravedad, fracturas de miembros superiores e inferiores, efectos tóxicos de sustancias no medicinales, envenenamiento por drogas, medicamentos o sustancias biológicas, son solo parte de la variedad de diagnósticos que se reportan. Un dato alarmante es que muchas de estas personas son víctimas de situaciones que a su vez son consecuencia directa de acciones de quienes están bajo efectos de alcohol u otras drogas. A nivel mundial se están comenzando a registrar estadísticas que vinculan los accidentes de tránsito, o lesiones por violencia doméstica, laboral o social que ocasionan individuos bajo los efectos de sustancias psicoactivas (que alteran la conducta). Teniendo en cuenta esto, una investigación desarrollada en hospitales y comisarías durante mayo y junio de 2004 por la Subsecretaría de Atención de Adicciones de la Provincia de Buenos Aires, dio los siguientes resultados:

- El 76% de los asistidos como consecuencia de hechos violentos ingresó a los servicios de emergencia intoxicado con alcohol u otras drogas.
- El 38% de los aprehendidos en comisarías se encontraban bajo efectos de alcohol u otras drogas.
- Se estimó que el 60% de los episodios violentos en calles y hogares tenían este mismo causal.
- 4 de cada 10 accidentados en vía pública, casas o trabajos están bajo efectos de alcohol u otras drogas; entre los restantes, se encuentran quienes son víctimas de terceros que están bajo efectos de estas sustancias.
- Anualmente se reportan en la provincia de Buenos Aires unas 2000 muertes por accidentes en jóvenes entre 15 y 35 años.

Se han puesto en vigencia medidas preventivas como la del “conductor responsable”, y los controles de alcoholemia, que intentan evitar accidentes de tránsito producidos por conductores o conductoras que están ebrios o drogados.

Hay otra realidad que se constituye en un factor de riesgo para la población adolescente: Argentina posee casi 11 millones de adolescentes y jóvenes entre los 15 y los 24 años de edad. Dentro de la franja de 15 a 19 años, el 18% no estudia, ni trabaja, ni colabora en su hogar. De ahí que en muchos medios se los rotula como jóvenes NI-NI. Esto condiciona seriamente el cuidado de su salud por la falta de fuentes de información y contención que sufren, por no contar con alternativas en las que emplear su tiempo libre, y cuestiona su futuro como actores sociales adultos por no estar suficientemente capacitados para enfrentar el mundo laboral.

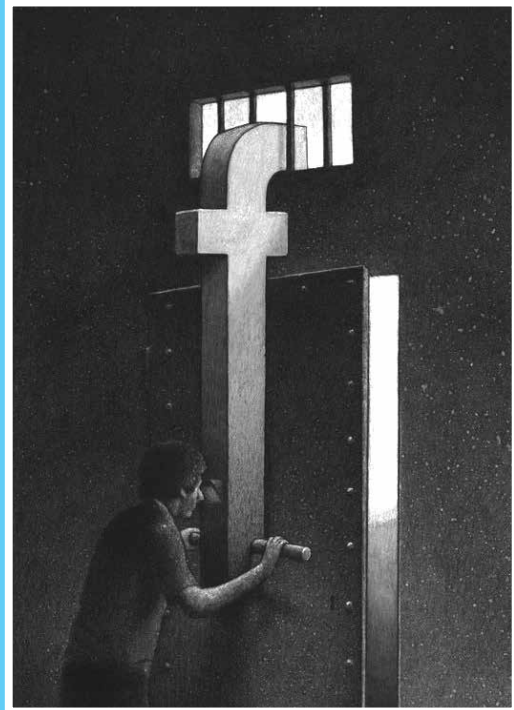


Podríamos continuar llenando el libro de estadísticas que arrojen datos alarmantes, pero conviene más bien preguntarnos qué mundo social hace posible esta situación, qué tipo de políticas podrían implementarse para modificarla, qué artificios crear como sociedad para potenciar las fuerzas alegres que hacen, también, al estar adolescente.

La vulnerabilidad del estar adolescente

La mirada psicoanalítica de Héctor Ferrari (2009) plantea que existe una relación íntima entre el estado de salud de una persona y el momento vital que atraviesa, y que depende de los recursos con los que cuente para afrontar las situaciones. La adolescencia puede ser un período de la vida de gran vulnerabilidad. Si bien biológicamente ya puede autoabastecerse (caminar, alimentarse, asearse, etc., cosas que no podía hacer en la niñez temprana), la vulnerabilidad en este momento pasa por ese agudizado estado de desarme y construcción constante de los modos de habitar el mundo. No todos cuentan con las mismas formas de enfrentar los conflictos que conlleva muchas veces este estado vital. Françoise Dolto compara al *estar adolescente* con la muda de algunos insectos. Estos, para poder crecer, deben cambiar la rígida cobertura externa. Al desprenderse de este “caparazón”, otro lo reemplaza, pero pasa un tiempo hasta que endurece y se adapta a su nueva medida. Es ese el momento de vulnerabilidad en que puede convertirse en presa fácil de algún depredador. Para el insecto este riesgo es imprescindible para crecer. En el estar adolescente, se trata de una transición crucial llena de amenazas y de oportunidades que empuja a buscar un “lugar en el mundo” que incluye el crecer y el probarse siendo. Este estado de experimentación muchas veces incluye el sentirse todopoderoso, y cuesta imaginar que exista algo que pueda amenazar su integridad. Por otro lado, *estar adolescente* hoy implica también estar atravesado por imperativos sociales como los del disfrute extremo, que seducen con la ilusión de “libertad”, ya que uno cree que decide mientras que es más bien *decidido* por voces sociales que lo trascienden. Al estar más independientes, incursionan en nuevos espacios, y nuevos grupos de pares que pueden promover comportamientos de alto riesgo, y más aún motivados por la necesidad de aceptación y reconocimiento que puede llevar a imitar los hábitos, no siempre sanos, del grupo. Todo esto se ve agravado porque realizan sus actividades en ámbitos que trascienden los de su entorno cercano, que sus padres pueden controlar.

Muchos adolescentes acostumbran “marearse” con estímulos que cambian permanentemente: zapping, chat, juegos electrónicos, música con auriculares, mensajes de texto, redes sociales. Con ellos se construyen una magnífica burbuja electrónica que invade cada vez más espacios y que los mantiene incomunicados, disfrazando a menudo bajo una máscara de aparente desinterés, un sentimiento de desamparo, incertidumbre y desesperanza. Retomando la metáfora de Françoise Dolto, podría decirse que la burbuja actúa como “caparazón temporal” que crea



Por Pawel Kuczynski

un mundo paralelo donde se prueban vínculos virtuales, no reales, que en el mejor de los casos los informa sin formarlos, y los mantiene convenientemente alejados de la realidad que ya perciben y les resulta difícil de comprender. Cuando “apagan” su burbuja, muchas veces, se dedican a dormir, curiosamente en momentos en que los adultos no lo hacen: largas horas de siesta para permanecer durante la noche en el ciberespacio.

El desafío de abordar a quienes viven estados adolescentes

Frente al aislamiento que se presenta afín a este estado adolescente, cuando un padre intenta indagar sobre las actividades de su hijo se encuentra frecuentemente ante la consabida frase “no te metás, es mi vida” dándole un final rotundo a lo que nunca llegó a ser un verdadero diálogo. Los adultos no están preparados para enfrentar esta realidad, muchas veces porque no saben cómo penetrar esta barrera que exige una gran paciencia y tolerancia, para saber cuándo y cómo hay que volver a intentar el diálogo, y en qué momento deben trazarse los límites necesarios.



Por otra parte, muchos adultos son conscientes de que por diferentes motivos, que a veces son válidos y otras veces no tanto (de índole laboral, conflictos personales, etc.), no brindan los tiempos y los espacios de encuentro necesarios; ni tampoco otras alternativas para ocupar su tiempo libre. Frente a esta realidad resulta incluso “conveniente” que el adolescente esté ocupado “en su mundo”, en lugar de cuestionar y enfrentar a sus padres, sus propios errores y falencias. La familia no siempre logra revertir esta situación, y se convierte en un conjunto de “islas” que viven bajo el mismo techo, para evitar el conflicto y la confrontación, tan necesarios en la formación integral de la persona. La escuela es el trasmisor de información complementario a la familia, pero muchas veces no cumple ese rol de manera completa debido a múltiples factores. Sin embargo no se puede decir que quienes transitan estados adolescentes no tengan necesariamente acceso a la información. Lo que le falta es la creación de espacios donde sea posible compartirla, discutirla, socializarla y hacerla dialogar con las experiencias de la vida.

LOS “ESTARES ADOLESCENTES” EN SALUD: REFLEXIONES FINALES

Hay ángulos que no pueden cerrarse
y que ninguna línea convertirá en figura.
Ellos resumen el destino.
Tampoco el destino puede cerrarse.

El amor conoce esos ángulos
y con frecuencia acude a ellos.
También el pensamiento y la palabra.
También los párrafos del viento.

Pero no hay instrumento que pueda medirlos,
ni hay geometría que los abarque.
Ellos responden a otro orden del espacio:
la geometría de lo abierto.

Roberto Juarroz. *Poesía vertical*, número 42

Hemos decidido hablar de *estar* adolescente y no de *ser* adolescente. La idea de estar da cuenta de un pasaje, de algo que se vive de manera transitoria sin coagularse ni estancarse necesariamente en nada. El *estar* dice, también, que se trata de una experiencia siempre abierta y que no está eximida de conflictos. Como escribe Oliverio Girondo en *Espantapájaros*:

“Yo no tengo una personalidad; yo soy un cocktail, un conglomerado, una manifestación de personalidades. En mí, la personalidad es una especie de forunculosis anímica en estado crónico de erupción; no pasa media hora sin que me nazca una nueva personalidad. [...] El hecho de que se hospeden en mi cuerpo es suficiente, sin embargo para enfermarse de indignación. Ya que no puedo ignorar su existencia, quisiera obligarlas a que se oculten en los repliegues más profundos de mi cerebro. Pero son de una petulancia... de un egoísmo... de una falta de tacto... Hasta las personalidades más insignificantes se dan unos aires de trasatlántico. Todas, sin ninguna clase de excepción, se consideran con derecho a manifestar un desprecio olímpico por las otras, y naturalmente, hay peleas, conflictos de toda especie, discusiones que no terminan nunca. En vez de contemporizar, ya que tienen que vivir juntas, ¡pues no señor!, cada una pretende imponer su voluntad, sin tomar en cuenta las opiniones y los gustos de las demás. Si alguna tiene una ocurrencia, que me hace reír a carcajadas, en el acto sale cualquier otra, proponiéndome un paseito al cementerio. Ni bien aquella desea que me acueste con todas las mujeres de la ciudad, esta se empeña en demostrarme las ventajas de la abstinencia, y mientras una abusa de la noche y no me deja dormir hasta la madrugada, la otra me despierta con el amanecer y exige que me levante junto con las gallinas. Mi vida resulta así una preñez de posibilidades que no se realizan nunca, una explosión de fuerzas encontradas que se entrechocan y se destruyen mutuamente. El hecho de tomar la menor determinación me cuesta un tal cúmulo de dificultades, antes de cometer el acto más insignificante necesito poner tantas personalidades de acuerdo, que prefiero renunciar a cualquier cosa y esperar que se extenuen discutiendo lo que han de hacer con mi persona, para tener, al menos, la satisfacción de mandarlas a todas juntas a la mierda”.

EL DESENLACE DE LA HISTORIA DE ANANDA, LA NIÑA HINDÚ: ESTARES ADOLESCENTES Y ADVERSIDAD

Esas luchas, esos tironeos inextinguibles dan cuenta de un estado vital que acompaña a esta etapa en la que todo se presenta en potencia. El cuerpo se transforma y se dan en ese mismo territorio, tan íntimo y tan expuesto a la vez, toda una serie de movimientos y de luchas que no dejan de inquietar. Como estuvimos viendo, cada sociedad ofrece ciertas posibilidades para esos **estares adolescentes**. No es lo mismo cómo se puede *estar* adolescente en una ciudad del Gran Buenos Aires, en la provincia de Formosa, en Santa Cruz, en Tucumán, o en otros sitios. Es imprescindible tener en cuenta lo situacional.

A propósito: te habrás preguntado qué fue de la vida de la chica hindú con cuya historia abrimos este capítulo. Ananda fue capaz de cambiar un destino signado por la discriminación, la pobreza y la enfermedad. El diagnóstico de lepra no solo impidió la boda sino que la convirtió en intocable: algo así como un desecho humano. Ella huyó de su familia, deambuló mucho tiempo por las calles, fue engañada para prostituirse, y al escapar de sus “patronos” sabía que sería perseguida para ser lapidada, es decir, muerta a pedradas. En esas condiciones, acudió a la casa en la que la Madre Teresa de Calcuta se dedicaba a atender a los leprosos que en la India viven y mueren en las calles en la más absoluta miseria. En el refugio de Teresa la curaron luego de un largo tratamiento, debido a que la enfermedad había avanzado, y le dieron cariño y contención. Ananda se hizo religiosa y fue una de las cuatro hermanas Misioneras de la Caridad que Teresa de Calcuta envió a Estados Unidos en 1985 para abrir la primera casa para acogida de personas enfermas de sida. En aquel momento en el que la enfermedad recién había aparecido y se diseminaba rápidamente, se desconocían las vías de contagio y no había tratamiento, las personas enfermas de sida sufrían el rechazo casi unánime de la sociedad (similar a lo que ocurría con la lepra en la India). Los hospitales no podían –o no deseaban– recibir una cantidad creciente de personas enfermas que siempre terminaban muriendo. La Madre Teresa fue convocada y accedió a instalar el primer centro de acogida para personas enfermas de sida en la ciudad de Nueva York, donde se acompañaba en esos últimos momentos de vida.



● Madre Teresa de Calcuta (1910-1997), Premio Nobel de la Paz (1979)

Si bien tu vida no necesariamente tiene que atravesar situaciones límite como la de Ananda, es importante que sepas que en esta aventura de ser más libre te vas a encontrar con opciones nuevas y que más de una vez ciertas elecciones pueden llevarte a situaciones límites. Hay que tener en cuenta que la salud es un medio que sustenta la vida. Tal es su importancia, y sin embargo no es un atributo que tenemos asegurado: es un “valor agregado” a nuestra existencia que fácilmente podemos perder. Los espacios como este, de Salud y Adolescencia, se ofrecen como lugares de discusión y pensamiento en los que podrás acceder a la información necesaria para protegerte, pero es imprescindible que la analices, la trabajes y la pongas en práctica en tu vida cotidiana. Aprender a evitar las conductas de riesgo es vital. Aprender a cuidarse entre ustedes cuando comparten salidas grupales es muy importante. Es cierto que a veces puede ser difícil encontrar espacios saludables de esparcimiento, pero no es imposible. Este puede ser un buen tema para debatir. También es cierto que ustedes mismos deben ser responsables por su salud.

Les proponemos...

Actividad N° 1

Explorar la adolescencia actual a través de la imagen

Confeccionen en grupo un afiche donde se vea lo que representa a los *estares adolescentes* que son posibles hoy. Usen imágenes, palabras, grafitis y publicidades, de revistas y diarios. Luego reflexionen:

- 1 ¿Cuántas de las cosas que pusieron en los afiches involucran conductas de riesgo?
- 2 Compartan los afiches con el resto de sus compañeros. Saquen conclusiones.

Actividad N° 2

Tu “estar” adolescente en salud

Les proponemos que reflexionen sobre la posibilidad de vivir la adolescencia en salud, y las condiciones (los obstáculos y ventajas) con las que cuentan para lograrlo. Para eso completen un cuadro como el siguiente:

NOTA: Esta actividad puede realizarse primero en forma grupal y luego individualmente.

Vivir mi adolescencia en salud	¿Cuáles son mis debilidades?	¿Cuáles son mis fortalezas?
Desde mí mismo: mi forma de ser, hábitos, uso del tiempo libre, etc.	Ej. Paso mucho tiempo en la calle. Otras...	Ej. Tengo buena relación con mis padres para dialogar sobre cualquier tema. Otras...
	¿Cuáles son las amenazas? (cosas negativas)	¿Cuáles son las oportunidades? (lo positivo)
Desde lo que me rodea: familia, escuela, sociedad.	Ej. Vivo en un barrio sin lugares seguros (club, sociedad de fomento) para hacer actividades recreativas. Otras...	Ej. En mi escuela hay un equipo de orientadores que me ayuda si necesito charlar sobre algo que me preocupa. Otras...

¿Qué propósito concreto pueden formular para mejorar su estado de bienestar? ¿Cómo lo van a lograr?

Propuestas integradoras

Paradigmas sobre el abordaje del proceso salud/enfermedad

Completen el siguiente cuadro comparativo:

PARADIGMAS	PREVENTIVISTA	PROMOCIÓN DE LA SALUD
Responsables		
¿En qué consiste?		
¿Sobre qué factores opera?		
¿Mayor énfasis en la salud o en la enfermedad?		

Elaboren un glosario con todos los términos definidos en este capítulo. Luego redacten un texto que los incluya.