ia BPG

INTERNATIONAL
AFFAIRS & BEST PRACTICE
GUIDELINES

TRANSFORMING
NURSING THROUGH
KNOWLEDGE

Guía de Buenas Prácticas Clínicas

REVISADA EN DICIEMBRE DE 2010

Fomento de un Desarrollo Saludable en los Adolescentes

RNAO
Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

investén isciii

Aviso de responsabilidad

Estas guías no son de obligado cumplimiento para las enfermeras o instituciones que las utilicen. Su uso ha de ser flexible para poder amoldarse a las necesidades de cada individuo y las circunstancias de cada lugar. Las Guías no suponen compromiso alguno, pero tampoco eximen de responsabilidades a quienes hacen uso de ellas. Aunque se ha puesto especial énfasis en la precisión de los contenidos en el momento de la publicación, ni los autores de la Guía ni la RNAO pueden garantizar la exactitud de la información recogida en ella, y tampoco asumirán responsabilidad alguna por las pérdidas, perjuicios, lesiones o gastos que deriven de errores u omisiones en su contenido.

Copyright

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario publicó en 2002 una primera versión de este documento, que se ha revisado en diciembre de 2010.

A excepción de aquellas partes del presente documento en las que se especifique la prohibición o restricción expresa para su reproducción el resto puede ser producido, reproducido o publicado en su totalidad, sin modificaciones, independientemente del formato, incluido el electrónico, para fines educativos y no comerciales, sin el permiso o consentimiento previo de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Para cualquier adaptación que se requiera, se debe obtener permiso de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. En todo el material copiado han de aparecer las correspondientes acreditaciones o referencias de la siguiente manera:

Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. (2010). Fomento de un desarrollo saludable en los adolescentes (Revisado 2010). Toronto, ON: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario.

Financiación

Este programa está financiado por el Ministerio de Sanidad y Cuidados de Larga Duración de Ontario.

Información de contacto:

Registered Nurses' Association of Ontario
International Affairs and Best Practice Guidelines Program
158 Pearl Street, Toronto, Ontario M5H 1L3
Página web: ww.rnao.org/bestpractices

Saludo de Doris Grinspun,

Directora Ejecutiva de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario

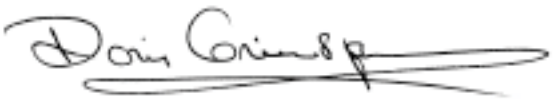
La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario, en lo sucesivo RNAO por sus siglas en inglés) se complace en ofrecer esta Guía revisada, *Fomento de un desarrollo saludable en los adolescentes*, a toda la comunidad sanitaria. Las prácticas basadas en la evidencia respaldan la entrega y el excelente servicio que las enfermeras ofrecemos en nuestra labor cotidiana.

La RNAO, con sumo agrado, pone a su disposición este recurso. Queremos expresar nuestro profundo agradecimiento a todas las instituciones y particulares que hacen realidad nuestra idea de unas guías de buenas prácticas en enfermería: al gobierno de Ontario, por reconocer la capacidad de la RNAO para liderar este programa y concedernos financiación; a Irmajean Bajnok, Directora de Asuntos Internacionales y de las Guías de Buenas Prácticas (IABPG, por sus siglas en inglés) y del Centro para la Excelencia Profesional, por aportar sus conocimientos y liderazgo para promover la producción de estas Guías; a todos los jefes de equipo que han participado en este proyecto y, para esta Guía en particular, a Joyce Fox por su gestión, compromiso y, sobre todo, por su gran experiencia. También queremos dar las gracias a Frederick Go, Gestor del Programa IABPG de la RNAO, por su intenso trabajo al frente de la revisión de esta Guía. Por último, queremos expresar nuestro especial reconocimiento a los miembros del equipo de expertos y al equipo de desarrollo original por contribuir generosamente con su tiempo y experiencia en este proyecto. ¡No podríamos haberlo conseguido sin todos vosotros!

La comunidad de enfermeras, con su compromiso y dedicación a la excelencia en el trabajo, aporta sus conocimientos e incontables horas de esfuerzo para el desarrollo, la implantación, la evaluación y la revisión de cada una de las guías. Los responsables de contratación han respondido con entusiasmo a este proyecto, con el reconocimiento a los profesionales que aplican estas guías y la implantación y la evaluación de las mismas, con lo que se trabaja por una cultura de práctica basada en la evidencia.

El éxito de estas guías requiere de un esfuerzo común tanto de las enfermeras de la práctica clínica como de los demás profesionales de la salud de otras disciplinas, de las enfermeras profesoras universitarias y formadoras en entornos de práctica clínica, y de los responsables de contratación. Tras haber asimilado estas guías, las enfermeras y las estudiantes de enfermería requieren entornos de trabajo saludables que les ayuden a hacer realidad estas directrices.

Les rogamos que compartan esta Guía con los demás miembros de su equipo interdisciplinar, ya que tenemos mucho que aprender los unos de los otros. Juntos, podemos garantizar que todos los ciudadanos reciben los mejores cuidados posibles cada vez que contactan con el sistema de salud. Hagamos que ellos sean los verdaderos beneficiarios de este importante esfuerzo.



Doris Grinspun, RN, MScN, PhD, O.ONT.
Directora Ejecutiva
Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario

Saludo de Teresa Moreno,

Responsable de la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud, Investén-isciii. Instituto Carlos III de España

La Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii) se complace en presentar las Guías de buenas prácticas en enfermería, realizadas por la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), en su versión traducida al español, para que puedan ser utilizadas por todos los profesionales de la salud hispanohablantes.

Desde Investén-isciii nos sumamos a la iniciativa de transformar la enfermería a través del conocimiento, ya que entendemos que los cuidados seguros y de calidad deben apoyarse en los resultados de la investigación multidisciplinar en este ámbito y en el intercambio de conocimientos entre profesionales de dentro y fuera de nuestras fronteras. Por ello iniciamos este proyecto, con el que pretendemos que las Guías de buenas prácticas puedan ser incorporadas a la actividad de los diferentes profesionales de la salud hispanohablantes.

Quiero aprovechar esta ocasión para solicitar vuestra ayuda en la difusión, implantación y utilización de estas Guías. La profesión enfermera, y especialmente aquellos que reciben nuestros cuidados, resultarán directamente beneficiados.

Investén-isciii y la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario os agradecen de antemano vuestra colaboración, al tiempo que os animan a continuar contribuyendo al desarrollo de la Práctica clínica Basada en la Evidencia.

La traducción de estos documentos ha sido posible gracias al Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los cuidados de salud basados en la evidencia y la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii).

Teresa Moreno, RN, MSc, PhD.

Directora de la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii)
Instituto Carlos III de España.
Madrid Octubre 2014

Índice de Contenidos

ANTECEDENTES

Cómo Utilizar este Documento 4
Objetivos y Ámbitos de Aplicación 5
Resumen de Recomendaciones 6
Interpretación de la Evidencia 8
Miembros del Equipo de Revisión (2009–2010) 9
Colaboradores Originales / Miembros del Equipo de Desarrollo (2002) 10
Agradecimientos a los Colaboradores 11
Glosario 12
Antecedentes 16

RECOMENDACIONES

Recomendaciones para la Práctica 28
Recomendaciones para la Formación 38
Recomendaciones para la Organización y Directrices 41
Lagunas en la Investigación e Implicaciones Futuras 55
Evaluación y Seguimiento de la Guía 56
Estrategias de Implantación 59
Proceso de Actualización y Revisión de la Guía 60

REFERENCIAS

Referencias 61

Bibliografía 74

ANEXOS

Anexo A – Proceso de Desarrollo de la Guía (2000–2002) 78

Anexo B – Proceso de Revisión (2009–2010) 79

Anexo C – Proceso de Revisión de la Literatura /Estrategia de Búsqueda 80

Anexo D – Estado de Salud de los Adolescentes 82

Anexo E – Identidad Cultural Aborigen – Diez Consideraciones y Estrategias 86

Anexo F – Cuarenta Elementos Fundamentales del Desarrollo (para adolescentes de entre 12 y 18 años) 88

Anexo G – Aspectos Clave para el Desarrollo y la Salud de los Adolescentes 90

Anexo H – Escalera de Participación Juvenil de Hart 91

Anexo I – Ejemplos de Planteamientos Teóricos 92

Anexo J – Recursos Basados en la Evidencia 99

Anexo K – Características y Valoración de los Servicios Orientados a los Jóvenes 100

Anexo L – Modelo de Salud Escolar Integral 108

Anexo M – Descripción de la Herramienta 109

Cómo Utilizar este Documento

Esta Guía de buenas prácticas en enfermería es un documento integral que ofrece los recursos necesarios para la práctica de la enfermería basada en la evidencia. Debe ser revisada y puesta en práctica en función de las necesidades específicas de la institución o del entorno/las instalaciones, así como de las necesidades y preferencias del paciente. Las guías no deben emplearse de forma literal sino como una herramienta útil para la toma de decisiones sobre la atención personalizada del paciente, así como para garantizar que se dispone de las estructuras y respaldo adecuados para prestar el mejor servicio posible.

Las enfermeras, los demás profesionales de la salud y los gestores que se encargan de dirigir y aplicar los cambios en la práctica clínica hallarán este documento útil de cara al desarrollo de políticas, procedimientos, protocolos, programas educativos, herramientas de documentación y evaluación, etc. Se recomienda utilizar la Guía como una herramienta de recursos. Las enfermeras que proporcionan atención directa al paciente se beneficiarán de revisar las recomendaciones, las evidencias en las que se fundamentan dichas recomendaciones y el proceso utilizado para el desarrollo de las Guías. No obstante, se recomienda encarecidamente que los centros sanitarios adapten el formato de estas guías, de manera que su uso cotidiano resulte cómodo.
En esta Guía se sugieren algunos formatos que podrían ser de utilidad para dicha confección y adaptación local.

Las instituciones que deseen utilizar esta Guía podrán:

- Evaluar las actuales prácticas de enfermería y cuidados de salud mediante las recomendaciones de la Guía.
- Identificar las recomendaciones que abordan las carencias o necesidades del servicio.
- Desarrollar de manera sistemática un plan para la implantación de las recomendaciones mediante el uso de herramientas y recursos asociados.

La RNAO está interesada en conocer la aplicación práctica que se da a esta Guía. Póngase en contacto con nosotros y cuéntenos su experiencia. A través de la página web de la RNAO (www.rnao.org), tanto instituciones como particulares podrán acceder a los recursos necesarios para la implantación de la Guía de buenas prácticas.

Objetivos y Ámbito de Aplicación

Las Guías de buenas prácticas son documentos desarrollados de forma sistemática para ayudar a los profesionales y a los pacientes a tomar decisiones acerca de la atención sanitaria más adecuada (Field Lohr, 1990). Así, las buenas prácticas pueden evolucionar a través de información obtenida de la experiencia continuada de los expertos, de sus juicios y planteamientos y de la investigación continuada (Health Canada, 2008). Las Guías de buenas prácticas constituyen un método aceptado para facilitar a las enfermeras evidencia actualizada que aplicar en su práctica profesional. Estas guías resumen la evidencia actual y recomiendan unas buenas prácticas basadas en la evidencia. Asimismo, ofrecen a las enfermeras una fuente de información fiable que pueden emplear para tomar decisiones sobre su práctica cotidiana.

Desde hace mucho tiempo, la profesión enfermera se ha considerado líder en el área de promoción de la salud y prevención de enfermedades. El objetivo de este documento es ayudar a las enfermeras que trabajan con adolescentes en distintos entornos de práctica, como colegios, centros de salud, centros comunitarios, unidades de salud para adolescentes, hospitales o consultas de medicina familiar. Las recomendaciones se refieren al desarrollo adolescente en diversos contextos (p. ej. cultural, socioeconómico, estructural, político).

La presente Guía está dirigida a enfermeras que no necesariamente son especialistas de las áreas mencionadas y que trabajan en diversos entornos de práctica en todos los ámbitos de cuidados. Es un hecho reconocido que las competencias individuales varían de una enfermera a otra y de una categoría profesional a otra dentro de la propia profesión. Las competencias individuales se basan en el conocimiento, las capacidades, las actitudes, el análisis crítico y la toma de decisiones, atributos que se van perfeccionando con el tiempo y con la formación. Esperamos que la información incluida en esta Guía de buenas prácticas sirva para reforzar el valor de las iniciativas en curso y para estimular el interés por incorporar nuevos planteamientos. Además, la meta es que esta Guía sea de aplicación en todos los ámbitos de la labor enfermera, como la práctica clínica, la administración, la regulación, la formación y la investigación.

Además de centrarse en la práctica enfermera, la Guía resulta de interés para otras disciplinas y sirve de apoyo a un enfoque interprofesional de fomento del desarrollo saludable en los adolescentes. Dicho planteamiento es coherente con el marco de trabajo de atención primaria que promueve la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 2008). El objetivo es que, con la aplicación de las mejores y más prometedoras prácticas sobre desarrollo adolescente, las enfermeras y los demás profesionales puedan marcar la diferencia en la vida de más adolescentes, con más frecuencia y en distintos entornos.

Resumen de Recomendaciones

Recomendaciones para la Práctica

	RECOMMENDACIÓN	*Tipo de Evidencia
1	Al trabajar con adolescentes, las interacciones enfermeras deben basarse en los principios de respeto, confidencialidad, confianza y transparencia. Las enfermeras deben reconocer el potencial y las fortalezas o puntos fuertes de los adolescentes y construir una relación de colaboración.	IV
2	Las enfermeras que trabajan con adolescentes emplearán un enfoque integral, colaborativo y multidimensional para fomentar la colaboración terapéutica e impulsar un desarrollo positivo de los adolescentes .	III- IV
3	Las enfermeras utilizarán planteamientos que integren la implicación juvenil para fomentar un desarrollo positivo de los adolescentes.	III- IV
4	Las enfermeras aplicarán los principios del desarrollo adolescente positivo al trabajar con jóvenes y otros miembros del equipo de atención sanitaria para desarrollar las destrezas y los conocimientos necesarios en la transición de los cuidados al sistema de salud orientado a los adultos.	III- IV
5	La práctica enfermera debe sustentarse en modelos teóricos basados en la evidencia.	IV
6	Las enfermeras dedicadas a diseñar, implantar y evaluar programas juveniles basarán sus decisiones enevidencia que refleje los elementos necesarios para diseñar y planificar programas de forma efectiva.	III- IV

Recomendaciones para la Formación

	RECOMMENDACIÓN	
7	Las enfermeras que trabajan con adolescentes deberán contar con habilidades y conocimientos específicos sobre el desarrollo, la salud y el bienestar en la adolescencia.	III- IV

* Consúltese el apartado específico en la página 9 dedicado a los tipos de evidencia

** Los profesionales que no ejercen en Ontario deberán comprobar las regulaciones aplicables en su jurisdicción.

Recomendaciones para la Organización y Directrices

	RECOMMENDACIÓN	*Tipo de Evidencia
8	Las instituciones establecen una cultura que fomente la implicación juvenil para crear un futuro saludable para los propios jóvenes y para las personas a su alrededor.	IV
9	Las instituciones establecen directrices y prácticas internas que respalden una participación significativa por parte de los adolescentes.	IV
10	Las instituciones y los órganos de financiación asignan los recursos materiales y humanos necesarios para garantizar la implantación de planteamientos integrales en la programación para adolescentes.	Ia, III-IV
11	Las instituciones ofrecen oportunidades de formación a las enfermeras para mejorar sus conocimientos sobre el desarrollo, la salud y el bienestar de los adolescentes, y darles a conocer métodos productivos de implicación juvenil.	III-IV
12	Las enfermeras trabajan en colaboración con los jóvenes para defender políticas públicas que favorezcan la salud y para desarrollar, aplicar y evaluar programas que sirvan para mejorar el desarrollo adolescente saludable. Los organismos competentes en materia de salud, asuntos sociales, educación y ocio deben dedicar recursos a garantizar la aplicación y la evaluación de los servicios orientados a mejorar el éxito y bienestar de los jóvenes.	IV
13	Las enfermeras colaboran con distintos socios comunitarios para promover un modelo de salud escolar integral.	IIb-IV
14	Las Guías de buenas prácticas en enfermería únicamente podrán implantarse con éxito si existen unos recursos, planificación y respaldo administrativo e institucional adecuados, así como los medios precisos. Es posible que las instituciones quieran desarrollar un plan de implantación que incluya: ■ Evaluación de la preparación de la institución y las barreras para su implantación. ■ Compromiso de todos los miembros (ya desempeñen una función de apoyo directa o indirecta) que vayan a contribuir en el proceso de implantación. ■ Dedicación de un individuo cualificado para proporcionar el respaldo necesario a los procesos de formación e implantación. ■ Oportunidades continuadas de debate y formación para reforzar la importancia de las buenas prácticas. ■ Oportunidad de reflexionar acerca de la propia experiencia en la implantación de las Guías, desde un punto de vista personal e institucional. Para ello la RNAO, a través de un equipo de enfermeras, investigadores y administradores, ha desarrollado la Herramienta de implantación de Guías de práctica clínica, basadas en la evidencia disponible, en planteamientos teóricos y en el consenso. Se recomienda emplear dicha Herramienta como apoyo para la implantación de la Guía revisada de Fomento de un desarrollo adolescente saludable.	IV

Interpretación de la Evidencia

Tipos de Evidencia

Ia Evidencia obtenida de metanálisis o revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorizados
Ib Evidencia obtenida de al menos un ensayo controlado aleatorizado.
IIa Evidencia obtenida de al menos un bien diseñado controlado no aleatorizado.
IIb Evidencia obtenida de al menos un estudio de otro tipo cuasi-experimental no aleatorizado, bien diseñado.
III Evidencia obtenida de estudios descriptivos no experimentales, bien diseñados, tales como estudios comparativos, estudios de correlación y estudios de casos.
IV Evidencia obtenida de los informes elaborados por un comité de expertos o de la opinión o las experiencias clínicas de autoridades respetadas.

Véase el Glosario, para consultar las definiciones de los términos.

Miembros del Panel de Revisión (2009-2010)

Joyce Fox RN, BScN, MHS
Team Leader
Director
Healthy Living Service
Simcoe Muskoka District Health Unit
Barrie, Ontario

Cindy Baker-Barill RN, BNSc
Youth Development Specialist
Simcoe Muskoka District Health Unit
Barrie, Ontario

Joanne Bignell RN, MN, NP–Paeds
Nurse Practitioner
Child/ Adolescent Psychosis
The Hospital for Sick Children
Toronto, Ontario

Laurie Columbus RN, MScN
School Health Manager
Niagara Region Public Health
Thorold, Ontario

Nancy Dalziel RN, BScN, BA(Psych)
Staff Nurse
Adolescent Health and Gynecology
Children's Hospital of Eastern Ontario
Ottawa, Ontario

Laurie Horricks RN, MN
Clinical Nurse Specialist
Child and Youth Mental Health Program
McMaster Children's Hospital
Hamilton, Ontario

Irena Hozjan RN, BScN, MN, NP–Paeds
Nurse Practitioner
Endocrinology Clinic
The Hospital for Sick Children
Toronto, Ontario

Melanie Laundry RN, BScN
Program Coordinator
Family Health Team
Haldimand-Norfolk Health Unit
Simcoe, Ontario

Catherine Maser RN, MN, NP–Paeds
Nurse Practitioner
Adolescent Medicine
The Hospital for Sick Children
Toronto, Ontario

Irene Mitchell RN, BScN, MA
Lecturer
Arthur Labatt Family School of Nursing
Faculty of Health Sciences
University of Western Ontario
London, Ontario

Sue Sherwood RN, BScN, MEd, CCHN(C)
School Program Manager
City of Hamilton – Public Health Services
Hamilton, Ontario

Frederick Go RN, MN
Program Manager
International Affairs and Best Practice
Guideline Program
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Glynis Vales BA
Program Assistant
International Affairs and Best Practice Guidelines
Programs
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Los miembros del equipo de desarrollo de la Guía realizaron declaraciones de interés y de confidencialidad. La RNAO dispone de información detallada al respecto.

Colaboradores Originales/ Miembros del Equipo de Desarrollo (2002)

Joyce Fox RN, BScN

Team Leader

Director
Healthy Living Service
Simcoe Muskoka District Health Unit
Barrie, Ontario

Nila Khanlou RN, PhD

Assistant Professor
Faculty of Nursing, University of Toronto
Research Scientist II
Culture, Community and Health Studies Section
Centre for Addiction and Mental Health
Toronto, Ontario

Yvette Laforet-Fliesser RN, MScN

Manager
Youth Adult Program, Family Health Service
Middlesex-London Health Unit
London, Ontario

Sue Lebeau, RN(EC), BScN

Nurse Practitioner
Nipissing Health Resource Centre and Laurentian University
North Bay, Ontario

Carol MacDougall, RN, BScN

School Health Consultant
Toronto Public Health, Planning and Policy
Health Promotion – Healthy Lifestyle
Toronto, Ontario

Irene Mitchell RN, BScN, MA

Lecturer
Arthur Labatt Family School of Nursing
Faculty of Health Sciences
University of Western Ontario
London, Ontario

Patti Moore RN, MPA

General Manager
Health and Social Services
Haldimand-Norfolk Counties
Simcoe, Ontario

Shelley Rusnell RN, BScN

Clinical Manager
Gynecology, Women's Health Program
Hamilton Health Sciences
Hamilton, Ontario

Helen Thomas, RN, MSc

Associate Professor
School of Nursing, McMaster University
Clinical Consultant
Hamilton-Wentworth Social and Public Health Services,
Public Health Research, Education and Development Program
Hamilton Ontario

Agradecimientos a los Colaboradores

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario agradece a las siguientes personas su contribución en la revisión de esta Guía de buenas prácticas y su participación durante el desarrollo inicial de este documento en 2002.

NOMBRE	CARGO, INSTITUCIÓN, CIUDAD, PROVINCIA
Alisha Ali	Consultant, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto Ontario
Cindy Baker-Barill	Public Health Nurse, Simcoe Country District Health Unit, Collingwood, Ontario
Lynn Brown	Manager, Child and Youth Program, Niagara Regional Health Department, St. Catharines, Ontario
Katie Cino	Aids/STD/Sexual Health Clinic Services, Halton Regional Health Department, Burlington, Ontario
Shirley Davies	Manager, Health Promotion, Chatham-Kent Public Health Division, Chatham, Ontario
Ilene Hyman	Research Scientist, Centre for Research in Women's Health, Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre, Toronto, Ontario
Lianne Jeffs	Chief of Nursing Practice, Hamilton Health Sciences, McMaster University Medical Centre Site, Hamilton, Ontario
Kelly Kay	Deputy Executive Director, Registered Practical Nurses Association of Ontario, Mississauga, Ontario
Jean Nesbitt	Director, Public Health Nursing and Nutrition, Durham Region Health Department, Whitby, Ontario
Irving Rootman	Director, Centre for Health Promotion, University of Toronto, Toronto, Ontario
Jo Ann Tober	Director, Brant Country Health Unit, Brantford, Ontario

Desde la RNAO, queremos igualmente dar las gracias a los servicios de sociales y de salud pública de la ciudad de Hamilton / Región de Hamilton-Wentworth.

Miembros del Equipo de Traducción de las Guías

Coordinación

María Teresa Moreno Casbas, RN, MSc, PhD
Coordinadora Científica
Responsable de la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud, Investén-isciii. Instituto de Salud Carlos III, España.

Esther González María, RN, MSc, PhD cand.
Coordinadora Científica
Centro Colaborador del Instituto Joanna Briggs, Australia.

Cintia Escandell García, DUE, PhD cand.
Coordinadora Técnica
Unidad de Investigación en Cuidados de Salud, Investén-isciii. Instituto de Salud Carlos III, España.

Equipo de Traducción

Marta López González
Coordinadora de Traducción
Licenciada en Traducción e Interpretación
Universidad Complutense Madrid,
CES Felipe II.

María Nebreda Represa
Coordinadora de Traducción
Licenciada en Traducción e Interpretación
Universidad de Valladolid.

Paula García Manchón
Traductora Responsable de Proyecto
Licenciada en Traducción e Interpretación
Universidad Complutense Madrid,
CES Felipe II.

Juan Diego López García
Traductor Responsable de Proyecto
Licenciado en Traducción e Interpretación
Université Jean Moulin Lyon III (Francia) y
Universidad de Granada
Health Sciences Centre Toronto, Ontario.

Colaboración Externa Traducción

Elena Morán López
Licenciada en Traducción e Interpretación
Universidad Pontificia Comillas de Madrid

Clara Isabel Ruiz Ábalo.
Licenciada en Traducción e Interpretación
Universidad Pontificia Comillas de Madrid

Jaime Bonet
Licenciado en Traducción e Interpretación
Universidad Complutense de Madrid

Carmen Martínez Pérez-Herrera
Licenciada en Traducción e Interpretación
Universidad Complutense de Madrid

Francisco Paredes Maldonado
Licenciado en Lenguas Extranjeras Aplicadas y Traducción. Universidad de Orléans (Francia)

Aimón Sánchez
Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona)
Hospital Universitario de Canarias

Tamara Suquet, DUE
Gerens Hill International

Inés Castilla
Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona)

Pilar Mesa, DUE
Facultad de Enfermería Universidad de Córdoba

Juan Carlos Fernández
Fisioterapeuta
Universitat de les Illes Balears

Grupo de Revisión

Cintia Escandell García, DUE, PhD candidate
Unidad de Investigación en Cuidados de Salud, Investén-isciii, Instituto de Salud Carlos III, España

Pablo Uriel Latorre, DUE
Enfermero de Investigación Clínica
Complexo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España

Montserrat Gea Sánchez, DUE, PhD candidate
Hospital de Santa Maria. Gestió de Serveis Sanitaris. Lleida.

Isabel Margalet
Enfermera Interna Residente en el Centro de Salud Guadalajara Sur - Guadalajara España

Ana Craviotto Vallejo, DUE
Hospital Universitario Doce de Octubre
Madrid, España.

Raquel Sánchez, DUE
Hospital Universitario de Getafe
Madrid, España.

Iosune Salinas
Fisioterapeuta
Universitat de les Illes Balears, España.

Isabel María Gordo Cerezo
DUE, EIR
Centro de salud José Mª Llanos, Madrid.

Glosario de Términos

Adolescencia: Periodo de transición de la niñez a la edad adulta que puede dividirse en tres etapas: adolescencia temprana (11-14 años), media (15-17 años) y tardía (18-21 años).

Asesoramiento Juvenil: "Proceso a través del cual un orientador y un joven trabajan juntos para explorar y definir el problema, la situación o el reto a que se enfrenta el joven, establecer objetivos realistas en su relación de asesoramiento y desarrollar un planteamiento para conseguir los objetivos definidos" (Vega, Madd- aleno, & Mazin, 2005, p.11).

Colaboración: Proceso empleado para crear asociaciones efectivas. Para lograrlo es fundamental que se aclaren de forma temprana y continuada los objetivos y actividades del proyecto, que exista confianza mutua y se respeten los procesos comunitarios de toma de decisiones, que quienes colaboran se comprometan a consultarse mutuamente y que se potencie al máximo el control y la participación local.

Colaboración entre Adultos y Jóvenes: Colaboración que se produce "cuando jóvenes y adultos trabajan juntos como equipo para tomar decisiones que afectan a sus vidas. Tanto unos como otros pueden aportar sugerencias, tomar decisiones y ofrecer recomendaciones." (Khanna & McCart, 2007, p.2)

Colaboración Terapéutica: Estructura de cooperación entre un joven y un adulto basada en el apoyo mutuo y orientada al trabajo conjunto para alcanzar un resultado prestablecido. Esta cooperación busca trabajar por el interés superior y los buenos resultados de los jóvenes.

Comportamientos de Riesgo: Comportamientos concretos que se asocian a una mayor susceptibilidad a sufrir una determinada enfermedad o dolencia (Youth Services Steering Committee, 2002).

Defensa y Promoción de los Propios Intereses: Dar voz a las opiniones, los valores y los deseos de los jóvenes en todas las fases de la promoción de la salud (incluidas la planificación y la evaluación de los programas) y en la creación de contactos con representantes de la juventud.

Desarrollo Adolescente Positivo: Conjunto de estrategias "que puede adoptar cualquier programa o modelo de programa para ayudar a orientar a los jóvenes en su transición hacia la madurez. Este planteamiento ofrece a los jóvenes el más amplio apoyo y les ayuda a conseguir los resultados que desean a largo plazo, como autonomía económica e implicación en unas relaciones familiares y sociales saludables" (Restuccia & Bundy, 2003).

Determinantes Sociales de la Salud: Condiciones económicas y sociales que conforman la salud de individuos, comunidades y jurisdicciones en su conjunto. A partir de la Carta de Ottawa para la promoción de la salud [Ottawa Charter for Health Promotion], la Agencia de Salud Pública de Canadá (2008) identificó 12 aspectos clave en los determinantes de la salud:

1) Renta y estatus social;
2) Redes de apoyo social;
3) Educación y alfabetización;
4) Empleo/condiciones laborales;
5) Entornos sociales;
6) Entornos físicos;
7) Prácticas de cuidado personal y capacidad de afrontamiento;
8) Desarrollo saludable en la infancia;
9) Biología y herencia genética;
10) Servicios sanitarios;
11) Género;
12) Cultura.

Diversidad Juvenil: Comprensión, tolerancia y respeto hacia la situación individual de cada joven en cuanto a edad, género, raza, orientación sexual, etnia, capacidades, creencias y estatus socioeconómico.

Elementos (fundamentales) de desarrollo: Relaciones, oportunidades y cualidades personales que necesitan los jóvenes para evitar riesgos y salir adelante (Search Institute, 2006).

Empoderamiento: "Constructo de varios niveles que comprende aplicaciones y planteamientos prácticos, procesos de acción social y resultados individuales y colectivos. En un sentido más amplio, hace referencia a los individuos, las familias, las instituciones y las comunidades que adquieren control y destreza dentro del contexto social, económico y político de sus vidas para mejorar su calidad de vida e igualdad" (Jennings, Parra-Medina, Messias, & McLoughlin, 2006, p. 32).

Estrategia: Plan de acción sistemático para alcanzar unos objetivos predeterminados.

Evaluación Participativa: Proceso de evaluación por el que los jóvenes colaboran activamente con los adultos para examinar asuntos que afectan a sus vidas. Participan en todas las fases de evaluación, desarrollan su capacidad de valoración, generan conocimiento y toman decisiones que dan pueden producir cambios significativos en sus comunidades (Suleiman, Soleimanpour & London, 2006).

Evidencia: La evidencia es la información que más se acerca a los hechos de un determinado asunto. La forma que adopta depende del contexto. La evidencia más precisa procede de las conclusiones de investigaciones de alta calidad y metodológicamente adecuadas. Dado que a veces no se dispone de investigación en una determinada materia o dichas investigaciones son incompletas o resultan contradictorias, es necesario contar con otro tipo de información para complementar o suplir la investigación. La base de la evidencia para tomar una decisión la constituyen múltiples formas de evidencia combinadas que equilibran rigor y conveniencia, dando mayor peso a aquel que a esta (Canadian Health Services Research Foundation, 2006, p. 11).

Factores de Protección: Atributos, tanto internos como externos, que ayudan a evitar que los jóvenes se vean envueltos en comportamientos de riesgo.

Factores de Riesgo: Situaciones o variables que reducen las probabilidades de los adolescentes de lograr resultados positivos y aumentan las probabilidades de que se produzcan resultados negativos o no deseables socialmente (World Health Organization, 2004).

Familia: Persona o personas a las que el individuo define como familia. Los miembros de la familia pueden incluir a padres, hijos, hermanos, parejas, vecinos y personas importantes de la comunidad del individuo.

Guías de Buenas Prácticas: También llamadas "Guías de práctica clínica". Afirmaciones desarrolladas de una forma sistemática para ayudar a pacientes y profesionales a tomar decisiones sobre la atención sanitaria adecuada en cada situación clínica específica (Field & Lohr, 1990).

Implicación Juvenil: participación significativa y compromiso sostenido del adolescente en una actividad no centrada en sí mismo (Centre of Excellence for Youth Engagement, 2003). Shen (2006) ha documentado que los programas de implicación juvenil que inciden en el acceso, la igualdad y la justicia social pueden contribuir al desarrollo positivo de los jóvenes al:

- Ofrecer oportunidades de desarrollo de sus habilidades y capacidades.
- Brindar oportunidades de liderazgo.
- Fomentar la reflexión sobre la identidad.
- Desarrollar la conciencia social.

Institución Sanitaria: Organismo, institución o centro que tiene por mandato prestar servicios y ofrecer programas de tipo sanitario, como hospitales, unidades de salud pública, programas comunitarios, centros de atención primaria y servicios de salud de centros correccionales.

Interdisciplinar: Referido a una serie de actividades colaborativas emprendidas por un equipo de dos o más individuos de distintas disciplinas, para lo que aplican métodos y planteamientos de sus respectivas especialidades (Canadian Collaborative Mental Health Initiative, 2005). Enfoques que analizan, sintetizan y armonizan los vínculos entre disciplinas para conformar un plan de cuidados coordinado y coherente (Choi & Pak, 2006).

Jóvenes en Riesgo: Segmento de la población que, en las condiciones actuales, tiene pocas probabilidades de llegar a vivir como adulto responsable. Los jóvenes en situación de riesgo tienen problemas con su familia y en su entorno escolar y comunitario; sin embargo, es frecuente que los factores que les colocan en esta situación no se deban a sus propias acciones (Youth Services Steering Committee, 2002).

Orientación ("mentoring"): Concepto que implica una relación profesional voluntaria y en beneficio mutuo, generalmente desarrollada a largo plazo (Canadian Nurses Association, 2005).

Orientación Preventiva: Planteamiento que prepara a los jóvenes y a sus familias para afrontar previsibles situaciones de tensión antes de que se produzcan. Para ello, las enfermeras pueden ofrecer orientación a los padres, ayudándoles a comprender los retos que presenta el desarrollo del adolescente a medida que se avanza hacia la madurez.

Parte Interesada: Individuo, grupo u organización con interés directo en las decisiones y acciones de organismos que pueden tratar de influir en decisiones y actuaciones (Baker et al., 1999). Este concepto engloba todos los individuos o grupos que se verán afectados directa o indirectamente por los cambios que se produzcan en un asunto o la resolución de un problema.

Participación Comunitaria: Implicación de los jóvenes en su comunidad e interacción de la comunidad con los jóvenes. La participación comunitaria es una forma innovadora y fructífera de propiciar cambios en el seno de las comunidades (Restuccia & Bundy, 2003).

Promoción de la Salud: Proceso que permite a las personas adquirir mayor control sobre su salud y mejorarla. Se trata de un proceso integral político y social que no solo abarca las iniciativas dirigidas a reforzar las capacidades de los individuos, sino también aquellas que buscan producir cambios en las condiciones sociales, ambientales y económicas de las personas para aliviar su impacto en la salud pública e individual. La Organización Mundial de la Salud [World Health Organization, 1998] señaló que la participación es fundamental para las iniciativas de promoción de la salud, e identificó seis estrategias clave en este ámbito: 1) creación de políticas de salud pública; 2) creación de entornos de apoyo; 3) refuerzo de la acción comunitaria; 4) desarrollo de competencias personales; 5) reorientación de servicios sanitarios; 6) proyección de futuro.

Recomendaciones para la Formación: Afirmaciones sobre los requisitos y los enfoques o las estrategias de formación que se deben aplicar para la introducción, implantación y sostenibilidad de la Guía de buenas prácticas.

Recomendaciones para la Organización y Directrices: Declaraciones de las condiciones necesarias para que los entornos de práctica permitan la aplicación con éxito de la Guía de buenas prácticas. Dichas condiciones son en gran medida responsabilidad de la institución, aunque pueden tener implicaciones para las políticas y las directrices en un nivel gubernamental o social más amplio.

Recomendaciones para la práctica: Declaraciones sobre buenas prácticas dirigidas a la práctica de los profesionales de la salud que idealmente se basan en la evidencia.

Resiliencia: "Capacidad de manejar o hacer frente a situaciones adversas o de estrés de forma efectiva y que puede llegar a generar una mayor capacidad de respuesta ante las adversidades en el futuro" (Health Canada, 2000, p. 8).

Salud Escolar Integral: Marco de apoyo para la mejora de los resultados educativos de los estudiantes, en el que también se aborda la salud escolar de forma planificada, integrada y global. La salud escolar integral (Joint Consortium for School Health, 2008):

- Reconoce que los jóvenes sanos aprenden mejor y llegan más lejos.
- Entiende que los centros educativos pueden influir directamente en la salud y el comportamiento de los estudiantes.
- Fomenta estilos de vida saludables y promueve la salud y el bienestar de los estudiantes.
- Incorpora el concepto de salud a todos los aspectos escolares y de aprendizaje.
- Establece vínculos entre la salud y los asuntos y sistemas escolares.
- Exige la participación y el apoyo de las familias y de la comunidad en general.

Antecedentes

La adolescencia puede definirse como el estado o proceso de crecimiento (Merriam-Webster, 2004). Históricamente, la definición del periodo de la adolescencia no ha cambiado: se trata de un periodo de transición de la dependencia a la independencia en el que el adolescente, tras haber superado las diversas etapas de la infancia, entra en una fase de crecimiento físico, sexual, intelectual y emocional que culmina en la madurez. La Sociedad Pediátrica Canadiense [Canadian Paediatric Society] (2003) sostiene que una definición de adolescencia basada únicamente en la edad cronológica es injustificada e ineficiente, por lo que se muestra más a favor de una definición más funcional basada en la disposición biopsicosocial de los jóvenes para entrar en la edad adulta.

En la literatura, la adolescencia se ha dividido en tres etapas: temprana (10 a 14 años), media (15 a 17 años) y tardía (18 a 21 años). Algunos autores extienden la etapa final hasta los 24 años. Es difícil establecer un máximo de edad y además es preciso atender a posibles variaciones culturales. A la luz de las investigaciones en curso sobre desarrollo cerebral, el postulado que sostiene que el cerebro adolescente es distinto del cerebro adulto corrobora lo que las enfermeras, que trabajan con adolescentes, hace tiempo que saben clínicamente: que la adolescencia es un periodo realmente concreto e identificable (Arnett, 2006). A lo largo de este documento los términos "joven" y "adolescente" se usan indistintamente.

Desarrollo de la Adolescencia

La adolescencia es un momento en la vida de cada persona en el que se produce un notable desarrollo biológico, cognitivo, emocional, social y ético. El aprendizaje de diversas tareas de desarrollo interdependientes es central en el concepto de adolescencia como transición de la infancia a la edad adulta.

Tareas de desarrollo de la Adolescencia (Lerner & Galambos, 1998)

1. Lograr mayor independencia
2. Adaptarse a la maduración sexual
3. Establecer relaciones de cooperación con sus iguales
4. Prepararse para una vocación constructiva
5. Establecer relaciones íntimas
6. Desarrollar un núcleo fundamental de valores e ideas

También se ha señalado que la adolescencia es un periodo en el que se adquieren competencias y recursos que no solo ayudarán al individuo a alcanzar su pleno potencial, sino que también sentarán las bases necesarias para vivir una madurez productiva (Pittman, Irby, Tolman, Yohalem, & Ferber, 2003). Ya se ha reconocido la influencia del entorno social y el contexto en que viven los adolescentes, al igual que la de las características de los programas y los entornos en que estos se desarrollan, por cómo inciden en el desarrollo de los adolescentes.

Tendencias en la situación sanitaria de los adolescentes

Se debe enfatizar la importancia de la promoción de la salud entre los adolescentes por diversos motivos. Según un informe de 2007 de Naciones Unidas sobre bienestar infantil, Canadá se encontraba en decimosegundo lugar de un total de 21 países ricos, según estos seis factores: bienestar material; salud y seguridad; educación; relaciones familiares y con sus iguales; comportamientos; factores de riesgo; y sensación subjetiva de bienestar entre los jóvenes. Gran parte de la morbilidad y la mortalidad que se produce en la ado-

lescencia tiene relación con las conductas de riesgo (p. ej. fumar, beber y conducir, tener relaciones sexuales sin protección, consumo de drogas, violencia). Dado que muchos de estos comportamientos pueden prevenirse, muchas investigaciones y actividades clínicas se han centrado en la prevención. Además, es frecuente que los comportamientos que empiezan durante la adolescencia continúen en la edad adulta; por tanto, las conductas no saludables o de riesgo pueden desembocar en problemas de salud a largo plazo. Por último, cabe señalar que hay evidencia sólida que indica que las conductas de riesgo tienen un efecto acumulativo; es decir, los adolescentes que participan en una conducta de riesgo tienen más posibilidades de tomar parte en otras conductas de riesgo (Alamian & Paradis, 2009). En cualquier caso, todavía queda mucho trabajo por hacer para elaborar programas universales más allá de la infancia temprana, desarrollar políticas públicas e incidir más en la prevención para fomentar un desarrollo adolescente saludable (Adlaf, Paglia-Boak, Beitchman & Wolfe, 2007; Boyce, 2004; Minister of Public Works and Government Services Canada, 2000).

Históricamente, se han centrado muchos esfuerzos en un enfoque basado en las carencias de los adolescentes, es decir, en prevenir y tratar sus problemas y comportamientos de riesgo. A día de hoy, se ha reconocido que es preciso adoptar un enfoque más holístico para complementar estas iniciativas y lograr beneficios para la salud de todos los adolescentes (Eccles & Gooteman, 2002; Youngblade et al., 2007). Además, es fundamental contar con un planteamiento positivo sobre el desarrollo adolescente para tratar las cuestiones de salud que les atañen, ya que puede tener un efecto positivo en la salud de la población en general.

Teniendo en cuenta que el mandato de muchas institucionales se refiere a cuestiones de salud específicas, merece la pena observar las tendencias de salud que afectan a los adolescentes canadienses. A continuación se resumen las conclusiones más significativas en este sentido:

- Se ha reducido el número de jóvenes que se definen con buena o muy buena salud (Adlaf et al., 2007).
- Si bien se ha reducido el consumo de alcohol, han aumentado las prácticas de riesgo (es decir, consumo compulsivo de bebidas alcohólicas) (Canadian Council on Social Development, 2006).
- El consumo de tabaco se ha reducido notablemente entre los adolescentes de menor edad, no así entre los mayores (Health Canada, 2009).
- El sobrepeso y la obesidad casi se han duplicado en las últimas dos décadas (Shields, 2004).
- Un tercio de los adolescentes entre 12 y 14 años refieren un trastorno crónico (Health Canada, 2007).
- Los problemas de salud mental son motivo de preocupación, ya que un tercio de los adolescentes refieren angustia psicológica y han sido objeto de intimidaciones o acoso en su centro escolar (Adlaf et al., 2007).
- El diez por ciento de los jóvenes refieren ideación suicida (Adlaf et al., 2007).
- Los jóvenes aborígenes corren mayor riesgo de suicidio, ya que presentan índices seis veces más altos que los de la población general (Adlaf et al., 2007).
- El número de jóvenes que mantienen relaciones sexuales se ha reducido ligeramente, y la edad de la primera relación sexual es ahora ligeramente mayor entre las chicas (Rotermann, 2007).
- El uso de preservativos ha aumentado, pero también se ha incrementado el índice de algunas infecciones de transmisión sexual (ITS) (Public Health Agency of Canada, 2009a).
- Ha descendido el índice de embarazos en la adolescencia, al igual que las subsiguientes gestaciones (Rotermann, 2007).
- Los adolescentes homosexuales (gays y lesbianas), bisexuales y transexuales siguen corriendo mayor riesgo de padecer problemas de salud y se enfrentan al reto de desarrollar una identidad sexual saludable ante los prejuicios, muchas veces sin ningún tipo de ayuda (Wells, 2006).
- La exposición a la violencia afecta a la vida de los jóvenes, que presentan el mayor índice de agresiones enunciadas a la policía (Nemr, 2009).

En el Anexo D se incluye más información sobre estos datos y sobre las fuentes utilizadas.

Un importante número de jóvenes sufre algún trastorno crónico o que puede afectarles durante el resto de su vida. Con esta prevalencia, es muy importante asegurarse de que los jóvenes aprenden a cuidarse y adquieren conocimientos y habilidades para manejar su enfermedad, además de recibir la asistencia necesaria del sistema sanitario. "Los niños que sufren enfermedades crónicas se enfrentan a un reto singular en su transición hacia la madurez dentro del sistema sanitario y en el acceso a los recursos que necesitan, pues todo ello puede ser fuente de frustración"
(Health Canada, 2007, p. 149).

Factores de Influencia en la Salud Adolescente: Marco Contextual

Numerosos factores influyen en el desarrollo y el estado de salud de los adolescentes, y su impacto puede ser tanto positivo como negativo. Estos factores pueden ser interdependientes e implicar a los individuos, y además las influencias sociales y los recursos, dentro del contexto de un modelo de salud poblacional. La Figura 1 resume las consideraciones más destacables en relación con el fomento de un desarrollo adolescente saludable. Este marco contextual se basa en los determinantes sociales de la salud como elementos clave para el desarrollo de los adolescentes, y reconoce las condiciones subyacentes que dificultan o contribuyen a dicho desarrollo.

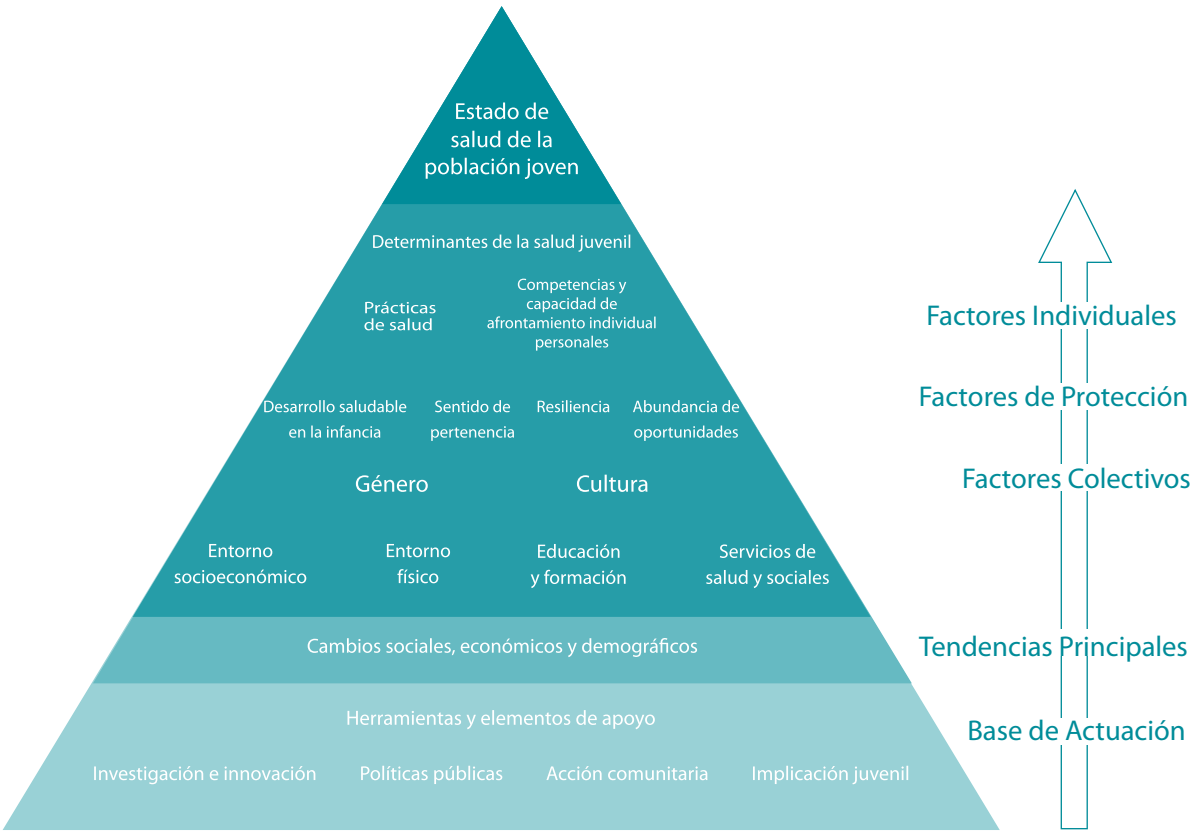


Figura 1: Marco Conceptual de la Salud Adolescente

(Reimpreso con autorización de la Agencia de Salud Pública de Canadá - Public Health Agency Canada)

Campbell (2000) describió así dicho marco conceptual:

> "… un amplio abanico de factores colectivos e individuales, como ingresos, estatus social, empleo y condiciones laborales, educación, redes de apoyo social, factores biológicos, desarrollo infantil y prácticas de cuidado personal que influyen directa e indirectamente en los procesos relativos a la salud o las enfermedades [del individuo].

> La eliminación de las desigualdades sociales y económicas ayuda a generar factores de protección contra la enfermedad y a fomentar el bienestar y la buena salud. Estos factores de protección, como la resiliencia (capacidad de afrontar las adversidades) o la participación activa en la sociedad y la cohesión social (cuidado mutuo y sentido de responsabilidad por el bienestar de los demás), permiten a los individuos desarrollar capacidades y recursos personales para tomar decisiones saludables a lo largo de su vida. El modelo de salud poblacional también sugiere usar herramientas para eliminar las desigualdades y maximizar aspectos beneficiosos para toda la población, como las políticas públicas, la información y la investigación.

Muchos de los problemas a que se enfrentarán los jóvenes en el futuro tienen relación con la capacidad de afrontamiento y las destrezas individuales. En otras palabras, ¿qué recursos y apoyos van a necesitar los niños y jóvenes de hoy para desarrollar individualmente destrezas y resiliencia con que asumir los retos a los que tendrán que hacer frente dentro de 10 o 20 años? Las cuestiones más importantes en las décadas venideras se articularán en torno a los determinantes de la salud (ingresos, estatus social, entorno socioeconómico, educación, entorno físico, empleo y condiciones laborales)" (p. 1).

Consideraciones del Marco Conceptual: Determinantes Sociales de la Salud

Los determinantes sociales de la salud son los condicionantes económicos y sociales que conforman la salud de los individuos, las comunidades y las jurisdicciones en su conjunto. A partir de la Carta de Ottawa para la promoción de la salud [Ottawa Charter for Health Promotion], la Public Health Agency of Canada (2008) identificó 12 aspectos clave en los determinantes de la salud: 1) renta y estatus social; 2) redes de apoyo social; 3) educación y alfabetización; 4) prácticas de cuidado personal y capacidad de afrontamiento; 5) género; 6) entornos sociales; 7) entornos físicos; 8) biología y herencia genética; 9) cultura; 10) servicios sanitarios; 11) desarrollo saludable en la infancia; 12) empleo/condiciones laborales.

Renta y Estatus Social

Los ingresos constituyen un determinante de la calidad de la vida en los primeros años, así como de la educación, el empleo, la alimentación, la calidad de vivienda, la necesidad de una red de seguridad de tipo social y la exclusión social. Es indiscutible que la pobreza afecta a la salud; la imposibilidad de acceder a recursos tan básicos como la alimentación y la vivienda tiene un profundo efecto en la salud física y mental. Las personas que viven en la calle presentan el riesgo más elevado de muerte prematura. Las desigualdades sociales son un importante determinante de la salud: a medida que se amplía la brecha, el estado de salud se deteriora (Canadian Nurses Association, 2005). Contar con ingresos familiares estables significa acceder a una buena nutrición y disponer de un lugar seguro en el que vivir. Una alimentación insuficiente, poco variada o excesiva puede llevar a una persona a padecer malnutrición crónica, así como otras enfermedades crónicas como diabetes y obesidad (Wilkinson & Marmot, 2003). La nueva evidencia que está apareciendo demuestra una asociación entre los ingresos familiares y aspectos que influyen en el bienestar personal, como el nivel de actividad física y la autoestima de los jóvenes (Abernathy, Webster & Vermeulen, 2002).

Redes de Apoyo Social

Para los jóvenes, la red de seguridad social no solo comprende las cuestiones que afectan a la población en general (como acceso de servicios médicos y asistenciales), sino que incluye los servicios específicos a la adolescencia, especialmente referidos a jóvenes sin hogar a causa de abusos o negligencia, jóvenes con trastornos mentales, sometidos a explotación sexual, homosexuales (lesbianas, gays), bisexuales, transexuales y con dudas en cuestión de género (LGTBQ), así como padres y madres adolescentes. Los servicios de juventud deben ofrecer a los adolescentes toda una serie de servicios desarrollados específicamente para ellos, que estén integrados, sean accesibles, multisectoriales y de fácil acceso (Youth Services Steering Committee, 2002). Es imprescindible implicar a los jóvenes y reconocerlos y valorarlos como expertos en su propia vida (Youth Services Steering Committee, 2002). La transición de la mayoría de los adolescentes hacia la edad adulta transcurre sin muchas dificultades: desarrollan relaciones positivas y no tienen grandes problemas de adaptación

a medida que avanzan y finalmente alcanzan la madurez. Sin embargo, otros sí encuentran obstáculos que lastran su progreso; por tanto, las enfermeras deben ser conscientes de los problemas específicos de la población adolescente (Bergman & Scott, 2001; Tilton-Weaver, Vitunski, & Galambos, 2001).

Educación y Alfabetización

El entorno escolar desempeña un papel fundamental en la vida de los adolescentes, ya que les brinda la oportunidad de aprender y demostrar su rendimiento académico, al tiempo que funciona como marco social. La evidencia demuestra que los centros escolares que ofrecen apoyo y en los que los estudiantes se sienten a gusto pueden influir positivamente en los resultados académicos. Los chicos y las chicas que presentan bajo rendimiento escolar o que se sienten marginados corren el riesgo de abandonar los estudios y verse en desempleo, quedar embarazadas o adoptar comportamientos poco saludables como beber, fumar, consumir drogas, etc. (Canadian Institute for Health Information, 2005; Public Health Agency of Canada, 2010; Joint Consortium for School Health, 2008; Klinger & McLagan, 2008; World Health Organization (2010; Youngblade et al., 2007).

Prácticas de Cuidado Personal y Capacidad de Afrontamiento

Los hábitos de cuidado personal que se adquieren en la adolescencia suelen perdurar en la madurez. Al mejorar la autoestima y las habilidades sociales y de resolución de problemas de los adolescentes, se puede ayudar a prevenir trastornos mentales (p. ej. trastornos de conducta, ansiedad, depresión, trastornos alimentarios), al igual que otros comportamientos de riesgo, como en lo relativo a conductas sexuales, consumo de drogas y violencia (World Health Organization, 2010).

Género

En la adolescencia, uno de los principales retos es el que representan el desarrollo sexual y la identidad sexual emergente. En la sociedad actual, el debate sobre género y sexualidad va más allá de la dicotomía "hombre y mujer" e incluye a lesbianas, gays, bisexuales, personas transgénero y con dudas en cuestión de género. Estos jóvenes corren mayor riesgo de sufrir resultados de salud adversos como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o enfermedades de transmisión sexual, así como de caer en estados depresivos y en el consumo de drogas (University Institute for Social Research, 2006).

Entorno Social

El vecindario o la comunidad en que viven los adolescentes pueden determinar los recursos disponibles de ocio constructivo tras el horario escolar (por ejemplo, instalaciones recreativas, programas de desarrollo artístico, clubes de aficionados a diversas actividades). Algunos barrios se consideran de alto riesgo por su falta de recursos y la prevalencia del consumo o la dependencia de drogas y de todo tipo de violencia.

La exclusión social puede ser fruto de problemas como el racismo, la discriminación, la estigmatización, la hostilidad y el desempleo (Wilkinson & Marmot, 2003). Los jóvenes que han estado en prisión, internados en centros psiquiátricos o que no tienen hogar son especialmente vulnerables a las adicciones y el aislamiento social. La victimización y el acoso de los adolescentes aumentan el riesgo de que sufran ansiedad, depresión y problemas somáticos. El acoso puede ser físico, verbal, indirecto (p. ej., verse excluido o ignorado por los demás), sexual, racial, religioso y/o electrónico –esto es, ciberacoso (Craig & McCuaig-Edge, 2008).

Los jóvenes aborígenes están expuestos a multitud de situaciones de riesgo que afectan profundamente a su salud, entre los que se cuentan las circunstancias y entornos en los que viven, así como las estructuras, sistemas e instituciones que influyen en su bienestar físico, emocional, mental y espiritual. Se ha determinado que estos determinantes son distales (históricos, políticos, sociales, económicos), intermedios (infraestructura

comunitaria, recursos, sistemas, capacidades) y proximales (comportamientos de salud, entornos físicos y sociales) (Reading & Wien, 2009). Los determinantes sociales no solo tienen una influencia diferencial en la salud en general, sino que los consiguientes problemas de salud dan lugar a situaciones o trastornos que a su vez afectan a la salud. Por ejemplo, la pobreza de las comunidades aborígenes se asocia a mayor consumo y dependencia de las drogas, lo que puede provocar tensiones en el seno familiar y disminuir el apoyo social, que a su vez se vincula a la depresión (Reading & Wien, 2009).

Apoyo Familiar

Posiblemente son los factores reales y percibidos en el entorno social los que mayor peso tienen en la salud adolescente. El apoyo y los recursos familiares son cruciales para un desarrollo saludable. La evidencia indica que la calidad de la interacción familiar (esto es, la conexión general entre los miembros de la familia) es clave en este sentido. Dicha calidad se refleja en los estilos de cuidado parental y de cohesión familiar (Canadian Institute for Health Information, 2005). La mayor parte de los niños criados en una familia con suficientes recursos económicos parece crecer con normalidad, independientemente de la configuración familiar. De todos los factores familiares, la posición socioeconómica –reflejada en los ingresos familiares y la educación de los padres– es probablemente el que más impacto tiene en el desarrollo de niños y adolescentes (Canadian Institute for Health Information, 2005). La cultura nacional igualmente influye en la salud a través de sus valores, creencias y pautas. Por otra parte, también las políticas sobre derechos humanos y bienestar social influyen en la salud de los jóvenes (Yugo & Davidson, 2007). Este giro hacia la valoración y el fomento de los mencionados factores protectores destaca la importancia de la interconexión de los adolescentes dentro de sus contextos sociales, que incluyen tanto a la familia como al entorno escolar (Yugo & Davidson, 2007).

Los Cambios en el Modelo Familiar en Canadá

Los entornos familiares en que se crían los niños y niñas canadienses han cambiado drásticamente en las últimas décadas. El núcleo familiar tradicional, a cuyo frente estaba un hombre encargado de aportar ingresos a la unidad familiar, ha dejado de ser el modelo prevalente. Actualmente, niños y adolescentes crecen en modelos de familia muy variados: matrimonios, parejas de hecho, padres del mismo sexo, familias monoparentales, familias reconstituidas, etc. Estos cambios pueden observarse en un "retrato de familia" publicado por Statistics Canada en el que se utilizan datos censales de 2006. El informe examina los cambios que se han producido en las familias, el estado civil de la población, los hogares y los estilos de vida entre 2001 y 2006. A continuación se expone un extracto de la información de dicho informe (Statistics Canada, 2007):

- Las familias formadas por parejas casadas representaban el 68,6% de todas las familias del censo en 2006, por debajo del 70,5% registrado cinco años antes. La proporción de las familias formadas por parejas de hecho subió del 13,8% al 15,5%, mientras que las monoparentales pasaron del 15,7% al 15,9%. En 1986, el número de familias formadas por parejas de hecho representaba solo el 7,2% del censo, en tanto que los matrimonios representaban el 80,2% y las familias monoparentales, el 12,7%. Desde 2001, las familias de parejas de hecho han crecido un 18,9%, cinco veces más rápido que las familias de parejas casadas.
- El número de parejas del mismo sexo aumentó un 32,6% entre 2001 y 2006, a un ritmo cinco veces superior que el de las parejas de distinto sexo (hasta 5,9%). En total, el censo contabilizó 45.345 parejas del mismo sexo, de las que el 16,5% eran parejas casadas. En 2006, representaban el 0,6% de todas las parejas de Canadá. Alrededor del 9,0% de los integrantes de estas parejas convivían con uno o más hijos de hasta 24 años en 2006, hecho más frecuente entre las mujeres (16,3%) que entre los hombres (2,9%) de parejas del mismo sexo.
- El 62% de todas las familias tenían hijos en casa, y solo el 10% de todas las familias convivían con tres o más hijos en casa. La mayoría de las familias se componía de 2 o 3 personas. En el caso de las familias

formadas por parejas de hecho y las familias monoparentales, la mayor parte se compone de solo 2 personas. Las familias monoparentales encabezadas por mujeres representan el 80% de todas las familias monoparentales, en tanto que las encabezadas por hombres equivalen al 20% restante.

- Los matrimonios con hijos de hasta 24 años fueron la única estructura familiar cuyo número descendió en el censo, con un 34,6% del total en 2006 frente al 41,3% que representaban en 1996.

Estas transformaciones han estimulado el interés por estudiar el impacto que tienen los cambios en las estructuras y la composición de la familia en la salud y el bienestar de niños y adolescentes. Parte de la evidencia sugiere que algunos de estos cambios (como tener padres más maduros, que aportan dos fuentes de ingresos y ofrecen más capital humano) son beneficiosos, en tanto que otros (como la mayor inestabilidad en las relaciones de pareja entre los padres) tienen efectos negativos. No obstante, estos resultados se ven condicionados por otros factores socioambientales de peso, como los medios económicos o los recursos para padres disponibles (Beaujot & Ravanera, 2008; Brown, 2006). Es preciso ampliar la investigación en esta área.

Biología y Herencia Genética: Desarrollo Cerebral en la Adolescencia

La herencia genética, el funcionamiento biológico del cuerpo humano y los procesos de crecimiento y desarrollo son factores individuales que interactúan con otros factores e influyen en la salud de la persona.

En la última década, los avances tecnológicos han permitido a los investigadores examinar con más detalle el desarrollo del cerebro humano. La imagen por resonancia magnética y otras tecnologías de neuroimagen han permitido a los científicos cartografiar las trayectorias evolutivas de la neuroanatomía y la fisiología durante la infancia y la adolescencia. Además, algunos estudios longitudinales han revelado cambios significativos en la densidad de la materia gris y la blanca durante la adolescencia, que se prolongan hasta bien entrados los primeros años de madurez (Giedd, 2008). Según Steinberg (2010), estas y otras conclusiones indican que los "cambios cerebrales característicos de la adolescencia son de los más drásticos e importantes que tienen lugar en nuestra vida (p. 110)". Ciertamente, denotan la mayor adaptabilidad y plasticidad del cerebro en esta etapa.

Durante la infancia y la adolescencia, se produce un aumento prepuberal de materia gris (células neuronales, dendritas, células gliales) seguido de una disminución pospuberal, que se cree ocasionada por un proceso de poda selectiva que sigue un esquema no lineal, originada en las regiones sensorimotoras del cerebro y desarrollada de atrás hacia delante, con lo que el último lugar en que se produce es el córtex prefrontal (Gogtay & Thompson, 2010). Las pérdidas obedecen a una remodelación, en la que se conservan las conexiones sinápticas más utilizadas y se pierden las poco usadas para así procesar la información de forma más rápida y eficiente (Johnson, Blum, & Giedd, 2009).

La densidad de la materia blanca (axones y mielina) aumenta de forma más o menos lineal a lo largo de la infancia y la adolescencia hasta los primeros años de vida adulta (Johnson et al., 2009). Se cree que ello se debe a un mayor calibre axonal y/o una mayor mielinización (la formación de una vaina adiposa aislante alrededor de los axones), lo que incrementa la velocidad de transmisión y refuerza la conectividad dentro y entre el córtex frontal y otras regiones cerebrales (Paus, 2010; Schmithorst & Yuan, 2010). Se ha recogido evidencia sobre las diferencias entre sexos en términos de neurodesarrollo en la adolescencia (esto es, las mujeres llegan a volúmenes máximos de materia gris antes que los hombres); sin embargo, la investigación centrada en esta y otras áreas del desarrollo cerebral adolescente (como el papel de la pubertad, las neurotransmisiones y las influencias genéticas) apenas está dando sus primeros pasos (Steinberg, 2010).

Implicaciones

Los estudios sobre el desarrollo cerebral en la adolescencia han generado un gran interés por las conexiones entre el neurodesarrollo en este periodo y las oportunidades y vulnerabilidades con que se encuentran los jóvenes en el mundo real. Un área de interés es el impacto que tiene a largo plazo la exposición a sustancias de uso común como el alcohol y el cannabis. Recientes investigaciones sobre consumo de alcohol y desarrollo cerebral adolescente sugieren que el alcohol afecta a jóvenes y adultos de forma distinta. Los adolescentes son más vulnerables a los efectos negativos del alcohol en cuanto a memoria y aprendizaje, y un consumo excesivo en esta etapa puede afectar negativamente a la maduración y el desarrollo cerebral y dar lugar a daños cerebrales, alteraciones estructurales y déficits cognitivos (Guerri & Pascual, 2010).

Los investigadores también están estudiando la teoría de que el consumo de cannabis durante el periodo de desarrollo neurológico en la adolescencia puede hacer al individuo más vulnerable ante el desarrollo de psicosis. Si bien los datos no respaldan la hipótesis de que exista una relación causal directa, sí hay evidencias de que entre los adolescentes que consumen cannabis se duplica el riesgo de desarrollar esquizofrenia o trastornos esquizofreniformes (Arsenault, Cannon, Witton & Murray, 2004). El consumo de cannabis provoca una serie de respuestas psicológicas (ansiedad, ataques de pánico, depresión, desorientación, problemas de memoria, trastornos del pensamiento, labilidad afectiva) que tienen implicaciones personales y psicosociales para los jóvenes. También parece haber una correlación entre el comienzo de consumo de cannabis a edades más jóvenes y la aparición de este tipo de respuestas a edades más tempranas (Dragt et al., 2010). Lo más probable es que el consumo de cannabis interactúe con otros factores de riesgo de desarrollo de psicosis, como factores ambientales y predisposición genética, por lo que se puede decir que, más que desencadenarla, contribuye a la aparición de la psicosis (Barkus & Murray, 2010; Henquet et al., 2005).

Estas nuevas investigaciones señalan la necesidad de intervenir de forma temprana para la prevención del abuso de sustancias nocivas y la programación de acciones de promoción de la salud.

No se sabe mucho sobre los factores que llevan a la creación o la desaparición de conexiones entre células, pero es probable que en este proceso influyan factores genéticos y ambientales de diverso tipo, incluida la experiencia (Paus, 2010). La evidencia indica que la etapa adolescente es un momento de gran plasticidad cerebral; también se especula con que las diferencias individuales en la estructura y la función del cerebro pueden tener relación con las distintas experiencias de cada persona (Steinberg, 2010). De ello se deduce que este sería un momento ideal para ejecutar intervenciones orientadas a la prevención y el desarrollo saludable de los jóvenes.

Teniendo en cuenta que el control de los impulsos, la planificación y la toma de decisiones son funciones desarrolladas en gran medida en el córtex prefrontal que siguen madurando a lo largo de la adolescencia, los investigadores han especulado que posiblemente la conducta temeraria y arriesgada de los jóvenes se debe al lapso de tiempo en el que se están desarrollando los sistemas de control cognitivo y socioemocional (Johnson et al., 2009). Esta mayor vulnerabilidad puede tener diversos resultados, en función del entorno o lugar, los incentivos disponibles y el apoyo recibido por parte de padres, cuidadores, colegios, instituciones y comunidades para el fomento del aprendizaje y el autocontrol de los adolescentes (Steinberg, 2010).

Numerosos neurocientíficos coinciden en que es preciso disponer de más investigaciones para comprender plenamente el desarrollo del cerebro. Hace falta más evidencia empírica que demuestre la relación causal entre la biología del cerebro y el comportamiento, cuyas aplicaciones prácticas concretas aún no están claras. Asimismo, se ha señalado que es preciso asegurarse de que los resultados de investigación se traducen adecuadamente y se sitúan en el contexto más amplio de otros sistemas fisiológicos y de factores socioambientales que influyen en el desarrollo y el comportamiento de los adolescentes (Johnson et al., 2009; Steinberg, 2010). La investigación sobre el neurodesarrollo adolescente evoluciona rápidamente, de modo que las enfermeras deben estar al día de las novedades en este ámbito.

Apuntes sobre el Desarrollo del Cerebro Adolescente

- El cerebro madura "de atrás hacia delante":
  - La mielinización de la materia blanca se produce de los 5 a los 20 años de edad.
- La amígdala, en el sistema límbico, tiene más influencia que el córtex prefrontal en los comportamientos relacionados con la toma de decisiones en los adolescentes:
  - En la toma de decisiones influyen respuestas emocionales y viscerales.
  - Se trata de la parte "reactiva" frente a la parte "racional" de cerebro.
- El córtex prefrontal (el "director" del cerebro) es el último en desarrollarse (su desarrollo puede llegar hasta los 25 años de edad):
  - Se encarga de la planificación, la estrategia, el juicio, el control de los impulsos y la regulación de las emociones.
  - Esta región experimenta un rápido crecimiento a la edad de 11 o 12 años y posteriormente "depura" las conexiones no utilizadas y refuerza las que sí se utilizan.
    - Como resultado, se produce una mayor respuesta a la gratificación emocional y menos participación en el control cognitivo.

(Barr & Sandor, 2010; Blakemore & Choudhury, 2006.)

Cultura/Immigración

Para promover un desarrollo saludable en todos los adolescentes, se debe prestar atención a los puntos fuertes de que disponen los jóvenes inmigrantes y sus familias, así como los retos a los que se enfrentan. La diversidad etnocultural y racial de las ciudades canadienses sigue creciendo con la llegada de nuevos inmigrantes originarios de diversos países.

A continuación se incluyen algunas estadísticas facilitadas por el servicio de inmigración de Canadá [Citizenship and Immigration Canada] (2008) sobre jóvenes e inmigración:

- Entre los inmigrantes que llegan cada año a Canadá, el 26% son niños y jóvenes por debajo de 24 años de edad.
- En 2008, más de 4800 jóvenes de entre 15 y 24 años entraron en Canadá como refugiados. Se estima que el 20% de la población menor de 18 años de Canadá está compuesta por inmigrantes o hijos de inmigrantes; en 2016 representarán el 25% de todos los niños de Canadá.
- Del número total de inmigrantes (residentes permanentes), el 33,4% refiere no hablar francés ni inglés.

Es preciso contar con un planteamiento integral e intersectorial en el que se impliquen los sistemas sanitario, asistencial y educativo y los servicios de reintegración, para facilitar la relocalización de los jóvenes recién llegados y sus familias en Canadá (Khanlou et al., 2002). Las enfermeras pueden asumir un papel de liderazgo en distintos sistemas de influencia para promover y planificar políticas y estrategias de fomento de la salud específicas a cada contexto y sensibles a cuestiones de género, cultura, raza y situación migratoria.

Jóvenes aborígenes: Consideraciones Culturales

En tanto que el discurso oficial suele centrarse en aspectos sanitarios y en los comportamientos de riesgo de los jóvenes aborígenes, los investigadores han instado a los gobiernos, los legisladores y los prestadores de servicios a adoptar un enfoque holístico culturalmente sensible y basado en las fortalezas de los individuos para promover la salud y el bienestar de los niños y jóvenes aborígenes. Señalan que es preciso fomentar y reforzar los valores, los factores de protección y las capacidades de cambio con que cuentan estos jóvenes y sus comunidades. Una característica de este planteamiento reside en la integración de los programas en una visión del mundo aborigen, de forma que se busque una participación completa y constructiva por parte de los jóvenes y se coopere con ellos y con sus comunidades (Crooks, Chiodo & Thomas, 2009).

"Las desigualdades en la salud surgen de diversas influencias de tipo social, económico y ambiental a lo largo de la vida. La promoción de la salud, y en especial en los casos en que se aplican intervenciones sociales y estructurales desarrolladas por equipos multidisciplinares que trabajan con –y no solo para– los jóvenes, puede reducir las desigualdades que sufren tanto de forma inmediata como posteriormente en sus vidas… Se pueden combinar seis prometedores elementos para luchar contra las desigualdades en el marco de un planteamiento basado en la evidencia: equipos multidisciplinares que trabajan en cooperación con las personas a las que quieren ayudar, para desarrollar intervenciones de apoyo social y estructural que adoptan enfoques inclusivos para aplicar y evaluar sus procesos y repercutir en la salud y las desigualdades." (Oliver et al., 2008, p.20))

El Anexo E recoge diez estrategias y consideraciones que sirven de ayuda en el proceso de integración de la identidad nacional en un programa.

Impacto de las Tecnologías de la Información y la Comunicación

El rápido crecimiento de las tecnologías de la información y la comunicación (las TIC) durante la pasada década ha tenido un notable impacto en la vida de los jóvenes. En un estudio de 2005 realizado en Canadá en el que participaron 5000 estudiantes de 4º a 11º curso (de 9-10 a 16-17 años), el 94% tenía acceso habitual a internet en casa. En 11º curso, el 51% de los estudiantes participantes contaba con su propio ordenador con acceso a internet, el 46% tenían teléfono móvil propio y el 31% disponía de cámara web. El estudio también reveló que, para los adolescentes, internet es un espacio que se entremezcla naturalmente con el resto de áreas de su vida, que refuerza las conexiones con el mundo real y mejora la interacción social con sus iguales (Media Awareness Network, 2005). Buen ejemplo de ello es la mayor participación de los jóvenes en redes sociales como Facebook, MySpace y Twitter. Además de internet, los adolescentes usan habitualmente diversos medios electrónicos, como teléfonos y dispositivos móviles, mensajes de texto, "smartphones", videoconsolas y consolas portátiles.

Es evidente que los medios electrónicos han creado todo un nuevo mundo de acción e interacción social para los jóvenes, aunque aún no hay consenso en la literatura sobre la naturaleza y el impacto de estos cambios. Es necesario contar con investigación continua sobre el significado de las relaciones y las conexiones sociales para determinar si estas tecnologías son beneficiosas o perjudiciales para la salud y el bienestar de los adolescentes (Wyn, Cuervo, Woodman, & Stokes, 2005). También existe cierta preocupación por las discrepancias que se observan entre quienes tienen acceso a las TIC -y cuentan con las destrezas necesarias para usarlas- y aquellos que no las tienen a su alcance. Esta "brecha digital", basada en factores raciales, culturales y socioeconómicos, puede reflejar o incluso aumentar las desigualdades materiales y económicas de la sociedad (Looker & Thiessen, 2008).

Implicaciones

A pesar de la gran preocupación sobre su impacto, estas tecnologías están demostrando ser poderosos mecanismos de participación y colaboración con los jóvenes para la promoción de la salud a través de la mejora de las capacidades (Flicker et al., 2008).

La evidencia indica que los adolescentes usan internet para acceder a información sobre la salud. Un estudio del Pew Research Center realizado sobre 800 jóvenes estadounidenses de entre 12 y 17 años halló que el 31% de los adolescentes buscan en internet información sobre temas de salud, alimentación o ejercicio físico. El 17% indicó que utiliza internet para consultar información sobre temas de salud que les resultan difíciles de tratar con otras personas, como el consumo de drogas o la salud sexual (Lenhart, Purcell, Smith, & Zickuhr, 2010).

En una investigación cualitativa realizada en Ontario (Skinner, Biscope, Poland & Goldberg, 2003), los jóvenes indicaron que el uso de tecnologías web (aplicaciones) de educación sobre salud para localizar información concreta puede resultar difícil, y que buscaban el consejo de profesionales sanitarios de su entorno para ayudarles a encontrar y evaluar este tipo de información. Por lo tanto, los profesionales sanitarios están viendo cómo emergen roles nuevos y en expansión para integrar estas aplicaciones sobre salud en la práctica. También se están desarrollando los marcos referenciales y los modelos teóricos para orientar a los profesionales en el diseño de programas que integran estas tecnologías para fomentar la participación de los jóvenes en la promoción de la salud comunitaria (Flicker et al., 2008; Skinner, Maley & Norman, 2006).

Dado que las tecnologías de la información y la comunicación están en constante desarrollo, es fundamental que los profesionales sanitarios que trabajan con jóvenes por la promoción de la salud aprovechen las oportunidades que les brindan estos medios para conectar con los adolescentes de forma que suscite su interés y les empodere.

Planteamientos para un Desarrollo Adolescente Positivo

Implicación Juvenil

Tradicionalmente, las enfermeras han trabajado con los jóvenes en la prevención y la resolución de problemas. Con frecuencia, los jóvenes han tenido un papel pasivo en estas relaciones, en las que se les consideraba como "usuarios." Los programas y servicios a menudo se han planificado a corto plazo o de forma puntual y las enfermeras han actuado como profesionales o expertas que trabajan para los jóvenes en vez de con los jóvenes, como iguales. Los modelos de implicación juvenil y de resiliencia juvenil funcionan dentro de una estructura de colaboración entre jóvenes y adultos en la que se trabaja por un objetivo consensuado, en la que los adolescentes tienen la consideración de compañeros en vez de usuarios: este tipo de colaboración ayuda a desarrollar los factores de protección necesarios para aplicar estrategias a largo plazo que crean estilos de vida saludables.

Factores protectores como el refuerzo de la resiliencia y/o los elementos fundamentales para el desarrollo de los jóvenes contribuyen a un desarrollo adolescente positivo y a la prevención de conductas de riesgo (Search Institute, 2006). Proyectos como el de 'Resiliency Initiatives' (s.f.), han investigado los elementos fundamentales de desarrollo, con conclusiones que destacan los aspectos positivos de las diferencias individuales para comprender las fortalezas intrínsecas y extrínsecas que contribuyen a un desarrollo humano óptimo. Health Canada ha definido la resiliencia como "la capacidad de gestionar o hacer frente a importantes adversidades o focos de estrés de forma efectiva y que además puede mejorar la capacidad de reacción ante futuras adversidades" (Health Canada, 2000, p. 8). En la resiliencia intervienen tanto los factores de riesgo como los factores protectores.Los factores protectores pueden ayudar a amortiguar "las adversidades y moderar [..] el impacto del estrés en el bienestar social y emocional de la persona, con lo que se reducen las probabilidades de desarrollar trastornos" (Commonwealth Department of Health and Aged Care, 2000, p. 13).

Cada vez se dispone de más evidencia que demuestra que los jóvenes que adoptan un papel activo en las instituciones y en su propia comunidad tienen menos problemas, cuentan con más habilidades personales y tienden a asumir su papel como ciudadanos de forma permanente (Irby, Ferber, Pittman, Tolman, & Yohalem, 2001). Los programas que se enmarcan en un modelo de implicación juvenil obtienen más aceptación y mejores resultados tanto entre participantes como en las instituciones. Este tipo de modelo fomenta un entorno más abierto a los adolescentes y permite a las instituciones crear una mejor relación con las comunidades de las que se ocupan. Por otra parte, recientes investigaciones indican que la implicación juvenil se traduce en numerosos resultados positivos para los propios jóvenes, como menores tasas de consumo de sustancias, menor índice de depresión, notable reducción del abandono escolar, mejores resultados académicos y menor número de conflictos con la justicia, especialmente entre aquellos considerados "de alto riesgo" (Centre of Excellence for Youth Engagement, 2007).

La implicación juvenil se basa en la idea de que, para lograr una satisfactoria transición de la adolescencia a la vida adulta, los jóvenes deben contar con determinadas habilidades y competencias. Dicha implicación puede definirse como "la participación significativa y el compromiso sostenido del adolescente en una actividad no centrada en sí mismo" (Centre of Excellence for Youth Engagement, 2003). El concepto de implicación juvenil es relativamente nuevo y no tiene una definición universal. Se trata más bien de un marco que puede emplearse en distintos entornos de práctica para hacer partícipes a los jóvenes (reconocidos como valiosos colaboradores) en la toma de decisiones que les afectan o que ellos consideran importantes. La aplicación de este planteamiento varía considerablemente de un entorno de práctica a otro; no obstante, diversos elementos clave ayudan a alcanzar los objetivos fijados de promoción de la salud, así como unos resultados de salud positivos entre los adolescentes.

El marco de trabajo de Elementos fundamentales de desarrollo (Developmental Assets® Framework), elaborado a través del Search Institute (2006), se centra en la promoción de un desarrollo saludable en los adolescentes. Este marco se compone de 40 elementos fundamentales del desarrollo, clasificados en internos y externos (Anexo F). Los elementos internos son por ejemplo el compromiso con el aprendizaje, los valores positivos, las competencias sociales y la identidad positiva; en esta categoría se incluyen los factores individuales, familiares y comunitarios. Algunos ejemplos de elementos externos (p. ej. las características ambientales que promueven la salud) son el apoyo disponible, el empoderamiento, las limitaciones y las expectativas o el uso constructivo del tiempo. Para obtener más información sobre este marco se puede visitar el sitio web del Search Institute (www.search-institute.org) y del Centro Canadiense para el desarrollo adolescente positivo (www.thrivecanada.ca).

De acuerdo con el Centro Nacional de Información sobre la Salud en la Adolescencia [National Adolescent Health Information Center] (2004):

"Independientemente del tipo de trastorno de salud que haya que tratar, los adolescentes necesitan contar con conocimientos específicos sobre el tema, así como con determinadas destrezas que les permitan adaptar y aplicar esos conocimientos a su propia situación, motivación para usar dichas destrezas, un entorno familiar, escolar y comunitario que respalde el uso de tales conocimientos y destrezas, y un entorno normativo que ofrezca suficientes recursos y compromiso político para mejorar la salud adolescente y modificar las convenciones sociales" (p. 2).

Recomendaciones para la Práctica

Principios y Estrategias para Trabajar con Adolescentes

RECOMENDACIÓN 1

Al trabajar con adolescentes, las interacciones enfermeras deben basarse en los principios de respeto, confidencialidad, confianza y transparencia. Las enfermeras deben reconocer el potencial y las fortalezas o puntos fuertes de los adolescentes y construir una relación de colaboración.

Evidencia Tipo IV

Discusión de la Evidencia

Los programas que brindan un entorno en el que se fomentan las relaciones de confianza ofrecen un clima cálido y cordial que transmite un sentimiento de seguridad, protección y confidencialidad (Grant, Elliot, Di Meglio, Lane & Norris, 2008; Public Health Agency of Canada, 2008; Restuccia & Bundy, 2003). Para promover eficazmente un desarrollo adolescente saludable, los programas deben hacer que los jóvenes: a) sientan que participan de forma significativa; b) se impliquen en la comunidad; c) afronten retos que desarrollen sus capacidades; y d) construyan relaciones con los demás (Restuccia & Bundy, 2003).

Los profesionales que trabajan en este ámbito deben ser competentes, estar comprometidos con su trabajo y contar con formación suficiente sobre los distintos determinantes de salud que afectan a los adolescentes. Pueden construir una relación sólida con los jóvenes cuando dicha relación se base en la confianza y el respeto mutuos (Rew, Johnson, Jenkins & Torres, 2008). Es el profesional individual quien consigue que un programa funcione, quien atrae participantes año tras año, y quien llega a convertirse en una persona de confianza y en la cara reconocible de la institución en la comunidad (Shen, 2006).

A continuación se incluyen unos principios rectores y unas consideraciones prácticas que deben tenerse en cuenta para fomentar la implicación juvenil y mejorar la salud general de los adolescentes. No son mutuamente excluyentes ni se presentan en orden de prioridad (Canadian Institute for Health Information, 2005):

1. Los adolescentes son individuos competentes con potencial y fortalezas/puntos fuertes propios, y merecen ser considerados como tales.
2. Los adolescentes son muy distintos en sus diferentes etapas de desarrollo y en su capacidad de comprender y responder a tareas y expectativas específicas.
3. La conducta adolescente es de gran relevancia para el adolescente.
4. Los adolescentes desean tener un sentimiento de pertenencia y quieren participar en la toma de decisiones y que se les escuche en todo aquello que les afecta.
5. Al trabajar con adolescentes, lo más recomendable es adoptar una postura comprensiva y libre de prejuicios.
6. Siempre se debe tener en cuenta el contexto en el que vive el adolescente (p. ej. familia, colegio, compañeros, cultura o grupo étnico, vecindario y comunidad).
7. Las intervenciones que contribuyen a un desarrollo saludable son globales y abordan factores asociados a distintos comportamientos, crean oportunidades y entornos positivos, e implican a los jóvenes.
8. Algunos factores protectores son: la crianza con apoyo de los padres y el control de la participación escolar; la vinculación con los compañeros/iguales; las capacidades personales de afrontamiento; y la resiliencia.

Consideraciones Prácticas que Mejoran la Práctica Enfermera al Trabajar con Adolescentes

1. Emplear un planteamiento basado en la teoría, es decir implicación de los jóvenes, resiliencia, orientación preventiva, minimización de daños.
2. No emitir juicios de valor, ser honesto y transparente. Practicar una escucha activa y mostrar respeto.
3. Respetar el consentimiento a los parámetros de tratamiento y capacidad.
4. Respetar la necesidad y el derecho del adolescente a una interacción y una atención confidenciales.
5. Emplear el tiempo necesario para garantizar que los jóvenes reciben una información completa, y animarles a participar en todas las decisiones.
6. Incluir estrategias amplias, multidimensionales, holísticas, multisectoriales y multidisciplinares. (p. ej. incorporar a los individuos, las familias y las comunidades enteras).
7. Ser flexible, oportuno, accesible y paciente.
8. Participar en el uso que hacen los adolescentes de la tecnología y usarla para comunicarse y compartir información con los jóvenes.
9. Centrase en los antecedentes de comportamientos de riesgo y utilizar un enfoque informado de minimización de riesgos.
10. Tener conocimientos sobre el desarrollo cerebral en la adolescencia, en especial sobre las investigaciones más recientes sobre la función del lóbulo frontal, para entender la motivación y las capacidades de los jóvenes respecto a consecuencias y compensaciones.
11. Implicar a los jóvenes en todos los aspectos del desarrollo y la evaluación de los programas.
12. Reforzar los puntos fuertes o fortalezas de cada individuo. Fomentar sus capacidades y potencial.
13. Crear entornos propicios en los que los jóvenes se sientan seguros para participar.
14. Dar continuidad al trabajo de los profesionales para crear un clima de confianza y entendimiento.

Planteamientos Integrales y Colaborativos

RECOMENDACIÓN 2

Las enfermeras que trabajan con adolescentes emplearán un enfoque integral, colaborativo y multidimensional para fomentar la colaboración terapéutica e impulsar un desarrollo positivo de los adolescentes

Evidencia Tipo III-IV

Discusión de la Evidencia

La evidencia de que actualmente disponemos respalda firmemente los planteamientos globales y colaborativos para desarrollar programas y estrategias de trabajo con adolescentes (Pearlman, Camberg, Wallace, Symons & Finison, 2002; Public Health Agency of Canada, 2008; Scheve, Perkins & Mincemoyer, 2006). Para desarrollar este tipo de planteamientos, es fundamental integrar enfoques que cuenten con los valores o elementos fundamentales y estrategias de prevención o reducción de riesgos (Duncan et al., 2007; Patersson & Panessa, 2007). Según Duncan et al. (2007), a pesar de que las estrategias de reducción de riesgos tratan de evitar que los jóvenes adopten comportamientos de riesgo, los planteamientos centrados en los valores o elementos fundamentales de desarrollo de la persona les animan a buscar y adquirir de forma activa los valores personales, ambientales y sociales que constituyen la base del éxito en el futuro; así, la combinación de ambos enfoques resulta esencial para un desarrollo adolescente positivo.

La incorporación de relaciones terapéuticas con los jóvenes en programas que implican múltiples componentes, entornos y objetivos es clave para el éxito del programa (Scheve et al., 2006). La presencia de este tipo

de relaciones en el desarrollo, la aplicación y la evaluación de los programas ayuda a promover un desarrollo saludable entre los adolescentes al ofrecerles la oportunidad de participar activamente en la resolución de cuestiones que atañen a sus comunidades (Gambone & Connell, 2004).

Su participación activa en órganos decisorios y en la planificación de actividades escolares promueve el desarrollo de valores internos y externos. Concretamente: contribuye a que desarrollen capacidades y destrezas; les anima a reflexionar sobre su propia identidad social; fomenta la conciencia social; y les ayuda a desarrollar capacidades de liderazgo (Shen, 2006).

Además de crear relaciones de colaboración con los jóvenes, los programas deben incluir una evaluación específica de los factores de riesgo globales (además de los comportamientos individuales) para garantizar que se cubre un amplio abanico de variables. Con ello se incide en la importancia del contexto tanto en los problemas de conducta individuales como en su prevención.

A continuación se ofrece un resumen de varios temas clave extraídos de la literatura sobre planteamientos globales, colaborativos y multidimensionales que se pueden emplear cuando se trabaja con adolescentes:

- Para que un programa sea integral, se debe evaluar el nivel de desarrollo de los adolescentes y los factores protectores y de riesgo tanto del individuo como los derivados de su familia, sus compañeros, su entorno escolar y su comunidad (Lerner, 2005; Youngblade et al., 2007). Teniendo en cuenta que el comportamiento de los adolescentes tiende a asimilarse, los programas que se ocupan de múltiples factores de riesgo tienen más posibilidades de lograr efectos positivos y más consistentes (Canadian Institute of Health Information, 2005). Por tanto, los programas deben diseñarse para reducir simultáneamente el riesgo y fomentar la protección, centrándose más en los antecedentes de comportamientos de alto riesgo que en la propia conducta presentada (Canadian Institute of Health Information, 2005). Se considera que los programas que fomentan las relaciones familiares, la comunicación, la implicación y los rasgos individuales y familiares positivos resultan eficaces para reducir los resultados negativos y facilitar los positivos (Grossman & Bulle, 2006; Youngblade et al., 2007).
- Los programas de desarrollo adolescente positivo deben orientarse a uno o más de los siguientes objetivos: creación de vínculos; resiliencia; competencia social, emocional, cognitiva, conductual y moral; autodeterminación; eficacia personal; y espiritualidad. Dichos programas deben alentar la confianza en el futuro y las normas prosociales, y reconocer los comportamientos positivos y las oportunidades de compromiso prosocial, así como el desarrollo de una identidad clara y positiva (Catalano, Berglund, Ryan, Loczak, & Hawkins, 2004).
- Los programas e intervenciones interdisciplinares que incluyen la participación de familiares, iguales, medios de comunicación, miembros de los órganos directivos escolares, de los sectores público y privado y de la comunidad tienen más probabilidades de alcanzar el éxito e influir en el comportamiento de los adolescentes (Community Health Nurses Association of Canada, 2008; Public Health Agency of Canada, 2008).
- Las estrategias comunitarias deben crear entornos sociales y físicos que sean seguros y ofrezcan apoyo a los jóvenes, y que complementen en los programas a las estrategias de resolución de problemas y de reducción de riesgos (Canadian Institute of Health Information, 2005). En esta estrategia de toma de decisiones es esencial incluir a todas las partes interesadas, p. ej. usuarios, miembros y socios comunitarios. Para que los jóvenes se vean y se sientan incluidos, deben estar bien representados en la mesa de debate y debe tenerse en cuenta la información que aportan en todas las fases de la toma de decisiones (Shen, 2006).
- La salud no es un tema exclusivo del sector sanitario. La promoción de salud exige la actuación coordinada de diversos organismos y aliados comunitarios (p. ej. gobiernos, sector sanitario, otros sectores socioeconómicos, organizaciones no gubernamentales y de voluntariado, autoridades locales, industria y medios de comunicación). Los grupos profesionales y sociales y los trabajadores sanitarios influyen notablemente en los objetivos de salud y los intereses de la sociedad (Ottawa Charter for Health Promotion, 1986).

- Las estrategias y los programas de promoción de la salud deben adaptarse a las necesidades locales y los recursos disponibles de cada comunidad o región, teniendo en cuenta los distintos sistemas sociales, culturales y económicos (Ottawa Charter for Health Promotion, 1986).

APUNTES PRÁCTICOS: Ideas de Colaboración en Entornos Interdisciplinares en Distintos Sectores y Entornos de Práctica para la Provisión de Cuidados Clínicos en Colaboración con los Jóvenes y las Familias

- Identificar a todas las partes interesadas en el ciclo de cuidados (equipo sanitario multidisciplinar en entornos comunitarios y de agudos, adolescentes y familias, allegados, socios comunitarios, apoyos académicos y espirituales).
- Identificar las partes interesadas imprescindibles para avanzar en el plan de cuidados.
- Identificar un trabajador clave que facilite la comunicación, la definición de objetivos, y la implantación y evaluación del plan (este papel suele ser asumido por una enfermera universitaria).
- Invitar a las partes interesadas identificadas a discutir sobre cómo fomentar y mejorar la reintegración de los jóvenes en la comunidad.
- Desarrollar un plan de cuidados y de apoyo con objetivos específicos para cada parte de interés en el que se favorezca la reintegración, se reduzcan los riesgos y se fomente la salud al tiempo que se mantiene la colaboración de todas las partes implicadas.
- Implantar el plan de cuidados definido, que será sometido a evaluación continua y a las revisiones que sean necesarias.
- Garantizar que la planificación de seguimiento se aborda como es debido y se pone a disposición de quien lo requiera.

Labor Mediadora y Liderazgo Juvenil

RECOMENDACIÓN 3

Las enfermeras utilizarán planteamientos que integren la implicación juvenil para fomentar un desarrollo positivo de los adolescentes.

Evidencia Tipo III-IV

Discusión de la Evidencia

La implicación juvenil es un concepto emergente que a día de hoy no tiene una única definición universal. Se trata de un marco global que suele usarse en programas, organizaciones y comunidades (véase Anexo I para consultar una descripción detallada del Modelo de implicación juvenil). Los programas y planteamientos que integran el concepto de implicación juvenil contribuyen a un desarrollo positivo al promover un sentimiento activo de civismo entre los jóvenes, a los que se inculca un sentido de responsabilidad social que posteriormente mantienen en la madurez (Shen, 2006).

La implicación juvenil conlleva un compromiso de participación significativo y sostenido de los jóvenes en actividades no centradas en sí mismos (Pancer, Rose-Krasno, & Loiselle, 2002). El Centro de Excelencia para la implicación juvenil (Center of Excellence for Youth Engagement, 2007) observó que para la plena implicación juvenil son necesarios: 1) un componente conductual (p. ej. pasar tiempo desarrollando la actividad); 2) un componente afectivo (p. ej. disfrutar participando en la actividad); y 3) un componente cognitivo (p. ej. adquirir conocimientos sobre la actividad). Estos tres componentes reflejan los siguientes aspectos clave de compromiso vital con una actividad:

- el adolescente "se ve absorbido y disfruta" de la actividad de forma sostenida en el tiempo;
- la actividad ofrece un vínculo entre el adolescente y el mundo exterior; y
- la actividad se percibe como importante y significativa (Center of Excellence for Youth Engagement, 2003).

Es fundamental que las enfermeras que trabajan con adolescentes tengan en cuenta todas estas características para aplicar planteamientos y programas de implicación juvenil. Dichas características refuerzan el potencial de liderazgo de los jóvenes y permiten alcanzar mayor conciencia social (Shen, 2006). Se considera que la implicación juvenil es un planteamiento eficaz cuando se trabaja con adolescentes para ayudarlos a tomar decisiones sobre estilos de vida saludable. Las investigaciones sobre la efectividad de estos planteamientos están en rápida expansión.

APUNTES PRÁCTICOS: Transformar el Potencial de Liderazgo de los Jóvenes

McGregor (2006) observó que las siguientes recomendaciones ayudan a transformar el potencial de liderazgo en los jóvenes:

- Permitir que los adolescentes decidan ellos mismos si quieren participar en actividades relacionadas con el liderazgo.
- Respetar y tener en consideración las experiencias y las capacidades de los jóvenes y ponerlas en relación con su papel como líderes.
- Ofrecer oportunidades de liderazgo en las que los jóvenes puedan participar, de forma frecuente y variada dentro de la institución o la comunidad.
- Hacer participar a los jóvenes en situación de riesgo en papeles de liderazgo escolar.
- Lograr comprender cómo difiere la expresión del liderazgo entre las culturas e incorporar este conocimiento a las experiencias de liderazgo juvenil.
- Dejar que los jóvenes asuman papeles de responsabilidad y liderazgo sin expectativas de perfección.
- Reconocer que las oportunidades de liderazgo van más allá de los cargos electos formalmente y pueden abarcar otras actividades de liderazgo no tradicional, como el voluntariado o la asistencia escolar.
- Evaluar y explorar las propias ideas y perspectivas sobre líderes y liderazgo.
- Hacer participar a los adolescentes en debates sobre liderazgo.

El concepto de implicación juvenil está estrechamente relacionado con el desarrollo adolescente positivo. Dicho concepto gira en torno a la idea de que los jóvenes necesitan desarrollar las habilidades y competencias necesarias para vivir de forma saludable, solidaria y responsable y así lograr una satisfactoria transición de la infancia a la edad adulta (Dotterveich, 2009; Fiissel, Schwartz, Schnoll, & Garcia, 2008). Las enfermeras que trabajan con adolescentes pueden favorecer estas destrezas básicas potenciando los valores y los puntos fuertes de los adolescentes para hacer frente a sus problemas (Dotterveich, 2009). El esfuerzo conjunto articulado a través de la participación adolescente es fundamental para apreciar y descubrir las capacidades, las fortalezas y los valores únicos de los jóvenes (Green & Parfrey, 2002). El Anexo G recoge aspectos clave que influyen en el desarrollo y la salud de los adolescentes.

La participación es crucial para la implicación juvenil. Hart (1992) introdujo la Escalera de participación juvenil (Anexo H) para conceptualizar el nivel de participación de los jóvenes con los adultos en la puesta en marcha de iniciativas. La escalera sirve como herramienta para evaluar los niveles actuales de participación juvenil y también ayuda a marcar objetivos, puesto que se trabaja para llegar a los peldaños superiores de la escalera. En este marco de trabajo, la participación juvenil supone que las enfermeras deben trabajar con los adolescentes para que alcancen mejores resultados individuales y de salud. A medida que el adolescente "sube" por la escalera, se consigue un mayor nivel de compromiso y de empoderamiento.

Jennings, Parra-Medina, Messias & McLoughlin (2006) señalaron que, para empoderar a los jóvenes, es fundamental contar con:

- un entorno acogedor y seguro;

- compromiso y participación significativos;
- relaciones de poder equilibradas entre jóvenes y adultos;
- reflexión crítica sobre procesos interpersonales y sociopolíticos;
- participation in sociopolitical processes to affect change; and
- integración del empoderamiento individual y colectivo.

En última instancia, las enfermeras deben ser conscientes de qué planteamientos conviene aplicar para implicar a los jóvenes en cuestiones que afectan a su propia salud y a la de sus comunidades. El Anexo I resume los conocimientos y las estrategias que precisan las enfermeras para influir de forma efectiva en la salud y el desarrollo de los jóvenes.

INTERACCIONES

En un centro de educación secundaria, una enfermera trabajaba con varias chicas con distintos problemas de salud. Algunas trataban con la enfermera cuestiones sobre peso o autoestima. Otras tenían relaciones poco saludables pero no sabían cómo salir de ellas. Algunas sufrían ansiedad o ataques de pánico, consumían drogas o se habían quedado embarazadas sin planearlo. Al cabo de unos meses, la enfermera constató que la mayor parte de estas chicas no realizaban actividades físicas de forma regular y no tenían relación extraescolar con los equipos deportivos del centro.

Las investigaciones han revelado que cuanta más actividad física realizan las jóvenes, menos probable es que experimenten con el alcohol, las drogas o el tabaco, sufran depresión o ansiedad, mantengan relaciones abusivas, o se queden embarazadas sin planificarlo.

Para empoderar a estas jóvenes y ayudarlas a tomar decisiones saludables, la enfermera trabajó en colaboración con profesionales de atención primaria implicados en la promoción de la salud. Tras trabajar con grupos de debate con adolescentes para determinar qué buscaban en un programa de actividad física, se desarrolló el programa FUEL (Female Using Energy for Life). La iniciativa fue bautizada por las propias adolescentes y es un programa no competitivo dirigido solo a chicas que se desarrolla fuera del horario escolar; una de sus premisas es que "nadie se queda fuera del grupo". El éxito del programa reside en que fue creado por y para chicas adolescentes.

La enfermera ejerció de aliada en el mundo adulto; a su vez, las asesoras estudiantiles tuvieron un papel activo en la aplicación del programa, ya que se encargaron de contactar con preparadores físicos del entorno. Algunas de las actividades que se consideraron fueron pilates, yoga, zumba y clases de remodelación corporal. También reservaron un espacio para las clases, publicaron anuncios para animar a otras compañeras a asistir y seleccionaron con ayuda de la enfermera las bebidas que estarían disponibles en cada sesión. Y sobre todo, ayudaron a crear un entorno de apoyo en el que cada una de las chicas se sentía bien acogida e integrada.

Implicaciones

La enfermera y el resto de adultos implicados en este proyecto ofrecieron a las estudiantes la oportunidad de tomar la iniciativa en su centro educativo, con lo que se empoderó a las asesoras estudiantiles y a las demás participantes en el programa FUEL. En el modelo de implicación juvenil, la enfermera actúa como mentora, modelo de conducta y compañera, cede el control a las adolescentes y escucha sus necesidades. Gracias a la relación de confianza que contribuye a crear y a su capacidad como mediadora, la enfermera ayuda a las jóvenes a alcanzar sus objetivos.

Jóvenes con Trastornos de Salud Crónicos y Transición entre Servicios Sanitarios

RECOMENDACIÓN 4

Las enfermeras aplicarán los principios del desarrollo adolescente positivo al trabajar con jóvenes y otros miembros del equipo de atención sanitaria para desarrollar las destrezas y los conocimientos necesarios en la transición de los cuidados al sistema de salud orientado a los adultos.

Evidencia Tipo III-IV

Discusión de la Evidencia

Se estima que entre el 14,8% y el 18% de los jóvenes de Norteamérica sufren un trastorno de salud crónico o especial (p. ej. trastornos musculoesqueléticos, defectos de habla, sordera y pérdida auditiva, ceguera y discapacidad visual; o enfermedades como asma o cardiopatías) que les afectan a ellos y a sus familias (Canadian Paediatric Society, 2006). Muchos de estos jóvenes han sobrevivido a enfermedades potencialmente mortales que, hasta hace poco, presentaban una alta tasa de mortalidad (Canadian Paediatric Society, 2006). Gracias a los avances terapéuticos y tecnológicos logrados en la atención pediátrica, una nueva generación de adolescentes ha podido superar diversas incapacidades y enfermedades crónicas. Se estima que hasta el 98% de los niños que sufren enfermedades crónicas pueden hora llegar a cumplir los 20 años, en función del trastorno que les aqueje (Van Dyck, Kogan, McPherson, Weissman, & Newacheck, 2004).

Las enfermedades crónicas han demostrado afectar significativamente al desarrollo adolescente (McDonagh, 2005). Los jóvenes que sufren enfermedades crónicas pueden estar sobreprotegidos y quedar socialmente rezagados; no obstante, suelen tener las mismas aspiraciones que el resto de adolescentes en lo que respecta a relaciones, formación, carrera profesional y viajes (Kennedy, Sloman, Douglass & Sawyer, 2007). Más recientemente se ha prestado mucha atención al desarrollo de las destrezas y competencias individuales de estos jóvenes mediante la participación activa en el manejo de su propia salud. A medida que los tratamientos para bebés y niños siguen mejorando, se espera que aumente la prevalencia de discapacidades y trastornos crónicos en los adolescentes. Por consiguiente, según van acercándose a la mayoría de edad, tendrán que pasar de la atención pediátrica que han venido recibiendo al cuidado provisto en el sistema sanitario de los adultos.

Esta transición, como se define al paso del sistema sanitario pediátrico al sistema sanitario general o adulto, se define como "el movimiento planificado y programado de los adolescentes que sufren trastornos de salud crónicos desde un sistema de atención sanitaria orientado a pacientes pediátricos a otro sistema de atención sanitaria orientado a pacientes adultos" (Blum, 2002, p. 1302). El objetivo de dicha transición es ofrecer atención sanitaria de forma continuada, coordinada, apropiada en términos de desarrollo y psicológicamente saludable, antes y durante la transición del adolescente al sistema general o adulto (Canadian Paediatric Society, 2007). Los programas de transición promueven un entorno favorable que ofrece apoyo a la familia y empodera a los jóvenes para llegar a ser interdependientes (respecto a la sociedad y a su familia) y responsables de su propia atención sanitaria (Reiss, Gibson & Walker, 2005). Al ofrecer a los jóvenes los oportunos conocimientos y facultades en términos de desarrollo y la oportunidad de comenzar a manejar su propio tratamiento, se espera que aprendan a defenderse por sí mismos, a mantener conductas saludables y a utilizar los servicios sanitarios en su vida adulta (Canadian Paediatric Society, s.f.).

La preparación para la transición debe comenzar temprano en la relación que establece el adolescente con su propia enfermedad. Muchos centros e instituciones tratan de subrayar la influencia que tiene la preparación para la transición a la hora de alcanzar resultados de salud positivos (véase la Nota sobre recursos).

La preparación para la transición es una parte importante de la atención sociosanitaria de calidad. El paso de cuidado pediátrico a la atención sanitaria general ha demostrado ser motivo de tensión, miedo y ansiedad entre los adolescentes (Paone, 2000). También sufren estos efectos los padres, que pueden sentir que se les descuida o incluso que se les deja de lado al percibir que, como padres, no se les consulta en el nuevo sistema de atención sociosanitaria (Sawyer, Blair & Bowes, 2008).

Si bien la preparación para la transición debe comenzar en el sistema pediátrico, no termina hasta que el adolescente ha sido definitivamente transferido al sistema general. Tras abandonar la familiaridad de la atención pediátrica y entrar en el sistema adulto, las necesidades de los jóvenes siguen precisando atención específica. Los profesionales médicos que reciben al paciente deben mostrarse dispuestos a aceptar tratar a jóvenes y a ofrecer una atención sanitaria adecuada en términos de desarrollo y sensible a sus necesidades médicas y educativas, especialmente en lo referente al manejo de la enfermedad. En este sentido, las enfermeras tienen a su alcance numerosos recursos para ofrecer una atención eficaz durante esta transición, como se señala a continuación.

NOTA SOBRE RECURSOS:

Recursos de Apoyo en la Transición para Enfermeras al Cuidado de Jóvenes con Trastornos de Salud Crónicos

Youth in Transition
www3.bc.sympatico.ca/steeksma/Medical/transition.htm

Good 2 Go Transition Program: The Hospital For Sick Children, Toronto, Ontario
www.sickkids.ca/good2go

Good 2 Go Transition Program: MyHealth Passport
www.sickkids.ca/myhealthpassport

Health Care Transitions: Institute for Child Health Policy, University of Florida
http://hctransitions.ichp.edu/

Healthy & Ready To Work: A Transition Service for Youth-Maternal and Child Health, United States http://www.hrtw.org

Ability Online
http://www.ablelink.org

Disability Resources on the Internet
http://www.disabilityresources.org

Principios para el Fomento de una Transición Efectiva

1. La preparación para la transición debe empezar de forma temprana en la infancia, y el sistema de atención sanitaria debe animar a las familias a informarse sobre el tipo de cuidados que precisa el niño o la niña. Por ejemplo, los niños de corta edad y sus familias pueden adquirir conocimientos de autocuidado adecuados a su etapa de desarrollo que, con un apoyo continuado, irán mejorando y evolucionando según avanzan hacia la adolescencia y la madurez.
2. A medida que los niños van avanzando hacia la adolescencia, precisan apoyo y motivación, y deben poder ir adquiriendo responsabilidades y nuevos conocimientos sobre su trastorno y la mejor forma de manejarlo.
3. Los adolescentes, sus familias y los profesionales sanitarios deben trabajar juntos para desarrollar unos cuidados eficaces durante la transición que promuevan eficazmente conductas saludables y mejoren la calidad de vida a largo plazo del joven en su vida adulta.
4. Los adolescentes y sus allegados (p. ej. familiares) deben conocer perfectamente el trastorno que sufre el joven y ser conscientes de cómo influye en diversos aspectos de la vida en las distintas etapas de desarrollo, p. ej. los adolescentes necesitan contar con información precisa y veraz sobre relaciones, embarazos, opciones profesionales y familiares, así como de cualquier limitación que puedan sufrir.
5. La transición debe basarse en los conceptos nucleares del desarrollo adolescente positivo.
6. La colaboración entre los profesionales sanitarios –incluidos especialistas en salud pediátrica y general– es fundamental para lograr una transición satisfactoria entre la atención sanitaria pediátrica y la general.

Modelo o Marco Teórico

RECOMENDACIÓN 5

La práctica enfermera debe sustentarse en modelos teóricos basados en la evidencia.

Evidencia Tipo IV

Discusión de la Evidencia

Los factores que influyen en la salud adolescente son complejos y están interrelacionados. Existen modelos y teorías bien fundamentados que abordan esta complejidad y ofrecen marcos de trabajo para desarrollar y aplicar los programas de forma efectiva. La evidencia empírica que respalda estos marcos de trabajo está mejor establecida en unos casos que en otros. No obstante, existen numerosos marcos teóricos bien fundados a disposición de los profesionales sanitarios.

En el Anexo I se incluyen algunos ejemplos. Esta lista no es exhaustiva, pero refleja prometedoras teorías que se encuentran bien documentadas en la literatura.

Diseño e Implantación de un Programa

RECOMENDACIÓN 6

Las enfermeras dedicadas a diseñar, implantar y evaluar programas juveniles basarán sus decisiones en evidencia que refleje los elementos necesarios para diseñar y planificar programas de forma efectiva.

Evidencia Tipo III-IV

Discusión de la Evidencia

A la hora de tomar decisiones sobre el diseño y la implantación de programas para adolescentes, es necesario basarse en evidencia procedente de estudios realizados siguiendo metodologías sólidas. Ello supone revisar, valorar e integrar las nuevas conclusiones de investigación en los entornos de práctica, lo que constituye un trabajo abrumador para las enfermeras que ya tienen que lidiar con la realidad cotidiana de regulaciones institucionales, restricciones de financiación y limitaciones de tiempo. Afortunadamente, disponemos de un gran número de revisiones sistemáticas, documentos sobre buenas prácticas e informes de evaluación específicos a la salud adolescente que ofrecen evidencia sobre la programación efectiva para la prevención y la reducción de riesgos (Anexo J).

Es fundamental que el diseño y la implantación de los programas se basen en la evidencia, pero igualmente fundamental resulta que la evaluación de las nuevas iniciativas se efectúe con metodologías de estudio sólidas. Diversos autores han incidido en la importancia de la participación de los adolescentes en dicha evaluación. Concretamente, se recomienda utilizar una metodología cualitativa para identificar y evaluar sus experiencias respecto al nuevo programa, y emplear investigaciones de acción participativa para implicar activamente a los adolescentes en el proceso de investigación y facilitar el empoderamiento juvenil (Flicker et al., 2008; Lind, 2007; Suleiman, Soleimanpour & London, 2006; Winkleby et al., 2004).

La evaluación participativa de los jóvenes difiere bastante de los procesos de evaluación tradicionales o convencionales, ya que los adolescentes colaboran activamente con los adultos para examinar las cuestiones que les afectan; participan en todas las fases de la evaluación, desarrollan su capacidad de evaluación, generan conocimientos y toman decisiones que se traducen en cambios relevantes en sus comunidades (Suleiman et al., 2006). Así, los jóvenes contribuyen al desarrollo de programas que están en mejores condiciones de satisfacer sus necesidades, al tiempo que mejoran sus conocimientos y destrezas y desarrollan su capacidad para adoptar decisiones saludables (Suleiman et al., 2006).

Los planteamientos que se orientan a la promoción de salud y el desarrollo positivo con la participación de los adolescentes se despliegan a lo largo del tiempo, durante el cual pueden verse afectados por diversos factores contextuales y sociales. Para evaluar de forma efectiva dichos planteamientos, es necesario contar con un compromiso a largo plazo para ir controlando los cambios que se producen en las experiencias vitales y en el desarrollo de valores o activos personales, en lugar de limitarse simplemente a medir los resultados en términos de eficacia. Algunos investigadores han aplicado un enfoque unificado que combina métodos y procedimientos tanto cualitativos como cuantitativos para la evaluación de programas de desarrollo adolescente a largo plazo (Montgomery et al., 2008). Estos diseños mixtos ayudan a comprender mejor cuestiones complejas, permiten la validación cruzada de los resultados de investigación y compensan las limitaciones inherentes al diseño de cada estudio (Holt, 2009).

Es bien conocido que los programas que se consideran exitosos en la literatura deben implantarse tal y como han sido diseñados para seguir siendo efectivos. Sin embargo, cuando se diseñan intervenciones, es preciso encontrar un equilibrio entre lo que funciona según las investigaciones y la viabilidad de dichas acciones en entornos y comunidades específicos (National Adolescent Health Information Center, 2004).

APUNTES PRÁCTICOS

Evaluación Participativa con Jóvenes de Diversas Culturas

Durante la evaluación del programa, las enfermeras que trabajan con jóvenes procedentes de diversas culturas deben tratar de:

- ***Organizar el programa,*** contando con la participación de distintos jóvenes, en calidad de evaluadores y representantes, que reflejen la diversidad social y cultural de la población.
- ***Contar con la presencia de personas que "sirvan de puente",*** con los demás, en referencia a los jóvenes que se mueven con facilidad entre fronteras culturales y que pueden ayudar a unir a personas diferentes.
- ***Reforzar la base de conocimientos sociales y culturales,*** en especial sobre grupos clave cuyas características pueden influir en los métodos elegidos.
- ***Representar los diversos intereses,*** en todas las fases de la evaluación: desde la formulación de preguntas hasta la recogida de información o el intercambio de conclusiones.
- ***Elegir los métodos de recogida de información,*** en función del tipo de actividad (entrevistas, grupos de debate, encuestas) que mejor se adapta a la condición, la raza o el género de los jóvenes.
- ***Aumentar el diálogo entre los grupos,*** permitiendo que participantes de orígenes diversos puedan conversar unos con otros y escuchar lo que los demás tienen que decir.
- ***Hacer frente a posibles conflictos,*** reconociendo que es una parte normal de la participación multicultural en el contexto de una democracia diversa.

Fuente: Checkoway & Richards-Schuster, 2004, p.10

Recomendaciones para la Formación

Competencias Prácticas en Diversos Entornos

RECOMENDACIÓN 7

NLas enfermeras que trabajan con adolescentes deberán contar con habilidades y conocimientos específicos sobre el desarrollo, la salud y el bienestar en la adolescencia.

Evidencia Tipo III-IV

Discusión de la Evidencia

En el curso de su trabajo con adolescentes, las enfermeras realizan diversas contribuciones que les exigen contar con conocimientos y competencias que han de aplicar en su interacción con los jóvenes. Dichos conocimientos y competencias deben formar parte de los estudios universitarios enfermeros y de la formación continuada en enfermería. La lista que se incluye a continuación identifica áreas específicas de desarrollo de conocimientos y competencias para distintos entornos de trabajo con adolescentes.

Competencias Necesarias

- Desarrollo cerebral en la adolescencia (Giedd, 2004; Giedd, 2008; Johnson et al., 2009)
- Hitos de desarrollo en la adolescencia (Gambone & Connell, 2004; Restuccia & Bundy, 2003)
- Salud mental en la adolescencia (Public Health Agency of Canada, 2008; Shepherd et al., 2002)
- Tendencias en la adolescencia (American Psychological Association, 2002)
- Juventud en situación de riesgo y poblaciones prioritarias (Centre of Excellence for Youth Engagement, 2003; Youth Service Steering Committee, 2002)
- Gestión de casos (Youth Service Steering Committee, 2002)
- Habilidades de comunicación y valoración y de preparación de entrevistas con franqueza y sinceridad y sin prejuicios (Duncan et al., 2007; Norris, 2007; Vega, Maddaleno & Mazin, 2005)
- Implicación en la comunidad (Gambone & Connell, 2004)
- Fomento de la salud y educación sanitaria (International Union For Health Promotion and Education, 2009; Shepherd et al., 2002; Stewart-Brown, 2006)
- Salud sexual / LGBTQ (Frankowski, 2004; Hoffman et al., 2009)
- Orientación "Mentoring" (Dubois & Silverthorn, 2005; Herrera, Grossman, Kauth, Feldman & McMaken, 2007)
- Desarrollo de políticas (Health Council of Canada, 2006; Naudeau, Cunningham, Lundberg, McGinnis & World, 2008; Shen, 2006)
- Construcción de relaciones (Ayres, 2008; Grossman & Bulle, 2006; Public Health Agency of Canada, 2008)
- Medios sociales y tecnología (Flicker et al., 2008; Grossman & Bulle, 2006)
- Comprensión del impacto del entorno escolar (IUHPE, 2009; Public Health Agency of Canada, 2008; Shepherd et al., 2002)
- Comprensión de la diversidad juvenil (Public Health Agency of Canada, 2008)
- Comprensión de los valores en la juventud y la influencia de los iguales (Shepherd et al., 2002)
- Implicación juvenil, adultos como aliados y defensa de los propios intereses (Paterson & Panessa, 2008; Scheve et al., 2006; Shen, 2006)
- Elementos fundamentales de desarrollo específicos a los jóvenes (American Psychological Association, 2002; Search Institute, 2006)

INTERACCIÓN

Este caso se extrae de la interacción entre una enfermera de atención primaria de Ontario y un estudiante.

Situación: Sam es un estudiante de 17 años que cursa su último año de educación secundaria. Le va bien en todos los ámbitos: tiene buenas notas, se le dan muy bien los deportes, es popular y tiene muchos amigos. Parece que lo tiene todo.

Al inicio del curso académico, sin embargo, su rendimiento y su conducta cambiaron notablemente. Se mostraba muy irritable y se comportaba de forma agresiva, tanto verbal como físicamente, con sus amigos y con su novia, de modo que fue remitido a la enfermera de su centro educativo.
Sam was referred to the school nurse.

Una vez que se conocieron y crearon un ambiente cómodo y abierto, Sam se sintió preparado para contar su historia. Tenía problemas en casa. Su madre a veces le decía que no valía para nada y que no iba a llegar a ningún lado. Él por su parte discutía a menudo con su padrastro, lo que acababa degenerando en enfrentamientos físicos.

La enfermera le escuchó y entendió por lo que estaba pasando en casa, reconociendo así cómo se sentía, y le ofreció información de contacto de una línea de ayuda para recibir asistencia inmediata y confidencial, en caso necesario. La enfermera recogió en su valoración que Sam consumía sustancias de forma habitual, tenía problemas para conciliar el sueño y se mostraba irritable, y señaló que el ambiente violento y hostil que vivía en casa era un factor de influencia fundamental en su ira y su agresividad en el colegio.

Ese semestre Sam mantuvo otro enfrentamiento físico con su padrastro y su madre, y le echaron de casa. Estuvo varios días en la calle pero, con ayuda de un amigo, entró en contacto con el programa Ontario Works y pidió ayuda.

Durante las siguientes semanas, estuvo muy deprimido por las circunstancias que vivía y por no poder ver a su hermana en casa. Se sentía cada vez más solo y tuvo una sobredosis de pastillas. Le encontró así un amigo, que le llevó al hospital; fue entonces cuando concertó una nueva cita con la enfermera.

Aunque había estado faltando a clase durante varias semanas, la enfermera contactó con el personal del colegio y con sus amigos para saber algo más de su situación en ese momento, y se enteró de que la vida del joven era un caos: se estaba quedando sin dinero y no podía permitirse comprar comida, sufría insomnio por todas las preocupaciones que tenía, su entrenador le había amenazado con echarle del equipo por haber faltado a muchos entrenamientos, discutía con sus amigos y su novia, sus profesores se quejaban de que no hacía las tareas y de que faltaba a clase, o de que cuando iba a clase acababa molestando y, además de todo esto, estaba consumiendo más cantidad de alcohol y drogas.

La enfermera colaboró con el equipo interdisciplinar del colegio, y entre ella y el director de orientación elaboraron un plan de asesoramiento. A lo largo de la entrevista y la valoración de salud mental, la enfermera evaluó que Sam era susceptible de verse envuelto en conductas de alto riesgo, sentirse solo y falto de apoyos, percibir que no tenía nadie con quien hablar y sentirse desconectado del colegio o de sus compañeros. El joven admitió haber tenido ideas suicidas; le dijo que no le importaba a nadie y se negó a hablar con el trabajador social de la línea de ayuda. La enfermera entendía el valor que tiene la influencia de compañeros e iguales a la edad de Sam y sabía que alguien con quien mantuviera una relación cercana y de confianza podría conectar con él. Con el consentimiento de Sam, invitaron a su novia y a su mejor amigo a unirse a la sesión. Su estado de ánimo empezó a mejorar y se dio cuenta de que se preocupaban por él y de que querían ayudarle.

Después de la sesión, Sam se mostró dispuesto a hablar con el trabajador ocial de la línea de ayuda, y siguió recibiendo apoyo y orientación. Contactó con algunos familiares que también vivían en la misma ciudad y decidió irse a vivir con ellos. La enfermera conservó una buena relación con el joven; tenía contacto con él de forma regular en el colegio para valorar su estado de ánimo, asegurarse de que seguía con la orientación y demostrarle que se preocupaba por él.

Antes de terminar el curso, pudo comprobar que el joven se encontraba descansado y bien alimentado, y mostraba una amplia sonrisa. Había llevado bien el curso y se sentía vinculado al colegio; estaba satisfecho de haberse mudado con sus otros familiares y encaraba el futuro con esperanza. La enfermera le puso en contacto con un trabajador comunitario para recibir apoyo continuado y asesoramiento sobre su futuro profesional y las oportunidades de formación a su alcance tras los años de educación secundaria.

Implicaciones:

Las enfermeras que trabajan con adolescentes deben contar con competencias y conocimientos sobre desarrollo juvenil y:

- Establecer una buena relación y crear un clima de confianza con los jóvenes.
- Mostrarse abiertas y receptivas ante sus puntos de vista y opiniones.
- Comprender el valor que tiene la influencia de compañeros e iguales y de la conexión con el entorno escolar.
- Mostrar una actitud libre de prejuicios y ofrecer un entorno cómodo y confidencial durante las conversaciones con los jóvenes.
- Colaborar con un equipo interdisciplinar para desarrollar un plan de acción.
- Familiarizarse con los recursos comunitarios disponibles y buscar la colaboración de organismos asociados.
- Aplicar su juicio y conocimientos clínicos para evaluar la salud de los jóvenes.

Con permiso de la Unidad de salud de Haldimand-Norfolk. Esta historia es una adaptación de Morris, D. (2009). *Mental Health Report with a Focus on Suicide: Haldimand-Norfolk Stats.* Simcoe, Ontario: Haldimand- Norfolk Health Unit.

Recomendaciones para la Organización y Directrices

Las siguientes recomendaciones reflejan aquellos elementos de una institución que son fundamentales para sustentar la práctica enfermera como se describe en esta Guía de buenas prácticas en enfermería.

Creación de Oportunidades de Implicación Juvenil

RECOMENDACIÓN 8

Las instituciones establecen una cultura que fomente la implicación juvenil para crear un futuro saludable para los propios jóvenes y para las personas a su alrededor.

Evidencia Tipo IV

Discusión de la Evidencia

Compromiso Institucional

La implicación juvenil supone un gran cambio en la forma en que tradicionalmente actúan las instituciones sanitarias; para conseguir que se integre en la práctica enfermera, se hace necesario introducir cambios y lograr su aceptación a nivel institucional. Así, su incorporación debe ser impulsada desde lo más alto de la dirección y llegar a todos los niveles de la institución (Zeldin, Larson, Camino & Connor, 2005). Es preciso contar con todo el mundo, incluidos miembros de la junta directiva, partes interesadas internas y socios externos.

Para conseguir que los jóvenes se impliquen, la institución debe:

- Crear un entorno favorable para los adolescentes y receptivo ante sus opiniones.
- Asignar fondos según sea necesario.
- Ofrecer a todo el personal de la institución (trabajen o no en contacto directo con adolescentes) las oportunidades de formación necesarias en este ámbito.
- Definir claramente objetivos y métodos para evaluar la efectividad de las medidas.

Recurso

Evaluation Toolkit for Building an Organization's Capacity to Engage Youth. Toronto, ON: Laidlaw Foundation. Consultado el 29 de octubre de 2010 en: www.laidlawfdn.org/sites/default/files/resources/youth-eval-toolkit.pdf

Estabilidad

Dentro de una institución, son muchos los factores que contribuyen a la estabilidad de un programa:

- Las instituciones que impulsan programas de implicación juvenil deben ser seguras y no pueden dar cabida a comportamientos nocivos.
- Los centros de salud y demás instituciones sanitarias pueden ser lugares perfectos para la implantación de iniciativas de implicación juvenil, ya que suelen ofrecer entornos seguros y constituyen espacios estables en la comunidad.
- Es necesario contar con una estructura de programa para que los jóvenes se sientan protegidos y seguros, y para crear un marco de trabajo adecuado. No obstante, es necesario encontrar un equilibrio entre estructura y flexibilidad, ya que un énfasis excesivo en la estructura puede coartar la creatividad y la motivación de los jóvenes.
- La financiación y el apoyo de los adultos son dos aspectos clave para la estabilidad de cualquier programa.
- En este sentido, también es importante compensar la labor de los jóvenes; los adolescente tienen una vida ocupada y compleja que está en constante cambio, y con frecuencia tienen que encontrar un equilibrio entre sus muchas responsabilidades, como los estudios, las actividades extracurriculares, su vida social y sus responsabilidades familiares. Así, en lo posible, se les debe compensar por su tiempo. El programa Youth Action Alliance de Ontario descubrió que la remuneración de esta labor lograba reducir la rotación de jóvenes participantes (Fiissel et al., 2008). Cuando la compensación económica no sea posible, otra opción son las horas de servicio comunitario, aunque hay que tener en cuenta que, una vez que los jóvenes han alcanzado el número de horas requeridas, a menudo siguen con sus ocupaciones y se pierde su colaboración. Otros incentivos a la participación juvenil son: el desarrollo de la capacidad de liderazgo, competencias profesionales, habilidades para la vida y construir relaciones saludables; la obtención de diplomas de méritos, créditos académicos, bonos para regalos o cartas de recomendación; y la oportunidad de adquirir experiencia valiosa.
- Otro elemento fundamental en la estabilidad de cualquier programa son las redes. Las investigaciones han mostrado que los adolescentes se sienten motivados a participar cuando saben pueden consultar y pedir su opinión a otros adolescentes que realizan actividades similares (Fiissel et al., 2008). Se sienten más animados y motivados cuando perciben que forman parte de un movimiento; p. ej. los programas de acción juvenil (Youth Action Alliances) que tienen lugar en centros de salud en Ontario forman grandes redes de jóvenes que desarrollan la misma labor en sus respectivas comunidades, y a los que se les brinda la oportunidad de intercambiar ideas y trabajar en colaboración a través de una coalición juvenil regional y de la conferencia anual para jóvenes de toda la provincia.

INTERACCIONES

Un centro local de salud pública quería evaluar las necesidades de la comunidad en que se enmarcaba para planificar programas y políticas que tuvieran un impacto positivo en la salud de sus habitantes. El personal encargado de esta valoración ha señalado que la implicación juvenil era una de las prioridades y los principios de base de su trabajo. El fomento de la implicación juvenil es una de las actividades

Implicación Juvenil

identificadas en el plan operativo.

Se empleó una metodología tipo "Photovoice", en la que se combina la fotografía con acción social de base, para animar a los jóvenes a participar con instantáneas que reflejaran "cómo mi entorno me ayuda (o no) a estar sano". Las imágenes podían reflejar temas como la alimentación sana, el ejercicio físico, el consumo o la exposición al tabaco, el consumo abusivo de alcohol u otras sustancias, las cuestiones relacionadas con la salud mental y la prevención de daños y lesiones. Todas estas observaciones se usarían para evaluar las necesidades de la comunidad y planear cómo movilizar a sus vecinos para desarrollar políticas en este ámbito.

Photovoice es una metodología cualitativa y participativa que se usa para llegar a grupos de población marginados o de difícil acceso (en este proyecto, se trataba de adolescentes entre 15 y 19 años). A través de la fotografía, se da voz a personas que habitualmente no logran hacerse oír. Se trata de una técnica de investigación basada en la idea de que, cuando se intentan comprender asuntos comunitarios, los verdaderos expertos son las personas del lugar, no los profesionales que vienen de fuera.

La flexibilidad en las citas fue clave

RECOMENDACIONES

Compensación a los jóvenes

Se invitó a los adolescentes a participar a través de la página web del centro de salud; la iniciativa también se publicó en centros de juventud y otros lugares de afluencia juvenil. Como incentivo, además de poder influir en la comunidad, los participantes podían recibir horas de créditos voluntarios. Se crearon grupos en cada centro de salud para asegurarse de llegar a la mayor diversidad posible de jóvenes de distintas comunidades. Cada grupo definió los horarios y días que mejor les convenían para reunirse a lo largo de un periodo de seis a ocho semanas. Las enfermeras actuaron en calidad de mediadoras o "facilitadoras" en cada grupo participante en el proyecto para crear un entorno seguro y respetuoso, animar a los jóvenes a discutir los temas que les preocuparan, fomentar su participación y ayudarles a reflexionar críticamente sobre cuestiones de interés para su comunidad.

Apoyo adulto a través de las enfermeras

Ofrecer formación

Para preparar a los jóvenes para esta tarea, un fotógrafo profesional les ofreció formación y se organizó una sesión sobre ética fotográfica y el proceso de "consentimiento a ser fotografiado". Los jóvenes hicieron fotos para ilustrar cómo percibían su comunidad respecto a las seis áreas de interés, y posteriormente compartieron sus instantáneas con el grupo, debatieron sobre el significado de cada una de ellas e identificaron temas comunes. Finalmente, seleccionaron y dieron nombre a las imágenes que, en su opinión, mejor representaban sus problemas.

Entorno seguro y estable en el centro de salud

Los temas que surgieron en este proceso se incorporarán a los ejercicios de valoración y priorización de necesidades de la comunidad, para darles mejor respuesta a través de los distintos programas, proyectos e iniciativas. El próximo paso será implicar a los jóvenes en la planificación e implantación de cambios en programas y políticas para introducir mejoras en sus comunidades.

RECOMENDACIÓN 9

Las instituciones establecen directrices y prácticas internas que respalden una participación significativa por parte de los adolescentes.

Evidencia Tipo IV

Discusión de la Evidencia

El compromiso con el desarrollo de la juventud exige que las instituciones actúen según el principio de que los adolescentes necesitan adoptar decisiones y funciones de relevancia para las actividades en que participan, pasando de recibir conocimientos a crear conocimientos, y de ser destinatarios de los servicios a convertirse en planificadores y proveedores de los programas (Pittman et al., 2003). Todo ello se traduce en un compromiso por parte de la institución sanitaria con la inclusión de los jóvenes en todos los aspectos referentes a la toma de decisiones, incluidas la programación, la financiación, la gestión del personal y la gobernanza. Los jóvenes suelen actuar como participantes en las instituciones, pero generalmente no se les tiene en cuenta para la resolución de problemas (Irby et al., 2001).

Para incrementar la participación juvenil, las instituciones sanitarias deben alejarse de perspectivas consistentes en "hacer cosas por los jóvenes" y orientarse más bien a una combinación de objetivos de programa y medidas de resultados de desarrollo en la juventud. Con dicha integración, no solo pueden alcanzarse los objetivos de las instituciones, sino que también se pueden desarrollar los valores personales de los adolescentes y su relación con las enfermeras y con sus correspondientes instituciones.

Un trabajo más participativo y más significativo para los jóvenes puede ayudar a obtener una perspectiva mucho más amplia, más allá de los temas sanitarios. Los adultos a cargo "deben abordar las relaciones con los adolescentes de modo que aumente la transparencia, la accesibilidad y la inclusividad de las instituciones y organismos que ofrecen un servicio público" (Bynoe, 2006, p. 5). Ha llegado el momento de dotar a nuestras expectativas de un carácter intencional y de evaluar qué queremos conseguir, no limitarnos a definir lo que no queremos que suceda (Pittman et. al., 2003).

APUNTES PRÁCTICOS

Principios para Fomentar el Desarrollo Adolescente

Pittman, Irby y Ferber (2000) señalaron nueve principios principales que ayudan a promover un desarrollo adolescente saludable, que se incluyen a continuación junto con algunas consideraciones sobre directrices institucionales.

Principios	Consideraciones sobre Directrices Institucionales
1) Ampliar los resultados de interés: más allá de la prevención y los resultados académicos	■ Incluir como indicadores de resultados del programa/servicio el desarrollo positivo y los valores adquiridos por los jóvenes, no solo la prevención de conductas problemáticas o la evaluación de los conocimientos adquiridos
2) Ampliar la información de base o inicial: más allá de los servicios	■ Evaluar la prestación de servicios con ayuda de unas pautas y unos parámetros orientados a los jóvenes ■ Aplicar modelos de planificación que cuenten con los jóvenes para dar forma a la prestación de los servicios o en los que estos puedan contribuir activamente para alcanzar los objetivos de la institución

3) Ampliar el marco temporal: más allá de soluciones rápidas.	■ Planificar y asignar recursos que ayuden a alcanzar objetivos a largo plazo de desarrollo de valores personales con beneficios duraderos.
4) Ampliar los contextos: más allá de los centros educativos.	■ Trabajar con jóvenes en diversos entornos en los que se sientan cómodos. ■ Crear entornos de trabajo, espacios y equipamientos que fomenten la participación juvenil.
5) Ampliar los horarios: más allá de la jornada escolar.	■ Ajustar los horarios del personal para estar disponibles en las horas que mejor convienen a los jóvenes para acceder al servicio u ofrecer su contribución. ■ Tener en cuenta la importancia que tiene para los adolescentes el adecuado equilibrio entre trabajo, colegio y vida personal.
6) Ampliar los actores participantes: más allá de los profesionales.	■ Incluir a otras partes interesadas presentes en la comunidad para evaluar cómo pueden contribuir los jóvenes a la consecución de resultados.
7) Ampliar el papel de los jóvenes: más allá de los receptores.	■ Incluir a los jóvenes como parte activa e igualitaria del equipo de atención sociosanitaria, no simplemente como receptores de los servicios. ■ Combinar los parámetros de la institución con un marco orientado a la juventud. Hacer honor a los estándares de la institución distinguiendo la creatividad y cultura juvenil.
8) Ampliar los objetivos: más allá de etiquetas	■ Pensar más allá de los factores de riesgo para promover un desarrollo adolescente positivo, implicando a los jóvenes en el desarrollo de soluciones
9) Ampliar las cifras: más allá de los estudios piloto.	■ Darse cuenta de que la financiación a corto plazo y la repetición de los mismos proyectos piloto terminan por desincentivar la participación de los jóvenes y devaluar la importancia de las iniciativas en materia de salud juvenil. ■ Asignar un presupuesto anual específico a iniciativas para la juventud La integración de un modelo de desarrollo adolescente en las prácticas de cualquier institución sanitaria exige una determinada preparación institucional.

En entornos clínicos, se puede lograr con el uso de evaluaciones basadas en las fortalezas o puntos fuertes de cada persona. Por ejemplo, Duncan et al. (2007) propusieron mejorar las interacciones en las consultas médicas a través del conocimiento y las buenas prácticas disponibles en el ámbito del desarrollo adolescente positivo, con la modificación del modelo de evaluación HEADSS (Home, Education/Employment, Activities, Drugs, Sexuality, Suicide - es decir, Hogar, Educación/Empleo, Actividades, Drogas, Sexualidad, Suicidio) para identificar las fortalezas de cada individuo. "Esto significa mostrar un modelo de respeto y consideración hacia los adolescentes y transmitirles la idea de que pueden dar continuidad a conductas positivas en materia de salud o introducir cambios de conducta cuando sea necesario. Las consultas médicas no sirven únicamente para valorar al individuo y defender la idea de las fortalezas personales, sino que también ofrecen la oportunidad de fomentar directamente las fortalezas con que cuentan los adolescentes" (Duncan et al p. 531) Asimismo, las instituciones deben planificar y estructurar programas basados en las conclusiones de la evidencia sobre las características que tienen los entornos que fomentan un desarrollo positivo (Eccles & Gooteman, 2002).En el Anexo K se incluyen algunas herramientas que pueden ayudar a identificar hasta qué punto los servicios de una institución están orientados a los jóvenes (Senderowitz, 1999, Senderowitz, 2002).

Financiación y Asignación de Recursos

RECOMENDACIÓN 10

Las instituciones y los órganos de financiación asignan los recursos materiales y humanos necesarios para garantizar la implantación de planteamientos integrales en la programación para adolescentes.

Evidencia Tipo Ia, III-IV

Discusión de la Evidencia

Las directrices de cada institución garantizan que se establecen medidas de apoyo a la juventud y que las enfermeras cuentan con un entorno de práctica de calidad. Es preciso contar con los necesarios recursos y prácticas de contratación para implantar planteamientos integrales de programación para adolescentes, por ejemplo:

- Establecer planes de dotación de personal que garanticen coherencia y continuidad en las relaciones de enfermeras y jóvenes, o grupos de jóvenes (Shen, 2006).
- Prever una dotación de personal adecuada para aprovechar las oportunidades de interacción entre enfermeras y adolescentes, y contar siempre con personal disponible en los horarios que mejor se adapten a la demanda de los jóvenes (Shen, 2006).
- Asignar recursos para fomentar la participación juvenil a través de medidas de apoyo económico para transporte, alquiler de instalaciones en lugares adecuados, comida, materiales y suministros para iniciativas, reconocimiento y honorarios (Public Health Agency of Canada, 2008; Scheve et al., 2006; Shepherd et al., 2002).
- Asignar financiación para programaciones que puedan prolongarse en el tiempo, de forma que se puedan implantar y evaluar programas que tengan un diseño riguroso y duración suficiente (Gambone, Yu, Lewis-Charp, Sipe & Lacoe, 2006).

Elementos de Apoyo al Desarrollo de Conocimientos y Capacidades

RECOMENDACIÓN 11

Las instituciones ofrecen oportunidades de formación a las enfermeras para mejorar sus conocimientos sobre el desarrollo, la salud y el bienestar de los adolescentes, y darles a conocer métodos productivos de implicación juvenil.

Evidencia Tipo III-IV

Discusión de la Evidencia

La complejidad del trabajo con adolescentes y las competencias que precisan las enfermeras exigen que las instituciones:

- proporcionen a las enfermeras oportunidades de desarrollo profesional para mejorar sus conocimientos y competencias sobre comunicación, mediación, conocimiento cultural y problemas y preocupaciones de la juventud actual.
- ofrezcan orientación al personal de nueva incorporación para ayudar a mantener la cultura y los valores institucionales que reflejan la importancia de la implicación juvenil y el desarrollo de la práctica especializada (Grossman & Bulle, 2006; Shen, 2006).
- garanticen el acceso a información relevante y actualizada para respaldar la práctica enfermera, sobre temas como teoría sobre desarrollo adolescente, estrategias de promoción de la salud, de empoderamiento juvenil, de implicación juvenil, de desarrollo adolescente positivo y revisiones sistemáticas (IUHPE, 2009; Jennings et al., 2006; Restuccia & Bundy, 2003).

Recomendaciones para la Organización y Directrices

RECOMENDACIÓN 12

Las enfermeras trabajan en colaboración con los jóvenes para defender políticas públicas que favorezcan la salud y para desarrollar, aplicar y evaluar programas que sirvan para mejorar el desarrollo adolescente saludable. Los organismos competentes en materia de salud, asuntos sociales, educación y ocio deben dedicar recursos a garantizar la aplicación y la evaluación de los servicios orientados a mejorar el éxito y bienestar de los jóvenes.

Evidencia Tipo IV

Discusión de la Evidencia

En la línea de la Carta de Ottawa, la Organización Mundial de la Salud describe de la siguiente forma qué son políticas públicas que favorecen la salud:

> *"Una política que favorece la salud se caracteriza por una preocupación explícita por alcanzar la salud y la equidad en todas las áreas de la política y por una aceptación de su responsabilidad en los efectos que pudiera tener sobre la salud. El principal objetivo de una política favorable a la salud es crear unos entornos adecuados que permitan a las personas llevar una vida sana. De este modo, se facilita o se posibilita a los ciudadanos la adopción de elecciones saludables. Los entornos sociales y físicos se convierten en factores potenciadores de la salud."* (OMS, WHO por sus siglas en inglés. S.f.)

La Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos del niño, que entró en vigor en 1990, señala en su Artículo 12 que los niños y los adolescentes tienen derecho a participar en los procesos de toma de decisiones que les atañen. Canadá es uno de los países firmantes de este documento (Canadian Children's Rights Council, 2010).

A través de la aplicación de los principios de implicación juvenil y desarrollo adolescente positivo, las enfermeras pueden actuar como aliadas y mentoras de los jóvenes mientras estos van desarrollando competencias y habilidades de liderazgo para defender activamente la introducción de cambios en organismos de servicios juveniles, comunidades, órganos como las juntas escolares, y gobiernos. A continuación se incluye una tabla con diversos planteamientos que ilustra cómo la implicación juvenil se traduce en un flujo que comienza en las intervenciones y llega a producir cambios en el sistema. El objetivo de esta recomendación es que las enfermeras colaboren activamente con los jóvenes para conseguir cambios sistémicos.

Flujo de Implicación Juvenil

Intervención	Desarrollo	Empoderamiento Colectivo	Cambio Sistémico	
Perspectiva de los Servicios de Juventud	Desarrollo Juvenil	Liderazgo Juvenil	Organización Juvenil	Compromiso Cívico
■ Define a los jóvenes como usuarios ■ Ofrece servicios para tratar problemas y patologías individuales de los jóvenes ■ Programación definida en torno al tratamiento y la prevención	■ Se ofrecen servicios y asistencia, con acceso a adultos a cargo y espacios seguros ■ Oportunidades de crecimiento y desarrollo para los jóvenes ■ Se mantiene contacto con los jóvenes allá donde estén ■ Se refuerzan las competencias individuales de los jóvenes ■ Asistencia adaptada a la edad ■ Se enfatiza una identidad propia positiva ■ Se fomenta la colaboración entre jóvenes y adultos	Incluye componentes del planteamiento de desarrollo juvenil y además: ■ Construye verdaderas oportunidades de liderazgo juvenil dentro de programas e instituciones ■ Ayuda a los jóvenes a comprender con más profundidad aspectos históricos y culturales de sus experiencias y de su comunidad ■ Refuerza las competencias y capacidades de los jóvenes para tomar decisiones y resolver problemas ■ Los jóvenes participan en proyectos comunitarios	Incluye componentes de los planteamientos de desarrollo juvenil, liderazgo juvenil y compromiso cívico, y además: ■ Construye una base de miembros ■ Implica a los jóvenes como parte de la plantilla base y del órgano de gobierno ■ Los jóvenes participan en acciones directas y movilización política ■ Los jóvenes participan en alianzas y coaliciones	Incluye componentes de los planteamientos de desarrollo juvenil y liderazgo juvenil y además: ■ Implica a los jóvenes en formación y sensibilización sobre políticas ■ Refuerza competencias y capacidades de análisis y actuación en temas señalados por los propios jóvenes ■ Ayuda a los jóvenes a construir una identidad colectiva de sí mismos como agentes sociales del cambio ■ Implica a los jóvenes en la defensa y negociación de sus intereses

Funders' Collaborative on Youth Organizing (2003). An Emerging Model for Working with Youth Community Organizing + Youth Development = Youth Organizing. p.10. Retrieved October 26, 2010, from http://www.fcyo.org/media/docs/8141_Papers_no1_v4.qxd.pdf.

Periera (2007) sugiere cómo se puede ayudar a los jóvenes a participar e influir en las instituciones:

- Incorporar una voz joven a las estructuras de los consejos directivos.
- Formar comités asesores para el desarrollo y la evaluación de programas y servicios.
- Canalizar las consultas a través de comités constituidos al efecto.
- Establecer un referente o grupo asesor.
- Ofrecer un sistema de apoyo entre pares como parte de los programas.
- Integrar a jóvenes como educadores en la aplicación de los programas.
- Implicar a los jóvenes como investigadores mediante métodos de investigación que incluyan acciones participativas.

La literatura se refiere al activismo juvenil como el compromiso cívico o la organización juvenil. A través de sus esfuerzos, los jóvenes identifican cuestiones, analizan problemas y determinan cómo influir en las estructuras de poder para generar cambios sociales o políticos (Funders' Collaborative on Youth Organizing, 2010; Lesko & Tsourounis; 1998; Schulman, 2006; Yee, 2008). El activismo cívico y el desarrollo juvenil son planteamientos complementarios (no contrarios) al trabajo juvenil. La acción juvenil refuerza a los jóvenes al fomentar su implicación activa en la comunidad (Funders' Collaborative on Youth Organizing, 2003; Irby et al., 2001).

"Para los jóvenes marginados, que son los que más discriminación y aislamiento sufren, la organización juvenil tiene una especial utilidad. Los jóvenes que sufren exclusión hallan compañerismo y estructura dentro de la organización juvenil, así como un marco crítico para estudiar y comprender el mundo que les rodea, con lo que pueden conectar las esferas pública y privada de su vida. Los jóvenes, al darse cuenta de que también otras personas comparten sus experiencias individuales –tanto positivas como negativas–, se animan a participar en iniciativas conjuntas que ayudan a construir un poder colectivo" (Funders' Collaborative on Youth Organizing, 2003, p. 9)

A través de la organización juvenil, los jóvenes desarrollan competencias en seis áreas: 1) cultural; 2) personal; 3) cívica; 4) política; 5) cognitiva; y 6) social. Los jóvenes han abordado diversos problemas con sus propios medios en ámbitos como el consumo de sustancias, la salud sexual, la seguridad comunitaria, la reforma del sistema escolar y las oportunidades de ocio disponibles (Bradley et al., 2004; Funders' Collaborative on Youth Organizing, 2003; Holden et al., 2005).

El Centro de innovación para el desarrollo comunitario y juvenil (Innovation Center for Community and Youth Development, 2004) identificó en una herramienta de activismo juvenil una serie de buenas prácticas para el desarrollo del liderazgo juvenil que se reforzaban mutuamente como parte del proceso de desarrollo:

- Liderazgo personal: vinculado a la formación de la identidad.
- Liderazgo institucional: se profundiza en el papel de los jóvenes en la toma de decisiones.
- Liderazgo comunitario: se centra en la organización juvenil como catalizador del cambio en las comunidades.

LIDERAZGO COMUNITARIO: LISTA DE VERIFICACIÓN PRÁCTICA

Para promocionar el liderazgo juvenil dentro de una comunidad, las enfermeras deben poner en marcha actividades coherentes y estructuradas para que los jóvenes lleven más allá sus conocimientos y compromiso con la comunidad. Por ejemplo, con ello pueden:

- Ayudar a los jóvenes a entender el contexto comunitario;
- Enterarse de asuntos comunitarios que tienen relevancia y son importantes para los jóvenes;
- Utilizar la comunidad como espacio en el que ejercitar sus competencias;
- Abordar el liderazgo comunitario desde la perspectiva de las relaciones;
- Aprovechar estrategias de organización juvenil (educación, defensa/promoción de los intereses propios, acción directa) para hacer participar a los jóvenes como líderes dentro de su comunidad.

Innovation Center for Community and Youth Development (2004) p.68

Actuación Gubernamental y Desarrollo de Políticas

La comunidad enfermera tiene la responsabilidad de participar en iniciativas de defensa de los intereses de quienes no pueden defenderse a sí mismos. El desarrollo adolescente es un proceso crítico en la maduración de toda persona y merece que las políticas públicas reflejen dicha importancia ofreciendo los apoyos más adecuados. Las enfermeras deben abogar por que se dé voz a los jóvenes en los procesos de toma de decisiones gubernamentales, y ayudar a los adolescentes a defender sus propios intereses en dicho entorno. Es conveniente que colaboren estrechamente con los jóvenes para hacer presión en favor de la expansión de servicios y políticas gubernamentales que contribuyan a sustentar el desarrollo saludable de niños y adolescentes a lo largo de sus años de desarrollo. La medida de estos resultados es la consecución de financiación a largo plazo sobre la que basar programas efectivos de desarrollo adolescente positivo y crear comunidades que favorezcan el desarrollo adolescente.

Una revisión sobre modelos de políticas juveniles llevada a cabo por United Way Toronto (2008) reveló que contar con un marco de política juvenil (ya sea a nivel nacional, regional o local) puede "arrojar luz sobre las prioridades y objetivos a largo plazo de los gobiernos en temas de juventud. Se ha observado que un marco centrado en los resultados suele vincularse a estrategias a más largo plazo que tienen como objetivo conseguir resultados positivos en materia de juventud" (p.9)

También se han desarrollado políticas juveniles de ámbito provincial que reflejan las características de los modelos de fomento del desarrollo juvenil. La provincia de Quebec ha elaborado el marco de políticas juveniles más completo hasta la fecha. Se ha creado una Secretaría de Juventud que responde directamente ante el Jefe de Gobierno de esta región; la Secretaría se encarga de garantizar la coherencia de todas las políticas e iniciativas gubernamentales en materia de juventud. Los municipios también tienen un papel activo en materia de juventud, especialmente en lo que se refiere a salud y seguridad, a través de las competencias que tienen en seguridad ciudadana (policía), educación, vivienda y ocio (Government of Canada, 2010). En la Columbia Británica, una política específica de juventud orienta la prestación de estos servicios dentro del Ministerio para la Infancia y las Familias (Government of British Columbia, 2000). La provincia de Alberta ha dado prioridad a los asuntos relacionados con la juventud a través de una iniciativa gubernamental coordinada denominada "Alberta Children and Youth Initiative"; una de sus principales medidas de resultado es "un satisfactorio tránsito de la adolescencia a la madurez" (Government of Alberta, 2007)

En Ontario, el gobierno provincial se ha embarcado en una iniciativa de implicación juvenil a través del Ministerio de Infraestructuras "para hallar soluciones a los problemas de crecimiento urbano, empleando sus propias comunidades como laboratorio"(Government of Ontario, 2010) El Ministerio de Promoción de la salud y Deportes ofreció financiación a los centros sanitarios para contratar a jóvenes que actuaran como líderes e iguales en iniciativas de lucha contra el tabaquismo de 2005 a 2009. Una vez agotada dicha financiación, el Ministerio puso en marcha un Grupo de trabajo de implicación juvenil para definir la futura orientación de las estrategias de implicación juvenil (que aún no se han hecho públicas). En un informe elaborado por este grupo de trabajo, Pollara (2009) señaló que los jóvenes participantes en las alianzas juveniles (Youth Action Alliances) lograban ejercer influencia en determinadas decisiones políticas, en concreto:

"En el ámbito comunitario o en ámbitos de mayor alcance, casi todos los entrevistados indicaron espontáneamente que podían influir positivamente en favor de su comunidad a través del programa Youth Action Alliance. Algunos ejemplos citados se referían a cambios en las disposiciones legales para crear parques en los que no se puede fumar, la legislación sobre vehículos libres de humo, el trabajo de ámbito federal contra el tabaco aromatizado, así como otros cambios en las disposiciones legales sobre consumo de tabaco. Los participantes establecieron una conexión directa entre su trabajo y dichos cambios" (p. 10).

Los jóvenes también refirieron haber adquirido competencias y seguridad en sus capacidades, vinculando el desarrollo de los valores en la juventud con el liderazgo juvenil, la organización juvenil y el compromiso cívico.

La tabla de Recursos prácticos incluida a continuación recoge diversos instrumentos que pueden ayudar a jóvenes, enfermeras y gobiernos a implicar a la juventud para lograr cambios en instituciones y comunidades, y desarrollar políticas que consigan resultados de desarrollo positivos para los adolescentes.

RECURSOS PRÁCTICOS

Para Jóvenes

Youth! The 26% Solution

Guía para jóvenes que incluye pautas sobre cómo organizarse y actuar.
www.youthactivism.com/26PercentSolution/Youth26Solution2008-Web.pdf

Mental Health: A Guide to Action

Recurso canadiense, escrito por y para jóvenes, que aborda los problemas de la juventud y posibles intervenciones.
www.teenmentalhealth.org/images/resources/MH_GUIDE_006.pdf

Para Enfermeras

Learning and Leading: A Toolkit for Youth Development and Civic Activism

Conjunto de herramientas que incluye una descripción de conceptos clave, una serie de prácticas prometedoras, listas de verificación, una lista de recursos, viñetas ilustrativas de sesiones prácticas y talleres o actividades que se han usado con éxito en grupos juveniles.
www.theinnovationcenter.org/files/learningandleading_toolkit.pdf

Maximum Youth Involvement! The Complete Game Plan for Community Action

Este manual incluye principios rectores e ideas para quienes quieren acercarse a la colaboración juvenil o tratan de dar mayor peso al papel de los jóvenes en la resolución de problemas en sus comunidades, especialmente en el ámbito de políticas públicas.
www.youthactivism.com/freedownload/maximumyouthinvolvement/maximumyouthinvolvement!completeguidetocommunityaction.pdf

Say Y.E.S. to Youth: Youth Engagement Strategies

Paquete de recursos para impulsar la implicación juvenil en un equipo o una institución.
http://downloads.cas.psu.edu/4h/yesbookweb.pdf

Adult Allies

Guía canadiense sobre el papel de las enfermeras como aliadas en la implicación juvenil.
www.engagementcentre.ca/files/alliesfinal_e_web.pdf

Allies In Action

Manual práctico en el que se ayuda a los adultos a integrar la idea de que los adolescentes tienen derecho a participar y los adultos deben compartir el poder para dejar que los jóvenes se impliquen de forma significativa en temas de salud sexual.
www.engagementcentre.ca/files/Allies_e.pdf

Para las Instituciones

Hear by Right: The United Kingdom response to the UN Convention on the Rights of the Child Diversas herramientas y guías, puestas en marcha por el Reino Unido como respuesta a la Convención sobre los derechos del niño de la ONU, para ayudar a integrar la participación juvenil en todos los niveles de servicio, incluidos los estándares y los indicadores de rendimiento, y que se pueden utilizar eficazmente tanto en el plano estratégico como el operativo en asociaciones, departamentos e instituciones a título individual.
www.nya.org.uk/quality/hear-by-right/download-resources

Hear by Right in Health Services: Children and Young People's participation in PCTs, Hospitals And Other Health Settings
Resumen sobre la implicación juvenil en el desarrollo de servicios.
http://nya.org.uk/dynamic_files/hbr/sharedresources/Hear%20by%20Right%20in%20Health%20Services.pdf

Para los Gobiernos

Investing in Youth: Evidence from Policy, Practice and Research
Este documento propone un marco para el análisis de políticas públicas
como herramienta de reflexión. Su principal objetivo es ayudar a guiar el debate sobre las políticas en materia de juventud en distintos sectores de la actividad de los gobiernos. Con ello se pretende ayudar a definir o revisar los objetivos gubernamentales en cuanto a investigación de políticas, y a desarrollar y evaluar políticas y programas.
http://policyresearch.gc.ca/2010-0017-eng.pdf

RECOMENDACIÓN 13
Las enfermeras colaboran con distintos socios comunitarios para promover un modelo de salud escolar integral.

Evidencia Tipo IIb-IV

Discusión de la Evidencia

Las escuelas desempeñan un papel fundamental en la salud y el bienestar de los adolescentes. El entorno escolar influye enormemente en las conductas de los adolescentes en términos de salud, en la conexión social y emocional que perciben tener y en su bienestar mental (Auseum, Mesters, Van Breukelen, & De Vries, 2004; Cohall, Nshom & Nye, 2007; Joint Consortium for School Health, 2008; Robinson, 2006). Según el Consorcio conjunto de salud escolar (Joint Consortium for School Health, 2008), los conceptos de salud y educación son interdependientes: los estudiantes sanos aprenden mejor, y los adolescentes que tienen mejor educación están más sanos. Por lo tanto, es importante que las enfermeras comprendan todos los aspectos de la vida de la comunidad escolar para promover adecuadamente la salud entre esta población (IUHPE, 2009).

El término "salud escolar integral" se usa ampliamente en Canadá. Se define como "un marco reconocido internacionalmente para promover mejoras en los resultados educativos al tiempo que se aborda la salud escolar de forma planificada, integrada y holística" (Joint Consortium for School Health, 2008, p.1)

La enfermeras que trabajan con adolescentes deben entender el modelo promovido por la Agencia de salud pública de Canadá (Public Health Agency) sobre salud escolar integral (Anexo L); también deben ser conscientes del papel vital que tienen los colegios para el desarrollo saludable de niños y adolescentes. Cuando se trabaja con adolescentes en otros entornos, es imprescindible tomar conciencia de los aspectos de la vida escolar que pueden influir en su salud, como: conexión escolar, relaciones e influencias de compañeros/iguales, calidad de las relaciones con profesores y otros adultos, entorno físico del colegio, políticas y elementos de apoyo ambientales, acoso escolar (bullying), éxito académico y percepción personal de uno mismo (Ayres, 2008; Cohall et al., 2007; Grossman & Bulle, 2006; Public Health Agency of Canada, 2008; Streng, 2007; Youngblade et al., 2007).

En el Modelo de salud escolar integral, una parte muy importante del trabajo que desarrollan las enfermeras es el realizado en colaboración con educadores, familias, representantes de organismos de la comunidad, centros de cuidados agudos y profesionales de salud mental. Se puede obtener más información sobre este modelo en la página web del Joint Consortium for School Health (www.jcsh-cces.ca).

INTERACCIONES

Un estudiante de 10º curso (15-16 años) que participaba en un equipo de promoción de la salud a través de su centro educativo se puso al frente de un subcomité para estudiar opciones alimentarias más saludables para la cafetería del colegio, e invitó a otros tres adolescentes unirse a esta iniciativa. Además, en el subcomité también participaron una enfermera asignada al centro, un representante del personal de cafetería y un profesor, que apoyaron a los jóvenes con los planes que querían poner en marcha.

Por su parte, la administración del colegio les ofreció su ayuda para tratar este tema y les cedió un espacio para sus reuniones, de las que la enfermera redactaba el acta. Los jóvenes trabajaron con el compañero de cafetería del comité para ponerse de acuerdo sobre un alimento saludable que querían incluir en el menú durante algunos días. La labor de la enfermera fue de gran ayuda, ya que consiguió hacer partícipe a otra parte de interés (un dietista del centro de salud local). El profesor mantuvo el contacto con la administración para informar de sus progresos. La enfermera también participó en la puesta en marcha de una campaña de marketing en línea con los principios de promoción de la salud; para ello tuvo que ayudar a los jóvenes a identificar los momentos y los lugares ideales para promocionar la nueva idea, colaborar en el desarrollo de mensajes clave y trabajar tanto con ellos como con los administradores de la cafetería y del colegio para asegurarse de poder ofrecer alimentos saludables.

Los estudiantes decidieron promocionar un tipo de burritos como alimento saludable a lo largo de los días en que se desarrolló la campaña de comida sana, que tuvo muy buenos resultados. Se marcó un precio asequible para todos, y muchos alumnos, profesores y personas de la plantilla de administración los compraron. Tras la campaña, el subcomité volvió a reunirse para analizar los resultados. Los jóvenes estimaron que la campaña había ido muy bien y manifestaron haber adquirido y desarrollado competencias sociales y capacidad de liderazgo. El centro consideró que la toma de decisiones conjunta con los jóvenes había sido positiva y que constituía una estrategia excelente. El resultado final fue que la cafetería incorporó al menú estos tentempiés de forma permanente.

A instancia de la enfermera, se otorgó a los estudiantes que participaron en la iniciativa un determinado número de créditos equivalentes a horas de servicio comunitario, así como un diploma que constataba su labor de liderazgo. Los jóvenes se mostraron muy emocionados cuando se enteraron de que otro centro de la zona iba a llevar a cabo una iniciativa similar. Según sus propios comentarios: les gustó asumir la responsabilidad de llevar a cabo esta tarea; desde el principio tuvieron claras unas pautas para orientar sus decisiones; y se sintieron a gusto en el ambiente del comité.

Implicaciones

En este ejemplo práctico, la enfermera empleó los siguientes conocimientos y competencias para aplicar con efectividad el modelo escolar integral:

- promoción de la salud y educación en salud;
- orientación ("mentoring");
- desarrollo de relaciones;
- compresión de los valores juveniles y la influencia de los compañeros/iguales;
- comprensión del impacto del entorno escolar
- implicación juvenil, intervención de los adultos como aliados y defensa/promoción de los intereses de los adolescentes.

RECOMENDACIÓN 14

Las Guías de buenas prácticas en enfermería únicamente podrán implantarse con éxito si existen unos recursos, planificación y respaldo administrativo e institucional adecuados, así como los medios precisos. Es posible que las instituciones quieran desarrollar un plan de implantación que incluya:

- Evaluación de la preparación de la institución y los obstáculos para su implantación.
- Compromiso de todos los miembros (tanto con función de apoyo directa como indirecta) que vayan a contribuir en el proceso de implantación.
- Dedicación de un individuo cualificado para proporcionar el respaldo necesario a los procesos de formación e implantación.
- Oportunidades continuadas de debate y formación para reforzar la importancia de las buenas prácticas.
- Oportunidad de reflexionar acerca de la propia experiencia en la implantación de las Guías, desde un punto de vista personal e institucional. Para ello la RNAO, a través de un equipo de enfermeras, investigadores y administradores ha desarrollado la Herramienta de implantación de Guías de práctica clínica, basadas en la evidencia disponible, en planteamientos teóricos y en el consenso entre los expertos. Se recomienda emplear dicha Herramienta como apoyo para la implantación de la Guía revisada de Fomento de un desarrollo adolescente saludable.

Evidencia Tipo IV

Discusión de la Evidencia

Por ejemplo, se podría integrar la Guía en las políticas y los procedimientos ya existentes. De esta forma se allana el camino para lograr que se acepte y se integre de forma general en sistemas como el proceso de control de calidad. Se debe evaluar qué efecto tienen los esfuerzos que se dedican a implantar la presente guía de buenas prácticas en enfermería, para lo que es imprescindible monitorizar el impacto que se logra con su implantación.

Se sugiere describir en términos cuantificables cada recomendación adoptada; asimismo, es conveniente que todo el equipo de cuidados participe en los procesos de evaluación y control de calidad. En un apartado posterior, dedicado a la evaluación y el seguimiento de las Guías, se incluye una lista de indicadores de evaluación.

Las iniciativas nuevas, como la implantación de una guía de buenas prácticas en enfermería, exigen que las enfermeras ejerzan un liderazgo sólido para transformar las recomendaciones basadas en la evidencia en instrumentos útiles que ayuden a orientar la práctica. Para ello la RNAO, a través de un equipo de enfermeras, investigadores y administradores ha desarrollado la Herramienta de implantación de Guías de práctica clínica (2002), basada en la evidencia disponible, en planteamientos teóricos y en el consenso entre los expertos. Recomendamos el uso de esta herramienta para dirigir la implantación de la Guía de la RNAO sobre Fomento de un desarrollo saludable en los adolescentes. El Anexo M incluye una descripción de esta Herramienta.

Lagunas en la Investigación e Implicaciones Futuras

El equipo de revisión, al examinar la evidencia correspondiente a esta Guía, ha identificado varias lagunas en la literatura científica en relación al fomento del desarrollo saludable entre los adolescentes.

Los temas recogidos a continuación reflejan, aunque no de forma exhaustiva, un intento de identificar y priorizar las lagunas en la investigación de esta área. Algunas de las recomendaciones de esta guía se basan en evidencia obtenida a través de investigación cualitativa y cuantitativa, en tanto que otras se basan en el consenso entre especialistas, en informes de esta área o en la opinión de expertos. Sería necesario contar con más investigación de interés en estas áreas para validar la opinión de los expertos y alimentar el conocimiento en la materia para mejorar tanto la práctica como los resultados.

Se recomienda abrir o ampliar la investigación en áreas como:

- Evaluación de la efectividad de programas orientados a diversos factores de riesgo.
- Integración de múltiples factores de riesgo en un programa.
- Búsqueda de estrategias eficaces de implicación juvenil para adolescentes de todas las edades (no sólo entre 15 y 19 años): ¿hay diferencias entre franjas de edad?
- ¿Los programas diseñados para grupos concretos de adolescentes influyen en los determinantes de la salud?
- Relación entre adolescentes y profesionales sanitarios.
- El papel de las enfermeras y de otros profesionales en el acceso y la utilización que hacen los adolescentes de los servicios de atención sociosanitaria, y la calidad de los mismos.
- El papel de las comunidades y los barrios en la salud y el desarrollo de los adolescentes.
- El papel de los programas de salud escolar integral en la promoción del desarrollo de valores personales entre los adolescentes.
- Modelos de salud escolar integral que destacan el papel de la enfermera.
- Evidencia sobre los beneficios del papel enfermero en el ámbito escolar.
- Desarrollo de valores en los adolescentes mediante oportunidades de implicación juvenil.
- Políticas institucionales de salud que promuevan la implicación juvenil.
- Métodos eficaces de implicación juvenil sostenibilidad.
- Métodos eficaces de implicación parental para mejorar el desarrollo saludable entre los adolescentes.
- Implicaciones del desarrollo cerebral en la adolescencia para promover la salud y minimizar daños y lesiones.
- Uso de las tecnologías de la información y la comunicación entre los adolescentes y su influencia en el estado de salud de los jóvenes.

Evaluación y Seguimiento de la Guía

Se aconseja a las instituciones que están implantando las recomendaciones de esta Guía de buenas prácticas en enfermería que consideren cómo se va a hacer el seguimiento y la evaluación de la implantación y su impacto.

La siguiente tabla, basada en la Herramienta de la RNAO para la implantación de las Guías de práctica clínica (2002), ilustra algunos indicadores específicos empleados para evaluar y supervisar la Guía sobre Fomento de un desarrollo saludable en los adolescentes. La Herramienta ofrece un ejemplo de uso.

Objetivo: Evaluar qué apoyos son necesarios, qué procesos están relacionados y cuál es el impacto de las recomendaciones respecto al fomento del desarrollo saludable entre los adolescentes.

NIVEL DEL INDICADOR	ESTRUCTURA (Qué necesitas)	PROCESO (Cómo lo consigues)	RESULTADOS (Qué ocurre)
Sistema	El desarrollo y el comportamiento de los adolescentes se consideran dentro del contexto en que viven: familia, colegio, compañeros/iguales, cultura, barrio y comunidad.	Los profesionales de la salud disponen de oportunidades de formación sobre los principios que potencian el desarrollo adolescente saludable y la implicación juvenil. El entorno ayuda a los profesionales sanitarios a ofrecer a los jóvenes una atención sociosanitaria que trabaje en distintos niveles de influencia y se base en los principios de implicación juvenil y colaboración terapéutica con los jóvenes. Se emplea un modelo de implicación juvenil para desarrollar e implantar los programas específicos para la juventud.	Los profesionales sanitarios llegan a entender mejor los factores que afectan al desarrollo y el comportamiento de los adolescentes, p. ej. los determinantes de la salud. Al abordar la planificación y la atención que ofrecen, los profesionales sanitarios tienen en cuenta las diferencias culturales. Los programas específicos para la juventud fomentan los valores personales y las capacidades de los adolescentes. Adolescents' strengths, potentials and leadership skills are enhanced. Se mejoran el potencial, la capacidad de liderazgo y los puntos fuertes de los jóvenes. Los adolescentes se implican más en programas especialmente dirigidos a ellos.
	Los planes de estudios de formación enfermera deben integrar principios teóricos y prácticos sobre desarrollo adolescente y promoción de la salud.	Los contenidos de los planes de estudios incluyen temas como desarrollo adolescente, implicación juvenil, colaboración terapéutica con los jóvenes, principios de orientación preventiva, resiliencia, filosofía del empoderamiento y creación de entornos favorables para los adolescentes. Existe un diálogo continuado entre las Escuelas de enfermería y las organizaciones que ofrecen servicios específicos para jóvenes.	Las enfermeras consiguen adquirir las capacidades y los conocimientos necesarios sobre desarrollo, salud y bienestar en la adolescencia. Se mejora la colaboración entre las Escuelas de enfermería y las organizaciones que ofrecen servicios específicos para jóvenes.

NIVEL DEL INDICADOR	ESTRUCTURA (Qué necesitas)	PROCESO (Cómo lo consigues)	RESULTADOS (Qué ocurre)
Institución	Los planteamientos colaborativos integrales reciben apoyo institucional para estrategias y programas de trabajo con adolescentes. Las instituciones ofrecen programas de desarrollo profesional basados en la evidencia.	Las enfermeras, otros profesionales de distintas disciplinas y los jóvenes participan en la creación de políticas sobre desarrollo adolescente positivo. Las enfermeras promueven y participan en planteamientos de salud escolar integral, y trabajan en colaboración con educadores, familias, organismos asociados, entornos de agudos, profesionales de la salud mental, etc. Los jóvenes disponen de oportunidades para participar en iniciativas institucionales orientadas a la promoción de la salud y el bienestar entre los adolescentes.	Las políticas tienen una influencia positiva en el desarrollo, la salud y el bienestar de los jóvenes. Aumenta el número de centros educativos y comunidades escolares que toman parte en actividades de promoción de la salud específicas para la juventud. Se constata que los jóvenes tienen oportunidades de participar y contribuir activamente en decisiones institucionales, p. ej. comités juveniles, orientación ("mentoring") entre iguales.
	Las recomendaciones de la guía de buenas prácticas pasan por la supervisión de las estructuras institucionales (como comités y programas) responsables de los servicios y programas de juventud.	Los procedimientos y las directrices van en consonancia con las recomendaciones para mejorar el desarrollo adolescente saludable y los valores de los servicios orientados a los jóvenes.	Existe evidencia indicativa de que los principios del desarrollo adolescente saludable y los servicios orientados a los jóvenes se integran y adoptan en los procesos programáticos.
	Compromiso con la continuidad de los programas de juventud.	Misión institucional que respalda entornos orientados a los jóvenes. Se facilita un espacio de trabajo con herramientas adecuadas para que los jóvenes se reúnan y trabajen. Planificación y dotación de recursos para la evaluación e implantación de las recomendaciones.	La institución se compromete formalmente con la implicación juvenil. Se crea un entorno de trabajo juvenil equivalente al espacio adulto. Se identifican los éxitos logrados y los obstáculos a la implantación.
	Las instituciones ofrecen apoyo institucional para fomentar una participación juvenil significativa en el desarrollo, la implantación y la evaluación de programas.	Las instituciones preparan y ofrecen actividades de orientación, desarrollo profesional y programas de orientación ("mentoring") que integran estrategias de desarrollo adolescente positivo basadas en la evidencia.	Sesiones formativas centradas en el desarrollo adolescente. Acceso a orientadores o mentores para el desarrollo de programas y planteamientos específicamente orientados a los jóvenes.

NIVEL DEL INDICADOR	ESTRUCTURA (Qué necesitas)	PROCESO (Cómo lo consigues)	RESULTADOS (Qué ocurre)
Enfermeras	Se dispone de personal enfermero y no enfermero que cuenta con conocimientos teóricos y prácticos sobre desarrollo adolescente positivo. Se establecen diversas colaboraciones con jóvenes y demás partes (interprofesionales y multisectoriales) para planificar y ofrecer servicios sanitarios a los jóvenes y tratar los problemas que les conciernen.	Las enfermeras y el personal no enfermero identifican sus necesidades de formación, señalan áreas de crecimiento o indican cuál es la proporción deseable de enfermeras que cuenten con conocimientos y capacidades específicos para trabajar con jóvenes. Las enfermeras defienden y promueven el uso de esta guía de buenas prácticas en su labor enfermera cotidiana. Se ofrecen recursos formativos sobre planteamientos de desarrollo adolescente positivo. Las enfermeras y el personal no enfermero evalúan sus propios conocimientos sobre la importancia de: ■ Los servicios y la práctica profesional orientados a los jóvenes. ■ El uso de la teoría para orientar la implicación juvenil en la práctica. ■ La evaluación del desarrollo de valores adolescentes saludables. ■ La documentación del desarrollo de valores adolescentes saludables. ■ El desarrollo de un enfoque mediador en el trabajo colaborativo con adolescentes. ■ La comprensión de cuáles son los retos, los obstáculos y los elementos de mediación que influyen en la correcta implantación de la presente Guía.	Se ejecutan programas educativos sobre estrategias y planteamientos de mejora para el desarrollo saludable en los adolescentes. Variación en el porcentaje de enfermeras y personal no enfermero que refiere participar activamente en el proceso de implantación. Variación en el porcentaje de enfermeras y personal no enfermero que, desde su experiencia, refiere: ■ El grado de implicación adolescente en el desarrollo, la implantación y la evaluación de programas. ■ Una correcta evaluación de la voluntad de participación activa que manifiestan los adolescentes. Las enfermeras aplican la teoría y la evidencia a su labor práctica de colaboración con los jóvenes.
Adolescentes	Los adolescentes tienen voz en los programas y las actividades relativos a su salud y bienestar. Se aportan ideas para mejorar las instalaciones institucionales para estar mejor orientadas a los jóvenes. Se demuestra compromiso con la participación en iniciativas de forma sostenida.	Los adolescentes disfrutan de las herramientas y los recursos necesarios para convertirse en participantes de pleno derecho. La percepción que tienen los propios adolescentes de los servicios de juventud y de los factores que influyen en su salud y bienestar. Los adolescentes participan activamente en la toma de decisiones y participan en la evaluación de iniciativas.	Se mejora la satisfacción y la implicación de los jóvenes. Los adolescentes refieren sentirse plenamente incluidos como participantes en el programa. Los adolescentes perciben que se les escucha. Los jóvenes refieren contar con mayores valores personales, conocimientos y competencias en áreas que tienen de interés para una iniciativa o un servicio.

NIVEL DEL INDICADOR	ESTRUCTURA (Qué necesitas)	PROCESO (Cómo lo consigues)	RESULTADOS (Qué ocurre)
Costes Financieros	Dotación de recursos financieros adecuados para una suficiente dotación de personal con que ofrecer un modelo de servicios en el que se trabaja con los adolescentes como compañeros. Provisión de unos adecuados horarios, recursos, formación, capacitación y desarrollo de competencias. Uso de incentivos y reconocimiento a los logros de los jóvenes.	Desarrollo de un proceso de evaluación para la asignación de recursos. Creación de un proceso para incluir a otras partes interesadas en la asignación de recursos. Gastos dedicados a formación y a otras intervenciones, y apoyo en el trabajo para enfermeras y jóvenes. Previsión de instalaciones u oficinas para espacios de trabajo para el personal y los jóvenes voluntarios. Asignación específica de presupuesto para iniciativas de implicación juvenil y modificación de instalaciones para que estén mejor orientadas a los jóvenes.	Inversión de recursos óptima para fomentar el desarrollo adolescente positivo y la implicación juvenil. Según los propios jóvenes, los medios a su alcance y los espacios de trabajo y de provisión de servicios son adecuados. Los jóvenes perciben que se valoran y se tienen en cuenta sus contribuciones.

Estrategias de Implantación

La RNAO y el equipo de revisión de la Guía han recopilado una lista de estrategias de implantación que pueden servir de ayuda a las instituciones sanitarias y a los profesionales de la salud que deseen implantar esta Guía de buenas prácticas. A continuación se ofrece un resumen de dichas estrategias:

- Tener al menos una persona dedicada a esta labor, como una enfermera de práctica avanzada o una enfermera clínica, que proporcione apoyo, experiencia clínica y liderazgo. Esta persona debe contar con buenas dotes de mediación y de interlocución y con aptitudes para la gestión de proyectos.
- Realizar una evaluación de las necesidades institucionales relativas al desarrollo saludable adolescente para identificar la base de conocimiento actual y las necesidades de formación que puedan existir.
- La evaluación inicial de necesidades puede consistir en un método de análisis, encuestas y cuestionarios, estrategias de grupo (por ejemplo, grupos de debate) o análisis de incidentes críticos.
- Crear un comité de dirección compuesto por partes interesadas clave de diversas disciplinas, comprometido a liderar la iniciativa de cambio. Fijar objetivos a corto y a largo plazo. Elaborar un plan de trabajo para controlar las actividades, las responsabilidades y los plazos.
- Conformar una visión de conjunto para ayudar a orientar los esfuerzos por el cambio y a desarrollar estrategias para alcanzar y mantener los resultados deseados.
- El diseño del programa debe especificar:
  - la población objetivo;
  - metas y objetivos;
  - medidas de resultado;
  - recursos necesarios (recursos humanos, instalaciones, equipos); y
  - actividades de evaluación.
- Diseñar sesiones formativas y apoyo continuado para la implantación de las estrategias que se deseen. Las sesiones formativas pueden consistir en presentaciones, guías para mediadores, folletos y estudios de casos, y se pueden distribuir tarjetas, carteles y carpetas como material de apoyo sobre dicha formación. (Davies & Edwards, 2004).

- Es conveniente planificar formaciones interactivas en las que se aborde la resolución de problemas, se traten temas de interés inmediato y se disponga de la oportunidad de practicar las destrezas adquiridas (Davies & Edwards, 2004).
- Ofrecer apoyo institucional, como el que ofrecen las estructuras de ayuda a la implantación. Por ejemplo, se puede contratar personal de sustitución para cubrir las tareas de los participantes para que estos no se distraigan con preocupaciones laborales; otra opción es contar con una filosofía institucional que refleje el valor de las buenas prácticas a través de directrices y procedimientos. Desarrollar nuevas herramientas de valoración y documentación (Davies & Edwards, 2004).
- Designar y dar apoyo a profesionales dedicados a promover las buenas prácticas en cada unidad para fomentar la implantación de las estrategias deseadas. Celebrar los logros y las metas alcanzadas y reconocer el trabajo bien hecho (Davies & Edwards, 2004).
- Las instituciones que implanten esta Guía deberán adoptar una serie de estrategias de refuerzo, autoaprendizaje, formación en grupo y sesiones de orientación ("mentoring") que, con el tiempo, reforzarán los conocimientos y la confianza de las enfermeras para aplicar esta Guía.

Además de todas estas estrategias, la RNAO ha desarrollado distintos recursos que están disponibles en su sitio web. Si se utiliza adecuadamente, la Herramienta para la implantación de las Guías puede resultar de gran utilidad. El Anexo M recoge una breve descripción de la Herramienta. Además, el sitio web de la RNAO también ofrece una versión completa del documento en PDF (www.rnao.org/bestpractices).

Proceso de Actualización y Revisión de la Guía

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario propone actualizar las Guías de la siguiente manera:

1. Cada Guía de buenas prácticas en será evaluada por un equipo de especialistas en el tema (el equipo de revisión) cada tres/cinco años, a partir de la fecha de la última serie de revisiones.

2. Durante el período entre el desarrollo y la revisión, el personal del proyecto de la RNAO buscará periódicamente nuevas revisiones sistemáticas y estudios en la materia.

3. El personal del proyecto, basándose en los resultados del seguimiento, puede recomendar que la revisión se adelante. Es preciso consultar a un equipo compuesto por miembros del equipo de desarrollo y otros especialistas en la materia, así se facilita la decisión sobre la necesidad de adelantar la revisión.

4. Seis meses antes de que se vaya a llevar a cabo la revisión de los tres/cinco años, el personal del proyecto empezará a planificar el proceso de revisión de la siguiente manera:
   a) Se invita a especialistas en la materia a que participen en el equipo de revisión. El equipo de revisión se compondrá de miembros del equipo de desarrollo y de otros especialistas recomendados.
   b) Se recopilan las opiniones recibidas, las dudas planteadas durante la fase de divulgación, así como otros comentarios y experiencias de los centros donde se ha implantado.
   c) Se recompilan nuevas guías de práctica clínica en la materia, así como revisiones sistemáticas, artículos de metanálisis, investigaciones de ensayos controlados aleatorizados y demás literatura de interés.
   d) Se elabora un plan de trabajo detallado con los plazos y los resultados esperados.

5. La publicación y distribución de la Guía revisada se guiará por las estructuras y procedimientos establecidos.

Referencias

AGREE Collaboration. (2001). *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation* (AGREE) Instrument. Consultado el 31 de octubre de 2010 en www.agreetrust.org/.

Abernathy, T., Webster, G., & Vermeulen, M. (2002). Relationship between poverty and health among adolescents. *Adolescence*, 145(37), 55–67.

Adlaf, E., Paglia-Boak, A., Beitchman, J., & Wolfe, D. (2007). *The mental health and well-being of Ontario, 1991–2007: Detailed OSDUS findings*. Toronto, ON: Centre for Addiction and Mental Health. Consultado el 1 de noviembre de 2010 en www.camh.net/Research/Areas_of_research/Population_Life_Course_Studies/OSDUS/OSDUHS2007_MentalHealth_Detailed_Final.pdf

Alamian, A., & Paradis, G. (2009). Clustering of chronic disease behavioural risk factors in Canadian children and adolescents. *Preventive Medicine*, 48, 493–499.

American Psychological Association (2002). *Developing adolescents: A reference for professionals*. Washington, DC: American Psychological Association. Consultado el 1 de noviembre de 2010 en www.apa.org/pi/cyf/develop.pdf.

Arnett, J. (2006). *International encyclopedia of adolescence*. New York, NY: Taylor & Francis Group.

Arsenault, L., Canon, M., Witton, J., & Murray, R. M. (2004). Causal association between cannabis and psychosis: Examination of the evidence. *British Journal of Psychiatry*, 184, 110–117.

Ausems, M., Mesters, I., Van, B., & De, V. (2004). Effects of in-school and tailored out-of-school smoking prevention among Dutch vocational school students. *Health Education Research*, 19, 51–63.

Ayres, C. G. (2008). Mediators of the relationship between social support and positive health practices in middle adolescents. *Journal of Pediatric Healthcare*, 22, 94–102.

Baker, C., Ogden, S., Prapaipanich, W., Keith, C.K., Beattie, L.C., & Nickleson, L. E. (1999). Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger life cycle. *Journal of Nursing Administration*, 29, 11–20.

Barkus, E., & Murray, R. (2010). Substance use in adolescence and psychosis: Clarifying the relationship. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 365–389.

Barr, C., & Sandor, P. (2010). Adolescent brain development and behavior. *Pediatric Health*, 4, 13–16.

BC Yukon Society of Transition Houses. (2007). *Statistics and research regarding children and youths exposure to domestic violence*. Consultado el 1 de noviembre de 2010 en www.bcysth.ca/pdf/resources/vip/vip_Statistics_sheet_re_CWWA_July_2007-1.pdf.

Beaujot, R., & Ravanera, Z. (2008). Family change and implications for family solidarity and social cohesion. *Canadian Studies in Population, 35*, 73–101.

Bergman M., & Scott, J. (2001). Young adolescents' well-being and health-risk behaviors: gender and socio-economic differences. *Journal of Adolescence. 24*,183–197.

Best practices: Evidence-based nursing procedures. (2nd ed.). (2007). New York: NY: Lippincott, Williams & Wilkins.

Blakemore, S., & Choudhury, S. (2006). Development of the adolescent brain: Implications for executive function and social cognition. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*, 296–312.

Blum, R. (2002). Improving transition for adolescents with special health care needs from pediatric to adult-centred health care. *Pediatrics, 111*, 1301–1303.

Boyce, W. (2004). *Young people in Canada: Their health and well-being*. Ottawa, ON: Health Canada. Consultado el 1 de noviembre de 2010 en: www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/publications/hbsc-2004/pdf/hbsc_report_2004_e.pdf.

Bradley, B., Deighton, J., & Selby, J. (2004). The 'Voices' Project: Capacity-building in community development for youth at risk. *Journal of Health Psychology, 9*, 197–212.

Brown, S. L. (2006). Family structure transitions and adolescent well-being. *Demography, 43*, 447– 461.

Bynoe, J. A. (2006). *Confronting the glass ceiling of youth engagement.* Washington, DC: Academy of Educational Development. Consultado el 2 de noviembre de 2010: www.aed.org/Publications/upload/Glass-Ceiling-of-Youth-Engagement.pdf.

Campbell, J. (2000). *Chasing the wave: Overview of the impact of demographic, economic and social trends on the future of youth in Atlantic Canada*. Ottawa, ON: Public Health Agency of Canada. Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www.phac-aspc.gc.ca/canada/regions/atlantic/Publications/Chasing_the_wave/1-eng.php.

Canadian Children's Rights Council. (2010). *United Nations convention on the rights of the children.* Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www.canadiancrc.com/UN_CRC/UN_Convention_on_the_Rights_of_the_Child.aspx.

Canadian Collaborative Mental Health Initiative. (2005). *Our lexicon*. Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www.ccmhi.ca/en/resources/lexicon.html.

Canadian Council on Social Development. (2006). *The progress of Canada's children and youth*. Ottawa, ON: Canadian Council on Social Development.

Canadian Health Services Research Foundation. (2006). *Conceptualizing and combining evidence.* Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www.chsrf.ca/other_documents/evidence_e.php#definition.

Canadian Institute for Health Information. (2005). Canadian *Population Health Initiative: Improving the health of young Canadians.* Ottawa, ON: Canadian Institute for Health Information. Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/IHYC05_webRepENG.pdf.

Canadian Institute for Health Information. (2009). *Improving the health of Canadians: Exploring positive mental health.* Ottawa, ON: Canadian Institute for Health Information.

Canadian Institute of Child Health (n.d.). *The Health of Canada's Children: A CICH Profile*. Children and Youth with disabilities. Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www.cich.ca/PDFFiles/ProfileFactSheets/English/DisabilitiesEng.pdf.

Canadian Nurses Association. (2005). *Social determinants of health and nursing: A summary of the issues.* Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www.cna-nurses.ca/CNA/documents/pdf/publications/BG8_Social_Determinants_e.pdf.

Canadian Nurses Association. (2004). *A guide to preceptorship and mentoring.* Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www.cna-nurses.ca/CNA/documents/pdf/publications/Achieving_Excellence_2004_e.pdf.

Canadian Paediatric Society, Adolescent Health Committee. (2003). Age limits and adolescents. *Paediatrics & Child Health, 8*, 577.

Canadian Paediatric Society. (2006). Care of adolescents with chronic conditions. *Paediatrics & Child Health, 11*, 43–48.

Canadian Paediatric Society. (2007). Transition to adult care for youth with special health care needs. *Paediatrics & Child Health, 12*, 785–788.

Catalano, R., Berglund, L., Ryan, J., Lonczak, H., & Hawkins, D. (2004). Positive youth development in the United States: Research findings on evaluation of PYD programs. In C. Peterson (Ed.), *Positive development: Realizing the potential of youth* (pp. 212–216). Philadelphia, PA: American Academy of Political and Social Science.

Centre of Excellence for Youth Engagement. (2003). *Youth engagement and health outcomes: Is there a link?* Ottawa, ON: Public Health Agency of Canada.

Centre of Excellence for Youth Engagement. (2007). *Youth engagement: A conceptual model.* Ottawa, ON: Public Health Agency of Canada.

Centre for Addiction and Mental Health. (2009). *Best practice guidelines for mental health promotion programs: Children & youth.* Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www.camh.net/About_CAMH/Health_Promotion/Community_Health_Promotion/Best_Practice_MHYouth/authorship_acknowledge.html.

Chana, T. K. (2007). *Youth activism and participation: A literature review on best practices in engaging youth.* Edmonton, AB: The Society for Safe & Caring Schools & Communities. Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www.sacsc.ca/PDF%20files/Research%20and%20Evaluation/Youth%20Action_Literature_Review_2007.pdf.

Checkoway, B., & Richards-Schuster, K. (2004). *Facilitator's guide for participatory evaluation with young people.* Ann Arbor, MI: University of Michigan, School of Social Work. Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www.ssw.umich.edu/public/currentProjects/youthAndCommunity/pubs/guidebook.pdf.

Choi, B., & Pak, A. (2006). Multidisciplinary, interdisciplinary, and transdisciplinary in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clinical and Investigative Medicine*, *29*, 351–364

Citizenship and Immigration Canada. (2008). *Immigration Overview: Permanent and Temporary Residents.* Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www.cic.gc.ca/english/pdf/research-stats/facts2008.pdf.

Cohall, A., Nshom, M., & Nye, A. (2007). One chip at a time: using technology to enhance youth development. *Adolescent Medicine, 18*, 415–424.

College of Nurses of Ontario. (2005). *Evidence-based practice.* Toronto, ON: College of Nurses of Ontario. Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www.cno.org/prac/yau/2005/09_evidence.htm.

Commonwealth Department of Health and Aged Care. (2000). *Promotion, prevention and early intervention for mental health: A monograph.* Canberra, Australia: Author.

Community Health Nurses Association of Canada. (2008). *Canadian community health nursing standards of practice.* Toronto, ON: Community Health Nurses Association of Canada.

Craig, W., & McCuaig-Edge. H. (2008), Bullying and fighting. In W. Boyce, M. A. King, & J. Roch (Eds.), *Healthy settings for young people in Canada* (pp. 91–103). Ottawa, ON: Public Health Agency of Canada.

Crooks, C. V., Chiodo, D., & Thomas, D. (2009). *Engaging and empowering Aboriginal youth: A toolkit for service providers.* Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: youthrelationships.org/documents/Engaging%20and%20Empowering%20Aboriginal%20Youth%20-%20Toolkit%20for%20Service%20Providers.pdf.

Davies, B., & Edwards, N. (2004). RNs measure effectiveness of best practice guidelines. *Registered Nurse Journal, 16*, 21–23.

Dobbins, M. (2008, June). *Evidence-informed decision-making.* Paper presented at the Evidence-Informed Health Care Practice Workshop, McMaster University, Hamilton, ON.

Dotterweich, J. (2006) *Positive youth development resource manual.* Ithaca, NY: Cornell University. Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: http://www.actforyouth.net/?ydmanual.

Dragt, S., Nieman, D., Becker, H., Van de Fliert, R., Dingemans, P., de Haan, L., et al. (2010). Age of onset of cannabis use is associated with age of onset of high-risk symptoms for psychosis. *Canadian Journal of Psychiatry, 55*, 165–171.

Dubois, D, & Silverthorn, N. (2005). Natural mentoring relationships and adolescent health: Evidence from a national study. *American Journal of Public Health, 95*, 518–524.

Duncan, P., Garcia, A., Frankowski, B., Carey, P., Kallock, E., Dixon, R., et al. (2007). Inspiring healthy adolescent choices: A rationale for and guide to strength promotion in primary care. *Journal of Adolescent Health, 41,* 525–535.

Eccles, J., & Gooteman, J. (2002). *Community programs to promote youth development.* Washington, DC: National Research Council and Institute of Medicine.

Field, M. J., & Lohr, K. N. (Eds.). (1990). *Clinical practice guidelines: directions for a new program*. Washington, DC: National Academy Press, 1990.

Fiissel, D., Schwartz, R., Schnoll, J., & Garcia, J. (2008). *Formative evaluation of the youth action alliance program*. Toronto, ON: Ontario Research Unit.

Flicker, S., Maley, O., Ridgley, A., Biscope, S., Lombardo, C., & Skinner, H. (2008). e-PAR: Using technology and participatory action research to engage youth in health promotion. *Action Research, 6*, 285–303.

Frankowski, B. L., for the American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. (2004). Sexual orientation and adolescents. *Paediatrics, 113,* 1827–1832.

Funders' Collaborative on Youth Organizing. (2010). *Frequently asked questions about youth organizing*. Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www.fcyo.org/media/docs/0643_YOFAQ.pdf.

Funders' Collaborative on Youth Organizing. (2003). *An emerging model for working with youth: Community organizing + youth development = youth organizing.* Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www.fcyo.org/media/docs/8141_Papers_no1_v4.qxd.pdf.

Gambone, M., & Connell, J. (2004). The community action framework for youth development. *The Prevention Researcher, 11*, 17–20.

Gambone, M. A., Yu, H. C., Lewis-Charp, H., Sipe, C. L., & Lacoe, J. (2006). Youth organizing, identity-support, and youth development agencies as avenues for involvement. *Journal of Community Practice, 14*, 235–253.

Giedd. J. N. (2004). Structural magnetic resonance imaging of the adolescent brain. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1021*, 77–85.

Giedd, J. N. (2008). The teen brain: Insights from neuroimaging. *Journal of Adolescent Health, 42*, 335–343.

Gogtay, N., & Thompson, P. (2010). Mapping gray matter development: Implications for typical development and vulnerability to psychopathology. *Brain and Cognition, 72,* 6–15.

Government of Alberta, Children and Youth Services (2007). *Alberta children and youth initiative.* Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www.child.alberta.ca/home/501.cfm.

Government of British Columbia, Ministry for Children and Families. (2000). Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www.mcf.gov.bc.ca/youth/pdf/policy_framework.pdf.

Government of Canada. (2006). *The human face of mental health and mental illness in Canada.* Ottawa, ON: Government of Canada. Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/pdf/human_face_e.pdf.

Government of Canada. (2010). *Current realities and emerging issues facing youth in Canada: An analytical framework for public policy research, development and evaluation. The Policy Research Initiative.* Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: http://policyresearch.gc.ca/2010-0017-eng.pdf.

Government of Ontario, Ministry of Infrastructure. (2010). *Places to grow youth engagement project.* Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www.placestogrow.ca/index.php?option=com_content&task=view&id=48&Itemid=66&lang=eng.

Guerri C., & Pascual, M. (2010). Mechanisms involved in the neurotoxic, cognitive, and neurobehavioral effects of alcohol consumption during adolescence. *Alcohol, 44*, 15–26.

Graham, I., Harrison, M., Brouwers, M., Davies, B., & Dunn, S. (2002). Facilitating the use of evidence in practice: Evaluating and adapting clinical practice guidelines for local use by health care organizations. *Journal of Gynaecology, Obstetric and Neonatal Nursing, 31,* 599–611.

Grant, C., Elliot, A., Di Meglio, G., Lane, M., & Norris, M. (2008). What teenagers want: Tips on working with today's youth. *Paediatric Child Health, 13*, 15–18.

Green, M., Palfrey, J. S. (Eds.). (2002). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents* (2nd ed.). Arlington, VA: National Center for Education in Maternal and Child Health.

Grossman, J., & Bulle, M. (2006). Review of what youth programs do to increase connectedness of youth with adults. *Journal of Adolescent Health, 39*, 788–799.

Health Canada. (2000). *Risk, vulnerability, resilience: health system implications.* Ottawa, On: Supply and Services Canada.

Health Canada. (2007) *Reaching for the top: A report by the advisor on healthy children and youth.* Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt_formats/hpb-dgps/pdf/child-enfant/2007-advisor-conseillere/advisor-conseillere-eng.pdf.

Health Canada. (2009). *Canadian Tobacco Use Monitoring Survey: Smoking Prevalence 1999–2009.* Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/_ctums-esutc_prevalence/prevalence-eng.php.

Health Canada. (2010). *Young people in Canada: Their health and well-being.* Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/publications/hbsc-2004/pdf/hbsc_report_2004_e.pdf.

Health Council of Canada. (2006). *Their future is now: Healthy choices for Canada's children and youth.* Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www.healthcouncilcanada.ca.

Henquet, C., Krabbendam, L., Spauwen, J., Kaplan, C., Lieb, R., Wittchen, H., et al. (2005). Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and psychotic symptoms in young people. *British Medical Journal, 330,* 11.

Herrera, C., Grossman, J., Kauh, T., Feldman, A., & McMaken, J. (2007). *Making a difference in schools: The Big Brothers Big Sisters school-based mentoring impact study.* Philadelphia, PA: Public/Private Ventures.

Hoffman, N., Freeman, K., & Swann, S. (2009). Healthcare preferences of lesbian, gay, bisexual, transgender and questioning youth. *Journal of Adolescent Health, 45,* 222–229.

Holden, D., Evans, W., Hinnant, L., & Messeri, P. (2005). Modeling psychological empowerment among youth involved in local tobacco control efforts. *Health Education & Behavior, 32,* 264–278.

Holt, L. (2009). *How to use qualitative research evidence when making decisions about interventions prevention and population health.* Melbourne, Australia: Victoria Government Department of Health. Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www.health.vic.gov.au/healthpromotion/downloads/qualitative_research_evidence.pdf.

Information & Knowledge for Optimal Health Project. (2007). *What is a best practice?* Baltimore: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs. Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www.infoforhealth.org/practices.shtml.

Irby, M., Ferber, T., Pittman, K., Tolman, J. & Yohalem, N. (2001). *Youth action: Youth contributing to communities, communities supporting youth.* Washington, DC: The Forum for Youth Investment, Impact Strategies, Inc.

International Union For Health Promotion and Education. (2009). *Achieving health promoting schools: Guidelines for promoting health in schools.* Saint Denis, France: International Union For Health Promotion and Education. Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www.iuhpe.org/uploaded/Publications/Books_Reports/HPS_GuidelinesII_2009_English.pdf.

Jennings, L., Parra-Medina, D., Messias, D., & McLoughlin, K. (2006). Toward a critical social theory of youth empowerment. *Journal of Community Practice, 14*, 31–55.

Johnson, S., Blum, R., & Gieldd, J. (2009). Adolescent maturity and the brain: The promise and pitfalls of neuroscience research in adolescent health policy. *Journal of Adolescent Health, 45,* 216–22.

Joint Consortium for School Health. (2008). *What is comprehensive school health?* Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www.jcsh-cces.ca/index.php?option=com_content&view=article&id=40&Itemid=62.

Kennedy, A., Sloman, J., Douglass, A., & Sawyer, S. (2007). Young people with chronic illness: The approach to transition. *Internal Medicine Journal, 37,* 555–560.

Khanlou, N., Besier, M., Cole, E., Freire, M., Hyman, I., & Kilbride, K. (2002). *Mental health promotion among newcomer female youth: Post-migration experiences and self-esteem.* Ottawa, ON: Status of Women Canada. Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/SW21-93-2002E.pdf.

Khanna, N., & McCart, S. (2007). *Adult allies in action.* Toronto, ON: Centre of Excellence for Children's Well-Being. Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www.engagementcentre.ca/files/alliesFINAL_e_web.pdf.

Klinger, D., & McLagan, S. (2008). Examining the contexts for young people's health. In W. Boyce, M. A. King, & J. Roche (Eds.), *Healthy settings for young people in Canada* (p. 16). Ottawa, ON: Public Health Agency of Canada.

Lenhart, A., Purcell, K., Smith, A. & Zickuhr, K. (2010). *Social media and young adults.* Washington, DC: Pew Internet & American Life Project. Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www.pewinternet.org/Reports/2010/Social-Media-and-Young-Adults.aspx.

Lerner, R. (2005). *Promoting positive youth development: theoretical and empirical bases.* Massachusetts, MA: Turf University Institute for Applied Research in Youth Development.

Lerner, R. & Galambos, N. (1998). Adolescent development: Challenges and opportunities for research, programs, and policies. *Annual Review of Psychology, 49*, 413-446.

Lesko, W. S., & Tsourounis, E, II. (1998). *Youth! The 26% solution.* Kensington, MD: Activism 2000 Project. Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www.youthactivism.com/26PercentSolution/Youth26Solution2008-Web.pdf.

Lind, C. (2007). The power of adolescent voices: Co-researchers in mental health promotion. *Educational Action Research, 15*, 371–383.

Looker, D., & Thiessen, V. (2008). Cultural centrality and information and communication technology among Canadian youth. *Canadian Journal of Sociology, 33,* 311–336.

McDonagh, J. (2005). Growing up and moving on: Transition from pediatric to adult care. *Pediatric Transplantation, 9,* 364–372.

McGregor, M. (2006). *Engaging emerging leaders.* Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www.youthleadership.com/emerging.html.

Media Awareness Network. (2005). *Young Canadians in a wired world: Phase II.* Retrieved November 2, 2010, from www.media-awareness.ca/english/research/YCWW/phaseII/upload/YCWWII_trends_recomm.pdf.

Merriam-Webster Dictionary. (2004). Springfield, MA: Merriam-Webster.

Minister of Public Works and Government Services Canada (2000). *The opportunity of adolescence: The health sector contribution.* Ottawa, ON: The Health Sector Committee on Population Health.

Montgomery, M., Kurtines, W. M., Ferrer-Wreder, L., Berman, S. L., Lorente, C. C., Briones, E., et al. (2008). A developmental intervention science outreach research approach to promoting youth development: Theoretical, methodological, and meta-theoretical challenges. *Journal of Adolescent Research, 23*), 268–290.

National Adolescent Health Information Center. (2004). *Issue brief: Best practices.* San Francisco, CA: National Adolescent Health Information Center. Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: http://nahic.ucsf.edu.

Naudeau, S., Cunningham, W., Lundberg, M. K., McGinnis, L., & World, B. (2008). Programs and policies that promote positive youth development and prevent risky behaviors: an international perspective. *New Directions for Child & Adolescent Development, 122,* 75–87.

Nemr, R. (2009). Police-reported family violence against children and youth. In *Family violence in Canada: A statistical profile* (pp. 32–41). Ottawa, ON: Statistics Canada. Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www.statcan.gc.ca/pub/85-224-x/85-224-x2009000-eng.pdf.

Norris, M. (2007). HEADSS up: Adolescents and the internet. *Paediatrics & Child Health, 12*, 211–216.

Oliver, S., Kavanagh, J., Caird, J., Lorenc, T., Oliver, K., Harden, A., et al. (2008). *Health promotion, inequalities and young people's health: A systematic review of research.* London, UK: University of London, Social Science Research Unit, Institute of Education, Evidence for Policy and Practice Information and Coordinating Centre. Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: http://eppi.ioe.ac.uk/cms/LinkClick.aspx?fileticket=lsYdLJP8gBI%3d&tabid=2412&mid=4471&language=en-US.

Ottawa charter for health promotion. (1986). *The First International Conference on Health Promotion*. Ottawa, ON: Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf.

Paglia-Boak, A., Mann, R. E., Adlaf, E. M., & Rehm, J. (2009).*Drug use among Ontario students, 1977–2009: OSDUHS highlights.* (Research document series No. 28). Toronto, ON: Centre for Addiction and Mental Health.

Pancer, S. M., Rose-Krasnor, L., & Loiselle, L. (2002). Youth conferences as a context for engagement. In B. Kirshner, J.L. O'Donoghue, & M. McLaughlin (Eds.), *Youth participation: Improving institutions and communities. New directions for youth development, No. 96.* Jossey Bass: San Francisco, CA.

Paone, M. (2000). *Setting the Trac: A Resource for Health Care Providers.* Vancouver, BC: Children's & Women's Health Centre of British Columbia.

Paterson, B., & Panessa, C. (2008). Engagement as an ethical imperative in harm reduction involving at-risk youth. *International Journal of Drug Policy, 19*, 24–32.

Paus, T. (2010). Growth of white matter in the adolescent brain: Myelin or axon? *Brain and Cognition, 72,* 26–35.

Pearlman, D. N., Camberg, L., Wallace, L. J., Symons, P., & Finison, L. (2002). Tapping youth as agents for change: evaluation of a peer leadership HIV/AIDS intervention. *Journal of Adolescent Health, 31*, 31–39.

Pereira, N, (2007). *Ready ... set ... engage! Building effective youth/adult partnerships from a stronger child and youth mental health system*. Toronto, ON: Children's Mental Health Ontario; and Ottawa, ON: The Provincial Centre of Excellence for Child and Youth Mental Health at CHEO. Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www.onthepoint.ca/youth/documents/Ready_Set_Engage.pdf.

Pittman, K., Irby, M., & Ferber, T. (2000). *Unfinished business: Further reflections on a decade of promoting youth development.* Baltimore, MD: International Youth Foundation. Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www.ppv.org/ppv/publications/assets/74_sup/ydv_1.pdf.

Pittman, K., Irby, M., Tolman, J., Yohalem, N., & Ferber, T. (2003). *Preventing problems, promoting development, encouraging engagement: Competing priorities or inseparable goals?* Washington, DC: The Forum for Youth Investment, Impact Strategies. Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www.forumforyouthinvestment.org/files/Preventing%20Problems,%20Promoting%20Development,%20Encouraging%20Engagement.pdf.

Pollara. (2009). *Youth engagement in Ontario: Report of findings.* Toronto, ON: The Ontario Lung Association.

Public Health Agency of Canada. (2008). *Healthy settings for young people in Canada.* Ottawa, Ontario: Health Canada.

Public Health Agency of Canada. (2009a). *Reported cases and rates of chlamydia by age group and sex, 1991 to 2008.* Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its_tab/chlamydia1991-08-eng.php.

Public Health Agency of Canada. (2009b). *Reported cases and rates of gonorrhea by age group and sex, 1980 to 2008.* Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its_tab/gonorrhea1980-08-eng.php.

Public Health Agency of Canada. (2010). *Chronic disease infobase: 5 or more drinks on one occasion.* Public Health Agency of Canada, Centre for Chronic Disease Prevention and Control, Surveillance Division. Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: http://204.187.39.30/surveillance/Trends.aspx.

Raine, K. (2004) *Overweight and obesity in Canada: A population health perspective.* Ottawa, ON: Canadian Institute for Health Information.

Reading, C. & Wien, F. (2009). *Health inequalities and social determinants of Aboriginal people's health.* Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health. Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www.nccah-ccnsa.ca/docs/social%20determinates/NCCAH-Loppie-Wien_Report.pdf.

Reiss, J. G., Gibson, R. W., & Walker, L. R. (2005). Health care transition: Youth, family and provider perspectives. *Pediatrics, 115,* 112–20.

Resiliency Initiatives (n.d.). Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www.resiliencycanada.ca.

Restuccia, D. & Bundy A. (2003). *Positive youth development: A literature review.* Providence, RI: Rhode Island's KIDS COUNT. Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www.mypasa.org/failid/Positive_Youth_Dev.pdf.

Rew, L., Johnson, R. J., Jenkins, S. K., & Torres, R. (2008). Developing holistic nursing interventions to improve adolescent health. *Journal of Holistic Nursing, 22*, 303–319.

Robinson, S. (2006). Victimization of obese adolescents. *Journal of School Nursing, 22*, 201–206.

Rotermann, M. (2005). Sex, condoms and STDs among young people. *Health Reports,16(3)*, 39–42.

Rotermann, M. (2007). Study: Second or subsequent births to teenagers. *Health Reports, 18(1)*, 39–42.

Sawyer, S., Blair, S., & Bowes, G. (2008). Chronic illness in adolescents: Transfer or transition to adult services? *Journal of Paediatrics and Child Health, 33,* 88–90.

Scheve, J., Perkins, D., & Mincemoyer, C. (2006). Collaborative teams for youth engagement. *Journal of Community Practice, 14,* 219–234.

Schmithorst, V. J. & Yuan, W. (2010). White matter development during adolescence as shown by diffusion MRI. *Brain and Cognition, 72,* 16–25.

Schulman, S. (2006). Terms of engagement: Aligning youth, adults, and organizations toward social change. *Journal of Public Health Management Practices, November* (Suppl.), S26–S31.

Search Institute (2006). *Forty developmental assets.* Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www.ades.bc.ca/assets/pdf's/40_assets.pdf.

Senderowitz, J. (1999). *Making reproductive health services youth friendly.* Washington, DC: Pathfinder International, Focus on Young Adults. Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: http://info.k4health.org/youthwg/PDFs/Focus/KeyElementsPapers/makingRHservicesyouthfriendly.pdf

Senderowitz, J. (2002). *Clinic assessment of youth friendly services: A tool for assessing and improving reproductive health services for youth.* Washington, DC: Pathfinder International. Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www.pathfind.org/site/DocServer/mergedYFStool.pdf?docID=521.

Shen, V. (2006). *Involve youth 2: A guide to meaningful youth engagement.* Toronto, ON: City of Toronto.

Shepherd, J., Garcia, J., Oliver, S., Harden, A., Rees, R., Brunton, G., et al. (2002). *Barriers to and facilitators of the health of young people: A systematic review of evidence on young people's views and on intervention in mental health, physical activity and healthy eating.* London, UK: University of London, Social Science Research Unit, Institute of Education, Evidence for Policy and Practice Information and Coordinating Centre. Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www.eppi.ioe.ac.uk/cms/?tabid=262.

Shields, M. (2004). *Nutrition findings from the Canadian community health survey: Overweight Canadian children and adolescents (2004).* Ottawa, ON: Statistics Canada. Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www.statcan.gc.ca/pub/82-620-m/2005001/article/child-enfant/../../pdf/4193660-eng.pdf.

Skinner, H., Biscope, S., Poland, B., & Goldberg, E. (2003). How adolescents use technology for health information: Implications for health professionals from focus group studies. *Journal of Medical Internet Research, 5,* e32.

Skinner, H., Maley, O., & Norman, C. (2006). Developing internet-based eHealth promotion programs: The spiral technology action research (STAR) model. *Health Promotion Practice, 7*(4) 406–417.

Statistics Canada. (2003). *Participation and activity limitation survey, 2001. Children with disabilities and their families.* Ottawa, ON: Statistics Canada. Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www.statcan.gc.ca/pub/89-585-x/89-585-x2003001-eng.pdf.

Statistics Canada. (2007). *Family portrait: Continuity and change in Canadian families and households in 2006: 2006 census.* Ottawa, ON: Statistics Canada. Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www12.statcan.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-553/pdf/97-553-XIE2006001.pdf.

Statistics Canada. (2008). *Trends in teen sexual behaviour and condom use*. Ottawa, ON: Statistics Canada. Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2008003/article/10664-eng.htm.

Steinberg, L. (2010). A behavioural scientist looks at the science of adolescent brain development. *Brain and Cognition, 72,* 160–164.

Stewart-Brown, S. (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?* Copenhagen, Denmark: World Health Organization, Regional Office for Europe. Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/74653/E88185.pdf.

Streng, N. J. (2007). A follow-up study of former student health advocates. *Journal of School Nursing, 23,* 353–358.

Suleiman, A., Soleimanpour, S., & London, J. (2006). Youth action for health through youth-led research. *Journal of Community Practice, 14*, 125–145.

Tilton-Weaver, L., Vitunski, E., & Galambos, N., (2001). Five images of maturity in adolescent: what does "grown up" mean? *Journal of Adolescence, 24*, 141–158.

UNICEF. (2007). Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries. *Innocenti Report Card, 7.*

United Way Toronto. (2008). Youth policy: What works and what doesn't? *A review of youth policy models from Canada and other jurisdictions.* Toronto, ON. Consultado el 26 de noviembre de 2010 en: www2.unitedway.ca/UWCanada/uploadedFiles/Learn/YouthPolicy.pdf.

University Institute for Social Research (2003). *The cost of homophobia: Literature review on the human impact of homophobia on Canada.* Saskatoon, SK: University Institute for Social Research. Consultado el 26 de noviembre de 2010 en: www.womensweb.ca/files/pdf/homophobia.pdf.

Van Dyck, P., Kogan, M., McPherson, M., Weissman, G., & Newacheck, P. (2004). Prevalence and characteristics of children with special health care needs. *Archives of Pediatrics Adolescent Medicine, 158,* 884-90.

Vega, A., Maddaleno, M., & Mazin, R. (2005). *Youth centered counselling for HIV/STI prevention and promotion of sexual and reproductive health.* Washington, USA: Pan American Health Organization/ World Health Organization. Consultado el 25 de noviembre de 2010 en: www.paho.org/english/ad/fch/ca/sa-youth.pdf.

Wells, K. (2006). *The gay–straight student alliance handbook: A comprehensive resource for K–12 teachers, administrators, and school counselors.* Ottawa, ON: Canadian Teachers' Federation.

Wilkinson, R., & Marmot, M. (Eds.). (2003). *Social determinants of health: The solid facts* (2nd ed.). Geneva, Switzerland: World Health Organization. Consultado el 26 de noviembre de 2010 en: www.euro.who.int/document/e81384.pdf.

Winkleby, M., Feighery, E., Dunn, M., Kole, S., Ahn, D., & Killen, J. (2004). Effects of an advocacy intervention to reduce smoking among teenagers. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 158*, 269–275.

World Health Organization. (n.d). *Adelaide recommendations on healthy public policy second international conference on health promotion.* Adelaide, South Australia, April 5–9, 1988. Consultado el 26 de noviembre de 2010 en: www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/index1.html.

World Health Organization (1998). *Ottawa charter for health promotion.* Consultado el 26 de noviembre de 2010 en: www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf.

World Health Organization (2004). *Determinants (risk and protective factors) indicators.* Consultado el 26 de noviembre de 2010 en: www.who.int/hiv/pub/me/en/me_prev_ch4.pdf

World Health Organization (2008). Primary health care: Now more than ever. Consultado el 26 de noviembre de 2010 en: www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf

World Health Organization (2010). *Which health problems affect adolescents and what can be done to prevent and respond to them?* Consultado el 26 de noviembre de 2010 en: www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/adolescent/dev/en/index.html

Wyn, J., Cuervo, H., Woodman, D., & Stokes, H. (2005). *Young people, well-being and communication technologies.* Carlton South, Victoria, Australia: Mental Health and Well-being Unit, Victorian Health Promotion Foundation. Consultado el 26 de noviembre de 2010 en: www.vichealth.vic.gov.au/~/media/ProgramsandProjects/MentalHealthandWellBeing/Publications/Attachments/Young_People_and_Technology_Report.ashx.

Yee, S. (2008). Developing the field of youth organizing and advocacy: What foundations can do. *New Direction for Youth Development, 117,* 109–124.

Youngblade, L., Theokas, C., Shulenberg, J., Curry, L. Huang, I., & Novak, M. (2007). Risk and promotive factors in families, schools, and communities: A contextual model of positive youth development in adolescence. *Pediatrics, 119,* S46–S53.

Youth Services Steering Committee. (2002). *Guideline for provision of youth services.* Vancouver, BC: Ministry of Children and Family Development. Consultado el 26 de noviembre de 2010 en: www.mcf.gov.bc.ca/youth/pdf/guidelines_provision_of_youth_services.pdf.

Yugo, M., & Davidson, M. (2007). Connectedness within social contexts: The relation to adolescent health. *Healthcare Policy, 2,* 47–55.

Zeldin, S., Larson, R., Camino, L., & Connor, C. (2005). Intergenerational relationship and partnerships in community programs: Purpose, practice, and directions for research. *Journal of Community Psychology, 33*, 1–10.

Bibliografía

Anderson, L., Vostanis, P., & Spencer, N. (2004). The health needs of children aged 6–12 years in foster care. *Adoption & Fostering, 28*, 31–40.

Aujoulat, I., Simonelli, F., & Deccache, A. (2006). Health promotion needs of children and adolescents in hospitals: A review. *Patient Education & Counseling, 61*, 23–32.

Baranowski, T., Cullen, K. W., Nicklas, T., Thompson, D., & Baranowski, J. (2002). School-based obesity prevention: a blueprint for taming the epidemic. *American Journal of Health Behavior, 26,* 486–493.

Betz, C. L., & Redcay, G. (2003). Creating healthy futures: an innovative nurse-managed transition clinic for adolescents and young adults with special health care needs. *Pediatric Nursing, 29*, 25–30.

Boekeloo, B. O., Jerry, J., Lee-Ougo, W. I., Worrell, K. D., Hamburger, E. K., Russek-Cohen, E. et al. (2004). Randomized trial of brief office-based interventions to reduce adolescent alcohol use. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 158,* 635–642.

Bond, L., Glover, S., Godfrey, C., Butler, H., & Patton, G. C. (2001). Building capacity for system-level change in schools: lessons from the Gatehouse Project. *Health Education & Behavior, 28,* 368–383.

Brown, C. H., Guo, J., Singer, L. T., Downes, K., & Brinales, J. M. (2007). Examining the effects of school-based drug prevention programs on drug use in rural setting. *Journal of Rural Health, 23*(Suppl.), 29–36.

Castano, P. M., & Martinez, R. A. (2008). Harnessing technology for adolescent health promotion. *Adolescent Medicine, 18*, 400–406.

Curtis, P. (2008). The experiences of young people with obesity in secondary school: some implications for the healthy school agenda. *Health & Social Care in the Community, 16*, 410–418.

D'Amico, E. J., & Fromme, K. (2002). Brief prevention for adolescent risk-taking behaviour. *Addiction, 97,* 563–574.

Davis, T. K. (2005). Beyond the physical examination: the nurse practitioner's role in adolescent risk reduction and resiliency building in a school-based health center. *Nursing Clinics of North America, 40,* 649–660.

Dillon, J., & Swinbourne, A. (2007). Helping friends: a peer support program for senior secondary schools. *Advances in Mental Health, 6,* 1–7.

Elliot, D. L., Moe, E. L., Goldberg, L., DeFrancesco, C. A., Durham, M. B., & Hix-Small, H. (2006). Definition and outcome of a curriculum to prevent disordered eating and body-shaping drug use. *Journal of School Health, 76,* 67–73.

Essler, V., Arthur, A., & Stickley, T. (2006). Using a school-based intervention to challenge stigmatizing attitudes and promote mental health in teenagers. *Journal of Mental Health, 15*, 243–250.

Fagan, A. A., Hanson, K., Hawkins, J. D., & Arthur, M. W. (2008). Bridging science to practice: achieving prevention program implementation fidelity in the community youth development study. *American Journal of Community Psychology, 41,* 235–249.

Garzon, L. S., Ewald, R. E., Rutledge, C. M., & Meadows, T. (2006). The school nurse's role in prevention of student use of performance-enhancing supplements. *Journal of School Health, 76,* 159–163.

Jerden, L., Bildt-Strom, P., Burell, G., Weinehall, L., & Bergstrom, E. (2007). Personal health documents in school health education: a feasibility study. *Scandinavian Journal of Public Health,* 35, 662–665.

Kelly, P.J., Lesser, J., & Paper, B. (2008). Detained adolescents' attitudes about pregnancy and parenthood. *Journal of Pediatric Healthcare,* 22, 240–245.

Kelly, P. J., Sylvia, E., Schwartz, L., Cobb, A. K., & Veal, K. (2006). Cameras and community health. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services,* 44, 31–36.

Kulbok, P. A., Rhee, H., Botchwey, N., Hinton, I., Bovbjerg, V., & Anderson, N. L. R. (2008). Factors influencing adolescents' decision not to smoke. *Public Health Nursing, 25*, 505–515.

Lawrence, S., & Welfare, H. (2008). The effects of the introduction of the no-smoking policy at HMYOI Warren Hill on bullying behaviour. *International Journal of Prison Health, 4,* 134–145.

Lemieux, A. F., Fisher, J. D., & Pratto, F.(2008). A music-based HIV prevention intervention for urban adolescents. *Health Psychology, 27,* 349–357.

Lerner, R., Lerner, J. and Phelps, E. (2009). Report of the findings from the first four years of the 4-H study of positive youth development: *The positive development of youth.* Massachusetts, MA: Turf University Institute for Applied Research in Youth Development.

Loman, D. G. (2008). Promoting physical activity in teen girls: Insight from focus groups. *American Journal of Maternal Child Nursing, 33,* 294–301.

McVey, G. L., Davis, R., Tweed, S., & Shaw, B. F. (2004). Evaluation of a school-based program designed to improve body image satisfaction, global self-esteem, and eating attitudes and behaviors: A replication study. *International Journal of Eating Disorders, 36,* 1–11.

Meade, K., Rowel, D., & Barry, M. (2008). Evaluating the implementation of the youth-led emotional well-being project "Getting it Together". *Journal of Public Mental Health, 7*, 16–25.

Ministry of Children and Youth Services (2006). *A shared responsibility: Ontario's policy framework for child and youth mental health*. Toronto, Ontario: Queen's Printer.

Myers, M. G., MacPherson, L., Jones, L. R., & Aarons, G. A. (2007). Measuring adolescent smoking cessation strategies: instrument development and initial validation. *Nicotine & Tobacco Research, 9,* 1131–1138.

Olsson, A., Fahln, I., & Janson, S. (2008). Health behaviours, risk-taking and conceptual changes among school-children aged 7 to 19 years in semi-rural Sweden. *Child: Care, Health & Development, 34*, 302–309.

Ozer, E. J. (2007). The effects of school gardens on students and schools: conceptualization and considerations for maximizing healthy development. *Health Education & Behavior, 34,* 846–863.

Randell, B. P., Eggert, L. L., & Pike, K. C. (2001). Immediate post intervention effects of two brief youth suicide prevention interventions. *Suicide and Life-Threatening Behavior,* 31, 41–61.

Rew, L., Chambers, K. B., & Kulkarni, S. (2002). Planning a sexual health promotion intervention with homeless adolescents. *Nursing Research, 51,* 168–174.

Robinson, L. A., Emmons, K. M., Moolchan, E. T., & Ostroff, J. S. (2008). Developing smoking cessation programs for chronically ill teens: lessons learned from research with healthy adolescent smokers. *Journal of Pediatric Psychology, 33,* 133–144.

Saksvig, B. I., Gittelsohn, J., Harris, S. B., Hanley, A. J., valente, T. W., & Zinman, B. (2005). A pilot school-based healthy eating and physical activity intervention improves diet, food knowledge, and self-efficacy for native Canadian children. *Journal of Nutrition, 135,* 2392–2398.

Spruijt-Metz, D., Nygen-Michel, S. T., Goran, M. I., Chou, C. P., & Hurang, T. T. (2008). Reducing sedentary behaviour in minority girls via a theory-based, tailored classroom medical intervention. *International Journal of Pediatric Obesity, 3*, 240–248.

Swaim, R. C., & Kelly, K. (2008). Efficacy of a randomized trial of a community and school-based anti-violence media intervention among small-town middle school youth. *Prevention Science,* 9, 202–214.

Tacker, K. A., & Dobie, S. (2008). MasterMind: empower yourself with mental health. A program for adolescents. *Journal of School Health, 78*, 54–57.

Taylor-Seehafer, M., Johnson, R., Rew, L., Fouladi, R. T., Land, L., & Abel, E. (2007). Attachment and sexual health behaviors in homeless youth. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 12,* 37–48.

Tortolero, S. R., Markham, C. M., Parcel, G. S., Peters, R. J., Jr., Escobar-Chaves, S. L., Basen-Enquist, K., et al. (2005). Using intervention mapping to adapt an effective HIV, sexually transmitted disease, and pregnancy prevention program for high-risk minority youth. *Health Promotion Practice, 6,* 286–298.

Watson-Thompson, J., Fawcett, S. B., & Schultz, J. A. (2008). A framework for community mobilization to promote healthy youth development. *American Journal of Preventive Medicine, 34(*Suppl. 3), S72–S81.

Wicks, A., Beedy, J. P., Spangler, K. J., & Perkins, D. F. (2007). Intermediaries supporting sprots-based youth development programs. *New Directions for Youth Development. 115*, 107–118.

Winters, KC. (2008). *Adolescent brain development and drug abuse.* Minneapolis, MN: University of Minnesota, The Mentor Foundation.

Witkowska, E., & Gillander, G. K. (2005). Have you been sexually harassed in school? What female high school students regard as harassment. *International Journal of Adolescent Medicine & Health, 17,* 391–406.

Wright, M & Thomson-Ryczko, K. (2010). *Using a youth engagement approach within the healthy living service area: Background information to inform decision-making, program planning and policy development.* Simcoe Muskoka, ON: Simcoe Muskoka District Health Unit.

Wyatt, T. H., Krauskopf, P. B., & Davidson, R. (2008). Using focus groups for program planning and evaluation. *Journal of School Nursing, 24,* 71–77.

Zeira, A., Canali, C., Vecchiato, T., Jergeby, U., Thoburn, J., & Neve, E. (2008). Evidence-based social work practice with children and families: a cross national perspective. European *Journal of Social Work, 11,* 57–72.

Anexo A:

Proceso de Desarrollo de la Guía Original (2000–2002)

Desde 1999, la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), con la financiación del Gobierno de Ontario, ha establecido un programa para el desarrollo, la evaluación, la difusión, la implan-tación y el soporte de guías de buenas prácticas en enfermería. Desde las primeras etapas del programa, se ha tenido mucho interés en identificar las múltiples estrategias que dirigirían la práctica enfermera para promover el desarrollo saludable entre los adolescentes. En consecuencia, un grupo de enfermeras reunido por la RNAO elaboró una guía titulada "Fomento de un desarrollo saludable en los adolescentes". Este trabajo se desarrolló de forma independiente de cualquier sesgo o influencia del Gobierno de Ontario.

En el año 2000, la RNAO reunió a un grupo de enfermeras con experiencia en la práctica, la formación y la investigación, procedentes de entornos hospitalarios, comunitarios y académicos. Dicho grupo discutió sobre el objetivo del trabajo y consensuó al ámbito de la guía de buenas prácticas. Posteriormente, se llevó a cabo una búsqueda de la literatura que incluía guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, estudios de investigación de interés y otros tipos de evidencia, y se realizó una revisión crítica de aproximadamente 60 estudios y varios marcos de trabajo respaldados por la literatura que articulaban los principios y las estrategias para trabajar con adolescentes.

A través de un proceso de recopilación, síntesis y consenso sobre la evidencia, se elaboró un conjunto de recomendaciones. Este documento preliminar fue remitido a diversas partes interesadas externas que representaban a varios grupos profesionales dentro del ámbito sanitario, con la intención de recoger sus impresiones generales y su opinión global, así como sus comentarios sobre las cuestiones específicas que se les plantearon. Al principio de esta Guía se recoge un agradecimiento a la labor de estos colaboradores externos. El resultado de este trabajo fue recopilado y revisado por el equipo de desarrollo; la discusión y el consenso se tradujeron en diversas revisiones del documento preliminar.

Se convocó un Proceso de presentación de propuestas, abierto a todos los ámbitos de práctica de Ontario que estuvieran interesados en participar en la implantación piloto de las prácticas recomendadas. Dichas propuestas se sometieron a un proceso de revisión, tras el que se designó un entorno de práctica piloto. La implantación, desarrollada a lo largo de doce meses, sirvió para poner a prueba y evaluar las recomendaciones. Tras este periodo, se siguió perfeccionando el contenido de la Guía (consúltense los agradecimientos al principio del documento).

Anexo B:

Proceso de Revisión (2009/2010)

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO) se compromete a garantizar que esta Guía de buenas prácticas está basada en la mejor evidencia disponible. Para ello, se ha desarrollado un proceso de seguimiento y revisión para cada Guía publicada.

En febrero de 2009, la RNAO reunió a un grupo de enfermeras con experiencia en el ámbito de la salud adolescente, procedentes de diversos entornos de práctica (institucionales, comunitarios y académicos, entre otros), a las que se invitó a participar como equipo de revisión de la Guía original publicada en julio de 2002. Este equipo incluía a miembros del equipo de desarrollo original, a personas con experiencia en la implantación de esta Guía y a otros especialistas recomendados.

Se les encomendó revisar la Guía, prestando especial atención a la vigencia de las recomendaciones y de la evidencia, dentro del ámbito de la Guía original. El trabajo se desarrolló como se indica a continuación:

Planificación

- Con la ayuda de la líder del equipo, se generaron términos de búsqueda para cada recomendación de la Guía.
- Un documentalista de ciencias de la salud realizó la búsqueda de literatura.
- El personal del programa realizó una búsqueda estructurada en sitios web para recuperar guías clínicas recientemente publicadas.

Valoración Crítica

- Un asistente de investigación revisó los resultados de la búsqueda para determinar su inclusión o exclusión conforme a los criterios establecidos (véase el Anexo C para consultar una descripción detallada de la estrategia de búsqueda).
- Se recuperaron los estudios y guías que cumplían estos criterios. El asistente de investigación realizó la evaluación de la calidad y la extracción de los datos. Estos resultados fueron recopilados y distribuidos entre los miembros del equipo.

Equipo de Revisión

- Los miembros del equipo revisaron las tablas de datos extraídos, las revisiones sistemáticas y, en su caso, los estudios y guías de práctica clínica originales.
- Se identificaron nuevas recomendaciones de estrategias de búsqueda para cubrir ciertas lagunas en la evidencia.
- Mediante un proceso de consenso, se identificaron recomendaciones para la revisión de la guía.

Anexo C:

Proceso de Revisión de la Literatura. Estrategia de Búsqueda

La estrategia de búsqueda empleada durante la revisión de esta Guía se centró en dos áreas clave:
1) La identificación de guías de práctica clínica ya publicadas sobre el tema del desarrollo adolescente; y
2) Una revisión de la literatura para identificar estudios primarios, metaanálisis y revisiones sistemáticas publicadas en esta área desde 2001 hasta 2010.

Paso 1: Búsqueda en base de datos

Se realizó una búsqueda en bases de datos para localizar evidencia relativa al desarrollo adolescente; dicha búsqueda corrió a cargo de un documentalista especializado en ciencias de la salud e incluyó términos generados con ayuda de la líder del equipo de revisión.
Para formular la estrategia de búsqueda definitiva, se utilizó la empleada por el grupo de trabajo sobre práctica efectiva y organización de los cuidados de la Colaboración Cochrane. Se realizó una primera búsqueda en la base de datos de revisiones sistemáticas de Cochrane y en las bases de datos de ProQuest, CINAHL, WebScience, PsychInfo, Embase y Ageline para localizar guías, estudios primarios y revisiones sistemáticas publicados entre 2001 y 2010, para lo que se emplearon estos términos de búsqueda [en inglés]: "Adolescent;""ado-lescent development;""adolescent – supports;""adolescent – family;""school;""peer group;""community;" "health promotion;" "adolescent practice guidelines;" "adolescent practice guideline;" "adolescent development clinical practice guideline;" "youth;" "youth development;" "asset development;" "youth engagement;" "peer education;" "peer (or youth) led models;" "mentorship;" "positive youth outcomes;" "youth organizing;""meaningful youth participation;""nurturing strength and abilities of youth;""youth engagement & health outcomes;""youth services;""youth capacity;""youth leadership;""youth contributions;""youth civic activism (engagement);""positive youth development;""risk & resiliency;" and "mental health promotion."

Según el equipo de revisión, es necesario realizar más búsquedas de literatura para complementar los resultados del informe de la revisión.

Paso 2: Búsqueda Estructurada en Sitios Web

Una persona se encargó de realizar búsquedas en una lista preestablecida de sitios web para localizar contenidos relacionados con el tema de estudio en abril de 2009. Dicha lista se recopiló conforme a los conocimientos existentes de páginas web sobre práctica basada en la evidencia, a lo consultado con profesionales desarrolladores de guías y a las recomendaciones de la literatura. Se tomó nota de la presencia o ausencia de guías en cada uno de los sitios web, así como de la fecha en que se había realizado la búsqueda. Algunos de estos sitios no contenían guías, pero dirigían a otras páginas o recursos en donde sí se podían recuperar. Las guías se descargaron en su versión completa siempre que fue posible, o se solicitaron por teléfono o por correo electrónico.

- Alberta Heritage Foundation for Medical Research: www.ahfmr.ab.ca/publications
- Agency for Healthcare Research and Quality: www.ahrq.gov
- Alberta Medical Association Clinical Practice Guidelines: www.albertadoctors.org
- Annals of Internal Medicine: www.annals.org
- Bandolier Journals: www.medicine.ox.ac.uk/bandolier
- British Columbia Office of Health Technology Assessment: www.chspr.ubc.ca
- British Columbia Council on Clinical Practice Guideline: www.bcguidelines.ca/gpac
- Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment: www.ccohta.ca
- Canadian Institute for Health Information: www.cihi.ca
- CMA Infobase: Clinical Practice Guidelines: www.mdm.ca/cpgsnew/cpgs/index.asp
- Cochrane Reviews: www.cochrane.org/reviews

- Commission on the Future of Health Care in Canada: www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/romanow-eng.php
- CREST: www.crestni.org.uk
- Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness: www.crd.york.ac.uk/crdweb
- Evidence Base on Call: www.eboncall.org
- European Observatory on Health Care for Chronic Conditions, World Health Organization: www.who.int/chronic_conditions/en/
- Guidelines Advisory Committee: www.gacguidelines.ca
- Guidelines International Network: www.g-i-n.net
- Health Canada: www.hc-sc.gc.ca
- Health-Evidence: www.health-evidence.ca
- Institute for Clinical Evaluative Sciences: www.ices.on.ca
- Institute for Clinical Systems Improvement: www.icsi.org
- Joanna Briggs Institute: www.joannabriggs.edu.au
- Medic8.com: www.medic8.com/ClinicalGuidelines.htm
- Monash University Centre for Clinical Effectiveness: www.monash.edu.au/healthservice/cce/evidence
- National Guideline Clearinghouse: www.guidelines.gov
- National Institute for Clinical Excellence: www.nice.org.uk
- New Zealand Guidelines Group: www.nzgg.org
- NHS Centre for Reviews and Dissemination: www.york.ac.uk/inst/crd
- US Department of Health & Human Services National Institutes of Health Consensus Development Program: www.consensus.nih.gov
- NIHR Health Technology Assessment Programme: www.ncchta.org
- Royal College of General Practitioners: www.rcgp.org.uk
- Royal College of Nursing: www.rcn.org.uk/index.php
- Royal College of Physicians: www.rcplondon.ac.uk
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network: www.sign.ac.uk
- SUMSearch: www.sumsearch.uthscsa.edu
- The Qualitative Report: www.nova.edu/ssss/QR
- Trip Database: www.tripdatabase.com
- Virginia Henderson International Nursing Library: www.nursinglibrary.org

Paso 3: Sitios Web de Búsqueda de Guías

Además, se realizó una búsqueda web para localizar guías de práctica ya existentes relacionadas con el desarrollo saludable en la adolescencia y con la implicación y el liderazgo juvenil a través del motor de búsqueda Google (www.google.com), utilizando términos de búsqueda clave. Esta labor fue realizada por una sola persona, que anotó los resultados obtenidos, las páginas web visitadas y los datos localizados. La búsqueda no arrojó resultados de guías sobre este tema.

Paso 4: Búsqueda Manual/Contribución del Equipo

Se solicitó a los miembros del equipo que revisasen sus archivos personales para localizar guías aún no identificadas mediante las estrategias de búsqueda anteriormente vistas. En este proceso no se identificaron nuevas guías.

Resultados de la Búsqueda

La estrategia de búsqueda descrita arrojó un resultado de 1.621 resúmenes sobre el desarrollo adolescente. Un asistente de investigación cribó dichos resúmenes para identificar duplicaciones y evaluar si se ajustaban a los criterios de inclusión o exclusión definidos por el equipo. En total, se identificaron 74 resúmenes de los que obtener el artículo completo y sobre los que realizar una valoración crítica. No se identificó ninguna guía de práctica clínica relativa al desarrollo adolescente saludable en el contexto de la implicación juvenil y el liderazgo juvenil.

Anexo D: Estado de Salud de los Adolescentes

En 2003, el 67% de los jóvenes canadienses entrevistados de 12 a 24 años indicó que su estado de salud era excelente o muy bueno, lo que representa un retroceso con respecto al 73% registrado de 1998 (Canadian Council on Social Development, 2006). Esta reducción porcentual es significativa, por lo que debe ser objeto de consideración. Así, es esencial comprender las cuestiones fundamentales de la salud adolescente para poder promover eficazmente el bienestar de este sector de población. A continuación se resumen algunos aspectos que influyen en la salud adolescente.

Alcohol y Drogas

El Centro de adicciones y salud mental (Centre for Addiction and Mental Health) realizó varios estudios anuales en 2009 con estudiantes de Ontario de entre 12 y 18 años (de 7º a 12º curso) sobre consumo de alcohol y drogas. Se observó que las tendencias de consumo de estas sustancias entre los estudiantes participantes se había reducido del 66,0% en 1999 al 58,2% en 2009 (Paglia-Boak, Mann, Adlaf, & Rehm, 2009). Sin embargo, los comportamientos de riesgo de consumo de alcohol entre los adolescentes de 12 a 19 años ha aumentado notablemente en esta década (Public Health Agency of Canada, 2010).

Por otra parte, en el estudio se preguntó sobre diez drogas (incluido el cannabis); a lo largo de este periodo de diez años se había registrado un marcado descenso del consumo ilícito de drogas entre los estudiantes de 7º a 12º curso. Concretamente, el consumo de drogas entre los jóvenes llegaba al 27,9% en 2009, frente al nivel del 32,3% de 1999 (Paglia-Boak et al., 2009).

Tabaco

El consumo de tabaco se ha reducido notablemente entre los adolescentes de entre 15 y 19 años, pero sigue siendo alto en el grupo de 20 a 24 años. En 2008, la Encuesta de supervisión del consumo de tabaco en Canadá [Canadian Tobacco Use Monitoring Survey] ofreció datos concretos sobre las tendencias a largo plazo de prevalencia del tabaquismo en todo el país, y documentó una tendencia a la baja respecto al tabaquismo juvenil: en 1999, el 31% de los jóvenes entre 15 y 24 años consumían tabaco; en 2008, este índice había descendido hasta el 21% (Health Canada, 2009). A pesar de estos resultados positivos, la prevalencia del tabaquismo entre los jóvenes de 20 a 24 años seguía siendo alta, pasando del 34% en 1999 al 27% en 2008 (Health Canada, 2009). No obstante, el consumo de tabaco entre los 15 y los 19 años cayó significativamente hasta el 15% en 2008, desde un porcentaje del 28% en 1999 (Health Canada, 2009).

Obesidad

La epidemia del sobrepeso y la obesidad ha llegado a ser un problema de primer orden para la población de entre 2 y 17 años en Canadá. En efecto, los índices de obesidad aumentaron del 15% en 1978 hasta alcanzar el 26% en 2004 (Shields, 2004). De acuerdo con Raine (2004), los jóvenes pertenecientes a familias con bajos ingresos, de distinto origen étnico o residentes en entornos urbanos corren mayor riesgo de obesidad, al igual que los niños aborígenes, que tienen más posibilidades de sufrir sobrepeso u obesidad (Raine, 2004).

Enfermedades Cronicas

Las enfermedades crónicas afectan a muchos jóvenes canadienses. Según el informe titulado "The Health of Canada's Children: A CICH Profile" (2000) sobre la salud infantil en Canadá, el Instituto Canadiense de salud infantil (Canadian Institute of Child Health) determinó que aproximadamente un tercio de todos los niños de entre 12 y 14 años referían una enfermedad o trastorno crónico (Canadian Institute of Child's Health, n.d.). como por ejemplo alergias, asma, problemas emocionales, trastornos neurológicos o discapacidades motoras. El informe también recogió lo siguiente:

- Los jóvenes con enfermedades crónicas generalmente sufren algún tipo de limitación y, por tanto, son menos activos.
- Es más probable que los jóvenes con enfermedades crónicas fumen, consuman alcohol y/o se vean envueltos en enfrentamientos físicos.

No se puede pasar por alto la prevalencia de los trastornos crónicos. Un informe de Health Canada de 2007 señalaba que cada año 1.300 niños y adolescentes de Canadá desarrollan cáncer; el 16% sufre asma; y la cantidad de bebés que nacen en la actualidad y llegarán a desarrollar diabetes se eleva hasta un abrumador 33%.

Las investigaciones sobre la relación entre la agregación de factores de riesgo conductuales y las enfermedades crónicas demostraron que el 65% de los adolescentes canadienses presentaba dos o más factores de riesgo; por su parte, los adolescentes de mayor edad o pertenecientes a familias de rentas más bajas presentaban múltiples factores de riesgo (Alamian & Paradis, 2009).

Salud Mental y Bienestar

De acuerdo con el estudio OSDUHS (Ontario Student Drug Use and Health Survey) de Ontario sobre bienestar y salud mental entre los estudiantes realizado en 2007, la mayoría de ellos evaluaron su salud como excelente o muy buena (Adlaf et al., 2007). También indicaron tener una buena relación con sus padres y buen ambiente escolar (Adlaf et al., 2007). Además, ninguno de estos estudiantes refirió internalizar o externalizar sus problemas (Adlaf et al., 2007). No obstante, una importante minoría sí indicó sufrir algún tipo de disfunción o problema para su bienestar:

- Un tercio de los estudiantes refirió un alto malestar psicológico y sufrir algún tipo de acoso en su centro escolar.
- Uno de cada cinco estudiantes refirió visitar o haber visitado a algún profesional de salud mental y haber prendido fuego a algo.
- Uno de cada ocho estudiantes indicó sufrir problemas de salud, participar o haber participado en conductas delictivas y estar preocupado por su seguridad personal en el colegio.

"El 80% de los trastornos psiquiátricos aparecen en la adolescencia y son la causa más importante de enfermedad que tiene su inicio en esta etapa de la vida" (Health Canada, 2007, p. 5) En efecto, en el estudio ODSUHS el 10% de los estudiantes refirió ideaciones suicidas y baja autoestima (Adlaf et al., 2007). El mismo estudio también documentó que el 5% de los estudiantes refería haber utilizado medicamentos bajo prescripción para tratar sus sentimientos de depresión y/o ansiedad. De todos ellos, el 5% refería síntomas depresivos, había intentado suicidarse o había participado en peleas de bandas (Adlaf et al., 2007).

El suicidio es una de las principales causas de mortalidad entre los adolescentes de Canadá; el índice de intento de suicidio es cuatro veces más alto que el de los suicidios efectivamente consumados (Adlaf et al., 2007).Esta cuestión es especialmente preocupante entre los adolescentes pertenecientes a las Primeras Naciones de Canadá, que presentan una tasa de suicidio aprox. seis veces mayor que la de la población adolescente general (Adlaf et al., 2007)

Otro problema de salud que afecta a esta franja de población son los trastornos alimentarios, que pueden llegar a producir graves problemas físicos y mentales. Según un estudio de 2002, el 1,5% de las mujeres canadienses de entre 15 y 24 años sufría algún tipo de trastorno alimentario (Government of Canada, 2006).

Prácticas Sexuales y Enfermedades de Transmisión Sexual

Los jóvenes corren riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS) o de afrontar un embarazo no deseado cuando comienzan a tener relaciones sexuales a una edad temprana, tienen varias parejas o practican sexo sin protección. En 2005, el 43% de los adolescentes entre 15 y 19 años refirió haber tenido relaciones sexuales al menos una vez, dato que supone un descenso respecto al 47% registrado en 1996/1997 (Statistics Canada, 2008). El uso del preservativo aumentó en general entre 2003 y 2005, siendo más común entre los adolescentes de 15 a 17 años que entre los de 18 y 19 años (Rotermann, 2005).

Aproximadamente un tercio de los jóvenes de entre 15 y 24 años que mantuvieron relaciones sexuales en el pasado año habían tenido más de una pareja (Public Health Agency of Canada, 2009a). Si bien el uso del preservativo puede reducir las posibilidades de contraer una ITS, la incidencia de algunas de estas enfermedades ha aumentado considerablemente.

Índice de ITS por población de 100.000 personas	Año	Edad 15–19 años	Edad 20–24 años
Clamidia (Public Health Agency of Canada, 2009a)	1991	623,4	621,6
	2008	989,4	1.342,7
Gonorrea (Public Health Agency of Canada, 2009b)	1991	86,0	100,6
	2008	127,2	166,0

Embarazo en la Adolescencia

Rottermann (2007) señala que entre 1993 y 2003 los embarazos adolescentes en Canadá habían caído del 4,8 al 2,4 de cada 1.000 nacimientos en chicas de 15 a 19 años. Sin embargo, a pesar de este descenso, los embarazos adolescentes siguen presentes en nuestra sociedad, con consecuencias negativas para la salud y el bienestar de muchas jóvenes. Se ha documentados que "la maternidad precoz puede tener importantes consecuencias tanto para la madre como para el bebé. Los niños de madres adolescentes son más propensos a presentar resultados adversos tras el parto e incluso morir durante su primer año de vida, en comparación con los bebés de mujeres de más edad" (Rotermann, 2007, para. 7) Además, las oportunidades formativas y de empleo de las madres adolescentes se ven con frecuencia menoscabadas por la gestación, con lo que perciben ingresos más bajos. Es especialmente preocupante el caso de las madres adolescentes que tienen más de un hijo, ya que es probable que se enfrenten a obstáculos aún mayores (Rotermann, 2007).

Sexualidad

En un estudio realizado en 2004 en el que participaron adolescentes de entre 13 y 19 años, el 3,5% de los encuestados se identificó como lesbiana, gay, bisexual o transgénero (LGTB) (Wells, 2006). Los jóvenes homosexuales se enfrentan a mayores riesgos de salud y problemas sociales que sus iguales heterosexuales, lo que puede atribuirse directamente al estrés crónico que sufren muchos adolescentes LGTB, principalmente a consecuencia de la estigmatización y las respuestas negativas de la sociedad. Estos jóvenes a menudo indican tener miedo al rechazo o a ser víctimas de violencia cuando se conoce que son homosexuales (University Institute for Social Research, 2006; Wells, 2006). Asimismo, otro estudio ha mostrado que entre tres y cinco estudiantes de cada aula han sido testigos de violencia doméstica (University Institute for Social Research, 2006).

Exposición a la Violencia

La exposición a la violencia puede tener impacto a largo plazo en la vida de una persona. El estudio OSDUHS de 2007 reveló que el 30% de los estudiantes de Ontario indicó ser víctima de acoso en el colegio, en tanto que el 25% refirió haber acosado a otros (Adlaf et. al., 2007). Además, aproximadamente el 40% de las mujeres que denunciaron sufrir violencia doméstica señalaron que sus hijos habían oído o visto dichos maltratos (Adlaf et al., 2007). Similarly, another study has shown that three to five students in every classroom have witnessed domestic violence (BC Yukon Society of Transition Houses, 2007).

La exposición a la violencia tiene efectos perjudiciales sobre el bienestar general de los adolescentes. La asociación BC Yukon Society of Transition Houses (2007) ha documentado que los jóvenes que se ven expuestos a situaciones violentas corren mayor riesgo de presentar:

- problemas emocionales;
- peor rendimiento académico;
- dificultades para prestar atención;
- enfermedades producidas por el estrés;
- posibles problemas de comportamiento (mala conducta, retraimiento).

Agresiones

Muchas situaciones que implican agresiones no llegan al conocimiento de la policía. El mayor índice de agresiones denunciadas a la policía en 2007 es el correspondiente a adolescentes de entre 12 y 17 años; las agresiones sexuales llegan a 295 por cada 100.000 habitantes, y las agresiones físicas ascienden a 1.333 por cada 100.000 habitantes. La mayor parte de estas agresiones fueron cometidas por un conocido (55%) o un familiar (30%) (Nemr, 2009).

Anexo E: Identidad Cultural Aborigen – Diez Consideraciones y Estrategias

Reimpresión autorizada: Crooks, C., Chiodo, D. & Thomas, D. (2009). E*ngaging and Empowering Aboriginal Youth: A Toolkit for Service Providers*. Toronto, ON: Centre for Prevention Science, Centre for Addiction and Mental Health. Consultado el 2 de noviembre de 2010 en: http://youthrelationships.org/research_consulting/toolkit.html

La integración de la cultura en un programa supone un proceso continuo. Del mismo modo, la creación de un sentido de identidad cultural también es un proceso continuo para los jóvenes y los adultos implicados. A continuación se ofrecen diversas consideraciones y estrategias que pueden servir como punto de partida.

1. Todas nuestras actividades deben incluir una toma de conciencia de las necesidades inherentes a la identidad cultural.

   La identidad social se teje a través de la trama de nuestro trabajo, no es simplemente una lección dentro de un plan de estudios o una actividad dentro de un programa. También supone aprovechar los momentos oportunos como enseñanzas con las que ayudar a los jóvenes a explorar nociones positivas y saludables de su cultura y de qué significa ser inuit o métis o de las Primeras Naciones. Se debe incorporar la identidad cultural en todas y cada una de las fases de desarrollo, implantación, puesta en práctica, valoración y evaluación de un programa.

2. Los modelos de conducta positivos dentro de un grupo de jóvenes de una misma cultura son de inestimable valor.

   Todos los jóvenes recurren a sus iguales por temas de identidad; este proceso tiene aún mayor calado cuando se trata de jóvenes que no pertenecen a la cultura dominante. Por eso, disponer de modelos de conducta positivos entre los iguales es extremadamente valioso para el desarrollo de una identidad cultural saludable.

3. La mejor forma de identificar qué enseñanzas son culturalmente relevantes es a través de colaboradores comunitarios.

   Los colaboradores comunitarios, los asesores culturales y las personas mayores de la comunidad son quienes mejor pueden determinar qué contenidos se deben incorporar a un programa. Una relación sólida e igualitaria con estas personas sienta las bases para la transferencia de estos conocimientos.

4. La identidad cultural tiene que reflejarse en el ambiente de un determinado entorno.

   Los jóvenes necesitan verse reflejados de forma positiva en los medios que les rodean. Por ejemplo, los estudiantes aborígenes necesitan ver por los pasillos carteles que reflejen su legado. Este tipo de pósteres debe recoger aspectos relativos a su cultura y también reflejar imágenes positivas (de puestos de trabajo, representantes estudiantiles, etc.).

5. Es preciso fomentar la adquisición de competencias culturales entre los profesionales

Los jóvenes y adultos no aborígenes que trabajan con jóvenes aborígenes tienen la obligación de formarse y conocer la historia, la cultura y la situación actual de estas personas. Quienes se ocupan de articular los programas dirigidos a esta población deben ser culturalmente sensibles para dar una respuesta adecuada a las necesidades de los individuos y la comunidad con que trabajan. Para alcanzar este desarrollo profesional y personal se puede asistir a conferencias o ceremonias y actos culturales relacionados, leer bibliografía sobre el tema y, de forma más informal, aprender directamente de colaboradores locales.

6. Las tradiciones y los símbolos son componentes importantes de la identidad cultural (pero no equivalen a su suma).

Los rituales y los símbolos ocupan un lugar importante dentro de la identidad cultural, pero no basta con incorporarlos a un programa para que este sea culturalmente sensible. Se deben emplear con precaución, ya que el uso inapropiado de una tradición o un símbolo es irrespetuoso.

7. Los programas deben incorporar distintos tipos de conocimiento.

La cultura también supone distintas formas de conocimiento: las nociones de maestro y alumno difieren de la estrecha definición que de ellas hacen las culturas occidentales. Por ejemplo, el uso de un círculo de participación refleja la igualdad entre los inuit y en algunos pueblos de las Primeras Naciones, y para los adolescentes aborígenes puede resultar más apropiado que otros formatos, como las ponencias.

8. La visión holística del mundo es parte integral de la mayoría de culturas indígenas

Para lograr que prácticamente cualquier actividad tenga mayor relevancia cultural, se puede incorporar una visión holística del mundo para alcanzar una vida sana y equilibrada. Los programas que prestan atención a las necesidades intelectuales, emocionales, espirituales y físicas de los aborígenes son más coherentes con sus valores tradicionales. Un programa holístico incorpora un modelo de bienestar en el que las cuatro áreas están equilibradas. Es frecuente que se desatienda en concreto el aspecto espiritual (que suele confundirse con la religión).

9. Los jóvenes necesitan acceder a material de interés cultural y poder reflexionar sobre sí mismos.

Para incorporar información cultural a un programa, no debemos limitarnos a ofrecer a los jóvenes ciertas experiencias o determinados materiales; se les debe brindar la oportunidad de reflexionar y tomar en consideración las enseñanzas tradicionales y ponderar la importancia y el papel que tienen para sí mismos.

10. Se deben equilibrar la imagen cultural histórica y la contemporánea.

Con demasiada frecuencia vemos que los intentos de integrar información e imágenes culturales se basan únicamente en caracterizaciones anticuadas que refuerzan los estereotipos, por lo que se debe buscar un equilibrio entre las representaciones históricas y contemporáneas de los pueblos aborígenes.

Anexo F: Cuarenta Elementos Fundamentales del Desarrollo

(para adloescentes de entre 12 y 18 años)

El Search Institute ha identificado los siguientes bloques que ayudan a conseguir un desarrollo saludable para que los jóvenes a crezcan de forma saludable, solidaria y responsable.

ELEMENTOS FUNDAMENTALES

Elementos de Apoyo	1. Apoyo familiar: la vida familiar es fuente de gran cantidad de amor y apoyo. 2. Comunicación familiar positiva: el/la adolescente y sus padres se comunican de forma positiva y está dispuesto/a a pedirles su opinión y sus consejos. 3. Relación con otros adultos: el/la adolescente recibe el apoyo de tres o más adultos que no son sus padres. 4. Entorno vecinal solidario: el/la adolescente tiene una relación atenta con sus vecinos. 5. Clima escolar solidario: el centro educativo ofrece un entorno cálido y estimulante. 6. Participación de los padres en la educación: Los padres participan activamente para ayudar al/la adolescente a superar con éxito los estudios.
Empoderamiento	7. La comunidad valora a los jóvenes: el/la adolescente percibe que los adultos de su comunidad valoran a los jóvenes. 8. Los jóvenes como recurso: los jóvenes participan de forma útil en la comunidad. 9. Servicio a los demás: el/la adolescente realiza alguna tarea comunitaria al menos una hora semanal. 10. Seguridad: el/la adolescente se siente seguro/a en casa, en el colegio y en su barrio.
Límites y Expectativas	11. Límites familiares: la familia tiene normas y consecuencias claras y controla dónde se encuentra el/la adolescente. 12. Límites escolares: el centro educativo informa claramente de las normas y las consecuencias aplicables. 13. Límites vecinales: los vecinos se responsabilizan de controlar el comportamiento de los jóvenes. 14. Modelos de conducta de adultos: los padres y otros adultos muestran un modelo de conducta positivo y responsable. 15. Influencia positiva de los iguales: los mejores amigos del/la adolescente muestran un modelo de conducta responsable. 16. Expectativas altas: tanto los padres como los profesores animan al/la adolescente a progresar.
Uso Constructivo del Tiempo	17. Actividades creativas: el/la adolescente pasa al menos tres horas semanales desarrollando alguna actividad como música, teatro u otras artes. 18. Programas juveniles: el/la adolescente participa durante al menos tres horas semanales en actividades deportivas, clubes u organizaciones escolares y/o comunitarias. 19. Comunidad religiosa: el/la adolescente participa durante al menos una hora semanal en actividades desarrolladas por una institución religiosa. 20. Tiempo en casa: el/la adolescente pasa tiempo fuera de casa con sus amigos "sin hacer nada en concreto" como máximo dos noches a la semana.

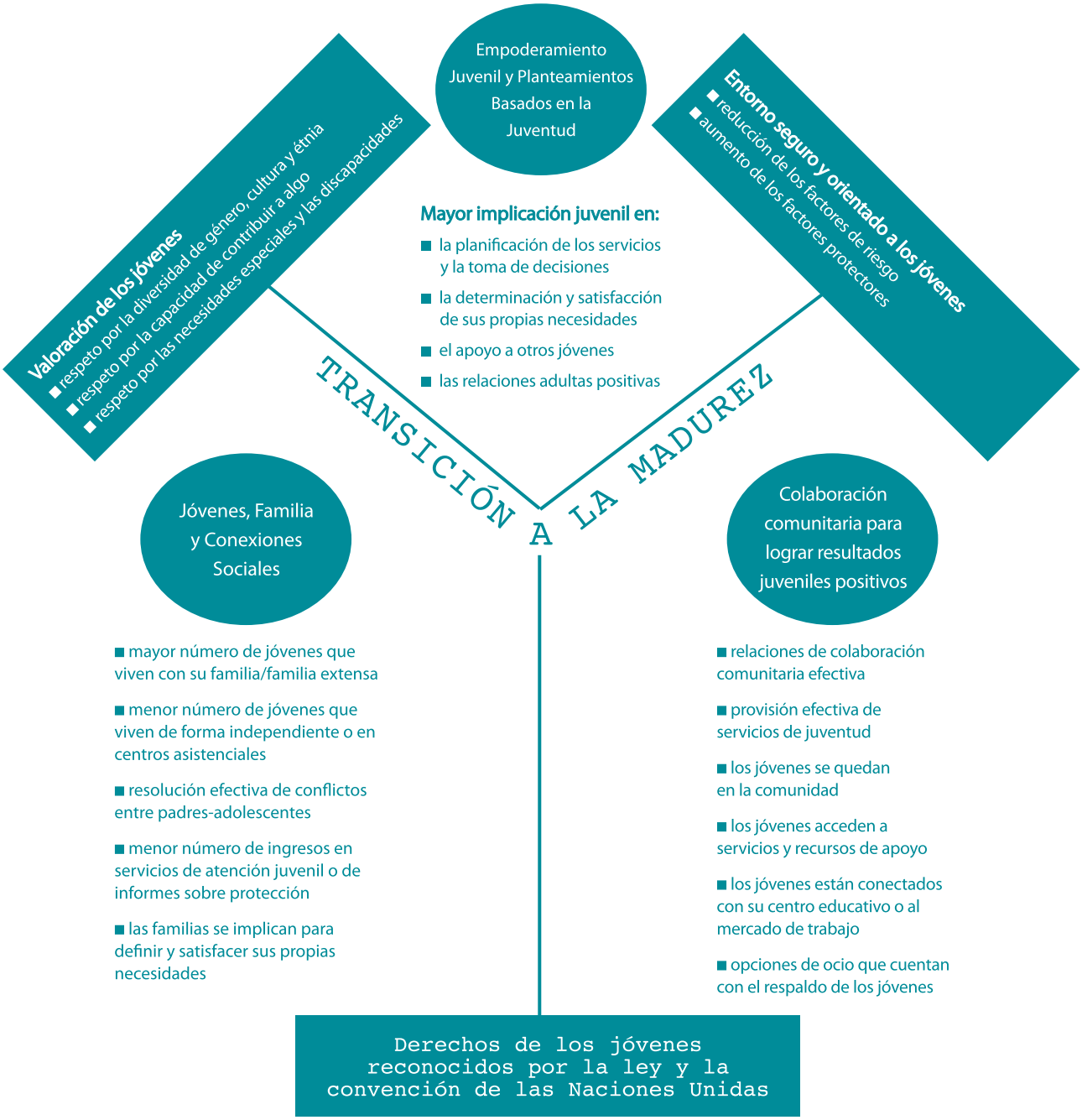
ELEMENTOS FUNDAMENTALES INTERNOS

Compromiso con el aprendizaje	21. Motivación por los logros: el/la adolescente se siente motivado/a para obtener buenos resultados en el colegio. 22. Implicación escolar: el/la adolescente se implica activamente en el aprendizaje. 23. Tareas para casa: el/la adolescente indica que todos los días lectivos pasa al menos una hora haciendo deberes. 24. Vinculación con el centro educativo: el/la adolescente le importa su colegio. 25. Lectura como afición: el/la adolescente lee por placer al menos tres horas semanales.
Valores Positivos	26. Atención a los demás: el/la adolescente le da mucho valor a ayudar a los demás. 27. Igualdad y justicia social: el/la adolescente le da mucho valor a la promoción de la igualdad y a la reducción del hambre y la pobreza. 28. Integridad: el/la adolescente actúa según sus convicciones y defiende sus ideas. 29. Honestidad: el/la adolescente "dice la verdad incluso cuando no es fácil". 30. Responsabilidad: el/la adolescente acepta y asume su responsabilidad personal. 31. Contención: el/la adolescente cree que es importante no ser sexualmente activo ni consumir alcohol o drogas.
Habilidades Sociales	32. Planificación y toma de decisiones: el/la adolescente sabe cómo planificar y tomar decisiones. 33. Competencias interpersonales: el/la adolescente tiene empatía, sensibilidad y aptitud para hacer amigos. 34. Competencia cultural: el/la adolescente conoce y se siente a gusto con personas de otras culturas, razas o etnias. 35. Capacidad de resistencia: el/la adolescente puede soportar la presión negativa de sus iguales y situaciones que implican algún peligro. 36. Resolución pacífica de conflictos: el/la adolescente intenta resolver los conflictos de forma no violenta.
Identidad Positiva	37. Poder personal: el/la adolescente percibe que tiene control sobre "las cosas que me pasan". 38. Autoestima: el/la adolescente indica tener una alta autoestima. 39. Finalidad: el/la adolescente siente que "mi vida tiene un sentido". 40. Visión positiva del futuro personal: el/la adolescente es optimista respecto a su futuro personal.

Los 40 elementos fundamentales del desarrollo (40 Developmental Asset®) solamente pueden reproducirse para usos educativos y no comerciales.

Copyright ©1997 Search Institute®, 615 First Avenue NE, Suite 125, Minneapolis, MN 55412; 1-800-888-7828; www.search-institute.org. Todos los derechos reservados,

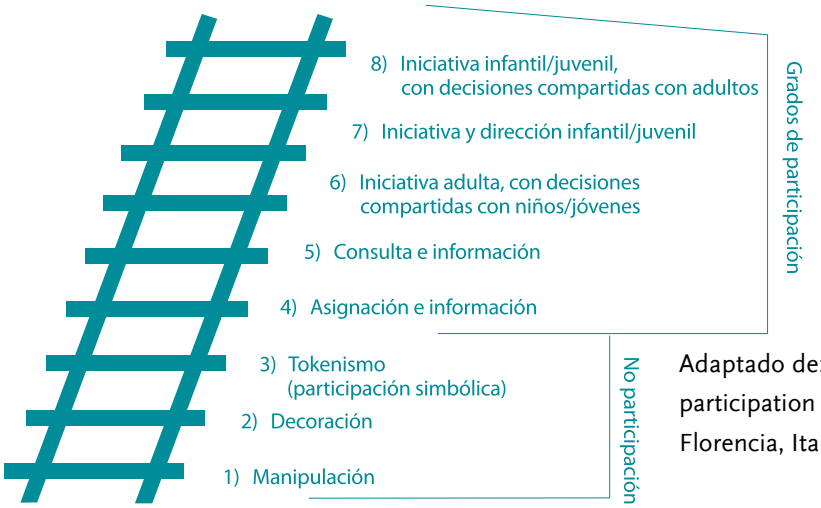
Anexo G: Aspectos Clave Para el Desarrollo y la Salud de Los Adolescentes



Fuente: Youth Service Steering Committee (2002). Guidelines for provisions of youth services. Vancouver, BC: Ministry of Children and Family Development. Retrieved October 25, 2010, from www.mcf.gov.bc.ca/youth/pdf/guidelines_provision_of_youth_services.pdf. Reinpresión autorizada.

Anexo H: Escalera de Participación Juvenil de Hart

©2008. Adam Fletcher para The Freechild Project. En línea en: www.freechild.org



Adaptado de: Hart, R. (1992). Children's participation from tokenism to citizenship. Florencia, Italia: UNICEF Innocenti Research Centre.

8) Iniciativa juvenil con decisiones compartidas de adultos

Se llega a este grado cuando los proyectos o los programas tienen lugar a iniciativa de los jóvenes, que comparten la toma de decisiones con personas adultas. Estos proyectos empoderan a los jóvenes y les permiten acceder a los conocimientos y las experiencias vitales de los adultos, de los que pueden extraer un aprendizaje. Este peldaño de la escalera puede equivaler a colaboraciones entre jóvenes y adultos.

7) Iniciativa y dirección juvenil

Este paso tiene lugar cuando los jóvenes inician y dirigen un proyecto o programa. Los adultos solo tienen un papel de apoyo. Este peldaño de la escalera puede equivaler a activismo juvenil.

6) Iniciativa adulta, con decisiones compartidas con los jóvenes

En este peldaño, los programas y proyectos se ejecutan por iniciativa de los adultos, pero la toma de decisiones se comparte con los jóvenes. Este grado puede equivaler a planteamientos participativos de investigación-acción.

5) Consulta e información

En este peldaño, los jóvenes ofrecen asesoramiento sobre proyectos y programas diseñados y dirigidos por adultos. Se les informa de cómo se va a emplear dicho asesoramiento y de los resultados de las decisiones de los adultos. Este grado puede equivaler a consejos de asesoramiento juvenil.

4) Asignación e información

En este grado se asigna a los jóvenes un papel concreto y se les informa de cómo y por qué van a participar. Este peldaño de la escalera puede equivaler a comités comunitarios de juventud.

3) Tokenismo (participación simbólica)

En este peldaño de la escalera, los jóvenes parecen tener voz, pero en realidad tienen poco o ningún poder de decisión sobre lo que hacen o sobre cómo participan. Este grado refleja adultismo.

2) Decoración

En este peldaño, se usa a los jóvenes para reforzar o contribuir a una causa de forma relativamente indirecta, aunque los adultos no dan a entender que tal causa haya sido inspirada por los jóvenes. Este peldaño de la escalera refleja adultismo.

1) Manipulación

Tiene lugar cuando los adultos utilizan a los jóvenes para defender una causa, dando a entender que ha sido inspirada por los propios jóvenes. Este grado refleja adultismo.

Ejemplos de Planeamientos Teóricos

Ejemplo A: Planteamiento de Desarrollo Juvenil

Esta información ha sido recopilada por la Sierra Health Foundation en colaboración con la Youth Development Network. Reimpresión autorizada por la Sierra Health Foundation.

El desarrollo juvenil es el proceso por el cual todos los jóvenes intentan satisfacer sus necesidades físicas y sociales básicas y adquirir las competencias (conocimientos y habilidades) necesarias para vivir una adolescencia y una madurez satisfactorias.

El desarrollo juvenil también supone un planteamiento de trabajo con jóvenes que busca dar respuesta a sus necesidades de desarrollo y reforzar sus capacidades, y les ofrece la oportunidad de establecer relaciones y conexiones que les son necesarias para llevar una vida satisfactoria.

En este planteamiento, los jóvenes no solo desarrollan sus capacidades para prepararse para la vida adulta, sino que también trabajan por transformar su comunidad para afrontar los desafíos sociales, físicos, educativos y culturales que pueden privarles de un crecimiento satisfactorio. Así, los adolescentes pueden desarrollar funciones de liderazgo, actuar como representantes civiles o intervenir para movilizar a la comunidad.

Este planteamiento se basa en más de 40 años de investigación sobre desarrollo juvenil, resiliencia y desarrollo de valores o elementos fundamentales de desarrollo.

El planteamiento de desarrollo juvenil se basa en esta serie de principios:

La ausencia de problemas no sirve para preparar a los adolescentes. Más que evitarles problemas, lo que hay que hacer es asegurarse de que los jóvenes están preparados para adoptar funciones y responsabilidades de adultos.

Las estrategias basadas en un solo eje no funcionan. Para que el niño se desarrolle integralmente, es preciso emplear planteamientos globales y colaborativos que traten todas las competencias que se desea que tengan los jóvenes en términos cívicos, sociales, profesionales, cognitivos, creativos, culturales y físicos. Dado que ninguna persona ni ninguna institución pueden ofrecer por sí mismos a los jóvenes todo lo necesario, será necesario colaborar para crear una red de apoyo en torno a los jóvenes para que gocen de todo tipo de apoyos y oportunidades que les ayuden en su desarrollo.

El desarrollo se produce en todos los entornos. Los jóvenes progresan en su desarrollo las 24 horas del día. Si todos los entornos en que se mueven les ofrecen lo necesario para progresar de forma satisfactoria, podremos ayudarles a alcanzar un desarrollo positivo. Todas las personas desempeñan un papel en el desarrollo juvenil.

Todos los jóvenes necesitan contar con los mismos apoyos y las mismas oportunidades. Gracias a la investigación, sabemos que los jóvenes necesitan acceder a apoyos y oportunidades para salir adelante y triunfar. Algunos de ellos tienen menor acceso a los mismos, pero todos tienen las mismas necesidades.

Los jóvenes en sí mismos son fuente de información, no meros receptores de servicios y tienen mucho que aportar, pero los adultos deben dejarles formar parte de la solución. Su implicación es clave para su desarrollo, como también lo es para confeccionar programas más relevantes y lograr que las comunidades es resulten más acogedoras.

Marco de Práctica

El programa REACH de la Sierra Health Foundation emplea un marco para el cambio que fue desarrollado por Gambone y se titula "Qué les importa a los jóvenes" *Finding Out What Matters for Youth*. En su investigación, Gambone muestra que los niños y los jóvenes que disfrutan de determinados apoyos y oportunidades tienen más probabilidades de alcanzar resultados de desarrollo positivos. Entre estos resultados se incluyen: ser productivos (graduarse, conseguir trabajo o ir a la universidad); ser capaces de desenvolverse (solucionar problemas, saber cómo conseguir ayuda, gestionar situaciones de la vida diaria) y conectar con los demás (tener relaciones saludables, contribuir a la comunidad, pertenecer a grupos).

En este marco se identifican diversos apoyos y oportunidades que son clave para alcanzar resultados de desarrollo positivos:

- Acceso a unos mínimos básicos de nutrición, alojamiento y servicios sanitarios.
- Acceso a entornos emocionales y físicos seguros.
- Diversidad de relaciones de apoyo con adultos e iguales.
- Posibilidades reales de hacerse escuchar, formar parte de un grupo y asumir roles de liderazgo.
- Posibilidades reales de participar e influir en la comunidad y llegar a transformarla.
- Actividades estimulantes, atractivas y de interés y experiencias de aprendizaje.

Los organismos pueden crear experiencias y programas de gran calidad a través de prácticas, políticas y etornos que ofrezcan a los jóvenes este tipo de apoyos y oportunidades. A continuación se incluyen prácticas institucionales que fomentan planteamientos de desarrollo juvenil de alta calidad: ratios reducidos de personal-adolescentes; continuidad de personal para fomentar el desarrollo de relaciones con los adolescentes; estándares de comportamiento claros y justos; uso de diversas modalidades de enseñanza; formación del personal sobre desarrollo adolescente; estructuras y políticas institucionales que incluyan a jóvenes en funciones de toma de decisiones y liderazgo; colaboración y asociación con comunidades y familias; competencia cultural; flexibilidad en la financiación; evaluación y formación continua.

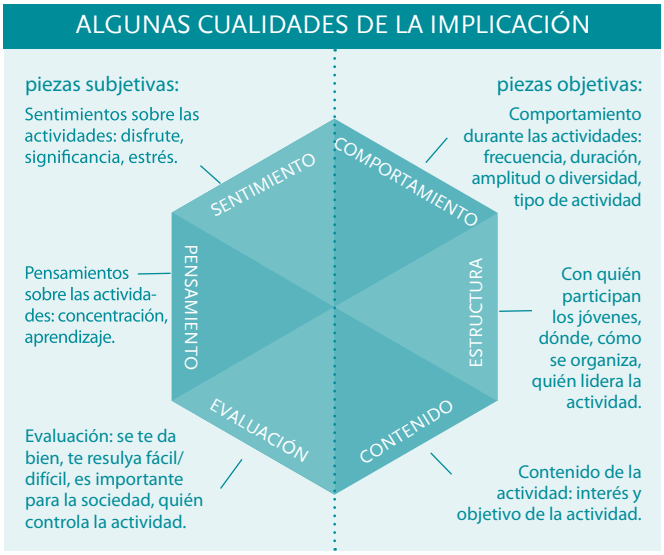
Las comunidades pueden desarrollar políticas que garanticen a los jóvenes el acceso a entornos y experiencias donde encontrar los apoyos y las oportunidades que necesitan para salir adelante. Por ejemplo, más lugares seguros a los que acudir después del colegio, mentores para cualquier niño que lo requiera, iniciativas de inclusión, competencia cultural y servicios comunitarios para garantizar el acceso y la pertinencia de los mismos, mayor número de jóvenes en los órganos decisorios, evaluaciones de los programas que tengan en cuenta la opinión de los jóvenes (o evaluaciones dirigidas por los propios jóvenes), formación a adultos sobre cómo conectar con los adolescentes, o desarrollo de políticas que fomenten una correcta formación entre quienes trabajan con jóvenes.

Ejemplo B: El Ejemplo de Implicación Juvenil como Modelo Conceptual

Nota: El Modelo conceptual de implicación juvenil evoluciona continuamente a medida que vamos adquiriendo mayor conocimiento sobre la implicación juvenil. No obstante, la principal estructura del modelo ya está completa y puede utilizarse como marco para entender la implicación juvenil y los resultados que puede tener en la salud.

El Modelo (en construcción)

Hay varias formas de representar la implicación juvenil. Nuestro objetivo es comenzar con algunas preguntas clave que invitan a los demás a compartir su punto de vista sobre la implicación juvenil. A través de un proceso continuado de consulta, discusión y práctica, esperamos desarrollar el conocimiento colectivo. Vamos a empezar con estas preguntas:



¿qué da inicio a la implicación?

Parte de nuestro modelo trata de cómo se produce la implicación inicial en una actividad. Este proceso puede variar en función de la persona, el tipo de actividad o el tipo de implicación.

En nuestro modelo, representamos dicho inicio con una "burbuja" como esta:

FIG. 1

Algunas de las cosas que pueden llevar a un joven a implicarse en una actividad son:

1. Factores individuales o personales: Valores, temperamento o intereses, entre otros.

2. Factores sociales: Por ejemplo, algunos adolescentes indican que han empezado a participar para poder estar con sus amigos o porque se lo ha pedido un profesor.

Representamos estos dos procesos de iniciación como una burbuja de doble capa. Consideramos que las personas existen 1) como individuos que 2) tienen relaciones importantes con otras personas.

FIG. 2

La decisión de una persona también puede verse influida por:

3. Sistemas: Por ejemplo, los colegios, las instituciones, las comunidades y los países en que los adolescentes viven y trabajan.

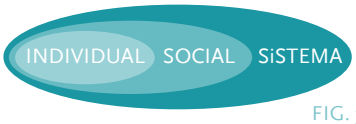


FIG. 3

Añadimos una tercera capa para representar 3) los procesos del sistema que pueden influir en la implicación de los jóvenes.

FIG. 4

Pensemos en la burbuja resultante como aquello que propicia u obstaculiza la implicación, tanto a nivel personal como en relación con los demás y en los sistemas en los que vivimos y trabajamos.

A través de una flecha, podemos conectar la burbuja y todas sus capas con el círculo de implicación. La flecha muestra que los factores de influencia inicial pueden llevar a la implicación.

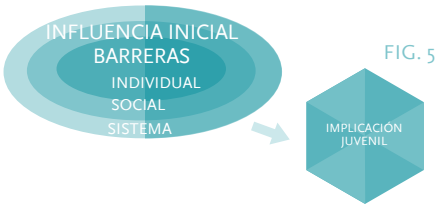


FIG. 5

¿qué da continuidad a la implicación?

Una vez que los jóvenes se implican en una actividad, es posible que decidan continuar desarrollándola o que opten por abandonarla. Al igual que sucede con el proceso de iniciación, los factores que influyen en la continuidad de una actividad varían en función de la persona, el tipo de actividad o el tipo de implicación.

El proceso de continuidad puede tener varias capas, dado que en la decisión influyen las características individuales (personales) así como otras personas y el sistema en el que el individuo vive y trabaja.

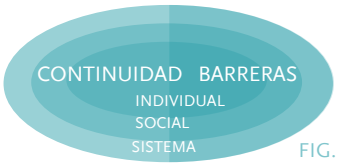


FIG. 6

Así, en nuestro modelo incluimos una burbuja denominada "Continuidad / Barreras" para representar los aspectos que influyen en si una persona continúa implicada o no.

Pensemos en esta burbuja como aquello que da continuidad o desincentiva la implicación, tanto a nivel individual como en relación con los demás y en los sistemas en los que vivimos y trabajamos.

Las flechas muestran que los factores de influencia inicial pueden llevar a la implicación inicial, y que los factores de continuidad pueden llevar a una implicación continuada.

FIG. 7

¿implicaión o resultados?

Otra cuestión es si la implicación conduce a resultados positivos.

Dichos resultados pueden constar de varias capas, ya que la implicación puede redundar en beneficios individuales, así como en mejores relaciones sociales e incluso en mejoras para los sistemas (colegios, instituciones, comunidades, localidades, provincias, países) en los que vivimos y trabajamos.

Así, la conexión entre implicación y resultados positivos puede variar en función de la persona, el tipo de actividad y el tipo de resultado.

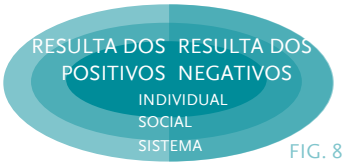


FIG. 8

En nuestro modelo también tenemos una burbuja para "resultados", que también tiene capas, como las demás burbujas, y que refleja tanto los posibles resultados positivos (a la izquierda) como los negativos (a la derecha). Pensemos en esta burbuja en términos de cuáles pueden ser las ventajas de la implicación, tanto a nivel individual como en relación con los demás y en los sistemas en los que vivimos.

También tenemos en cuenta si la implicación a veces puede llegar a dar lugar a resultados no tan positivos, como frustración y estrés.

Así, en nuestro modelo la implicación puede conducir a resultados concretos.

la implicación desarrolla

En nuestro modelo, los factores y procesos que fomentan o desincentivan la implicación juvenil actúan a lo largo del tiempo.

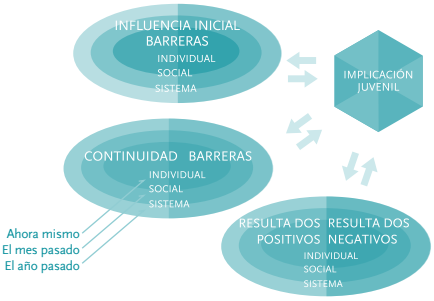
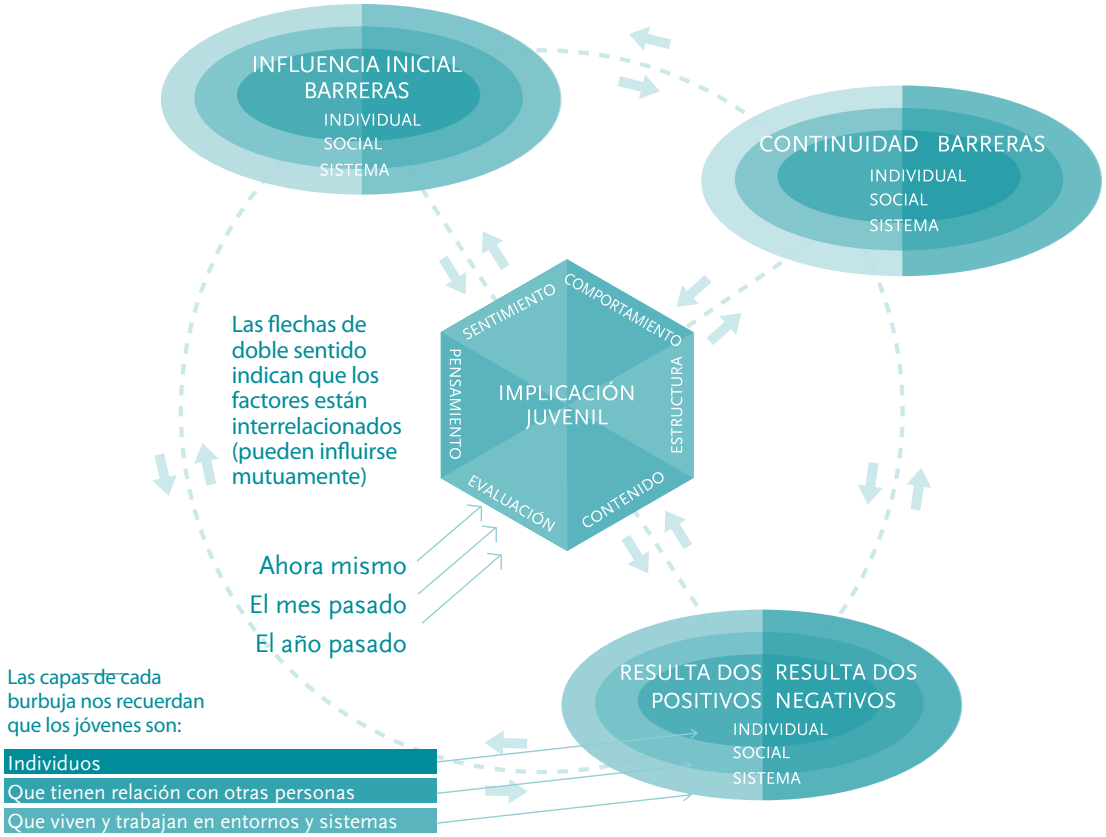


FIG. 9

principales partes del modelo

En conjunto, las burbujas reflejan las principales partes de nuestro modelo:

- ¿Qué da inicio o evita la implicación?
- ¿Cuáles son las distintas cualidades de la implicación?
- ¿Qué mantiene o desincentiva la implicación?
- ¿Cuáles son los resultados potenciales?

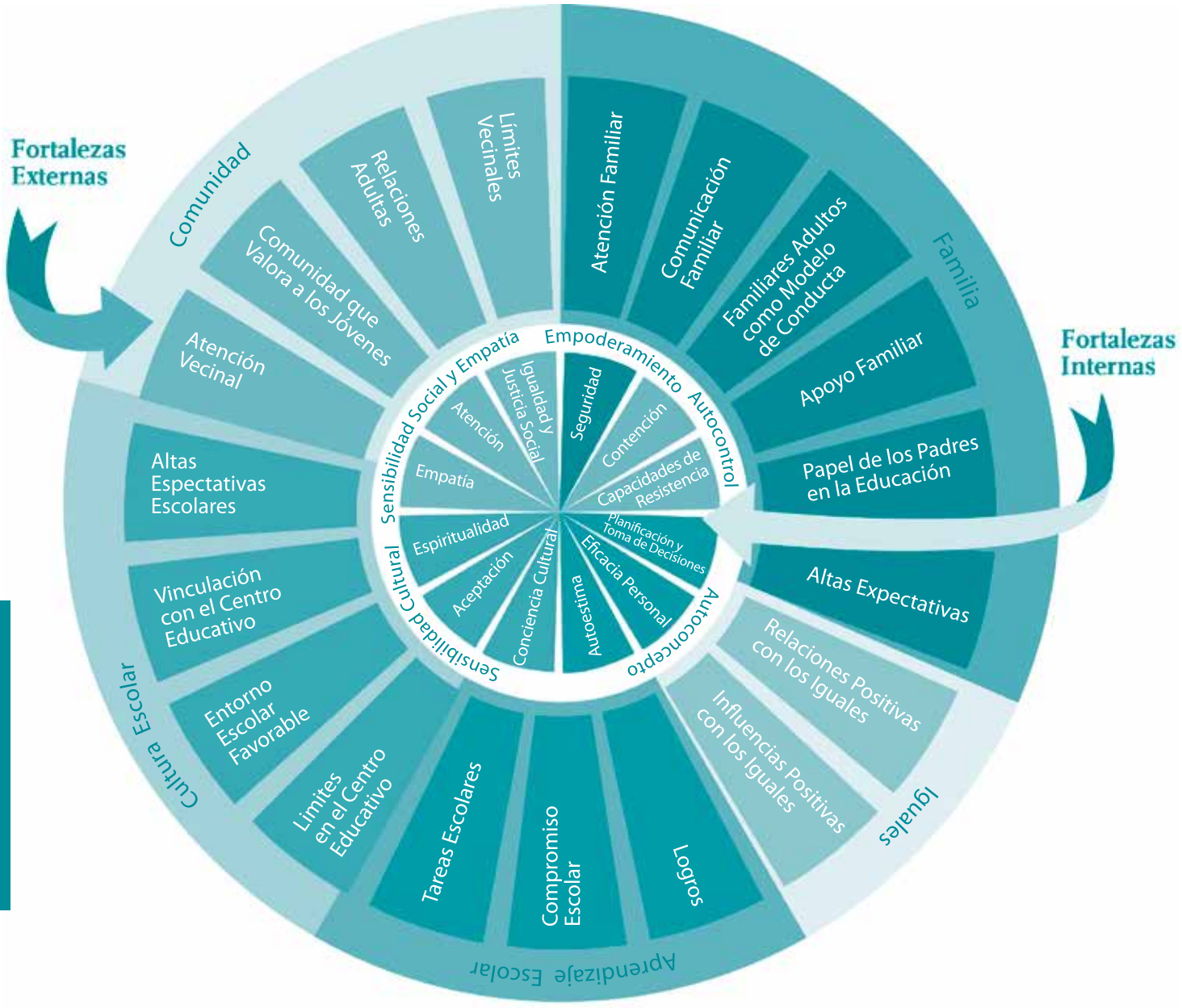


Fuente: Centre of Excellence for Youth Engagement (2007). Youth Engagement: A Conceptual Model. Disponible en: www.engagementcentre.ca. Nuevo formato y reimpresión autorizados.

Ejemplo C: Marco de Resiliencia Juvenil

Reimpresión autorizada por el Dr. Wayne Hammond de Resiliency Initiatives (2001), www.resiliencyinitiatives.ca

El Marco de resiliencia juvenil se basa en la valoración de la resiliencia de niños, jóvenes y adultos y en protocolos de desarrollo que fomentan el uso de un planteamiento basado en las fortalezas o puntos fuertes de cada persona y de un marco holístico para comprender los principales factores que contribuyen a que una persona sea a la vez productiva y responsable.



Puntos Fuertes para el Desarrollo Juvenil
La Resiliencia Juvenil en Nuestra Comunidad

Factor de Resiliencia	Puntos Fuertes para el Desarrollo	Descripción
Apoyo Familiar	Atención familiar	La familia ofrece un entorno de atención, amor y cuidado
	Comunicación familiar	Los jóvenes pueden hablar abiertamente con la familia sobre sus intereses e inquietudes
	Familiares adultos como modelo de conducta	La familia ofrece modelos de conducta responsables
	Apoyo familias	La familia ofrece confianza, apoyo y ánimo
Expectativas Familiares	Papel de la familia en la educación	La familia interviene activamente para ayudar y dar apoyo en la educación del joven
	Altas expectativas	La familia le anima a marcarse objetivos y a dar lo mejor de sí
Relaciones con los Iguales	Relaciones positivas con los iguales	Las amistades son respetuosas y los adultos las consideran positivas
	Influencia positiva de los iguales/compañeros	Las amistades son de confianza y se basan en resultados positivos
Comunidad Cohesión	Atención vecinal	Los jóvenes viven en una comunidad atenta y acogedora
	Comunidad que valora a los jóvenes	Los adultos de la comunidad muestran respeto por los jóvenes y sus opiniones
	Relaciones adultas	Los adultos tratan de conocer a los jóvenes y se les considera como personas de confianza
	Límites vecinales	Los vecinos tienen claras expectativas respecto a los jóvenes
Compromiso con el Aprendizaje Escolar	Logros	Los jóvenes ponen empeño para lograr buenos resultados y sacar buenas notas
	Compromiso escolar	Los jóvenes quieren aprender y trabajar duro en clase
	Tareas para casa	Los jóvenes se esfuerzan por terminar sus deberes y tareas a tiempo
Cultura Escolar	Límites en el centro educativo	El centro educativo tiene normas y expectativas claras en cuanto a comportamiento
	Vinculación con el centro educativo	A los jóvenes les importa su colegio y se sienten seguros en él
	Entorno escolar favorable	El entorno escolar y el profesorado ofrecen un entorno acogedor
	Altas expectativas	El colegio/los profesores animan a los estudiantes a marcarse objetivos y a dar lo mejor de sí

Factor de Resiliencia	Puntos Fuertes para el Desarrollo	Descripción
Sensibilidad Cultural	Conciencia cultural	Los jóvenes entienden y se interesan por otras culturas
	Aceptación	Respetan otras creencias y se muestran abiertos a la diversidad
	Espiritualidad	Las creencias y los valores de los jóvenes tienen un papel importante en su vida
Autocontrol	Contención	Estiman que lo mejor para ellos es no consumir sustancias
	Capacidades de resistencia	Son capaces de evitar o decir no a personas que pueden colocarles en situaciones de riesgo
Empoderamiento	Seguridad	Los jóvenes se sienten seguros y perciben que tienen el control en su entorno inmediato
Autoconcepto	Planificación y toma de decisiones	Son capaces de trazar planes concretos para el futuro
	Eficacia personal	Los jóvenes se muestran positivos respecto a sí mismos y a su futuro
	Autoestima	Los jóvenes se muestran positivos respecto a sí mismos y a su futuro
Sensibilidad Social y Empatía	Empatía	Son compasivos y les importa cómo se sienten los demás
	Atención	Se preocupan por los demás y creen que es importante prestarles ayuda
	Igualdad y justicia social	Creen en la igualdad y estiman que es importante ser justo con los demás

Anexo J: Recursos Basados en la Evidencia

El sitio web Health-evidence.ca es un registro de búsquedas gratuito que ofrece acceso a revisiones sistemáticas sobre la efectividad de distintas intervenciones de salud pública y promoción de la salud. Los profesionales sanitarios pueden suscribirse a dicho registro, que se actualiza cada tres meses, para recibir noticias trimestrales únicamente sobre la evidencia relevante para sus áreas de interés. La salud adolescente es una de las muchas materias sobre las que se pueden realizar búsquedas. Este sitio también ofrece herramientas que sirven para reforzar la toma de decisiones basadas en la evidencia.

A continuación se incluyen otros recursos basados en la evidencia que están disponibles en línea:

- La colaboración Cochrane (Cochrane Collaboration): www.cochrane.org;
- McMaster University Centre for Evidence-based Practice: http://hiru.mcmaster.ca/epc/;
- Centre for Excellence and Outcomes in Children and Young People's Services (sitio web del Reino Unido que ofrece las mejores investigaciones académicas junto con prácticas efectivas de primera línea): www.c4eo.org.uk/; y
- Evidence-Based Nursing (compendio internacional de evidencia pre-evaluada de diversas publicaciones médicas de ámbito internacional): http://ebn.bmj.com

Además, a continuación se incluyen algunos recursos más genéricos que las enfermeras pueden emplear para revisar, evaluar e integrar los nuevos resultados de investigación en sus entornos de práctica:

- The Health Planners Toolkit: Evidence-Based Planning, www.health.gov.on.ca/transformation/providers/information/resources/health_planner/module_3.pdf

- TEIP Program Evidence Tools: - conjunto de guías y hojas de trabajo que ayudan a identificar y aplicar recursos de evidencia relevantes para la promoción de la salud en el ámbito local y en programas de prevención de enfermedades crónicas: http://teip.hhrc.net/docs/tools/d._Program_Evidence_Tools/TEIP_Program_Evidence_Tools.pdf

- TCanadian Best Practices Portal (CBPP): compendio de intervenciones comunitarias ya evaluadas relacionadas con la prevención de enfermedades crónicas y la promoción de la salud, que pueden ser adaptadas y replicadas por otros profesionales sanitarios que trabajen en ámbitos similares: http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/

- Health Communication Unit (en línea): organizador de programas de salud basados en la evidencia que incluye un cuaderno de trabajo, hojas de evaluación, evidencia con que respaldar la toma de decisiones, consejos prácticos y recursos recomendados para cada fase: www.thcu.ca/ohpp/

Este sitio web también ofrece una exhaustiva lista de recursos activos sobre práctica basada en la evidencia: www.thcu.ca/infoandresources/resource_display.cfm?resourceID=1205&translateto=English

- IDM Evidence Framework: herramienta que ayuda a responsables y profesionales de la práctica a tratar aspectos de la promoción de la salud de forma más efectiva, incorporando evidencia de investigación y procedimientos de evaluación en la práctica diaria. También incluye valores y teorías, así como conocimientos sobre el entorno, y destaca cómo todos estos factores interactúan entre sí: www.utoronto.ca/chp/download/IDMmanual/IDM_evidence_dist05.pdf

Además, diversas instituciones y organizaciones canadienses difunden información sobre buenas prácticas basadas en la evidencia para el desarrollo y la evaluación de programas. Gran parte de toda esta información está orientada a ámbitos de práctica concretos, como la ofrecida por el Centre for Addiction and Mental Health [Centro de adicciones y salud mental], que ofrece un recurso web para profesionales en el que se señalan diez guías de buenas prácticas sobre intervenciones de promoción de la salud mental dirigidas a niños y jóvenes.

Anexo K: Características y Valoración de los Servicios Orientados a los Jóvenes

Ejemplo A: Lista de Características de los Servicios Orientados a los Jóvenes

Características del Prestador del Servicio

- ❒ Personal con formación específica
- ❒ Respeto por los jóvenes
- ❒ Respeto por la privacidad y la confidencialidad
- ❒ Suficiente tiempo de interacción entre usuario y prestador del servicio
- ❒ Acceso a compañeros/iguales asesores

Características del Centro de Salud

- ❒ Espacios separados y horarios aparte
- ❒ Horario cómodo
- ❒ Ubicación cómoda
- ❒ Espacios adecuados y suficiente privacidad
- ❒ Entorno acogedor

Características del Diseño del Programa

- ❒ Implicación juvenil en el diseño e intercambio de información continuo
- ❒ Acogida abierta a nuevos usuarios, citas concertadas rápidamente
- ❒ Sin aglomeraciones, esperas cortas
- ❒ Tarifas asequibles
- ❒ Publicidad y comunicación que informan e infunden confianza a los jóvenes
- ❒ Acogida y atención a niños y jóvenes varones
- ❒ Amplia variedad de servicios disponibles
- ❒ Disponibilidad de derivaciones en caso necesario

Otras Posibles Características

- ❒ Material educativo disponible para consulta presencial y para llevar
- ❒ Disponibilidad de grupos de debate
- ❒ Posibilidad de posponer exámenes pélvicos y análisis de sangre
- ❒ Alternativas de acceso a información, asesoramiento y servicios

Reimpresión autorizada por Path Finder International, Copyright ©2002.

Ejemplo B: Valoración del Grado de Cercanía a los Jóvenes

Para obtener más información sobre esta herramienta de evaluación, consúltese:

Senderowitz, J. (2002). *Clinic assessment of youth friendly services: A tool for assessing and improving reproductive health services for youth.* Washington, DC: Pathfinder International. Consultado el 25 de octubre de 2010 en: www.pathfind.org/site/DocServer/mergedYFStool.pdf?docID=521.

Reimpresión autorizada por Path Finder International, Copyright ©2002.

1. Ubicación	Método	Respuesta	Comentarios/Recomendaciones
¿Qué distancia hay entre el centro y el transporte público?	E, IS, IC		
¿Qué distancia hay entre el centro y los lugares en que los jóvenes pasan el tiempo libre?	E, IS, IC		
¿Qué distancia hay entre el centro y los centros educativos de la zona?	E, IS, IC		
2. Horario del Centro			
¿A qué hora abre el centro?	IS, IC		
¿A qué hora cierra el centro?	IS, IC		
¿El centro ha previsto horas específicas de atención a los adolescentes?	IS, IC		
¿Hay una lista publicada de los servicios disponibles y de las horas de atención?	E		
¿Qué horarios son los más adecuados para los adolescentes que precisan estos servicios?	IS, IC		

3. Entorno del Centro	Método	Respuesta	Comentarios/Recomendaciones
¿El centro ofrece un entorno cómodo para usuarios adolescentes?	E, IC		
¿El centro cuenta con un espacio separado para atender a usuarios adolescentes?	E, IC		
¿El centro cuenta con una sala de espera aparte para usuarios adolescentes?	E, IC		
¿Hay una zona de orientación en la que no se vea/se oiga a los usuarios (preservación de la intimidad)?	E, IC		
¿Hay una sala de reconocimiento en la que se preserve la intimidad del usuario?	E, IC		
¿Se acoge y atiende tanto a chicos como a chicas, tanto por sus propias necesidades como en calidad de compañeros o parejas?	IS, IC, R		
4. Preparación del Personal			
¿Los prestadores están preparados para dar respuesta a los adolescentes en materia de salud reproductiva?	IS		
¿Cuentan todos los miembros de la plantilla (por ej. la persona en recepción) con una mínima formación sobre usuarios adolescentes? ¿De qué tipo de formación se trata? ¿Qué duración tuvo?	IS		
¿Los prestadores muestran respeto por los adolescentes durante las consultas y las sesiones de orientación?	IS, O, IC		
¿Disponen los profesionales de materiales de apoyo para realizar su trabajo cotidiano (p. ej. pizarra, carteles con mensajes clave, recordatorios de los derechos de los pacientes, etc.)?	IS, O		

5. Services Prestados	Método	Respuesta	Comentarios/Recomendaciones
¿Se ofrece orientación sobre sexualidad, sexo seguro, prevención del embarazo y prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH (como la doble protección)?	IS, IC, P		
¿Qué métodos anticonceptivos se ofrecen (incluida la anticoncepción de emergencia)?	R, IS, IC, P		
¿Se facilitan preservativos tanto a chicos como a chicas?	IS, IC, O, P		
¿Hay suficientes existencias (preservativos, otros métodos anticonceptivos, pastillas) para cubrir las necesidades?	IS, IC		
¿Hay suficiente equipo (espéculos pequeños, escalas, tensiómetro, jeringas, agujas, etc.) para ofrecer servicios de salud reproductiva a los jóvenes?	IS, E		
¿Se ofrecen pruebas de embarazo?	R, IS, IC, P		
¿Se realizan pruebas de ITS?	R, IS, IC, P		
¿Los jóvenes solicitan otros servicios de salud reproductiva distintos de los ofrecidos? ¿Cuáles?	IS, IC		
¿Se deriva a los usuarios a otros centros por no disponer de determinados servicios en las instalaciones (p. ej. sobre abusos sexuales)? Incluir un ejemplo, si procede.	R, IS, IC, P		
¿Existe un procedimiento formal de derivación, incluidos el control y el seguimiento?	IS, IC, P		
6. Programas de Formación/orientación entre Iguales			
¿Se dispone de un programa de formación u orientación entre iguales? Incluir una descripción, si procede.	IS, IC, O		
¿Cuántos formadores/orientadores trabajan en el centro?	IS		
¿Cuántas horas a la semana pasan en el centro?	IS		
¿Hay algún sistema para supervisar y dar seguimiento a su labor? En caso afirmativo, ¿de qué tipo?	IS, P		

7. Actividades Formativas	Método	Respuesta	Comentarios/Recomendaciones
¿El centro dispone de material formativo (equipos de audio/vídeo, ordenadores, material impreso?) ¿Cuáles?	IIS, IC, E		
¿Se han colgado carteles de contenido formativo?	IS, IC, E		
¿Hay carteles/pósteres o folletos que describan los derechos de los usuarios?	S, IC, E I		
¿Los usuarios pueden llevarse el material impreso? Describir los materiales y comentarlos.	S, IC, E		
¿En qué idiomas están disponibles los materiales informativos, formativos y de comunicación?	IS, IC, E		
¿Se organizan grupos de discusión?	IS, IC, O		
¿Los usuarios pueden acceder a información u orientación de forma no presencial (por teléfono, a través de página web, mediante envío postal de materiales)? Describirlos, si procede.	IS, IC, E		
8. Implicación Juvenil			
¿De qué manera los adolescentes pueden sugerir/recomendar cambios para hacer que los servicios resulten más cómodos y receptivos?	IS, IC, E, P		
¿Los adolescentes participan actualmente en la toma de decisiones sobre la forma de prestación de los programas? ¿De qué forma?	IS, IC, P		
¿Cómo podrían implicarse más activamente en la toma de decisiones en el centro?	IS, IC		
¿Qué otros papeles pueden asumir en el trabajo y el asesoramiento clínicos?	IS, IC		

9. Política de Apoyo	Método	Respuesta	Comentarios/Recomendaciones
¿Se han reflejado por escrito unas pautas claras de atención a adolescentes? Describirlas, si procede.	IS, P		
¿Existen procedimientos por escrito para proteger la confidencialidad de los usuarios? Describirlos, si procede.	IS, P		
¿Se archivan los expedientes de forma que se salvaguarde la confidencialidad?	IS, E, P		
¿Hay métodos anticonceptivos a los que no pueden acceder los adolescentes? ¿Cuáles?	IS, IC, P		
¿Se exige el consentimiento de los padres o del/la cónyuge? ¿Qué tipo de consentimiento y en qué circunstancias?	IS, IC, P		
¿Se ha previsto una edad mínima para que los adolescentes puedan acceder a estos servicios? En caso afirmativo, ¿por qué y para qué servicio(s)?	IS, IC, P		
¿Se atiende a los adolescentes independientemente de su estado civil?	IS, IC, P		
¿Se realizan exámenes pélvicos de rutina? ¿Por qué motivo(s)? ¿Se pueden posponer?	IS, IC, P		
¿Existen políticas o procedimientos que supongan un obstáculo para la prestación de servicios orientados a la juventud?	IS, IC, P		

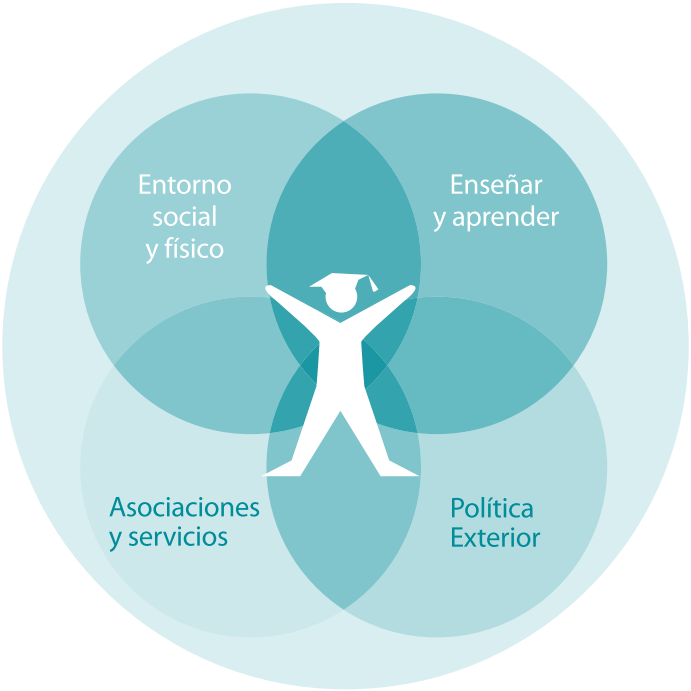
10. Procedimiento Administrativo	Método	Respuesta	Comentarios/Recomendaciones
¿Se respeta la privacidad del usuario en el proceso de registro, de forma que la conversación no pueda ser escuchada por otras personas que están en espera?	IS, IC, E, P		
¿Se puede atender a los adolescentes sin cita previa?	IS, IC, P		
En caso de esta sea imprescindible, ¿se puede agilizar la cita previa para los usuarios adolescentes?	IS, IC, P		
¿Cuánto tiempo de media tiene que esperar un adolescente para ver a un profesional?	IS, IC		
¿Cuánto tiempo de media duran las entrevistas entre usuario y prestador?	IS, IC, O, P		
11. Publicidad/ Comunicación			
¿La publicidad del centro detalla los servicios que se ofrecen y resalta la importancia de la confidencialidad?	IS, IC, E		
¿Hay empleados o voluntarios dedicados a tareas de divulgación? ¿De qué tipo?	IS, IC, O		
12. Tarifas			
¿Cuánto se cobra a los adolescentes por servicios y procedimientos concretos?	IS, IC, P		
¿Los adolescentes de la zona de actuación pueden permitirse pagar estas tarifas?	IS, IC		

E = Examinar entorno y distribución del centro
IC = Entrevistas a usuarios
IS = Entrevistar a gestores y personal del centro
O = Observar la interacción entre usuario y prestador
P = Revisar las políticas y procedimientos del centro
R = Revisar los expedientes clínicos

Obstáculo Potencial	Fecha Planificada /Efectiva	Responsable	Recursos Necesarios	Actuación Necesaria	Mejora Necesaria

Anexo L: Modelo de Salud Escolar Integral

Reimpresión autorizada por:
Joint Consortium for School Health (2008).
Fuente: Joint Consortium for School Health (2008). What is Comprehensive School Health? Consultado el 1 de noviembre de 2010 en: www.jcsh-cces.ca/index.php?option=com_content&view=article&id=40&Itemid=62.



Pilares de la Salud Escolar Integral

Cuando decimos...	Queremos decir...
Entorno social y físico	El entorno social ■ Es la calidad de las relaciones con y entre el personal y los estudiantes del centro educativo.
	■ Es el bienestar emocional de los estudiantes.
	■ Se ve influido por las relaciones con las familias y la comunidad en su conjunto.
	El entorno físico incluye ■ Los edificios, los terrenos, el espacio de juego y los equipamientos dentro y alrededor del centro educativo.
	■ Los servicios básicos como el saneamiento y la limpieza del aire.
Enseñar y aprender	■ Recursos, actividades y plan de estudios provincial/territorial en los que los estudiantes adquieren conocimientos y experiencias acordes con su edad, con los que consiguen desarrollar las destrezas necesarias para mejorar su salud y bienestar.
Política escolar saludable	■ Se trata de todas las prácticas de gestión, los procesos de toma de decisiones, las normas, los procedimientos y las directrices a todos los niveles que promueven la salud y el bienestar y conforman un entorno escolar favorable, respetuoso y acogedor.
Asociaciones y servicios	Las asociaciones son: ■ Los vínculos entre el centro educativo y las familias de los estudiantes.
	■ Las relaciones de estímulo en el trabajo dentro de los centros (personal y estudiantes) y entre los centros y otras instituciones y grupos de representación de la comunidad.
	■ El trabajo conjunto de sectores como el de la salud, la educación, etc. para promover la salud escolar.
	Los servicios son: ■ Servicios comunitarios y escolares que apoyan y fomentan el bienestar y la salud de estudiantes y trabajadores.

Anexo M: Descripción de la Herramienta

Las Guías de buenas prácticas únicamente podrán implantarse con éxito si existen unos recursos, planificación y respaldo administrativo e institucional adecuados, así como los medios necesarios para ello. Para ello la RNAO, a través de un equipo de enfermeras, investigadores y administradores, ha desarrollado la *Herramienta de implantación de Guías de práctica clínica*, basadas en la evidencia disponible, en perspectivas teóricas y en el consenso. Recomendamos el uso de esta herramienta de cara a la implantación en una institución de atención sanitaria de cualquier Guía de buenas prácticas clínicas.

La *Herramienta* orienta paso a paso a los grupos e individuos que trabajan para planificar, coordinar y facilitar la implantación de la Guía. En concreto, la *Herramienta* recomienda seguir los siguientes pasos:

1. Identificar una Guía de práctica clínica bien desarrollada y basada en la evidencia.
2. Identificar, evaluar e implicar a las partes interesadas.
3. Valorar si el entorno es adecuado para la implantación de la Guía.
4. Identificar y planificar estrategias de implantación basadas en la evidencia.
5. Evaluar la planificación y la implantación.
6. Identificar y garantizar los recursos necesarios para la implantación.

Implantar las Guías en la práctica de tal manera que se consiga cambiar la práctica clínica con éxito resulta una tarea extremadamente compleja. La Herramienta supone un recurso fundamental para gestionar este proceso.

Notas

Notas

Notas

Notas

iaBPG

INTERNATIONAL
AFFAIRS & BEST PRACTICE
GUIDELINES

TRANSFORMING
NURSING THROUGH
KNOWLEDGE

revisado en diciembre de 2010

Guía de Buenas Prácticas Clínicas

Fomento de un Desarrollo Saludable en los Adolescentes

Este proyecto está financiado por el
Ontario Ministry of Health and Long Term Care

ISBN 978-1-926944-00-5

RNAO Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Ontario