



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Maestría en Psicología Social
Facultad de Psicología - Universidad de la República
Cohorte 2017

Tesis de Maestría en Psicología Social

*¿Cómo se relacionan las concepciones de salud de los y las adolescentes
con los servicios de salud disponibles para esta población en
Montevideo?*

Autora: María Cecilia Vitale

Director: Pablo López Gómez

Montevideo, Junio 2023

Agradecimientos

A la UdelaR, por permitirme ser parte de la cohorte 2017 de la maestría en psicología social. También a mis compañeros/as y docentes.

A los y las adolescentes, que me brindaron su tiempo y palabras para esta tesis con total desinterés.

A las personas con las que conformamos equipos de investigación en estos años, las cuales aportaron a mi recorrido como investigadora hasta hoy: Deni, Ale, Majo, Lau, Fio, Moni.

A Pablo, por acompañarme en este largo y sinuoso camino de la tutoría.

A la Red, mis amigas de Córdoba, mis amigas de Uru y las que están desperdigadas por el mundo, que siempre apoyaron y sostuvieron con sus palabras de aliento.

A Manu, por su cariño en los cuidados de Luchi que posibilitaron mis tantas sentadas a escribir esta tesis.

A Marian, por escucharme, compartir y ser mi dos desde el comienzo de esta maestría hasta hoy. Lo logramos compa!

A Leti, por sus palabras amorosas, por leerme y hacer sus magias a último momento.

A mis familias, la cordobesa y la uruguaya, que siempre celebran mis logros.

A Bru, por acompañarme, por sostener y siempre darme ese empuje que necesito para cumplir mis metas.

A Lucila, que desde la panza acompañó en este proceso con su comprensión y amor incondicional. Desde las últimas cursadas, hasta varias tetas y siestas en la compu para que mamá pueda terminar.

A Uruguay, por recibirme hace 8 años con tanta calidez y acompañarme en el descubrimiento de mi versión más genuina.

Por último pero principalmente, a mí, por la perseverancia, el compromiso y la dedicación que le destiné durante 6 años a este trabajo, atravesados por la migración a un nuevo país, una pandemia inesperada y la revolución de mi primera maternidad!

Resumen

En Uruguay, los datos disponibles muestran que las personas adolescentes no se sienten convocadas de manera significativa a los servicios de salud, a pesar de la reforma del sistema de salud del año 2007. Este estudio busca describir cómo se relacionan las concepciones de salud de los y las adolescentes con los servicios de salud disponibles, para lo cual se propone: analizar las concepciones de salud y de los servicios de salud que tienen las adolescencias; investigar sobre los diferentes facilitadores y barreras para el acceso a los servicios que identifica la población adolescente; y caracterizar la oferta asistencial, de promoción y de prevención de salud que ofrecen los servicios, desde la perspectiva de los y las adolescentes.

Se plantea una investigación desde un paradigma interpretativo, con un diseño cualitativo flexible, de tipo transversal y descriptivo. Se utilizó un muestreo intencional con un criterio de máxima diferenciación (sexo, edad y tipo de servicio que utiliza) conformado por 14 adolescentes. Se utilizó como instrumento de recolección, entrevistas semiestructuradas con adolescentes de 15 a 19 años que residen en Montevideo. La técnica utilizada para procesar las entrevistas, fue el análisis de contenido cualitativo.

Los resultados de este estudio muestran el escaso acercamiento de la población adolescente a los servicios de salud, y que muy pocas personas entrevistadas han tenido experiencias de atención en Servicios de Salud para Adolescentes (SSPA). Las concepciones que tienen las adolescencias sobre el cuidado de su salud, están vinculadas a pensamientos y conductas individualistas, higienistas y que responden a un discurso médico hegemónico tradicional. Los y las participantes identifican la atención humana de calidad como un facilitador para el acceso a los servicios de salud, y los tiempos de espera como una de las barreras más significativas, independientemente si pertenecen a un prestador de salud público o privado. Como conclusión, se puede visualizar la existencia de un circuito de retroalimentación entre la concepción que tienen los servicios acerca de la salud adolescente, y la población adolescente que no se acerca ya que no se siente atraída de manera significativa por estos. Por un lado, los servicios no han buscado activamente cambiar las concepciones de salud de los y las adolescentes y, por otro, son estas concepciones las que mantienen a las personas adolescentes alejadas de los servicios, identificándolos como una solución a situaciones graves o como un actor que resuelve necesidades burocráticas. No obstante, los servicios no generan una oferta asistencial específicamente pensada para atender sus necesidades particulares y cambiar estas concepciones de salud.

Palabras claves: adolescencia, salud, servicios de salud

Abstract

In Uruguay, the available data show that adolescents do not feel that they are meaningfully called upon to use health services, despite the 2007 reform of the health system. This study seeks to describe how adolescents' conceptions of health are related to the health services available. To this end, we propose to: analyse adolescents' conceptions of health and health services; investigate the different facilitators and barriers to accessing services identified by the adolescent population; and characterise the range of health care, promotion and prevention services offered by these services from the perspective of adolescents.

The research is based on an interpretative paradigm with a flexible qualitative, cross-sectional and descriptive design. A purposive sample was used with a maximum differentiation criterion (sex, age and type of service used) comprising 14 adolescents. Semi-structured interviews with adolescents between 15 and 19 years of age living in Montevideo were used as a collection instrument. The technique used to process the interviews was qualitative content analysis.

The results of this study show that the adolescent population has little access to health services and that very few of those interviewed have had experience of care in Adolescent Health Services. Adolescents' conceptions of health care are linked to individualistic, hygienist thoughts and behaviours that respond to a traditional hegemonic medical discourse. The participants identify quality human care as a facilitator for access to health services and waiting times as one of the most significant barriers, regardless of whether they belong to a public or private health provider. In conclusion, it can be seen that there is a feedback loop between the services' conception of adolescent health and the adolescent population that does not approach them because they do not feel attracted to them in a significant way. On the one hand, services have not actively sought to change adolescents' conceptions of health and, on the other, it is these conceptions that keep adolescents away from services, identifying them as a solution to serious situations or as an actor that resolves bureaucratic needs. However, the services do not generate a range of care specifically designed to meet their particular needs and change these conceptions of health.

Key words: adolescence, health, health services

Índice

Introducción	6
Capítulo 1. Antecedentes y Fundamentación	7
Capítulo 2. Marco teórico conceptual	16
2.1 Psicología de la Salud	16
2.2 Adolescencias.....	20
2.3 Accesibilidad en salud.....	24
Capítulo 3. Delimitación del problema y preguntas de investigación.....	26
3.1 Pregunta de investigación.....	27
3.2 Objetivos	27
Capítulo 4. Diseño metodológico.....	28
4.1 Consideraciones éticas	30
Capítulo 5. Resultados, Análisis y Discusión	33
5.1 Concepciones de salud de las y los adolescentes	34
5.1.1 Discursos sobre salud.....	34
5.1.2 Estrategias de consulta ante el malestar	48
5.1.3 Espacios en los que se habla de salud	53
5.2 Acceso a los servicios de salud	58
5.2.1 Concepciones y acercamiento a los servicios.....	58
5.2.2 Trato y calidad de la atención.....	62
5.2.3 Acceso a la información	68
5.3 Oferta de los Servicios de Salud para Adolescentes (SSPA)	74
5.3.1 Oferta asistencial para la población.....	74
5.3.2 Espacios físicos adaptados a la población.....	79
Capítulo 6. Consideraciones finales	85
6.1 Conclusiones	85
6.2 Limitaciones de la investigación	88
Referencias bibliográficas	90
Apéndice	97
A) Pauta de entrevista	97
B) Consentimiento informado.....	98
Anexo	100
Imágenes entrevistas	100
Aval Comité de Ética	104

Introducción

La presente tesis se realiza en el marco de la Maestría en Psicología Social de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (UdelaR). Tiene como objetivo describir la relación entre las concepciones de salud de los y las adolescentes, con los servicios de salud disponibles para esta población.

En Uruguay desde el año 2005, existen los denominados SSPA. Aunque éstos fueron cambiando su nombre y sus objetivos con el paso de los años, son espacios principalmente pensados para la atención integral a la población adolescente. El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), establece que todas las personas adolescentes, independientemente del prestador que tengan, tienen acceso universal y gratuito a estos espacios diseñados específicamente para las adolescencias. No obstante, no todos los prestadores de salud han podido incorporar esta modalidad de atención tal como lo sugiere el Ministerio de Salud Pública (MSP), o bien, no han podido fortalecer estos espacios y generar un acceso efectivo para los y las adolescentes. En esta tesis, se intentará dar respuesta a la pregunta de investigación principal sobre cómo se relacionan las concepciones de salud de los y las adolescentes, con los servicios de salud disponibles para esta población.

El trabajo está organizado en seis capítulos. El capítulo 1 presenta los antecedentes contextuales, políticos y académicos del problema de investigación. A partir de ello, se construye la fundamentación del problema. En el capítulo 2, se propone el marco teórico conceptual que sustenta el estudio, dividido en tres apartados: psicología de la salud, adolescencias y accesibilidad en salud. En el capítulo 3, se formula el problema de investigación, las preguntas y los objetivos que atraviesan esta tesis. En el capítulo 4 se muestra la estrategia metodológica utilizada y las consideraciones éticas que se tuvieron en cuenta al momento de llevar adelante el estudio. El capítulo 5, el más extenso, presenta los resultados, análisis y discusión. Este, a su vez, se organizó en tres apartados que corresponden a las dimensiones identificadas, cada una con sus respectivas categorías de análisis. Finalmente, el Capítulo 6 cierra esta tesis, con las consideraciones finales y limitaciones del estudio.

Capítulo 1. Antecedentes y Fundamentación

En este primer capítulo, se desarrollan los antecedentes contextuales y políticos, así como los antecedentes académicos revisados para la construcción del problema de investigación y se finaliza con la fundamentación correspondiente.

La ley N°18.211 del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) puesta en marcha a partir del año 2007 en Uruguay, crea un marco de oportunidades para la atención a la salud de los y las adolescentes con un enfoque de derechos y equidad. Según lo planteado por Hortonedá (2015), “para la población adolescente el Programa Nacional de Salud impulsó la construcción de un modelo de atención integral e integrador que se ha ido plasmando mediante el estímulo de estrategias y capacidades institucionales” (p.23). Igualmente, la autora sostiene que las acciones que el sector salud ha puesto en marcha son importantes, pero no suficientes.

Por otra parte, Hortonedá (2015) expone que, los lineamientos de atención a la salud de las y los adolescentes expresados en la ley del SNIS, se basan en el Modelo de Atención Integral a partir de la estrategia de Atención Primaria a la Salud. “El Programa Nacional de Salud Adolescente y Juventud propone un modelo de atención que ubica al ser adolescente en el centro y lo vincula con su micro, macro entorno, en el que se privilegia la promoción de estilos de vida saludable y la prevención de condiciones o problemas de salud” (pp.26-27). Esta autora pone énfasis en la necesidad de que el Programa se potencie a través de los ámbitos donde la población adolescente habita, estudia, trabaja o se recrea, aparte de promoverlo en los servicios tradicionales de salud.

La guía creada por la Iniciativa de Derechos de Infancia, Adolescencia y Salud en Uruguay (IDISU) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), titulada “Los derechos de niños y adolescentes en el área de salud” (2012), refleja la importancia de la interacción requerida entre profesionales de la salud, madres/padres o responsables y adolescentes, para la efectividad en el ejercicio de sus derechos en el ámbito de la salud. Se plantea que dicha interacción tiene que estar de acuerdo con el nuevo paradigma jurídico, exigiendo la implementación de dispositivos que tengan como objetivo garantizar los derechos de los y las adolescentes en cuanto al acceso a la atención en los servicios de salud, a recibir información y a expresar su voluntad, la cual deberá atenderse en un marco de confidencialidad.

Estos derechos tienen como contrapartida los correlativos deberes de los profesionales de la salud, quienes deben brindar a los niños y adolescentes una atención de calidad que asegure el respeto de sus derechos. A su vez, los servicios de salud deberán garantizarles el efectivo acceso a una atención de calidad mediante servicios adecuados que atiendan sus particularidades. (IDISU y UNICEF, 2012, pp.23-24)

A partir de lo destacado por el Plan y Estrategia Regional de Salud Adolescente de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2010), se entiende que el acceso de la población joven a los servicios de salud es insuficiente en la mayoría de los países. Se enfatiza que muchos/as adolescentes encuentran obstáculos de órdenes jurídicos, financieros y con entornos hostiles al utilizar los servicios de salud. Entre los más destacados aparecen el incumplimiento de la confidencialidad, los juicios de valor y la desaprobación relacionados con la actividad sexual, el uso de sustancias, y la discriminación. La OPS (2010), expresa que “el acceso a los servicios de salud (por ejemplo, los biomédicos y de salud mental) se ve afectado por las políticas de financiamiento del sistema de salud, las barreras geográficas y la disponibilidad del personal de salud” (p.19).

En este sentido, la OPS (2010), entiende que, debido a la escasa participación de la población adolescente en los servicios de salud, se presta atención insuficiente a las necesidades específicas de los y las adolescentes en función de la edad, la etapa de desarrollo, la cultura y el género. Además, plantea que los programas no aprovechan la función central que pueden desempeñar las familias, las escuelas y la comunidad como factores protectores para la salud y la educación, así como su potencial para facilitar el acceso a los servicios de salud y convertirse en los principales promotores de la salud. Por lo tanto, “la identificación de las fortalezas y debilidades de las comunidades y barrios mediante evaluaciones participativas es fundamental para construir programas y servicios de salud innovadores, integrales y eficaces para el desarrollo de los jóvenes” (OPS, 2010, p.18). En relación con esto, Hortonedá (2015) plantea: “Los y las adolescentes serán tenidos en cuenta por los servicios de salud en cuanto a decisiones sobre su propia salud, serán considerados al momento de implementar servicios específicos, tomando en cuenta sus necesidades” (p.27). En este sentido, la autora supone que la misma población adolescente, es parte de la solución a los propios problemas o riesgos de ésta etapa vital.

Por otro lado, en el informe final sobre los resultados obtenidos con la estrategia y el plan de acción para el período 2010-2018, la OPS (2019) insiste en que no se alcanzaron algunas de las metas propuestas por parte de los Estados, y remarca la necesidad de “eliminar los obstáculos legales, políticos y del sistema de salud para lograr el acceso universal y equitativo de los adolescentes a servicios de salud integrales de calidad que satisfagan sus necesidades” (p.15).

Por su parte, en el Plan Nacional de Juventudes 2011-2015 de Uruguay realizado por el Instituto Nacional de la Juventud (INJU, 2010), se evidencia que los y las jóvenes, sólo en caso de enfermedad utilizan los servicios de salud, y se refiere a que “no hay una práctica instalada de controles preventivos o rutinarios en esta población. Tan sólo el 10% de las personas de 15 a 19 años (...) acuden a controles preventivos” (p.41). Estos números se sostienen en el tiempo y se vuelven a mostrar en el siguiente Plan para el período 2015-2025, en el que el INJU (2019), refiere que los y las adolescentes plantean como principales dificultades a la hora de acceder y utilizar los servicios: que no son amigables para personas adolescentes y que existen dificultades relacionadas a la desactualización de profesionales de la salud en temas de salud mental y sexualidad. Se enfatiza que ambos temas fueron los que más aparecieron en las consultas realizadas en todos los departamentos de Uruguay (INJU, 2019, p.161). En este sentido, se destacan otros datos significativos que surgieron de las encuestas a los y las adolescentes, quienes hacen referencia a:

- la necesidad de servicios de salud que se adapten a las necesidades de jóvenes y adolescentes.
- que existan espacios para plantear sus problemas sin sentirse juzgados, sino contenidos y en un marco de confianza.
- que la relación médico-paciente, está caracterizada por un vínculo vertical y unidireccional que se reduce, en general, a la prescripción de tratamientos o medicamentos en donde no existe la información o las razones de esta evaluación.
- que operan determinados prejuicios desde el personal de salud, relacionados a temas como salud sexual y reproductiva o consumo de sustancias, lo que se traduce en un obstáculo para adolescentes a la hora de consultar (INJU, 2019, p.161).

Según la fuente del Instituto Nacional de Estadística (INE) del 2013, el 85,4% de los y las adolescentes y jóvenes de Uruguay, han realizado por lo menos una consulta médica en el último año. Asimismo, el 90% de las personas que no realizó consultas médicas declara, como principal razón para no consultar, la falta de motivos para hacerlo. Entre ellos se destacan: No tenía motivos para consultar 90,3%; No quería/tenía ganas 4,4%; No tenía tiempo 2,7%; Por motivos económicos 0,2%; El lugar de la consulta le queda muy lejos 0,4%; Porque no se lo quería decir a sus padres 0,4%; Otro motivo 1,7% (INE e INJU, 2013).

Con respecto a la Cuarta Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud del 2018, el INJU (2020), muestra que la consulta médica en el último año por parte de la población adolescente y joven en Uruguay, se ha mantenido con un porcentaje similar al de 2013, con el 85,2%. Al desagregarlo por sexo, se pudo ver que las mujeres realizaron una mayor cantidad de consultas médicas (91,0%) respecto a los varones (79,7%). (INJU, 2020, p.101). En esta encuesta, también se mostraron otros datos relevantes, como por ejemplo:

- El 14,2% realizó por lo menos una vez, alguna consulta psicológica en el último año y el 5,5% consultó con psiquiatra. Aquí, el porcentaje también es mayor para mujeres que para varones y disminuye a medida que avanza la edad. También, al aumentar el nivel de ingreso, se incrementa este acercamiento a psicólogo/a o psiquiatra (p.104)
- El 26,5% declaró haber realizado al menos una consulta en un centro de salud sobre temas sexuales. Las mujeres con un 40,8% y los varones 14,8% (p.102)
- La vida sexual de la población adolescente comienza a los 16 años aproximadamente, y son los varones quienes comienzan antes. En 2018, los varones mostraron tener su primera relación sexual a los 15, mientras que las mujeres a los 16, coincidiendo con la encuesta del año 2013 (p.117).
- Las y los adolescentes de 14 a 17 años, son quienes declaran la utilización de redes sociales como fuente de acceso a la información (p.142).

En su momento, la guía para la atención integral de la salud de adolescentes del Ministerio de Salud Pública (MSP), entre los cinco objetivos estratégicos que se propuso, destaca la mejora en el acceso y la atención de salud en el curso de la vida. Por ello, “la implementación de las buenas prácticas en la atención a la salud adolescente ha sido aprobada por las autoridades del MSP y se proyecta que a partir del año 2018 las

instituciones podrán solicitar, de forma voluntaria, la acreditación en las mismas” (MSP, 2017, p.29). En concordancia con estos objetivos estratégicos, el fortalecimiento de SSPA, como espacios específicos para la atención de esta población, aparecían como uno de los medios para aportar al cumplimiento de las buenas prácticas.

Aquí, se retoma la historización de la creación de los SSPA, impulsado por el MSP en el año 2005 a partir del Programa Nacional de Salud de Adolescencia, actualmente llamada Área Programática de Adolescencia y Juventud. Graña (2019), comenta que esta creación de SSPA se instauró como un hito en cuanto a la atención en salud de la población adolescente, “dado que no solo se elaboró una política sanitaria para la atención, sino que se identificó la necesidad de capacitación de los profesionales de la salud para lograr un cambio en el modelo de atención”. Para ello, se hizo especial énfasis en el primer nivel de atención, como el privilegiado para el desarrollo de la promoción y prevención en salud, relacionada a la adquisición de hábitos y conductas saludables en adolescentes (p.163). Entonces, se inició así la creación de estos SSPA y en su relato Graña (2019), da cuenta de que existen unos 70 espacios en todo el país, según lo declarado por los prestadores del SNIS. Esta, agrega sobre la conformación:

Estos espacios adolescentes son declarados como tal por cada prestador de salud, pudiendo corresponder a policlínicas diferenciadas que funcionan en horario diferente y están a cargo de médicos de familia, pediatras o médicos generales que en su mayoría son los médicos de referencia de adolescentes en el sistema. También pueden ser ginecólogos dado que al inicio estos espacios tuvieron una fuerte impronta en salud sexual y reproductiva. A este respecto, cabe aclarar que hay que diferenciarlos de los servicios de salud sexual y reproductiva (SSyR), cuya universalización se consagra en la Ley N° 18.426/2008, que atienden a todas las mujeres sin especificidad de edad. Sin embargo, en algunos casos los profesionales que integran los equipos de SSyR comparten parte de la carga horaria de su cargo con los “espacios adolescentes”. Actualmente y según declaración de los 42 prestadores de salud del SNIS, 31 cuentan con al menos una policlínica diferenciada para adolescentes. Dentro del subsector público, ASSE cuenta con al menos una policlínica diferenciada por departamento y en el Área 163 Metropolitana, son 14 los servicios de salud para adolescentes. El Hospital Policial cuenta con una policlínica diferenciada, mientras que los

seguros privados solo 2 de 8 cuentan con policlínica diferenciada. (Graña, 2019, pp.163-164)

Con respecto al funcionamiento de estos espacios específicos para adolescencias, se recuerda que en sus inicios, tuvo un fuerte componente vinculado a la promoción y a la prevención, “siguiendo los lineamientos trazados por OPS-OMS y UNFPA a través de lo que se conoce como la estrategia de ‘espacios amigables’ para mejorar la calidad de atención en el primer nivel” (p.164). Otro de los puntos importantes que señala Graña (2019) sobre dicha estrategia, tiene que ver con la alianza de la salud y el ámbito educativo, en donde se resalta la realización de talleres sobre temas relacionados a salud adolescente en los centros de educación formal.

En el transcurso de la implementación de estos espacios, la misma autora plantea que se identificaron situaciones complejas (violencia, vulneración de derechos, desescolarización, necesidades básicas insatisfechas, exclusión social) que afectaban la salud y el bienestar de la población adolescente. A esto, se sumaba la dificultad y desigualdad en el acceso a los espacios, por lo que se comenzó a pensar en los SSPA como servicios de atención que formen parte de una red, la cual permita brindar cierta continuidad en la atención a adolescentes en todos los niveles, siendo referencia y referentes para ellos y ellas. En este sentido Graña (2019), comenta que se sigue trabajando en pos de fortalecer y garantizar el acceso de la población adolescente a estos servicios especializados, y comenta:

Actualmente se está trabajando en la implementación de los estándares globales de calidad para mejorar los servicios de salud para adolescentes. La implementación de los mismos, es un proceso que permitirá evaluar la atención que se brinda identificando brechas para realizar ajustes y mejoras en pos de lograr una atención de calidad centrada en las personas. En este sentido, Uruguay presenta una situación privilegiada en la región, ya que la cobertura en atención en salud es universal. La reforma del sistema de salud incorpora además un elemento clave: la participación de los usuarios como agentes activos en el cambio de modelo de atención. De esta manera, la participación de adolescentes y jóvenes en los servicios de salud representa un factor clave a la hora de garantizar una atención de calidad. Sin embargo, representa uno de los mayores desafíos que tiene el sistema actualmente. Quienes trabajamos con adolescentes y jóvenes cualquiera sea el lugar o sector al que pertenezcamos

deberíamos realizar el máximo esfuerzo, para hacer posible su participación en los diferentes ámbitos promoviendo de esta forma el ejercicio de la ciudadanía. (Graña, 2019, pp.163-164).

En cuanto a los servicios para población adolescente, UNICEF e INJU (2022), siguen la misma línea y resaltan la necesidad de que los servicios de salud puedan ser espacios amigables, de confianza y seguros para adolescentes. También sostienen la importancia de que cuenten con personal especialmente capacitado en adolescencias y perspectivas transversales. Además, consideran que actualmente se suele trabajar con las personas adultas como si fueran un grupo homogéneo, sin embargo, es necesario incorporar una perspectiva de juventudes en la atención de la salud considerando sus propias características (p.30).

Se toman los aportes de la tesis de maestría de Arias (2017), titulada “La atención de la salud de la población adolescente: Un estudio desde la perspectiva de los adolescentes”, como uno de los antecedentes académicos principales para esta investigación. La docente e investigadora, comenta que los resultados de su estudio dan cuenta del establecimiento de un buen vínculo con los y las profesionales por parte de las adolescencias, lo que identifica como la mayor fortaleza de la atención a la salud. Sin embargo, otro de los puntos importantes que Arias remarca, son las dificultades planteadas como principales obstáculos. En este sentido, las y los adolescentes señalan que tanto el tiempo de espera para la consulta, como el trato por parte de los funcionarios/as y profesionales de la salud, son obstáculos que pudieron identificar para el acceso a los servicios. A partir de esto, la autora concluye reflexionando que, “esta situación produce encuentros y desencuentros entre la población usuaria adolescente y los servicios de salud, configurando diferentes grados de vulneración de sus derechos como usuarios” (p.19). Por ello, se coincide con Arias en lo significativo de tomar en cuenta y analizar el discurso de la población adolescente.

Con respecto al período adolescente, se toma como referencia el estudio de Sawyer et al. (2018), quienes entienden que si se pone el énfasis en la adolescencia como una fase única de energía y creatividad, así como de cierta vulnerabilidad, permitiría a las sociedades valorar las contribuciones de los y las adolescentes y, a su vez, garantizar el acompañamiento en su crecimiento y desarrollo de la forma más saludable posible. En este sentido los mismos autores sostienen, que cuando se les dan las oportunidades y

recursos para aprender, explorar, crear y descubrir, la adolescencia puede ser una fase vital transformadora en la que adquirir los pilares esenciales para el funcionamiento de las personas adultas que serán en un futuro. Por otra parte, la multiplicidad de cambios que se dan durante la adolescencia, suponen una gran responsabilidad para el sistema sanitario. Por ello, se tiene que considerar esta etapa como un período importante en el que se promuevan acciones preventivas y de tratamiento de enfermedades crónicas por parte del sistema de salud, que aporten al desarrollo saludable de las personas adolescentes. Por último expresan que, como ocurre en muchas partes del mundo, prácticas como la fragmentación de los servicios sanitarios en cuanto a la separación de la salud mental y la salud sexual de otros sistemas de salud, por ejemplo, limita la atención integral que necesita la población adolescente (Sawyer et al., 2018, pp.4-5).

A su vez en un estudio anterior, Arias y Suárez (2014), parten de la comprensión del concepto de “accesibilidad” que plantea Stolkiner, para dar cuenta de este vínculo que se construye entre las y los usuarios, y los servicios de salud. Las docentes explican que “en este vínculo se ponen en juego los derechos de los usuarios y la concepción de salud que estos tienen” (Arias y Suárez, 2014, p.27). El estudio que realizaron las docentes, está orientado a pensar la accesibilidad como un proceso construido en el encuentro de ambos actores, el cual permite analizar las relaciones y los diversos fenómenos que se van dando en ese vínculo.

Por su parte, un estudio de Hirmas et al. (2013) expone que, “las barreras se presentan en todos los contextos de desarrollo social y económico estudiados, y en distintos esquemas de financiamiento y aseguramiento de salud, incluso en países donde existe cobertura universal” (pp.226-227). Asimismo, los autores comentan en cuanto a la revisión que realizaron, que se encontraron escasas investigaciones que aborden las barreras que enfrentan las personas que no acceden al sistema de salud. Y destacan la importancia de “identificar barreras y facilitadores de la población que no toma contacto con los servicios de salud y determinar específicamente cuáles son los grupos excluidos de los sistemas de atención” (p.228). Por otra parte Hirmas et al. (2013), conciben que:

El sistema sanitario es un determinante de la salud en sí mismo; interacciona y puede modificar el efecto de otros determinantes sociales, ya que tiene la responsabilidad de desempeñar una función activa en las condiciones sociales

que afectan el nivel de salud, a través del acceso equitativo a los servicios de atención. (p.224)

En este sentido, los autores entienden el acceso a la atención en salud, como parte de un resultado del ajuste entre la oferta que brinda el sistema y la demanda de las personas con respecto a sus necesidades de salud.

En relación con lo planteado en este apartado, se puede observar que, los diferentes estudios tanto a nivel nacional como internacional dan cuenta de la necesidad de seguir investigando sobre las concepciones de salud del colectivo adolescente y la relación que tienen con los servicios de salud. Además, es importante identificar los facilitadores y barreras para su acceso a los centros de salud de Montevideo. El analizar la oferta asistencial existente desde los diferentes prestadores de salud para los y las adolescentes, con el fin de generar mejoras en la atención a la salud de esta población, ajustado a sus necesidades e intereses, debe ser una prioridad para la agenda de investigación. A partir de estos cuestionamientos y análisis, se podrá mejorar la atención a la salud de la población adolescente en Uruguay.

En este sentido, esta investigación surge como un aporte en la generación de conocimiento en el tema salud adolescente y convoca a profundizar en los aspectos anteriormente expuestos, a partir de los antecedentes de los diferentes estudios ya nombrados.

Capítulo 2. Marco teórico conceptual

El análisis del problema de esta investigación, está guiado por algunas perspectivas teóricas y conceptuales que se desarrollarán a lo largo del siguiente apartado. Como parte del proceso de construcción del problema de investigación, surgen la *Psicología de la Salud*, *Adolescencias* y *Accesibilidad en salud* como nociones teóricas y conceptos básicos que sustentan el estudio.

2.1 Psicología de la Salud

Antes de introducir la psicología de la salud como perspectiva teórica central de esta tesis, es necesario repasar brevemente la historia del concepto de salud. Valera y De Lara (2020), en sus estudios sobre el concepto de salud desde una perspectiva filosófica, plantean que actualmente la salud ya no es concebida y definida como la ausencia de enfermedad, como se creía antes: “El cuerpo silente –el que no hace ruido– es el cuerpo sano, es decir, aquel cuerpo en que no hay huella de enfermedades” (p.32). Dichos autores, al historizar el recorrido del concepto de salud, entienden que en esta concepción tradicional, se consideraba que el cuerpo sano era el cuerpo que no contaba con enfermedades vigentes. Por lo tanto, se trata de un concepto un tanto problemático desde variadas dimensiones sobre todo porque el cuerpo sano, el que no presenta enfermedades, es un concepto totalmente abstracto e inalcanzable para el ser humano. Se trataría, también, de un concepto negativo ya que al no estar sano, estas enfermo. Es decir, la ausencia de enfermedades o de síntomas, no se pueden considerar elementos a la hora de delimitar el estar “sano” y, por lo tanto, los autores expresan que esta definición se muestra como deficitaria por sí misma. Entonces, “tanto la incapacidad de dar cuenta de la condición humana concreta, como los déficits teóricos de esta definición tradicional de salud, han empujado hacia un cambio conceptual radical” (Valera y De Lara, 2020, pp.32-33).

De esta perspectiva, surge la tan conocida definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que ya en 1948 la definió como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Aunque se sabe que esta definición ha sufrido variadas críticas a lo largo de los años por diferentes disciplinas que toman la salud como objeto de estudio, es generalmente la más aceptada y utilizada.

Si se toma en cuenta el concepto de salud desde la antropología, por ejemplo, Moreno (2007), propone comprender el proceso “salud-padecimiento-enfermedad-atención” incluyendo el padecer como parte fundamental del proceso en sí; “dada su relevancia en el enfoque socioantropológico que revela su interrelación así como las condiciones específicas de un sistema cultural” (p.64). La autora sostiene, que es indiscutible el no limitar la comprensión y el estudio del concepto de salud a la mirada biomédica, sino que también es necesario la construcción de modelos que inviten a la participación de diversas disciplinas, entre ellas: la etnografía, la epidemiología, la sociología, la historia, la psicología, la política, etc. (p.68). En este sentido, Moreno agrega: “conceptualizar la salud y la enfermedad demanda explicaciones sustentadas en modelos más complejos que incluyan un espectro más amplio que el molecular-subindividual-sistémico-ecológico en la dimensión biológica y el individual-social-cultural en la dimensión histórica” (Moreno, 2007, p.69).

Por su parte, Morales (2015), comenta que la salud de las personas, factor clave del transcurso de la vida de éstas, es visto como un proceso “dialéctico” en constante desarrollo. El autor agrega, que este proceso “incluye diferentes estados (entre ellos los de bienestar y eficiencia, y los de enfermedad y muerte) y el tránsito entre los mismos, así como sus diversas expresiones y sus determinantes biológicos, ambientales, económicos, sociales, psicológicos, culturales y espirituales” (p.121). Asimismo, Morales (2015), sostiene que son las propias personas las protagonistas de su salud y ésta el componente principal de sus vidas, motivaciones y realizaciones. Desde esta mirada, la persona no es receptora pasiva de enfermedades, y por lo tanto, el malestar subjetivo pasa a ser percibido como el producto de la afectación de la salud (p.121).

En ésta línea, el mismo autor postula una perspectiva de concepción de salud, desde una mirada más abarcativa e integral al plantear lo siguiente:

En tanto seres sociales, es en la interacción con otros seres humanos, que construimos nuestros propios sentidos sobre la salud y las enfermedades, aprendemos y reforzamos prácticas y hábitos, desarrollamos motivos y actitudes, expresamos nuestro bienestar y nuestro sufrimiento, afrontamos de uno u otro modo las tensiones y noxas potenciales del ambiente, nos comportamos de manera más o menos saludable, recibimos y damos apoyo y mediatizamos a través nuestros estados emocionales el impacto de las tensiones. (Morales, 2015, p.121).

Luego de éste breve recorrido por las concepciones de salud desde diferentes disciplinas, es relevante introducir el concepto de psicología de la salud, una de las principales perspectivas que sostienen esta investigación. Siguiendo con los estudios de Morales sobre el tema, él la define como “la rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud” (Morales, 2012, p.100).

A partir de este extracto de la definición de psicología de la salud brindada por Morales, es interesante destacar lo planteado por el autor. El mismo expresa, que a la psicología de la salud le interesa además, el estudio de los procesos psicológicos que son parte de lo interpersonal manifestado en la prestación de los servicios de salud, así como también lo expresado en lo práctico, en un amplio modelo de actividad de acciones útiles para la promoción de la salud y prevención de las enfermedades. Asimismo, es parte del campo de la psicología de la salud, estudiar los procesos para la atención y para la adaptación de los servicios de salud a las necesidades de los y las usuarias (Morales, 2012, p.100). Igualmente, el autor entiende que el accionar de esta rama de la psicología y sus objetos precisos de trabajo, pueden abarcar tanto a los individuos, familias, grupos y comunidades, así como las instituciones y la sociedad entera. Dependiendo de la naturaleza del problema reconocido, se deberá evaluar, interpretar y actuar para obtener el resultado deseado para el mejoramiento de la salud (Morales, 2012, p.100).

A partir de lo que el autor viene mencionando en su artículo, concluye que la psicología de la salud, 40 años después de su surgimiento, ha conformado una fuerte identidad y puede desplegar diferentes aportes científicos de interés, para la atención y comprensión de problemas de salud significativos (Morales, 2012, p.100). Aunque diferentes autores reconocen la evolución y la importancia de la psicología de la salud en estos últimos años, Morales (2012) remarca que:

Su desarrollo está afectado por los modelos de salud que prevalecen, que mantienen el énfasis en la enfermedad más que en la salud, en la atención más que en la promoción y la prevención, en los individuos más que en la comunidad, en lo biológico más que en lo social. El desarrollo de una psicología de la salud que logre un mayor impacto en la sociedad no depende solamente de

los psicólogos, también deberán transformarse los paradigmas, las políticas y los servicios de salud. (Morales, 2012, p.104)

En este mismo texto, Castro (2012), revela la importancia de que la psicología intente enfocarse “no solo al tratamiento de los trastornos psicológicos, sino a la promoción de lo que hoy llamaríamos ‘aspectos salugénicos’ del ser humano” (p.105). El enfoque hacia la “psicología salugénica”, está relacionado con un alejamiento del tradicional modelo médico, es decir, tratar y abordar solo patologías. En este sentido, se concibe que la salud es más que la ausencia de enfermedad. Por último, Castro remarca lo que Morales entiende como un papel fundamental de la psicología de la salud: una práctica con efectos sobre el colectivo social (p.105). Siguiendo la misma línea, Saforcada (2012), pone en evidencia que el campo de acción de la psicología de la salud, es la sociedad en su conjunto y sus distintas formas de organizarse y manifestarse. Éste explica, que no puede pensarse una psicología de la salud que actúe solo en las instituciones de salud, al contrario, sostiene que la misma “debe practicarse extramuros, en el seno de las comunidades en todo lo implicado por el proceso de salud y sus manifestaciones como así también con relación a los comportamientos de las personas, familias y comunidades con respecto a su salud” (p.107).

Saforcada et al. (2010), exponen lo fundamental de comprender el proceso de salud y actuar en relación con él, reconociendo la existencia de algunos componentes, conceptos y procesos como:

Los estilos de vida, los hábitos, las creencias, las representaciones sociales, el comportamiento, la subjetividad, los sistemas valorativoactitudinales, la autoestima, el desarrollo de destrezas para la vida, lo afectivo-emocional, el estrés cotidiano, etcétera. Estos componentes se abren en una infinidad de subcomponentes; por ejemplo, en relación con los hábitos están los que se refieren al uso del tiempo (trabajo, ocio, descanso), a lo alimentario, a la actividad corporal, a los modos de interactuar con los demás, al uso de sustancias tóxicas, etcétera. Todos ellos, que implican la mayor parte del total de los que concurren al área de la salud positiva como soporte de su génesis y mantenimiento, son de naturaleza psicológica y antropológico-cultural y hacen a los fundamentos de la calidad de vida y el bienestar de los seres humanos. (Saforcada et al., 2010, p.25)

Por último León (2006), propone pensar en una psicología social de la salud realizando una revisión del cambio de paradigma del modelo biomédico al modelo biopsicosocial. Este autor, explica que “la salud es un problema multicausal y que existen estrechas relaciones entre los diferentes determinantes de la salud” (p.84). Así, una de las características del modelo biomédico es que la salud es exclusivamente pensada desde los cuidados individuales, y remarca la necesidad de desestructurar esta idea, reforzando el visualizar la esfera individual desde otros sistemas en los que una persona se encuentra inmersa (familia, organización o cultura). León (2006), a su vez sostiene que “desde el modelo biopsicosocial la salud es un problema social y político, cuyo planteamiento y solución pasa, necesariamente por la participación activa y solidaria de la comunidad” (p.92). En este sentido, refiere a la importancia de que el cambio de modo de vida no se dé solamente por parte del individuo, sino también desde el sistema de salud y el sistema social.

2.2 Adolescencias

En una tesis centrada en la población adolescente, es importante describir desde qué marco teórico de referencia se entienden las adolescencias. En este sentido, se introducen algunas nociones teóricas, a partir de la lectura de los y las siguientes referentes sobre el tema.

Ramos (2015) explica que, como resultado de la sociedad occidental y de la modernidad, la adolescencia será una forma particular de cubrir las nuevas necesidades sociales, directamente correspondidas con las relaciones de género y de clase social. Según esta autora, se utiliza la expresión “adolescencias” para dar cuenta de la diversidad que caracteriza a este colectivo. Las particularidades de cada adolescente son el resultado de un conjunto de “interacciones entre lo individual y lo social en donde las categorías de sexo, género, edad, nivel socioeconómico, lugar de procedencia y residencia, etnia, orientación sexual, entre otros se articulan de manera compleja” (Ramos, 2015, p.17). Por su parte, Hortonedá (2015), señala que la OMS en 1990 ha definido operacionalmente a la adolescencia como el período de la vida que acontece desde los 10 a los 19 años: “Su inicio se relaciona con los primeros cambios corporales de la pubertad y su finalización, con la adquisición de la madurez física, emocional, vocacional –laboral– y económica de la adultez” (p.12). La autora, convoca a pensar la adolescencia desde lo planteado por Krauskopf, quién refiere que en esta etapa de la

vida, las personas toman un nuevo rumbo con respecto a su desarrollo, alcanzando su madurez a nivel sexual. Asimismo, “se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo, recuperando para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propio” (Hortonedá, 2015, p.12).

Refiriéndose a la etapa adolescente UNICEF e INJU (2022), describen un período caracterizado por un gran ritmo de cambios y crecimiento, en el cual se da la integración de diferentes aspectos como la autonomía de sus referentes familiares, la identidad sexual, los dilemas de la vida (filosóficos, religiosos, políticos), la elección vocacional, etc. Asimismo, sostienen que el cuerpo es clave en estos tiempos y a veces puede generar ciertas inseguridades, dando cuenta de un rol particular en la etapa adolescente. Con respecto a la salud mental, entienden que en esta etapa:

Es esperable que existan también ambivalencias y dudas por las pérdidas reales o simbólicas y también por las adquisiciones. Los y las adolescentes atraviesan experiencias que les son inéditas, sobre las que no tienen referencias. Como todo lo nuevo, esas experiencias pueden despertar tanto alegría y entusiasmo como dificultades y malestar. Precisamente por esto, son frecuentes los traspiés, algún síntoma, alguna señal del esfuerzo del proceso y el que los y las adolescentes transiten por momentos de malestar psíquico, sin por ello estar atravesando algún problema de salud mental. Muchos de los signos o señales de sufrimiento psíquico que se presentan durante la adolescencia no configuran un problema de salud mental. En la juventud, las tensiones pueden estar relacionadas con las propias expectativas (y las del entorno), en el sentido de lo vocacional, lo laboral, lo afectivo-sexual, la independencia económica, y generar conflictos si estas expectativas no se ven cumplidas o si el logro de los objetivos parece complejo. El presente y las proyecciones de futuro que las personas jóvenes construyen como objetivos de sus proyectos de vida, o la ausencia de expectativas e incluso la incertidumbre o certeza en muchos jóvenes de que no hay posibilidad de cambio, van en detrimento de su bienestar psicosocial y esto puede manifestarse en problemas emocionales y de conducta. (UNICEF e INJU, 2022, p.6)

Por otra parte, también conciben fundamental observar a las adolescencias y juventudes desde una perspectiva de género, ya que durante el proceso de socialización, “las normas de género refuerzan y estructuran las pautas del comportamiento socialmente esperado para cada persona” (UNICEF e INJU, 2022, p.6). Así, se reproducen los estereotipos del binarismo masculino y femenino, determinando un valor y un reconocimiento desigual en función de lo que espera la sociedad de mujeres y varones. En lo que respecta a la salud mental, durante este proceso de socialización de género, “se pautan permisos, habilitaciones y restricciones diferentes para varones y mujeres sobre la identificación de emociones y la posibilidad de expresarlas, pedir ayuda, mostrarse o sentirse vulnerables” (p.6); lo que marca un camino diferenciado con respecto a la identificación y búsqueda de resolución de problemas de salud mental, también en la vida adulta.

Por su parte, Valadez (2019), concibe imprescindible tomar en cuenta la complejidad del proceso de constitución del psiquismo en la etapa adolescente, el cual se da a partir de la calidad del encuentro con una otra persona. En este proceso, “entran en juego los sistemas de relaciones y modelos sociales y culturales; es un proceso de cambio, lleno de inestabilidad e inquietud, en el que el sujeto adolescente busca modelos y referencias para autoafirmarse como yo independiente” (p.179). Aquí, la familia juega un rol fundamental en la cimentación del desarrollo, plantea la misma autora. Por lo tanto, la familia:

se configura como un mediador cultural para la construcción de la dimensión afectiva como herramienta para el desarrollo emocional, socio-cognitivo y de adaptación social, de tal forma que el tipo de relación que se establezca, será fundamental para favorecer o en su defecto, entorpecer el desarrollo, se puede señalar que la familia ejerce una función de apoyo y protección emocional. (Valadez, 2019, p.184)

Por otro lado, Krauskopf (2016) en uno de sus textos, alude a la relevancia que tuvo el avance en los paradigmas sobre la etapa juvenil y la salud, lo que ha habilitado a que se generen programas y servicios destinados a la población adolescente. En estos, se reconoce que los y las adolescentes se encuentran transitando un período fundamental para la salud, el desarrollo humano y social.

La ausencia de un claro reconocimiento social de la identidad juvenil es un vacío imprescindible de superar para el desarrollo efectivo del conocimiento sobre sus realidades y enfrentar el desafío de construir sociedades inclusivas. Es necesario contar con legislación, políticas públicas e institucionalidad orientadas al pleno reconocimiento de los derechos de adolescentes y jóvenes, así como las medidas necesarias para su cumplimiento. La realización de las políticas y programas es responsabilidad de las instituciones del Estado y del compromiso ciudadano de la sociedad y sus juventudes. (Krauskopf, 2016, p.8)

Según esta autora, para el enfoque integral en el ámbito de la salud, se vuelve indispensable la articulación intersectorial, así como la participación de la sociedad, en conjunto al reconocimiento de los y las adolescentes como ciudadanos y actores estratégicos (Krauskopf, 2016, p.8).

Como ya se ha mencionado al comienzo de este capítulo, las definiciones que surgieron primeramente sobre salud, siguieron una orientación biologicista y ésta fue definida como la ausencia de la enfermedad. Krauskopf (2016), entiende que el efecto de dicha concepción en la atención a los y las adolescentes, es significativo: “Se infería que, al consultar escasamente por enfermedades, se trataba de una ‘edad sana’. Ello influyó para que estuvieran ausentes los servicios de adolescencia y predominaran (aún ocurre) los servicios del sistema de salud, organizados para niños y adultos” (p.8). Luego de la Declaración de Alma-Ata en 1978, se puso en evidencia la relación ineludible entre la salud y el desarrollo. Así, se modificó aquella primera perspectiva médica de la salud, y la OMS estableció que se trata, no solamente de la ausencia de enfermedad, sino de un estado de completo bienestar físico, mental y social. Krauskopf (2016), sostiene que en esta época nace la base para el desarrollo del enfoque de determinantes sociales y luego, la Convención de los Derechos del Niño consideró como un derecho humano fundamental, la salud plena (p.8). Finalmente, sobre los fundamentos económicos que sostienen las inversiones en el ámbito de la salud, ésta es considerada un bien público. La autora considera, efectivamente, a la salud, “más que un ‘estado’ como plantea la definición alcanzada en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud, celebrada en Alma-Ata, es un balance entre diversos procesos biopsicosociales que permiten avanzar en dirección a la plenitud vital” (Krauskopf, 2016, p.8).

Goicolea et al. (2015), sostienen en cuanto a intervenciones de salud, que es importante destacar las dirigidas a jóvenes, las cuales resultan beneficiosas a corto plazo y también a largo plazo; entendiendo que las conductas saludables que comienzan en la adolescencia, probablemente se mantengan durante la edad adulta. Además agregan: “El estado de salud de las/los jóvenes depende de factores como el estatus socioeconómico y el empleo, la educación y los factores ambientales, y también del acceso a los servicios sanitarios y a información de la salud” (p.241). Los autores remarcan que los servicios sanitarios, los educativos, las políticas de trabajo, entre otros, pueden llegar a tener un impacto muy favorable en la salud de los y las jóvenes, y a través de la información, promover conductas saludables y brindar tratamientos para aquellas personas jóvenes que padecen problemas de salud, especialmente para quienes están en situación de mayor vulnerabilidad (Goicolea et al., 2015, p.241).

2.3 Accesibilidad en salud

Ya habiendo ingresado al punto sobre adolescentes y accesibilidad a servicios específicos para la población, se toma como línea principal los estudios de Comes (2007), sobre accesibilidad en salud desde un enfoque integral. Según ésta autora, el análisis de la accesibilidad desde los servicios de salud, invita a la articulación con el análisis de la subjetividad de aquellas personas que los utilizan, sino el contenido del concepto de accesibilidad quedaría totalmente vacío y las estrategias para intentar responder podrían ser malogradas. En este sentido, la autora cree realmente necesario, plantear la complejidad que se entrelaza en las prácticas y los saberes de los y las usuarias de los servicios de salud a la hora de ejercer un derecho. Por ello Comes (2007), sostiene que el problema de realizar un análisis de la accesibilidad exclusivamente desde la oferta, traería como resultado una respuesta que no involucra subjetivamente a las personas que realmente necesitan de los servicios de asistencia. Por lo tanto, “cuando un servicio diagrama su oferta sin considerar las prácticas y representaciones del grupo de usuarios al cual dirige su atención, está fomentando de esa forma un posible desencuentro entre el servicio y los usuarios” (Comes, 2007, p.209). En una misma línea de pensamiento, Landini et al. (2014) plantean que, “se tiende a concebir la accesibilidad como la posibilidad y/o capacidad de los usuarios de recibir cuidados de salud de manera ágil cuando resulta necesario, lo que permite

centrarse en la articulación entre la oferta de los servicios de salud y las características de la demanda” (p. 232).

Por su parte, Arrivillaga y Borrero (2016) en su estudio, reconocen que a pesar de los vacíos teóricos con los que se encontraron durante el análisis de la literatura revisada sobre el acceso a los servicios de salud respecto a los derechos humanos, existen algunos desarrollos que pueden convertirse en punto de partida para reflexionar teóricamente este tema en el campo de la salud pública. A su vez, hacen referencia a la Observación General N^o-14 de las Naciones Unidas, en donde se reconoce que la garantía del derecho a la salud va más allá de la garantía de acceder a servicios de salud. Esto está íntimamente relacionado con lo que se denomina como “determinantes básicos de la salud”. Entre ellos, estarían la “alimentación y nutrición, vivienda, acceso a agua potable, condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo y medio ambiente sano” (p.12).

Por último Guerrero et al. (2022), hacen hincapié en la relación médico-paciente, y expresan que es la o el profesional de la salud quien debe concientizarse de que la persona no llega a su consulta con un malestar físico, sino que enferma de manera integral. Por ello, es de gran importancia establecer una buena relación médico-paciente. Además agregan que esta relación, “muestra los parámetros necesarios para que el paciente lleve en su estancia hospitalaria, o en consultorio, una experiencia de dignidad, esperanza y respeto mutuo. Respeto que va orientado tanto al desarrollo de las prácticas médicas como a una simple interacción interpersonal” (p.1040). Los mismos autores, recuerdan que en el caso de adolescentes, el o la profesional de la salud debe tener especial cuidado con cada una de sus interacciones hacia la persona que consulta, evitando generar un ambiente de desconfianza (Guerrero et al., 2022, p.1048).

Capítulo 3. Delimitación del problema y preguntas de investigación

Como se desprende de los antecedentes y del marco teórico conceptual, existen indicios firmes que el acceso de la población adolescente y joven a los servicios de salud es insuficiente. La OPS (2010) destaca que, en la mayoría de los países, los y las adolescentes encuentran obstáculos jurídicos, financieros y entornos hostiles al utilizar los servicios de salud. La escasa participación de la población adolescente, se podría deber a que no se está poniendo el foco en las necesidades específicas de ésta población en particular, según su edad, etapa de desarrollo, su cultura y su género (pp.18-19). En Uruguay desde 2007, con la creación de la ley N°18.211 del SNIS, se generaron una serie de oportunidades para la atención a la salud de la población adolescente y joven con un enfoque de derechos y equidad. Además, la reforma del sistema de salud, ha ido masificando el acceso de adolescentes a los servicios, e incorporó a los y las usuarias como participantes claves y activos en el cambio del modelo de atención. No obstante, se identifica esta incorporación, como uno de los mayores desafíos que tiene el sistema actualmente (Graña, 2019, p.164). Por su parte, UNICEF e INJU (2022) resaltan la necesidad de que los servicios de salud puedan ser espacios amigables, de confianza y seguros para adolescentes, así como la importancia de contar con personal especialmente capacitado en adolescencias y perspectivas transversales (p.30).

Sin embargo, el INJU (2019), evidencia que las personas adolescentes sólo se acercan a los servicios de salud en caso de enfermedades, ya que no existe una práctica instalada en esta población en cuanto a la prevención de su salud mediante controles rutinarios. Este escaso acercamiento, refiere a que los y las adolescentes plantean algunas dificultades en el acceso vinculadas a la desactualización de profesionales, o bien que no son espacios amigables para ellos y ellas (p.161).

Por lo expuesto, es necesario seguir buscando explicaciones a este escaso acercamiento de la población adolescente a los servicios de salud. Las aproximaciones teóricas ya mencionadas, podrían mostrar la probabilidad de que las concepciones que las adolescencias tienen sobre el sistema de salud y sobre el cuidado de su salud, están vinculadas a modelos higienistas, individualistas y ligadas al discurso médico hegemónico. A su vez, se podría dar cuenta de diversos obstáculos, identificados por la

propia población adolescente, que impiden el acceso a los centros de salud. En base a esto, se plantean las siguientes preguntas.

3.1 Pregunta de investigación

¿Cómo se relacionan las concepciones de salud de los y las adolescentes con los servicios de salud disponibles para esta población?

Preguntas secundarias

- ¿Cuáles son las concepciones que circulan entre los y las adolescentes respecto a la salud? ¿Y a los servicios de salud?
- ¿Cuáles son los diferentes facilitadores y barreras para la atención a la salud de la población adolescente, desde su propia perspectiva?
- ¿Cuál es la oferta asistencial, de promoción y de prevención de salud adolescente que ofrecen los servicios, desde la perspectiva de las y los adolescentes?

3.2 Objetivos

Objetivo general

Describir cómo se relacionan las concepciones de salud de los y las adolescentes de 15 a 19 años de Montevideo, con los servicios disponibles para esta población.

Objetivos Específicos

- Analizar las concepciones de salud y de los servicios de salud que circulan entre los y las adolescentes.
- Investigar sobre los diferentes facilitadores y barreras para el acceso a los servicios de salud que identifica la población adolescente de 15 a 19 años de la ciudad de Montevideo.
- Caracterizar la oferta asistencial, de promoción y de prevención de salud que ofrecen los servicios, desde la perspectiva de los y las adolescentes.

Capítulo 4. Diseño metodológico

El diseño de esta investigación está colocado desde un paradigma interpretativo, con un diseño cualitativo flexible. Según Sisto (2008), uno de los elementos que reconoce una importante diferencia en las asunciones epistemológicas de la investigación cualitativa, se enlaza con la consideración de la relación “sujeto-investigador” durante el proceso. El autor explica que el mencionado vínculo pasa de ser una simple relación de recolección de datos a una relación “coconstructiva”, en la cual la propia investigación surge como una producción dialógica. En esta línea se concibe a la investigadora, y a los sujetos de investigación, en diálogo y co-construcción constante “transformando a las instancias de producción de datos como instancias dialógicamente activas” (Sisto, 2008, p.124). Con respecto al diseño flexible, Mendizabal (2006) hace referencia a la posibilidad de cambios que puedan surgir durante la investigación, para pesquisar los aspectos relevantes y significativos de la realidad analizada (p.66).

A su vez, es un estudio de tipo transversal y de alcance descriptivo. Fernández (2017), define al diseño descriptivo como la “narración fiel de lo que ocurre en la vida de las personas en sociedad, desde lo qué se dice cómo lo dice y de qué manera actúa” (p.20). En este sentido, se tomaron las propias palabras de los y las participantes para analizar sus discursos.

Por otra parte, el universo fueron adolescentes de 15 a 19 años que residen en Montevideo y la muestra fueron 14 adolescentes (8 mujeres y 6 varones) seleccionados a partir de un muestreo intencional; para dicha selección se utilizó el criterio de máxima diferenciación. Con respecto a esto, Sandoval (2002) en su texto hace referencia a Patton, quien explica: “el muestreo de variación máxima tiene como propósito capturar y describir los temas centrales o las principales características que tipifican una realidad humana relativamente estable” (p.123). Asimismo, Izcara (2014), define el muestreo de máxima diferenciación como “el estudio de una pequeña muestra muy heterogénea con el objetivo de descubrir los aspectos compartidos por los individuos que forman la muestra” (p.77). Por lo tanto, se recurrió a dicho criterio con el fin de contar con un muestreo heterogéneo, intentando reflejar la complejidad de la temática. En este sentido, en la presente tesis se plantearon previamente algunos criterios que definieron la selección de los y las participantes, nombrados a continuación: sexo, edad y el tipo de

servicio que utiliza, es decir, afiliación al sistema de salud público (ASSE), seguro médico privado (SMP), o Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC).

	ASSE	IAMC	SMP
15 a 17 años	1 mujer / 1 varón	2 mujeres / 1 varón	1 mujer / 1 varón
18 a 19 años	1 mujer / 1 varón	1 mujer / 1 varón	2 mujeres / 1 varón

El instrumento de recolección fueron entrevistas semiestructuradas administradas a los y las adolescentes. Con respecto a la entrevista, Alonso (1998), sostiene que “el discurso aparece, pues, como respuesta a una interrogación difundida en una situación dual y conversacional, con su presencia y participación, donde cada uno de los interlocutores (entrevistador y entrevistado) coconstruye en cada instante ese discurso” (p.11). Por su parte, Trindade (2016), entiende la entrevista como una técnica fundamental de las investigaciones cualitativas. Afirma que al preguntar se desea conocer el parecer del sujeto haciéndolo propio y se intenta comprender al otro, aunque parezca incomprendible. Es en esta línea, que se realizaron las entrevistas, las cuales tuvieron el objetivo de indagar y luego analizar en el discurso de los y las propias adolescentes. En las entrevistas se incluyeron además imágenes (*Ver Anexo*), que buscaron obtener información acerca de las concepciones que tienen los y las adolescentes en relación con la salud y a los servicios de salud, y el acercamiento a estos.

Con respecto a la técnica utilizada para procesar las entrevistas, se utilizó el análisis de contenido cualitativo. Con respecto a esto, Izcara (2014) plantea que el análisis cualitativo implica poner el foco, no en la frecuencia de la repetición del concepto, la palabra o la idea, sino en su presencia (p.52). Según este mismo autor, el análisis de contenido de los datos discursivos no debe tener únicamente en cuenta los enunciados recabados ya que, “las palabras no tienen significados unívocos y descontextualizados; por el contrario, el significado de éstas depende del contexto en que se encuentran insertas” (Izcara, 2014, p.52). En este sentido, se realiza la elección del método de análisis de contenido ya que se presenta como el más pertinente para poder analizar las entrevistas de los y las adolescentes.

Además, para el inicio del análisis de contenido, se utilizó el programa MAXQDA de análisis de datos cualitativos, para la codificación y generación de las dimensiones y sus categorías de análisis. Se cargaron las entrevistas de las y los participantes al mencionado programa, con códigos que identificaban a través de iniciales el nombre y

apellido, edad, sexo y prestador de salud. Luego se identificaron los grandes temas indagados a lo largo de la entrevista semiestructurada y se generaron tres grandes dimensiones. Cada dimensión se empezó a codificar en subtemas con categorías que responden a los objetivos específicos que se plantearon en esta tesis. Las categorías y subcategorías, fueron cambiando y re ubicándose durante todo el proceso de análisis. Finalmente, quedaron codificadas las tres dimensiones con sus correspondientes categorías de análisis, que se muestran en la siguiente tabla:

Objetivos específicos	Dimensiones	Categorías
Objetivo 1: Analizar las concepciones de salud y de los servicios de salud que circulan entre los y las adolescentes.	Concepciones de salud de las y los adolescentes	*discursos sobre salud *estrategias de consulta ante el malestar *espacios en los que se habla de salud
Objetivo 2: Investigar sobre los diferentes facilitadores y barreras para el acceso a los servicios de salud que identifican los y las adolescentes.	Acceso a los servicios de salud	*concepciones y acercamiento a los servicios *trato y calidad de la atención *acceso a la información
Objetivo 3: Caracterizar la oferta asistencial, de promoción y de prevención de salud, que ofrecen los servicios, desde la perspectiva de los y las adolescentes.	Oferta de los SSPA	*oferta asistencial para la población *espacios físicos adaptados a la población

4.1 Consideraciones éticas

Es importante destacar en este apartado, que la elaboración de esta tesis se realizó bajo el marco de protección que otorgan las normas de confidencialidad vigentes en el Código de Ética Profesional del Psicólogo y en las normas nacionales, Ley de Habeas Data N°18.331 y el Decreto CM/515 del Poder Ejecutivo, que regulan la investigación con seres humanos. Además, este estudio fue aprobado y avalado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología de la UdelaR (*Ver Anexo*).

En este sentido, previo a la participación, se explicó a la persona el fin con el que se utilizará la información recabada, los objetivos del estudio, sus beneficios y riesgos, y

los resultados que se esperan de la investigación. Durante el relevamiento de los datos a través de las entrevistas semiestructuradas, se utilizaron grabadoras de voz con previa solicitud del consentimiento informado a los y las participantes. Del mismo modo, se aclaró a los y las adolescentes que el estudio no tiene sentido de lucro, que no existen pagos de incentivo para participar y que su fin es la intención de contribuir a la producción de conocimientos en el área de la atención a la salud para la población adolescente en Uruguay.

Se recuerda que en Uruguay, el reconocimiento de la autonomía progresiva en los y las adolescentes mayores a 15 años con el fin de ejercer sus derechos, surge a partir de la consagración en el ámbito normativo del nuevo paradigma respecto de la condición jurídica de las personas menores de edad. Esto trajo aparejado una reformulación del estatuto que regula la relación de los niños, niñas y adolescentes con sus padres, madres o responsables a cargo. Es decir, los mayores de edad “dejaron de ser las personas a las que el ordenamiento jurídico les atribuía la facultad de ejercer legítimamente los derechos de que eran titulares sus hijos, para pasar a ser las personas primariamente obligadas a orientar y guiar a su hijos en el ejercicio de sus derechos” (IDISU y UNICEF, 2012, p.24). Es por ello que, en esta tesis, se trabajó a partir de la mencionada línea con el fin de hacer partícipe a la persona adolescente, de su decisión de involucrarse autónomamente en la investigación.

Por una parte, se hizo explícito a cada adolescente mediante el consentimiento informado, que podía abandonar la investigación cuando lo desee y que ello no traería problema alguno ni a él/ella, ni al estudio. Esto, hace referencia a que la participación de la persona fue voluntaria y su decisión de abandonar en cualquier instancia el estudio, fue un punto aceptable y respetado por la investigadora. Sin embargo, no surgió de ningún/a participante querer abandonar la entrevista, ni tampoco el estudio posteriormente.

Por otra parte, toda la información que se le manifestó a la persona al momento de la entrevista, se le entregó de forma escrita en una “hoja de información”. Asimismo, se le brindó un contacto telefónico y una dirección de correo electrónico para que pueda evacuar dudas luego de la instancia de entrevista con la investigadora, cuantas veces lo crea necesario. Como ya se mencionó, se codificaron todos los documentos con datos de los y las adolescentes recabados durante las entrevistas, con el objetivo de preservar su anonimato y resguardar su identidad.

Finalmente, luego de entregar la tesis y haberla defendido, se contactará nuevamente a los y las adolescentes participantes de esta investigación con el fin de realizar una devolución de su participación. Se les enviará una copia de la tesis y el agradecimiento personal a cada una de las personas, dándole un cierre al proceso de investigación. Esta devolución tiene como fin poder mostrarles el proceso del que fueron parte, los resultados y conclusiones a las que se llegó en este estudio a partir de sus relatos, y cómo pueden colaborar en la mejora de la atención a la salud de la población adolescente.

Capítulo 5. Resultados, Análisis y Discusión

La técnica utilizada para procesar las entrevistas de los y las adolescentes, fue el análisis de contenido cualitativo. Este método se eligió con el fin de poder situar cada discurso de forma particular, y así, analizar el contexto y momento en el que se encontraba la persona. En este capítulo se presentan los datos que surgieron de las entrevistas, y el análisis de contenido el cual se organizó en tres dimensiones que se irán desarrollando a continuación.

Primero, se presentará la dimensión *Concepciones de salud de las y los adolescentes*. Dentro de ésta, se analiza lo que los y las participantes entienden por salud, lo opuesto a ella y las cosas que les parecen necesarias hacer para sentirse saludables. También se analiza en su discurso el lugar que ocupa la salud en relación con los espacios en los que hablan sobre ésta y con quiénes, lo que hacen cuando no se sienten saludables, a dónde o a quienes recurren, y con qué información cuentan. A partir de esta dimensión se crearon tres categorías de análisis: 1-Discursos sobre salud, 2-Estrategias de consulta ante el malestar y 3-Espacios en los que se habla de salud.

En segundo lugar, surge la dimensión *Acceso a los servicios de salud*. Aquí, se analiza el discurso de los y las participantes en torno a la frecuencia con la que asisten a sus servicios de salud, así como las concepciones que tienen de ellos, y de los y las profesionales de la salud que allí los atienden. A su vez, se analizan los sentimientos respecto al trato y calidad de la atención, y lo que creen necesario cambiar o mejorar de sus servicios para sentirse realmente conformes con ellos. De esta segunda dimensión se crearon otras tres categorías de análisis: 1-Concepciones y acercamiento a los servicios, 2-Trato y calidad de la atención, y 3-Acceso a la información.

Siguiendo esta línea se presenta la última dimensión: *Oferta de los SSPA*. En esta última dimensión, se intenta poner en diálogo la oferta real que brindan los servicios de salud en Montevideo para la población adolescente, a través de lo que cada persona entrevistada reconoce de estos servicios de atención destinada para ellas específicamente. Es así, que en el análisis de esta dimensión, se puede vislumbrar la diferencia existente entre lo que se ofrece desde los servicios en el marco de las prestaciones del SNIS, y lo que realmente vivencian los y las usuarias al asistir a los centros; así como también la difusión de información sobre los espacios para

adolescentes y su alcance a la población objetivo. Las dos categorías de análisis son: 1- Oferta asistencial para la población y 2-Espacios físicos adaptados a la población.

5.1 Concepciones de salud de las y los adolescentes

“Yo pienso que la salud es que me suba un poco la fiebre y tomarme un medicamento y queda ahí. Me faltan conocer muchas cosas que capaz conociéndolas quizás tomaría mucha más conciencia.” (Entrevistado 5, 19 años, IAMC).

En esta primera dimensión, se presentarán los resultados de las tres categorías que surgieron del análisis de las entrevistas, ligadas al objetivo específico que refiere a describir las concepciones que tienen los y las adolescentes en relación con la salud. Las categorías de análisis son: *Discursos sobre salud, Estrategias de consulta ante el malestar y Espacios en los que se habla de salud*. Éstas se comienzan a exponer y discutir a continuación.

5.1.1 Discursos sobre salud

A partir del análisis de los discursos de las personas respecto a sus concepciones sobre salud y lo opuesto a ésta, hubo diversas respuestas que pueden englobarse en tres grandes grupos: *salud como bienestar, equilibrio o balance; salud mental; y salud física*. Aunque esta tesis se posiciona conceptualmente desde la perspectiva de salud integral y se entiende a la salud como un estado bio-psico-social, se realiza la división en estos tres grupos, para reflejar las respuestas de los y las propias adolescentes.

Salud como bienestar, equilibrio o balance

Durante la entrevista a los y las adolescentes, se preguntó sobre lo que entendían por salud y también se preguntó por lo que entendían como “opuesto” a ésta. En una primera instancia, las personas entrevistadas exponen variadas respuestas cuando vinculan su concepción de salud con la idea de “bienestar”, “equilibrio” y/o “balance”.

A continuación se muestran tres respuestas de personas diferentes con perspectivas distintas al pensar esta idea de balance o equilibrio en la salud. Por ejemplo, la entrevistada 3 al preguntarle sobre lo que entiende por salud, comenta:

“-Muchas cosas, como balance, equilibrio. Siento que el equilibrio te llevaría a estar saludable, porque mismo si tenes mucha actividad, mucho estrés, mucho

todo, como que te sobrepasas, y ahí sería enfermedad. Pero si encuentras un equilibrio a tu rutina, también a tu alimentación, movimientos, como que eso llegaría a mantener la salud.”(Entrevistada 3, 19 años, IAMC).

Otro de los adolescentes expresa el punto de que el bienestar se asemeja a la idea de inexistencia de problemas de salud en su vida cotidiana:

“-Por salud entiendo el bienestar. Para mí, salud significa eso, el bienestar de una persona hasta un punto que a esa persona le permita vivir sin problemas. Que pueda vivir sin problemas de salud, o sea el bienestar de una persona.”
(Entrevistado 11, 17 años, IAMC).

En esta misma línea otra adolescente comenta:

-“Si yo te digo qué entendes por salud, ¿Qué se te viene la cabeza? -Bienestar de una persona, este, por ejemplo, no tener altos niveles de azúcar, ni de sal, ni tampoco bajos, este... no sufrir ninguna enfermedad” (Entrevistada 9, 19 años, SMP).

Otra de las adolescentes trae en su discurso la concepción de bienestar y lo vincula directamente con la salud física y mental:

“-Bueno, si me decís salud, es como que, el bienestar de una persona, tanto física como mental. Tipo, no solo el tema físico, de cuerpo y salud como haciendo referencia a si estás bien de salud, o si tenes que tomar medicamento, y esas cosas, sino también mental, en el sentido psicológico, de cómo estas y esas cosas.” (Entrevistada 2, 16 años, IAMC).

En estas tres viñetas, se puede ver que las personas ponen el foco en el “equilibrio” y el “balance” para conseguir su “bienestar”, estar saludables y mantener su salud. Si bien, Morales (2015), sostiene que las personas son las propias protagonistas activas de su salud, y no solo receptoras pasivas de enfermedades (p.121); esto no implica que no existan condicionantes sociales para su salud. En los discursos de los y las adolescentes, se visualiza esta condición de protagonistas pero pareciera que depende puramente de ellos y ellas conseguir su bienestar y el cuidado de su salud. La entrevistada 3, refiere a que ella misma, es quien está a cargo de su propia salud o del “balance” que precisa para estar saludable, encontrando un “equilibrio en su rutina”, tal como sugiere en la entrevista.

Por lo tanto, se entiende que este tipo de concepciones dejan de lado otros determinantes de la salud además de los estilos de vida saludables que tenga cada persona. Los determinantes de la salud entendidos como factores que influyen en la salud de una persona, son: lo genético y biológico, el ambiente en el que vive, el contexto socioeconómico y cultural, el acceso a los servicios de salud y su calidad, también los estilos de vida y hábitos que tenga cada una/o, entre otros. Tal como lo plantean Macri et al. (2009), cuando se analiza la situación de salud de un grupo poblacional específico, se mezclan los efectos de variados procesos determinantes y condicionantes que dan cuenta de procesos más amplios de la forma de vida de una sociedad entera. Es por ello que, “son procesos más particulares inherentes a las condiciones de vida del grupo en cuestión y sus interacciones con otros grupos, por último, procesos más singulares inherentes al estilo de vida personal o de los pequeños grupos a los cuales pertenece” (pp.56-57).

Por su parte, en los discursos del entrevistado 11 y la entrevistada 9, se puede interpretar además una visión, quizás más tradicional, sobre el paradigma de salud como ausencia de enfermedad. En estos relatos se puede entrever la idea de que la salud y el bienestar se consiguen cuando la persona puede “vivir sin problemas de salud” o “no sufrir ninguna enfermedad”. Con respecto a esta visión, los estudios de Valera y De Lara (2020), sostienen que en la concepción tradicional de salud, se consideraba que el cuerpo sano era el cuerpo sin enfermedades, pero también hacen referencia a lo problemático de este concepto por ser abstracto, inalcanzable para una persona y a su vez, negativo porque al no ser una persona sana, estarías enferma (Valera y De Lara, 2020, pp.32-33).

Con respecto a las viñetas presentadas en este apartado, se vinculan las ideas de Krauskopf (2016), quien sostiene que la salud es un balance entre diferentes procesos biológicos, psicológicos y sociales, lo que a las personas les permite avanzar en dirección a la plenitud vital (p.8). En la misma línea, un estudio de UNICEF e INJU (2022), plantea la importancia de la interacción entre aspectos psicoemocionales, físicos y sociales/vinculares para que las personas adolescentes puedan desarrollarse y alcanzar su bienestar. Además, este mismo estudio hace referencia a que “el desarrollo óptimo y el bienestar dependen de factores de contexto que incluyen a las familias, las condiciones comunitarias, socioculturales, políticas, de acceso a servicios y de garantía de derechos”. Lo mencionado, influye en la oportunidad de las adolescencias para

crecer, aprender, socializar y desarrollar todo su potencial en esta etapa de la vida (UNICEF e INJU, 2022, pp.6-7).

En este sentido, las concepciones que surgen de las adolescencias en sus entrevistas dan cuenta de una postura muy individual o reduccionista a la hora de pensar el cuidado de su salud, principalmente, dejando de lado la esfera de “lo social” como punto clave al pensar la salud adolescente.

Salud mental

En éste apartado, es necesario detenerse y profundizar en el análisis de los discursos de los y las adolescentes sobre la concepción de salud vinculada a la salud mental específicamente. Por ejemplo, la entrevistada 7 comenta acerca del sentirse saludable:

“-A veces, también tiene que ver con el estar acompañado, y esas cosas. Tipo a veces uno se siente solo, se deprime, te empiezas a deprimir y esas cosas, después te trae consecuencias porque no quieres comer, entonces ta. Se trata de estar acompañado, se trata de escuchar, de hacer algo para que te distraiga, así uno también se siente como completo, se podría decir. Que se sienta bien.”
(Entrevistada 7, 17 años, ASSE).

Otro de los adolescentes expresa al preguntarle:

“-¿y en qué sentido decís estar mal con uno mismo? -O sea hay gente que por estar mal con uno mismo física o mentalmente llega a causarse daño propio, por ejemplo cosas así. Llegar a ese punto de no estar conforme con uno mismo creo que es el peor daño a la salud que se puede llegar.” (Entrevistado 5, 19 años, IAMC).

En ambas viñetas se pueden visualizar los significados que le van dando a la salud mental a través del “estar acompañado”, a las “consecuencias de estar deprimida” y también al “causarse daño propio”, como consecuencia del malestar físico o mental. Es relevante mencionar con respecto a esto, un estudio sobre comportamientos autolesivos en adolescentes de Agüero et al. (2018), quienes comentan las características que se dan en estas situaciones, para poder comprender el contexto. Algunas de estas características son: las autoagresiones se realizan, generalmente, por la motivación de aliviar o regularse emocionalmente, y el método más utilizado en población adolescente es el corte. Además, sostienen que, con frecuencia, las autolesiones coexisten con problemas emocionales como son la baja autoestima, la dificultad en la resolución de conflictos

interpersonales, la impulsividad y síntomas de depresión y/o ansiedad. Por último a destacar de la investigación que realizaron los mencionados autores, se muestra la relación de las autoagresiones con conflictos en la esfera familiar, en su mayoría (Agüero et al., 2018, p.399). Al ser, en general, las autoagresiones consecuencia de conflictos en la esfera familiar, es necesario poder hacer partícipe a las familias o referentes cercanos de ese o esa adolescente en su proceso terapéutico, si lo hubiera. Teniendo en cuenta estas características y tal como se desprende de las anteriores viñetas, es importante abordar temas de depresión, autolesiones, intentos de autoeliminación y temas de salud mental en adolescentes, con una mirada integral y comprensiva a la hora de trabajar con ellos y ellas en consultas y tratamientos psicoterapéuticos.

Por otra parte, en algunas personas entrevistadas, se pudo percibir la importancia del cuidado de su salud mental en su vida cotidiana a partir del vínculo con otras personas y mediante espacios de ocio:

*“-Y ¿qué cosas te parecen necesarias hacer para sentirte bien, saludable, sano?
-Yo, eh... a mí me pasa mucho, que con la facultad y eso me estresa demasiado.
Tener una actividad o algo que me calme un poco, que baje un poco eso...
frenar un poco. Cuando estoy en una tarde cargado de facultad y esas cosas y
estoy muy estresado y no me siento muy bien, lo que hago es: o me junto con
amigos un rato, ya sea media hora o una hora y si no saco al perro para tomar
un poco de aire” (Entrevistado 5, 19 años, IAMC).*

En este sentido, autores de la guía sobre salud mental en adolescentes y jóvenes en Uruguay de UNICEF e INJU (2022), explican que, al identificar los factores que instauran problemas de salud mental, se vincula directamente al entorno como uno de estos factores. Éstos agregan, “la expresión salud mental y soporte psicosocial resulta más adecuada al plantear las trayectorias adolescentes y juveniles en interacción con su entorno, de vital importancia para su desarrollo y bienestar” (p.9). En el entrevistado 5, hay una clara tendencia al autocuidado y autoconocimiento de saber “frenar” o cambiar sus actividades cuando se siente demasiado sobrecargado por la facultad, y lo relevante es la posibilidad y la confianza que tiene de buscar soporte en sus amistades con el hecho de “juntarse un rato con amigos”. Con respecto a esto último, se muestra otro ejemplo de uno los adolescentes quien expresa tener la necesidad de salir o de habitar espacios con pares para sentirse bien:

“... antes me pasaba que podía quedar horas y horas y horas, literalmente, llegaba del liceo y me quedaba hasta las ocho de la noche en mi cuarto, sentado o acostado, mirando videos o lo que sea, ahora no puedo hacer eso. Vine justamente al centro juvenil para hacer cosas, porque puedo, si estoy todo un día acostado, siento que no sé, siento que, no sé, no me gusta porque siento como que no hice nada, como que podría hacer algo, como que estoy desperdiciando el día en sí, es como, para sentirme bien, con salir me basta. Obviamente, a veces pasa que prefiero estar en mi casa, y tirarme, pero en sí no puedo pasar una semana entera encerrado en mi cuarto.” (Entrevistado 11, 17 años, IAMC).

Según Ricoy y Fernández (2016), es necesario que las personas adolescentes incorporen a su vida cotidiana el “ocio social”, lo que les genera cierta gratificación y un significativo grado de bienestar. A partir de los resultados de su estudio, las autoras explican que las prácticas de ocio presentes en los y las adolescentes son un medio para el desarrollo de su personalidad, así como también aportan a la mejora en su calidad de vida, su bagaje educativo y sociocultural. Igualmente, hacen énfasis en la importancia de que los y las adolescentes habiten espacios de ocio que promuevan la autonomía y también las oportunidades de autogestión (Ricoy y Fernández, 2016, pp.105-106). En ésta línea, tanto el entrevistado 5 como el entrevistado 11, hacen referencia al “juntarse con amigos” o “ir al centro juvenil” como espacios de ocio que ellos mismos eligen.

Durante la entrevista, se fueron mostrando diferentes imágenes (*Ver anexo*) a los y las adolescentes y se les preguntaba si creían que esa imagen era saludable o no, y el por qué. Al momento de ir presentando las imágenes y conversar respecto a ellas, aparece un claro estímulo para que las personas puedan hablar o profundizar en cuestiones que aún no habían surgido con tanta fuerza a través de las respuestas a las preguntas realizadas. Por ejemplo, el tema consumo de alcohol no surgió de forma espontánea en los discursos de los y las adolescentes, sino que, fue al momento de presentarles las imágenes disparadoras que dieron sus puntos de vista sobre el tema. Hubo diversas respuestas, aunque varias de ellas hicieron referencia a la parte negativa de consumir alcohol y lo clasificaron como parte del grupo de imágenes que creían “no saludables”. Así, uno de los entrevistados explica sobre una imagen borrosa en la cual se ven varias copas de vino:

“-La imagen 26, la voy a poner para el lado de no saludable porque ta, en realidad el alcohol no es que haga mal, pero tampoco es que haga bien, y en exceso no hace bien, hace mal.” (Entrevistado 8, 16 años, SMP).

Otro de ellos, expresa lo siguiente sobre la misma imagen:

“-eh... obviamente no, porque en realidad es perjudicial básicamente.”(Entrevistado 5, 19 años, IAMC).

Otro entrevistado comenta:

“-Ok ¿esta próxima imagen? -Tampoco -¿Tampoco la relacionas con salud? - No, porque estar bebiendo alcohol no es saludable para el cuerpo” (Entrevistado 4, 15 años, ASSE).

Y por último una adolescente explica:

“-La imagen 26 creo que más... ésta es más como intermedia, más tirando a no saludable, porque es todo en relación al alcohol, me imagino yo, creo que es vino, no sé qué puede ser pero como que, pensando más también en la gente que llega al extremo con el alcohol. No le encuentro algo saludable, y puede terminar mal por muerte o puede llegar a hacer cosas peligrosas, a causa, por estar bajo el efecto del alcohol, entonces ta, lo relaciono más con no saludable.” (Entrevistada 2, 16 años, IAMC)

Según la Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media que realizó en 2022 la Junta Nacional de Drogas (JND), el alcohol es la droga más consumida por los y las adolescentes escolarizadas y, a su vez, la que causa mayores problemas de salud y problemas relacionados al comportamiento en esta población. El mencionado informe confirma que el 83% de las personas encuestadas, entre 13 y 17 años, declara haber tomado bebidas con alcohol alguna vez en su vida. Por otra parte, 7 de cada 10 personas expresan haber consumido alcohol en el último año y casi 5 de cada 10, en el último mes. Además, desde la anterior encuesta realizada en 2018, el consumo de alcohol se encuentra estable, aunque en el último año se denota un leve descenso. En este punto plantean, “se hipotetiza que esta reducción está vinculada con la menor actividad de ocio dada por la emergencia sanitaria” (JND, 2022, p.61). Por su parte, la investigación de las autoras Amaro et al. (2018), muestra que “los adolescentes construyen una percepción del alcohol como una droga, para la cual hay que tener precauciones para no generar una habitualidad y dependencia, aun así, y más allá de ese discurso, la mayoría de los adolescentes declara consumir” (p.18). A partir

de las respuestas brindadas por la población adolescente, se muestra que los y las adolescentes, tienden a percibir de forma más fácil los riesgos tanto biológicos como sociales, aunque, no logran identificar los riesgos a corto y/o largo plazo. En su investigación, las mencionadas autoras concluyen que los y las adolescentes relacionan el consumo abusivo de bebidas alcohólicas a situaciones de riesgo como son los accidentes de tránsito, el inicio temprano en el consumo de otro tipo de drogas, el tener relaciones sexuales sin protección, o tener reacciones violentas o agresivas (Amaro et al., 2018, pp.17-18). Es por ello, que las viñetas anteriormente presentadas, reflejan esta idea de exceso o el consumo abusivo de alcohol, lo que podría traer graves consecuencias percibidas por los y las adolescentes; tal como lo plantea la entrevistada 2 relacionándolo con “la muerte” o el “hacer cosas peligrosas por estar bajo los efectos del alcohol”.

Por el contrario, otras personas entrevistadas percibieron el consumo de alcohol como algo que, de forma equilibrada, puede ser bueno pero en exceso sería un problema. Asimismo, lo relacionaron con el compartir, con divertirse con amistades y disfrutar. Una adolescente comenta:

“-Esto, con equilibrio es bueno, sino no, así que también es miti miti”
(Entrevistada 3, 19 años, IAMC).

Otra de ellas expresa:

“...puede ser no saludable porque puede estar representando al alcoholismo, como puede ser saludable, porque puede estar representando una reunión de amigos, una reunión social, donde se están divirtiendo y cada uno tiene su copa.” (Entrevistada 6, 18 años, SMP).

Y otra entrevistada comenta:

“Esta la veo como salud pero tampoco tanto, depende de cuantas copas de vino se tomen. -Ajam... ok. -¿O sea que es saludable o no dependiendo cuánto? - Claro” (Entrevistada 12, 18 años, ASSE).

En este último grupo de viñetas, se puede interpretar la percepción del consumo de alcohol de manera moderada, y también ligado al disfrute con pares, sin poner el foco en el riesgo. Según la Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media, “siete de cada 10 alumnos piensan que no hay riesgos o que estos son leves en el caso de consumir alcohol algunas veces” (p.123). En este punto, se plantean las nociones de la mencionada Encuesta que realizó la JND (2022), que sostienen la importancia de destacar la significación y caracterización social que adquiere el

consumo de alcohol. Además de la experimentación o la imitación, la población adolescente, comenta utilizar como medio el consumo, para la búsqueda de empatía y por lo tanto, la conformación de grupo: “‘nos relaja’, ‘nos divertimos más’, ‘desinhibe’, es decir, es un gran regulador de las emociones que actúa sobre la integración y facilita el intercambio a modo de ‘lubricante social’” (JND, 2022, p.69). En concordancia, Amaro et al. (2018), afirman que la población adolescente percibe que el consumo de alcohol facilita el relacionarse socialmente y también, contribuye a integrarse a algunos grupos, aunque los y las adolescentes sostienen que el alcohol no aleja, a quienes deciden no consumir, de pertenecer a un determinado grupo. Estas agregan: “la principal motivación que tienen los adolescentes para consumir alcohol es cambiar su estado de ánimo a partir del logro del efecto psicoactivo en el organismo” (Amaro et al., 2018, pp.17-18). Así, éste segundo grupo de viñetas referidas al consumo de alcohol, se puede relacionar con una visión del consumo desde lo “saludable” mientras se vincule al disfrutar o compartir, y no ligado con lo puramente biológico con respecto al malestar que le puede producir al cuerpo el consumo de bebidas alcohólicas, como se visualizaba en los ejemplos del primer grupo de viñetas.

Se destaca que, hasta el momento no había aparecido la concepción de salud relacionada a la familia, como un tema que las adolescencias identifican y vinculan directamente con salud o salud mental. En una de las imágenes aparecen dos personas adultas y un niño, sonriendo y abrazándose. Una de las entrevistadas comenta sobre esta imagen:

“-La imagen 14 la relaciono con, o sea puedo relacionarla con saludable, porque o sea, para mí ver personas juntas sonriendo la relaciono con la salud mental, en cuanto a que las veo alegres, y cuando estás bien, estás feliz, entonces la puedo relacionar por ese lado.” (Entrevistada 2, 16 años, IAMC).

Otra de ellas expresa sobre la misma imagen:

“-es saludable... -y ¿por qué te parece? -porque es bueno que tenga un núcleo familiar. que siempre estén ahí para que te apoyen”. (Entrevistada 12, 18 años, ASSE).

Y por último otra adolescente expresa:

“-Acá la foto 14, creo que es una familia, supongo. Un señor, la señora, y el hijo, y también, lo veo como parte de la salud, porque es la familia, y ta, es una parte importante, para estar uno bien, con uno mismo, la salud con la familia.” (Entrevistada 9, 19 años, SMP).

Estos relatos se pueden vincular con el texto de Valadez (2019), quien entiende que la familia es la que juega un papel esencial en la cimentación del desarrollo de los y las adolescentes, ejerciendo una función de apoyo y protección emocional. Según la autora, la familia “se configura como un mediador cultural para la construcción de la dimensión afectiva como herramienta para el desarrollo emocional, socio-cognitivo y de adaptación social”. De esta forma, es fundamental el tipo de relación que se establezca entre las adolescencias y su entorno familiar, lo que podría favorecer o entorpecer el desarrollo de su psiquismo (Valadez, 2019, p.184). En la misma línea y en relación con las anteriores viñetas, se vincula la investigación de Contino (2015) sobre la vivencia del problema que motiva a los y las adolescentes a consultar por atención psicológica. Esta plantea que durante su estudio, detectó lo fundamental de un contexto que oficie como apoyo en la adolescencia y que, a su vez, facilite la autopercepción del/la adolescente con respecto a las situaciones conflictuales por las que están atravesando. “Este aspecto presenta en parte el reconocimiento de la implicación en el conflicto y/o problema a la vez que puede estar en la base de la búsqueda de una modificación o cambio” (pp.133-134), agrega la autora haciendo referencia al momento previo de la llegada a una consulta en salud mental.

En sintonía con lo planteado, se vuelven a poner en diálogo las ideas de Morales (2015), quien afirma que las personas son “seres sociales” en constante interacción con otras personas; y por lo tanto, es en la interacción con otros y otras que se construye el propio sentido sobre la salud, las enfermedades, la generación de hábitos, motivos y actitudes para afrontar las tensiones de un modo más o menos saludable. Asimismo, es en esa interacción que se expresa el bienestar y el sufrimiento, y también se recibe y se brinda apoyo a nuestros estados emocionales (Morales, 2015, p.121). A través de lo que surge de las viñetas anteriores, se puede ver que las personas entrevistadas hacen referencia al núcleo familiar como “una parte importante para estar bien con uno mismo”. Asimismo, hacen referencia a lo significativo que es “que siempre estén ahí para que te apoyen”, lo que da cuenta de esta idea de “seres sociales” que en esa interacción son sostenidos y sostienen construyendo así, su propia concepción de salud.

Salud física

Durante la entrevista, se preguntó a las y los adolescentes sobre las cosas que creían necesarias hacer para sentirse bien o estar saludables. En su mayoría hicieron referencia al hacer ejercicio como una parte fundamental del cuidado de su salud. Algunas

personas redujeron “lo saludable” al cuidado del cuerpo a través de la actividad física, por ejemplo:

“-Ok y ¿qué cosas te parecen necesarias a vos hacer para sentirte bien o saludable o sano? ¿Qué cosas crees necesarias para eso? -Necesarias para el cuerpo, ejercicio. - Ajam. -Y nada más yo que sé” (Entrevistado 4, 15 años, ASSE).

En otras personas, aparece la alimentación como la base de la concepción de buena salud. Ésta, igualmente se complementa con la idea de hacer deportes o no generar mayor sedentarismo en su vida cotidiana. Una de las adolescentes comenta:

“-Generalmente intento hacer deporte, por ejemplo ahora en cuarentena había momentos que sentía que estaba comiendo demás, y esas cosas, entonces empecé a hacer deportes. O sino también, tratar de mejorar mi alimentación, tipo no comer comida chatarra, mayonesa, todas esas cosas.” (Entrevistada 2, 16 años, IAMC).

Otra de las entrevistadas, ante la pregunta de qué hace cuando no se siente saludable o sana, expresa:

“-Intento cambiarlo obvio, y empiezo a cuidar más lo que como y si digo bueno, capaz que estos días, esta semana capaz que empiezo a comer más verduras, frutas, o a veces por ejemplo, me salto el desayuno y digo ‘ta bueno, el desayuno no me lo puedo saltar, porque es súper importante’ entonces empiezo a hacerme desayunos con más energía y eso, también para tener más energía durante el día. Porque los días que me salto el desayuno, cero.” (Entrevistada 9, 19 años, SMP).

Estos discursos, pueden vincularse con lo planteado por los autores Maganto et al. (2019), quienes conceptualizan los hábitos de vida como “un conjunto de variables asociadas al bienestar”. En este sentido, plantean que los hábitos saludables se van deteriorando con el paso del tiempo, desde la infancia hasta la adolescencia, debido al estilo de vida que tenemos en la actualidad; además, de lo poco saludables que son los productos de alimentación rápidos y económicos que ofrece la industria alimentaria (p.140). Respecto a esto, los mismos autores concluyen a partir de algunos estudios (Haskell et al., 2007; Jiménez et al., 2008; Lindberg y Swanberg, 2006; Sebastian et al., 2009), que se ha comprobado la contribución positiva que tiene la práctica cotidiana de

actividad física y los hábitos de alimentación saludable, con el bienestar psicológico y la salud en general de las personas (Maganto et al., 2019, p.140).

Aunque ya se comentó al comienzo de esta categoría sobre lo beneficioso de generar hábitos de vida saludables y lo que aporta al cuidado de la salud, es importante también volver a recordar la imposibilidad de los y las adolescentes de reconocer otras variables que no dependan solamente de ellos y ellas a la hora de pensar el cuidado de su salud. Por lo tanto, se puede inferir que estas concepciones de salud están teñidas del discurso médico hegemónico, el cual se reduce meramente al cuidado del cuerpo mediante buena alimentación, actividad física, el no consumo de sustancias psicoactivas y llevar al día los controles necesarios. Con respecto a esto, León (2006), propone pensar en una psicología social de la salud y realiza una revisión del cambio de paradigma del modelo biomédico al modelo biopsicosocial. El autor sostiene que una de las características del modelo biomédico es que la salud se enmarca exclusivamente desde los cuidados individuales, pero es necesario desestructurar esto y hacer hincapié en visualizar la esfera individual desde otros sistemas en los que una persona se encuentra inmersa, como lo son la familia, la organización o la cultura. Además agrega, la importancia de que el cambio de modo de vida no debería darse sólo por parte del individuo, sino también desde el sistema sanitario y el sistema social, “pues si el individuo está o no sano, no es un asunto exclusivamente individual, sino que también depende de la estructura social” (León, 2006, p.92). En esta línea y como ejemplo, en sólo una de las entrevistadas surgió la idea de pensar la salud de forma más integral, acercándose a esta concepción bio-psico-social:

“-Si te digo salud, ¿qué es lo primero que se te viene a la mente? -El bienestar, tipo un equilibrio, tanto físico, como psicológico y emocional, social. -¿Y en qué sentido, en qué aspectos? tipo me empezaste a nombrar, físico, psicológico, ¿algún ejemplo? -Por ejemplo en lo social, tener una vida social activa, vincularte con otras personas de tu edad, distintos contextos. Psicológico y emocional, estar estable. Y físico, bueno no tener enfermedades, ni problemas médicos.” (Entrevistada 6, 18 años, SMP).

Aunque en el discurso de la entrevistada 6, se visualiza una concepción de salud en tanto ausencia de enfermedad, se puede percibir que sus ideas de salud también abarcan aspectos sociales, emocionales/psicológicos y físicos.

Otro de los puntos que expresaron las personas entrevistadas, tuvo que ver con la contaminación ambiental. Al mostrarles una imagen de una ciudad (*Ver Anexo*) en la que tenían que definir si era saludable o no y el porqué, uno de ellos comenta:

“-La imagen 38, no. La pondría como no salud, sobre todo viendo todo el tráfico de autos y contaminación que debe haber ahí... -A vos te da como sensación de contaminación, entonces... -A mí el que haya tanto ruido y tanto auto y la verdad no es algo que me genere algo bueno, o sea no me gusta.”
(Entrevistado 5, 19 años, IAMC).

Otra de ellas expresa la preocupación sobre la contaminación y el ruido, y agrega el estrés que genera vivir en ciudades como éstas vinculándolo a lo “no saludable”:

“-La imagen 38, la relaciono con algo no saludable, porque todo lo que es tipo ciudad, ruidos, también contaminación, todo eso, como que no hace bien a la salud, tipo en sí. No te hace bien, porque todo eso, los gases que inhalas y todo eso que producen los autos, y más cosas obviamente. Y también tipo, para la cabeza, para lo mental, no lo veo algo saludable. Es como que muy, no sé la palabra, como que ir a una ciudad es como mucho ruido, mucha gente.”
(Entrevistada 2, 16 años, IAMC).

Como se puede ver, algunas personas plantearon que la contaminación era una de las causas “que no hacen bien a la salud”. En este sentido, de estos discursos se interpreta que el vivir en ciudades grandes, con gran cantidad de personas, polución y falta de espacios al aire libre, traería en los y las adolescentes la sensación de mayores problemas de salud. Con respecto a la identificación de la problemática ambiental por parte de las adolescencias, se sugiere una investigación de Andrade y Gonzales (2019). Estos autores sostienen, que el hecho de que ésta población conozca acerca de la contaminación e identifique el problema, implica la “facilitación de la conducta ambiental”, lo cual despierta en ellos y ellas la obligación moral asociada a normas personales, y la información que tienen acerca del medio ambiente. Estos aspectos son cruciales para la constitución de elementos que soportan la actitud pro ambiental y que dan forma a la conciencia, fomentando “el quehacer ecológico” (Andrade y Gonzales, 2019, p.112). Asimismo, otros dos adolescentes comentan sobre la posibilidad de contraer alguna enfermedad contagiosa o virus en ciudades con mucha gente:

“-Saludable, porque hay más distancia entre, por ejemplo veo los autos amarillos, hay como más distancia, y supongo que la gente también, como no

hay mucha gente, el que esté caminando no corre ningún riesgo de contagiarse algo que tenga otro” (Entrevistado 8, 16 años, SMP).

Por su parte, el entrevistado 8 relaciona lo saludable respecto a la distancia que hay entre personas dentro de una ciudad y si se llega a “correr el riesgo de contagiarte algo que tenga el otro”. Otro de ellos, ante la pregunta sobre qué sería para él lo opuesto a salud, el adolescente expresa:

“-Te digo salud, y ¿lo opuesto, que sería? -Virus.”(Entrevistado 4, 15 años, ASSE).

Sin embargo, en este punto se puede entender que ambos comentarios fueron brindados en el marco de la pandemia COVID-19 y la condición de aislamiento por la situación sanitaria que se estaba atravesando a nivel mundial. A partir de la respuesta del entrevistado 4, se puede interpretar lo significativo de un virus en adolescentes que vivieron en pandemia. Es importante destacar la simpleza y contundencia de la respuesta del adolescente quien no logra identificar otras cuestiones relacionadas a lo opuesto a salud que no sea un virus, es decir, una potencial enfermedad física.

En este sentido, se puede interpretar que los y las adolescentes que han vivido alguno de sus años en la etapa de COVID-19 pueden haber afectado su concepción de salud a partir de dicho contexto. Según UNICEF (2021), para los y las adolescentes el contexto impuesto a partir de la pandemia, los y las privó de disfrutar momentos propios de la etapa adolescente, tales como el intercambio con amistades, familiares cercanos, el vínculo con los centros educativos y sus adultos/as referentes, actividades deportivas, culturales y recreativas; así como también el cambio desde la experiencia social a una experiencia totalmente mediada por la tecnología. A su vez, se sumó el atravesamiento de duelos por la pérdida de familiares o la amenaza constante de que su accionar podría tener consecuencias negativas para las personas mayores y más vulnerables en ese momento. “Estos factores pueden haber aumentado el riesgo de sufrir un mayor aislamiento, ansiedad y estrés, lo que pone en peligro su salud mental; al mismo tiempo que experimentan cambios en las rutinas que normalmente fomentan la resiliencia ante eventos desafiantes” (UNICEF, 2021, p.3). Respecto a esto, uno de los adolescentes expresa:

“-Por ejemplo ahora con esto (COVID), si no tengo una rutina marcada, estaría bastante complicado (...) yo ahora en cuarentena ponele estoy mucho jugando al play y entra mi madre al cuarto y me dice que no esté pegado a la tele todo el

día y también me marcan que tengo que hacer diferentes cosas, que tome aire y diferentes cosas”. (Entrevistado 5, 19 años, IAMC).

Al decir de Hortonedá (2015), la adolescencia es una etapa en la que las personas elaboran su identidad y se plantean un proyecto de vida propio (p.12). Como ya se mencionó, el contexto por COVID-19 ha sido una etapa compleja de sobrellevar para todas las personas, especialmente para adolescentes, que se encontraban en ese momento clave de expansión de sus habilidades sociales y construcción de su propia identidad; y la pandemia vino a coartar estos movimientos naturales y propios de la etapa.

5.1.2 Estrategias de consulta ante el malestar

De las preguntas de la entrevista vinculadas a la concepción de salud y a las necesidades consideradas para sentirse saludable, se derivó en indagar sobre qué era lo primero que hacían los y las adolescentes cuando no se sentían bien y a quiénes acudían en una primera instancia. En este punto, se generó la categoría estrategias de consulta ante el malestar. En relación con estas respuestas, surge de forma recurrente la idea de consultar a sus referentes, padres, madres, hermanos/as en un primer momento en los que no se sentían bien o sentían algún tipo de malestar físico específico. Se presentan a continuación una serie de viñetas ejemplificando este tipo de respuestas por parte de las personas entrevistadas:

Una de las adolescentes plantea:

“-¿Y qué haces vos cuando no te sentís saludable? -Yo voy corriendo a mi madre. (...) A los adultos que están ahí, familiares. Yo, cuando piso una policlínica, o un hospital, es cuando me siento muy muy muy mal, o sea, es un dolor horrible, ahí si voy.” (Entrevistada 7, 17 años, ASSE).

Otro de los entrevistados comenta qué es lo que hace frente a algún malestar y lo que hacen sus amigos: “

-Bueno y ¿qué haces vos cuando no te sentís saludable? -Yo, en realidad no me suele pasar mucho, pero en realidad siempre acudo a mis padres y ellos saben que hacer más que yo pero en realidad no acudo mucho, no suelo acudir mucho al médico la verdad. -¿No? -No -¿Y por qué situaciones vas a un médico o a un hospital? -Es que salvo que sea una urgencia muy grave, no acudo prácticamente -Ta, ¿y sabes qué hacen tus amigos cuando no se sienten

saludables? esto que me decís vos por ejemplo, lo primero que hago capaz es recurrir a un adulto que esté en la casa, a tus padres, ¿tenes idea de que están haciendo tus amigos? -Y calculo que es más o menos lo mismo hacen. De mi amigos que tengo contacto y que se, ninguno es de ir al médico seguido ni nada, tienen fiebre o algo de eso y lo primero que hacen es preguntar a sus padres que pueden tomarse y queda por ahí...” (Entrevistado 5, 19 años, IAMC).

Otra de las entrevistadas comenta consultar con su hermano que es enfermero:

“-¿Y qué haces vos cuando no te sentís saludable? -¿Cuando no me siento bien? Le digo a mi hermano -Claro porque tenes un hermano enfermero... ¿es lo primero que haces? -Claro, o a mis padres...” (Entrevistada 12, 18 años, ASSE).

Y otra de ellas explica:

“-No, generalmente siempre, si me siento mal, lo digo. Le digo a mis padres, o a mi hermana, o si no estoy con ellos, a mis amigas. Aunque siempre termino tomando, y esperando a ver si se me pasa. Tomar algún medicamento y esperar a ver si se me pasa. -¿Y si llega a mayores, o no se te pasa? por ejemplo... -Sí, hay veces, trato de distraerme, tipo si se me puede ir el dolor, y si no, si es de noche intento dormirme.” (Entrevistada 2, 16 años, IAMC).

Por último, en el siguiente caso, el adolescente expresó recurrir al médico en una segunda instancia, luego de haber consultado con alguna persona referente adulta en su casa:

“-¿Qué haces vos específicamente cuando no te sentís saludable? -No sé, lo hablo con mis padres y ahí vemos más o menos, pensamos qué puede ser, por qué y ya vemos si es necesario ir al hospital, o más o menos ver qué podemos hacer. Por ejemplo, si tengo fiebre, los primeros días me quedo en casa, y si vemos que no pasa, ahí vamos a un médico.” (Entrevistado 8, 16 años, SMP).

En estos ejemplos de viñetas, se entiende que en una primera instancia los y las adolescentes acuden a sus referentes o personas en quienes confían. También surge el automedicarse como una primera herramienta, a veces acordada con estas personas referentes, y luego si no se puede subsanar el malestar, o bien es algo más grave, acuden a su centro de salud o consultan con profesionales de la salud. De estos relatos, se interpreta el significado que tienen sus familiares y referentes a la hora de pensar en

conjunto, cómo actuar ante lo que está sucediendo. Se apoyan en estas personas de referencia, van evaluando las causas y consecuencias, y luego si no mejoran, se acercan a un/a médico. Esto se puede vincular con las ideas de Valadez (2019), quien sostiene que el sujeto adolescente, durante el proceso de constitución de su psiquismo, busca referentes y modelos para autoafirmarse como un yo independiente, y es durante este proceso, que resulta fundamental la calidad del encuentro con el otro (p.179). Por su parte, Martins de Freitas et al. (2020), sostienen que la relación entre referentes de las familias y los/as adolescentes, son consideradas de gran necesidad para promover la salud y el bienestar, evitando posibles conflictos emocionales, de conducta y de salud en su conjunto. Asimismo, destacan la importancia del apoyo dentro del sistema familiar, el nivel de flexibilidad y la comunicación entre referentes y adolescentes (p.105). Esto se puede ver reflejado a la hora de que los y las adolescentes consulten a su círculo de confianza, siendo estas personas en quienes confían su salud y entienden que ayudarán a pensar el surgimiento de esos malestares y cómo resolverlos. Ese proceso, dependiendo la complejidad, se vive con más o menos temores por parte de las adolescencias, y es claro que la familia o referentes que ellos y ellas elijan, ejercen una función de apoyo en estos momentos de incertidumbre.

Como ya se mencionó en esta categoría, fue una respuesta frecuente la de recurrir a la automedicación como forma de subsanar ciertos malestares físicos menores. Una de las adolescentes comenta:

“-Pero tengo otra amiga que también, no sé por qué, pero también recurre a la automedicación, lo mismo que yo, ya sabe cosas que le sirven, porque por lo general siempre es lo mismo. Entonces ta, más o menos lo mismo que yo. Por suerte no tiene que ir nunca al médico.” (Entrevistada 9, 19 años, SMP). Otra de ellas, ante la pregunta de qué hace cuando no se siente bien, responde: *“-O intento esperar si se me pasa, o si no me tomo algún medicamento que tenga a mano.”* (Entrevistada 2, 16 años, IAMC).

Otra entrevistada comenta haber tenido una mala experiencia con la automedicación la cual terminó en una situación de gravedad:

“Me da miedo automedicarme a mí misma, porque yo hice cosas que no tenía que hacer, en otros lados. -¿Y no tuviste una buena experiencia con eso? -No, no.” (Entrevistada 7, 17 años, ASSE).

En relación con los ejemplos de viñetas anteriores, se vincula la investigación de Ortega (2015) sobre automedicación en población adolescente. Lo central en esta investigación, es el planteo de que en los y las adolescentes existe una actitud hacia la conducta de la automedicación. Por un lado, en esta actitud están implícitas variables individuales como la toma de decisiones y la regulación de emociones negativas; variables familiares, es decir, la disponibilidad de fármacos en el hogar y el hábito de consumirlos frecuentemente; y, por último, variables de relación con el entorno, como son la influencia de los pares y los medios de comunicación. Por otro lado, esta actitud hacia la automedicación podría relacionarse con variables que forman parte del centro de la vida de la persona adolescente, “como es su calidad de vida, el consumo de sustancias y los estilos de socialización parental dominantes en su hogar” (Ortega, 2015, p.71). Esto se vincula con las viñetas de las adolescentes, quienes comentan la disponibilidad de fármacos en su hogar o “tener medicamentos a mano” y, a partir de esto, la idea de “por suerte no tener que ir nunca al médico”, evadiendo así la importancia de profesionales que sugieran medicaciones específicas para cada caso y cada persona en particular.

En paralelo, surgen otras formas o vías de consulta ante la identificación de algún síntoma en particular. Por ejemplo, una de las entrevistadas comentó sobre la posibilidad de consultar a páginas o blogs de medicina cuando hay dudas sobre algún malestar que esté sufriendo la persona.

“-Y si no, alguna gente se fija más por internet, no de por sí en las redes sociales, pero si hay algo que no saben o no quieren preguntar, entran a alguna página o blog que sientan que es confiable, no sé. -Tipo esos blogs de medicina que pones en google. -Sí.” (Entrevistada 10, 15 años, SMP).

Es sabido que esta población tiene un buen y fácil manejo de las herramientas digitales, por lo que la salud, no es un tema excluido al momento de acceder a información de forma rápida que estén necesitando los y las adolescentes. Así, en la viñeta anterior, se puede identificar que la población adolescente y joven utiliza el recurso de búsqueda online o visita de blogs de medicina al tener dudas sobre malestares, síntomas, enfermedades, etc. Es pertinente recurrir nuevamente al estudio de UNICEF e INJU (2022), quienes sostienen que el tránsito por la pandemia instaló algunas modalidades de telemedicina que podrían analizarse como respuestas complementarias, utilizando videoconsultas y herramientas virtuales para la atención de demandas emergentes de la población. Lo que sugieren igualmente, es que estos dispositivos no sustituyan a los

servicios de salud presenciales, pero sí se configuren como soporte y primera respuesta asistencial (p.30).

Se entiende de suma necesidad que se comiencen a instalar estos dispositivos virtuales complementarios a las consultas tradicionales ya que es una forma de que la población adolescente pueda acceder más inmediatamente. Asimismo, la consulta virtual y rápida, podría sustituir el consultar a páginas de internet o redes sociales, como lo expresaba la entrevistada 10 anteriormente. Lo que sucede en estos casos, a veces, es que se encuentra información muy general o abierta, que puede llegar a causar más dudas o temores en los y las adolescentes, o bien, la imposibilidad de visualizar el contexto que circunda el motivo de consulta. En este tipo de autoconsulta en blogs, queda el foco puesto sólo en la sintomatología. Es decir, quedaría en una mirada simplista de la salud y una perspectiva sólo biológica reducida a los síntomas; en donde la perspectiva integral de la salud desde una mirada bio-psico-social, tal como se ya ha mencionado a través de algunos/as autoras (León, 2006; Morales, 2015; Moreno, 2007; Saforcada et al., 2010; Valera y De Lara, 2020), queda alejada al momento de comprender un malestar físico o mental. Al decir de Moreno (2007), lo clave es no limitar la comprensión del concepto de salud a la mirada puramente biomédica. Más adelante, se retomará el tema sobre consultas por parte de los y las adolescentes en internet a través de blogs y redes sociales, cuando se aborde la categoría *Acceso a la información*, en la próxima dimensión de este análisis.

Por último, una de las adolescentes hizo referencia a lo primero que hace cuando no se siente bien específicamente a nivel emocional, y surge de su discurso el hacer ejercicio para distenderse, pero luego también trae la posibilidad de hablar sobre aquello que le aqueja:

“-¿Qué haces cuando no te sentís bien o saludable? ¿Qué es lo primero que haces? -¿Lo primero, lo primero que hago? hacer ejercicio. Es como una forma de distenderme y poder pensar claro, y después lo hablo. Depende de qué tipo de problema sea, con quien lo hablo, pero lo hablo siempre. -¿Y el hablarlo te hace poder llegar a una solución o simplemente como descarga? -Por lo general, me sirve..., me hacen ver otros puntos de vista, porque yo lo veo de una forma, y a veces simplemente me descargo y me hace ver que en realidad no es tan grave como pensaba.” (Entrevistada 6, 18 años, SMP).

Con respecto a lo anterior, es relevante lo que Contino (2015) comenta a partir de los resultados que presenta en su estudio. Esta autora, considera que existe una conducta proactiva por parte del/la adolescente en la iniciativa de búsqueda de apoyos, para la resolución de sus problemas. Por lo tanto, “esto confirma la importancia de un contexto social cercano al adolescente que sirva como apoyo para el bienestar psíquico del mismo y oficie como protector, regulador de las emociones y/o tensiones internas, teniendo un efecto de alivio” (Contino, 2015, pp.133-134). Desde esta perspectiva, se puede entender que los y las adolescentes, antes de precisar una consulta en salud mental, acudirían primeramente para hablar sobre sus problemas o afectaciones con su círculo cercano, familiares y amistades y así, sentirse apoyados/as y contenidos/as; y tal como planteaba la entrevistada 6, que la ayuden a “ver otros puntos de vista”.

5.1.3 Espacios en los que se habla de salud

Respecto a esta categoría, se indagó sobre los diferentes espacios y/o las diferentes personas con las que los y las adolescentes hablan sobre temáticas relacionadas a la salud. En este sentido, la respuesta más frecuente fue que era con sus familias o en sus hogares donde más se conversaba sobre salud. Los discursos de las familias y referentes, siguen la lógica de las concepciones sobre salud de las propias adolescencias que se venían presentando al comienzo de la dimensión. Éstas se encuentran enmarcadas en una visión biologicista, individualista y vinculadas al discurso médico hegemónico. A continuación se presenta un ejemplo de esto:

“-Decía que mis padres me decían que tenía que tener cuidado con no enfermarme de muchas formas, que siempre tenía que estar protegido, no tanto sólo por abrigos, sino también por tener las vacunas. Decían que era necesario también, que vaya al hospital porque no es algo por obligación sino también algo por mi salud, que si no voy ahora en el futuro me voy a complicar, y eso básicamente.”(Entrevistado 11, 17 años, IAMC).

Otra de las adolescentes dice:

“-Sí, en mi casa nos hablan sí, de que hay que cuidarnos, sobre todo por las comidas, y las drogas, y todas esas cosas que nos hacen mal, todo eso, nos hablan que la salud es importante.” (Entrevistada 7, 17 años, ASSE).

Con respecto a estas viñetas Lázzaro (2015) plantea, que se sigue sosteniendo una comprensión del binomio salud/enfermedad que no toma en cuenta los aspectos

psicoafectivos y emocionales, ni tampoco los condicionamientos sociales. Por lo tanto, este binomio es entendido “como una construcción que se da a través de los discursos y las prácticas biomédicas, pero también desde las prácticas de los grupos-conjuntos sociales que las legitiman desde un lugar de subordinación” (pp.153-154). Además agrega, que el modelo médico hegemónico es configurado como una institución con funciones sociales determinadas, y con el privilegio de un rol relacionado a “dinámicas de control y regulación de los cuerpos, conformando nuevas formas de dominación neocolonial” (Lázzaro, 2015, pp.153-154). Como se pudo ver, tanto en el entrevistado 11 como en la entrevistada 7, surgen cuestiones relacionadas a lo que “está bien o está mal” hacer en relación al cuidado de su salud, pensamiento ligado al discurso médico hegemónico y a una interpretación individualista de la salud.

En otras respuestas, también surgió el liceo como un lugar donde se hablaba del tema, más que nada en instancias promovidas por los mismos educadores/as dependiendo lo que tengan como eje en el currículo de cada materia. Una de las adolescentes comenta:

“- Y parte también el liceo, todo lo que te enseña, sobre la salud en el deporte, por ejemplo todos los deportes que te da el liceo, están relacionados a la salud.” (Entrevistada 2, 16 años, IAMC).

Otra de las adolescentes expresa:

“-Tuvimos dos talleres nomás de salud, en el centro educativo que yo voy, y tipo ta, estuvimos hablando de la salud, de que era la salud para nosotros, y esas cosas. Si era importante, si no, y ta, eso nomas”. (Entrevistada 7, 17 años, ASSE).

A partir de ambas viñetas, Hortonedá (2015) recuerda que el Programa Nacional de Salud Adolescente y Juventud plantea un “modelo de atención que ubica al ser adolescente en el centro y lo vincula con su micro y macroentorno, en el que se privilegia la promoción de estilos de vida saludable y la prevención de condiciones o problemas de salud” (pp.26-27). Por lo tanto, la autora expone la idea de que aparte de promover el Programa en los servicios tradicionales de salud, éste se potencie a través de los ámbitos donde la población adolescente habita, estudia, trabaja o se recrea (Hortonedá, 2015, pp.26-27). Asimismo, a partir del intercambio que sostuvo el INJU con la población adolescente de todo el país, surge una necesidad inmediata de proponer espacios por fuera de los servicios de salud específicos, es decir, espacios donde la

población adolescente habita, como centros educativos: “en este sentido, sería importante disponer de una figura de nexo entre las personas jóvenes y los servicios de salud, que pueda estar disponible en los ámbitos y espacios en los que las y los jóvenes se encuentran” (INJU, 2019, p.166).

A su vez, surgió que en los espacios donde se habla de salud es en diferentes lugares públicos comunes, “en las calles”. En este sentido, un adolescente comenta que en los espacios públicos solamente se escuchan cuestiones referidas al cuidado en las relaciones sexuales con el fin de prevenir enfermedades de transmisión sexual, o como una alerta a los embarazos no deseados. Y dice:

“-Pero normalmente, lo que escuchas en las calles, o en los bares y todo, cuando sos adolescente, más que nada, sobre todo es la protección de tener relaciones, porque te pueden venir enfermedades, puedes dejar embarazada a alguien, o mil cosas más.”(Entrevistado 11, 17 años, IAMC).

A través de este relato, se interpreta que a pesar de los intentos de trabajar sobre sexualidad pensada en la responsabilidad sexual y el disfrute, siguen apareciendo discursos que se enfocan en el miedo, la alerta y el peligro; sobre todo en la etapa adolescente. Quizás, “el mundo adulto no está pudiendo decodificar los constructos adolescentes para que sean de recibo de la población, adecuando su modo de ser, diversidad, tecnología, lenguaje, gustos y aficiones” (MSP, 2020, p.193). En este sentido, los Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) del MSP (2020), plantean la necesidad de políticas de comunicación masiva y también individual que promuevan el disfrute y no una negación de la sexualidad. Asimismo, se hace hincapié en promover la información de prácticas sexuales, además de promover habilidades para la vida (MSP, 2020, p.193).

Por su parte UNICEF (2022), sostiene que “la exploración de gustos y preferencias en el terreno de la sexualidad, la identidad de género, los noviazgos, son aspectos inherentes al proceso de definición identitaria que se vive durante la adolescencia” (pp.5-6). Por lo tanto, la definición de “lo que me gusta”, “qué quiero” o “quién soy”, son preguntas claves de la vida y que en la etapa adolescente cobran mayor fuerza y relevancia. Durante este proceso, se pueden generar sentimientos de angustia o desolación en las adolescencias, no obstante al ir encontrando algunas respuestas a sus preguntas sustanciales, les irá dando mayor confianza. Este informe de UNICEF (2022), sostiene

que el adecuado tránsito por estas experiencias, exploraciones y decisiones dependan de ellos/ellas, y del apoyo de referentes adultos/as en ese proceso; lo que implica que éstos acompañen, escuchen y respeten sin desidealizar o destruir aquello que no pueden comprender (pp.5-6).

En suma, dentro de la dimensión denominada “**Concepciones de salud de los y las adolescentes**”, se desprendieron tres categorías de análisis: *Discursos sobre salud*, *Estrategias de consulta ante el malestar* y *Espacios en los que se habla de salud*.

Respecto a los discursos sobre salud, se fueron mostrando las diferentes perspectivas en relación con las concepciones de salud de los y las adolescentes. De estos intercambios surgieron ideas de “equilibrio”, “balance” y “bienestar”, con una clara predominancia del discurso de la salud centrado en los cuidados individuales. También se pusieron en diálogo las diferentes concepciones referidas a salud mental y a salud física. Con respecto a la primera, del análisis surgió la importancia que las adolescencias le otorgan al habitar espacios saludables, con pares y de ocio o recreativos, así como lo significativo para ellos y ellas del apoyo de su familia operando como sostén y acompañamiento en el desarrollo de esta etapa. Dentro de este apartado, también se analizaron los diferentes relatos con respecto al consumo de alcohol y sus dos visiones. Una de ellas, dio cuenta de una concepción de salud vinculada a los riesgos y excesos del consumo, y otra estuvo más relacionada al disfrute y el compartir con pares en un ámbito cuidado. En relación con la salud física, surgieron concepciones relacionadas a hábitos más higienistas, en las cuales primó el cuidado del cuerpo, la buena alimentación, la actividad física y deportes. A su vez, los y las adolescentes reconocieron la problemática de la contaminación ambiental y la convivencia en grandes ciudades, como fuente de contagio, probablemente relacionado al período de pandemia por COVID-19. Se pudieron ver algunos relatos atravesados por el miedo al contagio, lo que da cuenta de la concepción de salud de las adolescencias enmarcada en dicho contexto.

Con respecto a las estrategias de consulta ante el malestar, surgió en los diferentes discursos de las personas entrevistadas, lo importante de consultar a sus referentes de confianza (padres, madres, hermanos, hermanas). Además, emergió la automedicación como una herramienta a la que algunas/os acudían como primera solución, o bien una solución pensada en conjunto con sus referentes adultos/as. En este punto, se pudo ver que los y las adolescentes muestran una clara conducta hacia la automedicación que

depende de la disponibilidad de fármacos al alcance de su mano y también de variables sobre la concepción de “aguantar a ver si se pasa” y si no automedicarse, dejando como última opción la consulta con profesionales de la salud. Otra de las posibles vías de consulta ante el malestar que propuso una de las adolescentes, fueron las páginas web y/o blogs de medicina. Esto, podría tener ciertos riesgos al brindar información con una versión sintomatológica o biologicista de la situación, dejando de lado lo emocional y social, como se planteó en las anteriores categorías. También surgió de las entrevistas, la importancia de hablar con otras personas sobre lo que está generando malestar a nivel emocional. En esta línea y tal como surgió en toda la categoría, se pudo visualizar lo significativo del sostén familiar para las y los adolescentes a la hora de pensar las soluciones a sus malestares.

En relación con los espacios en los que se habla sobre salud, los y las adolescentes identificaron a sus familias, sus hogares y el liceo como los más relevantes. Se pudo ver que los discursos de las familias y referentes de las y los entrevistados, siguen la lógica de las concepciones sobre salud de las propias adolescencias, las cuales se enmarcan en una visión biologicista, individualista y vinculadas al discurso médico hegemónico. Luego se conversó con uno de los adolescentes sobre lo que se escucha en “la calle” refiriéndose a los espacios públicos en general. De allí, surgió el tema sobre salud sexual y reproductiva, y cuál era el mensaje de la sociedad hacia los y las adolescentes con respecto a esto. Aquí, se pudo decodificar que siguen apareciendo discursos enfocados en el peligro y la alerta, en vez de darle mayor importancia al disfrute y el deseo como medios para la vinculación sexoafectiva.

Para concluir, en esta primera dimensión se puso en diálogo la salud desde una perspectiva bio-psico-social, con las concepciones de los y las adolescentes ligadas al discurso médico hegemónico, con una comprensión más individualista de la salud y también atravesadas por el paradigma biologicista del binomio salud-enfermedad.

5.2 Acceso a los servicios de salud

“...Por suerte no tiene que ir nunca al médico” (Entrevistada 9, 19 años, SMP).

“No sé, no me gusta, como que no confío en los médicos. Me da miedo” (Entrevistada 3, 19 años, IAMC).

“Yo, cuando piso una policlínica, o un hospital, es cuando me siento muy muy muy mal, es un dolor horrible, ahí si voy.” (Entrevistada 7, 17 años, ASSE)

En la segunda dimensión, denominada *Acceso a los servicios de salud*, se presentan las tres categorías que surgieron del análisis a partir del objetivo específico de investigar sobre los diferentes facilitadores y barreras de acceso a los servicios de salud que reconocen los y las adolescentes. Las tres categorías son: ***Concepciones y acercamiento a los servicios, Trato y calidad de la atención y Acceso a la información.***

5.2.1 Concepciones y acercamiento a los servicios

En cuanto a esta primera categoría, se pudo visualizar el tipo de acercamiento de los y las adolescentes a los servicios, lo cual está relacionado con las concepciones de salud que se abordaron en la primera dimensión de éste análisis. Para comenzar, se presentarán las diferentes viñetas con el objetivo de ir ejemplificando las razones que dan las propias personas adolescentes sobre el acercamiento a los servicios de salud.

Uno de los entrevistados responde:

“-¿Y por qué situaciones vas a un médico o a un hospital? -Es que salvo que sea una urgencia muy grave, no acudo prácticamente”. (Entrevistado 5, 19 años, IAMC).

Otra de ellas explica:

“-Voy una vez por año más o menos a ver a mi doctora, como el chequeo general del año”. (Entrevistada 10, 15 años, SMP).

Y otra de ellas comenta:

“-¿Y últimamente, que hayas tenido que ir a la policlínica? -Sí, hace unos meses, me ataque el riñón. Después me pasó la vista, y hace poquito nomas, me dolía fuerte, mucho mucho la cabeza. Me hicieron una tomografía, y dicen que no tengo nada, sentía dolor porque estuve todo el día al sol. (...) Yo, cuando piso una policlínica, o un hospital, es cuando me siento muy muy muy mal, o sea, es un dolor horrible, ahí si voy.” (Entrevistada 7, 17 años, ASSE).

Aunque surge de varias entrevistas, que las personas se dirigen a un centro de salud sólo cuando tienen alguna emergencia médica o bien en situaciones de enfermedades más graves, otra de las situaciones en las que acuden a un servicio de salud, es para realizar el carné de salud adolescente, exigencia en los centros educativos, sociales y deportivos. Por ejemplo, uno de los adolescentes comenta las razones por las que se acerca al centro de salud:

“-Principalmente por temas de salud o sino por controles, o cosas que necesite, tipo trámites, que se necesiten hacer tipo en un centro de salud. -¿Trámite cómo cuál, por ejemplo? -Carné de salud, carné de adolescente, viste, controles que necesitas renovar, tenes que ir, trámites que no estén vigentes, cosas así.”
(Entrevistado 14, 18 años, ASSE).

Tal como lo menciona el Plan Nacional de Juventudes 2011-2015 del INJU (2010), hay evidencia de que los y las jóvenes, sólo en caso de enfermedad utilizan los servicios de salud, y refiere a que “no hay una práctica instalada de controles preventivos o rutinarios en esta población. Tan sólo el 10% de las personas de 15 a 19 años (...) acuden a controles preventivos” (p.41). Cuando se consulta la frecuencia con la que acuden a un centro de salud, surgen respuestas mostrando un escaso acercamiento. Es decir, si no van para renovar su carné de salud, como ya se mostró, asisten por algún tratamiento específico, por ejemplo odontológico o psicológico. En este caso, una de las adolescentes comenta sobre la frecuencia:

“-Ahí va, y ¿con qué frecuencia vas al centro de salud? por ejemplo en el último año, o en los últimos dos años ¿Cuánto tiempo más o menos? -Digamos, o sea, dejando de lado la psicóloga porque la psicóloga son sesiones y tengo que ir una vez por semana, generalmente, no sé, una vez cada cuatro meses capaz, algo de eso.”(Entrevistada 2, 16 años, IAMC).

Otro de ellos expresa:

“...-O sino para el control, y bueno, el carné, lo que sea. Lo que me dicen ellos, si me dicen vení en nueve años, voy en nueve años. -Claro, entonces en este último año, la frecuencia con la que fuiste ¿fue más o menos cuánto? -No sé, dos o tres veces al año. A renovar mi carné fui en enero, después fui creo que dos veces al dentista, y ta.” (Entrevistado 11, 17 años, IAMC).

Cabe destacar que en éste último discurso, se visualiza la postura de pasividad por parte del adolescente en cuanto al acercamiento a los servicios de salud, esperando que sean los/as médicos o profesionales de la salud quienes determinen cuándo tiene que ir a consulta. También se puede ver en los relatos la desconfianza, los miedos y el disgusto relacionado a los centros de salud y sus profesionales. En una de las entrevistas surge:

“-Si es algo que sienta que se está saliendo de mi control, que veo que con las soluciones que yo creo tener a la mano no me están funcionando, bueno, por ejemplo ahí recurro. Porque en sí a mi madre no le gustan los hospitales, entonces desde chiquitos, nunca nos llevó, porque le daba miedo que nos encontraran algo. Ta, y entonces íbamos, literalmente, una vez al año, a hacer el carné de salud, porque en el colegio lo pedían. Sino, después ta, si pasaba alguna cosa de esa, como que teníamos alguna llaga, que necesitábamos algún medicamento con prescripción, o algo de eso, pero en realidad nunca teníamos que ir.”(Entrevistada 9, 19 años, SMP).

Otra de las adolescentes comenta no sentirse segura al visitar una institución médica y lo expresa de la siguiente manera:

“-No sé, no me gusta, como que no confío en los médicos. Me da miedo.”
(Entrevistada 3, 19 años, IAMC).

Por último, sólo en uno de los adolescentes surgió una postura diferente a la de la mayoría de las personas entrevistadas. Hizo referencia a la importancia de acercarse a un centro de salud “por su bienestar” y como forma de controlar y prevenir enfermedades a futuro. Ante la pregunta ¿cuáles son las razones por las que vas al centro de salud?, el adolescente manifestó:

“-Yo, cuando voy es porque sé que es para mí bienestar, para controlar que no me pase nada, que no me esté pasando, ni que me pudiera pasar en un futuro algo, y es eso básicamente, por mi bienestar.” (Entrevistado 11, 17 años, IAMC).

Según lo que se desprende del grupo de viñetas anteriores, ante un malestar los y las adolescentes buscan la forma de aplacar el síntoma o dejarlo pasar, y si se agrava la situación, allí se acercan al servicio de salud. En sus discursos, se observan diversos factores por los que no se acercarían al centro de salud, y estos se vinculan con la

autogestión del malestar, con el respeto y obediencia al poder médico, con el miedo a la consulta y con la asociación de la salud como un trámite. Con respecto al acercamiento de los y las adolescentes a servicios de salud, Ortega (2015), sostiene que de la misma forma que ocurre con la población en general, el uso que las personas adolescentes hacen del sistema de salud y de sus recursos (dependiendo el país en el que viven), es el resultado de factores interrelacionados entre sí como lo son: sus propias creencias sobre salud, la concepción del cuidado de su salud, las necesidades específicas de asistencia en cada momento de su vida, la concepción que tienen sobre el funcionamiento de los servicios de salud y las dificultades para el acceso a éstos, la credibilidad que le asignan a la eficacia del sistema sanitario, a sus profesionales y a los medicamentos, las fuentes de información de las que disponen, tanto formales (técnicos y profesionales de la salud), como informales (internet, consejos de conocidos, etc.) (Ortega, 2015, p.55).

Por su parte, la OPS (2010), entiende que, debido a la escasa participación de la población adolescente en los servicios de salud, no se presta especial atención a las necesidades particulares en torno a la edad, la etapa de desarrollo, la cultura y el género. Asimismo, los programas no aprovechan la función central que desempeñan los entornos cotidianos de las adolescencias (familia, centros educativos y recreativos, comunidad) como factores protectores para la salud y también como facilitadores para el acceso a los servicios, pudiéndose convertir en los principales promotores de la salud de los y las adolescentes. En relación con esto, Hortonedá (2015) sostiene que es la propia población adolescente, la que debe considerarse como parte de la solución a los problemas o riesgos durante ésta etapa de la vida. Es así que, a partir de las viñetas, se pudo visualizar el escaso acercamiento de la población adolescente a los servicios, como consecuencia de diversos factores (personales, sociales, familiares, culturales) que se relacionan entre sí y que también tienen que ver con la concepción de salud y la concepción que tienen sobre los servicios de salud los y las propias adolescentes. Con respecto específicamente al acercamiento de la población adolescente a los servicios de salud mental, se presentan dos viñetas que abordan el tema. Una de las adolescentes comenta sobre una charla con sus amigas:

“-Si, estuvimos hablando bastante últimamente de lo mental, porque una amiga estaba bastante mal, por toda la facultad, el estrés, todo, pero empezó el psicólogo, entonces también le preguntamos cómo era eso, porque nosotras

nunca fuimos a un psicólogo. -¿Ninguna había ido nunca, y ella era la primera que iba? -Claro, claro.” (Entrevistada 3, 19 años, IAMC).

Por otro lado, un entrevistado expresa:

“-Una vez en el liceo, al psicólogo me mandaron pero... -¿Eso es dentro del centro educativo? -Sí claro, pero viste que te mandan al psicólogo cuando haces algo mal, o cosas así.” (Entrevistado 14, 18 años, ASSE).

En este sentido, se revisaron los datos de la encuesta del INJU (2020), que muestran el uso que hacen de los servicios en salud mental las personas adolescentes y jóvenes. Estos datos muestran que el acercamiento por parte de la población adolescente, es de un 14,2%, en referencia a las consultas durante el último año. En cuanto al género, también se puede ver una mayor cantidad de consultas en las mujeres que en los varones y a su vez, la proporción es mayor para personas de 12 y 13 años, que va descendiendo con el aumento de la edad. Además, es importante destacar que, con el aumento del nivel de ingresos de la población, se incrementan las consultas con profesionales de la salud mental (INJU, 2020, p.104). A partir de esto, se puede generar una hipótesis sobre el escaso acercamiento a servicios de salud mental de adolescentes mayores a 12 y 13 años, que son los que menos consultan según el INJU. Esta hipótesis, podría sostenerse en la idea de que el mundo adulto no tiene tanta incidencia en los adolescentes de la franja 15 a 19 años como para “mandarlos” a estos espacios de salud mental, tal como se ejemplifica con la viñeta del entrevistado 14. En ese discurso, se puede ver reflejado un cierto desinterés del adolescente con el espacio de salud mental al que lo “mandan”. Este vínculo, seguramente fue generado a partir de la necesidad de otro, en este caso, del centro educativo. En algunas ocasiones, son los referentes adultos quienes “mandan” a ese/a adolescente a consultar a un espacio de salud mental; y es entonces la propia persona quien tiene que ir construyendo la demanda real que exige el vínculo con un/a profesional de la salud mental. Por lo tanto, a partir de lo que comentan las personas adolescentes, sigue siendo un punto clave a analizar, la imposibilidad de que ellos y ellas puedan percibir la necesidad de una consulta en un espacio de salud mental cuando lo requiera.

5.2.2 Trato y calidad de la atención

Luego de haber analizado el acercamiento a los servicios de salud por parte de la población adolescente, en esta categoría se profundizará en los facilitadores y las

dificultades que identifican ellos y ellas a la hora de asistir a un centro de salud. Surgen el trato y calidad de la atención, como un punto clave que identifican las personas entrevistadas.

En el Plan Nacional de Juventudes 2015-2025 (2019), los y las jóvenes describen que las mayores dificultades en lo que refiere al acceso y al uso de los servicios de salud, se encuentran en que los servicios de salud no son amigables para ellos y ellas. Además, perciben dificultades en relación con que los y las profesionales de la salud se encuentran desactualizados/as, por ejemplo, en abordajes de salud mental y sexualidad (INJU, 2019, p.161). Es importante señalar que en el contexto de esta investigación, la mayor parte de los relatos de las personas adolescentes muestran, a diferencia de lo que expone el Plan, conformidad con la atención. Ejemplos de esto se muestran a continuación:

“-¿Cómo te sentís con el trato de los profesionales que te atendieron? -Bien a pesar de todo me han tocado buenas personas. -Bien o sea que ¿tuviste buenas experiencias? -Si buena suerte vamos a decir. -Y aparte por ej. de los médicos, si vas a la farmacia o si estás en la recepción, ¿también te sentís bien como con las otras personas del centro de salud? ¿has tenido buena experiencia con ellos? -Sí, sí muy buena experiencia” (Entrevistada 12, 18 años, ASSE).

“-Bien. Bueno, ¿y cómo te sentís cuando vas al centro de salud, en general? - Súper cómoda. -¿Si? El tema de los tratos, por ejemplo ya sea de los profesionales de la salud como de los demás funcionarios, secretarias, ¿cómo te has sentido tratada? -Impecable, desde que llegas te atienden súper bien, te sentís cómoda, segura. Te ayudan en todo. -Bien, así que has tenido experiencias positivas en general con el trato. -Sí.”(Entrevistada 6, 18 años, SMP).

En concordancia con las experiencias de la mayoría de los y las adolescentes entrevistadas, Arias (2017) comenta respecto a los resultados de su estudio que, para la población adolescente, el establecimiento de un buen vínculo con los y las profesionales, es la mayor fortaleza de la atención a la salud. Con respecto a esto, Guerrero et al. (2022), explican que es de vital importancia el establecimiento de una buena relación “médico-paciente”, ya que muestra los parámetros necesarios para que la persona usuaria sienta una experiencia de dignidad, esperanza y respeto mutuo, durante el tiempo de la consulta. Además agregan, que en el caso de pacientes adolescentes,

el/la profesional de la salud debe tener aún más cuidado con cada una de sus intervenciones hacia la persona, procurando no generar ambientes de desconfianza (Guerrero et al., 2022, pp.1040-1048). En este sentido, a pesar de que la mayoría de las y los adolescentes expresan reconocer un buen trato y una buena calidad humana en la atención, hubo dos entrevistadas que reconocen no haberse sentido cómodas con el trato de profesionales en su centro de salud. Una de ellas explica:

“Estaba pensando, en el trato, supongo que sería...o sea los doctores, generalmente te hablan muy...o sea te dicen todo términos médicos, te hablan como grande...” (Entrevistada 3, 19 años, IAMC).

En este caso, y en concordancia con el Plan, la entrevistada 3 expresa estar disconforme con el modo en el que se comunican los médicos con las personas adolescentes en particular. Asimismo, UNICEF e INJU (2022) entienden de suma necesidad incluir la “perspectiva de juventudes” en la atención a la salud. Actualmente, se suele atender a las personas adultas como si fueran un grupo homogéneo, dejando de lado que la población adolescente y joven tiene sus propias características (p.30).

Otra de las adolescentes comenta no sentirse a gusto con la forma en la que fueron abordados ciertos temas por parte de profesionales de la salud:

“-Que no te hagan tanta pregunta, yo que sé, que te hagan lo más importante que quieran saber. -¿Sentís que cuando vas te hacen muchas preguntas? -Sí. -¿Qué cosas no te gustan de lo que te preguntaron? -Ahora no me acuerdo de lo que me preguntaron, muchas preguntas. -¿Muchas preguntas? -Sí, cuándo tuviste la primera menstruación, o relaciones, todas esas cosas. -¿No te gusta ir y que te pregunten sobre la intimidad? -Claro, si te preguntan qué te lo escriban, yo que sé, y vos contestas, si quieres o no quieres.” (Entrevistada 1, 16 años, IAMC).

A su vez, la entrevistada 3 comenta una situación particular en la que no se sintió cómoda con una ginecóloga a la que consultó, aunque generalmente identifica un buen trato por parte de profesionales de la salud.

“-¿Y cómo te sentís con el trato? -Generalmente bien. Sólo me pasó una vez, con la primera ginecóloga que dije ´chau, nunca más te veo a tí´ -¿No te sentiste cómoda? -No, era como si gritara, y claro, yo tenía pila de preguntas y me las respondía así ´tac tac tac´. Como... me dejaba hablar poco y nada. Apenas terminaba la pregunta, ya me estaba respondiendo, y me decía ´ta chau andate´.

-Entiendo, salvo esa experiencia, después en general te sentís bien, ¿el trato en general es bueno? -Sí, sí.”(Entrevistada 3, 19 años, IAMC).

Comentando sobre la mala experiencia con esa ginecóloga, la misma adolescente plantea haberse arrepentido de no haber dicho nada y también lo trae como una posible mejora por parte del centro de salud.

“-Hay gente así como la primera ginecóloga que en realidad, nunca le dije a nadie de ahí del sector, entonces nadie va a saber cómo para decirle ‘che, tranquilízate un poco’, capaz que una zona como para escuchar a la gente que va a atenderse ahí. Capaz eso mejoraría.”(Entrevistada 3, 19 años, IAMC).

Para Graña (2019), es necesario construir una fuerza laboral efectiva a nivel global de profesionales de la salud especializados en atención a jóvenes y adolescentes, con el fin de comprender y atender las características específicas (bio-psico-sociales) que afectan a su salud. La autora sostiene que esto, “representa un salto cualitativo que redundará en mejores servicios de salud para adolescentes y jóvenes” (p.162). Tanto la propuesta de Graña como la desactualización en temas de sexualidad que mencionaba el Plan, coinciden con lo expresado por ambas adolescentes quienes refieren no haberse sentido a gusto en algunas ocasiones con el trato y calidad de la atención por parte de profesionales de la salud. Por lo tanto, se puede interpretar que en los relatos de las adolescentes, se estaría haciendo referencia a la importancia de la atención con profesionales de la salud, especializados en población adolescente.

Siguiendo en la misma línea, al preguntar a las personas entrevistadas si tuvieran que elegir lo mejor y lo peor de su centro de salud, surgieron variadas respuestas, sin embargo la buena atención humana fue uno de los puntos que resaltaron positivamente los y las adolescentes. Algunos ejemplos de esto:

“-¿Y si pudieras decir lo mejor y lo peor de tu centro de salud? -Lo mejor, es la atención. Lo peor, esperar.”(Entrevistada 7, 17 años, ASSE).

“-Si tuvieras que elegir lo mejor y lo peor del centro de salud, ¿qué te parece que sería? -Lo mejor sería la atención de los médicos, lo peor sería la sala de espera”. (Entrevistado 4, 15 años, ASSE)

“-Lo mejor es que me parece que tiene médicos muy buenos, o sea en el sentido de calidad de estudios y eso, muy capacitados todos.” (Entrevistada 9, 19 años, SMP).

“-Ta que me gusta ta, a veces la atención tipo es buena, depende con qué doctor pero siempre, la mayoría de las veces te tratan bien, tipo te preguntan, se preocupan, ves cómo se preocupan, a veces. Y ta, a veces también que no me gusta, cuando vas a sacar fecha, te dan para tipo bastante tiempo más tarde, y vas enseguida para querer atenderte enseguida y tenes que esperar no sé, semanas o meses. Claro, al final no terminas ni yendo porque ya tipo como que te olvidas o ni te preocupaste por eso, y capaz que era algo que era grave o algo de eso, pero que no fuiste más, eso no está bueno.” (Entrevistado 14, 18 años, ASSE).

Así como todas las viñetas presentadas muestran la coincidencia en que lo mejor de su centro de salud es la atención humana de calidad, todas las personas también identifican los tiempos de espera como lo peor de su centro de salud. En relación con esto, es importante resaltar que los tiempos de espera tienen que ver con una demanda real de la persona usuaria del sistema sanitario. En este sentido, Landini et al. (2014) conciben que la accesibilidad tiene que ver con esa posibilidad de los y las usuarias de recibir los cuidados de salud que están precisando, de manera rápida y efectiva. Esto permitiría a los servicios poder enfocarse en la articulación de la oferta que brindan y las características de la demanda de las personas (p.232). Por su parte, Arias (2017) concluye en su investigación, que uno de los grandes obstáculos que la población adolescente pudo identificar para el acceso a los servicios, tiene que ver con los tiempos de espera para la consulta. Esto, coincide con los discursos de las personas entrevistadas y, especialmente, se resaltan las palabras del entrevistado 14, quien expresa que al solicitar una cita médica y que no se la haya agendado de forma rápida “capaz era algo que era grave”, “pero no fuiste más y eso no está bueno”, mostrando las consecuencias potenciales en el propio proceso asistencial. Así, se podría entorpecer esa falta de atención rápida y efectiva que sugerían Landini et al. (2014), cuando definen la accesibilidad en salud.

Aunque la literatura académica muestra que los tiempos de espera son identificados como indicadores de calidad (en tanto obstáculos), en el acceso a los servicios para todas las personas, y la población adolescente también lo ha reconocido a lo largo de los años como tal, es importante destacar lo que explican Martín et al. (2021), sobre la llamada “generación Z”. En la actualidad, dicha generación está caracterizada por adolescentes que manejan altas expectativas de rapidez e inmediatez, en especial en las interacciones sociales. Esta generación, busca la rapidez en los intercambios de

información, al conocer, hablar, preguntar y desean obtener una respuesta inmediata de la otra persona (p.4). En este sentido, las diferentes esperas que tengan que transitar en el marco del acceso a los servicios de salud, no queda por fuera de estas lógicas de funcionamiento. Se puede hipotetizar entonces, que los y las adolescentes de hoy pretenden esa inmediatez en la sala de espera, en la consulta o en la obtención de una cita médica, y es por ello que identifican los tiempos de espera como un obstáculo mayor al momento de pensar el acceso a los servicios, sin importar si pertenecen a prestadores públicos o privados. Por último, al preguntarle a una de las adolescentes qué cosas le hacen dudar o le sacan las ganas de ir al centro de salud, ella responde:

-Me saca las ganas, en el sentido, cuando solo tengo un control médico, voy con las ganas, todo, porque me pongo a hablar con la médica, pero cuando tengo que ir a retirar un medicamento, o a sacar fecha para algo, ya me estreso. Me pone de mal humor esperar en todos lados". (Entrevistada 7, 17 años, ASSE).

Con respecto a esto, Comes (2007), entiende que cuando un servicio diagrama su oferta sin tener en cuenta las prácticas y representaciones de la población a la cual desea brindar su atención, de esa forma, fomenta un posible desencuentro entre el propio servicio y las personas usuarias de éste (p.209). Por lo tanto, se puede inferir que la entrevistada 7 aunque valora la consulta con la médica, también expresa un descontento con la pérdida de tiempo que le genera asistir al centro de salud. Por el contrario, otra de las adolescentes comenta que en su servicio existe una aplicación por la que puede autogestionarse las citas médicas con mayor facilidad y rapidez, y también resalta la practicidad de ver allí los resultados de sus exámenes médicos:

"- Lo mejor...ah lo mejor es que puedes anotarte de Internet, entonces fácil, puedo anotarme y puedo cancelar la hora si encuentro algún otro médico que me guste más o eso, y también puedes ver los resultados de los exámenes en la aplicación, eso también me parece muy práctico." (Entrevistada 3, 19 años, IAMC).

A partir de este ejemplo, se puede reconocer que una de las características de la población adolescente es el buen manejo de herramientas digitales, y cuando este tipo de modalidades de atención está presente, es valorado por los y las adolescentes. Por lo tanto, sería deseable que otros servicios que no tienen como opción la vía de accesibilidad digital, lo puedan incorporar facilitando el proceso asistencial en adolescentes.

5.2.3 Acceso a la información

Luego de haber analizado en esta dimensión el acercamiento y el acceso a los servicios, este análisis se va a detener en el último punto, vinculado con el acceso a la información. Para ello, se les preguntó a los y las participantes, si creían que tenían toda la información necesaria acerca de cómo cuidar su salud y a dónde acudir si lo requerían. Con respecto a cómo cuidar su salud, en general respondieron que no tenían toda la información necesaria y sentían que siempre “faltaba algo para aprender”. Por el contrario, las respuestas en referencia a dónde acudir si lo necesitaban, la mayoría de las personas adolescentes expresó saberlo. Se presentan algunas viñetas a modo de ejemplo:

“-¿Y vos crees que tenes toda la información necesaria, acerca de cómo cuidar tu salud, cómo cuidarte? -No, siento que me falta mucho por aprender. -¿Sí? -Sí. -¿En qué sentido? -En muchos sentidos, tipo, porque si yo llego a tomar un medicamento erróneo, y no estoy informada de lo que me podría pasar y esas cosas, y no sé si soy alérgica a algo, esas cosas, eso está bueno saberlo. -Ah, ok. ¿Y crees que tenes la información necesaria para saber a dónde ir, a donde acudir cuando te sentís mal? -Sí, tengo sí.” (Entrevistada 7, 17 años, ASSE).

“-Ok ¿y vos crees que tenes toda la información necesaria acerca de cómo cuidarte y cómo cuidar tu salud? -No. -¿Por qué? -Porque con el tema de que cada día siempre sale algo nuevo y nunca sabes, y si lo que sabes está bien o no, nunca sabes... -Ahí va y ¿en qué cosas relacionadas a la salud te parece que necesitas más info? -Información... mmm... -¿O qué cosas te gustaría saber? - Sobre todo yo que sé, de cómo cuidarse, cómo cuidar a los demás y todo eso... - Ajam... ¿y sabes dónde acudir si te pasa algo? o si necesitas ir a un hospital, ¿cómo hacer? -Sí, sí. -Esa información si la tenes. -Sí, si” (Entrevistada 12, 18 años, ASSE).

“¿Y crees que tenes toda la información necesaria acerca de cómo cuidar tu salud o cómo cuidarte? -No, lejos. -¿Y en qué ámbitos de la salud pensas que te falta información o en qué te gustaría tener un poco más de información o saber algo más? -Y no sé, conocer un poco más todo básicamente porque yo pienso que la salud es algo muy acotado lo que yo sé, y en realidad va mucho más allá de eso calculo yo. Yo pienso que la salud es que me suba un poco la fiebre y tomarme un medicamento y queda ahí. Me faltan conocer muchas cosas que capaz conociéndolas quizás tomaría mucha más conciencia. -Bien. Ok. ¿Y crees

que tenes la información necesaria para saber a dónde acudir si es que te sentís mal o si lo precisas? -No, o sea acudiría como cualquiera a un médico pero tampoco sé si es donde debería acudir.” (Entrevistado 5, 19 años, IAMC).

Con respecto a la falta de información sobre cómo cuidar su salud, que plantean las personas entrevistadas, se coincide con la OPS (2019) sobre la responsabilidad de los Estados de la región en generar información de calidad sobre salud adolescente. En el informe final sobre la Estrategia y el Plan de acción referido a la Salud Adolescente de la OPS (2019), se muestran una serie de actividades fundamentales para acelerar el progreso referido a la salud de la población adolescente. Dentro de estos, se sugiere el “aumentar la capacidad de los países para generar información fidedigna sobre la salud de los adolescentes y para el seguimiento y el análisis sistemático de las inequidades en materia de salud que afectan a los adolescentes” (pp.14-15). A nivel nacional, desde el INJU en el Plan Nacional de Juventudes de 2019, se refuerza la necesidad de fortalecer el acceso a la información de calidad y accesible sobre salud adolescente y joven. Además agregan que este acceso a la información, tiene como objetivo contribuir en la toma de decisiones de los y las adolescentes en lo que refiere a su salud y también a su calidad de vida. Para ello, sugieren “fortalecer el Servicio de Información a la Juventud (SIJ) para poder brindar un servicio que se ajuste a las demandas y necesidades de las personas jóvenes en esta materia” (INJU, 2019, p.167). En este sentido, se puede percibir en las viñetas presentadas, que todas las personas hacen referencia a no contar con la información necesaria sobre cómo cuidar su salud. El entrevistado 5 menciona, que si conociera más sobre aspectos relacionados a la salud “quizás tomaría mucha más conciencia”, lo que se vincula con lo referido por el INJU en cuanto a que el acceso a la información le podría dar a la población adolescente más y mejores herramientas en la toma de decisión sobre su salud y su calidad de vida.

A diferencia de las anteriores respuestas, una de las adolescentes cree que sí tiene la información necesaria, aunque reconoce que siempre se puede aprender algo más:

“-¿Crees que tenes toda la información necesaria, acerca de cómo cuidarte, cómo cuidar tu salud? -Creo que a lo largo de mi vida me han brindado bastante información como para saber, pero como que siempre puedes conocer algo más, entonces ta. -Bien, y en algún ámbito de la salud, o en algún tema que digas acá quiero saber más, o me gustaría tener más información, ¿qué te parece? -Sí, puede ser. No sé, porque por la parte de los métodos

anticonceptivos y todo eso por ejemplo, lo he trabajado mucho, tanto en el liceo como también en mi casa, me han hablado mucho sobre el tema. Entonces ta, en esa parte me siento bastante informada. Pero el tema que me gustaría informarme más sobre la salud sería nutrición y esas cosas, que no te lo enseñan tanto en el liceo, sino que ta, vas aprendiendo. -Ahí va. ¿Sabes si tenes la información acerca de dónde acudir si realmente lo precisas? -¿Por si me pasa algo? si si, creo que sí. O sea, ya sea llamando a mis padres, o a mi emergencia móvil.” (Entrevistada 2, 16 años, IAMC).

En esta entrevistada se puede ver que reconoce, a lo largo de su vida, la influencia del centro educativo y de su familia en el acceso a la información sobre sexual y reproductiva por ejemplo. Sin embargo, hace hincapié en la necesidad de obtener más información en otras áreas de la salud, como es la nutrición. Vinculado a esto, Goicolea et al. (2015), remarcan que los servicios sanitarios, los educativos, las políticas de trabajo, entre otros, pueden llegar a tener un impacto muy favorable en la salud de los y las jóvenes. Los autores plantean que, a través de la información, se pueden promover conductas saludables y brindar tratamientos para aquellos/as jóvenes que padecen problemas de salud (p.241). Tal como lo mencionaba la adolescente, se puede percibir la promoción en salud sexual y reproductiva, a través del acceso a la información sobre anticoncepción en su ámbito educativo y en su hogar.

Otra de las adolescentes entrevistadas, comenta tener bastante información porque “le interesa la salud”. Así, relata algunas situaciones en las que pudo averiguar, preguntar y acceder a la información que estaba precisando en cada momento:

“-No, como que tengo bastante información, porque además me interesa tipo la salud, me interesa, tipo busco cosas. -Y por ejemplo cuando buscas, ¿sobre qué es? si te acordas, por ejemplo de qué cosas has buscado. -Tipo síntomas, reconocer enfermedades, reconocer, cosas así. -¿Y en dónde lo buscas? - Generalmente, o en mi hermana o en alguna página de Internet, o algún libro de mi hermana. Generalmente Internet, más fácil. -¿Lo googleas? -Sí. O mismo hay veces que, ponele si iba al pediatra, iba y le preguntaba bastantes cosas, o la primera vez que fui a la ginecóloga, le pregunté varias cosas que no tenían nada que ver porque iba, pero quería saber y ta.”(Entrevistada 3, 19 años, IAMC).

En el discurso de la adolescente, aparecen varios canales de acceso a la información: el pediatra, la ginecóloga, su hermana que estudia medicina, libros de su hermana y en

páginas de Internet. En este último canal, reconoce que es “más fácil” acceder a lo que precisa. Ya desde 2014, la OMS viene planteando que los medios de comunicación, así como los medios interactivos (Internet y teléfonos móviles), tienen un potencial importante para brindar información y para influenciar a la población adolescente sobre valores y normas que fortalecen la salud. Un ejemplo de esto, fue la relevancia que los medios tuvieron durante el período de pandemia por COVID-19. Sin embargo, la OMS resalta que los servicios de salud también deberían tener la capacidad de atender y dar respuesta a las preocupaciones de adolescentes y sus familias, brindándoles toda la información necesaria (OMS, 2014, p.8). A partir de esto y del relato de la entrevistada 3, se coincide en que las adolescencias no deberían tener que elegir un solo tipo de canal para acceder a la información, sino que debería ser un complemento entre lo que brinda el servicio de salud, la familia, centros educativos o recreativos e Internet.

Como se vio con el ejemplo de la entrevistada 3, y tal como lo habían mencionado algunas personas adolescentes en la dimensión anterior dentro de la categoría *Estrategias de consulta ante el malestar*, surge la posibilidad de acceder a información sobre salud en blogs de medicina, redes sociales o páginas de Internet que estén abiertas y sean gratuitas. Con respecto a esto, el estudio de Blázquez et al. (2018), plantea que existen muchos canales de información sobre salud en Internet utilizados por la población adolescente, que contienen mitos falsos y tratamientos erróneos. La mayor parte de estas páginas, no cuentan con contenido de calidad y son de libre publicación y acceso, lo que muestra que los y las adolescentes pueden estar corriendo el riesgo de acceder a información de escasa calidad científica (p.548). Sin embargo, los mismos autores refieren a que el uso de Internet “podría convertirse en un recurso potente para la aplicación de las directrices que la OMS recomienda a los sistemas de salud con respecto a los adolescentes”. Por lo tanto, se debe favorecer un espacio en el cual los y las adolescentes puedan expresar sus necesidades con respecto a la información en salud. Asimismo, se debe poner el foco en la mejora del acceso a los servicios de salud preventivos y propiciar vías de información alternativas con el fin de ampliar la cobertura de los servicios. Estos autores, recomiendan investigar las necesidades de información y las fuentes utilizadas por la población adolescente para, de este modo, poder mejorar la comunicación entre los y las profesionales de la salud y adolescentes (Blázquez et al., 2018, p.549). En conclusión, se entiende la necesidad de que las adolescencias puedan utilizar el recurso de Internet como vía de acceso a la

información, aunque debería ser una responsabilidad de toda la sociedad y del Estado (a través de sus políticas públicas), el proveer información confiable, de calidad y de fácil acceso. Igualmente, no solo basta con acceder a información segura, sino que la importancia estaría en que cada adolescente pueda compartirla con otras partes (el sistema de salud y su familias) para pensar en conjunto cuáles son las mejores opciones, y así ir generando una visión “más crítica” en la población adolescente sobre el acceso a la información sobre salud.

En suma, de la segunda dimensión denominada “**Acceso a los servicios de salud**”, surgieron tres categorías de análisis a partir del objetivo específico de investigar sobre los diferentes facilitadores y barreras de acceso a los servicios de salud que identifican los y las adolescentes. Las tres categorías fueron: *Concepciones y acercamiento a los servicios, Trato y calidad de la atención y Acceso a la información.*

Con respecto a la primera categoría, surgieron diversos factores que dan cuenta del escaso acercamiento de las personas adolescentes a los servicios de salud. Estos se vinculan con la autogestión del malestar, el respeto y obediencia al poder médico, la desconfianza en los y las profesionales, el miedo a la consulta y la asociación de la salud como un trámite. Se pudo percibir que todos los factores nombrados, están vinculados con las creencias sobre salud de los/las adolescentes y sus familias, las concepciones del cuidado de su salud, las necesidades específicas de asistencia en cada momento, y las concepciones sobre sus servicios de salud.

Relacionado al trato y calidad de la atención, la mayor parte de los relatos de las personas adolescentes mostraron conformidad con la atención humana de calidad. Sólo surgieron dos relatos que muestran no haberse sentido a gusto con el trato al momento de la consulta, lo que puede tener que ver con la falta de especialización en población adolescente por parte de algunos de los y las profesionales de la salud. Así como la mayoría de las personas entrevistadas refirieron un buen trato y calidad humana de la atención, también identificaron los tiempos de espera como lo peor de su centro de salud. Se hizo especial referencia a las consecuencias potenciales de las largas esperas (para una cita y/o en la propia consulta) en el proceso asistencial de esta población, obstaculizando así, la accesibilidad en salud. Sin embargo, también se hizo énfasis en que la actual generación de adolescentes está caracterizada por una alta demanda de inmediatez y rapidez en sus interacciones, así como en los procesos de los que forman parte. Entonces, el acercamiento y tránsito por los servicios de salud no quedan

excluidos de esta necesidad de inmediatez por parte de las adolescencias, generando así la identificación de los tiempos de espera como un gran obstáculo.

En relación con el acceso a la información, muchas de las personas entrevistadas mencionaron no contar con la información necesaria sobre cómo cuidar su salud. A partir de la bibliografía y del interés de los y las adolescentes de conocer más acerca de algunos temas en salud, se resaltó que el acceso a la información le podría dar a la población adolescente más y mejores herramientas en la toma de decisión sobre su salud y su calidad de vida. Asimismo, se planteó que las adolescencias no deberían tener que elegir un solo tipo de canal para acceder a la información, sino que debería ser una decisión tomada en conjunto con el servicio de salud, la familia, centros educativos o recreativos e Internet. Éste último canal, de mucha utilidad para la población adolescente, debería estar garantizado por la sociedad en su conjunto y el Estado, a través de información confiable y de calidad.

Para concluir se puede interpretar, a partir de los discursos de las y los adolescentes, que existe un escaso acercamiento a los centros de salud, relacionados con algunos de los obstáculos en el acceso a los servicios que mencionaron. Entre éstos: los tiempos de espera, poca especialización de algunos/as profesionales en el trato con la población adolescente y la falta de acceso a la información, sostenida en una toma de decisión crítica y consensuada por parte de las adolescencias y sus referentes. Por último, las personas entrevistadas reconocen, en su mayoría, la calidad humana de la atención como un facilitador de acceso al sistema sanitario.

5.3 Oferta de los Servicios de Salud para Adolescentes (SSPA)

“Nunca hay un doctor específicamente para adolescentes, ahora que lo dijiste me di cuenta que es verdad, tipo hay pila de cuestiones de adolescencia, que en realidad tampoco le puedes preguntar mucho al pediatra, porque es pediatra” (Entrevistada 3, 19 años, IAMC).

En la tercera y última dimensión, se exponen las dos categorías que surgieron del análisis de las entrevistas, vinculadas al objetivo específico sobre caracterizar la oferta asistencial, de promoción y de prevención de salud, que ofrecen los servicios, desde la perspectiva de los y las adolescentes. Estas son: 1-Oferta asistencial para la población, y 2-Espacios físicos adaptados a la población.

5.3.1 Oferta asistencial para la población

Ante la pregunta de si existe un espacio específico de atención a la salud de adolescentes, la gran mayoría de las personas entrevistadas respondió que no hay un SSPA en su centro de salud, que no están informados porque nunca se los han ofrecido, o bien, que no consultaron si existía. Los siguientes ejemplos pertenecen a tres personas que se atienden en centros de diferentes características: el entrevistado 14 pertenece a ASSE, la entrevistada 3 es de una mutualista y el entrevistado 8 asiste a un seguro médico privado:

“-Y en la poli que te atiendes, ¿hay un espacio específico para adolescentes y jóvenes? -Que yo sepa no. -¿No sabes si hay? -Específico, ¿pero cómo? -Y en muchas polis hay, se llaman espacio de salud adolescente, o servicio de salud para adolescentes. Lo que tienen es profesionales, o sea médicos, psicólogos, trabajadores sociales, especialistas en la salud, pero que son específicamente para adolescentes. -No, que yo sepa no, capaz que es porque estoy desinformado, pero porque no he preguntado, no he visto” (Entrevistado 14, 18 años, ASSE)

“-¿Vos te atiendes en un espacio de salud para adolescentes? -No... pediatra hasta el año pasado que eran los 18 fui, y después ya este año ginecóloga, o si tengo alguna emergencia que quiero consultar, internista creo que es que se llama. Nunca hay un doctor específicamente para adolescente, ahora que lo dijiste me di cuenta que es verdad, tipo hay pila de cuestiones de adolescencia,

que en realidad tampoco le puedes preguntar mucho al pediatra, porque es pediatra. Y como que capaz que si hay una persona específicamente para la adolescencia, él mismo te pregunta, 'bueno y ¿cómo vas con esto?, ¿cómo va lo otro?', capaz eso sí". (Entrevistada 3, 19 años, IAMC).

"-¿Te atiendes en un espacio de salud específicamente para adolescentes? -No, creo que tiene una parte que es para niños, que es de cuando naces a... te estoy hablando de emergencia, a creo que es hasta los 15 años, y ahora este año yo pasé para el lado de adultos, que ya estás con 16 hasta número infinito. -Bien, y hasta hace poquito, antes de los 16, ¿vos te atendías en lo que es pediatría y en el espacio de niños? -Sí, estaba, ibas a emergencias, sacabas el número, te atendía una enferma, y te mandaban para emergencia de niños. En mi centro de salud están al lado, es una parte a la izquierda para niños, una puerta a la derecha para adultos." (Entrevistado 8, 16 años, SMP).

Estos ejemplos dan cuenta de que, luego de varios años de creados los SSPA, aún no están en funcionamiento en varios servicios de salud de Montevideo, al menos no de forma universal. La inexistencia de espacios específicos para la atención en salud adolescente, se puede vincular con la creencia de que se trata a la etapa adolescente como una “etapa sana” o sin tantas complejidades a nivel de la salud. Con respecto a esto, la OMS (2014), sostiene que la imposibilidad en el avance en cuestiones relacionadas a la salud adolescente se da, ya que aún persisten los mitos relativos a que: “están sanos y por lo tanto no necesitan demasiada atención; que los únicos problemas que les afectan realmente están relacionados con la salud sexual y reproductiva; que la base de pruebas científicas es escasa y que no sabemos cómo actuar” (p.14). Según Krauskopf (2016), estos mitos y las concepciones sobre salud como ausencia de enfermedad, tienen un efecto negativo en el foco que se pone en la atención a la población adolescente. Esta autora, agrega: “Se infería que, al consultar escasamente por enfermedades, se trataba de una ‘edad sana’. Ello influyó para que estuvieran ausentes los servicios de adolescencia y predominaran (aún ocurre) los servicios del sistema de salud, organizados para niños y adultos” (p.8). Tal como lo plantea en su relato el entrevistado 8, “a la izquierda niños, a la derecha adultos” da cuenta de que no existe “la puerta para atención de adolescentes”, lo que podría generar la idea de que tampoco es necesaria. Esto, refiere a la imposibilidad de ver a los y las adolescentes como una población con características particulares y con necesidades específicas, que

no son ni las de niños/as, ni las de personas adultas. A su vez, se puede generar la hipótesis de la existencia de un circuito de retroalimentación entre los servicios que no generan propuestas asistenciales específicas para la población adolescente, y ésta que no siente la necesidad ni atractivo, acercarse a los servicios de salud; lo que puede estar obturando la posibilidad de re pensar estrategias de acercamiento de los y las adolescentes a los centros.

Por otro lado, hubo 4 adolescentes que sí reconocieron atenderse en un SSPA. De estas 4 personas, 3 se atienden en policlínicas de ASSE y la restante se atiende en una mutualista. Se muestran algunos ejemplos de viñetas sobre esto:

“-¿Y te atendes en un espacio de salud para adolescentes específicamente? - Claro, es para adolescentes, pediatra para adolescentes, psicóloga y todo para adolescentes. -¿Es un espacio que funciona todo específicamente para la población adolescente? -Claro” (Entrevistada 7, 17 años, ASSE).

“-¿Y te atendes en un espacio de salud para adolescentes? -Sí. -Bien. ¿Es una policlínica específica, o es un espacio dentro de la mutualista en general?, ¿cómo funciona o cómo te acercas al espacio para adolescentes? -Voy al centro, que por suerte queda cerca de mi casa. Igual si, voy a diferentes espacios, porque por ejemplo, cuando voy a mi psicóloga, voy a la parte de zona joven, pero cuando voy a control común de doctor pediatra, tengo que ir a otro edificio, a otra parte. -¿Entonces te atendes con pediatra? -Sí. -Y ahí en esta zona joven que decís, ¿aparte del psicólogo que vos justamente vas, hay otros médicos y especialistas que atienden a adolescentes y jóvenes? -Sí, creo que sí. - Y vos, ¿por qué no accedes a esos especialistas, o a esos médicos específicamente para adolescentes? -Porque, si estás refiriéndote a lo del pediatra, porque la pediatra que tengo, yo la conozco, bueno, voy con ella a control desde que soy muy chiquita y en unos años cambiaré, supongo.” (Entrevistada 2, 16 años, IAMC).

Aunque las adolescentes muestran en sus relatos el acceso efectivo a los SSPA, en muchos casos como en el de la entrevistada 2, ella y su familia eligen ir con la pediatra “de toda la vida” porque es quien conoce mejor a esa adolescente, lo que también es válido. Lo importante es que exista el ofrecimiento desde los propios servicios de salud, del acceso al SSPA con sus profesionales especializados disponibles. Con respecto a

esto, desde el INJU (2019), se identificó la necesidad de seguir fortaleciendo los SSPA, tanto en los servicios privados como en los públicos. A lo largo de estos años, el MSP ha evaluado positivamente la implementación de estos dispositivos de atención a personas adolescentes y jóvenes. Es importante destacar que la creación de los SSPA, fueron parte de las metas prestacionales las cuales funcionaban como incentivo para los prestadores de salud, buscando priorizar la atención de calidad y especializada para esta población (p.166). Se entiende que, a pesar de haber sido parte de las metas prestacionales, la mayoría de los servicios aún no han incorporado esta oferta asistencial, de forma que muchas de las personas adolescentes no están accediendo actualmente a estos espacios.

A las personas que respondieron no asistir a un SSPA, se les consultó qué desearían que tengan estos, con el fin de idear un espacio específico para la población en cuanto a lo edilicio y con respecto a los profesionales especializados que les gustaría que atiendan allí. Algunas personas, hicieron referencia a la posibilidad de que existan ginecólogos/as especializadas y también les gustaría que se generen talleres con diferentes temáticas de interés de la población adolescente, como salud sexual y reproductiva.

*“-Si te lo imaginaras, ¿qué estaría bueno que haya en un espacio para ustedes?
-Y, talleres de todo tipo. Talleres de educación sexual, sobre salud en general, todo. Yo las veces que fui, o sea los que tuve, me sirvieron, sumaron...”*
(Entrevistado 13, 18 años, SMP).

*“-Bien, y especialistas ¿qué médicos especialistas, u otros profesionales de la salud te gustaría que estén atendiendo ahí en el espacio de adolescentes? -
Ginecólogo, porque me parece que de chica es cuando más empezas a meterte en todo eso, y está bueno tener a alguien que te enseñe. Más allá que tu madre, siempre en definitiva es tu madre en realidad... Y ta, psicólogos, por todo lo del estrés, que vaya de la mano con el nutricionista, que me parece muy importante.”*(Entrevistada 6, 18 años, SMP).

En ésta última viñeta, la adolescente hace referencia a la orientación sobre salud sexual y reproductiva, y también a la importancia del trabajo conjunto entre psicólogo/a y nutricionista. En esta misma línea, otra de las adolescentes hizo referencia a la necesidad de información sobre educación sexual y también comentó que desearía un espacio de salud mental para “sentirse contenidos” y no sientan que es un “tema tabú”.

“-Un espacio específico para ustedes, ¿qué es lo que te interesaría que tenga? - Y supongo que por ejemplo, como no sé si un taller, pero un espacio en donde puedan dar información, sobre yo que sé, cuidados para enfermedades de transmisión sexual, o educación de la sexualidad, porque me parece que es importante y a mucha gente le falta, y no, mucha gente muchas veces, no se da cuenta que le falta, o que necesita, o que hay cosas que no son tan obvias, o que no sabe, y que están bueno que sepan. Y también, para tratar, viste que estas generaciones ahora, mi generación y las generaciones que vienen después de mí, tienen pila de problemas psicológicos y trastornos, y ta, está bueno también tener espacios para tratar bien eso y profundizar, y yo que sé, que los chicos se sientan contenidos en esos sentidos y que no sientan que es un tema tabú. Porque viste que hasta hace unos años, era un poco tabú, todo ese tema. Y ta, estaría bueno.” (Entrevistada 9, 19 años, SMP).

Con respecto a este grupo de viñetas, en la guía para la atención integral de salud de adolescentes del MSP (2017), se recomienda que los servicios puedan ofrecer, dentro del SSPA, una atención integral con profesionales de diversas áreas de la salud trabajando en conjunto. En este sentido, sostiene que la atención integral, es entender las necesidades de los y las adolescentes de forma integrada, lo que implica coordinación y trabajo en red: “De este modo no se actuará de forma paralela sino en conjunto, evitando la fragmentación, duplicación y pérdida de oportunidad” (pp.31-32). En concordancia con lo sugerido por el MSP, los relatos de las y los adolescentes, hacen referencia a la necesidad de acceso a información y a la existencia de especialistas en salud sexual y salud mental. También hacen hincapié en la coordinación entre diferentes disciplinas para poder abordar los temas que lleven a consulta.

Como se planteó al comienzo de la categoría, una de las adolescentes comenta sobre la importancia de tener profesionales de la salud específicamente para población adolescente, y lo decía con estas palabras:

“-...nunca hay un doctor específicamente para adolescente, cuando lo dijiste me di cuenta que es verdad, tipo hay pila de cuestiones de adolescencia, que en realidad tampoco le puedes preguntar mucho al pediatra, porque es pediatra. Y como que capaz que si hay una persona específicamente para la adolescencia, mismo él te pregunta, ‘bueno y ¿cómo vas con esto?, ¿cómo va lo otro?’, capaz eso sí.” (Entrevistada 3, 19 años, IAMC).

Con respecto a este ejemplo, UNICEF e INJU (2022) plantean la necesidad de que los servicios de salud brinden espacios confiables, seguros y amigables para adolescentes. Además de la importancia de personal especializado y con formación en adolescencias, “es necesario incluir una perspectiva de juventudes en la atención de la salud, ya que en la actualidad se suele trabajar con los adultos como si fueran un grupo homogéneo, sin considerar que la población joven tiene sus propias características” (p.30). Así como lo expresa la entrevistada 3, “el pediatra es pediatra” por lo tanto no podría abordar cuestiones específicas de la etapa adolescente.

5.3.2 Espacios físicos adaptados a la población

En esta categoría, se fue preguntando cómo se sentían en su centro de salud con respecto a lo edilicio: la sala de espera, la ambientación de ésta y de los consultorios en los cuales se atendían, la cartelería que había para población adolescente, etc. Por otra parte, se les propuso que puedan imaginar un espacio físico especialmente pensado para población adolescente. Es decir, qué le podrían a la sala de espera, cómo estaría pensado el espacio en sí mismo, etc. A continuación, se muestran algunas respuestas a modo de ejemplo, representando los relatos de adolescentes de diferentes prestadores de salud:

“-Y si pudieras vos armar un espacio para ustedes, específico para adolescentes, ¿qué cosas le pondrías a la sala de espera por ej? -Pondría pool, futbolito y todo eso”. (Entrevistado 4, 15 años, ASSE).

“-Y si tuvieras que pensar en un espacio específico, ¿cómo diseñarías ese espacio para adolescentes? -Una tele, ta capaz que no tele pero juegos, tipo no sé, un futbolito, ta a veces no tenes con quien jugar pero un play, tejo, una mesa de ping pong.”(Entrevistado 14, 18 años, ASSE).

“-¿Pondrías algo especial en el espacio de salud para adolescentes? -Colores. - ¿Más colores? -Sí. -Ahí va, una sala de espera, ¿cómo la diseñarías? -Más colorida. Unos sillones, cosa de estar cómoda mientras que espere. O para el momento de la sala de espera... viste que para los niños siempre hay juguetes, yo siempre me agarro alguno porque me aburro. -Claro. -De esos alambres que tienen las pelotitas así en el medio, siempre me quedo jugando con eso porque me aburro. Que sea algo así, algo de entretenimiento estaría bueno, algo como para entretenerse ahí en el momento de la espera.” (Entrevistada 3, 19 años, IAMC).

“-Ok. Y en cuanto al tema del espacio, la decoración y eso, ¿es neutra, o más relacionada a niños, o adultos? -No, más relacionada a niños, mucho juegos. - Ahí va, ¿y vos cómo lo decorarías? no sé, ¿si le pondrías algo específico para el momento de la espera? -Lo pondría con colores neutros, algunas revistas para que no se aburran capaz y nada, sillones cómodos.”(Entrevistada 6, 18 años, SMP).

“-En realidad me parece que, así como está, está bien, pero capaz que lo otro que pondría, pero tampoco me quejo, sería dividir como un paso entre niño y adulto, como uno que esté más en el medio, más centrado en el adolescente, te diré de 15 a 20 años. -¿Como un espacio específico? -Sí. Pero después, más o menos con los mismos servicios.” (Entrevistado 8, 16 años, SMP).

“-¿Y qué te gustaría que tenga el espacio de salud adolescente? -Yo creo que el centro de adolescentes que hay cerca de mi casa, que es el que yo voy, está re lindo porque tiene una parte con aparatos tecnológicos, que ta si bien yo no los uso mucho, me gusta. Hay una parte que entras y hay sillas, y hay un coso para el agua, que eso está bueno, es más natural, hay más plantas y eso. Eso me re gusta. Y ta, creo que no le cambiaría nada, lo siento bien.” (Entrevistada 2, 16 años, IAMC).

Con respecto a las anteriores viñetas, se puede ver que las adolescencias proponen ciertos cambios a nivel edilicio que podrían ser considerados a la hora de diseñar los SSPA. Los y las adolescentes mencionaron la necesidad de adecuar las salas de espera y sustituir juegos para infancias, por entretenimiento para adolescencias. Asimismo, comentaron que las salas de espera y consultorios están pensados también para infancias o personas adultas, pero no para adolescentes. En cuanto a las esperas, hacen hincapié en necesitar lugares y sillones cómodos para sobrellevarla, así como espacios “más coloridos”. Vinculado a esto, la OMS (2014), recuerda que la población adolescente debe ser escuchada y alentada a participar en la planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de los servicios destinados para ellas y ellos. Así, se asegurará que los programas y las políticas atienden realmente a sus necesidades (p.12). Por su parte, se puede destacar en el relato de la entrevistada 2, quien sí accede a un SSPA en su mutualista, la referencia positiva en cuanto a “la parte de aparatos tecnológicos” que éste tiene. La misma adolescente, comentó sobre la decoración neutra, las plantas y el agua como puntos destacados que componen este espacio en su SSPA.

En cuanto a la infraestructura de los SSPA la guía para la atención integral de salud de adolescentes del MSP (2017), recomienda que la sala de espera cuente con mobiliario, cartelera y folletería relacionada a la prevención y educación, específicamente para población adolescente. Asimismo, recomienda que los consultorios para la atención individual, tienen que permitir privacidad y confidencialidad en la consulta. También, es deseable contar con espacio suficiente para permitir la presencia de familiares o acompañantes, si los y las adolescentes lo desean. A su vez, es necesario que el SSPA cuente con una sala multiuso para reuniones del equipo, para las actividades de capacitación de los y las profesionales, y también para ofrecer encuentros de educación en salud a la población adolescente (p.51). A partir de lo que sugiere la guía y lo extraído de los relatos de las personas entrevistadas, sería deseable que los diferentes prestadores de salud puedan motivar a la población adolescente a pensar en conjunto el diseño de espacios destinados para ellas y ellos específicamente. Sin embargo, como se muestra en las viñetas, queda claro que no son los espacios físicos los que determinan el acercamiento de la población adolescente a los centros de salud. En la dimensión anterior de este análisis, se pudo reflejar cuales son los obstáculos que determinan el escaso acercamiento desde la perspectiva de los y las adolescentes. Igualmente, sería un incentivo interesante para ellas y ellos al momento de pensar en acudir a su servicio de salud, ya que es la misma población adolescente quien reclama un espacio pensado a partir de sus necesidades y características específicas. En esta línea, una de las adolescentes aparte de destacar la importancia de un espacio cómodo ya que “atrae más a que vayan”, hace especial mención a la necesidad de talleres o profesionales que se especialicen en temáticas como el consumo de sustancias, porque cree que es información valiosa para la población adolescente. Ésta explica en la entrevista:

“-Creo que pondría un lugar cómodo, porque así como que atrae más a que vayan. Y pondría gente que sepa por ejemplo, de temas como drogas y eso, que me parece que hay pila de gente de mi edad que no está informada de esos temas, y por esas razones como que, empezas a tomar malas decisiones con eso, sin saber. Y que ta, que capaz que todo el mundo se niega a escucharlo, pero ta, estando ahí, estas como que, también con amigos y eso, como que le puedes prestar un poco más de atención. Y te puede servir, terminar sacándote de situaciones, que ta...” (Entrevistada 10, 15 años, SMP).

En este punto, el MSP (2017) en la guía para la atención integral de salud de adolescentes, aborda la temática de consumo y allí, sugiere que los servicios del primer nivel de atención, son los encargados de “desarrollar acciones de promoción, prevención, detección precoz, asistencia, derivación, realización de seguimientos y acompañamiento (referencia y contrarreferencia)” (p.91). Además, se resalta que en todos los acercamientos de la población adolescente al sistema de salud, se deben generar acciones de prevención primaria y promoción. Esto, se puede abordar a través de la promoción de hábitos de vida saludables, de habilidades para la vida y de educación en salud (p.101). En este sentido, los talleres que la entrevistada 10 propone, van en sintonía con las recomendaciones de la guía en cuanto al desarrollo de acciones de promoción y de prevención para población adolescente al abordar, por ejemplo, la temática de consumo.

Para finalizar, se indagó sobre otras especialidades por las que habían tenido que consultar en estos últimos años, aparte de realizarse los controles generales y el carné de salud adolescente. La mayoría de las personas entrevistadas hicieron referencia a la consulta con oftalmología, dermatología y en menor medida ginecología y odontología. Otras personas consultaron alguna vez a especialistas de otras ramas, derivados por problemáticas de salud que requerían tratamientos o bien controles para descartar algunos diagnósticos, como por ejemplo: psiquiatría y psicología, traumatología y fisioterapia, cardiología, gastroenterología y endocrinología. Se muestran algunos ejemplos de esto, también de diversos prestadores de salud:

“-¿A qué profesionales de la salud consultas más? -Bueno capaz gastroenterólogo, por el tema de celiaquía, o bueno ginecólogo también. Ginecólogo y endocrinólogo, que va más o menos de la mano, por el mismo tema. -Bien. -Y dermatólogo. Soy alérgica.” (Entrevistada 6, 18 años, SMP).

“-A médico general. Por ejemplo cuando vine acá sobre eso, lo de las taquicardias, o lo de la presión tipo, medicina general. Y ta, después he ido a otra policlínica que hay acá, con odontología, estuve como una semana arreglándome los dientes, y después, creo que nada más, que me acuerde.” (Entrevistado 14, 18 años, ASSE)

“-¿Has visitado algún otro profesional? ¿Algún otro especialista? -Sí, también oculista por ejemplo, yo uso lentes, entonces ta tengo que ir. Estos días también tengo que ir, en algún momento. Y después, además de pediatra y oculista, si, dermatóloga y creo que ta. Ta, psicóloga.” (Entrevistada 2, 16 años, IAMC)

“-¿Y por qué otras razones te acercas al centro de salud, aparte del control general? -Para ir al oculista, porque uso lentes, al dermatólogo. Ahora ya no voy hace bastante, pero en un momento me tuve que dar la vacuna de los 12 y eso.”(Entrevistada 10, 15 años, SMP).

Con respecto a los recursos humanos, la guía del MSP (2017), sugiere que los equipos de los diferentes SSPA estén conformados por profesionales y técnicas/os con capacitación en el abordaje integral y en los problemas de salud de la población adolescente. Este equipo deberá ser multidisciplinario, entre ellas: “medicina general y/o medicina familiar y comunitaria y pediatría; lic. enfermería, auxiliar de enfermería; ginecología y/u obstetra partera; lic.nutrición; higienista dental y/o odontología; lic. psicología y/o psiquiatría; lic.trabajo social y administración” (p.50). Y remarca que, de acuerdo a la realidad de la población usuaria de cada servicio, se podrá promover la incorporación de otras y otros profesionales a los equipos de los SSPA. Los recursos humanos que recomienda la guía del MSP, están relacionados con las viñetas de los y las adolescentes, en cuanto a la necesidad de consulta con diferentes profesionales de la salud. En algunos relatos, se puede dar cuenta de esa necesidad de trabajo conjunto de algunas especialidades, como lo relata la entrevistada 6 al decir que “va más o menos de la mano, por el mismo tema”.

Todas las necesidades mencionadas por la población adolescente en este apartado, entre ellas: espacios físicos adaptados, necesidades de profesionales trabajando en conjunto, talleres con temáticas de su interés, entre otras; podría motivar su acercamiento a los servicios. Esto, a su vez, podría detener la cadena de retroalimentación que se genera entre la falta de servicios enfocados en sus necesidades y adaptados a sus características específicas, y por ende, el escaso acercamiento de la población como ya se ha mencionado.

En suma, en la tercera y última dimensión de este análisis denominada “**Oferta de los SSPA**”, surgieron dos categorías que responden al objetivo específico sobre caracterizar la oferta asistencial, de promoción y de prevención de salud que ofrecen los servicios, desde la perspectiva de los y las adolescentes. Estas fueron: 1-Oferta asistencial para la población, y 2-Espacios físicos adaptados a la población.

Con respecto a la primera categoría, se identificó que las ofertas que proponen los servicios de salud para adolescentes de 15 a 19 años en la ciudad de Montevideo, son escasas. Como se fue mostrando, la mayoría de los prestadores de salud (ASSE, IAMC

y SMP), no tienen implementado un servicio específico destinado a la atención para población adolescente: solo 4 personas entrevistadas identificaron la experiencia de atenderse en un SSPA. Otros puntos que surgieron del análisis de los relatos, tiene relación con la necesidad por parte de la población adolescente, de acceso a la información y a la existencia de especialistas en salud sexual y salud mental específicamente. Asimismo, surgió la importancia de la coordinación entre diferentes disciplinas para poder abordar los temas que lleven a consulta y que “van de la mano”. Aunque ya hace varios años se implementaron los SSPA, muchos prestadores de salud aún no han incorporado este espacio como modalidad de atención, lo que quizás refiere a una imposibilidad de ver a los y las adolescentes como una población con características particulares y con necesidades específicas. Como se mencionó, aquí se genera la hipótesis de la existencia de un circuito de retroalimentación entre los servicios de salud que no generan propuestas asistenciales específicas para adolescencias, y la población adolescente que no cree necesario, ni se siente convocada al momento de asistir a los centros.

Con respecto a la segunda categoría, se resalta la necesidad de adecuar las salas de espera y sustituir juegos para infancias, por entretenimientos para adolescencias, con mobiliario cómodo y espacios “más coloridos”, destinado a población adolescente específicamente. Se hace especial mención a la necesidad de talleres y/o profesionales que se especialicen en temáticas valiosas para la población adolescente, como el consumo de sustancias. Así se podrían llevar a cabo acciones de promoción y de prevención a través del acceso a la información y la posible orientación en estos temas. En este sentido, se entiende que las y los adolescentes deben ser escuchados, y también desde los propios servicios, motivar su participación para pensar en conjunto el diseño de los SSPA, vinculado siempre a sus necesidades particulares. Así, al atraer a la población adolescente con propuestas y espacios adaptados que ellos y ellas reclaman, se podría cortar con la cadena de retroalimentación explicada anteriormente, dada por el escaso acercamiento y la insuficiente oferta para adolescencias que existe en la actualidad desde los servicios de salud.

Capítulo 6. Consideraciones finales

Aquí se presentan las conclusiones de esta tesis, organizadas de acuerdo a los objetivos específicos de la investigación. A partir de esto, se generará una respuesta a la pregunta principal, y sobre el final, se comentarán las limitaciones del estudio junto a recomendaciones para investigaciones futuras.

6.1 Conclusiones

En relación con el primer objetivo específico sobre **analizar las concepciones de salud y de los servicios de salud que circulan entre los y las adolescentes**, surgió que los relatos, en su mayoría, están enmarcados en un paradigma tradicional atravesados por el discurso médico hegemónico, con una comprensión individualista de la salud, dejando los determinantes sociales como principal factor excluido. Por lo tanto, existe una clara predominancia de *discursos sobre salud* centrados en los cuidados individuales y concepciones relacionadas a hábitos higienistas: el cuidado del cuerpo, la buena alimentación, la actividad física y los riesgos del consumo de sustancias. Se destaca la importancia que las y los adolescentes le otorgan al habitar espacios saludables, con pares y de ocio o recreativos, así como lo significativo del apoyo de su familia operando como sostén y acompañamiento en esta etapa. Con respecto al período de pandemia por COVID-19, se visualizan algunos relatos atravesados por el miedo al contagio, lo que da cuenta de cómo este contexto afirmó los aspectos más higienistas de la concepción de salud de las adolescencias.

Por otra parte, se remarca la importancia del sostén familiar para las y los adolescentes a la hora de pensar las soluciones y las *estrategias de consulta ante el malestar*. Sin embargo, existe una marcada conducta hacia la automedicación, sumada a la concepción de “aguantar a ver si se pasa”, la consulta en páginas web, dejando como última opción la consulta con profesionales de la salud. Se genera la hipótesis de que, estas estrategias de las adolescencias, con respecto a la resolución sobre los malestares en salud, vienen marcadas por la dinámica que se da en sus propios hogares y por parte de sus referentes. Además, se identificó que los *espacios en los que se habla de salud*, son básicamente sus hogares y el liceo, los que refuerzan una visión biologicista, individualista y, vinculadas al discurso médico hegemónico.

Con respecto al segundo objetivo específico, referido a **investigar sobre los diferentes facilitadores y barreras para el acceso a los servicios de salud que identifica la población adolescente**, se analizaron las *concepciones y acercamiento a los servicios*, por parte de ellas y ellos. Se muestra que las barreras tienen que ver con la autogestión del malestar, el respeto y obediencia al poder médico en algunos casos, la desconfianza en los y las profesionales en otros, el miedo a la consulta y la asociación de la salud como un trámite. Estos factores estarían vinculados con las creencias sobre salud de los/las adolescentes y sus familias, las concepciones del cuidado de su salud, las necesidades específicas de asistencia en cada momento, y las concepciones que tienen sobre sus servicios de salud. Por su parte, se rescata el *trato y calidad humana de la atención* como un punto positivo a la hora de pensar el acercamiento a los servicios por parte de la población adolescente. Por otro lado, se identificaron los tiempos de espera como lo más negativo de los servicios, independientemente del prestador (ASSE, IAMC o SMP), obstaculizando así, la accesibilidad en salud. Si bien los tiempos de espera siempre fueron una barrera para la atención en salud, esta generación de adolescentes en particular está acostumbrada a la inmediatez, lo que hace de los tiempos de espera, un obstáculo más acentuado debido a la propia inmersión de los y las adolescentes a un mundo de respuestas inmediatas y accesibles.

Respecto al *acceso a la información*, se identifica la necesidad de un mayor conocimiento sobre algunos temas en salud por parte de los y las adolescentes. A su vez, se reconoce la existencia de variados canales de acceso y diversa calidad de la información en salud adolescente. Esta calidad de la información, mayormente encontrada en Internet, debería estar garantizada por la sociedad en su conjunto y el Estado a través de sitios confiables, ya que es un canal de mucha utilidad para la población adolescente. Se observa la necesidad de que las adolescencias deberían poder elegir y acceder a variados canales de información para obtener más y mejores herramientas en la toma de decisión sobre su salud y su calidad de vida.

Respecto al tercer objetivo específico referido a **caracterizar la oferta asistencial, de promoción y de prevención de salud que ofrecen los servicios desde la perspectiva de los y las adolescentes**, se relatan solo 4 experiencias de personas que identifican atenderse en un SSPA. Se desprende de las entrevistas, que muchos prestadores de salud aún no han incorporado este espacio como parte de su *oferta asistencial*, lo que quizás refiere a una imposibilidad de ver a los y las adolescentes como una población con

características particulares y necesidades específicas. Adicionalmente, los prestadores de salud no ofrecen *espacios físicos adaptados a la población*. Se identifican servicios específicos para infancias y para personas adultas, no así para la población adolescente que no cuenta con un espacio para ellos y ellas. Por lo tanto, se podría generar la existencia de un circuito entre los servicios de salud que no generan propuestas asistenciales específicas para las adolescencias, y éstas que no sienten la necesidad de acercamiento a los centros. Entonces, se remarca que las y los adolescentes deben ser escuchados y motivados para pensar en conjunto con los servicios el diseño de los SSPA, vinculado siempre a sus necesidades particulares. Así también, se podrían llevar a cabo acciones de promoción y de prevención a través del acceso a la información y la posible orientación en temas que ellos y ellas estén solicitando. Estos movimientos, podrían generar la atracción y motivación de los y las adolescentes en el acercamiento a los servicios, que estén brindando una oferta asistencial específica para ésta población.

Finalmente se intenta responder, **cómo se relacionan las concepciones de salud de los y las adolescentes con los servicios de salud disponibles para esta población**, siendo ésta la pregunta principal de la investigación. Esta relación, se puede visualizar a partir de la existencia de un circuito de retroalimentación entre la concepción de salud que tienen los servicios acerca de las adolescencias (no vinculado a sus características particulares y necesidades específicas), y las concepciones que tienen los y las adolescentes sobre el cuidado de su salud. Esto, a su vez, surge a partir de un modo de subjetivación en relación con su salud y con los servicios, dado por lo que los propios servicios les transmiten a la población adolescente (qué es la salud, de qué manera hay que cuidarse, para qué están las/los médicos, cuándo hay que acercarse a un servicio de salud, etc.) Por lo tanto, esta concepción hace que la población adolescente no se sienta atraída de manera significativa por los servicios (puesto que el servicio de salud es “para atender enfermedades” y el cuidado de su salud es parte de las conductas individuales). Además, los servicios no generan acciones para cambiar estas concepciones de salud de los y las adolescentes, acompañadas de una oferta asistencial con espacios físicos que no están adaptados a la población, modos de vincularse que tampoco están adaptados a su generación, o contenidos que no están pensados para ellos y ellas según sus intereses y necesidades.

Por último, si bien el acceso a los servicios de salud por parte de la población adolescente es un tema que desde hace muchos años viene siendo una preocupación de la academia y de las políticas de salud, no parece haber habido avances en Uruguay en lo que respecta a la cantidad de población adolescente que accede a los servicios. Al mismo tiempo, es un tema que no pierde vigencia ya que las generaciones de adolescentes cambian sustancialmente y, en especial, los mayores cambios están dados a partir del advenimiento de la era digital. Por lo tanto, estos cambios van a seguir produciendo efectos en las adolescencias, que el sistema de salud debería tener en cuenta a la hora de pensar los servicios para esta población. Se recomienda seguir profundizando en el campo de la salud adolescente, en el acercamiento de esta población a los servicios de salud y en la planificación de estrategias a nivel político y social, que sigan fortaleciendo los SSPA en todo el país. Además, sería interesante pensar en la relación de los y las adolescentes con los servicios de salud desde una perspectiva de ciclo de vida, observando cuantas de estas concepciones surgen a lo largo de su atención durante la infancia.

6.2 Limitaciones de la investigación

En este apartado, se exponen algunas de las limitaciones de esta investigación:

- Como todo estudio cualitativo, refiere a una población elegida de forma intencional específica por lo tanto no es generalizable. No obstante, aporta elementos para hipotetizar aspectos ya cuantificados del tema como es el escaso acercamiento de la población adolescente a los servicios de salud.
- Un obstáculo no previsto a la hora de generar el proyecto, tiene que ver con la aparición de la pandemia por COVID-19 en el trabajo de campo, lo que llevó a que se realizaran algunas entrevistas pre pandemia y otras post pandemia. Esto pudo haber generado un sesgo en cuanto a las concepciones de salud enmarcada en cada contexto, más aun, teniendo en cuenta que el universo fue la población adolescente.
- En el diseño de esta tesis, por una cuestión de corte al momento de elección de los criterios de inclusión de la muestra, se decidió dejar afuera a las personas que no acceden al sistema de salud. Sería deseable que en futuras investigaciones, se tome en cuenta la voz de las adolescencias que aún no están llegando a acceder a los servicios de salud en Uruguay. También se decidió elegir a Montevideo

como recorte geográfico para la muestra. Sería interesante tener la visión de lo que sucede en otras ciudades del país con respecto al acercamiento a los servicios de salud. Además, se podría tener en cuenta las diferentes realidades en ciudades más chicas, haciendo hincapié en variables como la confidencialidad y la relevancia que tienen los espacios privados para población adolescente en temas de salud.

- Por último, la variabilidad de los relatos entre usuarios/as de los mismos tipos de prestadores, no permitió establecer diferencias claras entre los prestadores de salud a pesar de que se había considerado como parte del criterio de inclusión de la muestra. Sería interesante generar otros tipos de estudios donde éste sea el clivaje principal.

Referencias bibliográficas

- Agüero G; Medina V; Obradovich G; Berner E. (2018). Comportamientos autolesivos en adolescentes. Estudio cualitativo sobre características, significados y contextos. *Arch Argent Pediatr* 116 (6) 394-40.
<https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2018/v116n6a06.pdf>
- Alonso, L. (1998). Sujeto y Discurso: El lugar de la entrevista abierta en las prácticas de Sociología Cualitativa. En: Alonso, L. (1998). *La mirada cualitativa en Sociología*. (pp. 225 - 240). Fundamentos. https://www.ucursos.cl/facso/2018/2/SO01022/1/material_docente/bajar?id_material=2357553
- Amaro, S; Calderón, F; Sáenz, L. (2018) La percepción de los adolescentes acerca de los riesgos bio psico sociales del consumo de alcohol. En: *XVII Jornadas de Investigación: a 70 años de la Declaración Universal de Derechos Humanos ¿libres e iguales?*. Montevideo.
https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/22422/1/XVII%20JICS_Amaro_Calderon_Saenz.pdf
- Andrade J; Gonzales, J. (2019). Relación entre actitudes pro-ambientales y conocimientos ecológicos en adolescentes con relación al entorno rural o urbano que habitan. *Revista Kavilando*, 11 (1), 1R05-118. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-65922-0>
- Arias, A. (2017). *La atención de la salud de la población adolescente: Un estudio desde la perspectiva de los adolescentes*. [Tesis de Maestría, Facultad de Psicología. Universidad de la República]
- Arias, A; Suárez, Z. (2014). *La atención a la salud de los adolescentes en el primer nivel desde una perspectiva de derechos*. Facultad de Psicología, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay. Ediciones Universitarias.
<https://www.csic.edu.uy/sites/csic/files/publicacion5b896f06b64804.47525905.pdf>
- Arrivillaga, M; Borrero, Y. (2016). Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013. *Cadernos de Saúde Pública*. 35 (5) pp. 1 - 15.
<https://www.scielo.br/j/csp/a/8ByfWDrM6kqpTrXp5ZTG6M/?format=pdf&lang=es>
- Blázquez, M; Gómez, D; Fontaura, I; Camacho, A; Rodríguez, M; Toriz, H. (2018). Uso de Internet por los adolescentes en la búsqueda de información sanitaria. *Elsevier España. Atención Primaria*. 50 (9) 547-552. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.06.005>

- Castro, A. (2012). Comentario. En: Morales Calatayud. Psicología de la salud. Realizaciones e interrogantes tras cuatro décadas de desarrollo. "Psiencia" Revista Latinoamericana De Ciencia Psicológica. Vol. 4 – N° 2 (pp. 98-104). (pp. 105). Editorial: Psicología y salud social. Buenos Aires, Argentina. <https://www.redalyc.org/pdf/3331/333127382005.pdf>
- Comes, Y. (2007) El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Anuario de Investigaciones, XIV (201-209).
<https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139943019.pdf>
- Contino, S. (2015). *Estudio exploratorio sobre la construcción de la vivencia del problema que motiva a los adolescentes a consultar por atención psicológica en un servicio clínico universitario*. [Tesis de Maestría, Facultad de Psicología. Universidad de la Republica] <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/5478/1/Contino%2C%20Silvana.pdf>
- Fernández, S. (2017). Si las piedras hablaran. Metodología cualitativa de Investigación en Ciencias Sociales. *Revista hispanoamericana de Historia de las Ideas*. 37. 4-30. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6329448>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2022). Adolescencia e Intimidad: ¿Cómo acompañarlos sin invadir sus espacios? <https://www.unicef.org/uruguay/media/5431/file/Ficha%204%20-%20Intimidad%20en%20la%20adolescencia.pdf>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); Instituto Nacional de la Juventud (INJU) (2022). Situación de bienestar psicosocial y salud mental en adolescentes y jóvenes en Uruguay. https://bibliotecaunicef.uy/documentos/267_Situacion%20de%20bienestar%20psicosocial%20salud%20mental%20adolescentes%20Uruguay.pdf
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF Uruguay) (2021). Adolescentes: ¿Cómo se han visto afectados por la pandemia? <https://www.unicef.org/uruguay/media/5451/file/Ficha%208%20-%20Tiempos%20de%20pandemia.pdf>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF - Uruguay) (2012). Guía: Los derechos de niños y adolescentes en el área de salud. https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/guia_derechos_ninos_0.pdf

- Goicolea I; Aguiló, E; Madrid, J. (2015) ¿Es posible una atención primaria “amigable para las/los jóvenes” en España? *Elsevier España*. 29 (4) 241–243
<https://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v29n4/editorial.pdf>
- Graña, S. (2019) Cobertura, uso y acceso: servicios de salud para adolescentes. En: Ministerio de Desarrollo Social (MIDES); Instituto Nacional de la Juventud (INJU) (2019). *Plan Nacional de Juventudes de Uruguay 2015-2025*. <http://dspace.mides.gub.uy:8080/xmlui/handle/123456789/1302>
- Guerrero, D; Guerrero, D; Escobar, O; Herrera, J. (2022). La relación médico-paciente en la actualidad. Una revisión. *Polo del Conocimiento*, 7 (4), 1038-1056.
<http://dx.doi.org/10.23857/pc.v7i4.3873>
- Hirmas, M; Poffald, L; Jasmen, A; Aguilera, X; Delgado, I; Vega, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Revista Panam Salud Publica*. 33(3):223–9.
<https://www.paho.org/journal/sites/default/files/09--Arti--Hirmas--223-229.pdf>
- Hortonedá, Y. (2015). Atención integral de salud de las adolescencias en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). En: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2015). *Aportes para el Abordaje de la Salud Adolescentes en el primer nivel*. (pp. 11-49).
https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/116_file1.pdf
- Instituto Nacional de la Juventud (INJU) (2020). IV Encuesta Nacional Adolescencia y Juventud.
https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/INJU-MIDES_ENAJ%20IV.pdf
- Instituto Nacional de la Juventud. (INJU) (2010). Plan Nacional de Juventudes de Uruguay 2011 -2015.
- Izcara, S. (2014). *Manual de investigación cualitativa*. Coyoacán: Universidad Autónoma de Tamaulipas. [https://www.grupocieg.org/archivos/Izcara%20\(2014\)%20Manual%20de%20Investigación%20Cualitativa.pdf](https://www.grupocieg.org/archivos/Izcara%20(2014)%20Manual%20de%20Investigación%20Cualitativa.pdf)
- Junta Nacional de Drogas. (JND) (2022). IX Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/IX.Encuesta.EstudiantesDrogas_2022.pdf

- Krauskopf, D. (2016). La Salud de la Adolescencia y Juventud en el marco de las Políticas Públicas: fundamentos, avances y desafíos. En: Pasqualini, D; Llorens, A. *Manual de Adolescencia y Salud: Un abordaje integral*. Journal.
<https://www.adolescenciasema.org/ficheros/noticias/La%20Salud%20de%20la%20Adolescencia%20y%20Juventud.pdf>
- Landini, F; González, V; D'Amore, E. (2014) Por um marco conceitual para repensar a acessibilidade cultural. *Cadernos De Saúde Pública*, 30(2), 231–244.
<https://doi.org/10.1590/0102-311X00030313>
- Lázzaro, A. (2015). El remedio o la enfermedad. Un acercamiento al Modelo Médico Hegemónico desde la perspectiva de cuerpos, emociones y sensibilidades sociales en y desde América Latina. *Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*. 14 (41),145-157.
https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/70107/CONICET_Digital_Nro.2988b51d-3fb4-4faa-95bc-f07c2ee41bc0_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- León, J. (2006). Del Modelo Biomédico al Modelo Biopsicosocial: bases para la construcción de una psicología social de la salud. Universidad Lusíada Editora. 3, 75-94.
<https://idus.us.es/handle/11441/68529>
- Macri, M; Vignolo, J; Sosa, A. (2009). Salud Pública y determinantes de la salud. En: Benia, W. (Coord.). *Temas de Salud Pública. Tomo 2*. (pp. 47 a 63). Oficina del Libro FEFMUR. Montevideo.
- Maganto M; Peris M. Sánchez, R. (2019) El bienestar psicológico en la adolescencia: variables psicológicas asociadas y predictoras. *European Journal of Education and Psychology*. 12 (2) 139-151. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7291093>
- Martín, M; Miren, A; Serrano, G. (2021). Los retos de un adolescente de un adolescente en la generación Z y Alpha. *Interpsiquis. XXII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental*. <https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-8-2021-17-pon26.pdf>
- Martins de Freitas, P; Silva, R; Santos, M; De Assis, B; Dos Santos, J. (2020). Influência das Relações Familiares na Saúde e no Estado Emocional dos Adolescentes. *Revista Psicologia e Saúde*. 12 (4) 95-109. <https://doi.org/10.20435/pssa.vi.1065>

- Mendizabal, N. (2006). Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En: Vasilachis, I. (coord.). *Estrategias de investigación cualitativa*. (pp. 65 - 105) Gedisa. Barcelona, España.
https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/mendizabal_nora_los_componentes_del_diseño_flexible_en_investigación_cualitativa_cap_2_en_estrategias_de_investigación_cualitativas_.pdf
- Ministerio de Desarrollo Social (MIDES); Instituto Nacional de la Juventud (INJU) (2013). Tercera Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud.
<http://dspace.mides.gub.uy:8080/xmlui/handle/123456789/926>
- Ministerio de Desarrollo Social (MIDES); Instituto Nacional de la Juventud (INJU) (2019). Plan Nacional de Juventudes de Uruguay 2015-2025.
<http://dspace.mides.gub.uy:8080/xmlui/handle/123456789/1302>
- Ministerio de Salud Pública (MSP) (2017). Guía para la atención integral de la salud de adolescentes. https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/inline-files/GuiaSalusAd_web%20con%20tapa.pdf
- Ministerio de Salud Pública (MSP) (2020). Objetivos Sanitarios Nacionales. Uruguay
https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2022-06/OSN_2030_borrador_Consulta%20publica.pdf
- Morales, F. (2012). Psicología de la salud. Realizaciones e interrogantes tras cuatro décadas de desarrollo. “*Psiencia*” *Revista Latinoamericana De Ciencia Psicológica*. 4 (2) 98-104.
<https://www.redalyc.org/pdf/3331/333127382005.pdf>
- Morales, F. (2015). La Psicología y el campo de la salud: tensiones, logros y potencialidades de una relación esencial y necesaria. “*Psiencia*” *Revista Latinoamericana De Ciencia Psicológica*. 7 (1) 120-123. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5114124>
- Moreno, L. (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud Pública Mex.* 49 (1) 63-70.
<https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49n1/a09v49n1.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014). Salud para los adolescentes del mundo Una segunda oportunidad en la segunda década.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141455/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Organización Mundial de la Salud (OMS); Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2019). Estrategia y Plan de Acción Regional sobre los Adolescentes y los Jóvenes 2010-2018. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51633/CD57-INF-8-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2010). Plan y Estrategia Regional de Salud Adolescente 2010-2018. <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Estrategia-y-Plan-de-Accion-Regional-sobre-los-Adolescentes-y-Jovenes.pdf>
- Ortega, Y. (2015). Actitud de los adolescentes hacia la automedicación: asociación con calidad de vida relacionada con la salud, consumo de sustancias psicoactivas y estilos parentales. Universidad Pontificia Comillas, Madrid. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/6580/TD00177.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ramos, V. (2015). Consideraciones conceptuales: adolescencia, sexualidad y derechos. (Cap. 1, p. 17). En: López Gómez, A. (coord.) *Adolescencia y Sexualidad. Investigación, acciones y política pública en Uruguay (2005 – 2014)*. pp. 15 - 29. Facultad de Psicología, Universidad de la República, Uruguay. <https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Adolescentes%20y%20sexualidad.pdf>
- Ricoy, M; Fernández, J. (2016). Prácticas y recursos de ocio en la adolescencia. *Educatio Siglo XXI*. 34 (2). 103-124 <http://dx.doi.org/10.6018/j/263831>.
- Saforcada, E; De Lellis, M; Mozobancyk, S. (2010). Salud pública: perspectiva holística, psicología y paradigmas. En: *Psicología y salud pública: nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano* (pp. 19 - 42). Paidós. Buenos Aires.
- Saforcada, E. (2012). Comentario. En: Morales Calatayud, F. (2012). Psicología de la salud. Realizaciones e interrogantes tras cuatro décadas de desarrollo. “*Psiencia*” *Revista Latinoamericana De Ciencia Psicológica*. Vol. 4 – N° 2 (pp. 98-104). (pp. 105 -106). Editorial: Psicología y salud social. Buenos Aires, Argentina. <https://www.redalyc.org/pdf/3331/333127382005.pdf>
- Sandoval, C. (2002). Investigación cualitativa. Instituto Colombiano para el fomento de la Educación Superior. Bogotá, Colombia. <http://panel.inkuba.com/sites/2/archivos/manual%20colombia%20cualitativo.p>

- Sawyer, S; Azzopardi, P; Wickremarathne, D; Patton, G. (2018), The age of adolescence. *Lancet Child Adolesc Health*. 2 (3) 223- 228. [http://dx.doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30022-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1)
- Sisto, V. (2008). La investigación como una aventura de producción dialógica: La relación con el otro y los criterios de validación en la metodología cualitativa contemporánea. *Psicoperspectivas*, VII, 114-136.
- Trindade, V. (2016). Entrevistando en investigación cualitativa y los imprevistos en el trabajo de campo: de la entrevista semiestructurada a la entrevista no estructurada. En: Schettini, P; Cortazzo, I. (coord.) *Técnicas y estrategias en la investigación cualitativa*. (pp. 18 - 34). Universidad de La Plata, Argentina. http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/53686/Documento_completo_-_%20Cortazzo%20CATEDRA%20.pdf-PDFA.pdf?sequence=1
- Uruguay (2008, agosto 11). Ley n° 18.331 de Protección de Datos Personales. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18331-2008>
- Uruguay. (2008, agosto 4) Poder Legislativo (2008). Decreto CM/515. Decreto para la investigación con seres humanos. http://archivo.presidencia.gub.uy/_web/decretos/2008/08/CM515_26%2006%202008_0001.PDF
- Valadez, I. (2019). Adolescencia en situación de riesgo social: Fragilidades y rupturas de vínculos afectivos. En: Serna, M. (Ed.) *Revolución en la Formación y la Capacitación para el Siglo XXI. Ed. 2 (Vol. I)*. (pp. 178 - 185) Editorial Instituto Antioqueño de Investigación, Medellín, Antioquía. Investigación Científica ISBN: 978-958-52333-2-4. <https://www.cervantesvirtual.com/obra/revolucion-en-la-formacion-y-la-capacitacion-para-el-siglo-xxi-vol-i-1197365/>
- Valera, L; De Lara, F. (2020) Crisis y salud: una ocasión para repensar modelos (y acciones). *Mutatis Mutandis: Revista Internacional de Filosofía*. 14. 31-43. <https://philarchive.org/archive/VALCYS>

Apéndice

A) Pauta de entrevista

(Preguntar previamente: edad y barrio).

Dimensión concepción de salud

- 1) ¿Qué entiendes por salud?
- 2) ¿Hablas de salud con tus amigos/as? ¿De qué cosas?
- 3) ¿Quiénes te hablan sobre salud? ¿Y ves cosas sobre salud en otros medios?
- 4) ¿Qué sería lo opuesto a la salud, para vos?
- 5) ¿Qué haces cuando no te sentís saludable? ¿Qué hacen tus amigos/as?
- 6) ¿Qué cosas te parecen necesarias hacer para sentirte (bien, saludable, sano, no enfermo, etc.)?
- 7) ¿Crees que tenes la información necesaria acerca de cómo cuidar tu salud o a dónde acudir si lo precisas? (Si responde No, ¿por qué?)
- 8) Mostrar imágenes disparadoras con la consigna:
 - ¿Cuáles de estas imágenes las relacionas con salud y cuáles no?
 - ¿Y por qué?

Dimensión centro de salud

- 1) ¿En qué servicio de salud te atendes? ¿Te atendes en un Espacio de Salud para Adolescentes (SSPA, policlínica de adolescentes)? Si responde que no, ¿Sabes si en tu centro hay un espacio específico para adolescentes?
- 2) ¿Cuáles son las razones por las que vas al centro de salud? (cuando vaya dando ejemplos, profundizar: solo por el carnet, solo porque estas enfermo, solo por anticoncepción)
- 3) ¿Con qué frecuencia vas al centro de salud por estas cosas? (nombrarlas)
- 4) ¿A qué profesionales de la salud consultas más frecuentemente?
- 5) ¿Cómo te sentís cuando asistís al centro de salud? (espacio, trato, profesionales, administrativos, confidencialidad, etc.)
- 6) ¿Qué es lo mejor y lo peor de tu centro de salud?
- 7) Cuando piensas que tenes que ir al centro de salud, ¿qué cosas te hacen dudar de ir o te sacan las ganas? (indagar sobre lo negativo) ¿y qué cosas te hacen decidir ir? (indagar sobre lo positivo).
- 8) ¿Te insisten para que vayas al centro de salud? ¿quiénes?
- 9) ¿Qué cosas cambiarías o mejorarías en tu centro de salud?
- 10) ¿Qué te gustaría que tenga un espacio específicamente para adolescentes?
- 11) ¿Se te ocurre algo más que quieras agregar o contarme?

B) Consentimiento informado

Consentimiento informado para adolescentes
“¿Cómo conciben los adolescentes el cuidado de su salud?”
Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

Montevideo, a los ...días del mes de de 202...

..... de años de edad, brinda por este medio su consentimiento a participar en la investigación **“¿Cómo conciben los adolescentes el cuidado de su salud?”**.

Esta investigación se realiza en el marco de la Maestría de Psicología Social de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República y la maestranda Lic. María Cecilia Vitale es la responsable del proyecto, tutorizada por el Dr. Pablo López Gómez.

Esta investigación busca comprender cómo conciben los adolescentes, de 15 a 19 años de la ciudad de Montevideo, la salud, su cuidado, y su relación con los centros de salud y/o los Servicios de Salud para Adolescentes (SSPA).

La participación consiste en una entrevista con una duración estimada entre 30 a 60 minutos aproximadamente.

El procesamiento del material recogido se realizará bajo el marco de protección que otorgan las normas de confidencialidad vigentes en el Código de Ética Profesional del Psicólogo y en las normas científicas nacionales respecto a la investigación con seres humanos: Decretos CM/515/08 y 414/09 del Poder Ejecutivo, Ley 18331 de Habeas Data y su Decreto de Reglamentación CM/524/08. En este sentido, la entrevista será analizada por los investigadores, procesada con fines de investigación y los resultados podrán ser publicados y/o difundidos en ámbitos científicos de forma anónima y confidencial.

El proyecto busca contribuir a la mejora de la calidad de la atención de la salud de los adolescentes, no existiendo pagos de incentivo para participar, ni generando riesgos para el adolescente por su participación.

Al firmar abajo reconozco que:

- Comprendo que este estudio tiene como objetivo investigar la concepción de los adolescentes entre 15 a 19 años, acerca de su salud y los servicios de salud de Montevideo.
- Se me brinda la oportunidad de realizar preguntas y conversar con la entrevistadora de cualquier duda que tenga sobre la investigación.

- Acepto que la entrevista sea analizada, procesada con fines de investigación y que los resultados puedan ser publicados y/o difundidos en ámbitos científicos de forma anónima.
- Me han informado que no recibiré dinero por mi participación en el proyecto.
- Comprendo que en cualquier momento puedo dejar de participar en el estudio y que mi decisión no me perjudica, como tampoco a la investigación.
- Expreso que he leído este documento en su totalidad y entiendo que puedo guardar una hoja de información para su constancia.
- De forma libre y voluntaria brindo el consentimiento informado para participar en ésta investigación.

Nombre del participante:

Firma:

Fecha:

El equipo agradece su tiempo.

Por cualquier consulta contactar a los responsables de la investigación.

Maestranda: Lic. María Cecilia Vitale

Director: Dr. Pablo López Gómez

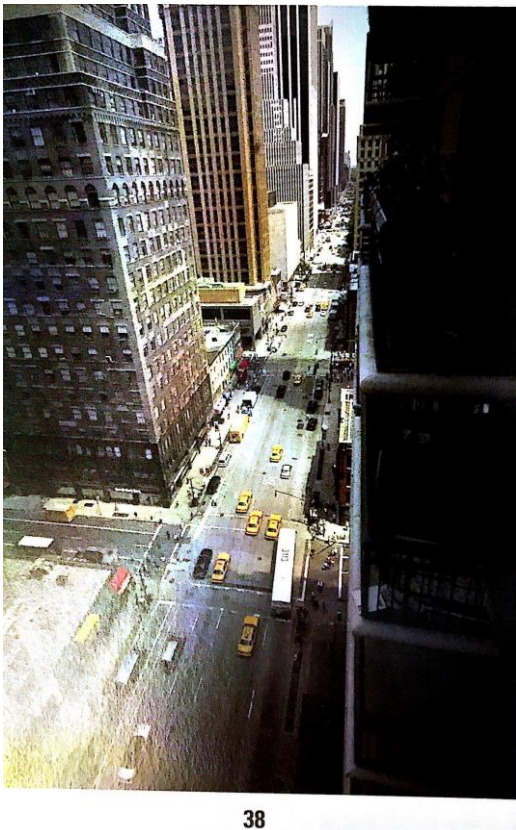
E-mail: mvitale@psico.edu.uy

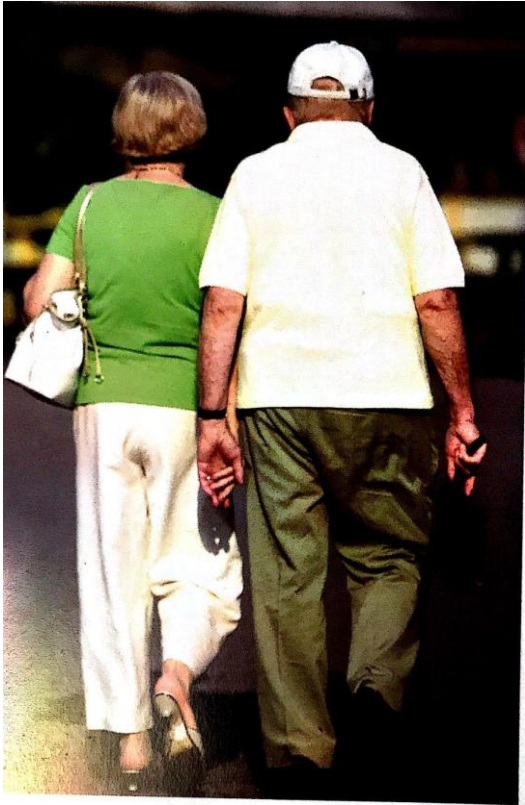
E-mail: plopez@psico.edu.uy

Cel.: 094864578

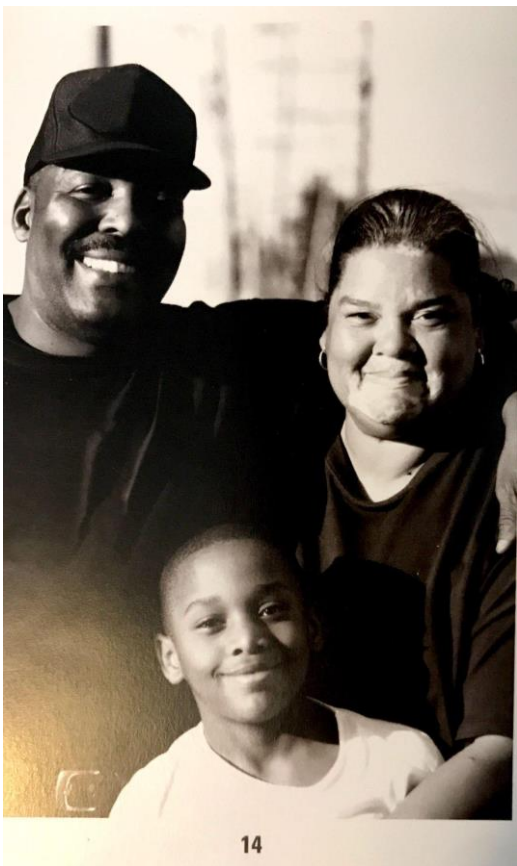
Anexo

Imágenes entrevistas





04



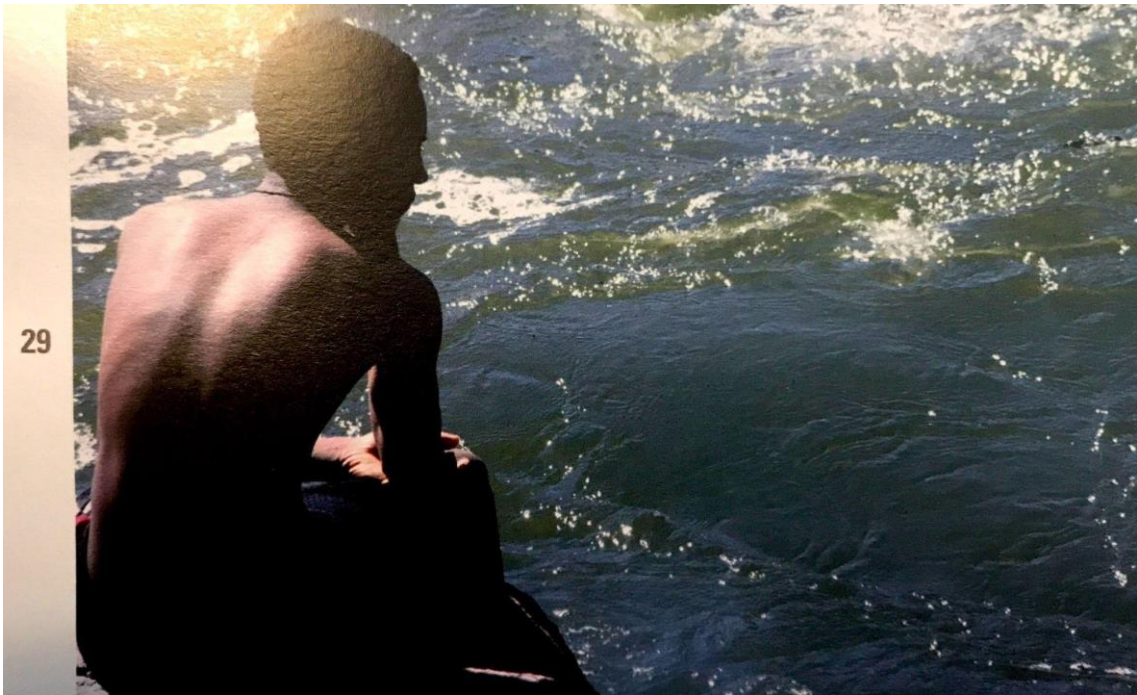
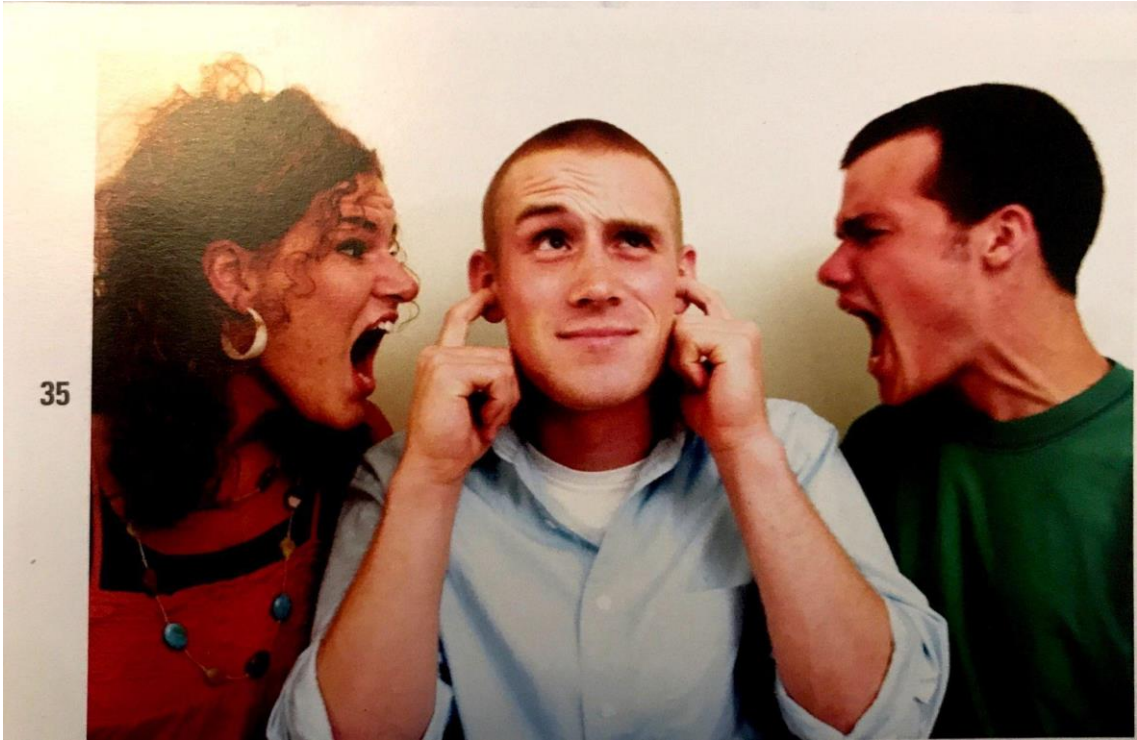
14



26



01



Aval Comité de Ética

Montevideo, 23 de octubre de 2019

En el día de la fecha se reúne el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, a los efectos de expedirse respecto al proyecto de investigación **¿Cómo conciben los adolescentes el cuidado de su salud?**, a cargo de la Lic. María Cecilia Vitale.

Dicho proyecto CUMPLE CON LOS CRITERIOS ÉTICOS para la protección de los seres humanos que participan como sujetos en procesos de investigación, por lo que este Comité de Ética en Investigación OTORGA EL AVAL para su ejecución.

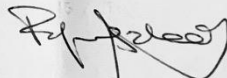
Pase a notificación de la Lic. María Cecilia Vitale (responsable del proyecto).



Mag. María Pilar Bacci
Comité de Ética en Investigación
Facultad de Psicología



Dra. Victoria Gradín
Comité de Ética en Investigación
Facultad de Psicología



Mag. Raquel Galeotti
Comité de Ética en Investigación
Facultad de Psicología