



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**Trabajo Final de Grado**

Artículo científico

Representaciones sociales de un equipo de profesionales de la salud acerca de los/as adolescentes y sus consecuencias en la atención.

Revista arbitrada: Psicología, Sociedad y Conocimiento

Estudiante: Valeria Machado Leites

C.I: 5.105.668-0

Tutor Responsable  
María Alejandra Arias  
Montevideo, Uruguay

Julio, 2016

## **Resumen**

El objetivo de esta producción consistió en conocer y analizar las representaciones sociales de un equipo de profesionales de la salud acerca de los/as adolescentes e identificar sus repercusiones en la atención a la salud los mismos.

El artículo científico se basó en una investigación de corte cualitativa realizada en 2015-2016 que se desarrolló en un Espacio de Salud Adolescente que pertenece a la Red de Atención Primaria en Salud de Montevideo. La muestra estuvo conformada por 8 profesionales de salud y un/a practicante del área biomédica y psicosocial. Las técnicas utilizadas fueron entrevistas semi-dirigidas y observación.

Se concluye que las representaciones sociales que los/as profesionales de la salud construyen de los/as adolescentes se asocian a conceptos como “complicados/as”, “problemáticos/as” y “complejos/as”. Estas representaciones sociales determinan el ejercicio de sus prácticas, las cuales comprenden un abordaje clínico y asistencialista donde prima la perspectiva adultocéntrica y el enfoque de riesgo características propias del Modelo Médico Hegemónico.

Los/as adolescentes se conciben como objetos de consulta y sujetos pasivos, sus intereses y necesidades sentidas no son considerados, lo cual se entiende como un obstáculo en la atención. Se espera que la difusión de estos resultados contribuya a la mejora de la atención de salud adolescente.

**Palabras clave:** Representaciones sociales, profesionales de la salud, adolescentes

## **Abstract**

The aim of this production was to know and analyze the social representations of a team of health professionals about adolescents and identify the impact on their health care.

This scientific article was based on a qualitative research conducted in 2015-2016, developed in a Space of Adolescent Health, which belongs to Network Primary Health Care in Montevideo. The sample consisted of 8 health professionals, and a practitioner of biomedical and psychosocial area. The techniques used were semi - structured interviews and observation.

It is concluded that the social representations that health professionals build of adolescents are associated with concepts such as "complicated", "problematic" and "complex". These social representations determine the exercise of their practices, which include clinical and assistentialist approach and are based on an "adult –centred" perspective and risk approach characteristics of Hegemonic Medical Model.

Adolescents are seen as objects of consultation and passive subjects, their interests and felt needs are not considered, which is seen as an attention obstacle. It is expected that the dissemination of these results contribute to improving adolescent health care.

**Keywords:** Social representations, health professionals, adolescents

## **Introducción**

El presente artículo se enmarca en una línea académica del Programa “Concepciones, determinantes y políticas en Salud” del Instituto de Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

El equipo de investigación que integro desde 2015 está produciendo conocimiento acerca de “La atención de la salud de los adolescentes desde la mirada de los adolescentes” cuya responsable es Prof. Adj. Ma. Alejandra Arias Lozano. La investigación es de corte cualitativo y se basa en un estudio de caso.

Se presentará en esta instancia los resultados obtenidos sobre las representaciones sociales (en adelante RS) de un equipo de profesionales de la salud acerca de los/as adolescentes que concurren a un Espacio de Salud Adolescente de la Red de Atención Primaria en Salud (RAP) Metropolitana, perteneciente a la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) en Montevideo.

## **Antecedentes y justificación del estudio**

A nivel latinoamericano disciplinas del campo de la salud y de las ciencias sociales han investigado acerca de las RS de los/as profesionales de la salud. Se indagó en torno a diversas temáticas como: inclusión y exclusión social (Leão y Barros, 2011), violencia doméstica contra la mujer (Gomes, Silva, Oliveira, Acosta, y Amarijo, 2015), hipertensión arterial (Silva y Moura, 2011), cuidado de salud de hombres (Siqueira, Texeira, Valença Neto, Boery, Boery, y Vilela, 2014), salud mental (Betancur, Alveiro, De Jesus, Zuluaga y Pineda, 2014), calidad de vida (Coutinho y Franken, 2009) entre otras. Sin embargo, la producción de conocimiento en cuanto a las RS de los/as profesionales de la salud sobre los/as adolescentes y la atención de los mismos es escasa.

En Argentina en 2003 se investigó acerca de las RS de un equipo de salud interdisciplinario acerca de los/as adolescentes. Se identificaron cinco tipos de RS, los

profesionales denominados “liberales”, los “optimistas”, los “contextualizadores”, los “conservadores” y también los “paternalistas”. Se constató que las RS determinan la intervención que éstos realizan, y que a la vez las RS están condicionadas por la formación profesional y especialidad. La forma de interactuar con los/as adolescentes, de impartir discursos y las actitudes que tienen ante los mismos también se ve diferenciada (Tobeña, 2006).

En Brasil, Sena y Castanha (2014) estudiaron las RS de los/as profesionales de la salud sobre el embarazo adolescente y su influencia en la práctica profesional. Los datos se analizaron a partir de la teoría del núcleo central, utilizada en el estudio de las RS.

Se concluye que las RS de maternidad en la adolescencia se relacionan a las RS de adolescencia que poseen los profesionales. “Irresponsabilidad” es la palabra que compone el núcleo central de las RS de los/as profesionales de la salud, en tanto “inmadurez”, “dificultades”, “complicados”, “período inadecuado”, “falta de orientación”, “ausentismo escolar” y “saltarse etapas” fueron las RS evocadas a nivel periférico por éstos. “La maternidad (...) contrasta con el comportamiento irresponsable e inmaduro generalmente asociado a la categoría adolescente” (Sena y Castanha, 2014, p. 83).

Estos autores consideran que la falta de capacitación se refleja en el enfoque de control y normalización que los/as profesionales imparten a los adolescentes en cuanto a la salud sexual y reproductiva en lugar de una orientación de calidad. La maternidad en la adolescencia es vista de forma negativa, que perjudicaría la vida del adolescente e implicaría pérdida de experiencias típicas de tal ciclo vital.

En Uruguay, el Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva en 2010 investigó acerca de las RS, valores y significados que integran la visión de los/as profesionales de la salud y conforman su práctica de atención en cuanto a los

derechos sexuales y reproductivos (en adelante DDSSRR). Las RS se articulan con el ejercicio profesional, lo que puede generar beneficios u obstáculos en la atención.

Las representaciones de género de los/as profesionales reflejan tensiones del proceso de transformación de modelos tradicionales que atraviesa nuestra sociedad en cuanto a la feminidad y la masculinidad. Sus RS presentan contradicciones acerca de la sexualidad, la maternidad, la paternidad, los métodos de anticoncepción, la crianza y el aborto. Se concibe necesario incorporar los lineamientos de políticas sanitarias y normativas en salud sexual y reproductiva en las prácticas profesionales para garantizar efectivamente los derechos, y establecer nuevas lógicas de relacionamiento a nivel sanitario basadas en el respeto por la capacidad de las personas de tomar sus propias decisiones (MYSU, 2010).

Rossi (2014) indaga el conocimiento y las percepciones de los/as adolescentes uruguayos/as acerca de sus DDSSRR y su relación con las prácticas de promoción en salud en cuatro espacios de salud adolescente (en adelante ESA) de Montevideo. Además da a conocer la percepción de los/as profesionales de los equipos de los ESA. Se concluye que los/as adolescentes no conocen sus DDSSRR, y por tanto no se apropian de los mismos. Los/as profesionales por su parte, poseen interés en el trabajo desde una perspectiva de derechos pero a la vez conciben la carencia de formación como obstáculo para responder a las demandas de la población adolescente.

Esta autora visualiza “tensiones entre un enfoque de derechos y un enfoque biomédico de prevención del riesgo asociado a una concepción de la sexualidad heteronormativa y medicalizada” (Rossi, 2015, p. 80). Por tanto concluye que la capacitación de los técnicos no resultaría suficiente sino se acompaña de un cambio a nivel organizacional de las prestaciones de salud.

Arias y Suárez (2016) indagan la integración de la perspectiva de derechos en las prácticas profesionales de un ESA en Montevideo. Si bien no estudian las RS de los/as profesionales, dan a conocer como sus discursos e intervenciones ofrecen resistencia a los cambios que implica el nuevo modelo de atención propuesto por el Sistema Nacional Integrado de Salud (en adelante SNIS).

En cuanto al enfoque de derechos, los/as profesionales hacen énfasis, entre otras cosas, en la salud sexual y reproductiva o en la posibilidad que tienen los/las adolescentes de entrar solos/as a la consulta. Tienden a priorizar en la práctica sus propios intereses, lo que se entiende como un obstáculo para la escucha de las necesidades específicas de este grupo etario (Arias y Suárez, 2016).

La atención se brinda desde un enfoque “adultocéntrico”. No se realiza prevención o promoción en la comunidad ni se trabaja en redes. Reciben atención solamente quienes concurren al centro, obstaculizándose la accesibilidad. La intervención no es integral, se basa en un enfoque de riesgo, se menosprecia por tanto, habilidades y potencialidades de la población adolescente. Se concluye que la intervención posee características propias del Modelo Médico Hegemónico descrito por Menéndez en 1985 (en adelante MMH) (Arias y Suárez, 2016).

## **Referencias teóricas**

### Reforma Sanitaria

En Uruguay a partir de la asunción del gobierno nacional en 2005 se incluye en la propuesta programática la implementación de la reforma sanitaria. El SNIS se crea a partir de la Ley 18.211 a fines del 2007, y entre sus principios se encuentran: acceso universal, accesibilidad y sustentabilidad del sistema de salud. A raíz de la reforma se descentraliza ASSE a partir de la Ley 18.161 y el Ministerio de Salud (en adelante MS) se encarga de la confección de las políticas públicas en salud, de organizar el funcionamiento del SNIS así como de su control.

La ley 18.211 crea el Seguro Nacional de Salud el cual es administrado por la Junta Nacional de Salud. El seguro está conformado por prestadores públicos y privados que forman parte del SNIS; es decir por Instituciones de Asistencia Médica Colectiva de Prepago (IAMC), por ASSE, el Banco de Seguros del Estado (BSE), el Hospital Universitario, el Banco de Previsión Social (BPS) entre otros (Arias y Suárez, 2016). La cuota salud la determina el Poder Ejecutivo en conjunto con el Ministerio de Economía y Finanzas, el Ministerio de Salud y la Junta Nacional de Salud, estableciendo costos diferenciales para grupos de población específicos.

El SNIS promueve una atención integral de calidad desde una perspectiva de derechos y ética. Se privilegia el primer nivel de atención, la promoción de salud y prevención de enfermedades; la intersectorialidad de las políticas de salud, la solidaridad y equidad en el financiamiento; además de la participación de los usuarios tanto como de trabajadores de la salud (MS, 2007).

Según Giorgi (2016) la salud comienza a concebirse desde una perspectiva holística, el usuario no es entendido como un ser pasivo que ejerce el derecho de recibir atención, sino que su salud es la “resultante del pleno ejercicio de los derechos humanos” (Arias y Suárez, 2016, p. 10). Como plantea este autor, estas construcciones discursivas propuestas por la reforma sanitaria requieren para poder llevarse a cabo un análisis de las relaciones entre profesionales de salud y usuarios, que son producto de la cultura de las instituciones de salud y que además ejercen resistencia ante el cambio que se espera en el modelo de atención (Arias y Suárez, 2016).

#### Adolescencia y Espacios de Salud Adolescente

Según Ramos (2015) la conceptualización de adolescencia así como su conformación en categoría social es reciente y se encuentra en permanente construcción. La adolescencia comienza a formar parte del campo de estudio de la Psicología Evolutiva

a fines del siglo XIX a partir de una publicación de Stanley Hall (psicólogo norteamericano), quien la define como una “edad tormentosa” en la cual se experimentan ciertas tensiones e inestabilidad (López, 2015).

Al principio se la concibe como una etapa inacabada o de tránsito para llegar a la adultez, es decir a lo que se suponía “acabado” o “completo”. En la actualidad se abandona la idea de pasaje y se la considera “una categoría compleja, con identidad propia e importancia fundamental en el desarrollo de los sujetos” (López, 2015, p.17).

Belamendía et al. (2010) definen a la adolescencia como una etapa en la que se experimentan transformaciones múltiples a nivel físico, psicológico, afectivo y social. Estas transformaciones incluyen alcanzar la madurez sexual, conformar una nueva identidad, una escala de valores y lograr un cierto grado de autonomía emocional con respecto a sus padres ampliando sus relaciones sociales.

Por su parte la Organización Mundial de la Salud en 1979 plantea que la adolescencia se puede subdividir en dos fases: temprana (10 a 13 años) y tardía (14 a 19 años). Esta definición si bien ha sido útil para delimitar “grupos de edad” para la investigación y desarrollo de políticas públicas, no contempla el hecho de que las transformaciones propias de la adolescencia presentan gran variabilidad, y están influenciadas no solo por lo biológico sino también por el ambiente, es decir por el contexto histórico, económico, político, social y cultural (MS, 2009). Por esta razón Viñar (2009) afirma que es conveniente utilizar la expresión “adolescencias” para preservar la singularidad de cada uno.

A partir de la “Convención Internacional de los Derechos de la Niñez” (en adelante CDN) de 1989 se comienza a concebir a niños/as y a adolescentes, como “actores sociales habilitados para una verdadera participación en todos los asuntos que le afecten y contribuir al ejercicio de sus propios derechos” (Arias y Suárez, 2016, p. 21). El Estado uruguayo al suscribirse a la CDN realiza modificaciones en el Código del

Niño en 2004 y diseña sus políticas públicas en particular las sociales de salud en función de éste.

En 2007 se crea el Programa Nacional de Salud adolescente (en adelante PNSA) debido a la ausencia de políticas sanitarias en el país para abordar la atención de esta población. Si bien la morbimortalidad adolescente por enfermedades es pequeña, su salud se ve afectada por causas comunes y prevenibles como: siniestros de tránsito, enfermedades de transmisión sexual, intentos de autoeliminación, ausentismo o exclusión del sistema educativo, consumo de sustancias, entre otras. Se requiere de una comprensión de estos problemas y de un abordaje desde la atención integral, modelo de atención propuesto por el SNIS que “implica la adecuación del sistema actual y la capacitación del equipo; vale decir, cambios estructurales, administrativos y de mentalidad” (MS, 2007, p. 37).

El PNSA propone un espacio de atención diferenciado para la población adolescente. Los ESA son una de las propuestas existentes, y comienzan a funcionar en 2006 creados por el Programa Infamilia del MIDES en convenio con el MS (Rossi, 2015). El PNSA plantea que estos espacios cuenten con accesibilidad geográfica, administrativa y cultural, una agenda que contemple consultas espontáneas, tecnologías adecuadas para un primer nivel de atención, e insumos necesarios. Que se base en el enfoque de atención integral a partir de un equipo interdisciplinario que disponga de disciplinas del área biomédica así como psicosocial (MS, 2007). En 2011 el PNSA se comienza a denominar Programa Nacional de Salud de Adolescencia y Juventud (en adelante PNSAJ), ampliando la población hasta los 24 años (Rossi, 2015).

El MS en 2009 desarrolla las “Guías para el abordaje integral de la salud de adolescentes en el primer nivel de atención” en la que establece normas para una atención integral y de calidad. Se hace hincapié en la prevención de riesgos y

promoción de hábitos saludables, en una mirada desde las potencialidades de los/as adolescentes y en la importancia de su participación en todos los ámbitos de la vida.

La atención integral se basa en el trabajo interdisciplinario e intersectorial para abordar las necesidades de las “adolescencias”. Se considera relevante que los profesionales evalúen sus actitudes y juicios de valor previo a su inserción laboral, que muestren interés en esta población y cuenten con experiencias en el primer nivel de atención, o estén dispuestos y comprometidos a formarse en esta área (MS, 2009).

En 2012, la Iniciativa de Derechos de la Infancia y Salud del Uruguay (en adelante IDISU) hace énfasis en que los/as profesionales de la salud consideren la opinión de niños/as y adolescentes en sus prácticas, y promuevan la integración de la misma a nivel familiar, comunitario, educativo y en el ámbito de las políticas públicas. Los/as profesionales son responsables de que las normativas vigentes sean garantizadas teniendo en cuenta las particularidades de cada caso (Arias y Suárez, 2016).

### Representaciones Sociales

Según Moscovici (1979):

Una representación social es una “preparación para la acción”, no lo es solo en la medida en que guía el comportamiento, sino sobre todo en la medida en que remodela y reconstituye los elementos del medio en el que el comportamiento debe tener lugar. (p. 32)

Araya (2002) sostiene que las RS constituyen un instrumento importante para entender el comportamiento de las personas. Se relacionan a un tipo de conocimiento llamado sentido común, el cual es construido socialmente. Conocer el sentido común, nos permite indagar acerca de los fundamentos que hacen que las personas actúen y se posicionen desde ciertas perspectivas ante los objetos sociales.

Según este autor, cada persona forma su visión y opinión de la realidad a partir de sus características y experiencias particulares de vida, así como también de sus relaciones interpersonales vinculadas al lugar que ocupa en la sociedad en la que se encuentra inserto. Abric (1994) afirma que indagar acerca de las RS permite “aclarar los determinantes de las prácticas sociales, pues la representación, el discurso y la práctica se generan mutuamente” (Araya, 2002, p. 12).

### **Objetivo general**

Producir conocimientos sobre las representaciones sociales de profesionales de la salud acerca de los/as adolescentes y de la atención que brindan en un espacio de salud adolescente en Montevideo

### **Objetivos específicos**

Identificar las representaciones sociales que poseen los profesionales acerca de los/as adolescentes.

Analizar las representaciones sociales en la atención de salud adolescente.

Caracterizar a las representaciones sociales de los profesionales como obstáculos o facilitadores de la atención adolescente.

### **Metodología**

La investigación se basó en un estudio de caso de corte cualitativo. La muestra está conformada por un equipo de profesionales del Espacio de Salud Adolescente de un centro de salud perteneciente a RAP- ASSE en Montevideo.

Previo acuerdo con la Dirección del centro se realizó el procedimiento de solicitud de consentimiento informado y aceptación de los/as profesionales de la salud de formar parte de la investigación. El trabajo de campo se realizó entre setiembre de 2015 y abril de 2016.

La muestra se conformó por 8 profesionales de la salud y un/a practicante pertenecientes al área biomédica (enfermería, ginecología, medicina familiar, odontología, pediatría, nutrición) y psicosocial (psicología). Las técnicas utilizadas fueron: entrevistas semi-dirigidas y observación.

## **Resultados**

A partir del análisis de las entrevistas realizadas y observaciones, se visualiza un alto nivel de coincidencias en cuanto a las conceptualizaciones que estos profesionales construyen en torno a los/as adolescentes. Conceptos como “complicados”, “complejos” y “problemáticos” aparecen con mayor frecuencia en su discurso, y por tanto conforman la base de sus RS. “Tienen sus mambos, están cambiando. Tienen sus miedos” (Comunicación personal, entrevista II, marzo 10, 2016).

La palabra complicado según el Diccionario de la Real Academia Española (2016) refiere a “(...) persona: de carácter y conducta difícil de entender” (s.p.). La definición de complejo refiere a estar “compuesto de elementos diversos” (s.p.) y la de problemático/a “que presenta dificultades o causa problemas” (s.p.).

En esta construcción de adolescente como “problemática” se destaca las RS de un/a integrante del área biomédica, quien considera el consumo de sustancias como una característica de la zona de referencia del centro de salud. Sostiene que la mayoría de los/as adolescentes están institucionalizados, han abandonado el sistema educativo, cuentan con escasa o nula contención a nivel familiar y concibe que poseen bajo nivel intelectual.

Afirma que quienes vienen acompañados/as tienen otra actitud ante la consulta. “(...) porque un niño que ha sido maltratado, que ha sido abandonado, que ha sido mal alimentado... no tiene los mismos recursos que otros chicos” (Comunicación personal, entrevista VII, abril 7, 2016).

Si bien los/as profesionales de la salud definen a la población adolescente que concurre al ESA como heterogénea y sana, la descripción que realizan de la misma es homogénea. Se hace foco en las carencias y en las dificultades, sin tener en cuenta las potencialidades de la misma.

Desde el área psicosocial también adhieren a una concepción de adolescentes como población vulnerable en distintos niveles: “Y si (...) son (...) situaciones complejas (...) de vulnerabilidad social ¿no? En general (...) es lo que predomina (...) desde lo económico por supuesto, y bueno desde lo social, lo afectivo” (Comunicación personal, entrevista I, setiembre 24, 2015).

Cuando no conceptualizan a los/as adolescentes como “complicados” o “problemáticos”, en las RS de los profesionales aparece una asociación con lo infantil. Se alude a éstos con términos como “niño”, “chiquilín” y “chicos” lo que da cuenta de cierta dificultad para concebirlos como tal.

La mayoría de los/as profesionales entrevistados concibe como sana a la población adolescente y sostiene que el motivo de consulta más común es la obtención del carné de salud adolescente. Sin embargo, las RS tanto de integrantes del área biomédica como psicosocial refieren a una concepción de adolescentes en situaciones de riesgo, y refleja una mirada desde la patología. Desde el área biomédica afirman:

“(...) Y tenemos poblaciones así como lo que llamamos de riesgo con factores de riesgo, adicciones y enfermedades, tenemos mucha población sana, sobre todo la mayoría es sana” (Comunicación personal, entrevista IV, marzo 17, 2016).

“Hay chicos (...) esos que son como excelentes son muy pocos. Y después están otros relativamente común que están cursando de acuerdo a su edad, que no consumen, se cuidan. Es una población (...) conflictiva” (Comunicación personal, entrevista IX, abril 7, 2016).

Desde el área psicosocial se plantea que habitualmente reciben consultas de adolescentes en situaciones de riesgo, por lo que conciben necesaria la realización de la guía de intervención propuesta por el proyecto del MS en el cual el equipo del ESA se embarcó: “Buenas prácticas para la atención de los adolescencias en la red de atención en salud”. Uno/a de sus integrantes afirma con respecto a esto:

Me animaría a decir trastornos de conducta pero (...) hay más de eso. ¡Ay! yo ya le puse el diagnóstico pero digo (...) hay como esta consulta del (...) chiquilín complicado que no logra sostener (...) el liceo, que no quiere hacer nada, que consume, con gran impulsividad (Comunicación personal, entrevista I, setiembre 24, 2015).

Es importante mencionar que las RS que construyen los/as profesionales de la salud acerca de los/as adolescentes no concuerda con los resultados obtenidos en las entrevistas realizadas a estos últimos. De ahí surge que la mayoría de los/as adolescentes se encuentran vinculados al sistema educativo, a su vez realizan actividades deportivas, estudios extracurriculares como idiomas, instrumentos musicales, y algunos proyectan estudios terciarios. Cabe señalar que no solo concurren adolescentes de la zona de referencia sino de otras zonas de Montevideo y a su vez asisten adolescentes que pertenecen a programas estatales (INAU, Jóvenes en Red), y a asociaciones civiles (Beraca, Remar), lo que da cuenta de una gran diversidad y heterogeneidad.

Luego de sistematizados estos resultados, el equipo de investigación realizó un intercambio y devolución de los mismos a los/as profesionales de la salud. Si bien a la mayoría no les resultó novedoso, un/a integrante del área biomédica se mostró en desacuerdo con los datos obtenidos y se cuestionó acerca de la veracidad de los mismos. Se infiere que ésta última es quien presenta mayor resistencia a los cambios y posee la voz negativa del equipo.

En el transcurso de la devolución se hace hincapié en que más allá de que el PNSAJ haya marcado líneas de acción correspondientes al enfoque de riesgo, se requiere la inclusión de una perspectiva de desarrollo integral y positivo, es decir, trabajar en el marco de prevención de enfermedades y promoción de salud. Desde el área psicosocial si bien comprenden la relevancia de un cambio de enfoque, fundamentan su accionar en lo pautado desde las políticas de ASSE.

Profesionales del área biomédica que se integraron al equipo en los últimos tiempos cuentan con experiencia laboral y formación específica en adolescencia en estudios de posgrado. Uno/a de éstos define su intervención como “Integral porque (...) trata todos los temas de su ser, lo emocional, lo biológico, lo familiar” (Comunicación personal, entrevista V, marzo 17, 2016).

Quienes cuentan con una larga trayectoria de trabajo en el centro, poseen una formación previa al egreso orientada hacia la clínica y al asistencialismo. “Acá (...) es muy asistencial, ¿no? Porque es todo, se trata todo asistencial más bien el adolescente que viene de por sí ya viene obligado porque los obligan por el carné (...) de aptitud desde el liceo” (Comunicación personal, entrevista II, marzo 10, 2016).

Si bien desde lo discursivo estos profesionales conciben de forma distinta su intervención con los/as adolescentes, sus prácticas aun sostienen características de lo que se denomina MMH. En este modelo, el usuario tiene un papel pasivo y los profesionales del servicio sanitario se limitan a brindar un abordaje clínico individual con un enfoque curativo. Esto se puede ver plasmado en el discurso. “(...) capaz que es un defecto que tengo, ellos tienen que aprender que el lugar (...) de atención de salud es de salud” (Comunicación personal, entrevista VII, abril 7, 2016).

En cuanto al lugar del adolescente en la atención, la mayoría de los profesionales mencionan concebir relevante el trato, el vínculo entre profesional y consultante, la escucha del motivo de consulta y por tanto de las necesidades que el/la adolescente

trae. Sin embargo, si se dieran las condiciones para un buen vínculo, los/as profesionales de la salud podrían expresar las necesidades sentidas de los/as adolescentes.

A partir del análisis de lo discursivo y de las observaciones a estos profesionales de la salud, las RS que subyacen dan cuenta de una concepción de adolescente como sujeto pasivo, al cual se considera objeto de consulta.

Entonces el adolescente viene obligado “en el liceo me dijeron que tengo que tener el certificado de aptitud” allá tenés que (...) decirle (...) que acá hay un espacio para él, que (...) se va a contemplar todo tipo de problemas, todo lo que él sienta, las necesidades que tenga se van a contemplar (Comunicación personal, entrevista II, marzo 10, 2016).

Estas RS construidas por los/as profesionales que conciben a los/as adolescentes como “problemáticos/as”, obturan la escucha de las necesidades sentidas de estos últimos. Las RS de los/as profesionales generan efectos sin lugar a dudas en su intervención, no les permite visualizar que las necesidades no precisamente hacen referencia a carencias o problemáticas de algún orden.

Esta concepción de adolescente como objeto de consulta se puede observar a su vez en la forma que los profesionales organizan las actividades de promoción en salud del ESA. Son ellos mismos quienes definen las temáticas, no hay un cuestionamiento acerca de las necesidades o preferencias de la población adolescente. Estas últimas tampoco son incluidas en los talleres que realizan en la comunidad:

Primero surge la demanda de la institución, lo más frecuente es eso...Entonces te llama el liceo o el centro juvenil, “mira tenemos un interés en tal temática”, uno ve de qué tema se trata y que técnicos participarían, no todos (Comunicación personal, entrevista I, setiembre 24, 2015).

Se realizan dinámicas de promoción de salud en el ESA y en la comunidad para cumplir con las exigencias del proyecto del MS y del PNSAJ, pero no hay un intercambio previo con la población consultante acerca de intereses propios. Los/as adolescentes que participan de estas instancias son quienes agendaron para ese día o quienes concurren de manera espontánea. El medio de comunicación es cartelera, no utilizándose otras formas de difusión.

Los estudiantes de trabajo social que estuvieron el año pasado crearon una página de facebook (...) y esa página se cerró (...) no hay una manera (...) no es crear una página y olvidarte. Entonces hay que actualizarla, hay que responder, acá no hay internet (Comunicación personal, entrevista III, marzo 10, 2016).

En las entrevistas realizadas a estos adolescentes se constata que los mismos no consideran tener un rol activo en la consulta, no solo no lo ejercen sino que tampoco son estimulados. En general concurren por consultas puntuales o para restituir su estado de salud, y no identifican el aporte de la atención brindada en cuanto a la calidad de vida o adquisición y fortalecimiento de hábitos saludables.

Las RS de los profesionales también pueden visualizarse en la información que éstos plasman en la cartelera del ESA. Se hace énfasis en problemáticas como embarazo, enfermedades de transmisión sexual, consumo de sustancias, entre otras. Se dirigen hacia cierta población objetivo, en particular de riesgo como se mencionó, y se constata que la mayoría de los/as adolescentes entrevistados no se sienten identificados/as e interesados/as en la misma.

Desde el área biomédica aparece la importancia de obtener información de la población adolescente que va a consultar. “Es un adolescente que es complicado, por toda su temática no... entonces hay que indagarle, la doctora no va a demorar quince minutos con un adolescente” (Comunicación personal, entrevista I, marzo 10, 2016).

Las RS que subyacen de sus intervenciones nos hablan de un/a adolescente que está en problemas, que requiere ser investigado y por tanto ser informado. Brindar información tiene una función principal que es la de ejercer control, y no como un derecho del usuario/a.

Por lo general la información que brindan se asocia a la especialidad por ejemplo el/la ginecólogo/a menciona: “Empoderarlos por un tema de derechos, de decidir... de decidir si quieren o no quieren tener relaciones sexuales, ¿con quién?, ¿cuántos hijos tener? (...) todas esas cosas decidir por uno mismo” (Comunicación personal, entrevista VI, abril 7, 2016).

Esta concepción de adolescente como objeto de consulta que conforma sus RS, implica que la intervención se limite a un solo encuentro con el/la adolescente, lo que se entiende como una de las causas por las que estos profesionales tienen dificultades para realizar un seguimiento de esta población. “Yo lo que veo mucho acá son como consultas puntuales una vez al año y después no vienen más... pero ta se intenta de que sea también longitudinal la intervención” (Comunicación personal, entrevista V, marzo 17, 2016).

### **Consideraciones finales**

Las RS que poseen los/as profesionales de la salud en cuanto a los/as adolescentes de este ESA, se asemejan a los resultados obtenidos en la investigación de Sena y Castanha en 2014.

Desde el área biomédica como psicosocial conceptualizan a los/as adolescentes con términos como “problemáticos/as”, “complejos/as” y “complicados/as”. Si bien mencionan que es heterogénea y sana la población adolescente que concurre al ESA, tienden a homogeneizar las características de estos últimos a partir de la forma en que los conciben.

A raíz de sus RS, sostienen que la mayoría de los/as adolescentes que asisten al espacio se encuentran en condiciones de vulnerabilidad social, económica y educativa. Dirigen la mirada hacia la búsqueda de patologías, carencias y dificultades por lo que consideran habituales las consultas de adolescentes en situaciones de riesgo.

Las RS construidas por estos profesionales según Tobeña (2003) determinan las características de sus intervenciones con la población adolescente. La formación en adolescencia y especialidad también condicionan las RS según este autor, pero los resultados indican que aunque varios profesionales dispongan de estos estudios, ciertos factores pertenecientes a la cultura organizacional vuelven sus prácticas de atención en salud similares.

En cuanto a sus intervenciones, se constata que las mismas poseen características del MMH a semejanza de los hallazgos obtenidos en la investigación de Arias y Suárez en 2016. En el encuentro con el/la adolescente priorizan un abordaje clínico con un enfoque curativo y asistencialista. Esto se refleja en las entrevistas realizadas a adolescentes, quienes identifican que consultan en general para restituir el estado de salud que consideran perdido, por el carné de salud adolescente o por un tema puntual. La intervención se limita por lo general a una única consulta, lo cual constituye una de razones por las que a estos profesionales les resulta difícil realizar un seguimiento de esta población.

Los/as adolescentes son considerados objetos de consulta y sujetos pasivos, tanto en el encuentro individual como en las actividades de promoción de salud que estos profesionales realizan dentro del ESA y en la comunidad. Las temáticas que abordan con esta población son definidas por los técnicos del equipo o por la institución que lo solicita.

Al igual que en el estudio realizado por Arias y Suárez (2016) estos profesionales diagraman la atención desde una perspectiva “adultocéntrica” y desde un enfoque de riesgo. Basan sus intervenciones en sus intereses particulares, lo que se entiende como un obstáculo para la escucha de las necesidades sentidas de estos adolescentes que concurren al ESA. Sus RS por tanto generan consecuencias negativas en la atención, ya que no se tienen en cuenta necesidades, intereses u opiniones propias de la población consultante.

La información que brindan no escapa a estas lógicas, también se relaciona a sus RS de adolescencia. El fin de informar es ejercer control y no se visualiza como un derecho del usuario, hacen foco en problemáticas definidas por ellos mismos, y con las cuales la mayoría de los/as adolescentes entrevistados/as no se sienten identificados/as.

Se comprende que más allá de que estos profesionales poseen conocimiento del PNSAJ y siguen los lineamientos de las políticas de ASSE, sus RS en cuanto a la adolescencia obturan el cambio del modelo de atención propuesto por el SNIS. Se entiende que como sostiene Rossi (2014) no alcanza con la capacitación de los profesionales sino se realizan acciones para una transformación a nivel organizacional.

Este artículo científico tiene la finalidad de aportar conocimiento acerca de las RS de los/as profesionales de la salud en cuanto a los/adolescentes para contribuir a la mejora de la atención de esta población.

## Referencias bibliográficas

Araya, S. (2002). Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión. *Cuaderno de Ciencias Sociales*, 127.

Arias, A., y Suárez, Z. (2016). *La atención a la salud de los adolescentes en el primer nivel desde una perspectiva de derechos*. Montevideo: Ediciones Universitarias

Belamendia, M., Durán, P., Penzo, M., Martínez, G., Bazano, M., Maddaleno, M.,... Fescina, B. (2010). Sistema Informático del Adolescente. Historia Clínica del Adolescente y Formularios Complementarios: instrucciones de llenado y definición de términos. Montevideo: CLAP/ SMR.

Betancur, C., Alveiro, D., De Jesus, Y., Zuluaga, C., y Pineda., C. (2014). Representaciones sociales sobre salud mental en un grupo de profesionales en la ciudad de Medellín: análisis prototípico y categorial. *Revista CES Psicología*, 7(2), 96-107.

Coutinho, M.P.D.L., y Franken, L. (2009). Qualidade de Vida no Serviço Público de Saúde: As Representações Sociais de Profissionais da Saúde. *Psicologia ciência e profissão*, 29(3), 448-461.

Gomes, V.L.O., Silva, C.D., Oliveira, D.C., Acosta, D.F., y Amarijo, C.L. (2015). Violencia doméstica contra la mujer: representaciones de profesionales de la salud. *Revista Latino-Americana de enfermagem*, 23(4), 718-724.

Leão, A., y Barros, S. (2011). Inclusão e exclusão social: as representações sociais dos profissionais de saúde mental. *Interface - Comunicação Saúde Educação* 15(36), 137-152.

López, A. (coord.). (2015). *Adolescentes y sexualidad. Investigación, acciones y política pública en Uruguay (2005-2014)*. Montevideo: Facultad de Psicología, Universidad de la República; UNFPA.

Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Recuperado de <https://taniars.files.wordpress.com/2008/02/moscovici-el-psicoanalisis-su-imagen-y-su-publico.pdf>

MYSU. (2010). *Profesionales de la salud sexual y reproductiva. Estudio sobre percepciones, valores y prácticas*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/269/26930506.pdf>

Real Academia Española. (2016). *Diccionario de la lengua española*. Recuperado de <http://www.rae.es/>

Rossi, S. (2014). Derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes en los servicios públicos de salud del primer nivel en Montevideo. (*Tesis de Maestría*) Facultad de Psicología. Montevideo. Recuperado de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/handle/123456789/4464>

Sena, V.L.M., y Castanha, A.R. (2014). Profissionais de unidades de saúde e a gravidez na adolescência. *Psicologia & Sociedade*, 26, 79-88.

Silva, M.E.D.C., y Moura, M.E.B. (2011). Representações sociais de profissionais de saúde sobre a hipertensão: contribuições para a enfermagem. *Pesquisa Research - Investigación*, 15(1), 75-82.

Siqueira, B.P.J., Texeira, J.R.B., Valença Neto, PF., Boery, E.N., Boery, R.N.S.O., y Vilela, A.B.A. (2014). Homens e cuidado à saúde nas representações sociais de profissionais de saúde. *Escola Anna Nery Revista de enfermagem*, 18(4), 690-696.

Tobeña, V. (2006). Representaciones sociales sobre el adolescente entre un grupo de profesionales dedicados a la salud: ¿una cuestión de abordaje disciplinar? *Revista Argentina de Sociología*, 3(5), 107-132.

Uruguay. Poder Legislativo. (2007). *Ley 18.161 Administración de los servicios de salud del Estado*. Recuperado de

[http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos\\_adjuntos/ley\\_N%C2%BA\\_18.161%20%281%29.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/ley_N%C2%BA_18.161%20%281%29.pdf)

Uruguay. Poder Legislativo. (2007). *Ley 18.211 Sistema Nacional Integrado de Salud*. Recuperado de <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/18.211.pdf>

Uruguay. Ministerio de Salud. (2007). *Programa Nacional de Salud Adolescente*. Recuperado de [http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos\\_adjuntos/Programa\\_Nacional\\_Salud\\_Adolescente\\_2007\\_0.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Programa_Nacional_Salud_Adolescente_2007_0.pdf)

Uruguay. Ministerio de Salud. (2009). *Guías para el abordaje integral de la salud de los adolescentes en el primer nivel de atención*. Tomo I. Recuperado de [http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos\\_adjuntos/Guia\\_abordaje\\_salud\\_adolcescente\\_\\_08\\_10%5B1%5D.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Guia_abordaje_salud_adolcescente__08_10%5B1%5D.pdf)

Uruguay. Ministerio de Salud. (2015). *Buenas prácticas para la atención de los adolescencias en la red de atención en salud*. Recuperado de [http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos\\_adjuntos/BUENAS%20PR%C3%81CTICAS%20PARA%20LA%20%20ATENCI%C3%93N%20DE%20ADOLESCENTES.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/BUENAS%20PR%C3%81CTICAS%20PARA%20LA%20%20ATENCI%C3%93N%20DE%20ADOLESCENTES.pdf)

Viñar, M. (2009). *Mundos adolescentes y vértigo civilizatorio*. Montevideo: Trilce.

### **Citas en otro idioma**

“(…) A maternidade (…) contrastaria com comportamento irresponsável e imaturo geralmente associado à categoria adolescente” (Sena y Castanha, 2014, p. 83) Traducción mía.