

CUIDADO, BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN Y USO DEL SISTEMA DE SALUD: REPRESENTACIONES SOCIALES DE LOS Y LAS USUARIOS /AS ADOLESCENTES SOBRE LA PARTICIPACIÓN EN EL CAMPO DE LA SALUD DE LA CABA

CARE, INFORMATION AND USAGE OF HEALTH SYSTEM: SOCIAL REPRESENTATIONS OF PARTICIPATION IN HEALTH FIELD IN TEENAGER USERS OF CABA HEALTH SYSTEM

Grippe, Leticia¹; Chardon, María Cristina²

RESUMEN

En este artículo presentamos los resultados del proyecto de tesis de maestría "Representaciones de participación en el campo de la salud de adolescentes usuarios/ as del sistema público de salud de la CABA" dirigido por la Dra. María Cristina Chardon. El proyecto tiene un diseño de tipo cualitativo, exploratorio y descriptivo. Se emplearon como instrumentos de recolección de datos entrevistas en profundidad, grupos focales y observaciones.

La muestra está compuesta por una mayoría de mujeres y por un tercio de varones. Las edades oscilan entre los 12 y 19 años.

Los resultados muestran que la mayoría de los y las usuarios /as adolescentes ha elaborado representaciones sociales sobre la participación en el campo de la salud y que sólo una minoría no lo ha hecho. Las representaciones sociales se refieren a: búsqueda de información, prácticas de cuidado y uso del sistema de salud.

Palabras clave:

Representaciones sociales - Participación - Adolescentes - Cuidado- Búsqueda de información- Uso del sistema de salud

ABSTRACT

In this article we present the results from the Master's thesis project named "Representations of participation in health field of teenager users of health public system of CABA" directed by Dr. María Cristina Chardon.

The project has a qualitative, exploratory and descriptive design. Data collection was done by using deep interviews, observations and focal groups. The sample has a majority of women and one third of the sample are men. Ages range between 12 and 19 years old.

Results show that the majority of teenager users have created social representations about participation in health field and that a minority has not. Social representations relate to information research, care practices and the usage of health field.

Key words:

Social representations - Participation- Teenagers - Care - Information- Usage of health system

¹ Grippe, Leticia; Lic. en Psicología. Facultad de Psicología. UBA. Ayudante de primera. Dedicación: simple. Materia: Psicología Educacional. Cátedra: I (083). Prof. Adjunta a cargo: Chardon, María Cristina. Carrera: Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. UBA. Becaria de Maestría UBACYT 2006-2009. Maestría en Psicología Social Comunitaria. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. E-mail: leticiagrippe@gmail.com

² Chardon, María Cristina; Doctora en Psicología. Universidad Iberoamericana de México. México, D.F. Departamento de Psicología. Lic. en Psicología. Facultad de Filosofía y Letras de la UBA. Profesora Adjunta Regular a cargo de la Cátedra Psicología Educacional I. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Directora del proyecto UBACYT "Procesos psicoeducativos y participación. Vida cotidiana en educación escolar y no escolar". Facultad de Psicología. UBA. E-mail: cchardon@psi.uba.ar

INTRODUCCIÓN

En este artículo presentamos los resultados del proyecto de tesis de maestría "Representaciones de participación en el campo de la salud de adolescentes usuarios/as del sistema público de salud de la CABA" que se enmarca en el proyecto UBACYT PS 064: "Representaciones de cuidado y salud en docentes, padres y niños de nivel inicial", dirigido por la Dra. María Cristina Chardon.

El diseño de investigación es exploratorio- descriptivo con metodología cualitativa. Se emplearon como instrumentos de recolección de datos: entrevistas en profundidad, grupos focales y observación simple y participante. En este artículo presentaremos los resultados surgidos a partir de las entrevistas en profundidad. El formato de la entrevista incluía la pregunta sobre el significado que tenía la participación en el campo de la salud para los y las adolescentes.

Los resultados muestran que la mayoría de los y las usuarios/as adolescentes entrevistados que emplean el sistema público de salud de la ciudad de Buenos Aires han elaborado representaciones sociales sobre la participación en el campo de la salud, que sólo una minoría todavía no ha elaborado ninguna representación social en torno a dicho objeto y que una minoría ha elaborado representaciones sociales complejas en torno a la participación en el campo de la salud, es decir, representaciones sociales compuestas por más de un elemento. En cuanto a la mayoría de la muestra que ha construido representaciones sociales sobre el objeto "participación en el campo de la salud", podemos decir que las mismas se refieren a: la búsqueda de información, prácticas de cuidado y uso del sistema de salud. Todas las representaciones mencionadas coexisten en forma simultánea con la misma frecuencia.

1. METODOLOGÍA

1.1. Diseño de investigación:

El diseño de la investigación es de tipo cualitativo, exploratorio y descriptivo. Buscó comprender en profundidad el marco de referencia con el que se desenvuelven los y las usuarios/as adolescentes del sistema público de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en lo referente a la participación. Es de carácter exploratorio debido a la escasa indagación que ha tenido este tema en Argentina y en la ciudad de Buenos Aires en particular.

1.2. Muestra:

En relación con la muestra, se seleccionaron en forma intencional y por la técnica de "bola de nieve" a adolescentes usuarios/as del sistema público de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires teniendo como criterio de inclusión la accesibilidad. Se cumplió con el requisito planteado en el diseño, que buscaba que la muestra fuera homogénea en lo referente a que los entrevistados fueran usuarios/os del sistema público de salud de

la CABA y tuvimos acceso a usuarios/as adolescentes que utilizan tanto hospitales como centros de salud.

Si bien se planificó que la muestra fuera heterogénea en lo referente a género, edad y clase social, los varones constituyen solamente un tercio de la muestra y la mayor parte de los entrevistados son mujeres. En cuanto a la clase social, todos los entrevistados se encuentran en situación de pobreza y provienen de barrios de la zona sudoeste de la ciudad. En relación con las edades, tuvimos acceso a adolescentes cuyas edades oscilan entre 12 y 19 años.

El número de casos de la muestra estuvo sujeto a la saturación conceptual (Córdova 1990).

1.3. Instrumentos de recolección de datos:

Se tomaron entrevistas en profundidad y grupos focales a la vez que se efectuaron registros de observaciones simples y participantes. En este artículo analizamos los datos surgidos de las entrevistas en profundidad. Se tomaron 29 entrevistas en profundidad a adolescentes varones y mujeres cuyas edades se encuentran comprendidas entre los 12 y los 19 años.

Las entrevistas en profundidad contenían preguntas no estructuradas organizadas según ejes temáticos para indagar sobre las representaciones sociales de participación en el campo de la salud de adolescentes usuarios del sistema público de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a partir del discurso espontáneo de los sujetos (Abric, 1994).

1.4 Procesamiento y análisis de los datos.

El análisis de los datos se realizó desde la perspectiva de la Teoría Emergente que propone "la conjunta recolección teórica, codificación y análisis de los datos para posibilitar que el investigador esté atento a la emergencia de categorías" (Glasser y Strauss, 1967). Se trianguló la información obtenida a partir de los instrumentos de recolección mencionados. Se empleó el software de análisis de datos cualitativos Atlas Ti.

2. RESULTADOS

2.1. Caracterización socio-demográfica de los/as usuarios/as adolescentes entrevistados que conforman la muestra.

En relación con la muestra, tuvimos acceso a 29 adolescentes usuarios/as del sistema público de salud de entre 12 y 19 años, de los cuales el 34,8% son varones y el 65,2% son mujeres. Esta mayoría de mujeres en la muestra, es coincidente con los resultados de otras investigaciones sobre salud adolescente, que plantean la feminización en el uso del sistema público de salud y la reticencia de los varones a utilizar el sistema sanitario (Kornblit, 2005; Zaldúa y otros, 2006). El 72,4% de los/as adolescentes de la muestra son argentinos mientras que el 27,6% proviene fundamentalmente de Bolivia y

Paraguay y en menor medida de Perú.

La mayoría de los/as usuarios/as (44,8%) vive en barrios de la zona sudoeste de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (La Boca, Barracas, San Telmo y Constitución), mientras que el 37,9% vive en villas de la ciudad, más específicamente en la villa 1/11/14 (Bajo Flores) y en la villa situada en costanera sur. Del total de inmigrantes extranjeros, el 75% vive en la villa 1/11/14. El 17,2% de los/as entrevistados/as vive en la Pcia. de Buenos Aires (Avellaneda, Glew y San Justo). Aquellos adolescentes que viven en provincia, no estudian ni utilizan el sistema público de salud de la provincia sino que asisten a escuelas públicas y son usuarios/as del sistema público de salud de la CABA desde pequeños. Por lo general, se acercan a los centros de salud y hospitales al terminar su horario escolar y antes de regresar a sus hogares.

El 44,8% de los adolescentes vive en familias monoparentales o con tíos/as y hermanos/as mayores y el 55,2% vive con ambos padres.

La situación socio-económica de estas familias es precaria, ya que muchas de las madres de las familias monoparentales está sin empleo. Mientras que las madres y hermanas que poseen trabajo, son empleadas domésticas o trabajan en peluquerías, es decir que se trata de empleos precarios. En las familias en las que están presentes ambos padres, por lo general las madres son amas de casa y los padres se dedican a la construcción, hacen changas o están desocupados.

En relación con la escolaridad de los/as adolescentes, podemos dividir la muestra en cuatro grupos: a) los/as adolescentes que están escolarizados y que están cursando el grado o año que es esperable para su edad (44,8%), b) las adolescentes que tienen hijos/as, las cuales en todos los casos han abandonado la escuela secundaria y no estudian ni trabajan (13,8%), c) los/as adolescentes que no terminaron la escuela primaria y asisten a las escuelas del PAEBYT (Programa de Alfabetización, Educación Básica y Trabajo del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, cuyo objetivo es que los jóvenes que abandonaron la escuela finalicen la escolaridad primaria). Los/as adolescentes que asisten a este programa constituyen un 27,6% de la muestra, porcentaje constituido por adolescentes varones y mujeres cuyas edades oscilan entre los 13 y los 17 años y d) los/as adolescentes que concurren a la escuela primaria pero tienen sobreedad, los cuales constituyen el 10,3% de los/as entrevistados. Uno solo de los adolescentes ya finalizó la escuela secundaria y trabaja.

Entre las razones de la deserción escolar, los/as adolescentes argentinos varones mencionan que durante la crisis del 2001 tuvieron que salir a trabajar para ayudar a sus familias para poder comer. Entre los trabajos mencionados aparecen el "cartoneo" y el pedido de comida en los supermercados. En el caso de los/as adolescentes extranjeros, la deserción escolar se produce en sus

países de origen y el período de adaptación que tiene lugar en nuestro país demora el contacto con la escuela. A esto se suma la falta de certificados de escolaridad de sus países de origen, sin los cuales la escuela argentina no los recibe y ese es el motivo de la consecuente derivación a programas como el PAEBYT. También figura entre las razones de la deserción el embarazo de las adolescentes. Todas las adolescentes madres entrevistadas abandonaron la escuela al quedar embarazadas y actualmente no estudian ni trabajan.

En relación con el trabajo adolescente, el 13,8% de los adolescentes trabaja, y el trabajo lo realizan fundamentalmente los varones, quienes efectúan actividades de "cartoneo", construcción y costura. Asimismo, la mayoría de los/as entrevistados realiza actividades domésticas y cuida de sus hermanas/os menores, lo cual puede ser considerado una forma de trabajo (Duschatzky y Corea, 2005).

Esta descripción coincide con otras investigaciones sobre los/as usuarios del sistema público de salud que arrojan como resultado que son los sectores más pobres de la sociedad los que utilizan el sistema estatal de salud. Los/as adolescentes de la muestra recurren al sistema público de salud de la ciudad ya que debido a la precariedad de los trabajos de sus progenitores no poseen obra social y las prepagas no figuran entre las posibilidades de acceso (Nirenberg, 2003).

2.2 La participación en el campo de la salud como objeto social relevante para las y los usuarias /os adolescentes.

Las representaciones sociales son la forma que tienen las personas de interpretar la realidad cotidiana. Constituyen el pensamiento social o de sentido común y permiten la elaboración de los objetos sociales que son relevantes para una comunidad (Moscovici, 1963). Se caracterizan por ser la actividad mental desplegada por los sujetos y los grupos sobre las situaciones, acontecimientos, objetos y comunicaciones que les conciernen. Si bien aparecen a nivel de los sujetos, son una articulación entre lo psicológico y social. Sabemos que lo social interviene de diversas maneras para la construcción de las representaciones. En primer lugar, a través del contexto concreto en el que las personas desenvuelven sus vidas cotidianamente, el cual conforma la arena sobre la que se elaboran las representaciones. En segundo lugar, a través de la comunicación que se da entre los grupos que conforman una comunidad. En tercer lugar, por medio de los códigos, valores e ideologías que tienen los grupos, relacionados con su posición y pertenencias sociales. Las representaciones tienen como función orientar la interacción con los demás miembros de la comunidad (Jodelet, 1986).

La teoría de las representaciones sociales sostiene que cada grupo elabora sus propias representaciones sociales en torno a los objetos u acontecimientos sociales

que los afectan.

En esta investigación nos propusimos indagar sobre las representaciones que los/as usuarios/as adolescentes construyen sobre la participación en el campo de la salud, objeto social cuya aparición oficial en el campo de la salud de la CABA data de hace aproximadamente diez años cuando fue incluido explícitamente como un componente de la política pública en salud de la ciudad.

Las representaciones de la participación en el campo de la salud de los y las usuarios /as adolescentes depende entonces de la manera en que los mismos interactúen con este objeto social:

“La participación es un fenómeno complejo producto de una trama de factores interactuantes, de diferente naturaleza. No se genera con decretos ni con discursos unilaterales sino que depende de la potencialidad del tejido social, de la habilitación que se haga desde los espacios que históricamente han acumulado poder (y micropoder), de las condiciones sociopolíticas que la dinamicen. Por todo esto no es independiente de un nivel subjetivo en que se instaura ese “sentirse parte”, esa capacidad de goce a través del logro colectivo” (Güida y otros, 1999).

De manera que las representaciones sociales de los y las adolescentes dependen de la difusión que se da en el campo a la participación, de las prácticas culturales que habilitan espacios para participar y del modo que los profesionales de la salud se comportan en relación con la participación en la adolescencia.

Las representaciones sociales de los y las adolescentes están relacionadas con la posición periférica que ocupan como agentes del campo de la salud de la ciudad. Esta posición periférica condiciona la información disponible concerniente al objeto representado, la cual es desigualmente accesible para este grupo y da como resultado que los y las adolescentes focalicen sobre ciertos aspectos del objeto y no tengan en cuenta los restantes (Jodelet, 1991).

2.3. Cuidado, búsqueda de información y uso del sistema de salud: representaciones sociales de los y las usuarias /os adolescentes sobre la participación en el campo de la salud.

Para indagar sobre las representaciones sociales acerca de la participación en el campo de la salud de los y las adolescentes usuarios/ as del sistema público de salud de la ciudad de Buenos Aires se emplearon como instrumentos de recolección de datos entrevistas en profundidad. A continuación desarrollaremos los resultados surgidos de las entrevistas, en las cuales se preguntaba directamente a las y los adolescentes qué sentido tenía para ellos la participación en el campo de la salud.

Los resultados muestran que la mayoría de los y las

usuarios /as adolescentes entrevistados que emplean el sistema público de salud de la ciudad han elaborado representaciones sociales sobre la participación en el campo de la salud y que sólo una minoría todavía no ha elaborado ninguna representación social en torno a dicho objeto. De lo cual puede interpretarse que para la mayoría de los y las usuarios /as la participación en el campo de la salud constituye un objeto relevante sobre el cual han construido conocimiento.

Sin embargo, es necesario mencionar que la pregunta sobre el significado de la participación en el campo de la salud los deja perplejos, muchos de ellos expresan que nunca nadie les ha hecho esa pregunta con anterioridad o que nunca se habían puesto a pensar sobre el tema. Sin embargo, aceptan el desafío de la pregunta y responden, brindándonos la oportunidad de conocer las representaciones sociales que subyacen y sobre las cuales no se habían detenido antes a pensar.

Del total de adolescentes de la muestra podemos distinguir tres grupos según el tipo de respuestas que brindaron:

- Una mayoría que ha elaborado representaciones sociales sobre el objeto indagado con contenidos diversos.
- Una minoría que no han elaborado todavía ninguna representación social en torno a la participación en el campo de la salud.
- Una minoría que ha elaborado representaciones sociales complejas en torno a la participación en el campo de la salud, es decir, representaciones sociales compuestas por más de un elemento.

En cuanto a la mayoría de la muestra que ha construido representaciones sociales sobre el objeto “participación en el campo de la salud”, podemos decir que las mismas se refieren a: la búsqueda de información, prácticas de cuidado y uso del sistema de salud.

Es necesario aclarar que la diferencia de frecuencia entre las categorías es mínima, de manera que puede afirmarse que todas estas representaciones sociales sobre la participación en el campo de la salud coexisten en forma simultánea entre la población adolescente usuaria del sistema público de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

2.4. La participación en el campo de la salud entendida como Cuidado.

Las representaciones sociales de los y las usuarios/ as adolescentes que asocian la participación en el campo de la salud con el cuidado, nos llevan a preguntarnos por el lugar del cuidado en nuestra cultura. La preocupación por el cuidado es histórica en la sociedad humana, como plantea Cristina Chardon:

“La temática del cuidado se ubica en los bordes entre varios campos disciplinares y ha ido alcanzando progresivamente las dimensiones de una verdadera cultura del cuidado. Si bien durante mucho tiempo, la palabra

legítima sobre la salud y la enfermedad era la de la medicina, el tema del cuidado ha preocupado desde la antigüedad clásica. El cuidado de sí ha sido consagrado por Sócrates... la filosofía posterior retomó y en la medida en que ella misma se concibió como el arte de la existencia, la temática del cuidado ocupó el centro de sus reflexiones” (Chardon, 2008).

La misma autora sostiene que las primeras nociones de cuidado se aprenden con los padres y madres, en el contexto de la actividad cotidiana de la familia y posteriormente con los docentes en el contexto de la actividad escolar (Chardon y otros, 2005).

Los resultados de la investigación (UBACYT PS064)¹ muestran que las primeras nociones o representaciones sobre el cuidado de niños y niñas están asociadas a la presencia de un otro significativo que cuida y que la idea del propio cuidado aparece tardíamente. Cuando se les preguntó a los niños/as cómo se podía ayudar a los títeres a cuidarse, respondieron con una lista de prohibiciones que dan cuenta de que sus enunciados reproducen las prohibiciones de los adultos. Solamente aparecen frases en positivo construidas por ellos mismos cuando las situaciones planteadas se relacionan con sus experiencias, en estos casos, niños y niñas pueden pensar en formas e indicaciones para cuidarse. Otro hallazgo a resaltar es el hecho de que las representaciones sobre el cuidado se refieren al cuidado del cuerpo (Chardon y otros, 2007).

Frente a la presencia del cuidado como un objeto valioso en nuestra cultura y el aprendizaje a edades tempranas de las primeras nociones por medio de la participación en actividades cotidianas al interior de las familias con padres y madres, no resulta raro que los y las usuarios/as adolescentes asocien la participación al campo de la salud al cuidado.

A esto se suma que en el campo de la salud, la participación es fundamentalmente entendida como cuidado personal. Menéndez sostiene que en la actualidad se puede hablar de dos definiciones teórico- metodológicas de participación en salud: una en términos de “asociaciones voluntarias de personas para movilizar recursos propios y mejorar las condiciones de salud” y una segunda que se refiere a “población organizada que interviene en todas las etapas de los programas de salud”. La mayoría de los programas de salud se basan en sistemas verticalistas en los que la participación es rara, de hecho, el sistema promueve una participación individual que garantice el autocuidado. La participación en salud tiene lugar mayoritariamente a nivel de microgrupos espontáneos y microgrupos construidos, ya que los

mismos constituyen la estructura básica para el proceso de reproducción biosocial. La participación en salud a nivel de macrogrupos construidos es escasa y no es promovida por el sistema de salud, principalmente por el riesgo político que esta acarrea (Menéndez, 2002).

Veamos ahora puntualmente los resultados de nuestra investigación.

El grupo de entrevistados que entiende que participar en el campo de la salud consiste en prácticas de cuidado está compuesto por una mayoría de mujeres que tienen entre 15 y 19 años de edad y por un solo varón de 16 años.

Al interior de este grupo, solamente una mujer considera que la participación en el campo de la salud consiste exclusivamente en el autocuidado. Ella nos comentaba que:

“Participar es cómo cuidarse cada uno” (Mujer, 17 años).

El resto de las entrevistadas, entiende que la participación en el campo de la salud consiste en forma simultánea en prácticas de autocuidado y cuidado colectivo. Así, una adolescente de 19 años nos explicaba que ella creía que era necesario prestar más atención al cuidado individual de la salud, pero por otro lado, sostenía que por lo general las personas no cuidan su salud, haciendo referencia a la necesidad de que los otros también se cuiden:

“Que tenemos que cuidarnos un poco más la salud y prestarle atención porque nadie se cuida” (Mujer, 19 años).

Mientras que una adolescente de 15 años nos decía que para ella la participación en el campo de la salud consistía en forma simultánea en una práctica de autocuidado y de cuidado colectivo:

“Cuidarse uno mismo... Participar en salud, no sé, cuidarse todos los días. Tienen que hacerlo todos porque si uno hace una cosa y los demás no, no sirve de nada” (Mujer, 15 años).

El adolescente varón de 16 años nos explicaba que para él participar en el campo de la salud implicaba la conformación de un grupo de personas para con el objetivo de prevenir la enfermedad:

“Un grupo para cuidar a las personas de no enfermarse” (Varón, 16 años).

Podemos decir que bien los y las usuarios/as adolescentes portan representaciones de participación en el campo de la salud entendida como cuidado personal, lo cual podría llevarnos a pensar erróneamente que predomina una mirada individualista acotada al autocuidado, la mayoría reconoce dos niveles del cuidado y por ende de participación en el campo de la salud, un nivel asociado al cuidado personal y un segundo nivel de cuidado que implica la preocupación por los otros. Esta última acepción de la participación en el campo de la salud aparece en el discurso tanto en términos de prevención como es el caso del adolescente que entiende que participar en el campo de la salud significa armar un

¹ PS 064. Programación UBACYT 2003-2007. Representaciones de cuidado y salud en docentes, padres y niños de nivel inicial”. Facultad de Psicología . Universidad de Buenos Aires. Argentina. Directora: Dra. María Cristina Chardon. Investigadores Lic. Marcela Bottinelli, Lic. Marcela Ferreyra; Lic. Juan de la Cruz Mayol; Lic. Livia García Lavandall, Lic Mariana Funes Molineri.

grupo para que la gente no se enferme; como en términos de culpabilización de aquellos que no se cuidan, ya que se considera que la falta de cuidado individual termina repercutiendo en la salud colectiva.

Las representaciones sobre la participación en el campo de la salud de las y los adolescentes hacen referencia a otros en el discurso, es decir que entienden que la participación en el campo de la salud implica la alteridad.

La noción de alteridad ha sido trabajada por varios autores desde la teoría de las representaciones sociales, quienes sostienen que la alteridad implica:

“La noción de otro aparece cuando se encara esa región intersubjetiva o intermental, cuando los otros son reconocidos. Se tienen en cuenta ciertos indicios que nos permiten comprender a otro o acordamos de ellos/as” (Chardon y otros, 2007).

Las y los usuarias/ os adolescentes del sistema de salud de la CABA, pueden pensar en un otro a quien cuidar, es decir, pueden pensar en términos de alteridad, lo cual habilita prácticas de ciudadanía.

2.5. La participación en el campo de la salud entendida como Búsqueda de Información.

Cuando preguntamos a los/as usuarios/as adolescentes sobre el significado que tenía para ellos la participación en el campo de la salud nos respondieron empleando la información predominante en el campo de la salud.

Un grupo compuesto exclusivamente por mujeres, cuyas edades oscilan entre los 15 y los 19 años considera que participar en el campo de la salud consiste en la búsqueda de información asociada a aprendizajes y situaciones de comunicación. Veamos algunos ejemplos: *“Me parece que es para ver cómo nos podemos cuidar mejor y tratar de informarnos más” (Mujer, 15 años).* *“... informarse más debe ser” (Mujer, 16 años).*

Ninguna de las adolescentes aclara cuáles son los temas sobre los que buscan información, ni quién/es están en condiciones de proveer esa información ni momento ni lugar donde buscan la información. Estas representaciones sociales sobre la participación en el campo de la salud no hacen referencia a los contextos de producción ni de circulación de la información. Para este grupo la participación en el campo de la salud se reduce a la práctica de informarse.

Sin embargo, es importante destacar que las adolescentes se ven a sí mismas como sujetos activos en la búsqueda de información.

Dentro de este grupo, algunas adolescentes asocian la búsqueda de información con los aprendizajes. Una adolescente mujer de 19 años nos decía que para ella participar en el campo de la salud significaba aprender y al mismo tiempo buscar información, actividades ínti-

mamente relacionadas ya que en toda situación de aprendizaje circula información:

“Información, aprender, informarse sobre lo que está pasando últimamente” (Mujer, 19 años).

Esta última usuaria se diferencia de las anteriores porque recorta un objeto sobre el cual busca información, se informa sobre lo que sucede en la actualidad.

Otra adolescente de 16 años también menciona que los aprendizajes versan sobre un contenido particular, entiende que participar significa aprender a cuidarse:

“Tratar de saber en cómo nos podemos cuidar nosotros” (Mujer, 16 años).

Dentro de este grupo, algunas adolescentes consideran que la búsqueda de información y los aprendizajes son prácticas individuales mientras que otras piensan que se trata de prácticas colectivas y valoran positivamente la presencia y los conocimientos de otras /os. Estas prácticas colectivas involucran tanto a pares como adultos en situaciones de comunicación y aprendizaje. Las edades de las usuarias que hablan de prácticas colectivas van de los 15 a los 18 años.

Una de las adolescentes de 15 años que ya citamos arriba nos comentaba lo siguiente:

“Me parece que es para ver cómo nos podemos cuidar mejor y tratar de informarnos más.

E- ¿Vos sola o con otros?

S- Cuando son muchos es mejor, porque vos sabés algo que el otro no sabe como que lo hablás. Sí, es mejor que sean muchos.

E- ¿De cualquier edad?

S- Está bueno hablar con gente de tu edad y también con gente más grande. No sé si de alguna edad, mientras que tengan ganas de participar” (Mujer, 15 años).

Esta entrevistada resalta las ventajas de compartir conocimientos con otras/os porque considera que el espacio colectivo permite intercambiar información y valora el intercambio entre pares tanto como el intercambio intergeneracional.

Veamos otro ejemplo en que una adolescente cuenta que para ella participar en salud consiste en compartir sus conocimientos:

“... explicarle a personas cuestiones sobre la salud” (Mujer, 18 años).

Es un dato interesante que este grupo de adolescentes mujeres se ven a sí mismas como poseedoras de información y con capacidad de transmitirla a otros/ as. Esto indicaría que para ellas la información no es monopolio de los adultos en general ni del personal del sistema de salud en particular, y que ellas se reconocen como poseedoras de conocimientos y tienen legitimidad para enseñarlos a otras personas.

Incluso una adolescente cuestiona los saberes de los médicos al sostener que muchas veces dan opiniones distintas sobre un mismo tema, y relata que ella toma la iniciativa de consultar a varios profesionales cuando no queda conforme con las explicaciones recibidas:

“...siempre vale la opinión de varios médicos, porque por ahí uno te dice algo, ¿y qué sé yo? No terminás convencida, entonces agarrás y le vas a preguntar o otro médico, ¿qué sé yo?, no sé, y así es” (Mujer, 16 años).

La participación en el campo de la salud entendida como la práctica de compartir conocimientos por medio de la comunicación con los demás corresponde a una mayoría de mujeres y solamente un varón de 13 años comparte esta definición:

“Participación, que hablan de la salud” (Varón, 13 años).

2.6. La participación en el campo de la salud entendida como Uso del sistema de salud.

Dentro de esta categoría agrupamos a las respuestas de los y las usuarios /as adolescentes que concebían la participación en el campo de la salud como la práctica de hacer uso de los diferentes efectores del sistema de salud (hospitales y centros de salud) así como acudir al médico. Se trata de un grupo mixto de adolescentes cuyas edades van de los 12 a los 18 años.

Veamos un fragmento de la entrevista de una usuaria adolescente que entiende que participar en el campo de la salud significa ir al hospital:

“Participar en salud para mí es ir al hospital...” (Mujer, 15 años).

Mientras que otra adolescente de 18 años entendía que la participación en el campo de la salud tiene lugar en centros de salud:

“Por ahí podés participar voluntariamente en un centro de salud” (Mujer, 18 años).

Mientras que un adolescente varón de 12 años nos decía que para él la gente participa en el campo de la salud cuando va al médico:

“A la gente le gustaría ir a veces cuando está mal o cuando tiene problemas o esas cosas... ir al médico” (Varón, 12 años).

Por su lado algunos de los adolescentes varones de 13 a 18 años asocian la participación en el campo de la salud con la asistencia a talleres.

“Participación en salud, participación en salud. O sea, ¿en el ámbito de todo? No sé como decir, sí, creo que significa que la gente que si quiere puede participar de la salud en el sentido de los talleres...” (Varón, 18 años).

Mientras que un adolescente de solamente 13 años nos explicaba en qué consistió su participación en un taller sobre cuidado dental:

D- *“Participar es como un taller para ir a ver sobre la salud...”*

E- *¿Cómo participaste?*

D- *“Prestando atención y haciendo lo que se dijo” (Varón, 13 años).*

2.7. Ausencia de representaciones sociales sobre la participación en el campo de la salud.

Existe un pequeño grupo de usuarios /as adolescentes que todavía no ha desarrollado ninguna representación social sobre la participación en el campo de la salud, aún cuando el objeto es parte del campo de la salud local desde hace más de una década. Este grupo está conformado por dos mujeres, una de 12 y otra de 18 años y un varón de 13 años. De manera que parece no haber diferencias de género ni de edad en estos casos. Todos dicen que no saben en qué consiste la participación en el campo de la salud y no pueden definirla.

Frente a la pregunta de la entrevistadora, los adolescentes quedaron sorprendidos y se tomaron un tiempo para intentar responder, pero no lograron hacerlo. Como es el caso de esta adolescente:

“No te puedo decir nada, la verdad que no te la sé decir” (Mujer, 12 años).

En esta respuesta puede verse el esfuerzo por responder y sin embargo, la entrevistada no puede hacer mención de ninguna palabra, imagen ni idea.

En todos los entrevistados que no pueden responder aparece la perplejidad ante la pregunta sobre un objeto social que o bien no conocen o bien nunca se detuvieron a pensar sobre él. En estos casos puede inferirse que la participación en el campo de la salud es un objeto que no hace al desarrollo de sus vidas cotidianamente. Desde la teoría de las representaciones sociales sabemos que los grupos elaboran representaciones sobre aquellos objetos que revisten importancia en el devenir de su vida cotidiana.

2.8. Representaciones sociales de participación en el campo de la salud complejas.

Sólo dos entrevistadas pueden interrelacionar más de un elemento cuando definen de la participación en el campo de la salud y ya las citamos anteriormente pero vale la pena resaltar que constituyen una excepción.

Una de ellas asocia la participación con información y aprendizaje:

“Información, aprender, informarse sobre lo que está pasando últimamente” (Mujer, 19 años).

Mientras que la otra asocia la información al cuidado:

“Me parece que es para ver cómo nos podemos cuidar mejor y tratar de informarnos más” (Mujer, 15 años).

Si bien es un poco aventurado afirmar que se trata de representaciones sociales complejas, se trata de un primer paso en el que las adolescentes pueden aportar más de un elemento al significado de la participación en el campo de la salud.

3. CONCLUSIONES

El diseño de políticas públicas de salud destinadas a la población adolescente es un tema de debate actualmente. Si bien los debates parten desde la noción de salud planteada en la Conferencia de Alma Ata, la misma se ha enriquecido a partir de los aportes de la Convención de los Derechos del Niño y del Programa de

Acción para la salud de la juventud que se acordó en la Conferencia de El Cairo, en el cual se reconoce que la juventud constituye un segmento poblacional con características específicas y que por lo tanto es obligación de los estados diseñar y garantizar el acceso a servicios y programas de salud diferenciados y especializados para atender la salud adolescente.

Por su parte, la OPS propuso un Plan de Acción en 1997 cuyos ejes fundamentales son:

“ a) la atención de la salud de los adolescentes enfocada a través de los servicios, la consejería y la educación en salud; b) los pre-adolescentes y adolescentes promocionando futuros saludables y c) los adolescentes como agentes de cambio, de sus pares, familias, y comunidad mediante la participación juvenil y el empoderamiento. Este planteamiento es clave, pues se pasa a reconocer explícitamente que el fomento del desarrollo de los adolescentes es central en el abordaje de su salud” (Krauskopf, 2003.)

Vemos como desde los organismos internacionales de salud se piensan la adolescencia desde el paradigma de la ciudadanía, que plantea la participación de los y las adolescentes como sujetos con capacidades y derechos para intervenir de forma protagónica en la vida social y construir democrática y participativamente su calidad de vida. Esta nueva manera de concebir a los y las adolescentes conlleva un cambio en las relaciones intergeneracionales y la creación de espacios para la participación adolescente en las políticas y programas de salud. Supone abandonar las relaciones asimétricas entre adolescentes y adultos que han probado ser ineficaces en los tiempos que corren para iniciar una nueva etapa de colaboración intergeneracional que implica el diálogo y el respeto mutuo entre adolescentes y adultos (UNICEF, 2001).

Vale aclarar que esta perspectiva de la ciudadanía que supone la creación de espacios institucionales para la participación adolescente no es hegemónica en el campo de la salud, y que se encuentra en pugna con los paradigmas de la adolescencia como etapa problema y como periodo preparatorio. Ambos paradigmas plantean a los y las usuarias/os adolescentes como carentes de derechos, razón por la cual se justifica la asimetría entre adolescentes y adultos y por ende la tutela.

Creemos que si el objetivo es diseñar políticas en salud que fomenten la participación adolescente, el primer paso es conocer las nociones que las y los adolescentes tienen sobre participación. El hecho de que la mayoría de los y las usuarios /as adolescentes haya construido representaciones sociales sobre la participación en el campo de la salud es un indicador de que la participación es un objeto social que gradualmente adquiere relevancia en el campo de la salud y que los y las adolescentes han tenido acceso a información sobre la misma.

Si bien estamos lejos de que las representaciones sociales sobre la participación en el campo de la salud en la adolescencia reflejen a procesos de cambio y toma de decisiones, los sentidos que los y las adolescentes otorgan a la participación: búsqueda de información, uso del sistema de salud y cuidado, dan cuenta de que la participación para ellos y ellas no se reduce al autocuidado reforzando prácticas individualistas sino que habilitan al aprendizaje y al cuidado colectivos, es decir, introducen la alteridad y por ende abren la puerta a futuras prácticas ciudadanas en salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Abric, J.C. (1994). *La organización interna de las representaciones sociales: sistema central y sistema periférico* en Structures et Transformations des Représentations sociales. Delachaux et Niestlé. Neuchâtel.
- Chardon, M.C.; de la Cruz Mayol, J.; Funes Molineri, M.; Bottinelli, M.; Ferreyra, M.; García Lavandal, L. (2005). *Prácticas de cuidado en la teoría socio-histórica: estilos de participación*. Anuario de Investigaciones Volumen XIII. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.
- Chardon, M.C.; Bottinelli, M.M.; Grippo, L.; de la Cruz Mayol, J.; Ferreyra, M. (2007). *El cuidado como construcción social: los actores y las prácticas*. II Jornadas Nacionales de Representaciones Sociales "Representaciones sociales, minorías activas y memoria social". UBA, UNQ.
- Chardon, M.C. (2008). Representaciones y construcción del conocimiento social. La construcción de la alteridad y el cuidado, en educación formal y no formal. 9na. Conferencia Internacional de Representaciones Sociales. Bali, Indonesia.
- Güida, C.; Perea y otros. (1999). *Participación Comunitaria en el 1er Nivel de Atención en Salud*. Universidad de la República. Intendencia Montevideo.
- Jodelet, D. (1991). Representaciones sociales: un área en expansión en Páez, D; *Sida: imagen y prevención*. Editorial Fundamentos. Madrid.
- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría en Moscovici, S.; *Psicología Social*, tomo II. Paidós. Barcelona.
- Krauskopf, D. (2003). Participación social y desarrollo en la adolescencia. san José, C.R.: Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Kornblit, A.; Mendes Diz, A. (2005). *Documento de Trabajo n° 45. Salud y enfermedad desde la perspectiva de los jóvenes. Un estudio de jóvenes escolarizados de la Ciudad de Buenos Aires*. Instituto de Investigaciones Gino Germani, UBA, Argentina.
- Córdova, V. (1990). *Historias de vida. Una metodología alternativa para las Ciencias Sociales*. Fondo Ed. Topykos. FACES/U.C.V. Caracas, Venezuela.
- Duschatzky, S.; Corea, C. (2005). *Chicos en banda. Los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones*. Paidós. Buenos Aires. Argentina.
- Glasser; Strauss (1967). *El descubrimiento de la teoría emergente*. Ed. Aldine. Nueva York, Estados Unidos.
- Menéndez, E. (2002). *Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social*. Cuadernos Médicos Sociales, 73: 5-22, Seminario de Tesis. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.
- Moscovici, S. (1963). *Attitudes and opinions*. Annual Review of Psychology.
- Nirenberg, O. (2003). *El rol del estado para la participación social en la evaluación: el caso del sector salud*. CLAD. Buenos Aires. Argentina.
- UNICEF (2001). Adolescencia en América Latina y el Caribe: orientaciones para la formulación de políticas. Bogotá. Colombia.
- Zaldúa, G; Bottinelli, M. M; Pawlowicz, M. P; Nabergoi, M; Gambetta, M; Ceraso, M. E; Koloditsky, D; Grippo, Leticia. (2006). *Situaciones y oportunidades en un espacio de salud para adolescentes*. Memorias de las XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de investigadores en Psicología del Mercosur.

Fecha de recepción: 13 de marzo de 2009

Fecha de aceptación: 22 de septiembre de 2009