

Experiencia sobre participación de los adolescentes en un centro de salud del primer nivel

Autor principal: Picón, María Gabriela¹

Colaboradores: Trejo, Selva Elizabeth²; Nieva, Natalia Jorgelina³

Introducción

El Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA) pretende abordar la salud de los adolescentes como un derecho humano y social, enmarcado legalmente desde la Convención de los Derechos del Niño (CDN); la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW); la Ley N° 26.061 de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes; la Ley N° 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable y la Ley N° 26.529 de Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado. (MSAL, 2013; Zingman, 2014)

El Programa plantea como marco el enfoque integral, trabajo interdisciplinario e intersectorial, red de servicios con sistema jerarquizado, y participación social necesaria para atender adecuadamente. (Zingman, 2014)

Teniendo de base la propuesta de este programa nacional, se desarrolló e implementó en la Unidad Primaria de la Atención (UPA)⁴ el Proyecto sobre **“Salud Integral de adolescentes que asisten a la UPA N° 6 SMATA, durante 2013-2014”**.

Este proyecto apuntaba a crear espacios y circuitos, intra y extramuros, donde los adolescentes de la población a cargo encontrarán una atención integral interdisciplinaria y al mismo tiempo, desarrollar en el equipo de salud competencias oportunas para brindar esa atención.

¹ Médico; Especialista en Salud Social y Comunitaria; Especialista en Desarrollo Humano; Jefe de Trabajos Prácticos del Área de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNSE; Médico de la UPA n° 6 SMATA; mgpicon@hotmail.com.

² Licenciada en Enfermería; Especialista en Salud Social y Comunitaria; Jefe de Trabajos Prácticos de la Cátedra de Enfermería Comunitaria de la Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y de la Salud de la UNSE; Enfermera de la UPA n° 6 SMATA; selelitrejo_99@yahoo.com.ar.

³ Médico; Especialista en Salud Social y Comunitaria; Jefe de Trabajos Prácticos del Área de Rotación Periurbana de Facultad de Medicina de la UNT; Médico de la UPA n° 6 SMATA; natynieva@hotmail.com.

⁴ Institución sanitaria del primer nivel de atención dependiente de la Dirección de Atención Primaria de la Salud del Ministerio de Salud de Santiago del Estero, de gestión pública. La misma se encuentra ubicada en la zona sudoeste de la ciudad Capital de Santiago del Estero, con domicilio en María Auxiliadora y Posadas B° SMATA.

El proyecto desarrollado en la UPA N° 6 SMATA ha presentado logros y fortalezas para la atención integral de este grupo etéreo, sin embargo se identificaron debilidades principalmente en las acciones pensadas para la participación de los adolescentes.

En este trabajo se plantea un análisis crítico en relación a la participación de los destinatarios considerando que el nudo crítico fue el déficit de exploración de los factores que influyen en la participación esporádica de los mismos en relación al autocuidado de su salud.

Desarrollo

Según los lineamientos del PNSIA, la participación social se considera como una herramienta indispensable para que el vínculo entre el sistema de salud y el/la adolescente funcione (MSAL, 2013). El proyecto implementado en la UPA N°6 SMATA no logró generar espacios de participación pensados desde las personas que forman parte al grupo etéreo mencionado.

Sin embargo, desde el desarrollo de la propuesta pensada en brindar una atención integral e interdisciplinaria a los adolescentes, se identificaron las siguientes fortalezas y logros:

- Todos los integrantes del equipo de salud se contactan habitualmente con los mismos, principalmente por demanda al servicio de salud (control de salud para Asignación Universal por Hijos o para presentación en la escuela, por problemas de salud, solicitar métodos anticonceptivos, entre otros) y porque se encuentran en las áreas de cobertura específica de cada miembro del equipo.

- La UPA N° 6 SMATA tiene un equipo de profesionales que desarrollan actividades docentes en distintas áreas de la educación (residencias, nivel terciario y/o universitario).

- Un 33% (15) de los integrantes del equipo de salud participaron en la capacitación en servicio sobre la atención integral de los adolescentes.

- Un consultorio ambientado, con recursos humanos y materiales necesarios, para atenderlos desde una mirada integral.

- La organización de consultorio de atención diferenciada, con horarios y tiempos disponibles.

- La normatización de la atención de los adolescentes según evidencia científica y flujograma administrativo ante la demanda de los mismos.

- Se reconoce por parte del equipo de salud la importancia de crear un vínculo de confianza con el adolescente.

- La institucionalización de la Historia clínica del adolescente, que permite evaluar una diversidad de indicadores sociosanitarios considerados prioritarios para la atención integral de los mismos.

- Un sistema de registro Excel en desarrollo, facilitó las auditorías de registro y permitió cuantificar las características de la población de adolescentes que demandó atención.

- La mayoría de los integrantes del equipo de salud entienden que los adolescentes son sujetos de derechos, que deben ser atendidos ante la demanda, más allá de la presencia de padre/tutor.

Dentro de los déficits del proyecto se observaron:

- Falta de espacios de participación pensados con los adolescentes.

- Déficit en el sostenimiento a largo plazo de actividades acordadas por parte del equipo de salud, por desarrollo de múltiples actividades y programas a cargo que llevan a sobrecarga laboral del equipo de salud.

- La actualización del sistema Excel fue realizada hasta el 2014, teniendo la historia clínica específica sólo el 19,6% (293) de los adolescentes del área de cobertura.

- Las capacitaciones en servicio se discontinuaron por lo tanto no se pudo evaluar situaciones que surgían de la práctica diaria (en terreno como en servicio) que contribuían al aprendizaje del equipo.

Si bien se considera que pudo avanzarse en gran parte el proyecto propuesto, al analizarlo se observa que las acciones pensadas para la participación de los adolescentes fueron las menos logradas. Motivo por el cual el nudo crítico del proyecto sería el déficit de exploración de los factores que influyen en la participación esporádica de los adolescentes en relación al autocuidado de su salud.

Entendiendo al cuidado como el resultado de una construcción propia de cada situación que se origina con la identificación de los problemas de salud y las necesidades reales o potenciales de los adolescentes que demandan cuidado. Esta construcción es el resultado de la relación entre quienes ofrecen el cuidado y quienes lo demandan (Rojas Tejeda & Zubizarreta Estéve, 2007). De esta relación se debería pensar en generar conductas gestionadas por las personas "hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar"; es decir, lograr el autocuidado. (Navarro Peña & Castro Salas, 2010)

Una mirada crítica

Probablemente dentro de las debilidades del proyecto se considera que en el enfoque del mismo la comunidad de adolescentes fue entendida, siguiendo a Pallí (2003, citado por Montero, 2004), como “deficiente”, desde el “modelo médico”, es decir “incapaz y minusválida, como débil o enferma”. Sólo se visibilizaron sus carencias, no se identificaron fortalezas, por cuanto llevo a “generar relaciones paternalistas, clientelistas”. (Montero, 2004, p.102)

A partir de ese modelo es que se diseñaron, desde el equipo de salud, actividades de participación en un nivel de información para los adolescentes, dejando reducida la participación a talleres destinados a los alumnos de las escuelas del área de cobertura; en una acción enmarcada en “para la comunidad” y no “con la comunidad” y mucho menos “desde la comunidad”; solamente destinada a un grupo supuesto homogéneo, pasivo y obediente. (Montero, 2004, p. 95-97) Además, como plantea Briceño León (1996, p. 8) genera “resistencia en las personas a este tipo de programas autoritario y vertical”.

El equipo de salud reprodujo estructuras verticalistas, por cuanto su mirada quedó sesgada al “modelo hegemónico” de abordaje de la participación, promoviendo relaciones “clientelistas”, “asistencialistas”, “bajo marcos normativos restrictivos”; solamente desde un nivel de disponibilidad de información (Montero, 2004, p. 102). Reproducción que denota una importante brecha con la concepción de participación de Cavadonga Hernández Díaz y Colomer Revuelta (2001, p. 90), que la entiende como un “proceso social en que grupos específicos, que presentan necesidades compartidas y que viven en un área geográfica definida, identifican activamente sus necesidades, toman decisiones y establecen mecanismos para conseguir satisfacerla”.

¿A dónde están los adolescentes como “sujetos de derechos”? ¿A dónde ha quedado la concepción de la autonomía progresiva⁵? ¿Por qué esa autonomía progresiva se reconoce en la consulta pero no al momento de pensar en la participación de los adolescentes?

Otro punto a tener en cuenta, se reconoce a los adolescentes como un grupo etéreo que transita por una etapa de la vida que se caracteriza por ampliar sus contactos con el mundo externo y el espacio geográfico en el que se mueve, con necesidades de independencia que los lleva a relacionarse con sus pares, su grupo, pasando a ser primordiales en la vida de los adolescentes. (Vargas, ?) El equipo de salud perdió de vista estas potencialidades que tienen los mismos para poder lograr la autogestión en relación a sus propias necesidades.

⁵ Autonomía progresiva: se refiere a la posibilidad de ejercer los derechos en la medida que se ejercen (aunque parezca tautológico). El simple hecho de ejercer un derecho demuestra que se tiene la madurez suficiente para poder hacerlo. (Zingman, 2014)

Además, el pensar la participación como una “iniciativa externa”, desde el equipo de salud, no les ha permitido reconocer que las comunidades, según menciona Montero (2004), tienen:

Su propio tiempo, su ritmo, su lenguaje, sus flujos y reflujos de acción y de pasividad; que las cosas no sucedan cuando los agentes externos las planifican, sino cuando la comunidad considera y siente que debe, quiere y puede hacerlas. (p. 102)

La situación se generó porque el equipo de salud no exploró sobre los factores que intervienen en la participación de los adolescentes. De este grupo social específico se desconoce o se conoce poco sobre cuáles son sus experiencias previas con sus pares; cómo se interrelacionan ya sea mediante procesos de cohesión o de conflictos; cuáles son los procesos de comunicación que utilizan; cuáles son las necesidades percibidas tanto como grupo como individuos; qué decisiones y mecanismos utilizan para satisfacer esas necesidades; cuales fueron los resultados de esas decisiones y mecanismos que podrían haber utilizado previamente; entre otros.

En el equipo de salud, los logros del proyecto mencionado se han transformado en fortalezas para dar continuidad al mismo y atender al adolescente desde una mirada integral. Entre ellos, y a partir de las auditorías realizadas a las historias clínicas, se han podido identificar: tipos de familias, niveles de escolaridad de las familias, entorno familiar y social con el que cuenta, factores de riesgos de los adolescentes.

La mayoría de los adolescentes presenta historia clínica en la UPA, con más de 2 controles de salud, por lo que se podría inferir que ya reconocen a la UPA como servicio para sus demandas. Además, se trata de un grupo etéreo con tendencia a agruparse con sus pares, “es en este período donde se experimentan cambios constantes y nuevas vivencias que pueden marcar a una persona de por vida” (Fajardo Villarroel, 2011, p. 2), van generando autonomía.

Considerando que el autocuidado es una acción de las personas maduras y en proceso de maduración que han desarrollado las capacidades para cuidar de sí mismas; lo que incluye el cuidado “para uno mismo” y “realizado por uno mismo” (Briceño León, 1996, p. 8-9) transformándose en “agentes de autocuidado” que plantea Orem (1993).

En la adolescencia, según Ricart, Bonetti, Artagaveytia y col. (2006) el individuo comienza a asumir su independencia y autonomía frente al medio social. Constituye su principal experiencia con la dimensión colectiva de la vida y, por eso, los adolescentes necesitan ser reconocidos como un recurso vital para sus familias, para su comunidad y para la sociedad en general. De esta manera transitan por etapas de desarrollo de autonomía, absorben con mayor flexibilidad que otros grupos etéreos las transformaciones culturales.

Los adolescentes constituyen “una fuerza social en proceso de estructuración, con una visión y concepto de vida específicos, con sus propias potencialidades, capacidades y expresiones, como la energía, la facilidad para nuevos aprendizajes, el entusiasmo, la creatividad, sus correspondientes demandas y propuestas” (Ricart, Bonetti, Artagaveytia, & col, 2006, p. 71); por lo tanto sería oportuno trabajar con ellos para poder aprovechar estas potencialidades vinculándolas con la salud.

Para poder abordar esta situación se concuerda con Gilbert (1985), quien refiere que se necesita poner mayor énfasis en “conocer al ser humano” y “contar con el ser humano”. Conocer al ser humano implica comprender sus creencias, sus hábitos y roles, sus circunstancias o las condiciones materiales reales sobre las cuales se despliega la acción o no-acción de los individuos. Contar con el ser humano porque “nadie puede cuidar la salud de otro, si éste no quiere hacerlo por sí mismo”. (Briceño León, 1996, p. 8-9)

Propuesta para avanzar

Para abordar la situación planteada, es necesario continuar con el Proyecto “Salud Integral de adolescentes de los que asisten a la UPA N° 6 SMATA” centralizándose en la capacitación en servicio del recurso humano de la institución en lograr competencias relacionadas al abordaje comunitario, principalmente en la participación de los adolescentes. Esa capacitación en servicio facilitaría la reflexión crítica que debe acompañar siempre la formación y la praxis comunitaria.

Es preciso que se establezca, como plantea Montero (2004), con los mismos adolescentes “una peculiar relación de colaboración, cooperación e intercambio de saberes”; donde los adolescentes sean reconocidos como “actores sociales situados en la demanda del problema o deseo a cumplir”, como agentes internos del proceso con sus conocimientos históricamente producidos, con sus saberes acerca de la comunidad, problemas y cultura; como “constructores de su propia realidad”. Siendo los integrantes del equipo de salud agentes externos al proceso pero que cuentan con conocimientos científicos y que tendrían que interrelacionarse con los adolescentes de manera dialéctica de transformaciones mutuas. (Montero, 2004, p. 108-122)

Esto conlleva a que el equipo de salud tenga que construir un nuevo paradigma sobre la participación comunitaria; teniendo presente de que se trata de algo complejo que requiere intentar construir “nuevas figuras del pensar” y del intervenir científicamente como plantea Najmanovich (2005, citado por Ussher, 2006).

La construcción de ese paradigma implica pensar a la participación comunitaria como una relación simétrica sujeto-sujeto en la toma de decisiones, intervención y transformación de la realidad. Constituyendo un proceso estratégico político, que interviene y activa relaciones de poder; pensado este poder como la posibilidad o capacidad de hacer. Integrando a los adolescentes en procesos de decisión respetando la diversidad y reivindicando la escala local, desde formas directas y democráticas que fortalezcan el desarrollo del ciudadano. (Montero, 2004)

Además, desde este enfoque, se propone generar espacios donde los adolescentes puedan expresar sus demandas o deseos a cumplir en relación a su salud, definan prioridades, identifiquen sus recursos y los de su comunidad, y propongan estrategias de intervención.

Una de las acciones sería realizar una convocatoria de los adolescentes a participar en dichos espacios. Como estrategia se aprovecharía la tecnología que utilizan los mismos, vía mensaje de texto a sus celulares o correo electrónico, datos que se encuentran en la historia

clínica de los asistidos en la UPA. Coincidiendo con Zurro y col. (2014) que las tecnologías de la información y comunicación son “un pilar fundamental para mejorar la accesibilidad de los pacientes y la interacción con sus profesionales de referencia”. (Zurro & Jodar Solá, 2011, p. 7)

Esta convocatoria tendría como objetivo consensuar un punto de encuentro que permita iniciar el “proceso de familiarización”, sobre todo por tratarse de una iniciativa que no surge de la comunidad de adolescentes. Este proceso en sus inicios requiere “una presentación, conocerse, un reconocimiento del lugar (cualquiera que sea), aprender sus características” como así también, que los jóvenes se familiaricen y conozcan a los integrantes del equipo de salud, tratándose de una relación que se está iniciando, de ida-vuelta entre todos los actores, una relación “frente a frente”. (Montero, 2004, p. 123-137)

La interacción exigiría que se reconozca la existencia de diversos saberes, estableciendo relaciones de respeto, creándose una “relación dialógica en la cual las diversas voces, con su variedad de acentos, tengan la misma oportunidad de hacerse oír, de intervenir, de ser oídas y de recibir respuesta”, es decir iniciar una interacción que permita con el tiempo que todos aprendan de todos, enseñando mutuamente. (Montero, 2004, p. 123-137)

Para que la interacción sea constructiva se tiene que favorecer en estos espacios los “procesos de problematización” de las demandas o deseos a cumplir de los adolescentes. Entendiendo por problematizar según Freire (1970) como el proceso de analizar críticamente el ser en el mundo "en el que y con el que" se está y responder "al ser de la conciencia que es su intencionalidad". Esto requiere de una profunda revisión, discusión, análisis y reflexión de la situación en particular como de los mecanismos de poder que han permitido que se dé así; es decir, buscar la “movilización transformadora” del contenido de la conciencia, revelando los mecanismos de poder que han fijado ese modo de ser, de hacer o de comprender”. (Montero, 2004, p. 125-126)

Por lo tanto, se tendrán que pensar distintos dispositivos y técnicas para facilitar la familiarización y la problematización, teniendo en cuenta algunas premisas en lo que se acuerde con los adolescentes. Por ejemplo, asumiendo la realidad de cada grupo es pertinente realizar acciones graduales; al pensar en una cultura participativa y de desarrollo de procesos, parece fundamental hacer sistemáticas las interacciones para potenciar el vínculo, la confianza, el compromiso y el sentido de pertenencia; la variabilidad de actividades evita la monotonía, el desgaste, el aburrimiento y favorecen la participación; la estipulación del tiempo debe ser muy flexible y supone tener en cuenta la experiencia previa, la adaptación a los sucesivos estímulos y, por tanto, conocer el tipo de grupo con el que se está trabajando; y principalmente promover el

diálogo, el intercambio, el avance en la discusión y la inclusión de la palabra de todos. (Ricart, Bonetti, Artagaveytia, & col, 2006)

Estos espacios de participación pensados desde los adolescentes tienen que ser los suficientemente permeables y contenedores para favorecer la autoestima y compromiso de los mismos. Asimismo, es necesario compromiso por parte del equipo de salud para sostener un trabajo continuo, regular y estable; fundamental para estimular cambios de comportamientos relacionados al cuidado y autocuidado de este grupo etéreo.

Conclusión

La necesidad de conocer los factores que influyen en la participación de los adolescentes en relación al autocuidado de la salud, considerada como esporádica por el equipo de salud de la UPA N° 6 SMATA, exige pensar en hacer viable la exploración de los mismos. Por cuanto se debe reconocer que los adolescentes tienen capacidades y potencialidades propias, por el ciclo de vida que transitan, que favorecen la participación.

La participación comunitaria definida como un proceso organizado, colectivo, libre, incluyente, en el cual hay una variedad de actores, de actividades y de grados de compromiso, que está orientado por valores y objetivos compartidos, en cuya consecución se producen transformaciones comunitarias e individuales.

Se propone trabajar con los adolescentes mediante dispositivos y estrategias que faciliten la familiarización y problematización de sus propias demandas y deseos a cumplir; desde una perspectiva constructivista. Además, incluir a todos los actores que participan de los procesos, tanto internos es decir los propios adolescentes, como externos los integrantes del equipo de salud, que son capaces de construir conjuntamente una nueva realidad.

Bibliografía

- Briceño León, R. (1996). *Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria*. *Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro*, 12(1):7-30. Recuperado el 12 de Junio de 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v12n1/1594c.pdf>
- Cavadonga Hernández Díaz, J., & Colomer Revuelta, C. (2001). *Participación Comunitaria. Promoción de la Salud y cambio Social*. Barcelona, España: Masson, S.A.
- Fajardo Villarroel, A. (2011). *Estrategia de intervención para el cuidado de los/las adolescentes en salud sexual y reproductiva*. Policlínico "Dr. Carlos J. Finlay". Marianao, 2009. *Enfermería Global. Rev. Electrónica trimestral de Enfermería*. Recuperado el 30 de Mayo de 2016, de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n21/docencia2.pdf>
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- MSAL, M. d. (2013). *Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia*. Obtenido de Argentina: <http://www.msal.gov.ar/index.php/programas-y-planes/52-programa-nacional-de-salud-integral-en-la-adolescencia#sthash.Lr32VMv5.dpuf>
- Navarro Peña, Y., & Castro Salas, M. (2010). *Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería*. *Enfermería global*,19. Recuperado el 12 de Junio de 2016, de http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:x4_y3yVg2ucJ:scielo.isciii.es/scielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS1695-61412010000200004+&cd=10&hl=es-419&ct=clnk&gl=ar
- Orem, D. (1993). *Modelo de Orem. Concepto de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson-Salvat.
- Ricart, Q., Bonetti, J., Artagaveytia, L., & col. (2006). *Adolescencia y participación Palabras y juegos Proyecto: "Herramientas para la participación adolescente"*. Uruguay: UNICEF.
- Rojas Tejada, j., & Zubizarreta Estéve, M. (2007). *Reflexiones del estilo de vida y vigencia del autocuidado en la atención primaria de salud*. *Revista Cubana de Enfermería*, 23,1. Recuperado el 12 de Junio de 2016, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000100007&lng=es&tlng=es
- Ussher, M. (2006). *El Objeto de la Psicología Comunitaria desde el paradigma constructivista*. *Colegio de Psicólogos de Buenos Aires. Psicología para América Latina. Revista Electrónica Internacional de la Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología*. Número 5. Recuperado el 22 de Mayo de 2016, de <http://www.psicolatina.org/Cinco/index.html>

Vargas, I. (?). *Familia y Ciclo Vital Familiar*. Recuperado el 02 de Junio de 2016, de <http://www.actiweb.es/yaxchel/archivo1.pdf>

Zingman, F. (2014). *Curso para la atención integral de Adolescentes en el marco del Seguro Provincial de Salud. Módulo 1: Principios para la Atención Integral de adolescentes (Parte 1)* . Recuperado el 05 de Mayo de 2016, de PLAN NACER: http://www.capacitacionsumar.msal.gov.ar/pluginfile.php/4769/mod_resource/content/9/Adolescentes1-M%C3%B3dulo1-Part1.pdf

Zurro, M., & Jodar Solá, G. (2011). *Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria*. España: Elsevier España, S.L.