

Tobeña, Verónica

Representaciones sociales sobre el adolescente entre un grupo de profesionales dedicados a la salud:
¿una cuestión de abordaje disciplinar?

Revista Argentina de Sociología, vol. 3, núm. 5, noviembre-diciembre, 2005, pp. 107-132
Consejo de Profesionales en Sociología
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26930506>

Representaciones sociales sobre el adolescente entre un grupo de profesionales dedicados a la salud: ¿una cuestión de abordaje disciplinar?

Verónica Tobeña
Universidad de Buenos Aires
Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO)

Abstract

El presente trabajo explora el campo de las representaciones sociales sobre el adolescente desde la perspectiva de profesionales médicos y de disciplinas sociales dedicados a la salud, indagando especialmente en las formas en que las diferentes disciplinas moldean estas representaciones. El imaginario acerca de la población adolescente que tiene cada miembro del equipo de salud que se analizó en esta investigación, condiciona fuertemente su intervención profesional variando de un especialista a otro el tipo de mediación que a través de su trabajo pone en marcha. Actitudes paternalistas y sumamente prescriptivas se conjugan con abordajes menos convencionales de la atención sanitaria, como los que contemplan los factores psicológicos que entran en juego en toda manifestación sintomática o considerando variables relacionadas con el contexto social del paciente.

Palabras clave: Representaciones sociales, adolescente, interdisciplina, atención sanitaria.

The present article explores social representations regarding teenagers from the perspective of medical doctors and social scientists, especially searching on the ways that those different disciplines shape these representations. The representations held by the health team members about the teenage determinate their professional intervention which varies from one health agent to another through the specific work they fulfill. Paternalist and highly prescriptive attitudes fit together with less conventional approaches to the sanitary attention, such as those that contemplate psychological factors that take part in every pathological process or considering the elements connected with the social context of the patient.

Key words: Social representations, teenagers, interdiscipline, health care.

Introducción

El presente trabajo explora el campo de las representaciones sociales acerca del adolescente que construyen los miembros de un equipo sanitario integrado por profesionales de distintas disciplinas. Conocer los distintos imaginarios sobre los pacientes que circulan dentro de un programa interdisciplinario de atención sanitaria del adolescente resulta útil porque, al acceder a estas representaciones, se vuelven asequibles las herramientas conceptuales que sirven de guía a estos especialistas para su intervención profesional. El modo en que los centros efectores de salud interactúan con sus pacientes depende en gran medida del modo en que definen a esos adolescentes. La elección de profesionales pertenecientes a un mismo centro de salud y provenientes de diferentes ramas de las ciencias sociales y médicas como sujetos de la investigación obedeció, entonces, a la sospecha de que, a pesar de compartir la misma institución, centro de salud y la misma 'cultura' organizacional, a la hora de proferir discursos hacia y sobre los adolescentes, y de adoptar actitudes frente a este grupo, se obtienen de estos especialistas diferentes resultados que dan cuenta de condiciones de producción desiguales.

El presente artículo surge de una investigación de carácter cualitativo –exploratorio y descriptivo–, llevada adelante entre agosto y diciembre del año 2003 en un servicio de adolescencia de un hospital metropolitano de signo universitario. Este servicio es de carácter interdisciplinario y nuclea a profesionales con formaciones de todo tipo. Mediante un estudio intensivo de una muestra representativa de profesionales (23 casos), este artículo apunta a:

- a) describir las representaciones sociales que cada uno de los profesionales construyen de sus pacientes: los adolescentes;
- b) dar cuenta de las condiciones de producción de dichas representaciones y determinar si existe un patrón entre los especialistas de disciplinas afines;
- c) explorar el carácter del vínculo que se establece en la relación profesional-paciente atendiendo a la cuestión del poder. Se dispuso para ello de la información obtenida a partir de la aplicación de entrevistas semiestructuradas a cada uno de los especialistas que integraron la muestra y de la observación participante de los ateneos que efectúa cada una de las áreas del Programa¹.

1. El equipo se divide en cinco áreas o servicios: ginecología, obstetricia, clínica, salud mental y trabajo social.

Justificación del estudio

Atendiendo al reconocimiento que recientemente se ha hecho a los adolescentes como sujetos de derecho a partir de su inclusión y consideración por la legislación vigente en esta materia², este estudio es de suma relevancia para conocer la atención sanitaria que este grupo recibe. La inflexión que supone abandonar la concepción del adolescente como sujeto de tutela le confiere a este grupo nuevas responsabilidades y derechos, al mismo tiempo que lo hace con quienes intervienen en el cuidado de su salud. Los profesionales de la salud deben ser entendidos como funcionarios de dichas leyes y como tales recae en ellos la traducción efectiva de los derechos que en materia de salud se reconocen a los adolescentes. De ellos depende que los postulados incluidos en la legislación que regula los distintos aspectos que involucra a los servicios sanitarios dedicados a la atención del adolescente traspasen el plano del reconocimiento simbólico que tradicionalmente se otorga a este grupo etario y se materialice de esta manera en un reconocimiento real y tangible.

Por otro lado, es importante consignar que los coordinadores de las distintas áreas en las que se divide este servicio de salud son figuras que han alcanzado un significativo renombre en lo que refiere a la atención del adolescente en sus respectivas especialidades y por esta razón se han constituido en referentes y en informantes clave de los funcionarios públicos que trabajan en las propuestas legislativas que tienen por principales beneficiarios a los adolescentes. Es por esto que también se vuelve importante conocer con qué imágenes identifican a este grupo etario.

Además, el signo universitario del hospital en el que se emplaza este equipo sanitario lo convierte en una de las instituciones de salud más importantes en lo que respecta a la docencia y la formación de médicos y de otros profesionales del campo de la salud, permitiendo a los miembros de este Programa diseminar y trasmisir sus propias imágenes del adolescente y potencialmente

2. Me refiero a la Ley Nacional 25.673, la Ley 418 de la Ciudad de Buenos Aires y su modificación (Ley 439), la Ley 114 de Protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires y la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires y su posterior reglamentación al artículo cuatro. En síntesis, los aspectos que esta legislación reglamenta respecto a la atención sanitaria de la población adolescente tienen que ver con la promoción de la salud integral de los adolescentes, con especial énfasis en la salud sexual, con garantizar el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable. Por otro lado, dicha legislación resta legitimidad a la categorización de esta población como "menores" al conceptualizarlos como sujetos capaces de tomar decisiones razonadas, deliberadas y acordes a sus valores y sistema de creencias (esto último se expresa en la reglamentación de la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires con mayor contundencia).

reproducir y replicar un modo particular de entender a esta población en futuros agentes de salud.

El concepto de representación social

El concepto de representación social que sirvió de marco teórico para la realización de este trabajo es el forjado por Denise Jodelet. Para Jodelet (1991; 1986) las representaciones sociales son mediaciones que nos permiten interpretar la realidad diaria y actuar en el mundo.

La adolescencia como categoría sociológica

Este Programa de Salud define a su población objetivo por su ubicación en el rango etario comprendido entre los 10 y 20 años. Al criterio demográfico se suma lo que Brito Lemus llama el *fenómeno sociológico* (en este caso, de la adolescencia), de lo contrario no podríamos “mirar de manera ponderada la división por categorías de edad” (Brito Lemus, 1996:27). El fenómeno sociológico es para este autor lo que tiene que ver con la condición social y del cual se pueden rescatar elementos similares o invariantes a lo largo de las clases sociales, las diferentes regiones, los distintos tiempos sociohistóricos y tanto en el género masculino como en el femenino. Esto implica privilegiar la mirada al interior de la división de la sociedad por categorías de edad, ubicando en un lugar secundario aquellos resultados que puedan surgir de una mirada interesada en la división social de clases o cualquier otro tipo de distinción. El conjunto de rasgos surgidos de la consideración de un fenómeno sociológico basado en la división social por categorías de edad, delinean el contorno dentro del cual se ubica a dicho fenómeno.

El fenómeno sociológico de la adolescencia se define desde los profesionales por todas las condiciones propias de esta franja etaria que merecen una atención sanitaria específica en virtud de dichas condiciones. El corte etario no define al grupo por sí mismo, sino que el corte se justifica y adquiere sentido por todo lo que es esperable socialmente de los individuos que trascurren ese tiempo biológico en una sociedad específica y un tiempo determinado y que a su vez se define relationalmente en función de otros grupos etarios. Todos esos atributos dan forma al fenómeno sociológico *adolescencia*.

El discurso sobre los adolescentes

Del análisis de las entrevistas realizadas a los profesionales que integran la muestra surgen cuatro perfiles profesionales distintos, atendiendo a las diferencias que presentan en la caracterización del fenómeno sociológico adolescencia/adolescente.

El perfil más destacado por el número elevado de profesionales que agrupa es el que he denominado *liberal*. Diez de veintitrés profesionales comparten la conceptualización de la adolescencia como una etapa de transición de la niñez a la adultez con una especificidad propia y una entidad reconocible en la vida del individuo. Las características atribuidas a esta etapa ameritan una atención interdisciplinaria. El abordaje interdisciplinario se justifica para ellos, por el tipo de circunstancias a las que se enfrenta un adolescente y que son nuevas y desconocidas para él. Estas circunstancias están íntimamente vinculadas a los cambios físicos, emocionales, psicológicos y sociales que se experimentan durante este periodo: crecimiento de los genitales, cambios en la fisonomía corporal, identificación sexual, inicio de relaciones sexuales, adquisición de la capacidad de reproducción biológica, consolidación de la estructura psíquica, maduración psicosexual, autonomización de los padres, importancia del grupo de pares, elección de un proyecto de vida, etc. Atravesar por todos estos cambios y circunstancias abre un abanico de posibilidades en lo que respecta a las experiencias por las que el adolescente ya está dispuesto o habilitado a pasar (por ejemplo, el surgimiento del apetito sexual).

Tanta potencialidad amenaza, para estos profesionales, la estabilidad de la que gozaban los adolescentes antes de sufrir los cambios recién mencionados. Para mermar los efectos no deseados que esta metamorfosis puede disparar, es necesario advertir, a quienes la padecen, sobre ciertas cuestiones. Cuestiones que tienen que ver con el inicio de relaciones sexuales y con el desequilibrio emocional que este proceso de cambios arrastra y para las que los adolescentes no están preparados porque no cuentan con la información y las herramientas pertinentes para afrontarlas. Por lo que, a criterio de estos profesionales, sería muy costoso dejar librado al azar el accionar de estos chicos. Para este grupo el espacio de la consulta debe servir para que el adolescente pueda plantear y despejar sus dudas y miedos al respecto. En consecuencia, el papel que se autoatribuyen en este proceso es el de facilitadores y vehiculizadores de información ajustando sus intervenciones a objetivos preventivos. Los comentarios de una ginecóloga ilustran con mucha elocuencia este modo *liberal* con el que se aborda la atención del adolescente:

“(...) es un grupo etario muy frágil y muy vulnerable con respecto a la información porque si bien tienen capacidad de discernir sobre un montón de cosas todavía le falta un montón de información y de experiencia para darse cuenta qué puede llegar a ser adecuado o no. (...) Se trata de enfrentar al adolescente con la información y hacerlo conocerse a sí mismo como alguien responsable de las decisiones que tome con la información que tiene”.

Este discurso que identifica a la adolescencia con la carencia de información, de valores, con la imposibilidad de esgrimir juicios críticos de forma autónoma y espontánea, debe ser significado en relación a la idea de ciudadanía. En este caso (y luego se verá que se produce la misma operación con el resto de los profesionales), la definición de la población objetivo del servicio está determinada (y ella también tiene el don de determinarla) por la autorepresentación de la práctica profesional. Una visión del adolescente que carga las tintas en el grado de información o desinformación, no necesariamente conlleva afirmar que se subestima a esta población. En todo caso, estimo que lo que una representación de este tipo puede provocar es una intervención profesional que apunte a arrancar a estos jóvenes del letargo y la pasividad social a la que los restringía la niñez, confiriéndoles las herramientas y los conceptos que les permitan ejercer la ciudadanía. Lo que demuestran estos profesionales es un reconocimiento del adolescente como sujeto de derecho que aparentemente no se autoreconocería como tal y por eso mantiene un *modus vivendi* que oscila entre el del niño y el del adulto.

La intervención profesional está sujeta a una figura del adolescente basada en la idea de *juventud ciudadana* (Krauskopf, 2000:23), y está condicionada por esta premisa. Krauskopf destaca que el enfoque de *juventud ciudadana*³ representa al adolescente como un actor protagónico del escenario social en tanto le reconoce derechos que lo habilitan a una participación social efectiva. Por eso, entre los profesionales de la salud que comparten esta perspectiva, la intervención requiere mucho del diálogo y del intercambio de saberes e información como estrategia para diagnosticar el grado de conciencia y de

3. En rigor, adolescencia y juventud no son nociones intercambiables. Para distinguirlas de forma simplificada se puede decir que el término juventud refiere a la última fase de la adolescencia, etapa en la que se consolidan y sedimentan los cambios que se fueron sucediendo durante la fase adolescente. No obstante, retomo las apreciaciones vertidas por Krauskopf sobre la juventud para aplicarlas a la adolescencia porque entiendo que los supuestos sobre los que se apoyan las dos nociones son asimilables. A saber, en ambos casos parece funcionar como idea fuerza la condición ciudadana de estas poblaciones. Asimismo, tanto para los jóvenes como para los adolescentes, se parte de los impedimentos que existen socialmente para reconocer a estos grupos como sujetos de derecho y de las dificultades que estos sujetos tienen para asumir y ejercer su condición ciudadana.

información que tienen estos pacientes sobre sus derechos, sus responsabilidades y sobre las consecuencias de ciertas prácticas. De acuerdo al discurso de estos profesionales, los tópicos ineludibles sobre los cuales un adulto debe reflexionar conjuntamente con el adolescente giran preferentemente en torno al pivot de la sexualidad. Uno de los clínicos entrevistados remite directamente a este tema siendo muy claro:

“(...) yo creo que son seres inteligentes, que piensan y razonan (...) les hablo como gente grande, como si fueran adultos. Como a un adulto, le digo vení, macho, se te puede romper el preservativo y eso es mala leche, están los métodos de emergencia, cualquier cosa venís y pregunta. Ahora, si no te cuidás, evidentemente hay algo todavía adentro tuyo que está pateando en contra. Así. Como para que no tengan dudas. O sea, como me hubiese servido a mí a los 16 años que me hablaron”.

Siguiendo el discurso de estos profesionales, se desprende que entienden que sus pacientes son individuos sanos, inteligentes, responsables y, por ende, capaces de tomar decisiones por sí mismos. Comprenden que el tránsito hacia la adultez implica conflictos y dificultades que radican mayoritariamente en la incertidumbre y la inexperience. En tal sentido, el rol que asumen estos profesionales es el de acercar las certezas y la experiencia necesarias para dar un asidero sólido a las decisiones y acciones de sus pacientes, pero siempre respetando su individualidad y sus valores.

Finalmente, queda por decir que el valor de la intervención resulta, para los *liberales*, del papel protagónico que ellos pueden desempeñar como promotores de salud. Lo que se plantean con la intervención es oficiar como fuente de información, despejando dudas, poniendo de relieve sus derechos y estimulando la crítica. Su función consiste para ellos en acompañar a estos chicos en una etapa nueva, de cambios y potencialmente conflictiva.

Esta conceptualización de la adolescencia se desprende de las entrevistas de algunos representantes de disciplinas médicas y de un sólo profesional formado en las ciencias sociales.

Una postura optimista de la adolescencia

Otra visión de la adolescencia la encarnan la mayoría de los integrantes del área de salud mental del servicio que caracterizo como *optimistas*. Para ellos la adolescencia es un periodo marcado por el *por ser*. El hincapié está puesto en todas las posibilidades que tiene este grupo para explotar, en su potencialidad. La adolescencia se convierte aquí en símbolo de la oportunidad.

dad. Oportunidad de elección a todo nivel: identitario, profesional, sexual, laboral, etc. El hecho de aún no haber efectuado decisiones que condicionen o comprometan su futuro, de estar atravesando una etapa que se supone de definiciones, de la que no se esperan elecciones irrevocables, es valorado positivamente por estos profesionales. El no ser aún *nada* demasiado definido es visto como una ventaja, como un beneficio exclusivo de este momento vital, a pesar de reconocer el vértigo que esta indefinición puede provocar en quien la experimenta. Es cierto que esta potencialidad en tanto apertura de oportunidades posee la contracara de la pobreza, de la carencia de aquello que aún no se adquirió. Esto también es advertido. Sin embargo, es más fuerte la impresión de la adolescencia como riqueza, aliada a la esperanza, que la que la vincula a una etapa de carencias. La adolescencia tiene aquí un valor inmanente, es rica en sí misma, ya que es lo que posee un porvenir. Desde la óptica de una psicóloga del equipo:

“La adolescencia es un período muy vital. (...) Etapa conflictiva por un lado, pero que abre a muchas posibilidades en las cuales se puede prevenir mucho para el futuro, porque todavía la personalidad desde el punto de vista psicológico no está estructurada definitivamente. Siempre hay oportunidad de cambiar la personalidad, pero está todo muy abierto en la adolescencia, hay mucho para hacer. (...) Son muy importantes las posibilidades y los recursos que tienen”.

Similar a esta conceptualización de la adolescencia es la que posee Winnicott (1984)⁴, ya que para él, el adolescente es inmaduro, pero este estado es saludable en ese momento del desarrollo porque supone: el logro de la madurez; el logro de una identificación con una sociedad sin una pérdida importante de espontaneidad; el mundo como superposición de pautas individuales, unas sobre otras. Es decir, que este teórico advierte los límites que tiene el adolescente para su desarrollo social pero reafirma la importancia de esta

4. Donald Winnicott nació en 1896 en Inglaterra. Ejerció la medicina pediátrica con orientación psicoanalítica por 40 años y fue por esto, durante muchos años, “un fenómeno aislado”. Dejó un material profuso y fértil para el pensamiento psicoanalítico que actualmente se difunde a los estudiantes de psicología de distintas universidades. Es muy probable que esta continuidad entre el modo en que conceptualizan al adolescente estos profesionales y el modo en que lo hace Winnicott sea advertido por los primeros de forma más o menos conciente debido a la formación psicoanalítica que tienen la mayoría de ellos. Es posible que se inspiren en su teoría sobre el adolescente para armarse de los conceptos y las premisas que les permiten interactuar con sus pacientes, o que sin quererlo estos conceptos se hayan hecho cuerpo en ellos (Bourdieu) y de esta manera moldeen sus prácticas. Bourdieu entiende a los saberes encarnados en el cuerpo, como aquellos saberes o conceptos que se portan en “estado de incorporado”. Se refiere a esos saberes convertidos casi en hábitos, en pura práctica. Esto está extensamente desarrollado en su obra “Cosas dichas”, Barcelona, Gedisa, 1987, pp. 70 y ss.

etapa por constituir justamente el período en el que se superan esos límites a partir del logro de la madurez y de la integridad.

Sin perjuicio de lo anterior, es necesario distinguir la relevancia que estos profesionales asignan a este período por su incidencia en la vida adulta. La importancia de esta etapa radica aquí, en que este es el momento en que se estructura la personalidad psíquica y social. Durante la adolescencia se configura la identidad, se consolidan los valores que guiaran las conductas y actitudes que se adoptaran a lo largo de la vida. Por eso es considerado un momento crítico de la existencia de una persona. La apertura de posibilidades que supone este período implica elecciones. Estas elecciones representan posturas ante el mundo, mecanismos que producen identidad, convirtiéndose en una etapa de definiciones y en tal sentido, trascendental. Esta es la línea que siguen los postulados de Winnicott sobre la adolescencia. En resumen, la adolescencia es para él un período de descubrimiento personal, de compromiso con la experiencia de vida y de establecimiento de una identidad.

En virtud de los procesos de definición que se producen durante la adolescencia es importante para este grupo la atención interdisciplinaria. Allí reside para ellos el fundamento que legitima la existencia de una atención específica dirigida a esta población. La interdisciplinariedad es esencial por la cantidad de frentes que aún están abiertos. El abordaje integral permite afrontar los cambios, atender todas las aristas que esta etapa presenta y acompañar, apuntalar en todos los aspectos que se vean vulnerados por este proceso de transición, de mutación. Los adolescentes atraviesan una instancia de inestabilidad en todo sentido. Este trance también está acompañado por la incursión de nuevas experiencias y el ingreso a nuevos escenarios sociales e instituciones. El eje de estos chicos ya no pasa por la familia de origen sino por el grupo de pares. Los profesionales describen este proceso como un trayecto que va de lo endogámico a lo exogámico. Su cable a tierra proviene ahora de la esfera pública y este hecho desorganiza las estructuras de la familia. Esta situación afecta tanto al paciente como a su entorno más directo y es por eso que requiere una atención que contemple una mirada interdisciplinaria. Si la adolescencia es una etapa de definiciones, significa que es una etapa en que se puede hacer prevención a todo nivel. Esta es la utilidad que le atribuye este grupo a la interdisciplina.

Para este perfil sobresalen los miembros del Programa con formación humanística. De los cinco profesionales que adoptan esta postura sólo uno es médico.

El adolescente en contexto

Otro modo de interpretar la adolescencia es el que tienen el jefe del servicio de pediatría y todas las trabajadoras sociales a los que llamo *contextualistas* o *contextualizadores*. Este grupo tiene una percepción de la adolescencia que los diferencia del resto por destacar la importancia de la familia de origen en el tránsito hacia la vida adulta. Tránsito que también está signado para ellos por cambios abruptos que llevan a desequilibrios y posteriores reestructuraciones. En este caso, los desequilibrios y reestructuraciones que más parecen determinar esta etapa son los que se producen en el seno familiar. Para este grupo, el lugar que los padres asignan a sus hijos en el núcleo familiar, la forma en que los interpelan, las expectativas que depositan en ellos, los modelos de vida que persiguen y los valores que intentan inculcar, son todas cuestiones que gravitan muy fuertemente a lo largo de la vida de cualquier persona pero que generalmente se evidencian conflictivamente durante el período adolescente. En tal sentido, los conflictos y crisis propios de esta etapa son significados por este grupo como un modo de expresar los problemas del núcleo familiar. El énfasis durante la atención está puesto entonces en la reconstrucción de la historia familiar, de su dinámica, y de sus nudos críticos, con el fin de desnaturalizar el verdadero problema que afecta al paciente. Existe para estos profesionales una relación casuística para nada desdeñable entre los síntomas que un adolescente pueda traer a la consulta (ya sean de índole física, psicológica u otra) y su entorno familiar.

Como contrapartida del sentimiento de desafiliación familiar que el adolescente experimenta, los *contextualistas* explican que el adolescente comienza a disfrutar de otros vínculos personales como el que mantiene con su grupo de pares. Según lo observado por estos profesionales, las relaciones que sus pacientes construyen con sus iguales los ayudan a instituir nuevos escenarios sociales y a ensayar para su vida otros referentes distintos de los de la familia. Estas elecciones y reestructuraciones se basan en la afinidad existente entre los del mismo grupo a partir de la constatación de intereses comunes, intereses que en la mayoría de los casos no responden a las expectativas de sus padres. Las dos variables consideradas relevantes por este grupo para esta etapa, familia y grupo de pares, coinciden con las resaltadas por Marcelo Urresti para el mismo período. Como corolario de este nuevo escenario, Urresti advierte que el conflicto y la transformación que vive el adolescente se derrama a la familia y es absorbida por ella ya que la afecta directamente. Respecto al grupo de pares, el autor subraya su importancia porque constituyen “ámbitos de contención afectiva y representan espacios de autonomía en los que se experimentan las primeras búsquedas de independencia” (Urresti; 2002:39).

Este modo de entender a la adolescencia se traduce en una interpretación del *deber ser* de la atención de la salud de este grupo muy particular. Al igual que para la mayoría de los profesionales entrevistados, la condición interdisciplinaria de la atención es valorada como indispensable en función de las características del grupo etario en cuestión. Pero en este caso, en el ejercicio de su práctica, estos profesionales intentan complejizar la situación presentada por el paciente al involucrar y considerar aspectos no convencionales de la atención sanitaria. Es así que se ocupan de indagar sobre los condicionantes sociales, económicos, ambientales, familiares, escolares, culturales, etc, bajo los que se encuentra el adolescente, para detectar los elementos que lo están afectando y de esta manera determinar qué tipo de intervención es la más atinada⁵.

Cada uno de estos profesionales se autopercibe como catalizador de la interdisciplina porque entienden que gracias a su visión más *macro* y *abarcativa* de la situación presentada en la consulta, promueven la mirada desde distintas perspectivas. El objetivo que persiguen es el de lograr hacer evidente a sus pacientes que ellos forman parte de un contexto más amplio que no les es indiferente ni inocuo. Se problematizan las inquietudes, miedos y/o cuestiones que funcionaron como resortes para la consulta, estableciendo relaciones, en la medida de lo posible, con el contexto socioeconómico actual, historia personal, situación familiar y entorno social y escolar del paciente. Se intenta mostrar al adolescente que él es parte de una red de relaciones, que no es el eje o causante de lo que ocurre en su vida o su entorno, sino que hay cuestiones que lo exceden y lo determinan. La función que este grupo asume se encuentra muy ligada a una labor de contextualización y por esa razón trasciende la exclusiva órbita sanitaria. Así describe el jefe del área de pediatría del equipo el modo en que aborda estas cuestiones en la consulta:

5. La antropóloga Margaret Mead, con su obra “Adolescencia, sexo y cultura en Samoa”, (1985, Barcelona, Planeta) publicada en 1928, inaugura un abordaje de la adolescencia que hoy se podría considerar clásico pero que entonces resultaba inédito. Su aporte lo constituye la introducción de la certeza de que no es posible estudiar la adolescencia ignorando el contexto sociocultural en el que la misma se desarrolla. Cuando Mead inició sus investigaciones, primaba una visión de la adolescencia que la asimilaba a un período de “tempestad y tensión” (Hall, 1904). Sus estudios de los jóvenes samoanos revelaron que en ese rincón del mundo los individuos pertenecientes a esa franja etaria no experimentaban tensiones sino que vivían esta etapa como una transición gradual y pacífica hacia la edad adulta. En tal sentido, la lección que Mead deja, afirma que es necesario tener en cuenta el contexto del sujeto de la investigación y que los resultados de un estudio no pueden universalizarse. No existe una esencia de la adolescencia.

Un acercamiento contemporáneo a la adolescencia argentina desde una perspectiva contextualista, puede verse en: Mario Margulis (2002): “Jinetes en la tormenta”. En: *Revista Encrucijadas*, Bs. As.: UBA, n° 16.

“Si yo estoy con un adolescente, clínicamente veo su menarca, sus procesos, todo muy bien, pero, tengo que ver si por ejemplo ese adolescente requiere de un control ginecológico, si está con algún aprendizaje, necesitaría una evaluación psicopedagógica. Pero el interrogatorio sobre el aprendizaje lo hago yo, no va una psicopedagoga, entonces ahí estoy aplicando la interdisciplina en una forma pragmática. (...) Entonces aplicar aspectos relacionales, cómo está constituida tu familia, cuatro o cinco preguntas sobre la familia. No estoy haciendo una terapia, pero sí estoy haciendo el encuadre familiar”.

Lo que estos profesionales observan es que los chicos asisten a la consulta estigmatizados por distintos actores que varían de un caso a otro en padres, autoridades escolares, juzgados. Los discursos que estos actores sedimentan y los imaginarios del adolescente que diseminan, engrosan y fortalecen el estereotipo del adolescente rebelde, irresponsable, desinteresado; adjetivos que no reflejan las cualidades del adolescente de carne y hueso con el que se topan todos los días estos profesionales. Esta carga negativa que los chicos traen es trabajada en la consulta de modo de descomprimir la presión de la que son objeto, y ayudar a que valoren los aspectos positivos de sí mismos. Subyace a esta actitud la idea de que, en muchas oportunidades, las instituciones en las que estos chicos están insertos los culpabilizan injustamente y esto redunda en una actitud escéptica por parte de ellos, y en desmotivación y desconfianza hacia los adultos.

Para revertir la incomunicación o incomprendición que existe entre los adolescentes y los miembros de las instituciones en las que éstos se mueven (ya sean familia, escuela, institutos de menores, juzgados, etc.), estos profesionales ofician como mediadores entre ambos grupos. Como intermediarios se asumen como articuladores entre los dos polos de conflicto, apuntando hacia un espacio conciliador. La tarea que los convoca se puede ilustrar con la que compete al *profesor tutor* que introduce Marcelo Urresti (2000)⁶. La propuesta del profesor tutor consiste en reconciliar a los extremos de esta relación adoptando un vínculo con los protagonistas que puede asimilarse al modo con el que el antropólogo se acerca a una cultura que se propone estudiar. Los profesionales operan como traductores de las realidades de ambos actores, intentando promover el entendimiento, la empatía, la valoración de las razones

6. El autor introduce la figura del “profesor tutor” presentándolo como un recurso útil para la definición y resolución de los problemas intergeneracionales que se producen en el marco de la institución escolar. Para una descripción más completa de la propuesta de Urresti en relación a los atributos que debe reunir el profesor tutor, ver: “Cambio de escenarios sociales, experiencia juvenil urbana y escuela”. En: Tenti Fanfani, E. (2000), *Una escuela para los adolescentes*, Bs. As.: UNICEF/Losada, pp. 12-73.

del otro. Por supuesto que el horizonte de estos profesionales no deja de ser el bienestar de sus pacientes, además de que por lo general interpretan que son ellos víctimas de injusticias, y no al revés. Sin embargo, la estrategia que ponen en marcha en tanto profesores tutores, les permite acercar las distancias y relativizar las diferencias que existen entre los dos polos del conflicto redundando en beneficios para las dos partes. Las reflexiones de la coordinadora del área de trabajo social dan cuenta de este rol de profesor tutor que se está señalando:

“(...) Cuando complejizás la situación, lo sacás del lado del culpable, y lo vas relacionando con su historia, con mandatos familiares, con mandatos que han tenido sus propios padres, con la situación socioeconómica del país, con el desempleo del papá, con la separación o no, las discusiones permanentes entre los padres, como que todo lo vamos relacionando, y ellos van viendo que todo tiene que ver en eso, que no es él el monstruo a resolver sus problemas, sino que todo es un conjunto de cosas. (...) Iniciamos un proceso de complejización del pensamiento, para que pueda tener un juicio crítico acerca de su cuidado, de su salud, de su vida, que le sirva este modelo de analizar las cosas para toda su vida”.

Respecto a la función que ellos atribuyen a su intervención, interpretan el modo en que encaran su trabajo como una actividad que promueve la interdisciplina y que respeta como guía para la atención la noción de salud integral. Así, asumen que funcionan dentro del Programa como agentes inclusivos de la realidad del paciente, contextualizando aquello que traen a la instancia de la consulta con lo que averiguan de su entorno. La información, los mensajes en pos de la prevención, no son impartidos siempre igual por ellos; la situación particular de cada adolescente amerita un tratamiento especial en cada caso y esta tarea es la que estos profesionales realizan. El valor que ellos asignan a su intervención es el de apuntalar y contener, extendiendo su ayuda a la familia del adolescente en cuestión.

Existe para este perfil una tendencia clara: de cinco miembros del Programa que mantienen esta postura, cuatro son mujeres, todas con formación en las ciencias sociales (tres trabajadoras sociales y una psicopedagoga).

La adolescencia como etapa de riesgo

En el extremo opuesto se encuentran aquellos miembros del Programa que llamo *conservadores*. Esta postura, encarnada en dos médicos (un clínico-pediatra y un clínico-psiquiatra), conceptualiza a la adolescencia como una etapa

de riesgo. En este caso, los adolescentes son vistos como un grupo de riesgo por el hecho de estar atravesando una situación de crisis. Crisis que estaría dada por la maduración de los aspectos biológicos y/o físicos, disociada, en la mayoría de los casos, de la madurez emocional, psíquica y social, necesaria para asimilar estos cambios. De esta manera, el adolescente está expuesto al peligro al que su condición de inferioridad psicológica, emocional y del conocimiento lo condenan. El crecimiento de su cuerpo no está protegido con la necesaria solvencia y capacidad de manejo del mismo. Esta desprotección se ve agravada por las condiciones sociales, educativas, alimentarias de riesgo que estos chicos atraviesan actualmente, y por la anomia en la que está inmersa la sociedad de hoy. Asimismo, para estos médicos, esta situación es más delicada en el adolescente porque es un individuo que se caracteriza por su avidez de conocimiento y su apertura a nuevas experiencias sin medir las consecuencias. La situación que debe atravesar un adolescente en la Argentina es caracterizada de la siguiente forma por el psiquiatra del equipo:

“(...) Hay algo que el adolescente vive biológicamente. Pero esa maduración biológica no se acompaña de la misma manera con la maduración psicológica, emocional, del conocimiento. Y sobre todo no está acompañada de la experiencia para lo que por supuesto necesita mucho más tiempo”.

“El adolescente es un individuo de riesgo *per se*, porque vive en una situación de crisis (...) el adolescente está en riesgo por ser adolescente, por estar viviendo en un país como la Argentina, por estar viviendo en este tiempo y por no tener los ejemplos que se merecen”.

Se desprende de este razonamiento la creencia de la necesidad de superar esta etapa lo antes posible. La adolescencia es representada como una etapa vital que encierra peligros y, como tal, *cuanto antes finalice mucho mejor*. Surge de estas entrevistas una idea de la adolescencia vinculada al riesgo, a la vulnerabilidad, a la debilidad frente a lo insalubre, lo dañino. El lema que sus dichos sobre la adolescencia construyen es el de “etapa problema”, “edad difícil” (Krauskopf, 2000:122)⁷. Drogadicción, trastornos de la conducta ali-

7. En un trabajo consignado a elucidar la incidencia que tienen sobre las políticas destinadas a los jóvenes los distintos paradigmas de la juventud que guían el diseño de las mismas, Dina Krauskopf identifica al paradigma que define a la juventud como “etapa problema” y afirma que esta visión favorece el enfoque de esta fase vital “como crisis normativa” (op. cit.). La asimilación del adolescente a la noción de “problema” lleva a referirse a este grupo etario en relación a polos santomáticos y problemáticos (embarazo, delincuencia, drogas, etc.) que en nada contribuyen a mejorar sus condiciones y su desarrollo ya que “la prevención y atención se organizan para la eliminación de estos problemas y peligros sociales más que para el fomento del desarrollo integral de los grupos de adolescentes” (op. cit.: 122).

mentaria, violencia, embarazos no deseados, abuso sexual, son algunas de las “patologías” típicas que atacan al adolescente. Aquí la formación disciplinar se muestra condicionando fuertemente la construcción paradigmática de la adolescencia, ya que la categoría que se utiliza para ponderar a la población objetivo del Programa es la de patología, noción que proviene de las ciencias médicas. También es llamativo cómo estos profesionales homologan una serie de problemáticas y/o contravenciones con la noción de patología, cayendo en una actitud *medicocéntrica*. El efecto que esto produce consiste en trasmitir la carga semántica que posee la palabra patología, a hechos, situaciones o estados, que no necesariamente se definen apelando a la idea de salud o la de enfermedad. Se imprime un sesgo negativo en ciertas situaciones que no implican estrictamente un cuadro patológico. En tal sentido, estos médicos, en la mayoría de las oportunidades, interpretan, diagnostican y pronostican la situación presentada en la instancia de la consulta desde patrones médicos y acudiendo a su sistema simbólico para significarlas. Se produce lo que varios autores (Karl Marx, Stuart Hall), principalmente Voloshinov (1976), reconocen como operación ideológica: se acentúa un signo de acuerdo a los intereses del hablante aprovechando la condición polisémica del lenguaje. Esta operación resulta para Voloshinov un gesto que aspira al empoderamiento de quienes se identifican con cierta semántica del signo en cuestión, que indirectamente se propone anular o eclipsar un montón de otros sentidos posibles que ese mismo signo entraña. Así, al asimilar *adolescencia a riqueza de patologías*, se evidencia una apreciación de esta etapa que privilegia sólo los aspectos que tienen puntos de contacto con los intereses de la medicina, excluyendo muchísimos otros, entre ellos y sobre todo, los que pueden estar emparentados con la psicología, la psicopedagogía y el trabajo social.

También pone de relieve una visión del adolescente que lo resume como compendio de patologías o de sintomatología, cualidades de esta etapa que resultan interesantes para estos profesionales, pero no apuntando al aporte que se puede brindar a estos chicos desde la medicina sino, rescatando la contribución que dicha variedad de casos puede tributar a la formación médica. De hecho, uno de los médicos afirma que se inclino por la atención del adolescente porque este grupo le ofrece la posibilidad de ver un tipo de patología, según sus palabras, “más pesada”. Ni la atención del niño, ni la del adulto, lo vincula a este tipo de problemáticas:

“(...) En el consultorio externo de pediatría uno sacaba pacientes y no aprovechaba demasiado, era patología que se repite patología gripe, angina, bronquitis. Y adolescencia me brindaba la oportunidad de ver otro tipo de patología, mucho más pesada, tipo adicciones, trastornos

alimentarios, depresiones, violencia, alcoholismo, y bueno, todo ese tipo de cosas”.

Otro factor que le resultó atractivo de la atención de esta etapa vital, fue que, de acuerdo a su experiencia, los adolescentes asisten a la consulta evidenciando un motivo aparente que no siempre coincide con el motivo real de la misma. Este ocultamiento por parte del paciente demanda un trabajo que este profesional definió como *detectivesco*. Desvelar la causa real de la consulta implica un reto para estos médicos y este desafío es lo que más atrae de la atención de este grupo etario. Esta opinión aparece gráficamente plasmada en el siguiente comentario:

“(…). No siempre lo que uno obtiene del paciente es la verdad. Vos al paciente adulto le preguntas qué le duele, me duele la cabeza y punto, nadie duda de que le duele la cabeza. En el adolescente no. Una chica que está embarazada puede decir que tiene dolores de panza, y en realidad lo que está ocultando es un embarazo. Un chico que tiene trastornos del sueño, un varón, en realidad no es un trastorno del sueño sino que en realidad tiene problemas de depresión o problemas de adicción a las drogas. Es un trabajo un poco detectivesco, hay que llegar a la verdad, a veces de distintas maneras”.

A pesar de lo que a nivel discursivo se reconoce (las características específicas de esta etapa, sus cualidades intrínsecas, su entidad), los profesionales que denomino *conservadores* no pueden prescindir de aludir a características adultas ausentes en las cualidades del adolescente cuando intentan definir a este último (Krauskopf, 2000; Balardini y Miranda, 2000). Se reiteran en las consideraciones respecto del adolescente la necesidad de acudir a los *issues* del mundo adulto y en menor medida del infante, procedimiento que consolida la definición de este grupo por la negativa. La operación consiste en posar la mirada en las cualidades del ser adulto (o del ser niño) y a partir de allí destacar los rasgos que están presentes o ausentes en la etapa adolescente, para medir de esta manera la distancia que los separa del modelo *acabado* de individuo. Un inventario de lo adulto sirve de materia prima a partir de la cual crear conceptualmente el mundo adolescente. Esta tendencia a tomar prestado de otras categorías de edad las nociones y cualidades que se organizan para dar forma a este grupo etario representa lo que Sergio Balardini y Ana Miranda describen como una actitud adultocéntrica. Para estos autores definir a la etapa adolescente simplemente como una etapa de tránsito, concentrándose únicamente en lo que se pierde, se gana y se mantiene en el movimiento que va de la niñez a la adultez, impugna la especificidad con la que se pretende vestir discursivamente a esta etapa.

“Visto desde otro ángulo –proponen los autores–, los restantes períodos de la vida de un individuo también podrían leerse desde la óptica de la transición, en la medida en que, delimitados como tales, son períodos por los que se atraviesa y en los que se adquieren, y se pierden, nuevas y viejas posibilidades vitales” (Balardini y Miranda; 2000: 135).

La dependencia propia de la niñez protegía a los niños del mundo ajeno a la familia, mientras que la adultez supone independencia y estabilidad –en todos los niveles–, y autonomización de la familia de origen. Por el contrario, la adolescencia parece contar, para la visión conservadora, con todas las desventajas de la etapa que la antecede y del período siguiente. De esta manera, siguiendo esta postura, la especificidad de la adolescencia estaría marcada por lo que ya no es y lo que aún no ha logrado ser.

En lo relativo al valor que le asignan estos médicos a su intervención aparece una vez más el tema de la prevención. Para los *conservadores* su rol es el de educar e informar en función de la prevención de enfermedades y de conductas y actitudes riesgosas. La idea central que guía sus intervenciones es la de promover el cuidado ante la actividad sexual. Esta idea se apoya en el supuesto de que la adolescencia es la etapa en la que se inician las relaciones sexuales, pero debido al imaginario que estos médicos mantienen de esta población, la misma no parece estar preparada para enfrentar esta actividad con responsabilidad. De esta manera, el valor que este psiquiatra y este clínico-pediatra atribuyen a los roles que desempeñan, está íntimamente aliado a la forma en que entienden el período adolescente. Así dicen oficiar de detectives o investigadores de las verdaderas causas de una consulta médica. Operan como conductores de un crecimiento *adecuado* y sano, intentando contrarrestar conductas riesgosas y actos irresponsables.

La adolescencia desde una aproximación paternalista

Hay un tercer profesional que comparte la visión *conservadora* de la adolescencia, pero que merece un párrafo aparte debido a su postura polarizada y radical. Se trata de una de las tocoginecólogas del equipo. A simple vista, su modo de ver al adolescente resulta indistinto con respecto a los anteriormente descriptos. Pero si se tiene en cuenta lo que su construcción de la adolescencia implica, se comprueba que ella representa un modo de pensar esta etapa que esconde una actitud *paternalista*⁸.

8. Entiendo por paternalismo la acepción que le da Diana Cohen. Para ella el paternalismo consiste en someter a la voluntad de un individuo las decisiones que afectan directamente a otro,

En este caso, los supuestos que parecen guiar su labor dentro del Programa se asemejan bastante a las premisas de las que parten cada uno de los grupos anteriores. Esta médica describe a sus pacientes como personas idealistas, ávidas de conocimientos, curiosas, entusiastas; como individuos que están en período de crecimiento y de transición hacia otra etapa. Mientras tanto, las aptitudes que le reconoce a sus pacientes se asemejan más a las que pueden atribuirse a un niño que a las que se esperan de un adulto. Explícitamente aclara que sus pacientes aún son niños que se caracterizan por jugar a ser adultos y en ese *juego* pueden incurrir en prácticas que los exponen a peligros en virtud de su condición no adulta. Como aún se trata de menores de edad, los mayores deben velar por el bienestar de estos chicos, apoyándolos y controlándolos durante el transcurso de este período, que es de crecimiento y de formación a todo nivel. A partir de esta creencia, la atención de la adolescencia prescribe un tipo de abordaje que no es compatible con las condiciones que impone la atención de la población adulta. El profesional de la salud que se dedique a la adolescencia debe, de acuerdo a este criterio, estar muy atento al discurso de su paciente, a los fines de identificar situaciones que puedan vulnerar su salud y su estabilidad e integridad. Una vez hecho el diagnóstico y en los casos que se detecten factores de riesgo, este profesional debe poder funcionar como sostén del paciente, pero principalmente debe ser capaz de generar una red de contención dentro de su entorno, al poner al tanto de esta situación a sus vínculos más directos. Sin excepciones, ciertas circunstancias requieren, para esta médica, la intervención de un adulto. La toma de conocimiento por parte de un adulto responsable de algunas cuestiones con posible injerencia sobre la salud de estos chicos, forma parte del trabajo que entiende le corresponde realizar. Así, en función de su percepción del riesgo pero también sin poder escapar a lo que sus propios valores le imponen, esta profesional pone en conocimiento de los padres o tutores de su paciente, aquellas conductas que este chico está manteniendo o situaciones por las que está atravesando que considera que los adultos a cargo no pueden ignorar. La concepción del adolescente como individuo sano, responsable, inteligente, parece desvanecerse aquí. Concomitantemente, se desvanece el voto de confianza que parecían guardarle los tres primeros grupos, tendiendo a involucrar a personas exter-

por considerar a este último incompetente para ejercer este tipo de acciones debido a su inmadurez y su incapacidad de razonamiento y deliberación. Cohen advierte que actitudes de esta índole frecuentemente se intentan legitimar con argumentos que funcionan pretendiendo la justificación de dicha conducta. El más común es el que arguye el bienestar del otro como el principio que guía esencialmente al paternalismo. Según Cohen, el argumento más común suele ser: "con el correr del tiempo, agradecerá mi intervención" (2003: 62).

nas al proceso de atención para que sigan de cerca a estos chicos y eviten que mantengan conductas de riesgo para su salud.

Esta aproximación al adolescente permite articular dos cuestiones que se presentan imbricadas pero que son pasibles de distinción. En primer lugar, confirma un no reconocimiento del adolescente como agente moral maduro para la toma de decisiones. Siguiendo a Cohen (2003), hay tres premisas que funcionan legitimando este supuesto: a) el adolescente defiende un conjunto incompleto de valores; b) el adolescente defiende un conjunto de valores que son transitorios; c) el adolescente defiende un conjunto de valores que son específicos de su edad. Por todo lo anterior, bajo el punto de vista paternalista, el adolescente no está en condiciones de ejercer el derecho de decidir por sí mismo ya que los valores que le sirven de guía para ello aún no constituyen un sistema y porque no son valores definitivos ya que cambiarán con el paso del tiempo. Cohen intenta poner en evidencia el desatino de estos argumentos a partir de un razonamiento que por su claridad me permitió transcribir: “si la vida es una serie de etapas, los individuos son una sucesión de sí mismos, de diversos *yoes* y cualquier promesa que se formule o contrato que se establezca obligará al sí mismo *yo* futuro de acuerdo con la visión y los valores del *yo* presente” (Cohen; 2003: 61). Siguiendo este razonamiento, tanto las decisiones que efectúa un adolescente como las que realiza un adulto comprometen y afectan su futuro, independientemente de que se guíen por valores consolidados o en vías de consolidación. Por otro lado, la madurez y la capacidad de decisión no puede entenderse como una cualidad natural que se manifiesta cuando cumplimos la mayoría de edad. Alcanzar cierta edad no garantiza la madurez así como tampoco la descarta.

En segundo lugar, Cohen destaca que la aproximación paternalista rompe con el pacto de confidencialidad en el que, de acuerdo a su interpretación, debería apoyarse la relación médico-paciente. Para esta autora, esta ruptura puede generar la desconfianza del adolescente en los adultos, representando este escenario un obstáculo en el pasaje de estos pacientes a la etapa adulta.

De esta manera, el descrédito del que son objeto los adolescentes por considerárselos inmaduros los niega como agentes de la decisión y en ese mismo acto los somete a la voluntad de los padres cada vez que son requeridos por una situación que amerite una toma de decisión. En tal sentido, cuesta mucho visibilizar los rasgos peculiares de la adolescencia y diferenciarlos de los que poseen los niños. El siguiente fragmento de la entrevista muestra de forma cabal esto que se afirma:

“(...) vos tenés que respetar muchísimo la libertad y la individualidad de los chicos pero también tenes que tener conciencia de que son menores,

y que ellos por la evolución psicológica que tienen no están, o no son conscientes totalmente de los riesgos. Y no sólo eso sino que aparte en algún momento necesitan que los adultos con los que están que no son el médico tomen conciencia de algunas situaciones que ellos están viviendo. Por ejemplo yo tengo pacientes que tienen 15 años y tuvieron 7 parejas sexuales, (...) yo considero que 7 parejas sexuales es un adolescente en riesgo, con 14 o 15 años y sin cuidarse con preservativo. O sea hay situaciones donde el adolescente supera las barreras y necesita el apoyo de un adulto porque es un chico. El juega a ser adulto. (...) Con los adultos no buscás ninguna red en general”.

En el caso de esta médica, el énfasis parece estar puesto más en el resguardo propio, en el sentido de que se procede de manera tal que la responsabilidad sobre el paciente no recaiga enteramente en el equipo de salud, que en el resguardo de la salud y la privacidad del paciente. Si bien la ley habilita a estos profesionales a romper el secreto profesional en determinadas circunstancias, y éstas son las circunstancias que la médica en cuestión menciona⁹, a diferencia de lo que ocurre con el resto de los profesionales, aquí este recurso es desplegado sistemáticamente ante el surgimiento de situaciones de este tipo.

Sin duda la salud de un adolescente se pone en riesgo a partir de conductas como la que describe la médica citada, pero independientemente de las estrategias que junto con otros miembros del equipo decidan formular y encarar para revertir esta actitud, ella procede, de modo casi automático, comunicando la situación a los adultos responsables del menor. En cambio, otros profesionales intervienen aplicando estrategias colectivas para convencer a sus pacientes de tomar ciertos recaudos en pos de su salud y de su bienestar, incluyendo la mirada de trabajo social y psicología para fortalecer la medida y apostando a este recurso hasta que se torne inútil. Ellos comparten la consideración de que, en la mayoría de los casos, el hecho de mantener informado a los adultos que rodean al paciente de ciertas conductas insalubres, puede ser contraproducente si lo que se intenta es que los pacientes revean y reviertan dichas conductas. Para estos profesionales sus energías deben estar focalizadas de forma prioritaria en subsanar las cuestiones de riesgo. Si para lograr el éxito en esta empresa deben mantener el secreto profesional, las razones resultan más que suficientes para hacerlo, a pesar de las posibles consecuencias legales¹⁰.

9. Al respecto, Diana Cohen plantea la excepción de la que deben ser objeto aquellos casos en los que la notificación parental deriva indirectamente en la desprotección del paciente al desalentarlo en la búsqueda de tratamientos, o cuando la notificación a los padres amenaza con volver su decisión en contra de la voluntad del paciente (op. cit.).

10. En la misma dirección van las consideraciones de Cohen al respecto. Esta autora parte de la base de que los adolescentes maduros tienen la capacidad moral para tomar decisiones y que

Apoyada en una concepción del adolescente vinculada a la idea de niñez, de inmadurez, de debilidad, de inconsciencia, de irresponsabilidad, de riesgo; el modo en que esta médica declara que encara su práctica profesional se ubica en las antípodas de lo obtenido del resto de las entrevistas. El giro no se produce a partir de una interpretación desviada de la interdisciplina. En este caso también se comprueba que esta metodología de trabajo es considerada un baluarte para la atención de esta población. Los cambios y el crecimiento a todo nivel que experimentan estos chicos requieren, también para esta médica, una atención de este tipo. Es su representación del adolescente la que origina su modo singular de asumir su rol. Su definición de los adolescentes de forma negativa al echar mano de lo adulto para darle significado; el hecho de verlos como chicos, o como "personitas", para utilizar sus mismas palabras, prescribe un abordaje de esta población y proscribe muchos otros. Así, el modo en que esta profesional encara su práctica, resulta condicionado y determinado por sus representaciones sociales del paciente¹¹:

"(...) yo creo que a los adolescentes, y más en este mundo o en la Argentina de hoy, creo que al adolescente hay que ayudarlo a tener objetivos, el ayudarlos a que ellos puedan ver qué quieren para su futuro, ayudarlos a pensar en ellos. (...) Y tratar de orientarlos, o sea, sin meterse en la vida de ellos, tratar de que se planteen ellos mismos qué es lo que quieren. (...) Lo difícil es que al adolescente lo tenés que acompañar en lo que realmente quiere, lo que pasa es que es muy difícil que él sepa lo que realmente quiere. (...) Un poco la función que debemos asumir como profesionales es la formación de estas personitas en adultos".

Como el adolescente es entendido aquí como un niño que necesita del soporte de los adultos para crecer, para transformar la *personita* que es en una *persona*, el rol que esta profesional se arroga es el de funcionar como agente de los cambios, como formadora del chico en adulto. Es lógico que se atribuya semejante lugar en la vida de sus pacientes ya que entiende que está llamada

aquellos que aún no cuentan con tal entrenamiento para actuar de acuerdo con los propios principios deben ser estimulados por los profesionales de la salud y por sus padres para que se formen en su calidad de agentes morales y de esta manera se conviertan en seres libres y competentes para decidir por sí mismos (op. cit.). En otras palabras, los profesionales deben alentar a que sus pacientes jerarquicen sus propios valores a la hora de tomar decisiones, que no es lo mismo que afirmar que su rol consiste en "facilitarles" un sistema de valores externo.

11. Tanto esta última vertiente de la versión *conservadora* como la mencionada en primera instancia conducen a la discriminación etaria y a lo que Krauskopf llama "bloqueos generacionales". Según Krauskopf, los bloqueos se producen por la dificultad que tienen cada uno de estos grupos etarios para escucharse y establecer un diálogo empático. Esta situación redonda en el surgimiento de discursos y realidades paralelas y prácticamente cercana la posibilidad de entablar una conversación y construir consensos (op. cit.).

a brindarles un sistema de valores. Tarea que no se representa como difícil de acuerdo a la facilidad con que se puede moldear a esta población según su propia experiencia.

La prevención aparece aquí también como un objetivo insoslayable. El cuidado del cuerpo, el cuidado de la persona, el cuidado de la sexualidad, forman parte de sus metas.

La influencia de los coordinadores de los Servicios

Ahora bien, ¿qué incidencia tiene la formación de grado de los profesionales entrevistados en la construcción conceptual de la adolescencia? Los diferentes perfiles profesionales: *liberales*, *optimistas*, *contextualizadores*, reúnen cada uno a distintos especialistas pero con una tendencia clara en cuanto a la profesión que predomina para cada uno de los perfiles. En ninguno de estos casos se verifica una constitución profesional limpia por perfil, es decir, que la continuidad constatada a nivel disciplinar al interior de cada grupo se ve quebrada ante la presencia invariable de un representante de una formación diferente de la que representan la mayoría de los profesionales aglutinados en virtud de dicho perfil¹².

Asimismo, es común a los tres casos una constitución peculiar: cada uno de ellos cuenta con, por lo menos, un coordinador de área. Mi hipótesis al respecto es que son los coordinadores del Programa quienes trazan los distintos imaginarios sobre el adolescente que permiten distinguir distintos perfiles, y que luego, en función de los acuerdos que los rasgos predicados sobre esta franja etaria susciten, se producen las adhesiones correspondientes de los restantes integrantes del equipo.

Los coordinadores de áreas son acreedores de ese rango por ser, en su especialidad, los representantes más antiguos. Estos profesionales son miembros fundadores e ideólogos de este programa de atención sanitaria dirigido a adolescentes. Las premisas que guían hoy el trabajo de todas las áreas del equipo fueron sembradas en sus inicios por los coordinadores. Fueron los jefes de áreas quienes primero conceptualizaron al adolescente y en función de ello trazaron líneas de acción. Cada uno de ellos se aferró a distintos aspectos de la adolescencia, quizás por considerar a unos más acertados o importantes

12. Cabe aclarar que los profesionales no se presentan como parte de un grupo, ni se observa en el “campo” una organización similar a la aquí delineada. Es importante recalcar que la encolumnación de profesionales en distintas filas de acuerdo a como pintan al adolescente, no se da en la realidad sino que es una construcción conceptual a la luz de los objetivos del presente trabajo.

que otros. Entre todos los coordinadores se construyen distintas imágenes del adolescente que sirven de herramienta conceptual al resto de los miembros del equipo. Y en las adscripciones que los profesionales hacen a las diferentes representaciones del adolescente disponibles, sí se visualizan correspondencias con la formación académica. Es en tal sentido que podemos afirmar que las disciplinas moldean las representaciones de la adolescencia que se adoptan.

Por último, para los *conservadores* también se podría afirmar que la carrera universitaria estudiada funciona determinando las representaciones sociales del adolescente que gobiernan la práctica profesional¹³. Esta proposición se vuelve más sólida si se tiene en cuenta que este es el único grupo que no se aglutina alrededor de la figura de un coordinador. Aquí no ha operado una influencia considerable de los coordinadores. La imagen del adolescente que estos profesionales construyen no se aleja demasiado de estereotipos muy extendidos y sedimentados en la sociedad. Esta postura no aparece permeada por las premisas diseminadas por los coordinadores (autocalificadas por ellos como de vanguardia) y conserva actitudes aparentemente enraizadas en la medicina hegemónica. A diferencia de lo que ocurría con el grupo de los *liberales*, integrado en un 90% por médicos, los médicos que reflejan una postura conservadora preservan una noción de la salud de la que los primeros se habían distanciado.

Por otro lado, no está de más aludir al halo tradicional del que es acreedora esta carrera universitaria como argumento explicativo de un modo conservador de concebir a los pacientes. Medicina constituye una de las carreras más antiguas y prestigiosas de nuestra sociedad. Esta posición la ubica entre aquellos saberes que resultan difíciles de cuestionar. Sus respuestas a distintos males están jerarquizadas socialmente por sobre las soluciones que brindan otras terapéuticas como la Homeopatía o la acupuntura. Lo mismo ocurre con sus métodos y sus prácticas.

La medicina se caracteriza por expulsar de su órbita componentes vagos y mecanismos imprecisos. El edificio que construye este saber está levantado por cadenas de relaciones de causa y efecto reguladas por leyes. Todo elemento que no se ajusta a este tratamiento es desecharo. En tal sentido, una conceptualización de la adolescencia como la que tienen los *conservadores*, basada en la desconfianza, en una relación de poder que estriba en la diferencia etaria

13. Otra variable común a los tres profesionales que tienen un modo conservador de conceptualizar a la adolescencia es la religión. Todos los *conservadores* declaran profesar y practicar la religión católica. Este puede ser un factor determinante a la hora de definir a la población en cuestión. En tal caso aquí las creencias religiosas también adquieren un valor performativo y contribuyen en el moldeado de los imaginarios que se construyen del adolescente.

y de saber, en la rigidez de los postulados médicos y la desatención de los condicionantes del entorno, bien puede explicarse por el tipo de formación recibida¹⁴.

A modo de conclusión

Al cotejar los diferentes discursos que circulan en el Programa respecto a esta población se comprobaron similitudes y continuidades entre algunos de ellos, constituyéndose grupos de profesionales en virtud de conceptualizaciones del adolescente armónicas entre sí. Al interior de cada uno de estos grupos,

14. Despues de la Segunda Guerra Mundial, la Medicina, entre otras ciencias, comienza a aplicar los avances tecnológicos de la posguerra, los cuales permitieron avanzar y profundizar sobre el conocimiento de determinadas patologías conocidas en ese momento pero no fundamentadas científicamente. A pesar de que hacía más de 70 o 100 años que las manifestaciones clínicas de ciertas patologías habían sido descriptas, y que ya en esta época se tenía un conocimiento exhaustivo de ellas gracias al uso de la microscopía electrónica y la aparición de métodos de diagnóstico como los estudios por imágenes contrastados, muchas de estas patologías que se entendían y se conocían correctamente no llegaban a buen destino terapéutico, aún siendo correctamente diagnosticadas y tratadas. Esto impulsó a parte de la comunidad científica médica mundial a plantearse la posibilidad de que no sólo los hechos puramente biológicos y la resolución de éstos fueran los responsables de ciertas patologías. Esa era la postura de la medicina tradicional hasta ese momento que tomaba su acción médica basándose en patologías anteriormente conocidas, como fueron ciertas patologías infecciosas (peste, fiebre amarilla, sifilis), donde había una relación causa efecto muy clara. Esta misma medicina tradicional se sustentaba en el modelo de "hombre-máquina", es decir, que partía de la idea de que diferentes sistemas funcionando conjuntamente mantenían el correcto funcionamiento del organismo. La ecuación era la siguiente: un órgano enfermo alteraba el funcionamiento del cuerpo, la resolución del problema en ese órgano debería devolver la normalidad al organismo.

La práctica médica diaria comenzó a revelar que la resolución de la falla en un órgano puntual no necesariamente lograba la funcionalidad completa del individuo. Se abren así nuevos modelos de estudio de los pacientes, ya no sólo como un órgano enfermo sino como un individuo enfermo, entendiéndose como individuo enfermo la disfuncionalidad orgánica más la subjetividad de ese individuo y su inserción en la vida cotidiana. Es así que comienzan a entrar en el campo de la medicina nuevas disciplinas. Primero, relacionados directamente con la medicina, ingresan los fisioterapeutas, quinesiología, etc. A medida que esto fue ganando consenso dentro de los estratos médicos y fue consolidándose, ingresan también a la esfera de la atención sanitaria profesionales de la salud mental. Para validar la presencia de los psicólogos en el ámbito médico, se realizaron trabajos de campo con un grupo control al que se trataba con los métodos hasta entonces aceptados y otro grupo al que se aplicaban los nuevos conceptos y/o drogas. Ambos grupos son analizados y evaluados periódicamente en función de los distintos objetivos que el estudio intenta explorar. A fines de la década del '60 y principios de los años '70, se volvieron innegables las ventajas que este tipo de abordaje terapéutico presentaba, produciendo que determinadas ramas de la medicina, por ejemplo la oncología, las adoptaran para su práctica diaria. No obstante, hubo otras que no dieron lugar a la posibilidad siquiera de contrastar ambas opciones, entre ellas la neurocirugía o la cirugía cardiovascular. Es así que, durante los siguientes años, ambas formas de abordaje terapéutico conviven tanto en la práctica como en la formación médica, residiendo en el arte de cada médico y en el ámbito de formación profesional el modelo que se adopta para la práctica diaria de la medicina. Ver: Mc Whinney, Ian (1995): *Medicina de familia*, Barcelona, Ed. Mosby Doyma.

la profesión se visibiliza como una condición de producción de las representaciones de la adolescencia ya que dichos grupos se integran por profesionales de disciplinas afines. Por otro lado, los coordinadores de cada uno de los servicios que forman el equipo sanitario se identifican como los precursores y dinamizadores de las imágenes del adolescente que se recrean dentro del conjunto, ya que cada uno de estos grupos se aglutan alrededor de por lo menos un jefe de servicio. Como se especificó anteriormente, los coordinadores de área son fundadores e ideólogos del programa de atención. La constitución de un equipo interdisciplinario para la atención sanitaria de esta población resulta de las necesidades que surgen de la definición de adolescente que realizaron estos especialistas cuando encararon el proyecto del programa. En función de las características con que se identifica a los pacientes se delinearon las condiciones de su atención y el modelo sanitario más adecuado en virtud de los rasgos que se le reconocían a los beneficiarios.

De acuerdo a los cuatro tipos de adolescente que los especialistas trazan, se precisaron cuatro perfiles de profesionales: liberales, optimistas, contextualistas y conservadores. El perfil optimista es propio de los psicólogos, mientras que la postura contextualista es adoptada por todas las trabajadoras sociales. En ambos casos las imágenes del adolescente que dominan son imputables a las matrices disciplinares desde las que son forjadas. En el primero, la conceptualización de la adolescencia como una etapa en la que se construye el futuro, marcada por el *por ser*, es compatible con la influencia de pensadores como Winnicott y otras corrientes de pensamiento que se difunden durante la formación de los profesionales del campo de la psicología. En el caso de los contextualistas, la importancia asignada a la familia y a las condiciones inmediatas de existencia por la influencia que se les atribuye sobre las problemáticas propias de la juventud, está a tono con el enfoque que privilegian carreras como las de trabajo social, para la cual las condiciones y el contexto en el que se emplaza un fenómeno son estudiadas y atendidas en la misma medida que el propio fenómeno, ya que son entendidas como resorte de dicho escenario, como el medio a partir del cual ese fenómeno puede surgir.

Los médicos se dividen entre dos posturas distantes. En un extremo se ubican la mayoría de los médicos que se identifican con un pensamiento liberal, y en el otro un puñado de profesionales con ideas y actitudes conservadoras en torno a la adolescencia. Aquí la centralidad otorgada al enfoque disciplinar a partir de su conceptualización como la matriz a partir de la cual cada miembro del equipo significa a sus pacientes se explica por las diferencias que existen al interior de la misma comunidad médica. Al visibilizar las diferentes vertientes de pensamiento que coexisten entre los médicos resulta legítimo

hacer responsable a la profesión médica de conceptualizaciones tan distintas como las descriptas. El contraste entre un grupo y otro se funda en la afección por modelos de atención sanitaria que se impugnan mutuamente.

Al sopesar los discursos que algunos profesionales profieren sobre sus pacientes con las prácticas que realizan sobre los adolescentes se revelan inconsuencias y discontinuidades entre uno y otro. En algunos casos lo ocurrido en los ateneos pone en tela de juicio lo surgido de las entrevistas, y en otros directamente lo contradice.

Aceptado: 11 de octubre de 2005.

Bibliografía

- BALARDINI, S. y MIRANDA, A. (2000) "Juventud, Transiciones y permanencias", en *Pobres, pobreza y exclusión social*, Buenos Aires, CEIL/CONICET.
- BRITO LEMUS, R. (1996) "Hacia una sociología de la juventud", en *Revista Jóvenes*, Año 1, Núm. 1, México D.F., Cuarta época, pp. 24-33.
- COHEN, D. (2003) "¿Quién decide? El adolescente como agente moral", en *Revista Perspectivas Bioéticas*, Núm. 8, Barcelona, FLACSO/Gedisa, pp. 55-67.
- JODELET, D. (1991) "Representaciones sociales: un área en expansión", en PÁEZ, D. y otros (comp.) *Sida: imagen y prevención*, España, Ed. Fundamentos.
- (1986) "La representación social: fenómenos, concepto y teoría", en MOSCOVICI, S. *Psicología Social II*, Barcelona, Paidós.
- KRAUSKOPF, D. (2000) "Dimensiones críticas en la participación social de las juventudes", en BALARDINI, S. (comp.) *La participación social y política de los jóvenes en el horizonte del nuevo siglo*, Buenos Aires, Colección de Grupos de Trabajo, FLACSO.
- URRESTI, M. (2002) "Consumos culturales y usos de la ciudad", en *Revista Encrucijadas*, Año 2, Núm. 16, Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires, pp. 36-43.
- VOLOSHINOV, V. (1976) *El signo ideológico y la filosofía del lenguaje*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- WINNICOTT, D. W. (1984) *La familia y el desarrollo del individuo*, Buenos Aires, Hormé.

veroto@mail.com

Verónica Tobeña. Lic. en Ciencias de la Comunicación (UBA), actualmente cursando la Maestría en Sociología de la Cultura y Análisis Cultural (IDAES - Universidad de San Martín). Asistente de Dirección de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO - Argentina) y asistente de Investigación del Proyecto "La nueva configuración de la discriminación educativa" a cargo de la Lic. Guillermina Tiramonti (Directora de FLACSO - Argentina). Domicilio: Pte. Luis Sáenz Peña 277, 1º "F", Capital Federal.