

**Adolescencias y promoción de la salud: una experiencia participativa,  
interdisciplinaria e intersectorial.**

**TRABAJO FINAL DE GRADO  
PROYECTO DE INTERVENCIÓN**

Facultad de Psicología, Universidad de la República

Camila Barrios Brandon

C.I: 5.239.496-0

Tutora: Prof. Adj. Mag. María Julia Perea

Revisora: Asist. Mag. Leticia Aszkinas

Febrero, 2025  
Montevideo, Uruguay

## ÍNDICE

### Resumen

<b>1. Presentación</b> .....	3
<b>2. Fundamentación</b> .....	3
<b>3. Antecedentes</b> .....	6
<b>4. Marco teórico</b> .....	7
4.1. Psicología de la Salud.....	7
4.2. Atención Primaria en Salud y Primer Nivel de Atención .....	10
4.3. Adolescencias .....	11
4.4. Accesibilidad .....	15
4.5. Adultocentrismo .....	17
4.6. Adolescencia y salud.....	21
<b>5. Objetivos</b> .....	22
5.1. Objetivo principal.....	22
5.2. Objetivos específicos.....	22
<b>6. Metodología</b> .....	22
6.1. Cronograma de actividades.....	25
<b>7. Análisis de la implicación</b> .....	27
<b>8. Consideraciones éticas</b> .....	27
<b>9. Resultados esperados</b> .....	28
<b>10. Referencias</b> .....	29
<b>11. Anexo</b> .....	34

## **Resumen**

La elaboración del presente Pre-proyecto de intervención corresponde al Trabajo Final de Grado (TFG) de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República. Se plantea como problema de intervención la fragilidad del vínculo entre los/las adolescentes y los centros de salud. Se llevará a cabo una intervención interdisciplinaria e intersectorial con el fin de construir un espacio que atienda los procesos de salud-enfermedad, a través de talleres para y con los/las estudiantes de Séptimo de Educación Media Básica (EMB) del Liceo El Pinar N°2, en conjunto con la Policlínica de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) del Autódromo del Pinar. En estos se buscará promover la salud desde una perspectiva crítica, integral y participativa, construyendo un espacio de confianza y escucha que posibilite vínculos más cercanos con los centros de salud. Teniendo en cuenta que muchas veces lo que aleja a los/las adolescentes de dichos centros son las concepciones de salud ligadas al modelo médico hegemónico, con su impronta individualista y biologicista. Por lo que, en los talleres se buscará hacer una crítica a estos modelos para evaluar si un cambio en las concepciones genera una transformación en relación con los servicios en salud. A raíz de esta intervención se espera el fortalecimiento del protagonismo de los/las adolescentes en los procesos de salud-enfermedad, buscando a su vez generar más integración entre el centro educativo y los centro de salud.

Palabras clave: adolescencias, salud, promoción, participación

## **1. Presentación**

El presente proyecto se realizará con adolescentes que se encuentren cursando séptimo de Educación Media Básica. Se planifica ejecutarlo en el año 2025, en el departamento de Canelones, más precisamente en la Ciudad de la Costa, en el Liceo Pinar N°2 que funcionará de lugar base. Como la propuesta incluye tejer redes con la comunidad y centros de salud, la ubicación será flexible, variando según se considere necesario.

Se realizarán 12 talleres, llevados a cabo por las personas que se considere pertinente según la ocasión, pudiendo invitar a profesionales o funcionarios/as de los centros de salud, o personas con conocimiento calificado de la comunidad.

Es un proyecto que es necesariamente en equipo e interdisciplinario, al estar dentro del marco de la Atención Primaria en Salud, se construirá con los/las trabajadores/as del liceo y con los/las trabajadores/as de la Policlínica del Autódromo.

El trabajo en dispositivos grupales cobra especial relevancia con dicha población porque es una etapa vital que se caracteriza por la conformación de grupos de pares, ya que estas son las “formas de ser y estar en la adolescencia” (Arias, 2014, p.55).

En el relevamiento del Instituto Nacional de la Juventud (INJU, 2019), donde se recogen datos de los/las jóvenes y sus necesidades en cuanto a diversas áreas, se expresa que estos/as necesitan “espacios por fuera de los servicios de salud, en los lugares por donde los y las jóvenes transitan, como por ejemplo en los centros educativos” (INJU, 2019, p.166). En estos espacios es importante realizar conexiones y construir lazos con los servicios de salud, incorporando referentes que estén en un espacio intermedio entre el centro educativo, y el centro de salud (INJU, 2019).

## **2. Fundamentación**

El problema de intervención es la fragilidad del vínculo entre los/las adolescentes y los centros de salud. Siguiendo a la Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud (ENAJ, 2013) en el interior del país, el 84,7% de los/las jóvenes y adolescentes han asistido al menos a una consulta médica en el último año. Dentro de los/las que no asistieron a ninguna consulta, el 90% responde que no lo hicieron porque no tenían motivos (ENAJ, 2013). A nivel nacional, si se hace foco en los/las adolescentes, incluyendo a las personas de 10 a 19 años, se ve una pequeña diferencia entre las que tienen de 12 a 14 y de 15 a 19, siendo los menores los que consultan un 1% menos que los más grandes, 86,6% y 87,6% respectivamente (ENAJ, 2013). Aunque la diferencia sea mínima, se tiene en cuenta ya que este proyecto se propone trabajar con adolescentes que se encuentran cursando primer año de secundaria, que pueden tener de 12 años en adelante.

Siguiendo los planteos de INJU (2010) los/las jóvenes y adolescentes no tienen el hábito de asistir a controles preventivos, sino que hacen uso de los servicios de salud solo

cuando se sienten enfermos. El 10% de los/las adolescentes de 15 a 19 años consultan de manera preventiva (INJU, 2010).

Vitale (2023) considera que el vínculo de los/las adolescentes con los centros de salud está mediado porque “ las concepciones que las adolescencias tienen sobre el sistema de salud y sobre el cuidado de su salud, están vinculadas a modelos higienistas, individualistas y ligadas al discurso médico hegemónico” (Vitale, 2023, p. 26).

Esto se ve también reflejado en el INJU (2019) en donde los/las jóvenes y adolescentes cuestionan el vínculo médico-paciente, por su carácter vertical y unidireccional, que se expresa la mayoría de las veces en la “prescripción de tratamientos o medicamentos sin informar a las y los consultantes de las razones de esta evaluación” (INJU,2019, p.161).

Morales Calatayud (2015) en cuanto a cómo operan las representaciones y concepciones de salud, expresa:

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

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) sostiene que el acceso a servicios de salud para los y las adolescentes es insuficiente en gran parte de los países (OPS, 2010). Según INJU (2019) estos/as expresan que estos servicios no son amigables para con ellos/ellas, y que los/las profesionales muchas veces no están actualizados/as con temáticas de salud mental y sexualidad (INJU, 2019). Los/las jóvenes y adolescentes manifiestan la necesidad de contar con servicios sanitarios más adaptados a sus requerimientos, con personal en el que puedan confiar, dispuestos a escucharlos/as y acompañarlos/as, sin sentirse juzgados/as (INJU, 2019).

Los servicios y políticas en salud tratan las adolescencias desde un enfoque vertical y centrándose en los problemas. Estos problemas suelen abordarse de manera aislada, lo cual resulta insuficiente, el abordaje debe ser desde “un modelo de atención más integral e integrado” (OPS, 2010, p.18). Según datos científicos dichas políticas y servicios deberían atender los problemas de salud de manera interrelacionada, ya que hay comportamientos que parten de un origen común (OPS, 2010). Las intervenciones en salud tienen que apoyarse en la evidencia científica y la participación de las adolescencias, de lo contrario serán ineficaces (OPS, 2010).

Los sistemas de salud, al contar con poca participación adolescente, no le dan relevancia a lo que estos demandan y necesitan según su edad, desarrollo, cultura y/o género. Dichos sistemas han desaprovechado la posibilidad de construir vínculos con las familias, las escuelas y las comunidades, ignorando su función clave como factor protector para la salud (OPS, 2010).

Basado en lo antes mencionado, este proyecto busca trabajar, cuestionar y problematizar las concepciones de salud con las adolescencias. Ya que siguiendo a Vitale (2023), se desprende que la población adolescente no asiste de manera habitual a los centros de salud, debido a múltiples factores, sean de índole personal, social, familiar y cultural. Entre estos factores se considera relevante la influencia de la manera en que dicha población concibe la salud y cuál es su concepción acerca de los servicios de salud (Vitale, 2023).

Vitale (2023) destaca que los discursos sobre salud que expresan los/las adolescentes, refieren a la idea de equilibrio y bienestar, desde una visión individualista. Sobre salud mental ellos/ellas consideran importante ser parte y transitar por espacios saludables y/o recreativos con sus pares, por otro lado aparece como muy significativo el rol de la familia, en cuanto a sentirse escuchados/as, apoyados/as y acompañados/as. Respecto a la salud física estos/estas la relacionan con hábitos higienistas, primando el cuidado del propio cuerpo, la alimentación y también actividad física. Reconocen además los problemas alrededor de la contaminación del medio ambiente. Se presenta como emergente de la reciente pandemia, la preocupación por la convivencia en las grandes ciudades por la peligrosidad y miedo del contagio (Vitale, 2023).

Siguiendo con los planteos de INJU (2010), acerca de que la mayoría de los/las adolescentes consultan y asisten a los centros de salud en caso de sentirse enfermos/as Vitale (2023) sostiene que:

“...ante un malestar los y las adolescentes buscan la forma de aplacar el síntoma o dejarlo pasar, y si se agrava la situación, allí se acercan al servicio de salud. En sus discursos, se observan diversos factores por los que no se acercarían al centro de salud, y estos se vinculan con la autogestión del malestar, con el respeto y obediencia al poder médico, con el miedo a la consulta y con la asociación de la salud como un trámite” (p.60).

Esto muestra cómo en algunos casos al sentirse enfermos/as tampoco se da la consulta. En otros relatos emerge la práctica de la automedicación como primera alternativa, la consulta con profesionales queda como última opción. Otra de las estrategias es buscar información en internet, esto implica ciertos riesgos porque la información que aparece en las páginas suele ser de carácter biologicista, invisibilizando aspectos emocionales y sociales de los malestares (Vitale, 2023).

Los espacios más relevantes en los que se transmite información acerca de la salud según los/las adolescentes son su familia, hogar y liceo. Los discursos familiares y de los/las referentes acerca de la salud, coinciden con las concepciones que tienen los/las adolescentes sobre esta, enmarcada en una “visión biologicista, individualista y vinculada al discurso médico hegemónico” (Vitale, 2023, p.53).

El Programa Nacional de Salud Adolescente y Juventud :

propone un modelo de atención que ubica al ser adolescente en el centro y lo vincula con su micro, macro entorno, en el que se privilegia la promoción de estilos de vida saludable y la prevención de condiciones o problemas de salud” (UNFPA, 2015, p.26).

A dicho programa se debería acceder no solo a través de los servicios más tradicionales, también en los lugares donde los/las adolescentes están, sea en espacios de estudio o de recreación, motivando su participación. Es fundamental integrar e incorporar sus necesidades a la hora de implementar servicios que les brinden atención. Hay que considerar a los/las adolescentes como parte de la solución y no solo como poseedores/as de problemas.(UNFPA, 2015)

### **3. Antecedentes**

#### Panel de juventudes: Punto y seguido

Este proyecto tiene en cuenta las propuestas expresadas en el texto de Punto y Seguido (2019), realizado por INJU. En él se realiza un balance, una evaluación del Plan de Acción de Juventudes (PAJ) 2015-2025, este plan consiste de un conjunto de lineamientos, acciones y políticas públicas para las adolescencias y juventudes, cuyo objetivo es:

“ garantizar el ejercicio de derechos propiciando la participación e incidencia de los y las jóvenes en la construcción de una sociedad más justa, y se organiza a través de cuatro ejes estratégicos: integración educativa, emancipación, salud integral y calidad de vida y ciudadanía, participación y cultura” (INJU, 2019, p.24)

Uno de los aspectos más relevantes del balance es que se consultan e incluyen las opiniones de jóvenes y adolescentes. No solo consiste en una evaluación sino que se realizan propuestas en cuanto a lo que aún falta por hacer, pensando posibles ajustes o cambios que ayuden a superar las falencias detectadas.(INJU, 2019)

Esta evaluación se da a través de estrategias participativas, poniendo en el centro a los/las jóvenes y adolescentes. Dándoles valor como protagonistas de dichas políticas, consultándolos/as para tenerlos/as en cuenta a la hora de la actualización del plan, “buscando que ninguna persona joven se quede atrás e incorporar temáticas emergentes en un mundo que sigue cambiando” (INJU, 2019, p.20).

El balance constó de varias etapas, se considera importante de destacar la etapa de “diálogos en territorio”, que consistió en consultar a los/las jóvenes y adolescentes de todos los departamentos del país, propiciando un intercambio y profundización acerca de los lineamientos del PAJ, incluyendo la posibilidad de relevar temáticas emergentes oportunas para ser incorporadas en políticas públicas ya existentes o nuevas (INJU, 2019). La consulta territorial fue nombrada “Tu opinión sí que importa”, y constó de 21 instancias, repartidas en los 19 departamentos; en total fueron consultados bajo esta modalidad 1344 jóvenes (INJU, 2019).

Cabe destacar que los tramos de edad de los/las jóvenes consultados van de menos de 14 años hasta más de 29. De los 1344, 49 tenían menos de catorce, 744 tenían entre 14 y 17, siendo en conjunto el 59 por ciento de la muestra (INJU, 2019). Se hace esta aclaración ya que este es el tramo que estaría más vinculado a la adolescencia.

Del balance emerge la necesidad de incluir a nivel curricular conocimientos, instrumentos y experiencias que fomenten una mejor convivencia en las instituciones educativas. Además es fundamental la creación de nuevas modalidades, nuevos dispositivos que abarquen temas que no están presentes en los planes curriculares, que promuevan la participación juvenil e incentiven su protagonismo (INJU, 2019).

## **4. Marco teórico**

### **4.4. Psicología de la Salud**

Desde la edad antigua han habido prácticas y discursos asociados a los conceptos de salud-enfermedad. Las concepciones eran de características mágico religiosas, la salud se encontraba ligada a la idea de bendición y la enfermedad a la idea de castigo por parte de los dioses. Con la aparición de Hipócrates se da una transformación, la salud se concibe como una condición natural altamente valorada. La enfermedad, sin embargo, es vista como un desequilibrio o alejamiento de las normas de alimentación o el uso del agua, o un mal relacionamiento con el medio ambiente (De Lellis, 2015).

En la Edad Media, la iglesia católica adquirió más poder, las enfermedades se consideraban una intervención de dios. Se da un gran éxodo del campo a las ciudades, causando una gran aglomeración para la que no estaban preparadas, teniendo dificultades sanitarias (De Lellis, 2015). Esto generó epidemias con alto grado de mortalidad. Emergen teorías acerca de que las patologías son causadas por la contaminación del aire y ambiente. Por otro lado, los árabes asociaban la salud o la enfermedad con la idea de equilibrio o desequilibrio respectivamente, vinculado con aspectos claves como el aire limpio, una buena alimentación, consumo de agua adecuado, un buen dormir, un descanso adecuado, el vínculo con las emociones, etc (De Lellis, 2015).



En la modernidad emerge la idea de la salud “como ausencia de enfermedad” (Calatayud, 2009, p. 2). Esta idea fue muy difundida por el discurso biomédico hegemónico, que sostenía que la causa principal de las enfermedades era de origen biológico, ocasionadas por daños verificables a nivel de los órganos o tejidos. Los discursos acerca de que es la salud propiamente dicha se fueron silenciando; esta cobrara relevancia cuando se deterioraba. La salud se consideraba como “el silencio de los órganos” (De Lellis, 2015, p. 13). Así el riesgo a enfermarse fue individualizado, esto “ha perpetuado la idea de que ese riesgo no está socialmente determinado. Se traslada la responsabilidad del proceso de enfermar al propio individuo” (Macri, 2009, p.52).

Además de esta perspectiva médico-reduccionista, aparecen otras perspectivas que entienden que las concepciones de salud y enfermedad van más allá del cuerpo físico. Agregándoles dimensiones inherentes que las determinan, como los comportamientos individuales, el ambiente en el que se vive, las relaciones sociales, la situación económica y los ámbitos culturales (Calatayud, 2009)

La salud pública surge a comienzos del siglo XIX en Francia. En el contexto de mucha vulnerabilidad y explotación social, resultado de la industrialización. Luego de un proceso de revolución, los burgueses acceden al poder, y realizan la Declaración de los Derechos Humanos. La declaración resalta los valores de libertad, igualdad y soberanía, dando como resultado a lo que conocemos como estados modernos. Estos valores y principios se reflejan en el área sanitaria (De Lellis, 2015).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946 conceptualiza que la salud es “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo ausencia de enfermedades”. Se comienza a pensar la salud de manera positiva, integrando componentes más subjetivos. Esta definición recibió varias críticas por su carácter absoluto, idealista e inmovil. Se ensayan otras definiciones que excluyen la palabra “completo”, ya que la salud no existe en términos absolutos sino que es relativa al contexto social e histórico (Calatayud, 2009).

Se hace una distinción entre la conceptualización de la salud como estado a alcanzar, y una perspectiva de la salud como proceso, que incluye la habilidad del sujeto “para tomar decisiones, afrontar responsabilidades y vivir con autonomía en el ámbito concreto de la vida cotidiana” (De Lellis, 2015, p.14). Esta visión centrada en el carácter de proceso de la salud, la entiende de forma más flexible, permanentemente en movimiento según las circunstancias de la vida de las personas, no como un estado de bienestar inalterable. (De Lellis, 2015)

Villar (1992) adhiere con la concepción antes mencionada:

La salud y la enfermedad no son estados definidos, aislados y totalmente diferentes, sino que constituyen manifestaciones de un mismo proceso dinámico, en continua

interacción dialéctica, con rupturas, cambios y contradicciones, tal como el organismo vivo también en continua adaptación y transformación ( p.21).

La mejora de salud y los gastos asociados a ella estaban centralizadas en organizar la atención sanitaria. Posteriormente se realizaron estudios para identificar las causas de las enfermedades y muertes, esto reveló que lo que determinaba la salud no era sólo cuestiones vinculadas a lesiones en órganos o tejidos, sino que además de lo biológico, tenía gran influencia, el medio ambiente y el estilo de vida (De Lellis, 2015). Los gastos en la salud estaban mal dirigidos, ya que se invertía en tratar enfermedades, cuando se podría invertir para evitarlas. Surge así un movimiento llamado “la Nueva Salud Pública” (De Lellis, 2015, p.22).

La salud pública comienza a ser concebida como un conglomerado de prácticas y teorías que tienen como fin aumentar la salud, el bienestar y la calidad de vida, a través de mejorar el acceso a oportunidades. Es una ciencia que se encarga de prevenir enfermedades, malestares y/o discapacidades, a la vez que se fomenta la salud, con un enfoque que integra e incentiva la organización de la comunidad para transformar en más saludable el medio ambiente. Implica además el control de enfermedades infecciosas, y las que no lo son. Educa a los sujetos en los preceptos de la higiene, y a su vez busca métodos eficientes para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los padecimientos. Desarrollando una estructura social que le garantice a las personas un nivel de vida que coopere en el sostenimiento de la salud (Terris, 1992 en Calatayud, 2009).

En el proceso de salud enfermedad, son influyentes y determinantes las características singulares, las experiencias a las que se enfrentó y enfrenta, y además las particularidades de su ambiente (Vazquez, 2008). Este proceso está compuesto por aspectos personales y también comunitarios, se encuentra “determinado por una compleja red multicausal de factores biológicos y sociales” (Vazquez, 2008, p.1).

El vínculo entre las distintas condiciones de vida y la salud, determinan que en los grupos sociales haya una distribución desigual de la enfermedad y muerte. El concepto de determinantes de la salud abarca los factores que intervienen e influyen en la situación de salud de las poblaciones (Macri, 2009). Lo que origina los riesgos a la salud, es el modo en el que se estructuran las sociedades, incluyendo las relaciones sociales que los producen. El origen de estos riesgos se vinculan con alteraciones a nivel ecológico y social (Macri, 2009).

En los años 90, en el estudio sobre las causas de la enfermedad y la salud, comienza a cobrar relevancia el concepto de Determinantes Sociales de la Salud como respuesta a las limitaciones de otros modelos de causalidad (De Lellis, 2015). Los determinantes sociales de la salud son según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2009) “el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que

ejercen gran influencia en el estado de salud” (p.1). Asociados con las condiciones de vida de las personas, incluyendo la posibilidad de acceso a servicios sanitarios, a centros educativos, las características de su trabajo, la organización de su tiempo de ocio, y la situación habitacional, de vivienda. Estas condiciones están atravesadas además por fenómenos de carácter más estructural, que operan en la distribución desigual del poder, generando inequidades en las oportunidades de ingresos económicos, bienes y servicios (OMS, 2009). Con inequidad se hace referencia a la distribución desigual e injusta de la situación de salud de las personas, dicha desigualdad es evitable (De Lellis, 2015).

#### 4.2. Atención Primaria en Salud y Primer Nivel de Atención.

La década de 1970 se caracterizó por el envejecimiento poblacional, el incremento de personas y/o regiones marginadas por desempleo o pobreza, la dificultad para acceder a los servicios sanitarios debido a la pobreza y exclusión, sumado a la incongruencia entre el “aumento del gasto en salud y la mejora de la salud de la población” (Benia, 2008, p. 120). En este contexto es que emerge la Atención Primaria en Salud de la mano de la Declaración de Alma Ata en 1978, que tiene por objetivo la equidad y reducir las desigualdades en el acceso a la salud (De Lellis, 2015). Esta es definida como:

“la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación” (OMS, 1978, p. 3).

La promoción en salud se presenta como una herramienta para contribuir a un mejor estado de salud, a partir de la Carta de Ottawa en 1986 (Herrera, 2009). Esta mejora se realiza a través de otorgarle a las personas los medios que necesiten para tener más control sobre su salud (Mendez, 2008). Busca accionar e influir en la vida cotidiana de las personas, pretende realizar transformaciones en los determinantes de la salud, entendiendo la salud desde un enfoque positivo y se esfuerza en promover la participación de la población (Mendez, 2008).

En principio se la asociaba con una "estrategia de prevención primaria" (Mendez, 2008, p.31), que tenía como objetivo evitar las enfermedades. Sin embargo, la promoción de la salud implica la articulación de acciones dirigidas hacia la salud, con una perspectiva más amplia en la que se puede incluir la prevención. De Lellis (2015) sostiene que esta “se sustenta principalmente en un paradigma holístico de la salud, que integra todas las características del bienestar humano, conciliando dos aspectos fundamentales: la satisfacción de las llamadas necesidades básicas y el derecho a otras aspiraciones del ser humano” ( p.26).

Mendez (2008) menciona que la promoción en salud se compone por diferentes campos de acción, entre los que se encuentran la creación de políticas públicas, el "reforzamiento de la acción comunitaria" (p.32), la construcción de entornos más saludables, el desarrollo y fortalecimiento de habilidades personales, más el redireccionamiento de los servicios de salud. Es transversal a todos estos campos el fomento de la participación comunitaria y la intersectorialidad (Mendez, 2008). Además es interdisciplinaria, ya que sus intervenciones necesitan de varias disciplinas en interrelación. Se genera así un conocimiento derivado de estas interrelaciones, que es específico y tiene como objetivo construir una sociedad más equitativa (De Lellis, 2015). Uno de sus principales desafíos es "contribuir al desarrollo de personas, y comunidades saludables con autonomía" (Mendez, 2008 ,p.34).

Desde esos sucesos hasta la actualidad se han logrado varios avances a nivel teórico y también práctico, ampliando así el alcance de la salud pública, contribuyendo a mejorar la salud y la calidad de vida de las personas (De Lellis, 2015).

Luego de la Carta de Ottawa, se presenta como esencial brindarle a la población los medios para que logren mejorar y controlar más su salud. Se hace hincapié en la Promoción de la Salud, y esta trabaja para realizar cambios en los determinantes de la salud. Se propone una estrategia para realizar una transformación, desde una política centralizada en el uso del sistema de atención médica, a una política que trabaje sobre los factores que facilitan un acceso a la salud positiva, considerándola un derecho humano universal.(De Lellis, 2015)

#### 4.3. Adolescencias

En la antigüedad la vida estaba compuesta por tres etapas: la niñez, la adultez y la vejez. Estaba presente la pubertad como fenómeno fisiológico, esta daba paso a rituales que marcaban el paso del niño al adulto (Krauskopf, 2007). Los púberes eran parte de los comicios, de la magistratura y la milicia, sus derechos y deberes eran los mismos que los ciudadanos adultos (Krauskopf, 2007). En el siglo II antes de Cristo (a.C) dejan de acceder a estos derechos, ya que se considera que la madurez social se lograba a los 25 años, a través del matrimonio y/o la herencia. Se construye así la necesidad de protección, por una supuesta falta de experiencia, lo que limita su participación en negocios y cargos públicos. Se inaugura una clase de edad nueva, semidependiente de los adultos, semejante a la adolescencia (Krauskopf, 2007).

En el siglo XIX la vida estaba separada en estadios, cada uno con derechos y deberes diferenciados. Los jóvenes y/o adolescentes no participan del trabajo, ya no comparten tanto tiempo con adultos, quedando bajo el control de la escuela y la familia. Esto refiere a los adolescentes con mejor posición socioeconómica. (Krauskopf, 2007) Los que no lograban acceder al trabajo ni a la escuela, comienzan a formar bandas

contraculturales. Surge el interés por la delincuencia juvenil, se crean organismos específicos para abordar dicha problemática. La emotividad e inestabilidad, características de la adolescencia, eran tomadas como el causal de los delitos. La adolescencia es tomada como una fase problema (Krauskopf, 2007).

A principios del siglo XX surge la primera conceptualización oficial de la adolescencia, de la mano de Stanley Hall (Lopez, 2015). Fue definida como período de transición, con vivencias dramáticas y tormentosas, que producen diversos conflictos y tensiones que se atraviesan con inestabilidad y pasión; el sujeto se encuentra dividido entre tendencias antagónicas (Lopez, 2015).

La adolescencia se define desde un enfoque biologicista y endopsíquico. Sin tener en cuenta las experiencias femeninas ni la influencia del medio (Krauskopf, 2007). Se centra en la experiencia del adolescente varón de la clase media/alta, pasarán muchos años para que las niñas pobres sean identificadas como adolescentes (Lopez, 2015).

Luego de la mitad del siglo XX, se amplía dicho concepto incluyendo a las diversas clases socio-económicas (Krauskopf, 2007). Se define la adolescencia como periodo del ciclo vital con “particularidades y derechos específicos, que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales y ya no como una etapa que se transita para llegar a la adultez” (Torrado y Di Landro, 2015, p.31).

La Convención de los Derechos del Niño reconoce a las personas menores de 18 años su condición de ciudadanos/as (Krauskopf, 2007). Los/las adolescentes comienzan a recuperar las libertades que habían perdido, empieza a disminuir el autoritarismo a nivel familiar, las agrupaciones de jóvenes pasan a ser mixtas, y la invención de los anticonceptivos impacta en la libertad sexual (Krauskopf, 2007).

El fin del siglo XX se caracteriza por los avances a nivel informático, la prevalencia de la imagen en la sociedad y la globalización (Krauskopf, 2007). El fenómeno de la prolongación de la vida más la aceleración de los cambios, impide el pronóstico certero del futuro, obstruyendo así la posibilidad de armar un proyecto de vida estable, predeterminado y certero. Queda obsoleta la idea de adolescencia como etapa que comienza con el fin de la niñez y se prolonga hasta que la persona contrae matrimonio, trabaja y participa como ciudadana. Hay un quiebre en la linealidad y lo normativo respecto a las etapas del desarrollo (Krauskopf, 2007). En otras generaciones se esperaba que “remando” se obtendría un lugar en la sociedad y en el trabajo, sin embargo para las nuevas generaciones esta ilusión es incierta, no está garantizada. Esto puede generar en las adolescencias la ausencia de referentes y referencias (Viñar, 2009).

Es importante presentar el contexto de las adolescencias uruguayas: han nacido en democracia, en un mundo globalizado, en una revolución científica tecnológica; en la era informática y de las crisis económicas. El Estado posee una función protectora sobre ellos.

Además la familia y la subjetividad ha sufrido cambios en su conformación. Practican su sexualidad con la posibilidad de acceder a métodos anticonceptivos. Aún en la actualidad se les asigna un lugar en la sociedad con menor influencia y poder, que las personas adultas. Provocando desigualdades en el acceso a derechos, oportunidades, bienes y servicios (Lopez Gomez, 2015).

La adolescencia no tiene una definición acabada, ya que “se construye dinámicamente en una sociedad determinada, en un momento histórico determinado, y más aún, en una comunidad determinada” (Lopez Gomez, 2015, p.17). En la actualidad no hay consenso internacional, ni entre disciplinas y autores, acerca de la edad en la que empieza y finaliza. Varias fuentes la sitúan entre los 10 y 19 años, con varias fases como la pubertad, adolescencia temprana, adolescencia media y la adolescencia tardía (Lopez Gomez, 2015). Viñar (2009) agrega que la adolescencia se expresa de manera más intensa tanto en el cuerpo como en el alma desde los 12 hasta los 17 años.

Lopez Gomez (2015) considera la adolescencia como una etapa crítica en el desarrollo, en que se dan diversos fenómenos como, “el proceso de autonomización, la elaboración de duelos, la búsqueda de ideales, el grupo de pares y los espacios propios de organización social y un nuevo ejercicio de la sexualidad” (Lopez Gomez, 2015, p.18). Según Viñar (2009) la adolescencia es un proceso “interactivo de causalidades complejas” (p.30). Sostiene que “la tormenta hormonal pubertaria es el gatillo que dispara, que desata un trabajo mental inédito (inaugural quizás), que cada individuo y grupo humano deben transitar, tramitar o resolver” (Viñar, 2009, p.20). Pasado este momento inaugural, tanto la cultura como la biología se vinculan dentro de un paradigma complejo, sin poseer superioridad lógica sobre la otra. Esta interacción produce múltiples adolescencias singulares según su situación temporoespacial (Viñar, 2009).

Torrado y Di Landro (2015) adhieren a la pluralidad del concepto de adolescencia, oponiéndose a una visión centrada en lo cronológico y en lo “no-adulto”, que lleva a la homogeneización y la creación de identidades rígidas. No hay una adolescencia única e igual para todos. Utilizan el término adolescencias, ya que en ellas confluyen diversas maneras de “sentir, ser y vivir” que están intrínsecamente vinculadas a sus contextos históricos, sociales, económicos y culturales. (Torrado y Di Landro, 2015, p.32)

Las adolescencias implican un “trabajo de transformación o proceso de expansión y crecimiento, de germinación y creatividad, que tiene logros y fracasos que nunca se distribuyen en blanco y negro”. (Viñar, 2009, p.20) Tienen una fuerte impronta a nivel del cuerpo, ya que las alteraciones hormonales propias de la pubertad producen transformaciones en la relación del niño/a con su cuerpo. Así “el cuerpo niño” que se autopercebe como familiar, se vuelve misterioso, desconocido y cargado de incertidumbre en la adolescencia. (Viñar, 2009) El yo busca su autonomía, “ser el amo”, pero lo habita la

paradoja de que al mismo tiempo se convierte en el esclavo/a de las sensaciones corporales novedosas, fascinantes y terribles, estas son percibidas como un enigma a resolver, junto con la necesidad de darles significado (Viñar, 2009, p.32).

En la adolescencia se adquieren facultades cognitivas como la simbolización, generalización y abstracción. Esto coopera con la diferenciación identitaria y en que puedan desarrollar maneras más complejas y amplias de comprender e interpretar la realidad (Krauskopf, 2007). Se pasa de la postura infantil de estar “dentro” del mundo a ubicarse en perspectiva, “frente a él y a sí mismo” (Krauskopf, 1999). Es imprescindible que los/las sujetos/as superen “las modalidades de ajuste propias de la niñez y responder al impulso de aumentar las identificaciones que permitirán responder durante la vida juvenil”. (Krauskopf, 2007, p.6).

En esta etapa se da un “trabajo de desprendimiento” (Viñar, 2009, p.34), con respecto a las figuras parentales. Disminuye la consideración de el o la adolescente con respecto al poder y saber prácticamente absolutos que atribuía en la infancia a estas figuras. Se “inicia un trabajo de reapropiación de una autonomía que se incrementa, pero pensar por cuenta propia es un problema arduo a cualquier edad, y lo es más aún en los comienzos.” (Viñar, 2009, p.30) Este proceso que también puede ser llamado individuación o separación, implica un arduo trabajo interno pero depende necesariamente de otros/as (Viñar, 2009). Atravesar este proceso de manera solitaria puede ser doloroso y agotador, por eso un monto de la atracción que las figuras parentales ejercían sobre el niño/a, debe redistribuirse en vínculos exogámicos (Viñar, 2009). Esta etapa es caracterizada por la conformación de grupos de pares, que crean sus reglas y definen criterios. Estos grupos tienen más jerarquía que lo familiar, que por momentos llega a generar rechazo (Viñar, 2009).

El anterior planteo coincide con el que realiza Krauskopf (2007), de que las múltiples transformaciones de este momento del desarrollo constituyen una “segunda individuación”, el/la sujeto/a busca experimentar y explorar a la vez que se diferencia del grupo familiar, resignificando su identidad a nivel personal y social (Krauskopf, 2007). Mientras atraviesa esta individuación que se teje en la pubertad, se construyen e imaginan posibles proyectos vitales, se presentan conflictos en cuanto a la elección de la vocación, y se da “el parto de una singularidad y de un estilo” (Viñar, 2009, p.37). Dicha reflexión y proceso acerca de la propia identidad se repite varias veces a lo largo de la vida, pero esta es la primera vez que se atraviesa dicha experiencia, por eso es tan importante (Viñar, 2009).

En la fase puberal o adolescencia temprana, que se presenta desde los 10 hasta los 14 años, el esquema y la imagen corporal atraviesan una reestructuración, un reajuste en consonancia con los cambios corporales. Se duela el cuerpo y el status infantil. Suelen generar grupos de pares del mismo sexo que fortalecen identidades y roles antes de

comenzar el relacionamiento heterosexual (Krauskopf, 1999). Aparecen por el lado de las adolescentes la menstruación y por el de los adolescentes la eyaculación (Krauskopf, 1999). La sexualidad empieza a jugar un rol más importante, los órganos reproductivos se desarrollan y dan posibilidad a la capacidad reproductiva (López, 2015).

#### 4.4 Accesibilidad

En un principio la accesibilidad hacía referencia a los modos de acercamiento y relacionamiento que tenían los servicios de salud con las personas, como un vínculo unidireccional (Comes, 2007). El problema de esta definición es que se ignoraba el papel de los/las sujetos/as como parte de la construcción de accesibilidad. Esta concepción se amplía y se define “como una relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse” (Comes, 2007, p.202). Integrando las representaciones y prácticas de salud de las personas, así como sus modos de vida para lograr una mejora en la accesibilidad (Comes, 2007).

La accesibilidad tiene varios planos, el geográfico vinculado a donde están los servicios y donde no. El económico implica la capacidad de los sujetos de costear su atención sanitaria y a su vez la inversión del estado en el sistema sanitario. El burocrático, es la organización a nivel interno, el cómo se administran en cuanto a la asignación de turnos, medicamentos, listas de espera, etc. El legal que se refiere a las políticas y los derechos otorgados por el Estado en cuanto a la salud. Y por último un plano cultural y simbólico que incluye maneras de ver, escuchar y tratar a los/las usuarios/as; diferentes prácticas y actitudes que reflejan diversas maneras de concebir a las personas y sus problemáticas. A su vez este plano integra las perspectivas de los/las usuarios/as, sus concepciones de salud y de los servicios de la salud (Comes y Stolkiner, 2003).

Este último es construido a través de “experiencias vinculares, de los mecanismos de poder y de disciplinamientos que se ejercen en cada sociedad, de la clase de pertenencia, de los grupos étnicos, se encuentra multideterminada por el contexto histórico y la historia de los individuos” (Arias y Suárez, 2014, p.27).

Determinadas concepciones que poseen las personas acerca de los servicios de salud, y viceversa podrían favorecer u obstaculizar el encuentro entre ambos actores. Debido a esto se lo considera un fenómeno complejo y multifactorial. Por el lado de los/las usuarios/as estas concepciones dependen de las experiencias previas, de si los servicios de salud lograron ayudar en la resolución de la problemática del usuario/a, de cómo fue tratado/a, de cuestiones subjetivas que van desde la infraestructura del servicio hasta cuestiones vinculares con los recursos humanos (Comes y Stolkiner, 2003).

Por el lado de los servicios de salud está vinculado a la manera en que estos perciben a quienes son sus usuarios/as, a los prejuicios sobre ellos/ellas, a lo que piensan



que son sus necesidades y al cómo deben ser tratados/as, basados en un modelo de atención estipulado (Arias y Suárez, 2014). Los diversos componentes que se juegan en este vínculo resultan en la posibilidad de garantizar los derechos de los/las usuarios/as y en la construcción de su concepción acerca de la salud (Arias y Suárez, 2014).

Arias y Suarez (2014) consideran que por lo general el concepto de accesibilidad se relaciona más con la organización y atención del servicio de salud, por lo cual es dicho servicio que determina según sus criterios e ideas acerca de la atención, el encuentro con la población adolescente, se centra en sus propios obstáculos y facilidades. Se invisibiliza así el otro actor vinculado con la accesibilidad, el usuario, considerándolo como un ser pasivo, desconociendo que dicho fenómeno se compone también con la perspectiva, y condiciones, en este caso de los adolescentes (Arias y Suárez, 2014).

Cuando se habla de la dimensión cultural de la accesibilidad sólo se tienen en cuenta las representaciones de los/las trabajadores/as que se encuentran en el centro de salud, sin referirse a las representaciones de los/las adolescentes como parte de dicha dimensión (Arias y Suárez, 2014). En los/las adolescentes esta se integra por “la autopercepción de sí como sujeto de derechos o no, el lugar de su salud y si los profesionales son adultos significativos para aportar a su vida” (Arias & Suárez, 2014, p.49)

Es importante agregar al análisis de la accesibilidad dos aspectos, el de ciudadanía y participación (Arias y Suárez, 2014). El sistema de salud fue creado por el Estado para cuidar la salud, originalmente no estaba dentro de sus metas la construcción de ciudadanía, no se consideraba al/la usuario/a como protagonista de su propia salud tanto a nivel individual como comunitario (Arias y Suárez, 2014). En Uruguay, con la promulgación de la Ley N° 18.211 se establece la creación e implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). En el Artículo 3 presenta como principio “la participación social de trabajadores y usuarios”, además en el Artículo 4 propone como uno de sus objetivos el fomentar esta participación.

Saforcada (2010) plantea que el paradigma de la salud comunitaria, genera una transformación en el rol de los/las profesionales de la salud, incidiendo “en los procesos de devolución del poder de decisión sobre la salud de la sociedad” (p. 56). Buscando la superación de la pasividad asociada con la categoría paciente, que se le adjudica muchas veces a los/las usuarios/as, o ellos/ellas mismos/as asumen (Arias y Suárez, 2014). Esto introduce un cambio en la cosmovisión, se pasa “del solo reconocimiento de derechos civiles de los adolescentes a la intencionalidad de contribuir al desarrollo de una subjetividad emancipatoria de estos” (Arias y Suárez, 2014, p.50). Este proceso de transformación debe verse reflejado en las prácticas de las diversas instituciones, abriéndose a la comunidad, accionando en los lugares que las personas habitan cotidianamente (Arias y Suárez, 2014).

Se reconoce en la investigación de Arias y Suarez (2014), que las barreras de atención, al menos ligadas al espacio de salud adolescente estudiado, son la falta de formación en los/las trabajadores/as de los centros de salud y también el lugar en el que son colocados los/las adolescentes socialmente (Arias y Suárez, 2014).

Si se considera el enfoque de derechos, las temáticas abordadas en los centros de salud con los/las adolescentes, vinculados a la salud sexual y reproductiva, emergen más de un interés de parte de los/las técnicos/as y sus disciplinas, que de habilitar espacios de escucha en donde las adolescencias puedan expresar sus necesidades o demandas. Estos intereses y temáticas reflejan la centralidad del enfoque de riesgo, desconociendo muchas veces las potencias de esta etapa, obstaculizando su abordaje integral. Esto muestra cómo algunas de las propuestas sanitarias se configuran desde un paradigma adultocéntrico (Arias & Suárez, 2014).

Es indispensable, en clave de derechos, escuchar los intereses de los/las adolescentes para los equipos a los que le corresponde su atención, planificando cómo llevar a cabo la atención integral, en contraposición con una planificación desde un paradigma adultocéntrico y disciplinar. Aun así los prejuicios acerca de la población elegida atraviesan las acciones planificadas, sobre todo en temáticas como la salud sexual y reproductiva (Arias y Suárez, 2014).

Se recomienda trabajar en dispositivos grupales, ya que lo grupal es el modo de existencia y relacionamiento de las adolescencias. Los otros son con los que se construye el saber, se aprende y se genera identidad, por eso la importancia de los grupos de pares. Los proyectos de vida que se desarrollan y crean en esta etapa, necesitan de adultos referentes y significativos (Arias y Suárez, 2014).

En nuestro país se reconoce una inclinación hacia el autoritarismo vinculado probablemente con que la mayoría de la población es adulta, por la falta de más y mejores políticas para las adolescencias, agregado a cierto conservadurismo a nivel social (UNICEF, 2006). Por otro lado, se halla la actitud paternalista, que obstaculiza el goce de los derechos para los/las adolescentes. Todo esto resulta en percibir a los/las adolescentes como apáticos/as, y solo son legitimados/as, los/las que son más parecidos a los/las adultos/as, que no cuestionan lo establecido, que no van en contra de lo que les es impuesto (UNICEF, 2006). Se invisibiliza lo constructivo y creativo de las adolescencias o se les aplican ciertas etiquetas o prejuicios vinculados con ciertas problemáticas. Esto hace que sea necesario “cuestionar los distintos roles etiquetados que asumen tanto adolescentes como adultos en la sociedad y propiciar canales para su análisis y discusión en pro de generar un nuevo vínculo” (UNICEF, 2006, p. 8).

#### 4.5. Adultocentrismo

Según Morales (2024):

El concepto de adultocentrismo refiere al carácter estructural de la dominación social, política, económica, cultural y moral que ejercemos las personas adultas sobre las niñas, niños y jóvenes. Es decir, la crítica al adultocentrismo viene a problematizar el carácter de opresión que existe en las relaciones entre clases de edad (Martín Criado, 2009), donde la principal beneficiaria, evidentemente, es la edad adulta. (p.157)

Se produce así, una relación asimétrica entre adultos/as y jóvenes, una relación de poder que se presenta como natural. Arevalo (1996) sostiene que “se parte de la imagen del Adulto como paradigma de perfección y madurez, como etapa acabada, de forma tal que todo el transcurrir de la vida humana es un transitar hacia ese período pleno de "adultez"” (p. 59).

El adulto es visto como independiente, racional, maduro, completo, público, productivo, que trabaja. Los niños, niñas y adolescentes serán todo lo opuesto, caracterizándolos como dependientes, irracionales, inmaduros/as, incompletos/as, improductivos/as, del ámbito privado, y no vinculados al trabajo sino, al juego (Morales, 2024).

Problematizar el adultocentrismo implica analizar las clases de edad, esta categorización le otorga a las personas ciertos derechos y obligaciones, no sólo a nivel legal sino sobre todo a través de representaciones sociales que se manifiestan en la asignación de determinados mandatos y expectativas según la edad que se tiene, o la generación que pertenezca. El autor invita a pensar las clases de edad, ligadas sobre todo a la edad cronológica como una “invención” para la justificación y naturalización de una dominación (Morales, 2024).

Una de las expresiones de esta relación asimétrica y jerárquica son las relaciones de autoridad, en donde el mundo adulto es el que impone su propia moral, sus valores, sus reglas y los/las jóvenes, los que deben obedecerlas. Dicha relación de autoridad suele convertirse en una relación autoritaria, en donde lo que se considera valioso es la obediencia, restando importancia a la autonomía y al respeto por las individualidades. (Arévalo, 1996)

Esto da como resultado una “sensibilidad social”, llamada adultismo, que sostiene y permite acciones de control social sobre los/las adolescentes, ya que reproduce la visión de los/las más jóvenes como potenciales transgresores/as. El adultismo está en el fundamento estructural de diferentes instituciones, tanto públicas como privadas, como la familia, la escuela, la sexualidad, etc. (Arévalo, 1996).

El autor distingue entre los términos adultismo y adultocentrismo. El primero se refiere a la sensibilidad social ya nombrada anteriormente, que incluye los discursos sociales que expresan la discriminación de los/las más jóvenes (Arévalo, 1996). Son las

prácticas y lenguajes en las que se hace concreto el adultocentrismo, a nivel social, institucional, grupal o individual. Es el conjunto de creencias que validan la discriminación antes mencionada. (Morales, 2024) El segundo “permite el análisis y la jerarquización de las manifestaciones sociales de esa sensibilidad adultista (...) Nos ayuda a discernir cómo se produce y reproduce la sensibilidad adultista” (Arévalo, 1996, p.62). Es una matriz que influye en todas las interacciones sociales e institucionales, estructurando así el modo de relacionamiento intergeneracional (Morales, 2024).

La crítica adultocentrista no niega las diferencias entre los grupos etarios, sino que busca cuestionar, problematizar la manera en que estas diferencias han generado la desvalorización de los/las más jóvenes (adolescentes y niños/as), la negación de su racionalidad, justificando la violencia intergeneracional como método de imponer cierta “racionalidad”. El adultocentrismo se presenta como “un régimen político basado en el gobierno de una clase de edad por sobre otras” (Morales, 2024, p.159).

Por un lado se liga la adolescencia con falta de madurez, respondiendo al “paradigma de etapa preparatoria” (Krauskopf, 1998, p.121), esto produce su negación como sujetos/as sociales. La adolescencia se conceptualiza “como una etapa en la que el joven se prepara para la perfección: la adultez, pero mientras tanto no tiene autonomía ni capacidad propia” (Arévalo, 1996, p.52). Deben ser “salvados de sí mismos”; es así que quedan subordinados a la intervención adulta permanente (Arévalo, 1996). Esto genera que se prolongue la dependencia hacia los adultos, que no se les permita participar, alimentando la jerarquización, la oposición entre menores y adultos (Krauskopf, 1998). Se invisibiliza la capacidad de raciocinio de los/las adolescentes y su autonomía (Arévalo, 1996).

Otro paradigma que se hace visible en dichos sistemas es el de la adolescencia como una etapa difícil, donde se resaltan sus aspectos negativos (problemas de consumo, embarazo adolescente, desvinculación estudiantil, delincuencia, etc) (Krauskopf, 1998). El énfasis no se coloca en el desarrollo integral de los/las adolescentes, sino en los peligros sociales, que deben eliminarse a través de la prevención y atención (Krauskopf, 1998). Esto provoca una generalización de las conductas adolescentes, homogeneizando dicha etapa, así se invisibiliza la heterogeneidad, el contexto y la expresión singular de los/las adolescentes. Este fenómeno a su vez, imprime en los/las adolescentes una imagen de sí mismos, un estereotipo, de cómo y qué deberían ser, de ciertas expectativas en relación a su comportamiento, complejizando así el desarrollo de su propia identidad, de su singularidad (Arévalo, 1996).

Morales (2024) considera que la violencia adultista tiene varios niveles. Por un lado esta la violencia de alta intensidad (infanticidio, filicidio, tortura, violencia física, abuso sexual, explotación laboral). Por otro lado, estaría la violencia de intensidad media o baja, que también genera daños y obstaculiza el desarrollo integral de niños, niñas y

adolescentes. Ambos tipos de violencia se originan en la subordinación de los niños, niñas y adolescentes, se apoyan en la concepción de que son objetos pertenecientes al mundo adulto. El autor enumera trece tipos de violencias de intensidad media o baja, se detallarán algunas de ellas que tienen relevancia para este proyecto. (Morales, 2024)

La primera es la negación de los niños, niñas y adolescentes (NNA) como sujetos de pensamiento, implica su invalidación como interlocutores/as, menospreciando su conocimiento y experiencia, no teniendo en cuenta sus opiniones a la hora de la toma de decisiones sobre aspectos que influyen directamente en sus vidas. Se desestiman sus opiniones a menos que estas coincidan con los intereses del mundo adulto. Esta negación opera como una exclusión radical, es negar su condición de personas, o más bien suspende dicha condición hasta que sean “adultos”. Dando como resultado que las nuevas generaciones construyan “subjetividades infantiles autocensurantes” (Morales, 2024, p. 175), callando sus ideas porque creen que no son adecuadas, desconfían de su criterio o no quieren lidiar con las posibles reacciones de los adultos. Es así que el adultismo se introyecta en NNA, reproduciendo de manera activa dicho fenómeno que los/las desvaloriza, teniendo consecuencias en su autopercepción y autoestima (Morales, 2024).

En segundo lugar se encuentra la restricción en la participación de NNA de ciertas actividades o bienes, sean estos sociales, culturales, económicos y/o simbólicos de manera injustificada (Morales, 2024). Tampoco se les permite o apoya la realización de sus propias iniciativas. Con esta crítica no se busca imponer el modo adulto de participar a los NNA, sino crear estrategias e incentivos singulares para que ellos/ellas logren participar a su manera, esto requiere “desadultizar” las instituciones y las relaciones intergeneracionales. (Morales, 2024). No todos los NNA pueden ni quieren lo mismo, es muy importante rescatar la heterogeneidad de experiencias que se encuentran dentro de lo que conocemos por infancia y adolescencia, esto exige abandonar modelos universales que categorizan distintas conductas esperables o no, según la edad cronológica. Se resalta la importancia de fomentar que NNA adquieran responsabilidades y se integren a nivel social, económico, político; teniendo en cuenta sus capacidades, deseos y necesidades singulares (Morales, 2024). Sin excluirlos/as por no tener edad suficiente, siempre que se respeten sus derechos (Morales, 2024).

La tercera y última manera de violencia que se presenta en este proyecto se relaciona con la creencia de que los adultos, solo por la condición de adultos poseen cierta superioridad moral, resultando en el derecho a juzgar a los NNA. Es así que los adultos opinan, muchas veces sin ser consultados, acerca de la vida de los/las más jóvenes, estableciendo juicios acerca de lo que está bien o mal, sin escuchar lo que tienen para decir. Dando discursos moralistas sin diálogo alguno, como si fuera poseedor del saber y la verdad, sin respetar ni la autonomía, ni la integridad del NNA (Morales, 2024).

El término adulto se utiliza en masculino ya que el ideal de adulto se encuentra estrechamente vinculado al hombre blanco, cis, heterosexual, de clase media. (Morales, 2024)

#### 4.6. Adolescencia y salud

Entre los años 2015 y 2020 el Ministerio de Salud Pública distinguió los problemas mas relevantes en relación a la adolescencia, entre ellos se destaca el impacto del suicidio, problemas en el ambito de la salud mental y el embarazo no planificado. Esto se ve reflejado también en las consultas con los/las jóvenes del país (INJU, 2019).

Los/las jóvenes consideran que muchas veces lo que obstaculiza el acceso y uso de los servicios de salud es que estos no son amigables para con ellos/ellas, y lo vinculan a la falta de actualización en el área de la salud mental y la sexualidad. Plantean la necesidad de que haya espacios de confianza donde compartir sus problemas, en los que no se los/las juzgue y se los/las acompañe. Además surge un cuestionamiento a la relación médico-paciente, ya que la consideran vertical y unidireccional, sin brindar muchas veces la información suficiente ya sea de tratamientos o de otras cuestiones vinculadas a la salud (INJU, 2019).

En cuanto a la salud mental los/las jovenes consultados minifiestan que la depresion y el suicidio serian las problematicas principales. Entienden que es un problema complejo y reconocen la importancia de que sea abordado por distintos saberes y actores. Expresan que existe un prejuicio que vincula la juventud con la alegría y el estar activos/as, esto según ellos/ellas, se traduce en la suposición de que no tienen problemas de salud mental. Consideran importante que se rompa con dicho prejuicio, ya que esta creencia constituye una barrera en el acceso a la salud mental. (INJU, 2019)

Se reconoce que hacen falta en centros de salud psicologos y psicologas, debido a esto muchas veces la posibilidad de acceder a un espacio terapéutico queda condicionada por el poder adquisitivo (INJU, 2019).

Los/las jóvenes que participaron del balance, demandan espacios en donde equipos multidisciplinarios proporcionen orientación y acompañamiento en temas asociados a la depresion, el suicidio y la violencia. Es importante que estos equipos y espacios se encuentren donde los/las jóvenes transitan, como los centros educativos y los centros de salud, pero no solo en estos lugares sino que puedan habitar todos los escenarios juveniles posibles. Visualizan ciertas trabas en el acceso a la información sobre temáticas de salud mental, registran que por ejemplo en cuanto a la tematica del suicidio muchas veces no se da informacion en los centros educativos porque hay una creencia de que hablar sobre el tema aumentaria la cantidad de intentos de autoeliminacion o suicidios (INJU, 2019).

Susana Grunbaum (INJU, 2019) invita a superar la tensión acerca de cuál es el sector que debería ocuparse del bienestar de los adolescentes ya sea la educación, la salud o lo social.

## **5. Objetivos**

### 5.1 Objetivo principal:

-Construir un espacio interdisciplinario e intersectorial que atienda los procesos de salud-enfermedad de los/las adolescentes.

### 5.2 Objetivos específicos:

-Compartir con los/las adolescentes una mirada de la salud crítica e integral.

-Reflexionar acerca de su propia integración y participación en el proceso de salud enfermedad.

-Crear junto con los/las adolescentes estrategias para la integración con diferentes espacios comunitarios y de salud.

-Fortalecer el vínculo de los/las adolescentes con los servicios de salud.

## **6. Metodología**

Este proyecto trabaja en la interacción entre educación y salud, involucrando a actores de diferentes disciplinas e instituciones.

La metodología se basa en el dispositivo de taller. La etimología de la palabra taller proviene de “atelier”, que en francés alude al espacio en que un artista trabaja, además en él confluyen diversos artistas con conocimientos de distintas técnicas para compartir dichos saberes o discípulos buscando aprender. “Atelier” deriva de “astelle” que refiere a “astilla”, y se vincula con los astilleros, que era donde se realizaban o reparaban los barcos (Cano, 2012). Cano (2012) sostiene que “en la educación popular el taller seguirá siendo de algún modo un lugar en el que se trabaja, se crean obras, se comparten conocimientos, se esculpen nuevas formas, y se reparan barcos para emprender nuevos viajes” (p.31).

Según Cano (2012) el taller consiste en “un dispositivo de trabajo con grupos” (p.33) que se realiza durante un tiempo limitado, y se centra en lograr determinados objetivos prefijados. Habilitando un proceso pedagógico que se destaca por la articulación entre teoría y práctica, siendo esencial el protagonismo de las personas que participan en él, el intercambio entre diversos saberes y la construcción de aprendizajes con el colectivo. Esto posibilita la transformación tanto de las personas y grupo que participan como de la situación que se pretende abordar (Cano, 2012). Garcia (1997) agrega que en los talleres es valorado que las personas tengan un papel activo reconociendo su implicación y responsabilidad en la construcción de su propio aprendizaje, además se busca integrar en

el proceso pedagógico las experiencias vitales singulares de los/las participantes, con la intención de que los conocimientos desarrollados influyan en su accionar (García, 1997).

Cano (2012) trae el concepto de taller ligado a la educación popular. Dicha asociación se considera importante porque esta intervención está pensada desde ese enfoque de la educación, ya que se desarrolla en una institución educativa formal, pero intenta alejarse de la educación sustentada en el modelo pedagógico tradicional. Este paradigma tradicional de lo pedagógico y educativo tiene como objetivo preservar el orden social oponiéndose a posibles transformaciones, las personas que “educan” (técnicos/as y profesionales) lo hacen desde un lugar autoritario siendo los/las poseedores/as del saber, por lo tanto transmiten contenidos unidireccionalmente. Los/las receptores/as de esta información son considerados/as pasivos/as, siendo “envases a llenar”. Viendo en ellos/ellas la carencia, pensando que el problema eran las personas que no sabían lo suficiente, desvalorizando sus conocimientos (García, 1997).

La educación popular (Cano, 2012), sin embargo, es conceptualizada como un movimiento político-cultural, con una serie de prácticas diversas que comparten “una vocación transformadora, un fin liberador organizado en base a la coherencia entre fines y medios, y una opción por los sectores populares” (Cano, 2012, p.26).

Incluye una dimensión política, que se asocia a la crítica de la supuesta neutralidad de la práctica educativa, además se propone como objetivo la transformación de ciertas cuestiones, eligiendo los sectores populares, motivando a través de dichos procesos la autonomía y auto-organización de los mismos (Cano, 2012).

En segundo lugar se encuentra la dimensión pedagógica, en la que se piensa la educación ligada a un “proceso de liberación” (Cano, 2012, p.26), ya que implica un proceso en el que las personas o grupos construyen modos de interpretar las experiencias que los/las atraviesan, nutridos/as por nuevos conocimientos que se generan a raíz del diálogo entre diversos saberes más la articulación teórica y práctica (Cano, 2012).

Y por último se distingue una dimensión ético-metodológica que sostiene que es imprescindible para el proceso educativo que haya coherencia entre los fines y los medios. Dando especial relevancia a la transformación en los vínculos sociales, más allá del cumplimiento de objetivos específicos o la transmisión de determinada información (Cano, 2012).

Se realizarán instancias de evaluación, con el fin de analizar y reflexionar acerca de lo experimentado en el taller, teniendo en cuenta los sentimientos, los pensamientos, y lo producido (Cano, 2012). La evaluación tiene dos niveles, uno de ellos refiere a que al finalizar el taller se generará un espacio en donde los/las adolescentes expresen cómo se sintieron, y lo que piensan acerca de cómo se llevó a cabo. Se incentivará la expresión sobre qué les pareció interesante, a realizar críticas acerca de lo acontecido y hacer



propuestas para las instancias siguientes (Cano, 2012). El otro nivel sucede luego de la experiencia del taller, realizada por el equipo de coordinación; implica un análisis y reflexión sobre su propio rol, el proceso grupal, el logro de las actividades acordadas, sumado a la evaluación de la relación entre lo producido en el taller y los objetivos planificados. Para ambas instancias se utilizarán diversas técnicas, con el fin de documentar el proceso de evaluación, para transformarlo en material de aprendizaje (Cano, 2012).

Es necesario para los participantes repasar lo vivido para luego expresarse acerca de lo que se experimentó, sea esto positivo o negativo. Garcia (1997) hace énfasis en “dejar un espacio para la evaluación conceptual, emocional y reflexiva, ya que ella será el punto de enlace con las siguientes reuniones” (Garcia,1997, p.25). Es imprescindible la creación de un espacio para la catarsis y a su vez que el coordinador pueda también darles una devolución acerca de lo acontecido. También para los coordinadores es enriquecedor obtener devoluciones de los/las adolescentes sobre sus vivencias, “para ratificar o rectificar el modelo de taller y de esa manera encontrar nuevos aprendizajes”. (Garcia, 1997, p.25)

González (1986) sobre la evaluación de los talleres, propone que está compuesta por tres momentos. El primero sería el seguimiento, que consiste en utilizar técnicas y herramientas que registren los procesos que suceden en los talleres, “en lo que hace a la dinámica grupal, como al estilo y características de la producción, la forma de abordar los temas, el uso y aprovechamiento del tiempo, el espacio y los materiales” (Gonzalez, 1986, p.23). Sugiere realizar un registro escrito de los talleres para luego analizar y discutir acerca de lo sucedido. El segundo momento es la evaluación propiamente dicha, que implica revisar el camino recorrido, desde el punto de inicio hasta la situación actual, para así darle sentido al presente. Esto puede resultar en un reajuste en la estrategia o planificación de nuevas propuestas. Ambos momentos están intrínsecamente relacionados, y refieren “a la mirada hacia el grupo, la tarea y a la coordinación” (Gonzalez, 1986, p.23). El tercer momento es la supervisión, que implica una mirada desde “afuera”, que aporte e integre otras perspectivas, más allá de las conocidas. (Gonzalez, 1986)

El proyecto se llevará a cabo durante 19 semanas, y consta de 20 instancias, solo durante la primera semana se harán dos actividades que serán reuniones con las instituciones, en las semanas siguientes se realizará una actividad por semana. En las primeras tres semanas se desarrollarán actividades de planificación y coordinación entre ambas instituciones. Desde la semana 4 a la semana 15 se encuentran los talleres con los/las adolescentes. De la semana 16 a la 19 se realizarán instancias de evaluación.

Los talleres tendrán una duración de una hora y media, se dividirán en tres módulos, un primer módulo asociado a problematizar, relevar y reflexionar acerca de las concepciones de salud. El segundo módulo intentará dar respuesta a inquietudes que resulten de cada uno de los grupos, invitando a los profesionales que se consideren

necesarios, realizando un mapeo con los adolescentes de lugares donde consideren pertinente llevar a cabo algunos de estos talleres. El tercer módulo estará vinculado a tejer redes con distintos centros, sean estos de salud o de otras características, como el centro de barrio El Pinar norte, promoviendo la participación, integrándose en esta construcción y abriendo la posibilidad de realizar actividades en dichos espacios.

El último taller oficiará como espacio de reflexión acerca de lo transitado, comprendiendo una evaluación final por parte de los/las adolescentes, también dejando espacio para la devolución por parte del equipo que conformó los talleres.

### 6.1. Cronograma de actividades

-Coordinación y planificación.

		Semana		
		1	2	3
A c t i v i d a d e s	Presentación de la propuesta al equipo del liceo n°2 de El Pinar			
	Presentación de la propuesta a la policlínica del autódromo			
	Reunión en conjunto con ambas instituciones para coordinar horarios, locaciones y colaboradores/as			
	Reunión con los/las colaboradores/as para profundizar acerca de los contenidos y cronograma.			

-Cronograma de talleres a ser realizados

		Semana											
		4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
T a l l e r	1	█											
	2		█										
	3			█									
	4				█								
	5					█							
	6						█						
	7							█					
	8								█				
	9									█			
	10										█		
	11											█	
	12												█

-Evaluación

		Semana			
		16	17	18	19
A c t i v i d a d e s	Reunión de cierre con los referentes adultos que integraron el proyecto.	█			
	Evaluación		█		
	Elaboración del informe			█	
	Presentación del informe a referentes de las instituciones y funcionarios/as interesados.				█

## **7. Análisis de la implicación del estudiante**

"La idea de implicación es aquello por lo que nos sentimos adheridos, arraigados a algo, a lo cual no queremos renunciar" (Ardoino, 1997, p.2).

Ardoino (1997) sostiene que la psicología y la educación son ciencias humanas, son intersubjetivas. Ya que se está frente a "un objeto que es al mismo tiempo sujeto y, a la vez, portador de proyectos" (p.5), cuando se da el encuentro con este "sujeto-objeto-proyecto (...) hay estrategias, hay deseos, deseos recíprocos y deseos contrarios" (Ardoino, 1997, p.5).

Debido a esto se vuelve imprescindible el análisis de la implicación, que se presenta en "nuestras adhesiones y no adhesiones, nuestras referencias y no referencias, nuestras participaciones y no participaciones, nuestras sobre motivaciones y desmotivaciones, nuestras investiduras y no investiduras libidinales" (Lourau, 1991, p.3).

En la elaboración de este proyecto de intervención se considera relevante el tránsito de la autora por la Práctica "EFI Interdisciplina APEX", en la que se acompañó en formato de atención clínica individual a varios/as adolescentes, más su actual trabajo de educadora en un centro 24 horas de INAU (Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay) para adolescentes. Esto dio como resultado un gran interés y simpatía por dicha población, y a la vez una preocupación por su vínculo con los procesos de salud-enfermedad.

Dichas vivencias mostraron como la participación, la escucha y lo lúdico en esta etapa produce efectos positivos. Por eso se quiso elaborar un proyecto que pudiera pensar los procesos de salud-enfermedad, a la vez que promueva la participación, sin caer en supuestos moralistas acerca de lo bueno o malo, sino creando un espacio de escucha y reflexión. Se considera muy importante el fortalecimiento de los vínculos con los/las profesionales de la salud, por lo que se realiza una propuesta que tenga en cuenta los conflictos intergeneracionales, como se expresó anteriormente con la crítica adultocentrista.

La elección del liceo y la policlínica estuvo sujeta a la familiaridad con la institución, ya que la mayoría de los/las adolescentes del Centro de INAU, asisten a ambos; debido a esto se concurrió varias veces al lugar con el fin de conocer a algunas de los/las referentes. Además se sitúan en el barrio donde la autora creció y transitó su propia adolescencia.

Ardoino (1997) sostiene que la autorreflexión para el análisis de la implicación no es suficiente ya que es un fenómeno inconsciente. Es necesaria la mirada de otro/otra que estará implicado de diferente manera, este/a otro/a "verá mejor que yo mis implicaciones, pero yo veré mejor que él, las tuyas" (Ardoino, 1997, p.10). Por eso la importancia de repensar las prácticas propias en conjunto con otros/as, además de sostener este análisis durante el proceso tanto de planificación como ejecución y evaluación.

## **8. Consideraciones éticas**

Como se ha expresado a lo largo de este trabajo, las consideraciones éticas están sujetas a la crítica adultocentrista, al enfoque de derechos, teniendo gran peso la participación de los/las adolescentes. Se propone ser una práctica social con intención de crear procesos transformadores. Para esto Rebellato y Giménez (1997) sostienen que es necesario que sea diseñada “en el marco de la creación de nuevos paradigmas, comprometidos en la construcción de una sociedad basada en la justicia social, en lucha constante contra las formas de opresión, dominación y explotación y con un fuerte contenido ético-cultural” (p.24). Se adhiere al planteamiento de Rebellato y Giménez (1997) del “paradigma ético comunicativo” (p.28), que es producido a partir “de un pensamiento complejo, del reconocimiento de la diversidad y de la certeza y convicción en torno a la autonomía de los sujetos.” (Rebellato y Giménez, 1997, p.28)

Se agrega a dichas consideraciones, el Código de Etica Profesional del Psicólogo/a del Uruguay (2001), que en su Artículo 1 expresa que la práctica se sustenta en la “responsabilidad, confidencialidad, competencia, veracidad, fidelidad y humanismo prescindiendo de cualquier tipo de discriminación” .

Teniendo en cuenta las características del proyecto, que se encuentra inmerso en la institución educativa, se solicitará la aprobación para llevarlo a cabo, y se presentará la temática con los/las referentes necesarios. Siendo un proyecto posible solo con consentimiento por parte del liceo, la policlínica y los participantes.

Agregando que en caso de que las actividades o talleres propuestos sean por fuera de dicha institución, se informará a las instituciones competentes y a las familias o tutores, solicitando los permisos correspondientes.

Los/las adultos/as referentes que participarán serán presentados/as a los/as adolescentes y a los/as referentes de la institución según su profesión, su implicancia en la temática o su rol a nivel comunitario, explicitando y argumentando el por qué de dicha participación.

En el caso de llevar adelante un registro fotográfico o de otra modalidad es imprescindible el consentimiento entre los/las participantes y la protección de la identidad respetando la intimidad de los/las adolescentes, no solo desde los/las adultos/as sino también entre los/las propios/as adolescentes. Explicitandolo las veces que sea necesario.

## **9. Resultados esperados**

Se espera que los/las adolescentes logren reconocer su papel protagónico en cuanto a los procesos de salud-enfermedad. Y que a raíz de compartir reflexiones críticas acerca de la salud, logren reconocerla como un proceso comunitario, dinámico e integral. Generando una transformación en el modo de relacionamiento de los/las adolescentes con

los procesos de salud enfermedad, construyendo lazos de confianza con los centros de salud y sus trabajadores/as.

Se espera que el fomento de la participación en espacios en donde ellos puedan preguntar y a la vez dar respuesta acerca de las temáticas que les interesan, coopere en la construcción de su autonomía, pasando de un lugar pasivo a uno más activo. Con un fuerte sentido de responsabilidad. Colaborando en que reconozcan la importancia y potencia de su integración en dichos espacios.

A las instituciones se le presentarán informes del proceso y su evaluación. En el caso de que la evaluación se considere positiva se espera que se vuelva a proponer su realización en otras instituciones de la zona.

## 10. Referencias

- Arévalo, O (1996) Croquis para algún día, en Pasos (San José de Costa Rica: Departamento Ecuménico de Investigaciones [DEI]), número especial.  
<https://commons.ptsem.edu/?pdf=pasos-especial-6>
- Ardoino, J. (1997) La implicación. Conferencia en el Centro de Estudios sobre la Universidad. UNAM. México. Barthes, R. /2015) El grado cero de la escritura. Siglo XXI.
- Arias, A; Suárez, Z. (2014) *La atención a la salud de los adolescentes en el primer nivel desde una perspectiva de derechos*. Facultad de Psicología, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay. Ediciones Universitarias.
- Benia, W. Macri, M, Berhier, R. (2008) Atención primaria en salud. Vigencia y renovación. En: Benia, W. Y Reyes, I. *Temas de Salud Pública. Tomo I* (119-147) Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR.
- Cano, A. (2012). La metodología de taller en los procesos de educación popular. Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales, 2 (2), 22-51. En Memoria Académica. [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art\\_revistas/pr.5653/pr.5653.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.5653/pr.5653.pdf)
- Comes, Y; Stolkiner, A. (2003) Concepción de “Responsabilidad individual” en el cuidado de la salud como barrera de accesibilidad simbólica al sistema de salud en el discurso de los usuarios pobres del área metropolitana de Buenos Aires, Facultad de Psicología. Anuario de las Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la UBA. Buenos Aires: UBA.
- Comes, Y. (2007) El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Anuario de Investigaciones, XIV (201-209).  
<https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139943019.pdf>
- Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, Sociedad de Psicología del Uruguay, Facultad de Psicología de la Universidad de la República (UDELAR), Facultad de Psicología de la Universidad Católica (UCU) y (2001). Código de Ética Profesional del Psicólogo.  
<https://www.psicologos.org.uy/sobrecpu/codigo-de-etica>

De Lellis, M. Interlandi, C. Martino, S. (2015) Introducción a la salud pública como área del conocimiento y de la acción. En De Lellis (2015) *Perspectivas en salud pública y salud mental*. (pp. 11-42) CABA: Nuevos Tiempos.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2006) *Adolescencia y participación. Palabras y juegos*. Montevideo : UNICEF  
[https://bibliotecaunicef.uy/opac\\_css/doc\\_num.php?explnum\\_id=61](https://bibliotecaunicef.uy/opac_css/doc_num.php?explnum_id=61)

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2015). Aportes para el Abordaje de la Salud Adolescentes en el primer nivel. Montevideo : UNFPA  
[https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/116\\_file1.pdf](https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/116_file1.pdf)

García, D. (1997) *El grupo: métodos y técnicas participativas*. Espacio Editorial, Buenos Aires.

Gonzalez, M. (1986) *El taller de los Talleres*. Angel Estrada y Cia, Buenos Aires.

Herrera, M. (2009) Promoción de Salud. Nuevas perspectivas. En Benia, W. (coord). *Temas de Salud Pública*. Tomo 2. Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR.

Instituto Nacional de la Juventud. (INJU) (2010). *Plan Nacional de Juventudes de Uruguay 2011 -2015*. Montevideo: INJU  
<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/plan-nacional-juventudes-2011-2015>

Instituto Nacional de la Juventud. (INJU) (2019) Punto y seguido. Balance 2019 del Plan de Acción de Juventudes 2015-2025. Montevideo : INJU  
<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/Punto%20y%20seguido%20Comprimido.pdf>

López Gómez, A. (coord.) (2015) *Adolescencia y Sexualidad. Investigación, acciones y política pública en Uruguay*. (2005 – 2014). Montevideo: Facultad de Psicología, Universidad de la República; UNFPA.  
<https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Adolescentes%20y%20sexualidad.pdf>



- Lourau, R. (1991) Implicación y sobreimplicación. Conferencia dictada en “El Espacio Institucional. La dimensión institucional de las prácticas sociales”, encuentro organizado por la Asociación Civil “El Espacio Institucional”, en Buenos Aires, del 21 al 24 de Noviembre de 1991.
- Macri, M. ,Vignolo, J.C., Sosa, A.(2009) Salud pública y determinantes de la salud. En Benia, W. (coord). *Temas de Salud Pública*. Tomo 2. (47-63) Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR.
- Mendez, A., Ponzo, J., Rodriguez, MJ. (2008) Promoción de la Salud. En Benia, W. Y Reyes, I. (Coord) *Temas de Salud Pública. Tomo I* . Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR
- Morales Calatayud, F. (2009). *Introducción a la psicología de la salud*. Buenos Aires: Koyatún.
- Morales Calatayud, F (2015) La psicología y el campo de la salud: tensiones, logros y potencialidades de una relación esencial y necesaria. *Psiencia*. 7(1) 120-123
- Morales, S (2024) Adultocentrismo, adultismo y violencias contra niños y niñas: Una mirada crítica sobre las relaciones de poder entre clases de edad. *Taboo: The Journal of Culture and Education* 22(1) 151-193  
<https://taboo-journal.com/wp-content/uploads/2024/03/14morales.pdf>
- Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) (INJU) (2013). Tercer Informe Encuesta Nacional de Juventud 2013. Montevideo. MIDES/INJU.  
<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/node/570>
- Organización Mundial de la Salud,. (1978). *Alma-Ata Atención primaria de salud*.  
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud (OMS)(2009) Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud .Informe de la Secretaría. 62ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD A62/9  
[https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/A62/A62\\_9-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf)
- Krauskopf, D (1998) Dimensiones críticas en la participación social de las juventudes. En publicación: *Participación y Desarrollo Social en la Adolescencia*. San José: Fondo de Población de Naciones Unidas.

- Krauskopf, D. (1999) El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. *Adolesc. salud* [online]. 1999, vol.1, n.2, pp. 23-31.  
[https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-41851999000200004](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200004)
- Krauskopf, D. (2007) Sociedad, adolescencia y resiliencia. En Krauskopf, D. (2007) *Adolescencia y resiliencia*. Coeditora. PAIDOS. Tramas Sociales Buenos Aires.  
[https://eva.udelar.edu.uy/pluginfile.php/7558/mod\\_folder/content/0/SOCIEDAD%2C%20ADOLESCENCIA%20Y%20RESILIENCIA%20EN%20EL%20SIGLO%20XXI.pdf](https://eva.udelar.edu.uy/pluginfile.php/7558/mod_folder/content/0/SOCIEDAD%2C%20ADOLESCENCIA%20Y%20RESILIENCIA%20EN%20EL%20SIGLO%20XXI.pdf)
- Rebellato, J. L. y Giménez, L. (1997). *Ética de la autonomía*. Montevideo: Roca
- Saforcada, E (2010) *Psicología y salud pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Tramas Sociales 59. Buenos Aires: Ed. Paidos.
- Torrado Lois, C., Di Landro, G. (2015) *Adolescencias Saludables, Presente*. Programa Apex-Cerro de la Universidad de la República. Montevideo.
- Vazquez, R. (2008) Determinantes de la salud. En Benia, W. Y Reyes, I. (Coord) *Temas de Salud Pública*. Tomo I. (11-17) Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR
- Uruguay (2007, diciembre 13) Ley N° 18.211 Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>
- Villar, H. (1992) Concepto de salud-enfermedad. Publicado en: *Odontología de Postgrado*. Vol 3 N°2  
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/36234/1/Concepto%20de%20salud-enfermedad.pdf>
- Viñar M. (2009) *Mundos adolescentes y vértigo civilizatorio*. Ed. Trilce, Montevideo.
- Vitale, M.C (2023) ¿Cómo se relacionan las concepciones de salud de los y las adolescentes con los servicios de salud disponibles para esta población en Montevideo?. Tesis de Maestría en Psicología Social. Facultad de Psicología, Udelar.

## Taller 1

### Objetivo:

Presentación y acercamiento a la temática.



En principio se realizara una presentación, en la que se explicitara como esta compuesto el equipo presente y el rol de cada uno/a. Además se hará una aproximación a la propuesta.

Recursos: Reproductor de música, cartas de juego, papel, lapicero, un buzón

### Apertura

Agruparse por... con un juego de cartas deberán agruparse según forma, color y cantidad. Se ambientara con música, se dará la consigna de agruparse por semejanza y/o diferencia, de menos a más participantes.

### Desarrollo

Se invitara a los/las adolescentes a recordar y reflexionar sobre algún momento en el que necesitaron hacer uso de los servicios de salud. ¿Hace cuanto fue? ¿A dónde fuiste? ¿Estabas acompañado/a o solo/a? ¿La experiencia fue placentera, agresiva o indiferente? ¿Te hubiera gustado que algo fuera diferente? Se darán 5 minutos para que lo piensen individualmente. Luego en grupos de cuatro personas compartirán la experiencia aproximadamente por 15 minutos. Luego los grupos harán una puesta en común, donde buscaremos trazar diferencias y semejanzas

### Cierre

Buzón de expectativas, con una lapicera escribir en un pedazo de papel expectativas con respecto a los talleres.

## Taller 2

Objetivo: Compartir distintas concepciones de salud a partir de los emergentes del anterior taller.



### Apertura

Se invitara a los/las adolescentes a recorrer el espacio, en un principio sin música. Se los invitara a caminar, prestar atención, mirar y escuchar. Y cuando un participante pare todos deben parar. En esta pausa deberán formar una estatua/foto en el lugar de cómo se sienten ese día. A continuación se separará el grupo en dos, un grupo caminará por el espacio y repetirá la consigna, el otro grupo observará. Cuando los del primer grupo armen su estatua/foto, el grupo restante debe integrarse a una de estas estatua/foto para componer una imagen en dupla. Ambos grupos experimentarán los dos roles de la dinámica.



Recursos: Imágenes, hilos y materiales que permitan colocar las fotos como si fuera una muestra fotográfica

### Desarrollo

Muestra fotográfica: se colocarán en el espacio varias fotos que disparen el debate y la reflexión sobre temáticas vinculadas a la salud. Cada foto en la parte de atrás tendrá una letra, habrá dos fotos con la misma letra. Los/las participantes deben elegir una foto y descolgarla. Según la letra detrás de la imagen deberán ponerse en duplas e intercambiar el por qué de su elección. Contar cual no elegirían nunca y argumentar. Luego se hará una puesta a punto en donde se pensará en cuáles son las temáticas que más interesan al grupo. Se establecerán similitudes y diferencias de las elecciones. A través del diálogo se buscará comentar la evolución de las concepciones de salud.

### Cierre

Se realizara una ronda en la que todos los participantes responderán con tres palabras a la pregunta ¿Cómo te sentís después del taller?

## Taller 3

### Objetivo:

Reflexionar e indagar acerca de su vínculo con la salud.



### Apertura

En esta ocasión se pretende generar sorpresa, debido a esto, antes de que los adolescentes entren al salón se armará un puesto de feria y estos al entrar comenzarán el contacto con dicha instalación.



### Desarrollo

Puesto de feria: los participantes deben elegir un producto, si hay más de uno que quiere el mismo producto deberán ponerse de acuerdo. Luego se juntarán en grupos de a cuatro y compartirán su elección y el por qué. Comentar sus beneficios y sus contraindicaciones, para dejar un registro y cooperar en recordar la premisa se les dará fotocopias para completar estas premisas en equipo. A continuación se dará una puesta en común con la intención de abrir debate en cuanto a los cuidados de la salud. ¿Este producto debilita o fortalece la salud? ¿Qué producto agregarían? ¿Qué otras cosas no necesariamente materiales debilitan o favorecen la salud? ¿Cómo nos vinculamos con lo que nos fortalece? ¿Y con lo que nos debilita?



### Recursos

objetos necesarios para armar una "feria", mesas, fotocopias con premisas mencionadas, lápiz/lapicera

### Cierre

Se entregará una fotocopia con la premisa: "Si fueras un/a funcionario/a de la salud que producto o actividad le recomendarías a un/a usuario/a para mantener o mejorar su salud."  
"Se recomienda \_\_\_\_\_ (producto/actividad) para \_\_\_\_\_ (motivo)"



## Taller 4



### Objetivo

Mapear los lugares en el barrio que los adolescentes registran como potenciadores o debilitadores de la salud.

### Apertura

Se separara al grupo en cuatro, cada uno de ellos tendrá un papelógrafo con diferentes títulos, siendo estos "Fortalezas", "Oportunidades", "Debilidades" y "Amenazas". Se presentara una viñeta y cada grupo deberá reconocer según le corresponda las cualidades antes mencionadas.

### Recursos

Papelógrafos, marcadores de varios colores, fotocopia de las viñetas, mapas pequeños impresos, mapa grande, pizarrón.

### Desarrollo

Se llevarán pequeños mapas del barrio para que en pequeños grupos se marquen en un color los espacios que reconocen como fortalecedores de la salud y en otro color los que la debiliten, en el caso que se presente como un lugar ambiguo se podrán poner ambos colores. Luego en un mapa de gran tamaño se evaluará con todo el grupo los distintos lugares marcados, comparando las diferentes perspectivas de los participantes. Invitando a pensar dichos espacios desde el análisis de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA).

### Cierre

Conversar con todo el grupo y dejar registro en el pizarrón. ¿Qué lugares les gustaría construir?



## Taller 5

### Objetivo

Relevar cuales son las problemáticas que los adolescentes perciben como propias



### Apertura

Se armaran grupos de cuatro personas y se brindaran cuatro imágenes. Con estas se les invitara a crear una historieta, con principio desarrollo y final. Las imágenes remitirán a diferentes situaciones en donde adolescentes asisten a centros de salud. Luego se dará un espacio para compartir dichas historietas.

Recursos  
Imágenes,  
fotocopias, lápiz,  
papel, pizarrón

### Desarrollo

En estos mismos grupos deberán construir una respuesta según la siguiente premisa (será entregada en una fotocopia): Las autoridades los convocan a ustedes para analizar las problemáticas de salud de los adolescentes. Deben contemplar temas de su interés, los problemas que perciben como propios de su etapa vital y sus posibles soluciones. Luego deben presentar sus conclusiones y reflexionar en conjunto con todo el grupo. El/la coordinador/a hará preguntas para develar cuales de estos problemas derivan de imposiciones sociales y cuales son las necesidades propias del grupo. Se dejará registro de lo hablado en el pizarrón. Destacando las que causen más interés.

### Cierre

Se invitará a los/las adolescentes a crear en conjunto preguntas relacionadas con las temáticas respecto a la salud que queden resonando luego de la experiencia.

## Taller 6

### Objetivo

Dar respuesta a las problemáticas emergentes de los anteriores talleres.



Se construirán en conjunto con los/las adolescentes respuestas para algunas de estas problemáticas emergentes, invitando a profesionales o referentes de la salud vinculados al centro educativo o a la Policlínica del Autódromo. Si se considera pertinente el taller podrá ser ejecutado en algunos de los lugares reconocidos en el mapeo del barrio realizado con los/las adolescentes.

No se planifica con mas rigurosidad por la importancia de respetar y escuchar la voz de los adolescentes. Y a su vez tener la flexibilidad necesaria para la integración de diferentes disciplinas y saberes, provenientes de los diferentes integrantes del equipo de coordinación.

### Cierre

Se les entregará un cuestionario a cada uno de los/las adolescentes para que evalúen del 1 al 5 (siendo 1 el menos satisfactorio y el 5 el mas satisfactorio). Sera anónimo y se presentaran varias preguntas como por ejemplo:

¿Qué tan claro fue el contenido del taller?

¿Consideras que la información que se presentó en el taller es relevante para tu vida?

¿Cómo calificarías la manera en que se presentó la información?

¿Cómo calificarías el uso de los materiales presentados?

¿Cómo calificarías las actividades planteadas?

¿Crees que las discusiones durante el taller te ayudaron a comprender mejor el tema tratado?

Mas preguntas de desarrollo como:

Durante el taller, ¿te sentiste motivado a compartir tus opiniones y pensamientos sobre los temas tratados? ¿Por qué?

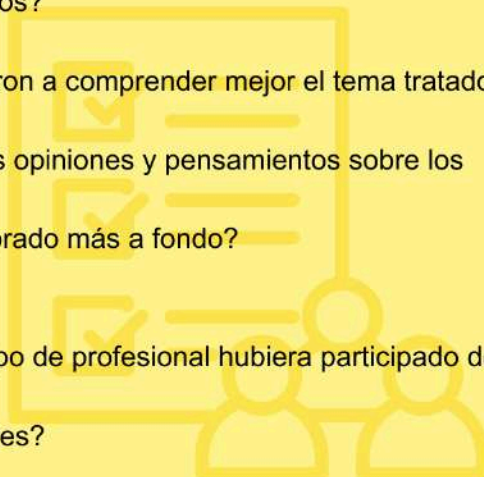
¿Qué tema del taller crees que debería haberse explorado más a fondo?

¿Qué es lo que mas te gusto del taller?

¿Qué es lo que menos te gusto del taller?

¿Crees que el taller habría sido más efectivo si otro tipo de profesional hubiera participado de la actividad? ¿Cual?

¿Tienes alguna sugerencia para mejorar futuros talleres?





## Taller 7

### Objetivo

Dar respuesta a las problemáticas emergentes de los anteriores talleres.



Se construirán en conjunto con los/las adolescentes respuestas para algunas de estas problemáticas emergentes, invitando a profesionales o referentes de la salud vinculados al centro educativo o a la Policlínica del Autódromo. Si se considera pertinente el taller podrá ser ejecutado en algunos de los lugares reconocidos en el mapeo del barrio realizado con los/las adolescentes.

No se planifica con mas rigurosidad por la importancia de respetar y escuchar la voz de los adolescentes. Y a su vez tener la flexibilidad necesaria para la integración de diferentes disciplinas y saberes, provenientes de los diferentes integrantes del equipo de coordinación.

### Cierre:

Se hará una ronda para intercambiar como se ha experimentado el taller de forma oral y colectiva, invitando a expresar inconformidades, aciertos, temas que quedaron pendientes y expectativas para las próximas instancias. Además se hará una breve introducción acerca de las próximas instancias, invitando a pensar en los hogares posibles actividades de promoción en salud que quieran realizar.



## Taller 8

### Objetivo

Pensar colectivamente una actividad de promoción en salud

### Apertura

Teniendo en cuenta lo producido en los talleres anteriores se invitara a los/las adolescentes a realizar una lluvia de ideas ¿Qué actividad les gustaría realizar para aumentar la salud de los adolescentes del barrio?

### Desarrollo

Según la cantidad de ideas que se desprendan de la lluvia de ideas, se harán grupos. Se realizara el sorteo de una actividad por grupo. Cada uno de ellos realizara un análisis FODA escrito de cada una de las actividades pensadas. Luego se colectivizara entre todos/as, se debatirá sobre cual es la mas pertinente y posible.

### Cierre

Se desplegaran cartas con imágenes sobre una mesa, se invitara a los adolescentes a que elijan una carta que represente lo ya transcurrido en el taller. Luego se volverán a dejar las cartas sobre la mesa y deberán elegir una carta que represente como se sienten con respecto a los próximos talleres/actividades. En ambas instancias habrá un espacio de intercambio, en caso de que lo deseen pueden agregar un relato.



### Recursos

Cartas con imágenes, pizarrón, marcadores, papel, lápices.



# Taller 9

## Objetivo

Gestionar y valorar la posibilidad de llevar a cabo dicha actividad



## Apertura

Se invita a los adolescentes a correr mesas y sillas. A continuación se caminara por el espacio mientras se escucha música. Primero con un ritmo mas lento, y luego ir subiendo la velocidad. Luego de unos minutos el/la facilitador/a pausara la dinámica. Y aclarara que ahora uno de ellos debe guiar la dinámica, eligiendo el ritmo y el momento de parar. Este rol lo transitaran varios adolescentes.

Luego se les dirá que hagan una ronda, y se jugara al :¿Puedo ir?. Este juego consiste en preguntarle a alguien de la ronda ¿Puedo ir?, si el compañero dice que si, el que realizo la pregunta ocupa su lugar. Instantáneamente el que autorizo a que ocupen su lugar debe preguntarle a otro ¿Puedo ir? y así irán cambiando de lugar.

En el caso de que se responda "no", deberán preguntarle a otro compañero hasta que alguien diga que si. A medida que avance la dinámica se les propondrá decir "si" o "no" de diferentes modos y tonos.

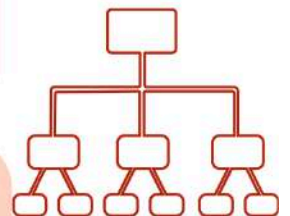
## Recursos:

Cartas con inscripciones atrás, cinta, pizarrón,

## Desarrollo

Pensar en conjunto a donde podemos ir a realizar la actividad, a quien quieren invitar a ser parte de la organización, quienes quieren que sean los invitados a participar, que quieren decir, que quieren hacer. Se les dará a cada participante cinco tarjetas que en la parte de atrás dirán lugar, organizador/a, invitados, decir, hacer. Se recogerán estas cartas y se las pegara en el pizarrón según cada categoría, intentando crear una propuesta que abraque la diversidad de perspectivas.

Pensar también el modo en que se hará la convocatoria.



## Cierre

Se repasara bien que es la actividad a proponer. Luego se hará silencio y en tres intentos trataremos de hacer un aplauso al mismo tiempo, para incentivar la escucha y coordinación.



## Taller 10

### Objetivo

Organizar la actividad en conjunto con los/las referentes que se consideren pertinentes

### Apertura

Presentación de la actividad a realizar y también la presentación de los/las referentes. Se reproducirá la canción "Hace que exista" de Eli Almic. Se les dará impresa la letra a grupos de 4 personas, para abordar la cuestión de convivir con diferentes perspectivas.

### Recursos:

Reproductor de música e impresiones

### Desarrollo

Ya presentada la propuesta preguntar a los/las adolescentes si se han sentido escuchados a lo largo del proceso y si esta coincide con lo esperado, también se aceptaran sugerencias. Aclarando la apertura, desarrollo y cierre, compartiendo la importancia de cada instancia. Se deja abierta las técnicas a utilizar ya que serán flexibles de acuerdo a la propuesta y los diversos saberes que se integren.

## Taller 11

### Objetivo

Realizar actividad de promoción en salud co-gestionada por los/las adolescentes

### Desarrollo

Se desarrollara la actividad planeada en conjunto con los/las adolescentes.

### Cierre:

Se agradecerá a los participantes por la disposición y el trabajo realizado. Realizando una breve devolución vinculada al proceso transitado.



# Taller 12

Objetivo  
Reflexiones finales y cierre.



Apertura  
Se les dará a cada uno de los/las adolescentes unas fotocopias para completar.

- Antes de la actividad pasada estaba/me sentía \_\_\_\_\_
- Durante el transcurso de la actividad estaba/me sentí \_\_\_\_\_
- Luego de finalizada la actividad estaba/me sentí \_\_\_\_\_
- Me puso contento \_\_\_\_\_
- Me gusto \_\_\_\_\_
- Me dio vergüenza \_\_\_\_\_

Recursos  
Impresiones de los cuestionarios, una pelota, papelógrafos, marcadores, lápices.

Desarrollo  
Se compartirán las reflexiones del anterior cuestionario, se hará una dinámica de pasar una pelota para hablar, escuchar y compartir de manera ordenada.

Evaluación  
Se realizara en dos etapas, la primera implicara una auto-evaluación de los/las adolescentes que abarcara todo el proceso transitado. La otra etapa será de evaluación de los talleres y el equipo.  
Como cierre se separara el grupo en tres, y a cada uno se les dará un papelógrafo con los siguientes títulos: quienes fuimos, quienes somos, quienes queremos ser. Todos los grupos escribirán en todos los papelógrafos.