



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA - FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TRABAJO FINAL DE GRADO

PRE PROYECTO

Atención en salud mental en ESA desde perspectivas de adolescentes y  
equipo técnico, un estudio de caso.

---

Estudiante: Lucía Píriz  
Tutora: Raquel Galeotti

MONTEVIDEO - URUGUAY  
julio 2016

## **Resumen**

El presente pre proyecto de investigación se propone generar un aporte a la construcción de conocimiento sobre las percepciones acerca de la atención en salud mental de adolescentes y equipo técnico del Espacio de Salud Adolescente (ESA) de la policlínica del Hospital Saint Bois en el barrio Lezica.

Con tal finalidad se concibió un estudio cualitativo que posibilitará el contacto más cercano con l@s participantes de la investigación. El método utilizado será el estudio de caso y las técnicas a desarrollar para la obtención de datos serán, la entrevista semidirigida a adolescentes comprendid@s en la franja etaria de 15 a 19 años y equipo técnico y la observación participante con el objetivo de recabar datos sobre la dinámica y funcionamiento del centro de salud.

Se espera contribuir al conocimiento acerca de las consultas en salud mental de adolescentes del ESA de dicha policlínica y sus percepciones respecto a la calidad. De esta forma aportar a la identificación de los obstáculos y aciertos a partir de la implementación de los ESA. Así como también aportar insumos para futuros lineamientos de políticas de atención en salud mental hacia adolescentes en el primer nivel.

## **Palabras clave**

Adolescentes, Espacios de Salud Adolescente, percepciones, salud mental.

## Fundamentación

El presente pre proyecto busca investigar acerca de las características y modelos de atención en salud mental hacia adolescentes por parte de los Espacios de Salud Adolescente (en adelante ESA) a partir del análisis de la policlínica implementada en el Hospital Saint Bois.

Dicha inquietud surge a partir de visualizar que las políticas de Estado buscan promover e impulsar acciones y estrategias hacia la atención en salud mental de l@s adolescentes en nuestro país. Dentro del marco de implementación de estas políticas se establece en el pre proyecto la posibilidad de indagar sobre la percepción que presentan usuari@s y equipo técnico sobre las modalidades de dicha atención.

En el marco de lo anteriormente mencionado se ubica la Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia 2010-2030: ENIA, dentro de sus propuestas de acción se enfatiza el cumplimiento y respeto de los derechos de adolescentes y niñ@s, su implementación debe ser de carácter universal y los niveles considerables de cobertura para mejorar la circulación de la información en prevención de la salud son la educación y la salud. (Consejo Nacional de Políticas Sociales, s/f).

En las encuestas realizadas en la ENIA a l@s adolescentes y niñ@s se encuentra que el 62% de l@s adolescentes opinaron que cuando asisten a un centro de salud l@s atienden de buena manera, pero hay opiniones citadas que versan acerca de: "(...) no nos gusta que se atrasen los médicos, que no te traten bien, (...)". "No me gusta que no nos expliquen claramente el estado de nuestra salud". "Que los doctores dejen un poquito de lado las Diferencias sociales". (Consejo Nacional de Políticas Sociales, s/f, p. 44).

Por su parte, en 2009 se dispone la "Guía de Abordaje Integral de la Salud de Adolescentes en el Primer Nivel de Atención" con el Modelo de Atención Integral de Adolescentes. Se promueve la atención en red debido a que las necesidades de l@s adolescentes deben ser comprendidas integralmente, asegurando "(...) una atención de calidad y amigable para los adolescentes". (MSP, 2009, p. 21). En dicha guía se incorpora la atención de adolescentes en salud mental resaltándose que es preciso considerar en la consulta la historia infantil y que determinadas conductas propias de esta etapa si se prolongan en el tiempo y persisten de forma intensa, pueden afectar su vida. (MSP, 2009). También se requiere que los médicos tengan capacidad de escucha y tiempo (primer entrevista no menor a 30 minutos). Además se hace hincapié en que "(...) es importante hacer énfasis en el enfoque que debe tener una estrategia de atención que incorpora la salud mental en el primer nivel de atención". (MSP, 2009, p. 40). Debido a que la atención de adolescentes en salud mental comporta un desafío para nuestro sistema de salud, porque resulta compleja la elaboración de diagnósticos acabados tomando en cuenta las

características de esta etapa de la vida que se encuentra entrecruzada con movimientos, crisis, modificación de vínculos y de sí mismo. (MSP, 2009).

Posteriormente en el año 2011 se difunde por parte del Ministerio de Salud Pública, el Plan de Prestaciones de Salud Mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Dentro de sus objetivos se encuentra la accesibilidad de todos los usuarios del sistema de salud a las prestaciones de salud mental dentro del primer nivel de atención.

En el mencionado Plan de Prestaciones, se afirma que "(...) los servicios de salud no están brindando respuesta adecuada y efectiva a la demanda y que la atención a los grupos vulnerables o en riesgo con necesidades especiales requiere de una consideración prioritaria". (MSP, 2011, p. 7-8).

En el año 2012 la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay (SPU) en una mesa redonda titulada "Situación actual de las Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud", plantea las dificultades de implementación del Plan de Nuevas Prestaciones en Salud Mental en el SNIS. Dentro de dichas dificultades se resaltaron la gran deserción de usuarios, dificultades en la derivación e inconvenientes para las modalidades grupales de intervención. (SPU, 2012).

Por su parte, en 2013 los datos revelados de la tercer Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud (ENAJ) expresaron que el porcentaje de adolescentes y jóvenes que se acercaron al menos una vez a consultas en salud mental es de un 14,9%. Y el porcentaje de adolescentes y jóvenes que concurren a una consulta de psiquiatría al menos una vez en el correr de ese último año es de un 5,2%. (Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud, 2013).

## Referentes teóricos

### Adolescencia y Derechos

La OMS en el año 1990 define a la adolescencia como el período en el cual la persona desarrolla la capacidad de reproducirse, el pasaje de los patrones de la niñez a la adultez y la adolescencia comprende el período entre los 10 y 19 años. (OMS, 1990).

La Convención de los Derechos del Niño (CDN) declara la universalidad de los Derechos para todos los niños, niñas y adolescentes. En palabras de Suárez (2015), “esto implica considerarlos como titulares de sus derechos (...) un protagonista con la facultad de participar en su propio desarrollo”. (p. 32). De esta forma, la Convención desarrolla un cambio absoluto al entender las necesidades de la infancia a partir de una perspectiva de derechos, permitiéndole al niño y al adolescente discernirse como sujeto de derechos.

Siguiendo a Amorín (2008), “(...) no podemos hablar de “la adolescencia” en singular, dado que existen distintas adolescencias, en especial definidas por lo sub-cultural en tanto se trata de un producto y construcción socio-cultural”. (p. 124).

Es así que el autor concibe a la adolescencia como una categoría evolutiva que se encuentra entrecruzada por dinámicas psicosociales y que ésta no debe ser entendida únicamente como un tiempo de pasaje entre los dos momentos importantes como lo son la infancia y la adultez. (Amorín, 2008).

De acuerdo con Suárez (2015), el derecho a la salud es un derecho elemental que se encuentra consagrado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Por lo que el derecho a la salud es también un derecho de la ciudadanía social y tanto para niñ@s como para adolescentes se consagra en la Convención de los derechos del Niño y en nuestro país en el Código de la Niñez y la Adolescencia. Es así que Saforcada (2010) expone que el derecho a la salud supone que los organismos públicos que forman parte de la salud y las políticas impulsadas por los gobiernos tienen la responsabilidad de priorizar las políticas de promoción, protección y prevención de la salud, más allá de las destinadas a las personas que ya se encuentran enfermas.

Suárez (2015) menciona que la formación de los ESA supusieron la realización de actividades de prevención y promoción en el marco de una participación de adolescentes desde la atención, estableciendo que “es necesario trabajar para que el sistema de salud apunte al empowerment de NNA, con la finalidad de que puedan desarrollar su potencial de salud (...)” (p. 44).

Los ESA comenzaron a funcionar a partir del año 2006, se encuentran dentro del Programa Nacional de Salud Adolescente y Juventud del MSP y son creados en convenio con el Programa Infamilia del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). (ASSE, 2016).

### Cambio de paradigma en atención en salud

Para el desarrollo del presente pre proyecto de investigación es relevante contextualizarlo dentro de lo que se entiende como cambio de paradigma en los modelos de atención en salud.

De esta forma, Guida (2009) define a un modelo de atención en salud como "(...) el reflejo de complejos procesos históricos, económicos, culturales que involucran desde la planificación, la ejecución y la evaluación de las prácticas sociales en salud". (p. 1).

### Modelo Médico Hegemónico

Como plantea Menéndez (1985), el Modelo Médico Hegemónico (MMH) es el acervo de saberes, teorías y prácticas que conocemos como medicina científica, positivista y mecanicista. El modelo excluye lo psicológico e individual, escinde la teoría y la práctica, el cuerpo y la mente y la acción y la investigación. El autor lo define como biologicista, ahistórico y neutral en cuanto lo social, por lo que no se problematiza el contexto en el cual se encuentra inmerso, siendo fundamental para pensar la medicalización. Al usuario se lo considera como ignorante, padeciente y responsable de su enfermedad. La salud y la enfermedad son consideradas como valores de cambio, siendo la enfermedad entendida como desviación y ruptura, basándose en suprimir el síntoma.

El autor plantea que es posible visualizar una dificultosa relación entre el MMH y la atención primaria, siendo una de las características más fuertes del modelo el biologicismo, debido a que constituye la formación médica a nivel profesional, donde no se deja lugar a lo social, psicológico y cultural. (Menéndez, 1985).

Es así que Menéndez (1985) afirma que este modelo de atención se encuentra en crisis desde hace décadas, por lo que Guida (2009) sostiene que:

(...) los modelos de atención en salud, reflejan uno de los aspectos fundamentales del derecho a la salud de las personas y de los colectivos y también el grado de vigencia de los derechos humanos, a través de la concreción de estos modelos. (p. 4).

### Sistema Nacional Integrado de Salud

El SNIS comporta un cambio en el modelo de atención en salud en nuestro país, de esta forma, Benia (2009) menciona que en el 2005 el sector salud comenzó a recorrer una trascendente reforma, la cual es debida a las inequidades existentes. La reforma es un proceso de cambio de un modelo de atención que integra a la práctica la estrategia de Atención primaria en Salud (APS) en el marco del SNIS. Debido a que es una reforma, los cambios no son repentinos, sino que es un proceso que se va desarrollando incluso hasta el día de hoy. (Benia, 2009).

En el año 2007 entra en vigencia la ley 18.211, la cual crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) estableciéndose el acceso universal al derecho a la salud, intersectorialidad, el respeto a los derechos y promoción de la salud. (Ley N° 18.211, 2007).

### El Sistema Nacional de Salud se organiza a través de niveles de atención en salud

Estos niveles son una manera apropiada y estratificada de organizar los recursos y también son escalones de complejidad por medio de los cuales se organiza la actividad asistencial. (Perea, 2009).

El primer nivel comprende los servicios que son accesibles a todos (policlínicas), con tecnologías de mediana complejidad. Aquí se resuelven las necesidades básicas y más frecuentes de la población debido a que permite resolver el 85% de los problemas. El segundo nivel incluye en su atención los hospitales generales que permitan internaciones, cirugías, salas de parto, especialistas. Es importante la referencia y contrareferencia, la primera posibilita la comunicación entre los centros en casos de derivación de pacientes a otro centro de mayor complejidad, asegurándose la continuidad en la atención. La segunda implica que en el centro de atención se tenga conocimiento de qué sucedió con el paciente que fue derivado, es el retorno del paciente. Y en el tercer nivel de atención se encuentran los hospitales especializados con gran complejidad tecnológica. (Benia y Reyes, 2008, Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011).

### Prevención de salud

Son las medidas y acciones en pos de prevenir la enfermedad y promover la salud.

La prevención primaria son las medidas que se llevan adelante en el proceso de salud - enfermedad, es decir, antes que la persona se enferme. Tiene como objetivo acotar la incidencia de la enfermedad a través de controles de riesgo, como por ejemplo las vacunas. La prevención primaria se desarrolla en todos los niveles de atención. (Benia y Reyes, 2008, Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011).

La prevención secundaria es llevada a cabo por acciones que tienen como objetivo la detección temprana de la enfermedad y un tratamiento apropiado, dicho objetivo es vehiculizado por ejemplo a través de exámenes de orina o sangre que permiten disminuir la prevalencia de una enfermedad. La prevención terciaria está basada en la rehabilitación y reinserción social, teniendo como objetivo que los individuos enfermos recuperen sus capacidades. (Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011).

## Promoción de salud

En el año 1986 en Ottawa (Canadá) se da lugar a la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud apoyada por la OMS, donde se publica una carta dirigida a la consecución del objetivo “Salud para Todos en el año 2000.” (Perea, 2009).

A partir de esa primer conferencia el concepto de Promoción ha ido desarrollándose y evolucionando de manera continua.

“La promoción de salud, entiende a la salud (...) como un recurso para la vida diaria, la calidad de vida y el bienestar”. (Benia, 2009, p. 156). Es así que la promoción de salud puede estar incluida en la prevención primaria, secundaria y terciaria cuando se haga hincapié en la activa participación de la población y los servicios de atención de la salud. (Benia, 2009).

En la carta de Ottawa se dispusieron tres estrategias básicas, abogar por la salud con el objetivo de crear las condiciones sanitarias fundamentales, hacer accesible a todas las personas el desarrollo completo y potencial de salud e interceder a favor de la salud más allá de los intereses disímiles de la sociedad. (OMS, 1986).

## Atención Primaria en Salud

Siguiendo a Perea (2009) la APS surge en Alma Ata (Kazajistán), en el año 1978 donde se realiza una conferencia de Unicef, la OMS/OPS y representantes de países de todo el mundo. Los contenidos de la conferencia eran la salud de los pueblos y las diferencias entre los países desarrollados y subdesarrollados.

APS es atención sanitaria esencial, fundada en métodos y tecnologías prácticas que son culturalmente aceptadas. Su alcance es a todos los hombres, familias y comunidades a través de una participación plena, por lo que debe ser a un costo alcanzable y adaptado según el país. La APS forma parte del sistema nacional de salud, debido a que es parte funcional central de este sistema, también es importante para el desarrollo social y económico. (OMS/OPS y UNICEF, 1978).

En dicha conferencia se expresó la estrategia denominada “Salud para todos en el año 2000”, con el interés de lograr una mayor equidad y en la búsqueda de disminuir la mortalidad infantil, elevar la esperanza de vida, abastecimiento de agua potable y saneamiento, el acceso universal a la atención y prevención frente a enfermedades infecciosas, entre otros. La vía para alcanzar dicha meta es la estrategia de APS, “(...) la APS constituye una estrategia porque se propone resolver problemas mediante una manera determinada de reorganizar y reorientar los recursos del sector salud”. (Perea, 2009, p. 1).

La APS cuenta con determinadas características que brevemente mencionaré: la integralidad, interdisciplinariedad, participación comunitaria, equidad, énfasis en la promoción y prevención primaria, interinstitucionalidad, intersectorialidad, accesibilidad



(económica, geográfica, administrativa y simbólica), descentralización, cobertura universal y planificación y programación. (Perea, 2009).

Además, cabe resaltar que APS no es atención de segunda categoría dedicada a los sectores más vulnerables social y económicamente, sino que es una atención destinada a todos los sectores sociales. Esta estrategia es aplicable a todos los niveles de atención. (Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011).

La OPS en el año 2012 publicó un documento acerca de “La Salud en las Américas”, en la sección acerca de la salud mental, se mencionan datos relevantes tales como que un 22% del total de las enfermedades de América Latina y el Caribe lo representan los trastornos mentales y neurológicos (depresión y trastornos del consumo de alcohol en primer lugar). Asimismo también se menciona que los estudios epidemiológicos han arrojado que existe una brecha entre la prevalencia y los tratamientos, y se ha identificado que frecuentemente la brecha de tratamiento es grande, la morbilidad concomitante y la calidad/eficacia de los tratamientos no son tomados a consideración.

En relación a la evaluación de la respuesta de los programas y servicios, la OPS señala que “(...) a pesar de la gran carga que representan los trastornos mentales, la capacidad de respuesta de los servicios de salud es aún insuficiente”. (OPS, 2012, p.185). De esta forma, se informa que en los países de América Latina y el Caribe un 2% del presupuesto sanitario es destinado a la salud mental y de ese presupuesto el 67% es designado a los hospitales psiquiátricos. Estos datos denotan la importancia de elevar los recursos y reconducirlos también a sistemas de tipo ambulatorios y comunitarios. (OPS, 2012). Debido a que en Uruguay se destina un 7% del presupuesto total de salud para la salud mental y un 72% de los gastos de salud mental es asignado a los hospitales psiquiátricos. (OPS/OMS, 2013).

La capacitación para el personal de la atención de salud mental en APS evidencia que los países de América del Sur presentaron porcentajes bajos de capacitación en el pregrado universitario. Es así que en medicina la dedicación a la salud mental es de un 2% en Bolivia, Chile, Paraguay y Uruguay a un 10% en Perú, en enfermería varía entre 2% en Bolivia y 12% en Uruguay. En cuanto a la capacitación de los profesionales de medicina es de un 0% para Uruguay y 22% en Argentina, para enfermería un 0% en Paraguay. (OPS/OMS, 2013).

Con respecto a los países de América del Sur, todos menos uno (Uruguay) tienen protocolos de tratamiento para los problemas de salud mental o psicosociales. Igualmente se informó que su disponibilidad en los centros de APS oscila entre casi ausente a disponible en la mayoría o en todos los centros y que su uso no es conocido por todo el personal. (OPS/OMS, 2013, p. 40).

## Antecedentes

Realizando una búsqueda exhaustiva del estado del arte en relación a la temática es relevante comenzar con los desarrollos a nivel nacional.

El proyecto de investigación llevado a cabo en el año 2004 denominado “Aproximación al estudio de la accesibilidad a la atención psicológica en la infancia en la zona de Malvín Norte”, tuvo como resultado de las entrevistas realizadas a los psicólogos de los centros de salud, que estos desconocen la propuesta de la reforma de salud y que consideran que la misma no va a afectar sus prácticas en cuanto a la inclusión de psicólogos en el primer nivel de atención de salud. (Rudolf y Najson, 2004).

Se recaba también que los psicólogos de los servicios de salud trabajan con modalidades individuales y no estaban especializados por edades. Y por último que el psicólogo continúa subordinado al médico. (Rudolf y Najson, 2004).

En el año 2009 el informe “Participación ciudadana en salud: cambios y permanencia en el inicio de la reforma” destaca en sus conclusiones y resultados que, “se mencionan resistencias a cambiar una forma de funcionamiento que está consolidada por los años. Se expresan conflictos internos entre los técnicos, dificultad para distribuir el poder (con el usuario y dentro del propio equipo)”. (Rudolf, Bagnato, Guida y Rodríguez, 2009, p. 39). También se menciona que hay concepciones compartidas entre los médicos y los ciudadanos acerca de que los usuarios son tratados como objetos y que los usuarios no se asumen como sujetos. Los autores aluden que esto es debido a que hay un desconocimiento de los derechos que involucra a todos los actores. (Rudolf, Bagnato, Guida y Rodríguez, 2009). Los datos que fueron recabados en las encuestas que se realizaron a usuarios demuestran que las razones por las cuales no participan en algún programa de salud son, “(...) falta de tiempo con 19,2%, falta de experiencia, información y capacitación con 14,2%, y opciones o actividades personales con 10,9%.” (Rudolf, Bagnato, Guida y Rodríguez, 2009, p. 43).

El proyecto de investigación “La atención a la salud de los adolescentes en el primer nivel desde una perspectiva de derechos”, presenta como uno de sus propósitos que los resultados alcanzados contribuyan a la calidad de la atención a los adolescentes en el primer nivel de atención. (Arias y Suárez, 2016).

El proyecto se enmarca en un centro de atención del primer nivel, el ESA de dicho centro de salud se encuentra localizado en un sitio aislado por lo que la accesibilidad no se ve facilitada, el consultorio es pequeño y no es adecuado debido a que no representa privacidad y no se cuenta con los materiales necesarios. En cuanto a los profesionales que deben integrar el ESA estos no cuentan con formación específica en adolescencia.

En relación a las temáticas abordadas se encuentran dificultades para considerar los intereses de l@s adolescentes y en relación al acceso a las consultas las autoras señalan que “(...) en la organización de la atención surge una incompreensión por parte del centro de los modos estipulados por el Programa acerca de cómo un adolescente puede acceder a la consulta”. (Arias y Suárez, 2016, p. 46).

Es así que las autoras proponen que se brinde formación a todos los actores del sistema de salud, con un abordaje interdisciplinario, con una intersectorialidad que atraviese las acciones del equipo, y que “(...) los escasos lineamientos que se brindan desde el diseño de la política pública para el desarrollo de la atención, (...) quedan sujetos a (...) las singularidades personales de los profesionales y de la dirección del centro, generando tensiones en esta relación.” (Arias y Suárez, 2016, p. 56).

Para finalizar, las autoras hacen hincapié en la importancia de continuar avanzando en el desarrollo de espacios amigables para l@s adolescentes y de ese modo enriquecer la atención en salud de esta población.

La Encuesta Nacional de Salud Adolescente (2012) llevada a cabo por el Ministerio de Salud Pública (MSP), Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), Junta Nacional de Drogas (JND) y Organización Panamericana de la Salud (OPS), devela los datos recabados en relación a la salud mental de l@s adolescentes que se encuentran en la franja etaria comprendida entre 13 y 16 años. Los resultados revelan que un 16,7 % admitió haber tenido síntomas depresivos y un 10,1% reconoció haber pensado en quitarse la vida al menos una vez en dicho año.

En relación a estos resultados, la directora del Programa Nacional de Salud Adolescente (creado en el año 2007) Susana Grunbaum señaló que las cifras sobre depresión, tristeza y deseos de no vivir más, son alarmantes. (MSP, 2012).

El Instituto Nacional de la Juventud del Mides (MIDES/INJU) junto con la Comisión de Juventud del Gabinete Social, impulsaron en el 2013 el Plan de Acción de Juventudes 2015-2025 con los lineamientos en materia de políticas para la juventud en dicho período.

“(...) el Plan también aborda algunos desafíos en materia de políticas públicas destinadas a poblaciones juveniles específicas, como ser: jóvenes rurales, jóvenes trans y jóvenes con discapacidad”. (MIDES/INJU, 2013).

En el año 2014 el Programa Nacional Adolescencia y Juventud y la División Normas Sanitarias del MSP lanzaron los protocolos de evaluación de “Buenas prácticas para la atención de las adolescencias en la red de atención a la salud”. El programa no es normativo y es flexible, ya que sus objetivos son colaborar con la calidad de la atención a través de una mejora en la organización de toda la red de atención. En cuanto a la salud mental se busca facilitar el acceso a l@s adolescentes y sus familias.

A lo largo del año 2015 se desarrolló el Proceso de Autoevaluación de las Buenas Prácticas, dicho proceso fue llevado a cabo siguiendo los protocolos.

A nivel internacional, la guía de Unicef (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) del año 2006, en el apartado “Salud, desarrollo integral y participación adolescente en clave de derechos” plantea que en el artículo n° 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño se establece que los Estados Partes deben garantizar la prestación de asistencia médica y atención sanitaria, haciendo especial énfasis en el desarrollo de la atención en el primer nivel. Así como también en el marco del apartado “Habilidades que inciden en la salud desde la perspectiva de la participación” se expone que la OMS y la OPS incentivan a la implementación de las “escuelas promotoras de la salud”, las cuales cuentan con programas para la promoción de la salud, alimentación saludable, realización de actividad física y recreación, así como también salud sexual y asesoramiento en promoción de la salud mental. (UNICEF, 2006).

En el año 2014 se llevó a cabo una investigación acerca de las “Percepciones sobre la evaluación de algunos profesionales y usuarios de los programas nutricionales en Medellín, Colombia”. Dicha investigación arrojó en sus resultados que los actores (participantes de los programas, líderes comunitarios, profesionales que trabajan para el municipio y administrativos), no reconocen la relevancia de evaluar los programas de índole social, los autores también sostienen que los actores tienen una percepción asistencialista acerca de esas evaluaciones. (Goez y Álvarez, 2014).

En la investigación también se destaca que “(...) En esta región los tipos de evaluación de programas que más se realizan son aquellos centrados en el impacto y los resultados de los programas (...)”. (Goez y Álvarez, 2014, p. 242).

Para finalizar, en Ghana se realizó un estudio con el objetivo de investigar las percepciones de los actores acerca del proceso, beneficios y desafíos de la auditoría social llevada a cabo en la región norte de Ghana por Ayuda en Acción (ActionAid).

Los autores definen a la auditoría social como una evaluación de las prácticas de una organización desde la perspectiva de sus beneficiarios. Los resultados demostraron que los beneficios de la auditoría social como herramienta no se cumplieron y se evidenció por ejemplo en el hecho de que los encuestados mencionaran como un reto importante la falta de desarrollo de la capacidad de las comunidades para poder ser protagonista de su desarrollo. De este modo plantean la necesidad de cerrar la brecha entre la teoría y la práctica de la auditoría social, es decir, implementar formas más simples y participativas para poder extender los principios de las auditorías sociales a las comunidades. (Yakubu, Donkoh y Kudadze, 2015).

## **Problema y preguntas de investigación**

A pesar de la implementación y funcionamiento de los ESA (55 en todo el país), Rossi (2015) afirma que estos espacios aún presentan una limitada cobertura. A partir del estudio de la autora, surgen importantes características de los ESA investigados, tales como que el equipo de salud plantea que se presentan obstáculos a partir de la poca formación profesional para trabajar acorde a las necesidades de l@s adolescentes. (Rossi, 2015).

La implementación y organización de los ESA en los servicios públicos tienen una cobertura limitada, lo cual repercute en que haya en el sistema público una polarización en lo que hace a la atención en salud a adolescentes respondiendo a modelos de trabajo diferentes (...). (Rossi, 2015, p. 154).

Aunque, como señala la autora se está trabajando en la capacitación de la totalidad de los profesionales que también atienden a adolescentes pero que no trabajan en los ESA. (Rossi, 2015).

En la misma línea, es importante destacar que en la Encuesta Mundial de Salud Escolar de la OMS realizada a adolescentes de entre 13 y 15 años los resultados acerca de salud mental exponen que un 11,4 % de l@s adolescentes de nuestro país han considerado seriamente suicidarse en los pasados 12 meses, un 9,2% han tenido uno o más intentos de suicidio en los pasados 12 meses. (OMS, 2012).

Es por lo anteriormente mencionado que se considera pertinente el presente proyecto y la siguiente **pregunta problema**:

¿Cuáles son las percepciones de l@s adolescentes y el equipo técnico acerca de la atención en salud mental de la policlínica del Hospital Saint Bois?

## **Objetivo general**

Explorar las percepciones acerca de la atención en salud mental de l@s adolescentes usuari@s y el equipo técnico del ESA de la policlínica del Hospital Saint Bois en el barrio Lezica.

## **Objetivos Específicos**

a- Indagar acerca de cuáles son las consultas que realizan l@s adolescentes en la policlínica del Hospital Saint Bois.

b- Identificar qué factores inciden en la toma de decisión de l@s adolescentes en relación a la consulta de salud mental.

c- Conocer cuáles son los obstáculos y facilitadores de las consultas que identifican en dichas consultas tramitadas por el equipo técnico.

d- Indagar los aspectos valorativos de l@s adolescentes y equipo técnico sobre el modelo de atención implementado.

### **Estrategia y diseño metodológico**

El pre proyecto adopta características exploratorias acerca de las percepciones de adolescentes usuari@s y equipo técnico del ESA. Para esto se utilizará una metodología de tipo cualitativa la cual:

Consiste en un conjunto de prácticas interpretativas que hacen al mundo visible. Estas prácticas transforman el mundo, lo convierten en una serie de representaciones, que incluyen las notas de campo, las entrevistas, conversaciones, fotografías, registros y memorias. (...) Esto significa que los investigadores cualitativos estudian las cosas en su contexto natural, intentando dar sentido o interpretar los fenómenos en función de los significados que las personas les dan. (Denzin y Lincoln, 2005, p. 3).

Esta metodología posibilitará un contacto más cercano y personal con l@s participantes de dicha investigación y permitirá conocer en su contexto y a través de su discurso cuál es su percepción acerca del problema de investigación planteado. De esta forma, dentro de la metodología cualitativa se seleccionó el método denominado Estudio de Caso (E.C.) los cuales son definidos, “como estrategias de investigación empírica que (...) permite procedimientos inductivos y deductivos, se orienta tanto a captar los aspectos subjetivos como los objetivos de la vida social”. (Vasilachis, 2006, p.222). Como señala Munarriz (1992) el estudio de caso es aplicable a una persona o un centro, es decir, a un caso particular, por lo que no es correcto generalizar y las conclusiones alcanzadas deben ser exclusivas y aplicables a un sólo caso. “Se parte del supuesto de que en cualquier caso nos encontramos con múltiples realidades y que para analizarlas es necesario que el investigador realice una inmersión en el campo de estudio”. (Munarriz, 1992, p. 4).

## **Técnicas para relevar información**

Para llevar adelante este método se utilizará la técnica *observación participante* con el objetivo de recoger datos acerca del funcionamiento del ESA de la policlínica del Hospital Saint Bois. Este tipo de observación se caracteriza por considerar "(...) la interacción social entre el investigador y los informantes en el medio de los últimos, y durante la cual se recogen los datos de modo natural y no intrusivo". (Taylor y Bogdan, 1986, p. 5).

También se realizarán *entrevistas semidirigidas* a l@s adolescentes que sean usuari@s del ESA de la policlínica a partir de datos recogidos de la observación y de las entrevistas iniciales a integrantes de la Dirección y equipo técnico. Por tanto se realizarán entrevistas a parte a los profesionales del equipo técnico y a los integrantes de la Dirección.

Se utilizará este tipo de entrevista porque permite ahondar más específicamente en los temas centrales de la investigación. Así como también delinearé el marco de la entrevista según los objetivos planteados y la enriquecerá desde los aportes de cada entrevistad@.

Este tipo de entrevista es descrita por Munarriz (1992) como una conversación que se produce cara a cara entre el entrevistador y el entrevistado, las preguntas planteadas por el investigador se desarrollan a raíz de interrogantes que van surgiendo en el transcurso de la investigación así como de las respuestas del entrevistado. "El propósito de esta técnica es comprender cómo ven el problema, descifrar su terminología y captar las acciones en toda su complejidad". (Munarriz, 1992, p. 114).

De este modo, la recolección de datos permitirá construir categorías para el posterior análisis.

## **Muestra**

El criterio de selección de l@s adolescentes entrevistad@s usuari@s de la policlínica del Hospital Saint Bois será:

-adolescentes que se encuentren en la franja etaria entre 15 a 19 años dentro de lo que sería la etapa de la adolescencia tardía según la OMS, etapa en la que el cerebro continúa desarrollándose, reorganizándose y tanto el pensamiento analítico como el reflexivo aumentan. (OMS, 1979).

-adolescentes que al momento de la investigación se encuentren consultando.

-equipo técnico que forme parte del ESA.

L@s adolescentes y el equipo técnico serán entrevistad@s en el ESA de la policlínica.

El criterio de selección de la policlínica del Hospital Saint Bois es debido a la accesibilidad de la misma porque a nivel geográfico su cobertura es amplia y comprende un barrio que se encuentra alejado de la zona céntrica de Montevideo. De acuerdo al censo del 2011 el barrio Lezica tiene una población total de 16.030 habitantes. Según los datos del censo el Centro Comunal Zonal (CCZ) 12 que abarca los barrios Colón, Lezica, Melilla, Abayubá, Cuchilla Pereyra y San Bartolo cuenta con una población de 9.860 habitantes de 10 a 19 años. (INE, 2011).

Según datos de ASSE en el año 2014 la policlínica del Hospital Saint Bois fue la que mayor cantidad de consultas tuvo con un total de 109.816. (ASSE, 2014).<sup>1</sup>

### **Consideraciones éticas**

Esta investigación se realizará tomando en consideración la ley 18.331 de Datos personales. (Ley N° 18.331, 2008).

Dicha ley establece la confidencialidad de los datos, es por ello que se establecerá un protocolo de consentimiento informado el cual deberá ser firmado por I@s participantes, I@s cuales poseen el derecho de desistir de su participación en cualquier momento de la investigación.

Se informará a I@s participantes del tratamiento que se le dará a los datos, cuál será su finalidad y se instrumentarán vías por las cuales I@s participantes tengan acceso a los datos en cualquier momento de la investigación.

Debido a que parte de I@s participantes de la investigación son menores de edad (14 a 17 años de edad) se tendrá en cuenta la elaboración de un permiso de asentimiento que deberá ser firmado por I@s responsables de I@s adolescentes quienes habilitarán la participación en la investigación.

Estará regulado por las mismas leyes mencionadas anteriormente, respetando la confidencialidad de la información. Se mencionarán los fines de la investigación en forma verbal y escrita a I@s responsables de I@s adolescentes y a I@s participantes.

Se requerirá el permiso a ASSE para llevar adelante la investigación en el centro de salud de primer nivel de ASSE, policlínica perteneciente al Hospital Saint Bois.

---

<sup>1</sup> Al momento de elaboración del pre proyecto se contactó a las autoridades del MSP y no fue posible profundizar en mayor información acerca de la accesibilidad de la policlínica.



### Cronograma de ejecución

Actividades	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Gestionar permiso de ASSE y acceso a la policlínica	■	■										
Acercamiento al campo-observación participante			■	■								
Selección de la muestra				■								
Realización de entrevistas semidirigidas					■	■	■	■				
Análisis de la información y elaboración de informe final							■	■	■	■	■	
Divulgación de resultados												■

## **Resultados esperados**

Contribuir al conocimiento acerca de las particularidades que adoptan las consultas en salud mental que realizan l@s adolescentes y sus percepciones acerca de la calidad de las mismas. En consonancia con ello aportar a la identificación de aciertos y obstáculos en la implementación de los ESA.

Aportar insumos para el lineamiento de políticas de atención en salud mental con adolescentes en el primer nivel de atención de acuerdo a una perspectiva de derechos.

## Referencias Bibliográficas

Administración de los Servicios de Salud del Estado. (ASSE). (2014). Datos Sistema Nacional de Información (SINADI). Recuperado de <http://www.asse.com.uy/contenido/Datos-SINADI-2014-8488>

Administración de los Servicios de Salud del Estado. (ASSE). (2016). Espacios Adolescentes (EA). Recuperado de <http://www.asse.com.uy/contenido/Espacio-Adolescente-5376>

Amorín, D. (2008). *Apuntes para una posible psicología evolutiva*. Montevideo: Psicolibros.

Arias, M., Suárez, Z. (2016). *La atención a la salud de los adolescentes en el primer nivel desde una perspectiva de derechos*. Montevideo: CSIC - UdelaR.

Benia, W., Reyes, I (Coord.). (2008). *Temas de salud pública*. Tomo 1. Montevideo: Oficina del libro FEMMUR.

Benia, W. (Coord.). (2009). *Temas de salud pública*. Tomo 2. Montevideo: Oficina del libro FEMMUR.

Denzin, N., Lincoln, I., (eds.) (2005). *The Sage Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks. California: Sage.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2006). Salud y participación adolescente. Recuperado de [http://www.unicef.org/uruguay/spanish/uy\\_media\\_Herramientas\\_GUIA\\_3.pdf](http://www.unicef.org/uruguay/spanish/uy_media_Herramientas_GUIA_3.pdf)

Goez, J., Álvarez, L. (2015). Percepciones sobre la evaluación de algunos profesionales y usuarios de los programas nutricionales en Medellín, Colombia. *Revista Universidad y Salud*, 17(2), pp.233-245. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-71072015000200009&lang=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072015000200009&lang=es)

Güida, C. (2009). Ficha temática del Curso de Niveles de Atención en Salud: “Epidemiología”. Recuperado de [http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas\\_ficha-epidemiologia.pdf](http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_ficha-epidemiologia.pdf)

Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU). (s/f). Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia 2010-2030. Bases para su implementación. Recuperado de <http://www.inau.gub.uy/biblioteca/eniabases.pdf>

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2011). Censos 2011. Recuperado de <http://www.ine.gub.uy/web/guest/censos-2011>

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2013). Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud. Recuperado de <http://www.ine.gub.uy/web/guest/encuesta-nacional-de-adolescencia-y-juventud>

Ley 18.211. (2007). Sistema Nacional Integrado de Salud. Recuperado de <http://www.msp.gub.uy/marco-normativo/ley-n%C2%B018211-de-5-de-diciembre-de-2007-creaci%C3%B3n-del-sistema-nacional-integrado-de>

Ley 18.331. (2008). Protección de Datos Personales y Acción de Habeas Data. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18331-2008/29>

Menéndez, E. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Ponencia realizada en Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires.

Ministerio de Salud Pública (MSP). (2009). Guías para el abordaje integral de la salud de adolescentes en el primer nivel de atención. Recuperado de [http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos\\_adjuntos/Guia\\_abordaje\\_salud\\_adolescente\\_\\_08\\_10%5B1%5D.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Guia_abordaje_salud_adolescente__08_10%5B1%5D.pdf)

Ministerio de Salud Pública (MSP). (2011). Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Recuperado de <http://www.supia.org.uy/PRESTACIONES.pdf>

Ministerio de Salud Pública (MSP). (2014). Mejora de la calidad de la Atención a la Salud de Adolescentes: diseñando una herramienta para las Buenas Prácticas. Recuperado de [http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos\\_adjuntos/Lanzamiento%20de%20Buenas%20Pr%C3%A1cticas%20Atenci%C3%B3n%20a%20Adolescentes%20%5BModo%20de%20compatibilidad%5D\\_0.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Lanzamiento%20de%20Buenas%20Pr%C3%A1cticas%20Atenci%C3%B3n%20a%20Adolescentes%20%5BModo%20de%20compatibilidad%5D_0.pdf)

Ministerio de Desarrollo Social/Instituto Nacional de la Juventud (MIDES/INJU). (2013). Plan de Acción de Juventudes 2015-2025. Recuperado de [http://www.inju.gub.uy/innovaportal/v/26899/5/innova.front/plan\\_de\\_accion\\_de\\_juventudes\\_2015-2025](http://www.inju.gub.uy/innovaportal/v/26899/5/innova.front/plan_de_accion_de_juventudes_2015-2025)

Munarriz, B. (abril, 1992). Técnicas y métodos en Investigación cualitativa. Jornadas de Metodología de Investigación Educativa. Universidad de Coruña. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1217001>

Najson, S., Rudolf, S. (2009). Aproximación al estudio de la accesibilidad a la atención psicológica en la infancia en la zona de Malvín Norte. En: *Participación ciudadana en salud: cambios y permanencias en el inicio de la reforma*. Montevideo: Fin de Siglo.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1978). Atención Primaria de Salud. Informe de conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS. Ginebra. Recuperado de [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=19004&Itemid=2518](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=2518)

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1986). La carta de Ottawa para la promoción de salud. Primera Conferencia. Recuperado de <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). Encuesta Mundial de Salud Escolar. Recuperado de [http://www.who.int/chp/gshs/2012\\_Uruguay\\_GSHS\\_FS.pdf?ua=1](http://www.who.int/chp/gshs/2012_Uruguay_GSHS_FS.pdf?ua=1)

Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). (1979). Condiciones de salud del niño en las Américas. Año Internacional del niño. Publicación Científica n.º 381. Washington, d. c.: paho, Library.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2012). Consulta revela pocos hábitos saludables en adolescentes y visión positiva sobre su futuro. Recuperado de [http://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_content&view=article&id=616:consulta-revela-pocos-habitos-saludables-adolescentes-vision-positiva-sobre-futuro&Itemid=227](http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=616:consulta-revela-pocos-habitos-saludables-adolescentes-vision-positiva-sobre-futuro&Itemid=227)

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2012). Salud en las Américas Recuperado de

[http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=220&Itemid=](http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=220&Itemid=)

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2013). Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/report\\_on\\_mental\\_health\\_systems\\_Spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/report_on_mental_health_systems_Spanish.pdf)

Perea, J. (2009) Ficha temática del Curso de Niveles de Atención en Salud: “Atención Primaria en Salud”. Recuperado de

[http://eva.psico.edu.uy/pluginfile.php/73341/mod\\_resource/content/2/APS.pdf](http://eva.psico.edu.uy/pluginfile.php/73341/mod_resource/content/2/APS.pdf)

Rossi, S. (2015). Espacios de Salud Adolescente y derechos sexuales y reproductivos. Un estudio sobre las percepciones de adolescentes y equipos técnicos de servicios públicos. En: *Adolescencia y sexualidad. Investigación, acciones y política pública en Uruguay (2005-2014)*. Montevideo: Facultad de Psicología, Universidad de la República; UNFPA.

Saforcada, E (2010). *Psicología y salud pública*. Buenos Aires: Paidós.

Sociedad de Psiquiatría del Uruguay (SPU). (2012). Situación actual de las Prestaciones en Salud Mental en el sistema nacional integrado de salud. Recuperado de [http://www.spu.org.uy/boletin/ago2012/agosto\\_web.pdf](http://www.spu.org.uy/boletin/ago2012/agosto_web.pdf)

Suárez, Z. (2015). El sistema de salud y su aporte para la construcción de ciudadanía en la infancia y la adolescencia. En: *La construcción de la ciudadanía: un desafío para la academia*. Montevideo: Psicolibros.

Taylor, S.J., Bogdan, R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.

Vasilachis, I. (Coord.). (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.

Vignolo, J., Vacarezza, M., Alvarez, C., Sosa, A (2011 ) Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), pp.7-11.  
Recuperado de [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-423X2011000100003&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-423X2011000100003&script=sci_abstract)

Yakubu A.,Donkoh, S., Kudadze, S. (2015). Stakeholders' perceptions of Actionaid's social audit processes in the northern region of Ghana. *UDS International Journal of Development*, 2(1), pp.174-187. Recuperado de <http://www.udsijd.org/index.php/udsijd/article/view/35>