

Estudio Exploratorio Sobre la Visión de Salud de un Grupo de Adolescentes Hombres Desertores del Sistema Escolar de la Comuna de Santiago, Chile: Sus Necesidades, Aspiraciones, Prioridades y Propuestas

Exploratory Study About the View of Health in a Group of Male Adolescents Who Have Dropped Out of School in Santiago, Chile: Their Needs, Aspirations, Priorities, and Proposals

Carolina Boetto y Marcela Aracena
Pontificia Universidad Católica de Chile

El artículo da luces sobre los desafíos que plantea abordar a los adolescentes hombres desertores del sistema escolar desde la salud, considerando que éstos por décadas han quedado desplazados como foco de atención. Resulta relevante poder comprender sus propias dinámicas para desarrollar estrategias efectivas de promoción y prevención. Se utilizó un diseño descriptivo-analítico relacional, haciendo uso de metodología cualitativa, con una muestra intencionada de 41 adolescentes hombres. Se usó la entrevista semi-estructurada con áreas temáticas focalizadas y el modelo de la *Grounded Theory* para la recolección y análisis de la información. Los resultados ayudan a comprender la visión de salud de un grupo de adolescentes hombres, construyendo un modelo comprensivo general sustentado en su *vivencia de la salud escindida*.

Palabras Clave: *salud, adolescentes hombres, deserción escolar, aspiraciones.*

The article provides some insights regarding the challenges involved in approaching male adolescents who have dropped out of school, from the perspective of health, considering that for decades they have been ignored as a focus of attention. It is relevant to understand their own dynamics in order to develop effective promotion and prevention strategies. A relational descriptive-analytical design was chosen, using a qualitative approach, with an intentional sample of 41 male adolescents. A semistructured interview with focused thematic areas was designed and the *Grounded Theory* model was used to gather and analyze the data. The results contribute to an understanding of the way a group of male adolescents view health, constructing a comprehensive general model based on their *split health experience*.

Keywords: *health, male adolescent, school dropout, aspirations.*

En las últimas décadas, la población chilena ha experimentado una serie de cambios referidos al momento de transición demográfica (mayor envejecimiento de la población) y epidemiológica (incremento de enfermedades crónico-degenerativas relativas a estilos de vida) que ha estado viviendo (Ministerio de Salud [MINSAL], 1998). Esto ha obligado a modificar y reemplazar las prioridades de atención del modelo tradicional de salud, implementando una serie de reformas y transformaciones en políti-

cas sociales. En los 90 los esfuerzos en salud comienzan a dirigirse hacia la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de conductas de riesgo en los grupos más vulnerables, desplazando el modelo tradicional de atención centrado en el déficit y daños específicos (MINSAL, 1998).

A partir de esta situación, en 1997 el gobierno chileno impulsó la Reforma Programática y Financiera en salud pública, donde se definieron *16 Prioridades Salud País* para el período 1997-2000 –que incluyen problemas de salud emergentes, factores de riesgo y grupos de problemas de salud¹– (MINSAL, 1997b, 1998), implementando además procedimientos inno-

Carolina Boetto Puebla y Marcela Aracena Alvarez, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile. La correspondencia relativa a este artículo debe ser dirigida a Marcela Aracena, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Avda. Vicuña Mackenna 4860, Santiago, Chile. E-mail: maracena@puc.cl
Las autoras agradecen a Vicerrectoría Académica de la Pontificia Universidad Católica de Chile, por los fondos otorgados para realizar las entrevistas.

¹ Las *16 Prioridades Salud País* son: accidentes, afecciones congénitas y perinatales, cáncer, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, enfermedades inmunoprevenibles, enfermedades respiratorias, malnutrición, salud bucodental, salud mental, salud ocular, salud ocupacional, salud sexual y reproductiva, tabaquismo, alcohol y drogas, tuberculosis y VIH/SIDA-ETS (MINSAL, 1997b).

vadores en la asignación y distribución de recursos financieros al sistema. Dichas reformas han planteado un desafío importante en materia de salud pública referido, entre otros ámbitos, al modelo y foco de atención. Esto ha conducido a una transformación en la concepción de salud (anticiparse a la aparición de problemas), en la noción de bienestar de las personas (incorporando una perspectiva integral y sistémica, que apunta al desarrollo bio-psico-social) y un cambio en el modelo de atención (centrado ahora en el desarrollo integral, enfatizando su promoción) (MINSAL, 1997a, 2000).

En este marco de transformaciones en la salud pública, se hace visible una serie de dificultades y aspectos aún no abordados en el diseño e implementación de las nuevas políticas (MINSAL, 1998, 1999). Al revisar en detalle las 16 Prioridades Salud País (MINSAL, 1997b), así como el nuevo Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría para el 2000 (MINSAL, 2000), se observa la exclusión dentro de los énfasis programáticos en salud –y un importante desconocimiento– de las necesidades particulares de un grupo etéreo importante de la población. Dicho grupo está constituido por lo que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido como *gente joven*, comprendiendo a las personas que tienen entre 10 y 24 años (OPS-Kellogg, 1997). A través de esta denominación se incluye tanto a la población de adolescentes de 10 a 19 años, como a la de jóvenes de 15 a 24 años de edad (OPS-Kellogg, 1997). Esta población no ha sido foco de atención en las intervenciones y prioridades de salud, ni tampoco se le ha reconocido en cuanto a su especificidad y necesidades propias (MINSAL, 1999; Muzzo & Burrows, 1986). Como se plantea desde la Política Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes (MINSAL, 1999):

Adolescentes y jóvenes han sido históricamente discriminados en las acciones de salud. La falta de preocupación por este grupo conduce, ineludiblemente, a un fracaso en revertir las tendencias sanitarias actuales, y por otra parte, constituye una muestra evidente de las inequidades que caracterizan nuestra situación de salud. (p. 8)

Ahora bien, dentro del grupo de gente joven se observa una mayor situación de exclusión de las políticas y programas en salud, de la población de adolescentes y jóvenes *hombres*. Es decir, si bien el grupo de gente joven no ha logrado constituirse en sujetos relevantes de atención, las adolescentes mujeres tradicionalmente han estado presentes dentro de las prioridades de salud, en tanto binomio

madre-hijo (MINSAL, 1998). Hacia ellas se ha dirigido una serie de acciones y programas referidos a temáticas tales como: embarazo adolescente, violencia intrafamiliar y maltrato infantil, salud del niño, salud sexual y reproductiva, salud mental, entre otros (MINSAL, 1998). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000b), la investigación confirma que es menos probable que los adolescentes hombres soliciten y asistan a servicios de salud que sus pares mujeres; asimismo, se evidencia desde el estudio de la OMS que los servicios de salud están menos acorde con las necesidades de salud de los adolescentes hombres. Del mismo modo, Manríquez y equipo señalan que:

Los adolescentes al no demandar atención por problemas relevantes infectocontagiosos quedaron marginados de los programas nacionales. Los problemas de salud y calidad de vida de los jóvenes requieren de adecuaciones específicas no sólo de infraestructura y orientación sino de la adquisición de competencias específicas de los equipos de salud lo que incluye nuevos actores y disciplinas involucradas. (Manríquez, Molina & Zubarew, 2003, p. 543)

Como otro ejemplo de esta situación, basta con revisar dentro de las 18 prioridades de salud locales², los problemas donde se explicita, como sujetos destinatarios, a la población de adolescentes de sexo masculino (MINSAL, 1997a). De estas prioridades, sólo en aquellas referidas a accidentes y, no dentro de éstos, a los accidentes del tránsito, se menciona como prioridad programática al grupo de adolescentes de 10 a 19 años (MINSAL, 1997a), y especialmente dentro de éstos, a los hombres, pues ellos presentan tasas más altas de defunciones a causa de accidentes del tránsito respecto de las femeninas (Muzzo & Burrows, 1986). En el resto de los énfasis programáticos definidos a nivel local, esta población se encuentra mayoritariamente ausente como foco de atención (MINSAL, 1998). En estos casos, dicho grupo de adolescentes es sólo mencionado indirectamente, ya sea como: *población masculina, pero no necesariamente adolescente*, como es el caso de las prioridades referidas al cáncer de próstata y a la salud sexual y reproductiva (en relación con esta última, se hace alusión a la población de hombres como sujetos destinatarios, cuando se aborda

² Estas prioridades, comprometidas a cumplir durante 1998 por los servicios de salud del país, se desprenden de las 16 *Prioridades Salud País* definidas en 1997, en el marco de la Reforma Programática y Financiera impulsada por el Ministerio de Salud chileno (MINSAL, 1997a, 1997b).

el problema del embarazo no deseado y el aborto provocado, donde se establece como una de las estrategias, la incorporación de la pareja masculina); o bien, como *población adolescente en general, sin diferenciar por género*, como es el caso de los problemas relativos a obesidad, consumo de tabaco, alcohol y drogas, y tabaquismo (MINSAL, 1998).

Esta situación general plantea un desafío importante a la actual política de salud, la cual define como prioritarias las intervenciones de carácter promocional y preventivo. Siguiendo esta dirección, resulta imperativo abordar en este ámbito a la población de adolescentes y, en especial, a los hombres, en la medida que la adolescencia y la juventud constituyen, precisamente, períodos críticos de la vida donde se presentan mayores riesgos para la emergencia de problemas de salud (MINSAL, 1998).

En consecuencia, se hace necesario investigar y dar cuenta de ciertos aspectos y dinámicas psicosociales que actualmente presenta la población de adolescentes hombres respecto de sus necesidades y aspiraciones en salud, en especial en aquéllos de niveles socioeconómicos bajos, por constituir estos adolescentes hombres una población más expuesta a la aparición de conductas de riesgo (MINSAL, 1998, 1999).

En este contexto, la *deserción escolar* es un factor que claramente sitúa a los adolescentes hombres en una situación de mayor vulnerabilidad psicosocial y, en ese sentido, en una situación de mayor exposición a la aparición de conductas que atentan contra la salud y el desarrollo integral (MINSAL, 1999).

Deserción Escolar y Pobreza

Algunos antecedentes que avalan la situación recién descrita, dicen relación, en primer término, con los altos índices de deserción escolar que presentaría la población de adolescentes chilenos de nivel socioeconómico bajo³. Esto adquiere gran importancia en la medida que “el abandono de los estudios o deserción escolar, es uno de los factores que pone en mayor riesgo a un adolescente para presentar conductas de riesgo” (CASEN, 1996 en MINSAL, 1999, p. 22). De esta forma, en 1996 el 60% de los jóvenes de nivel socioeconómico bajo abandona-

ron sus estudios de enseñanza media, cifra que disminuye a un 33% en los niveles socioeconómicos medios, afectando prácticamente en nada a los jóvenes de nivel socioeconómico alto (CASEN, 1996 en MINSAL, 1999).

Por otra parte, Florenzano y equipo, a partir de sus estudios realizados en 1994, donde se encuestaron a muestras representativas de más de un tercio de millón de adolescentes escolares de la Región Metropolitana (Florenzano, 1997; Florenzano, Pino, Kaplan & Ben Dov, 1994), proponen una serie de antecedentes de la deserción escolar, siendo éstos agrupados de la siguiente manera: antecedentes demográficos (tener una edad mayor a la media del curso, y principalmente ser de sexo masculino), antecedentes personales (bajas expectativas educacionales futuras, bajo promedio de notas, antecedentes de repitencia en enseñanza básica, actitud de desagrado por el establecimiento educacional, problemas de disciplina, influencia de pares con características similares, involucramiento en otras conductas de riesgo, como uso de sustancias e iniciación sexual precoz, entre otros), antecedentes familiares (situación frecuente de extrema pobreza, bajo nivel educacional de los padres, falta de apoyo parental, ausencia de recursos culturales en el hogar) y antecedentes comunitarios (sectores urbanos pobres con alta densidad poblacional, deficiente calidad del sistema escolar, con población estudiantil numerosa, presencia de altos niveles de desempleo entre los adolescentes) (Florenzano, 1997; Florenzano et al., 1994).

Respecto de las consecuencias psicosociales de la deserción escolar temprana, estos mismos investigadores han identificado, a partir de los estudios de 1994, factores comunes relacionados con este problema (Florenzano, 1997; Florenzano et al., 1994). En relación con eso, Florenzano (1997) plantea que:

En promedio, los desertores del sistema escolar tienen menor posibilidad de conseguir buena inserción dentro del sistema laboral, ganan menos dinero y tienen porcentajes más altos de desempleo. Con más frecuencia, pasan a depender de la seguridad social estatal y sus matrimonios tienden a ser más inestables. En promedio, presentan también conductas problemáticas de diversa índole, incluyendo farmacodependencias, embarazos tempranos y conductas delinquentes. Las posibilidades de incurrir en criminalidad y terminar pasando períodos largos en prisión también son inversamente proporcionales al rendimiento académico. (p. 172)

³ Al respecto, resulta importante tener en cuenta que un porcentaje importante de este grupo etáreo se encontraría en situación de pobreza, alcanzando en 1996 un 22% de la población de adolescentes y jóvenes. De éstos, el 20% serían hombres y el 23.9% mujeres (CASEN, 1996 en MINSAL, 1999).

Conductas de Riesgo: Foco en Salud Adolescente

Otro ámbito de antecedentes relevante para la presente investigación dice relación con la identificación de conductas de riesgo en la población adolescente, referidas a estilos de vida poco saludables (Florenzano, 1997; Hidalgo & Carrasco, 1999; MINSAL, 1999). Como se plantea desde la Política Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes (MINSAL, 1999):

Nuestra cultura sanitaria consideraba a los y las adolescentes y jóvenes como personas sanas, en el sentido de ausencia de enfermedad. Sin embargo, se observa que sí presentan morbilidades y que éstas están mayoritariamente ligadas a las conductas de riesgo, muy relacionadas con la socialización de género. La impresión de que no se enferman, está dada más bien por el hecho de que la gente no consulta en los servicios de salud clásicos, donde el personal no está entrenado para su atención y por lo tanto, no tienen una acogida adecuada. (p. 8)

Entre las conductas de riesgo identificadas por diversos estudios chilenos sobre adolescencia y juventud, se mencionan sistemáticamente las siguientes: uso y abuso de sustancias, iniciación sexual precoz, enfermedades de transmisión sexual, embarazo adolescente, conductas antisociales y deserción escolar (Florenzano, 1997; Hidalgo & Carrasco, 1999; MINSAL, 1999).

Por último, Florenzano (1997) identifica algunas características comunes entre la población de adolescentes y jóvenes que presentan conductas de riesgo, referidas a los antecedentes de estas conductas (descritas previamente). Estas características comunes se relacionan con: la edad (a menor edad de aparición de las conductas de riesgo, cualquiera sean éstas, mayor intensidad y consecuencias negativas presentarían); las expectativas educacionales y rendimiento escolar (el bajo rendimiento escolar y las bajas expectativas educacionales futuras, se asocian con todas las conductas de riesgo); las alteraciones conductuales (el ausentismo escolar y el comportamiento antisocial también se asocian sistemáticamente con todas las conductas de riesgo); la influencia de pares (vincularse con amigos que presentan conductas de riesgo sumado a la menor capacidad de resistir a sus influencias, hace más vulnerable al adolescente a desarrollar esas conductas); la influencia parental (ausencia de supervisión, comunicación y estilos de crianza autori-

tarios o permisivos son factores que están presentes en la aparición de todas las conductas de riesgo); y, por último, la calidad del entorno comunitario (los adolescentes y jóvenes que viven en áreas urbanas pobres, con alta densidad poblacional, tienen mayor probabilidad de presentar estas conductas) (Florenzano, 1997).

Aspiraciones, Necesidades y Prioridades

Por último, para la presente investigación se optó por usar los términos de aspiraciones, necesidades⁴ y prioridades para ser aplicados al ámbito de la salud, tal como son comprendidos y descritos por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2000) en su informe presentado sobre Desarrollo Humano en Chile. La manera en que son conceptualizados estos términos en dicho informe, permiten trabajar las nociones relevantes para este estudio en un marco conceptual que facilita la construcción de imágenes y proyectos a futuro desde el planteamiento del *deseo*, y no desde un planteamiento que puede generar *a priori* frenos frente a las limitaciones personales, institucionales o contextuales (PNUD, 2000). Es importante tener en consideración que el uso de estas nociones se explicita en esta investigación sólo como un marco referencial para aproximarse a la comprensión de los resultados, y no como categorías de análisis predeterminadas.

De esta manera, se define las *aspiraciones* como “las representaciones que se hacen los individuos y los grupos acerca del estado de cosas, personales o sociales, que desean para el futuro y que caracterizan como lo mejor” (PNUD, 2000, p. 58). Es así como se establece una distinción conceptual y práctica con el término *expectativas*, “pues éstas se refieren a lo que se cree que ocurrirá en el futuro dadas las tendencias actuales, no lo que se desea que ocurra ni lo que se está dispuesto a hacer para ello” (PNUD, 2000, p. 58).

A la base de las aspiraciones subyacen las *necesidades*, las cuales, al ser reconocidas, se transforman en aprendizajes que movilizan y orientan a la acción, con el fin de alcanzar los anhelos o aspiraciones (PNUD, 2000).

Por último, las *prioridades* se comprenden como el establecimiento de una jerarquización de las aspiraciones sobre una oferta dada externamente. Así, desde lo

⁴ En este estudio se utilizó indistintamente el término “necesidades” o “preocupaciones” en salud.

que ofrece el sistema o contexto, se realiza el ejercicio de jerarquización de los propios deseos (PNUD, 2000).

De este modo, “la construcción social de aspiraciones juega un rol central en la articulación entre sentido personal y proyectos de desarrollo social” (PNUD, 2000, p. 59). Es este rol el que aparece como útil de rescatar en esta investigación, al aproximarse al tema de la salud en los adolescentes hombres desertores escolares, dado que permite establecer un puente entre su visión de la salud, y las posibilidades de desarrollar estrategias de intervención a nivel promocional y preventivo.

Método

Diseño y Justificación del Enfoque Metodológico

Se utilizó un diseño descriptivo-analítico relacional, haciendo uso de metodología cualitativa, basándose para el análisis de la información en el modelo de la *Grounded Theory* desarrollado por Glaser y Strauss (1967). La decisión de trabajar con un enfoque cualitativo responde a la necesidad de aproximarse al mundo adolescente masculino, a través de un enfoque que permita conocer e investigar procesos subjetivos altamente complejos, para lo cual se requiere de un enfoque que dé espacio a la emergencia libre y espontánea de la subjetividad del discurso, en este caso, de un grupo de adolescentes hombres (Krause, 1995). Esto permite acceder a un mundo de significados rico en contenidos, que posteriormente le permiten al investigador la tarea de articularlos y analizarlos bajo modelos interpretativos y comprensivos, rescatando siempre la mirada de los propios actores de la realidad social que se pretende investigar (Krause, 1995).

Para esto último, el modelo de la *Grounded Theory*, como técnica de investigación cualitativa, se ajusta perfectamente a las necesidades de conocimiento e investigación antes planteadas, dado que entrega un conjunto de procedimientos articulados en tres momentos sucesivos de análisis: codificación abierta, axial y selectiva (Strauss & Corbin, 1990). Éstos facilitan el establecimiento de conceptos y las relaciones entre éstos, brindando un marco sistematizado para describir, comprender e interpretar un fenómeno social, partiendo desde la perspectiva de los propios actores sociales involucrados, hasta llegar a construir modelos teóricos empíricamente fundados (Strauss & Corbin, 1990).

Participantes

La muestra es de carácter intencionada y considero como criterios de inclusión de los sujetos, los siguientes: (a) ser de

sexo masculino, (b) tener entre 15 y 19 años de edad, (c) ser desertores del sistema escolar, y (d) vivir en la comuna de Santiago. Respecto del tamaño muestral, se trabajó con una muestra total de 41 adolescentes hombres, subdividida según rangos de edad (15 a 17 años y 18 a 19 años) y años de deserción escolar (desde un año o menos hasta seis años). Respecto de la estratificación de la muestra por edad y años de deserción, ésta se detalla en la Tabla 1.

Procedimiento

Los adolescentes entrevistados fueron contactados directamente en sus lugares de trabajo, cercanos a ellos o “en la calle”, buscando inicialmente sectores “estratégicos” de la comuna de Santiago, bajo conocimiento de que eran lugares donde se ofrecían trabajos, generalmente informales, a adolescentes hombres que no estuvieran asistiendo al colegio (por ejemplo, Club Hípico, persa Bío Bío, Vega Central, sector comercial de Franklin y distintas ferias libres de la comuna). En varios casos, se utilizó una estrategia de “bola de nieve” (Patton, 1990) para contactar a potenciales entrevistados, donde lo que se hacía era solicitar a los mismos entrevistados que dieran referencia de otros adolescentes que cumplieran con los criterios de inclusión, ayudando ellos mismos a establecer los contactos para las próximas entrevistas.

Recolección de la Información

Como técnica de recolección de datos se usó la entrevista semi-estructurada con áreas temáticas focalizadas, para lo cual se elaboró una pauta guía con una serie de preguntas abiertas relevantes para los fines de esta investigación. Estas preguntas se desarrollaron en función de las siguientes áreas temáticas: (a) visión de salud, (b) visión y relación con los Servicios y Programas de Salud, (c) aspiraciones en el ámbito de la salud, (d) visión respecto a acciones e iniciativas de promoción y prevención en el ámbito de la salud, y (e) propuestas y prioridades en el ámbito de la promoción y prevención en salud.

Análisis de la Información

Para el análisis de los datos se siguieron los procedimientos consignados por la *Grounded Theory* (Glaser & Strauss, 1967), utilizando un proceso de codificación de la información que contempla tres etapas sucesivas (codificación abierta, axial y selectiva). Éstas incluyen procedimientos inductivos, en distintos niveles de descripción y análisis, en donde la información es fragmentada para luego ser categorizada y posteriormente relacionadas las distintas categorías entre sí, buscando articularlas del tal modo de generar modelos analíticos e interpretativos, siempre sustentados en la información empírica (Krause, 1995; Strauss & Corbin, 1990).

Tabla 1
Estratificación de la muestra por edad y años de deserción

Hombres	Años de deserción escolar					
	< 1 año	< 2 años	< 3 años	< 4 años	< 5 años	< 6 años
15-17 años	7	4	4	3	2	2
18-19 años	3	3	3	4	3	3

Así, el primer paso consistió en realizar un análisis descriptivo de toda la información, partiendo por “desmenuzarla” y buscar, desde un proceso detallado de examinación de todas las verbalizaciones que aparecen en el discurso de los entrevistados, la construcción de conceptos y de categorías más amplias que agruparan con sentido estos conceptos, ordenándolas jerárquicamente (Krause, 1995; Strauss & Corbin, 1990). Son estos procedimientos los que conforman la codificación abierta, la cual arroja como resultado un sistema de códigos con el conjunto de conceptos y categorías que agrupan la información de todas las entrevistas realizadas.

En el segundo paso, se llevó a cabo un análisis relacional de la información, a partir de las categorías que conforman el sistema de códigos. Este análisis incluye dos etapas: codificación axial, en donde se realizaron una serie de procedimientos tendientes a rearticular y relacionar analíticamente las categorías derivadas de la codificación abierta, construyendo distintos modelos comprensivos (presentados en figuras y explicados analíticamente) sobre aspectos relevantes del fenómeno estudiado; mientras que en la última etapa, codificación selectiva, se construyó un modelo único de comprensión, donde se vuelven a establecer analíticamente relaciones entre categorías, aunque ahora a un nivel comprensivo general, y centradas en los aspectos más relevantes relacionados al tema de investigación (Krause, 1995; Strauss & Corbin, 1990).

Resultados

Análisis Descriptivo

A partir del análisis descriptivo de las 41 entrevistas, un primer aspecto que cabe destacar dice relación con las escasas diferencias encontradas en los resultados según las variables edad y años de deserción escolar (las cuales fueron consideradas para efectos de la estratificación de la muestra). Sólo específicamente al consultar por la percepción de los entrevistados acerca de la deserción escolar como potencial necesidad o preocupación de salud, surgen algunas diferencias según la edad de éstos. Sin embargo, estas diferencias son leves y no permiten indicar una tendencia clara al respecto. En el resto de los temas investigados, no aparecen diferencias relevantes según esas variables, por lo que el análisis descriptivo se abordó de manera global.

Teniendo en cuenta lo anterior, surgen a partir del análisis descriptivo seis áreas o categorías relevantes, que vienen a dar respuesta a los objetivos planteados en la investigación. Éstas refieren a: (a) la noción de salud que construyen los adolescentes hombres; (b) sus necesidades o preocupaciones en el ámbito de la salud; (c) el grado de conocimiento, percepción y relación que ellos establecen con los Servicios o Programas de Salud; (d) su visión sobre las estrategias de promoción y prevención en salud;

(e) sus aspiraciones en el ámbito de la salud; y (f) sus prioridades y propuestas para la promoción y prevención en salud.

Análisis Relacional

Surge a partir de la codificación axial una serie de modelos relevantes para comprender el tema de la salud en los adolescentes hombres desertores escolares investigados.

Uno de los aspectos centrales que emerge de los resultados, dice relación con la manera en que los adolescentes hombres desertores escolares construyen y conceptualizan la noción de salud (ver Figura 1). El significado que se le atribuye a ésta da cuenta de una *visión y aproximación integral*, en el sentido de referirse a ella en aspectos tanto individuales como psicosociales, que apuntan a dimensiones físicas, psicológicas, anímicas y conductuales, dejando atrás la noción tradicional de salud entendida como ausencia de enfermedad. A partir de esta noción, los adolescentes entrevistados sitúan su situación actual de salud estableciendo una brecha o distancia con lo que proyectan como una situación “ideal”, la cual incorpora dentro de su definición y caracterización las nociones de promoción y prevención en salud. Este estado de salud ideal se significa en función de las siguientes dimensiones: (a) *física* (sentirse sano, no sentir molestias o dolores físicos, no tener enfermedades y no tener accidentes que puedan dañar el cuerpo); (b) *psicológica* (a nivel personal, se define como el estar bien mentalmente, asociado al poder proponerse realizar acciones y hacerlas, el no echarse a morir y seguir adelante frente a las dificultades, y el sentirse bien con uno mismo; y a nivel social, este estar bien psicológicamente se entiende en la interacción con otros como el no tener problemas o conflictos, es decir, llevarse bien con la familia, amigos o pareja); y (c) *anímica* (sentirse alegre, contento, bien de ánimo, relacionado con el poder hacer las cosas que agradan y pasarlo bien). Algunos de los adolescentes entrevistados logran ir un paso más allá, incorporando a la concepción ideal que poseen de la salud, la idea de tener un determinado estilo de vida. Así, estos adolescentes refieren a la idea de: (d) llevar una *vida sana* (alimentarse bien, realizar actividades deportivas), relacionado también con (e) *evitar determinadas conductas* que la pueden perjudicar (no consumir sustancias, como alcohol o drogas ilegales; y no “carretear” de manera irresponsable o excesiva).

Considerando una visión integral de la salud,

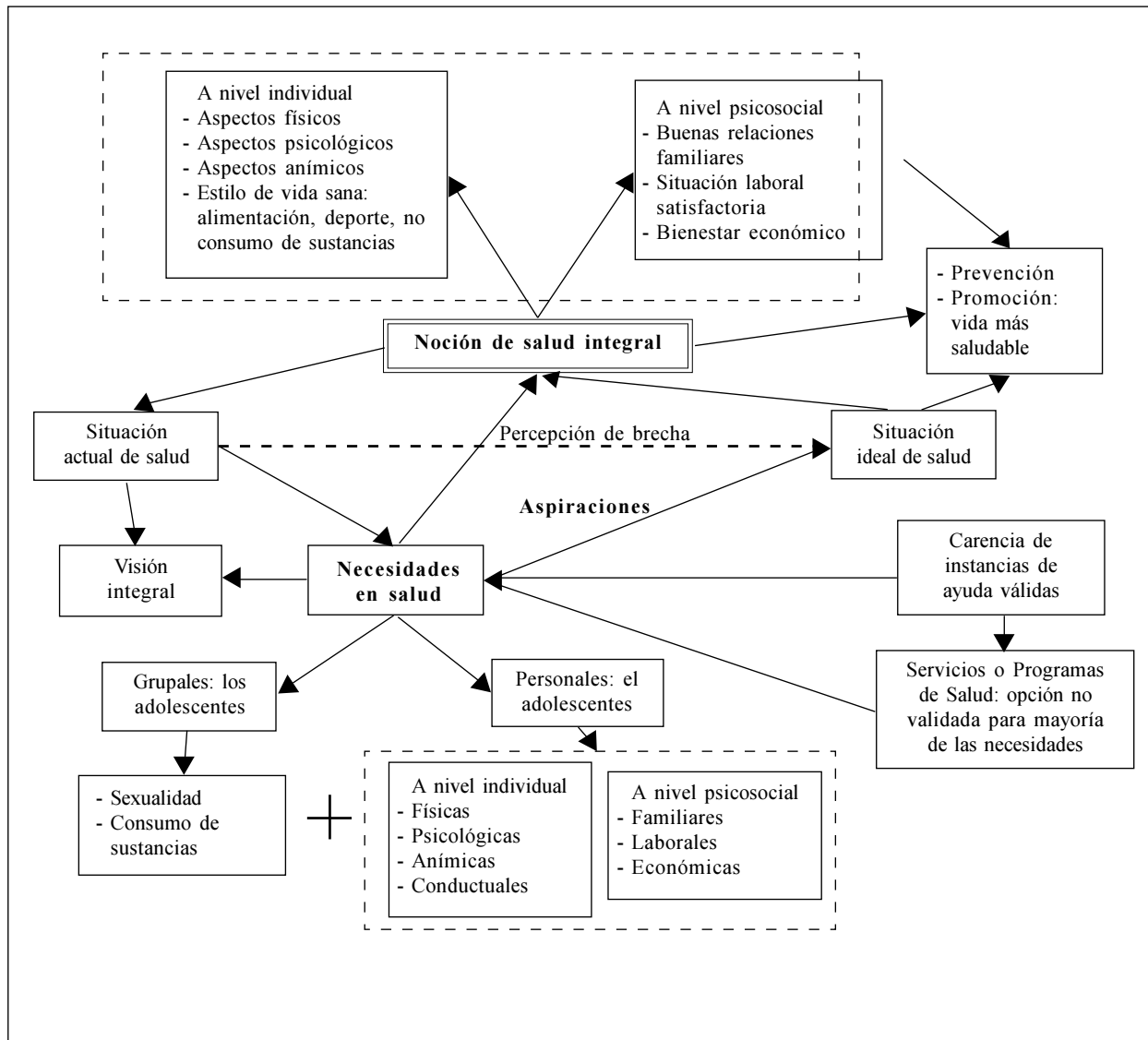


Figura 1. Noción de salud integral.

los adolescentes investigados reconocen una serie de *necesidades o preocupaciones* actuales cuya satisfacción les permitiría aspirar a la situación ideal de salud deseada. Estas necesidades son reconocidas en dos niveles: a nivel *personal*, se establecen necesidades en salud individual, tanto en aspectos físicos como psicológicos, anímicos y conductuales, asociado este último con estilos o hábitos de vida, y necesidades en salud psicosocial (en su relación con otros), relacionadas con aspectos familiares, laborales y económicos; y a nivel *grupal*, se señala que el conjunto de adolescentes hombres presentaría esas mismas necesidades, sumándose otras dos, no reconocidas a nivel personal: sexualidad y todos los temas referidos a ella (relaciones

sexuales, educación sexual, paternidad no planificada, contagio de enfermedades de transmisión sexual o uso de preservativos), y consumo de sustancias, principalmente drogas ilegales y alcohol.

Es en este escenario donde se plantea como problema la carencia percibida por estos adolescentes hombres desertores escolares, de instancias de ayuda válidas que contribuyan y favorezcan a la satisfacción de sus necesidades en salud y, por tanto, a una mayor proximidad al estado ideal. Dentro de esta percepción de carencia, los servicios o programas de salud, desde la perspectiva de estos adolescentes, no logran constituirse en una opción válida de ayuda para la satisfacción de gran parte de esas necesidades, no favoreciendo el cumplimiento de sus aspiraciones en salud.

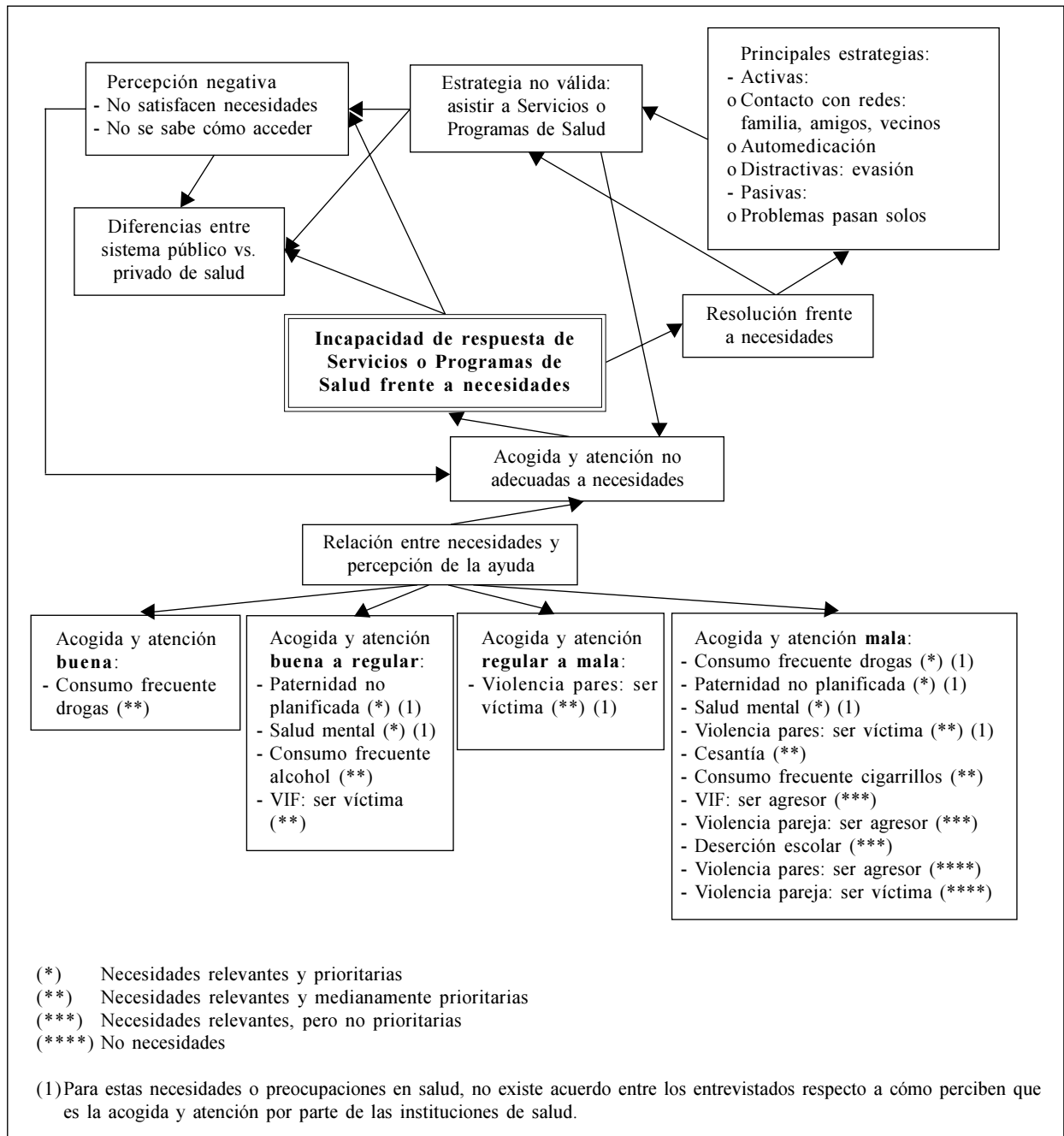


Figura 2. Incapacidad de respuesta de servicios o programas de salud frente a necesidades de adolescentes hombres.

Un segundo fenómeno que contribuye a la comprensión del problema de investigación, dice relación con la *incapacidad que presentarían los servicios o programas de salud para atender y dar una adecuada respuesta a las necesidades en salud* que plantean los adolescentes hombres entrevistados (ver Figura 2).

Actualmente, las principales estrategias que éstos emplean para la resolución o enfrentamiento de sus necesidades en salud son de dos tipos: de ca-

rácter *activo*, asociadas a la búsqueda de apoyo en sus redes sociales (familia, amigos o vecinos), la automedicación, especialmente frente a malestares físicos menores, o la realización de estrategias distractivas o de diversión orientadas a “evadirse” de sus preocupaciones o necesidades en salud (como por ejemplo, salir a fiestas con amigos); y de carácter *pasivo*, asociadas a la no realización de ninguna acción para resolver sus necesidades en salud, asumiendo una actitud de “espera”, en el senti-

do de pretender que sus preocupaciones o necesidades se resuelvan o “se pasen” solas.

En este contexto, aparece como una estrategia de resolución no válida ni relevante para los adolescentes hombres desertores escolares, el solicitar ayuda a las instancias de salud. Esta no incorporación de la institucionalidad como estrategia potencial de enfrentamiento de sus necesidades, se sustenta en la negativa percepción que ellos expresan hacia estas instituciones. Esta percepción se relaciona, por una parte, con la idea de que estas instancias no son capaces de satisfacer sus necesidades actuales en salud; y, por otra parte, con el escaso conocimiento e información que se maneja a nivel específico, en términos de no conocer claramente su ubicación, su oferta de servicios, ni las maneras de acceder a ella. Esta evaluación negativa que hacen los adolescentes entrevistados, está fuertemente sustentada en la percepción que tienen de importantes diferencias entre el sistema público y privado de salud, siendo este último mejor evaluado.

De esta manera, al hacer el ejercicio de relacionar las potenciales necesidades en salud que expresan estos adolescentes, con su percepción de cómo es la acogida y atención de parte de los servicios o programas de salud para cada una de ellas, se reafirma su percepción de incapacidad de respuesta, proyectando la no satisfacción de gran parte de las necesidades definidas por ellos como relevantes y prioritarias o medianamente prioritarias (ver Figura 2). Así, es posible establecer un continuo que va desde la percepción de una buena acogida y atención sólo para el consumo frecuente de drogas (aunque para algunos entrevistados, dado que otros sitúan esta preocupación como un tema que tiene una acogida y atención deficitarias), hasta la percepción de una atención y acogida deficientes para diversos temas, entre los cuales aparecen varias necesidades que actualmente son percibidas por estos adolescentes como relevantes y prioritarias o medianamente prioritarias (como consumo frecuente de drogas, paternidad no planificada, salud mental, violencia entre pares donde se es víctima de agresión, cesantía y consumo frecuente de cigarrillo).

Por último, un tercer aspecto central refiere a las *propuestas y sugerencias* que los adolescentes hombres desertores escolares plantean a los Servicios y Programas de Salud, con el objeto de que éstos brinden una ayuda y atención relevante y efectiva frente a sus necesidades, facilitando o potenciando con ello el contacto con estas instituciones (ver Figura 3). Las propuestas planteadas giran en torno a tres ejes:

- *A nivel institucional* se propone una mayor preocupación e incorporación de estos adolescentes y de sus necesidades, a la oferta de atención en salud, sugerencia que iría en la línea de: ofrecer instancias de *ayuda integral* que consideren aspectos físicos, psicológicos y psicosociales implicados en las necesidades actuales que presentan estos adolescentes, lo cual nuevamente da cuenta de la visión integral que ellos tienen de la salud; *mejorar la acogida y trato* dado a los adolescentes hombres que solicitan ayuda en estas instancias, especialmente en lo referido a evitar, por parte del personal, posibles actitudes que son actualmente percibidas como “enjuiciadoras” o castigadoras de sus conductas (por ejemplo, respecto al consumo de drogas); otorgar una *atención personalizada*, asociada a una formación y capacitación especializada del personal en salud, en las temáticas y necesidades propias de este grupo, reconociéndolos en sus particularidades étareas y de género, así como también en las complejidades psicosociales de los contextos en los cuales viven; brindar una *atención rápida y eficiente* en dar respuesta a la necesidades de estos adolescentes; *mejorar el tipo de información y los canales* empleados para su transmisión, en lo referente al trabajo en salud y la oferta específica de atención dirigida a esta población; entregar *mayor cobertura de atención* a estos adolescentes, existiendo un mayor número de instancias o programas dirigidos especialmente a atender sus necesidades en salud; y contar con una *infraestructura* que resulte más atractiva, “acogedora” y “amigable” para estos adolescentes, asociado a la presencia de espacios que generen mayor cercanía, confianza y comodidad.
- *A nivel de los temas en que deberían las instancias de salud focalizar su trabajo* con adolescentes hombres desertores escolares, se sugiere incorporar las necesidades en salud que desde la perspectiva de ellos se visualizan como relevantes y prioritarias o relevantes y medianamente prioritarias (ver Figura 2).
Respecto de las propuestas a nivel institucional y de temas o áreas de trabajo, estos adolescentes refuerzan el hecho de que las instituciones de salud actualmente se encuentran en una situación de déficit importante en cuanto al cumplimiento de estas demandas.
- *A nivel de las actividades sugeridas* para trabajar institucionalmente los temas y necesidades

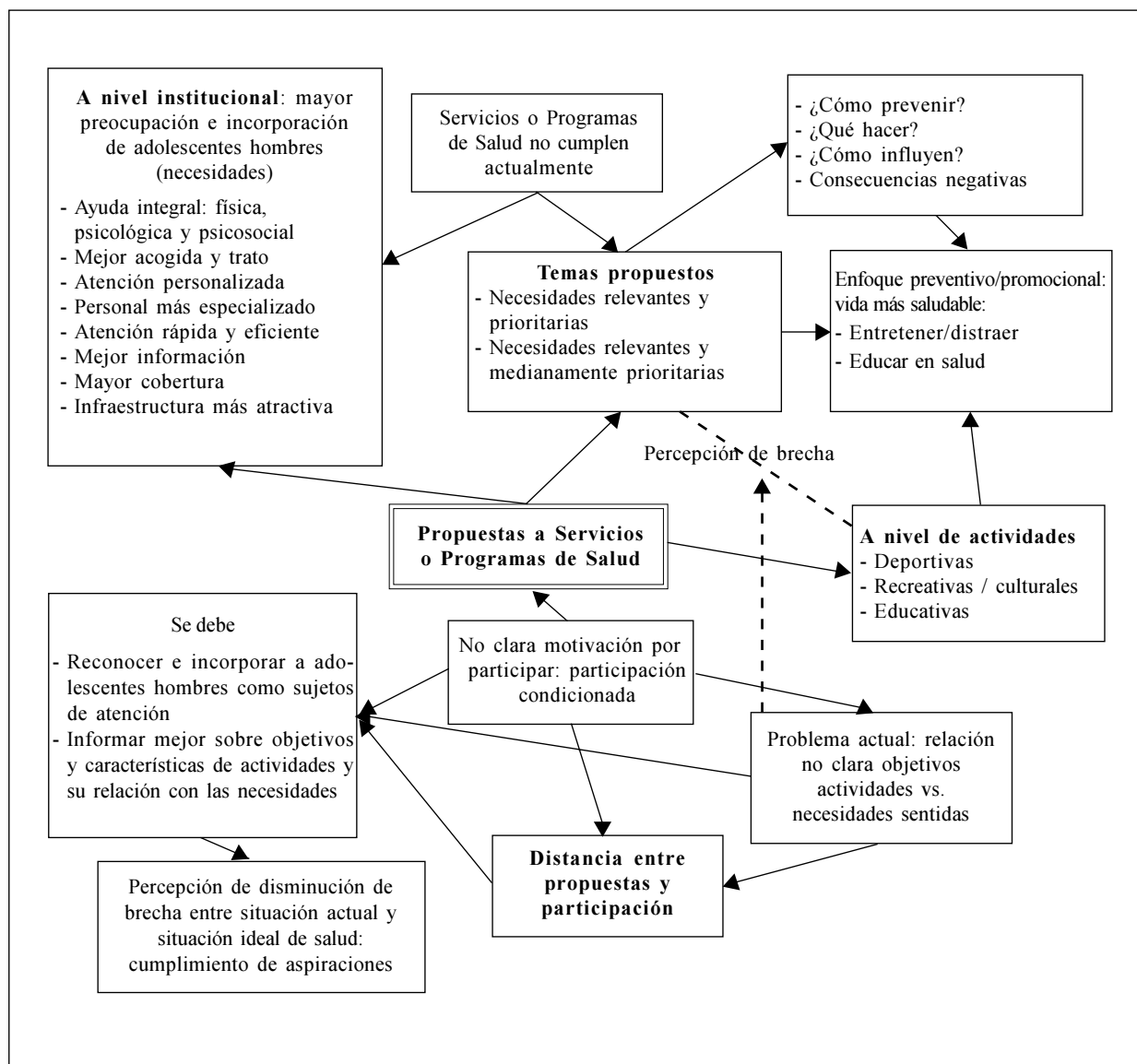


Figura 3. Propuestas a Servicios o Programas de Salud.

en salud de los adolescentes hombres desiertos escolares, se proponen tres tipos de actividades, no excluyentes entre sí: deportivas, recreativas o culturales y educativas.

Tanto para las propuestas a nivel de temas o áreas de trabajo como de las actividades a desarrollar, aparece como un aspecto relevante el que este trabajo se enmarque desde un enfoque promocional y preventivo donde, por una parte, se generen instancias de trabajo que sean atractivas para estos adolescentes (entretendidas) y, por otra parte, se constituyan también en espacios de educación sobre temas y necesidades relevantes en salud. En este sentido, se propone como aspectos básicos de la educación en salud con este grupo, el trabajar temas

referidos a cómo prevenir las dificultades en salud (considerando una perspectiva integral de la misma), qué hacer cuando ya se presentan estas dificultades, cómo éstas influyen e impactan a estos adolescentes y las consecuencias negativas asociadas a ellas.

Frente a este escenario, surge como obstaculizador potencial del éxito en la implementación de las propuestas sugeridas por estos adolescentes, el que, de manera inicialmente contradictoria, éstos no se muestren totalmente dispuestos y motivados a participar de las actividades sugeridas por ellos mismos, observándose cierta distancia entre lo que ellos proponen y su disposición a participar. Al respecto, es posible evidenciar como problema actual en el

desarrollo de las actividades en promoción y prevención, la percepción que tienen los entrevistados de una relación poco clara o no lo suficientemente explicitada entre los objetivos de estas actividades, y las necesidades o preocupaciones en salud que expresan estos adolescentes. Al parecer, cuando éstos plantean sus sugerencias a nivel de actividades, las proyectan manteniendo este problema, visualizando nuevamente la brecha entre los temas relevantes en salud para ellos y las actividades que se implementan “supuestamente” para abordarlos.

Al plantear a los entrevistados esta contradicción que aparece en su discurso, se abre el espacio para que ellos formulen ciertas sugerencias que permitan levantar esa brecha y facilitar la comprensión, por parte de este grupo, de la relación entre sus necesidades o preocupaciones en salud, y las actividades institucionales que buscan abordarlas. Es así como se proponen a las instancias de salud dos acciones principales: primero, que ellas reconozcan e incorporen efectivamente a los adolescentes hombres desertores escolares como sujetos de atención, en función de sus necesidades particulares; y segundo, informar de mejor manera sobre los objetivos y características de las actividades, haciendo especial énfasis en su relación con la satisfacción de las necesidades a las que apuntan.

Finalmente, a partir del análisis de los aspectos específicos recién descritos de manera relacional, es posible construir, a partir de la codificación selectiva, un modelo comprensivo de carácter general, cuyo fenómeno central gira en torno a la *vivencia de la salud escindida* por parte de los adolescentes hombres estudiados (ver Figura 4).

A partir de este modelo aparece como un fenómeno relevante para comprender la situación actual en salud de los adolescentes hombres desertores escolares, la vivencia de ésta de una manera que se podría denominar como *escindida o no integrada*. Esta vivencia se sitúa en dos planos: uno, relacionado con la percepción de sus propias necesidades actuales en salud; y el otro, con la percepción que ellos expresan acerca de la oferta actual de atención.

A la base del fenómeno central estarían actuando dos procesos cuyos efectos tienen alcance en estos dos planos: el primero, dice relación con el *reconocimiento a nivel racional o cognitivo* que presentan estos adolescentes, tanto de sus necesidades en salud como de la actual oferta institucional. El segundo se centra en la *relación* que establecen estos mismos adolescentes con los dos planos an-

tes descritos. De esta manera, la interacción conjunta de ambos procesos lleva finalmente, en el plano de las necesidades de estos adolescentes, al quiebre entre la noción de salud integral que ellos construyen a nivel cognitivo, y su vivencia de la propia salud a nivel emocional y comportamental; y en el plano de la oferta de atención, conduce también a un quiebre entre la noción de salud integral elaborada racionalmente, y el escaso vínculo afectivo y conductual que establecen estos adolescentes con dicha oferta. Estos quiebres posibles de observar en ambos planos, conducen a un distanciamiento o brecha entre las necesidades en salud sentidas por los adolescentes hombres desertores escolares, y las respuestas dadas por las instituciones, frustrando o no favoreciendo la satisfacción de esas necesidades.

Ahora bien, para facilitar la comprensión de los otros aspectos del modelo que sustentan la tesis anterior, primero se analizarán los aspectos específicos y sus relaciones con el fenómeno de la vivencia de la salud escindida, que giran en torno al plano de las necesidades actuales en salud para, posteriormente, focalizar el análisis y explicación del modelo en cuanto a los aspectos centrales y sus relaciones que explican este fenómeno desde el plano de la oferta actual de los Servicios o Programas de Salud.

Al profundizar en el *plano de las necesidades* en salud de los adolescentes hombres estudiados, ellos relevan lo que se podría denominar como dos ámbitos de necesidades o preocupaciones: las relevantes y prioritarias, y las igualmente relevantes, pero medianamente prioritarias (ver Figura 2). Todas estas necesidades o preocupaciones dan cuenta de las dinámicas particulares en salud que caracterizan a este grupo, siendo estas necesidades subyacentes a un conjunto de aspiraciones, asociadas a la imagen que ellos recrean de un estado ideal de salud al cual desearían llegar (ver Figura 1). Tanto este estado aspiracional como las necesidades que subyacen a él, están cruzados por la construcción de una noción en salud integral que refiere a distintos planos: físicos, psicológicos, anímicos, conductuales y psicosociales.

Ahora bien, pese a la presencia de una noción integral que ellos manejarían en el ámbito de la salud, actualmente estos adolescentes experimentan un estado de salud que podría llamarse como insatisfactorio, en la medida que ellos dan cuenta de una serie de conductas de riesgo, asociadas a estilos de vida poco saludables, que atentarían contra la posi-

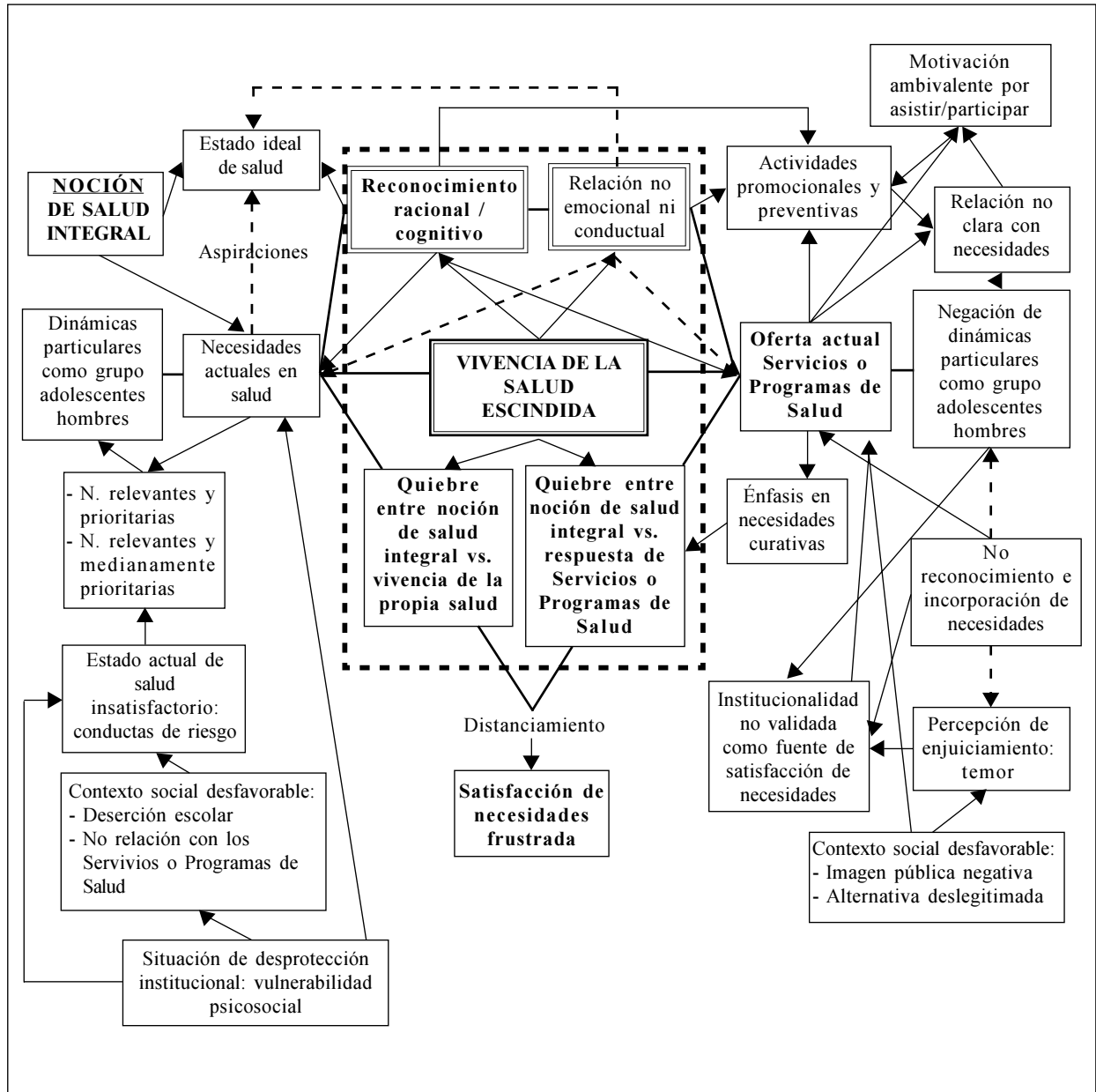


Figura 4. Vivencia de la salud escindida.

bilidad de alcanzar el estado ideal. Además de la presencia de estos comportamientos de riesgo, se suma a esta insatisfacción en salud un contexto social desfavorable que acentúa la frustración de las aspiraciones en este ámbito. Este contexto se sustenta en dos aspectos: la condición de ser desertores del sistema escolar y la escasa o nula relación que mantienen actualmente con los servicios o programas de salud. A partir de este contexto, es posible agregar a la situación actual en salud de estos adolescentes, un escenario que podría denominarse como de “desprotección institucional”, que pone a los adolescentes hombres desertores escolares en una

clara situación de *vulnerabilidad psicosocial*, la cual aparece como otro elemento que fomenta la frustración de sus necesidades, favoreciendo en ellos la aparición de conductas de riesgo para la salud.

Considerando lo anterior, cabe preguntarse por qué si estos adolescentes han logrado construir una noción de salud integral y definir claramente un conjunto de necesidades en salud también integrales, se genera un salto en cuanto a la vivencia cotidiana de su salud, caracterizada más por la presencia de conductas de riesgo, que por comportamientos saludables. Una manera de responder a esta pregunta es a través de la constatación en el discurso de estos ado-

lescentes de una escisión entre la dimensión racional o cognitiva de ese discurso, y las dimensiones afectivas y conductuales presentes en él. Así, al escuchar a estos adolescentes “hablando” de la salud, existe por parte de ellos un reconocimiento al parecer sólo en el plano racional o cognitivo sobre sus necesidades y aspiraciones, construyendo “racionalmente” una noción de salud integral. Sin embargo, no logran establecer una relación desde su emocionalidad que favorezca y los movilice a un verdadero cambio conductual, tendiente a “generar-se” estilos de vida más saludables. Así, se observa un cierto desapego entre su discurso salubrista y sus emociones y conductas en relación con su salud. Es en este escenario donde surge la idea de una vivencia de su salud escindida, no logrando integrar una mirada cognitiva con una mirada afectiva y comportamental. Esto finalmente se traduce, en la cotidianeidad de estos adolescentes, en un quiebre entre el concepto integral que manejan de la salud, y su vivencia concreta de la misma, la cual termina alejándose de dicho concepto.

Este mismo fenómeno de vivenciar la salud de manera escindida, se observa también al focalizar el análisis ahora en el plano de la visión que tienen estos adolescentes respecto de la *oferta actual de los servicios o programas de salud*. A partir de esta visión, se observa una evaluación negativa por parte de ellos, relacionada con la percepción que tienen de la negación o escaso reconocimiento de las instituciones respecto de las dinámicas propias que los caracterizan como grupo. El sistema de salud público se transforma para estos adolescentes en una institucionalidad que no logra ser validada por ellos como una potencial fuente de satisfacción de sus necesidades. Por el contrario, se genera cierta expectativa⁵ negativa en cuanto a la acogida y atención que brindarían estas instancias a los adolescentes hombres desertores escolares, estableciendo éstos un freno *a priori* en la demanda de atención. Esto se sustenta en la percepción que ellos tienen de un enjuiciamiento o cuestionamiento que haría esta institucionalidad hacia sus necesidades y comportamientos en salud, apareciendo cierto *temor* frente a la posibilidad de solicitar atención.

A su vez, esta mirada negativa se ve reafirmada por un contexto social desfavorable para las instituciones de salud, caracterizado por una imagen pública debilitada (retroalimentada por los medios de

comunicación en el último tiempo). De esta manera, las instituciones salubristas pasan a constituirse para los adolescentes estudiados, en una alternativa de ayuda deslegitimada socialmente, al menos en el contexto psicosocial en que estos adolescentes se insertan.

Otro aspecto relevante que surge en el plano de la oferta actual de los Servicios o Programas de Salud, y que ayuda a comprender el fenómeno central, dice relación con que si bien estos adolescentes reconocen y evalúan positivamente la realización de actividades promocionales y preventivas en salud por parte de la institucionalidad pública, existe una escasa motivación por participar en ellas, aun cuando éstas cumplan con los requisitos o sugerencias que estos mismos adolescentes proponen. Ellos no detectan una relación claramente establecida o explícita entre estas actividades y la satisfacción de sus necesidades en salud, lo cual está sustentado en la percepción que ellos tienen del escaso reconocimiento que harían las instancias de salud de sus dinámicas particulares. En este escenario, es posible observar que si bien existe de parte de los adolescentes hombres desertores escolares un reconocimiento racional del carácter promocional o preventivo que tendrían las actividades dirigidas a ellos, no lograrían estas iniciativas establecer una relación ni generar un impacto en dimensiones de carácter más emocional o conductual, quedando estas actividades en el plano cognitivo-informativo.

Esto llevaría nuevamente a reconocer un quiebre entre la noción integral de salud que construyen los adolescentes hombres desertores escolares, y la respuesta que estarían dando los servicios o programas de salud frente a sus necesidades. Todo lo anterior reforzaría el distanciamiento entre el plano de las necesidades en salud de estos adolescentes, y el plano de la oferta actual de las instituciones salubristas, ahora reforzado desde éstas últimas.

Ahora bien, desde una mirada aún más general, es posible observar que estos adolescentes hombres desertores escolares logran constatar y hacer evidente para ellos mismos esta escisión en la vivencia de la salud, sólo cuando se focalizan en el plano de la oferta actual de atención; pero cuando ellos mismos refieren y analizan sus propias necesidades en este ámbito, no logran reconocerse como no integrados en la vivencia de su propia salud: logran ver el fenómeno central “afuera” de ellos, pero no en sus dinámicas internas. Probablemente, mientras estos adolescentes no logren ver en ellos mismos esta escisión en la vivencia de su salud, se hará

⁵ Siguiendo la denominación conceptual planteada por el PNUD (2000), esta “expectativa” referiría a lo que los adolescentes hombres desertores escolares proyectan que ocurrirá si asisten a los Servicios o Programas de Salud, más allá de lo que ellos desearían en términos de la acogida y atención.

más difícil que se relacionen de manera “emocional” con ella y se movilicen a realizar cambios conductuales tendientes a lograr estilos de vida más saludables, no bastando para ello el sólo reconocimiento a nivel cognitivo.

Conclusiones y Discusión

Respecto de las conclusiones que se desprenden a partir de esta investigación, es necesario tener en consideración que si bien se trabajó con una muestra específica e intencionada (adolescentes hombres desertores del sistema escolar), los antecedentes considerados en el estudio y sus resultados respecto a la visión de salud de este grupo, permiten hipotetizar que la situación observada en estos adolescentes puede ser ampliada, desde la reflexión derivada de los resultados, al conjunto de adolescentes hombres, más allá de su condición de escolaridad. A juicio de los investigadores, la condición de ser *hombres* aparece como central para comprender la situación que viven hoy los adolescentes hombres desertores escolares, respecto del abordaje que se hace de ellos desde la institucionalidad salubrista. Si bien la situación de deserción escolar puede estar agudizando algunos aspectos en relación a la vivencia de la salud de este grupo, es posible hipotetizar que el escenario general en que ellos se insertan en materia de salud, está explicado principalmente por su condición de adolescentes *hombres*.

Teniendo en consideración lo anterior, una primera idea central que se puede concluir a partir de la investigación, dice relación con la construcción por parte de los adolescentes hombres desertores escolares de una *noción de salud integral*, que incorpora en su definición tanto aspectos individuales (físicos, psicológicos, anímicos y conductuales) como psicosociales (familiares, laborales y económicos). Resulta interesante comparar esta noción con la transformación en la concepción de salud, y en el cambio del modelo de atención, que se han venido gestando desde las políticas públicas a partir de los 90 (MINSAL, 1999). Así, al igual que la noción integral que construyen estos adolescentes, desde las políticas públicas surge con fuerza la noción de bienestar bio-psico-social, enmarcado bajo el concepto más general de promoción del desarrollo humano (MINSAL, 1999). Este mismo hecho se verifica en las prioridades en salud planteadas por la Reforma Programática y Financiera impulsada en 1997 (MINSAL, 1998), donde muchas de ellas van en línea con las señaladas por los adolescentes hom-

bres desertores escolares, mostrando una visión de salud que apunta a aspectos integrales del adolescente, y ya no sólo físicos o curativos. De esta manera, las necesidades o preocupaciones planteadas por los adolescentes investigados resultan coherentes con lo que la política actual en salud define como prioritario, en el sentido de promover intervenciones de carácter promocional y preventivo, en función de favorecer estilos de vida saludables, en un sentido también integral (MINSAL, 1998; 1999).

Lo anterior puede constituirse en un *aspecto facilitador* para el trabajo promocional y preventivo de los servicios o programas de salud con los adolescentes hombres desertores escolares (y, probablemente, con la población adolescente masculina en general), en la medida que éstos han internalizado y hecho suyos las ideas de bienestar psicosocial y promoción y prevención en salud. Así, se facilita en primera instancia el trabajo de las instituciones de salud, en la medida que el enfoque a la base de las intervenciones *cobra sentido* para estos adolescentes, compartiendo ambos un conjunto de significados y nociones.

Sin embargo, aunque se constata esta concordancia a nivel de construcción de conceptos y nociones similares entre los adolescentes hombres estudiados y las políticas públicas, es posible observar, a partir de los resultados, la presencia de un potencial *aspecto obstaculizador* para el trabajo de las instituciones de salud. Éste está en directa relación con una segunda idea central que se puede concluir como resultado: la *vivencia escindida de la salud* de los adolescentes hombres desertores escolares. Si bien ellos construyen a nivel racional o cognitivo una noción integral de salud –tanto en el plano de sus necesidades y aspiraciones, como de la actual oferta institucional–, no logran establecer una relación a nivel emocional y conductual con esos mismos planos.

Desde el plano de las necesidades y aspiraciones de los adolescentes hombres desertores escolares, un elemento que aparece como útil de considerar para explicar la dificultad presente en ellos en cuanto a integrar las dimensiones racional-cognitiva con las de carácter emocional-conductual en la vivencia de su propia salud, dice relación con la perspectiva de género y masculinidad. Al respecto, la OMS plantea en cuanto a los adolescentes hombres que “Es más correcto pensar que han sido socializados para reprimir sus capacidades inherentes de unirse emocionalmente a otros seres humanos. Desde esta perspectiva, el objetivo es ayudar a los muchachos a recuperar o reapropiarse de la capacidad

de cuidar y educar que en efecto se les ha arrancado con la socialización” (OMS, 2000b, p. 49).

Por otra parte, desde el plano de la oferta institucional, otro aspecto que aparece interesante para la comprensión del fenómeno de la vivencia escindida de la salud en este grupo investigado, es que al comparar este resultado con lo planteado por el Programa de Salud del Adolescente, se puede ver que desde la misma institucionalidad surgen críticas en cuanto a la dificultad que se ha tenido para bajar los lineamientos programáticos a estrategias de intervención promocional y preventiva, *realmente* efectivas. Así, desde la misma Política Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes se plantea como *auto-cuestionamiento* al Programa de Salud del Adolescente (MINSAL, 1999), lo siguiente:

Su existencia no ha provocado hasta ahora un cambio significativo en la situación global del adolescente en nuestro sistema sanitario, ya que aún persiste un gran número de barreras al acceso de la gente joven a los servicios de salud; el número de equipos entrenados para su atención es aún escaso y, el enfoque de atención continúa puesto en el daño específico y no en la prevención de los factores y conductas de riesgo. (MINSAL, 1999, p. 9)

Adicionalmente, como otro ejemplo que avala esta situación, desde el Programa de Apoyo a Padres Jóvenes desarrollado por un equipo docente de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile (Aracena et al., 2003), se constata que:

los materiales existentes para trabajar con este grupo etéreo, están destinados a hombres y mujeres indistintamente, y han sido diseñados para los contextos escolares, privilegiando el ejercicio cognitivo respecto a algunos temas, sin poner énfasis en el componente emocional y experiencial. (p. 38)

En este contexto, surge a partir de esta investigación, como propuesta inicial para superar este potencial factor obstaculizador, la necesidad de enfatizar, tanto a nivel conceptual como en el plano interventivo, la integración entre las dimensiones racional, afectiva y conductual, favoreciendo con ello un mayor acercamiento entre el planteamiento de necesidades en salud que hacen los adolescentes hombres estudiados, y las respuestas que dan los servicios o programas de salud para la satisfacción de esas necesidades.

Esto va en línea con lo planteado por las instancias de salud que realizan una mirada autocrítica a su propio trabajo con esta población. Así, conside-

rando primero un *nivel conceptual*, desde la misma institucionalidad salubrista se propone una perspectiva diferente para abordar el trabajo promocional y preventivo con adolescentes hombres desertores escolares (probablemente, extensible a la población general adolescente masculina). Esta perspectiva está relacionada con “asumir la integralidad de dimensiones del proceso juvenil. Esto implica el desarrollo de nuevas iniciativas, orientadas al desarrollo personal, social y cultural de los jóvenes, desde una perspectiva integral” (MINSAL, 1999, p. 43).

Siguiendo este planteamiento, resulta interesante tomar también la propuesta general que hace Baeza (2003) sobre la mirada hacia la adolescencia, en torno a no sólo considerar, como aproximación conceptual a ella, su pertenencia a una categoría etérea o como etapa de maduración, sino también incorporarla, investigarla y comprenderla como una cultura en sí misma. Así:

Una tercera perspectiva para comprender el fenómeno juvenil la constituye aquella que mira a la juventud como cultura, por lo cual se asocia a modos de pensar, sentir y actuar que atraviesan las actividades de un grupo y lo distinguen de otros, lo que desde ya ubica a la juventud en coordenadas espacio-temporales, en un tiempo histórico específico y en una realidad socioeconómica en particular. (Baeza, 2003, p. 10)

Esta mirada a nivel conceptual cobra relevancia al momento de desarrollar estrategias concretas de intervención en promoción y prevención con adolescentes hombres desertores escolares (y, probablemente, con adolescentes hombres en general), donde los Servicios o Programas de Salud deben hacer el esfuerzo para, en primer lugar, aproximarse y reconocer en estos adolescentes a un grupo que presenta sus propias dinámicas, complejidades y necesidades en salud, como grupo diferente de otros a los cuales también se dirigen estas instancias. Tal como lo señalan los documentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS 2000a; 2000b), la población adolescente masculina es una población *heterogénea*, condición que debe contemplarse al momento de realizar intervenciones con este grupo.

Asimismo, como señala Breinbauer (2003) respecto al desarrollo de programas exitosos de prevención en salud para adolescentes, éstos deben estar fundamentados en una clara comprensión y reconocimiento de las conductas específicas de salud de los adolescentes y del contexto en el cual éstas aparecen. Así también desde la OMS (2000b) se refuerza esta idea, al señalar que se debe conside-

rar la complejidad de los adolescentes hombres al momento de desarrollar los programas en salud dirigidos hacia ellos.

Por otra parte, respecto a la necesidad, ahora desde el *plano interventivo*, de integrar las dimensiones racional, afectiva y conductual en el trabajo promocional y preventivo con adolescentes hombres desertores escolares (y con la población adolescente masculina en general), una estrategia que se visualiza con potencial para superar la vivencia escindida de la salud que los adolescentes estudiados observan en la oferta institucional actual, es considerar el “*empoderamiento*” de estos mismos adolescentes como agentes activos en las propuestas de salud (MINSAL, 1999). El lograr, de manera real y efectiva, que los mismos sujetos de atención participen activamente en la satisfacción de sus necesidades en salud, puede ayudar a que éstos se involucren emocionalmente en el proceso de alcanzar sus aspiraciones en este ámbito, pudiendo integrar el reconocimiento cognitivo de éstas con el cambio conductual que se requiere para poder cumplirlas. Como se señala a partir de la crítica que hace de sí misma la Política Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes (MINSAL, 1999):

El aporte que los propios adolescentes y jóvenes pueden hacer en la realización de las actividades que se lleven a cabo (...) es fundamental para su éxito. Así mismo, al generar oportunidades de participación, se promueve una actitud activa de responsabilidad hacia la propia salud y el autocuidado, condición fundamental para lograr personas plenamente sanas. (p. 49)

De esta forma, el incorporar activamente a los adolescentes hombres –como desertores escolares y como población adolescente masculina general– en las intervenciones que se realicen con ellos en materia promocional y preventiva, debiera facilitar un cambio efectivo en salud, en cuanto a las condiciones, hábitos y formas de vivenciarla (MINSAL, 2000). Del mismo modo, desde el Plan de Promoción de la Salud para la Región Metropolitana (Secretaría Regional Ministerial de la Salud, 2001), elaborado para el período 2001-2006, también se releva como estrategia de trabajo en materia promocional y preventiva, el empoderamiento de los sujetos en la resolución de sus propias necesidades en salud. Así, se plantea que “era necesario ir empoderando a las personas para que aumenten el control sobre su salud y puedan identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades para lograr el cambio,

conservar y coexistir con el ambiente” (Secretaría Regional Ministerial de la Salud, 2001, p. 5).

De esta manera, si los servicios o programas de salud asumen *realmente* un cambio conceptual e interventivo en la aproximación a los adolescentes hombres desertores escolares (y a la población adolescente masculina en general), que los incorpore y reconozca en toda la complejidad de sus dinámicas y particularidades como grupo, y si *efectivamente* logran empoderarlos y darles el espacio para convertirse en agentes activos en el abordaje y resolución de sus necesidades y cumplimiento de aspiraciones en salud, probablemente, esto podría ayudar a generar un cambio en la vivencia de salud por parte de este grupo, logrando integrar su acercamiento cognitivo a la salud, con un mayor involucramiento a nivel emocional y conductual. Esto debiera impactar no sólo lo que los adolescentes hombres investigados perciben como escindido actualmente en el plano de la oferta de atención, sino también debiera generar un cambio a nivel de la integración de los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales implicados en la vivencia interna de su salud, al convertirse en uno de los responsables principales de la satisfacción de sus propias necesidades y cumplimiento de sus aspiraciones en este ámbito.

Finalmente, dentro de la agenda de investigación en salud con adolescentes hombres, el presente estudio, como se ha dicho, da luces sobre un grupo en particular que presenta ciertas características específicas, quedando abierta una serie de otras áreas a investigar con éste u otros grupos de adolescentes hombres.

Así, por una parte, en cuanto a las propuestas que se desprenden a partir de la evidencia recogida, los resultados de la investigación permiten levantar información que contribuye a caracterizar y comprender la visión de salud de este grupo de adolescentes⁶. Los alcances que estos resultados pudieran llegar a tener en términos de establecer propuestas concretas o líneas a seguir en materia programática institucional, quedan como un ámbito a responder en futuras investigaciones que pudieran desprenderse a partir de los resultados de este estudio.

⁶ Con ello se cumple el objetivo general que orientó esta investigación, el cual dice relación con describir y analizar las necesidades, aspiraciones, prioridades y propuestas que, en el ámbito de la salud, presentan un grupo de adolescentes hombres desertores escolares, con el fin de aportar conocimientos y aprendizajes que retroalimenten a las políticas públicas de salud dirigidas a esa población, específicamente en las áreas de promoción y prevención en salud.

Por otra parte, algunas de las perspectivas o marcos teóricos que podrían incorporarse en futuras investigaciones con esta población, dicen relación con los desarrollos teóricos en materia de *ciclo vital*, los cuales pueden iluminar la comprensión de ciertos aspectos relativos a procesos cognitivos, emocionales o madurativos que caracterizan a la adolescencia en general, y a la adolescencia masculina en particular y, en este estudio específico, podrían ayudar a explicar también el grado de elaboración y vivencia por parte de los entrevistados, de ciertos temas abordados en la investigación. Adicionalmente, los trabajos desde la perspectiva de género referidos al tema de la masculinidad en general y del discurso masculino, pueden también contribuir a comprender la relación que establecen los adolescentes hombres con su cuerpo, sus necesidades y, en lo referente a este estudio en particular, podrían aportar en la comprensión de la vivencia escindida de la salud que expresan los adolescentes investigados.

Referencias

- Aracena, M., Undurraga, C., Benavente, A., Cameratti, C., Berger, C., Del Real, F. et al. (2003). *Programa de apoyo a padres jóvenes. Manual para equipos de trabajo*. Documento no publicado, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- Baeza, J. (2003). Culturas juveniles. Acercamiento bibliográfico. *Revista Medellín*, 113(29), 7-39.
- Breinbauer, C. (2003, marzo). *¿Cómo construir un programa en prevención de salud para adolescentes?*. Trabajo presentado en el XVI Congreso Mundial de Sexología, La Habana, Cuba.
- Florenzano, R. (1997). *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Florenzano, R., Pino, P., Kaplan, M. & Ben Dov, P. (1994). *Estudio periódico de salud en adolescentes de Santiago de Chile. Resultados del EPSAS-2*. Documento no Publicado, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Hidalgo, C. & Carrasco, E. (1999). *Salud familiar: Un modelo de atención integral en la atención primaria*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: Un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación*, 7, 1-22.
- Manríquez, H., Molina, H. & Zubarew, T. (2003). Promoción y prevención de salud en la adolescencia. En T. Zubarew, M. Romero & F. Poblete (Eds.), *Adolescencia, promoción, prevención y atención de salud*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Ministerio de Salud, División de Salud de las Personas. (1997a). *Marco de referencia para la acción regional en promoción de salud*. Santiago: Autor.
- Ministerio de Salud, División de Salud de las Personas. (1997b). *Prioridades Salud País*. Santiago: Autor.
- Ministerio de Salud, División de Salud de las Personas. (1998). *Estrategias innovadoras en salud. La reforma programática y financiera chilena*. Santiago: Autor.
- Ministerio de Salud, División de Salud de las Personas, Programa Salud del Adolescente. (1999). *Política nacional de salud para adolescentes y jóvenes*. Santiago: Autor.
- Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental. (2000). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Un imperativo, una oportunidad, un compromiso, una responsabilidad*. Santiago: Autor.
- Muzzo, S. & Burrows, R. (1986). *El adolescente chileno. Características, problemas y soluciones*. Santiago: Editorial Universitaria.
- Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente. (2000a). *Los muchachos en la mira*. Ginebra: Autor.
- Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente. (2000b). *¿Qué ocurre con los muchachos?*. Ginebra: Autor.
- Organización Panamericana de la Salud-Kellogg. (1997). *El ambiente legislativo y de políticas para la salud de los adolescentes en América Latina y El Caribe*. Washington, DC: Autor.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2ª Ed.). Newbury Park, CA: Sage.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2000). *Desarrollo humano en Chile 2000*. Santiago: Autor.
- Secretaría Regional Ministerial de la Salud, Plan de Promoción de la Salud. (2001). *Plan de promoción de la salud-Región Metropolitana 2001-2006*. Santiago: Autor.
- Strauss, A. L. & Corbin, J. (1990). *Basic of qualitative research*. Newbury Park: Sage.

Fecha de recepción: Agosto de 2004.

Fecha de aceptación: Enero de 2005.