

# RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN LA CONSULTA DE ADOLESCENTES: El Secreto Profesional UN ESTUDIO ANTROPOLÓGICO

Ariel Adaszko (\*)

## Introducción

Los últimos cien años fueron testigos del surgimiento de un nuevo campo en el ámbito de la salud pública destinado a jóvenes de entre 10 y 20 años. A partir del interés de algunos médicos, en su mayoría pediatras y ginecólogos, por crear una oferta para un grupo etario desatendido hasta entonces, en los años '50 comenzó un proceso de gradual institucionalización que dio origen a numerosos Programas específicos en todo el continente americano.

En nuestro país este proceso se inicia en la década del 50' al establecerse en Buenos Aires el primer centro de atención de adolescentes con orientación ginecológica y continúa en la década siguiente con el dictado de los primeros cursos de posgrado sobre distintos aspectos de la temática. En 1970 ya existían programas de adolescencia basados en el "modelo de clínicas etarias" en hospitales de distintas jurisdicciones y niveles, abanderados bajo las consignas de atención integral e interdisciplinaria. En esa década se conforma la primer asociación profesional la cual emprende una lucha, bajo el auspicio de la Sociedad Argentina de Pediatría, por la institucionalización, proceso que culmina, al menos en Buenos Aires, en los primeros años de la década siguiente cuando a través de sendas Ordenanzas el Consejo Deliberante de la Ciudad dispone la creación de secciones de adolescencia en todos los hospitales municipales, haciéndolas depender en los establecimientos pediátricos del Departamento de Medicina y en los Hospitales Generales de Agudos del Departamento Materno-Infanto-Juvenil, y eleva la edad de atención de 14 a 20 años(1). Los '90 son testigos del nacimiento de nuevas asociaciones profesionales, órganos de difusión y nuevos espacios de formación profesional.

Este proceso supuso la emergencia de una serie de líderes quienes fueron los encargados de producir un conjunto de discursos que tenían por finalidad conquistar el apoyo de los definidores de políticas sanitarias, la profesión médica y la población usuaria de los hospitales públicos, persuadiéndolos de ser los profesionales idóneos, poseedores de un nuevo conocimiento, el "científico", el "verdadero", sobre la "problemática adolescente". En estos discursos en los cuales reivindican la necesidad de existencia de un espacio de atención diferenciado para los adolescentes, cristaliza la construcción de un saber técnico sobre la adolescencia, un campo de problemas sobre los cuales intervenir, y un marco normativo para la atención; todos ellos bajo la lógica del paradigma biomédico en el cual se han formado estos

profesionales y que domina la práctica hospitalaria.

En otro lugar (Adaszko, 1999) analizamos cómo a adolescencia es construida como un período de transición entre el “ser niño” y el “ser adulto”, desencadenada universalmente por la aceleración del desarrollo físico/biológico en la pubertad que impacta produciendo desequilibrio e inestabilidad a nivel psicológico y vulnerabilidad a nivel social. El adolescente debe pasar de una condición en la que es cuidado/dependiente/sin responsabilidades a otra en la que sabe cuidarse solo/puede ser independiente/sabe asumir responsabilidades, suponiendo este pasaje un proceso de adquisición de un saber que le permitirá tomar decisiones. Si bien el desarrollo físico es medible, tabulable, previsible, y sus desviaciones son escasas, menores y en general controlables, la inestabilidad y el desequilibrio psíquico en un “contexto social” desfavorable pondrán al cuerpo, objeto de la profesión médica, en constante riesgo, y habrá que crear un espacio de vigilancia permanente, el Servicio de Adolescencia, para que el riesgo no se concrete (Adaszko, 1999).

Así, la medicina para adolescentes, compleja y diversa en su interior, se constituye como un todo en un nuevo espacio de socialización, vigilancia y control, en el camino de incorporación de los jóvenes en el mundo de los adultos. No es la enfermedad sino la salud su principal campo de acción, pero será ella quien defina el criterio para distinguir salud de enfermedad, creando y socializando significados que refuerzan representaciones sociales que desde hace más de un siglo nos hacen pensar al adolescente como un sujeto naturalmente problemático. La adolescencia será entonces un espacio para que el médico ejerza su “misión pedagógica y moralizadora”, no sólo para con el joven sino para con quienes lo rodean definiendo y enseñando cuáles son las normas y los valores que lo conducirán a una adultez “normal”, sin “desviaciones”, encubiertas bajo las categorías salud y enfermedad.

En el proceso de atención de adolescentes se evidencia el fenómeno que nos proponemos discutir en este trabajo, a saber: el manejo del secreto profesional. La caracterización de la adolescencia como un período de maduración cognitiva y de aprendizaje de pautas que le permitirán tomar decisiones racionales acerca de su vida, aparece siempre amenazada por la posibilidad de la ruptura del secreto profesional.

Este problema tiene una gran actualidad ya que en estos días se debate en la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires un Proyecto de Ley sobre “Salud Reproductiva”, uno de cuyos ejes centrales es la discusión acerca de si el adolescente puede acceder libremente a la información sobre el uso de métodos anticonceptivos.

### **Encuadre teórico**

En 1904 Stanley Hall publicó el primer estudio “científico” sobre la temática

sentando las premisas que aún hoy subyacen las explicaciones médicas sobre la adolescencia. Allí se intentan vincular por vez primera una serie de fenómenos, hecho que advertimos en el propio título de la obra: *Adolescencia: su Psicología y su relación con la Fisiología, Sociología, Sexo, Crimen, Religión y Educación* (Hall, 1904). La adolescencia es descripta “como un período característico de *Sturm und Drang*, «tormenta e ímpetu»” (Muss, 1980:25–26). La importancia de su tratado radica en haber establecido que los aspectos psicológicos y sociológicos se fundan en propiedades biológicas, tendiendo con ello un puente que legitimará “científicamente” la intervención médica más allá del dominio propiamente fisiológico, universalizando así el padecimiento adolescente e inferiorizando al joven, en tanto su teoría recapitulativa –el desarrollo ontogenético reproduce la evolución filogenética– señala la correspondencia entre la adolescencia y el período de barbarie de la especie (Muss, 1980). Al contrario de lo que sostenía Hall, quien “creía que el adulto no debe interferir con el curso natural del desarrollo, controlado y determinado por fuerzas directrices internas” (Muss, 1980:27), la sociologización de la teoría condujo a la práctica contraria: la inestabilidad requiere un prolongado período de supervisión adulta.

Precisamente es esta universalidad y la naturaleza biológica de la determinación el núcleo de la crítica que en las postrimerías de los años ‘20 formula la antropología cultural encabezada por Margaret Mead. Su postura reconoce que las transformaciones puberales conducen a cambios a nivel psicológico y ambos se relacionan con modificaciones en las posiciones y relaciones sociales en las que están implicados los sujetos, pero la naturaleza de los últimos depende de la comunidad, la cultura y el sector social en el que estén insertos los jóvenes. Sesenta años después de haber efectuado su etnografía en Samoa [1967], el estudio ha tenido un impacto diferencial dentro y fuera de la comunidad científica. Mientras que algunas corrientes del campo de la psicología y la pedagogía redefinieron sus perspectivas, la revisión del conocimiento que se produce desde las ciencias biomédicas hoy en día revela que si bien muchos de ellos han incorporado las nociones de complejidad y determinación múltiple, la universalización y biologización del *storm and stress* sigue operando como premisas de sus explicaciones de manera explícita. Estos discursos, dominantes en la práctica hospitalaria, oscilan entre un funcionalismo sociológico y un biologicismo psicologizado. Se han apropiado de una serie de nociones producidas básicamente en el ámbito de la psicología –fundamentalmente evolutiva y sistémica– reformulándolas dentro del paradigma etiológico propio del Modelo Médico Hegemónico para legitimar su intervención.

Distinguen pubertad, adolescencia y juventud, haciendo referencia con el primer término al conjunto de transformaciones puramente orgánicas, en tanto que los

dos últimos remiten a períodos de transición entre la niñez y la adultez en nuestra sociedad: adolescencia entre los 10 y los 20(2) años y juventud entre los 15 y los 25 aproximadamente. Señalan que las transformaciones que se producen en la pubertad a nivel biológico afectan y determinan universalmente una inestabilidad a nivel psicológico en los años subsiguientes. Como este período coincide con cambios de status y la consiguiente asunción de roles adultos, si el sistema social no posee mecanismos institucionalizados que permitan controlar este proceso necesariamente se producirán desajustes que se traducirán en patologías psicosomáticas y conductas desviadas.

En síntesis, el «contexto social» opera negativamente sobre individuo psicológicamente inestables. Al biologizar la denominada «problemática adolescente» la universalizan y la reducen a una cuestión individual de adaptación, y en consecuencia su preocupación central radica en la identificación de riesgos(3) –en las conductas o en el entorno– y en el reforzamiento de espacios y mecanismos de control(4).

Los estudios más recientes producidos en el ámbito de la salud han eliminado un cuarto término que fue utilizado hasta hace algunas décadas por autores tales como Ausubel, Stone y Church (Muss, 1980:11), pubescencia, período de alrededor de dos años que sigue a la pubertad en el cual maduran las funciones reproductivas, incluye la aparición de los caracteres sexuales secundarios y la maduración fisiológica de los órganos sexuales primarios (Muss, 1980:12). La pubescencia como período distintivo del ciclo vital es el único que ha sido objeto de construcciones en todas las sociedades en tanto período en que la mayoría de ellas operaba de manera ritualizada la incorporación de los sujetos al mundo adulto (Muss, 1980), y en la nuestra coincide cronológicamente con la denominada adolescencia temprana. La desaparición del concepto supuso un desplazamiento de sentido, proceso que culminó con la desocialización y la universalización de aquellos fenómenos observados en los jóvenes que viven en sectores urbanos de sociedades técnicamente avanzadas, aquellos que pueblan las muestras de las investigaciones psicológicas y médicas(5). El desequilibrio pasó de ser consecuencia de las características de una estructura social particular, a ser un presupuesto incuestionable, momento necesario del desarrollo de cada individuo de la especie. Los términos se invierten y ahora la mirada se centra en el individuo, cuya propia naturaleza perturba la «estabilidad» del sistema social. Así, “determinados «resultados» producidos con mayor frecuencia por la estructura, son tomados como medida de salud, y transformados luego en «finalidades»” (Tubert, 1982:14). Las preguntas se dirigen entonces hacia los mecanismos que permitirían controlar que los sujetos se adapten a, y alcancen, esas «finalidades».

Retomando conceptos de la psicología evolutiva las explicaciones médicas, excluyendo el movimiento y la contradicción, operan una fragmentación de un proceso histórico en etapas estáticas “ente las cuales la adolescencia es una «fase de transición». Dentro de un esquema de este tipo, todo cambio aparece como una «perturbación» que es necesario eliminar o superar para proseguir el recorrido preestablecido, y no como algo inherente a la constitución misma del sujeto y de su relación con el mundo” (Tubert, 1982:11–12).

“El saber médico incluye tanto aspectos científicos como aspectos socioculturales que el profesional sintetiza en términos de una racionalidad técnico-ideológica ... convirtiendo en técnicos los aspectos socioculturales de su intervención ... como resultado de un proceso de profesionalización que requiere diferenciarse del saber de los conjuntos sociales” (Menéndez y Di Pardo, 1996:49–50)

Este saber médico se ha construido históricamente en torno a un eje biologicista y ambientalista que se expresa en los paradigmas epidemiológicos que operacionalizan lo social como si fuera un objeto externo, contextual, del que se deducen «otros» indicadores dentro de un conjunto no jerarquizado y menos aún conceptualmente articulado de variables (Breilh 1989). Cada variable se traduce por igual como un factor que puede afectar el desenvolvimiento de la unidad de análisis central, el individuo biológico. Esta postura concuerda bastante bien con las ideologías que ven a la sociedad como un agregado de individuos y a éstos como sujetos racionales que actúan roles y papeles en una comunidad de iguales, siendo el padecimiento o la muerte causados por características o comportamientos del sujeto o por agentes patogénicos ajenos a toda determinación social.

Los fenómenos que reconocemos con las categorías de salud, enfermedad y atención, son el producto de procesos sociales que emergen de la trama de relaciones en las que estamos inmersos los integrantes de una sociedad. Ellos “no son fenómenos aislados sino polos de un proceso histórico y social que se desenvuelve al interior de la polaridad mayor vida–muerte y en el ámbito no de las individualidades sino de las colectividades” (Franco Agudelo, 1986:19).

En cuanto constituyen núcleos claves en los procesos reproductivos, operan estructuralmente en todas las sociedades y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran. En toda sociedad existe una gama de respuestas a los padecimientos humanos reconocidos como socialmente significativos, entre los que hallamos la producción de prácticas y saberes curativos, algunos de ellos institucionalizados y algunos otros inclusive legitimados por el Estado (Menéndez, 1994).

En un trabajo en que se analiza el surgimiento de la Psiquiatría de Adolescentes en los Estados Unidos, Fábrega y Miller (1995) sostienen que la visión de la

adolescencia como período turbulento y proclive a la aparición de psicopatologías no tiene más de cien años y es el más reciente capítulo en la construcción de representaciones y prácticas que el sistema social ha producido para controlar la socialización de los jóvenes, escenario que dará lugar a la aparición de una subdisciplina psiquiátrica que ha tipificado formalmente un conjunto de patologías que pueden hallarse entre los adolescentes(6).

La concepción cultural del adolescente cambió de una en que la caracterización psicológica no jugaba un papel importante en la definición –pues el crecimiento y desarrollo físico eran los elementos centrales para su integración activa en el mundo económico–, a otra en que se define al adolescente como sujeto vulnerable que requiere una prolongada supervisión adulta (Fábrega y Miller, 1995:884).

Implícita en este cuadro se halla la noción de la patología ligada a la adolescencia como un estado social, que requiere de la intervención institucional para resguardar la integridad de los adolescentes. La medicalización transfiere el problema de la adaptación desde el plano moral, al cual se daban respuestas institucionales de punición, hacia el plano individual psicológico en el cual se proponen respuestas terapéutico–curativas. Se ha construido al adolescente como oprimido, conflictivo, acosado por sus temores, y psicológicamente turbado, por no decir simplemente enfermo (Fábrega y Miller, 1995:884). Esta construcción, es la que justificará las prácticas de control, presentadas como intervenciones destinadas al cuidado de los jóvenes mientras estos se enfrentan a una serie de pruebas o “tareas” que deberán superar con éxito para ser reconocidos como adultos responsables.

Así vemos que las relaciones entre pubertad, pubescencia, adolescencia y juventud son complejas y cada uno de ellas determina características y límites definidos por los “adultos”, y más aún, algunos adultos, y no por el propio grupo designado. En este sentido, al entregarnos al desarrollo de las explicaciones sobre la problemática adolescente, debemos cuidarnos de la cosificación a la que puede conducir:

“In speaking theoretically of adolescence, it should not be forgotten than since it is one of the stages of life that all human beings pass through, it is, in the final analysis, a simple concept. Thus, there coexist different, often contradictory, theories to explain this phenomenon ... This does not mean, however that things or human beings behave as theories or concepts would have them behave, for it is often lamented that theories are simply not useful for understanding, explaining, or helping the human beings classified as adolescents” (Monroy de Velasco, 1985:19).

Esta designación, adolescentes, los construye como grupo, aunque pocas experiencias tengan en común los sujetos designados. Pero a la vez, los construye como un otro que los aleja, o suspende momentáneamente, de su inclusión en el

grupo de los adultos, el nosotros (Frankenberg, 1992). Lapassade afirma que, simultáneamente, construir la adolescencia como mera etapa signada por la inmadurez y la provisoriedad es un mecanismo psicológico utilizado por los adultos para reforzar su propia identidad centrada en el «mito de la madurez de la edad adulta» (Tubert, 1982).

No debemos perder de vista que si bien estos discursos circulan en diversos espacios de nuestra sociedad, están legitimando prácticas concretas de intervención en el ámbito de los hospitales públicos, cuyos usuarios son, precisamente, jóvenes que difícilmente se adecuen a los estereotipo del adolescente de clase media y a las expectativas que este sector define para sus hijos.

“En la división lógica entre jóvenes y viejos está la cuestión del poder, de la división –en el sentido de repartición– de los poderes” (Bourdieu, 1990:164, subrayado en el original). Así, se construye un grupo como «juventud», se asignan límites, atributos y aspiraciones, y se delimitan dispositivos institucionales desde relaciones de poder. Bourdieu señala que la relación entre edad biológica y edad social es compleja, socialmente manipulada y manipulable, y que así, mediante esta categoría, se procede al definir a los jóvenes de los sectores más desfavorecidos como adolescentes igualándolos a los de clases medias y altas aunque sus experiencias tengan muy poco en común (Bourdieu, 1990).

### **Los procesos de atención médica**

Por proceso de atención entendemos los modos históricos específicos de “institucionalización de la atención de la enfermedad y la muerte, que delimitan un espacio jurídico–político, social, profesional y cultural; y que constituyen una de las principales áreas de control y disciplinamiento social a nivel del conjunto de la sociedad (Margulies, 1998). Delimitan un espacio complejo de relaciones de poder en el que convergen prácticas y saberes de actores en tanto miembros de conjuntos sociales, con relación a los adolescentes, y cuya construcción se efectúa desde relaciones de hegemonía–subalternidad y cumple funciones de normatización y control social unidas a la legitimación de la autonomía de la profesión médica y a la reproducción económica–productiva (Menéndez, 1990).

De allí es posible reconocer varias instancias de construcción y pugna interesándonos en particular la de un objeto de intervención específico.

En los procesos de atención los distintos actores desarrollan discursos en los que cristalizan sus construcciones. Algunos rasgos del Modelo Médico Hegemónico se expresan en el discurso médico sobre la adolescencia, pero la lógica del último no se sigue del primero, sino que es el producto de la articulación dialéctica entre distintos procesos en los que se dirimen necesidades de reproducción de distintos grupos.

## **Estrategia Metodológica**

Nuestra metodología se basa en la construcción de un sistema matricial reformulando la propuesta de Juan Samaja a los efectos de poder operar con datos cualitativos. Samaja (1994) incorpora la perspectiva dialéctica al análisis de matrices de datos desarrollado por Galtung y Lazarfeld. Mediante la matriz representamos la estructura de los datos, y la perspectiva dialéctica nos permite a su vez dar cuenta de los procesos de génesis y estructuración de los mismos en las múltiples relaciones que los determinan.

En esta investigación el universo está compuesto por el conjunto de Servicios de Adolescencia de la Ciudad de Buenos Aires, el universo de estudio son aquellos servicios que conforman la Red de Adolescencia del distrito –17 nodos. Nuestra muestra está constituida por 8 unidades: 4 Hospitales Generales de Agudos, 2 Hospitales Generales de Niños, 1 Centro de Salud y un Hospital Especializado, y en base a ello se construyó la unidad de análisis Médico.

El médico nos interesa aquí en tanto sujeto de dos grupos: 1) Médicos Especializados en la Atención de Adolescentes, como otro universo mayor con el que mantiene una relación espécimen/especie; y 2) Servicio de Adolescencia, con el que mantiene una relación parte/todo. Se ancló en dos niveles de integración, a) los médicos tomados individualmente para dar cuenta de la diversidad de discursos, y b) los médicos como grupo para construir un modelo general, un universal concreto.

Cada Médico puede ser pensado como un universo de prácticas y/o discursos, y en relación con estos últimos se han escogido varios referentes interesando para esta presentación su objeto de intervención, criterios de distinción salud/enfermedad, normalidad/anormalidad, criterios de construcción de riesgo, pautas de atención y derivación, identidad profesional. Este procedimiento parte de la premisa de que es posible reconstruir los procesos sociales a partir del saber de sus actores, en tanto seres reflexivos que producen registros en el fluir de su experiencia cotidiana. Si bien este saber es contextual y no es de carácter enteramente proposicional puesto que gran parte de su acervo de conocimiento permanece a nivel de una «consciencia práctica» y sólo en ocasiones y con arreglo a determinadas problemáticas adquiere una expresión discursiva (Giddens, 1995), puede ser recuperado por el investigador para reconstruir la lógica a través de la cual los actores piensan la realidad social, pero reconociendo que la misma está construida desde las múltiples relaciones y posiciones que ocupan los sujetos en el espacio social.

Realizamos entrevistas en profundidad a 11 informantes claves, 9 de ellos son médicos practicantes que ocupan puestos de conducción en los servicios de adolescencia, y los dos últimos son funcionarios vinculados a la Red de Adolescencia de la Ciudad de Buenos Aires. Exceptuando las dos últimas se trabajó sobre la base de un



cuestionado con pautas de profundización. Durante el análisis se desechó una unidad a raíz de que no se pudo completar la entrevista y el material obtenido en la primer parte era demasiado fragmentario para su tratamiento sistemático.

Los únicos criterios de selección de los informantes fueron el que tuviesen al menos 10 años de práctica en servicios de adolescencia y que ocupasen puestos de conducción, a raíz de que se pretendió obtener un discurso más elaborado sobre la adolescencia y sobre el rol y función de la medicina para adolescentes(7). Esto de hecho generó una homogeneización del grupo en función de la edad y la especialización. Al mismo tiempo la homogeneidad se debe a que todos los informantes comparten circuitos de socialización, forman parte de las mismas asociaciones profesionales y participan de las mismas instancias de perfeccionamiento(8). En futuras indagaciones debería ampliarse el espectro.

Los 8 informantes son personal de planta con renta de 24 horas, 5 mujeres y el resto varones. La edad promedio, sin mucha dispersión, fue de 50 años con un rango de 43 a 57 siendo la media de los varones más elevada que de las mujeres. Seis de ellos son pediatras, una séptima también realizó la especialización en neonatología y la última es clínica. El promedio de permanencia en la Unidad Asistencial fue de 18,7 años con un mínimo de 11 y un máximo de 27 años –ya que el servicio que funciona en el centro de salud tiene 3,5 años de antigüedad, para el informante se computó la antigüedad en el establecimiento cabecera pues allí se desempeñaba en la misma función. Siete de los ocho profesionales son miembros fundadores de sus respectivos servicios y la restante ingresó al mismo poco tiempo después de su creación. El promedio de trabajo en los servicios de adolescencia es de 14 años con un rango de 10 a 17. Todos los informantes tenían experiencia previa con adolescentes. Los ocho entrevistados son, en base al status del servicio: 3 jefes de sección y 5 jefes a cargo de programas. Tres de ellos –dos varones y una mujer– son autoridades en primer y segundo grado de las asociaciones profesionales que nuclean a estos profesionales. Todos han realizado publicaciones de forma individual o colectiva, y ejercen o han ejercido la docencia de grado y/o posgrado aunque no de forma regular.

Para el tabulado de la información y construcción de los datos se recurrió al auxilio del software QRS NUD\*IST (Qualitative Solution and Research, Non-numerical Unstructured Data Indexing Searching and Theorizing) versión 4.0.

### **Atención Integral y Enfoque de Riesgo en la consulta de adolescentes**

El encuentro médico–adolescente constituye un espacio relacional complejo. El vínculo que allí se establece es el centro de una urdimbre de prácticas y relaciones que involucra a diversos actores. Por un lado, médico y adolescente, son parte

de conjuntos sociales mayores y de ahí que en la consulta se expresen relaciones de clase, de género, étnicas, etc. A otro nivel, dependiendo de la problemática tratada, la relación irá incorporando un número creciente de protagonistas, tanto desde el lado de la demanda como del propio servicio. Los profesionales utilizan el término trípode para referirse a ello. El mismo está constituido desde el lado de la demanda por: médico–adolescente–padre/s/responsable, y por el lado de la oferta por el médico, un psicólogo y un trabajador social: “para hacer una medicina ampliada con un enfoque integral uno tiene que apoyarse en los otros integrantes del equipo ... esta cosa del trípode biopsicosocial es muy importante” (5mp:562)

El médico es la puerta de entrada a la atención, o, en sus propios términos: “al sistema”, y es el articulador entre las tríadas, es decir, quien decide y organiza el proceso de resolución de la demanda. Evalúa el tipo de demanda y la necesidad de interconsultar con profesionales fuera del equipo o de introducir en la atención a otras especialidades del plantel, léase particularmente psicólogos, ginecólogos, o trabajadoras sociales (2vp:51; 3vp:64), es decir, el “equipo ampliado”: “lo que es importante es que sea visto por la parte integral. Lo ve el médico, si necesita se deriva al psicólogo o al trabajador social” (2vp:163)

Dependiendo de la problemática abordada la relación se restringirá a la primer tríada: médico–adolescente–responsable, puede extenderse a la segunda incorporando un psicólogo, y sólo en algunos casos abarca el conjunto –la discusión sobre las modalidades de trabajo interdisciplinario y qué entiende por tal cosa el médico excede los límites de esta presentación.

La consulta de adolescentes tiene fundamentalmente dos partes. En la primera se hace ingresar al adolescente con sus acompañantes, se toman los datos filiatorios y se escuchan los motivos de consulta diferenciados. Dependiendo de la edad, el sexo y el motivo de demanda del adolescente, hay una mayor probabilidad de que concurra solo o acompañado, y de quién lo acompañe. En relación al último punto “generalmente vienen solos cuando vienen a pedir consejos o tratamiento de anticoncepción o a hacer consultas con respecto a su sexualidad [...] Pero cuando hay alguna patología en realidad vienen acompañados” (8mp:193)

A continuación una informante nos describe una consulta tipo:

“en una consulta clínica se hace una historia clínica, se le explica al adolescente el sistema de trabajo, el sistema de atención, se le dice que se le van a hacer una serie de preguntas, por supuesto dirigidas a él o a ella, y al acompañante que aporte datos si hay antecedentes. se le preguntan todos los datos de filiación, de escolaridad, de la procedencia eso de hecho, se le pregunta por qué viene, qué le preocupa. [...] y se le explica que se le va a hacer un examen físico para tratar de ver cómo está. Se pesa, se mide, se toma la presión arterial, se lo ausculta, se le palpa el abdomen,

se le revisa la columna, se lo revisa íntegramente / a veces se le explica que parte del examen, no a veces, se le explica siempre que parte del examen físico es el examen genital que no forzamos a hacerlo la primera vez porque respetamos en ese sentido los tiempos y el pudor de cada adolescente, pero que sería importante para constatar normalidad, para saber en qué etapa de desarrollo está. [...] y después generalmente le hacemos una devolución donde le explicamos qué vimos, cómo está, si hay algo que hay que hacer, si hay que pedir un análisis / preguntamos según el tipo de consulta sobre hábitos de vida, sobre alimentación, sobre escolaridad, otras actividades fuera del ámbito escolar si es que está escolarizado, si no cómo se desarrolla / en la historia están contemplados antecedentes ginecológicos, su sexualidad / vemos cómo lo preguntamos, no se pregunta todo junto / hay sobre hábitos de consumo de alcohol, tabaco, drogas / no se puede preguntar todo junto porque sino se transformaría en un interrogatorio policial, pero buscamos los momentos” (5mp:422)

Que en la consulta de adolescentes “se hace una historia clínica completa” no significa que se registra todo lo que el adolescente dice o hace, ni se completan todos los ítems de un formulario preimpreso, sino que se pasa revista a los indicadores preestipulados que están en la historia clínica tipo y se registra sólo aquello que se considera significativo para arribar a una “impresión diagnóstica”. Esta historia clínica puede estar frente al profesional o, la mayoría de las veces, en su mente.

La anamnesis o interrogatorio, y la construcción de la historia abarcan un espectro muy amplio de temas incluyendo consumo de drogas y tipo de prácticas sexuales, intentando detectar “factores” y “conductas” de riesgo, entre ellas precocidad, promiscuidad, abusos, violencia, delincuencia y marginalidad. Los informantes señalan que no hay ninguna rama de la medicina que realice una indagación tan pormenorizada e intimista de la vida del paciente: “aquí se trabaja con una historia lo más completa posible y además uno se mete con aspectos que hacen a la escolaridad, el trabajo, las relaciones sexuales, la pareja y todo cosa que otros servicios no se meten” (3vp:332) “nosotros revisamos de arriba a abajo” (3vp:222),

El acompañamiento que tiene el joven al acceder al servicio se presenta como un tema importante en la gestión de la demanda (3vp:132; 4mc:331; 5mp:376; 6vp:226; 8mp:193), por varias razones. En primer lugar está la cuestión de la minoridad y la responsabilidad legal: “a veces tenemos problemas porque chicos muy chicos [vienen solos], de doce, trece años ... el otro día [nos estábamos] preguntando, si un chico que viene por primera vez de doce años es válido, es legal, es lógico atenderlo sin la presencia de los padres. Lo que pasa que son padres que pierden un jornal y pierden a lo mejor un premio, un montón de cosas” (4mc:323).

La cuestión legal se vincula con dos problemáticas: la información que se busca y el examen clínico –este punto no será abordado aquí. El acompañante por

un lado “puede aportar más datos” pero al mismo tiempo puede obstaculizar la relación de confianza que debe establecerse entre el profesional y el adolescente e impedir que el joven se exprese libremente. Siempre se procura una conversación a solas con el adolescente: “[...] abordar determinados temas que no son tan fáciles ... llámese sexualidad, hábitos, consumo de alcohol o cigarrillo o drogas, tiempo libre” (5mp:224)”, y si esto no es factible en la primer visita, se buscará en la segunda.

Simultáneamente se alega que “acá se atienden familias, no se atienden adolescentes, venga o no, entra con la persona que vino, porque detrás de cada adolescente hay un responsable” (3vp:136); “[acá] se atienden los padres, se atienden los hijos [...]” (8mp:141).

I: yo no pregunto [si los padres quieren entrar]. Muchas veces los padres son los que no quieren entrar y la sensación que yo tengo es que me están dejando un paquete que no pueden desenvolver ellos. Es el momento en el que más hago pasar a los padres. Me parece que el trabajo con los padres, aunque tenga menos datos, los que tengo los pueda trabajar más, porque los padres de los chicos son ellos, no somos nosotros

E: ¿en el caso por ejemplo que el adolescente te quiere contar algo a vos y no se anima por los padres?

I: Me doy cuenta porque el espacio lo tiene, porque cuando hago el examen físico siempre lo hago a solas (4mc:383–389)

El “darse cuenta” aparece en diversos tramos de las entrevistas, y se vincula con otra expresión: el “ojo clínico”. Una informante señala por ejemplo: “en general tengo el ojo clínico o familiar en el cual vos decís ahí algo está pasando pero tampoco puedo apuntar en la primera consulta porque si me meto mucho ... Ellos tienen que tener la necesidad de venir a decirme [...] Que le pegan o que se drogan, tiene que salir” (7mpn:243, 245)

### **Responsabilidad profesional y los límites del secreto profesional**

A partir de aquí podemos ya advertir el grado de problematicidad que adquiere el manejo del secreto profesional. Su violación puede desencadenar la “deserción”. El objetivo de la atención preventiva de “el control en salud” orientado hacia la detección de riesgo, puede entrar en conflicto con otra de las finalidades: la necesidad de institucionalizar al adolescente – “insertarlo en el sistema” – y no perderlo – “no ser derivador”. Este conflicto se expresará en los criterios para decidir la incorporación de las otras dos “patas del trípode”, cuáles secretos pueden ser “develados”, y, en caso de creerse necesario, cuál es el momento más oportuno para realizar una denuncia judicial o pedir una “protección de persona”. Un informante reseña un episodio relacionado con el problema:

“[...] un pibe que tenía una problemática en la casa y habíamos logrado una buena confianza, estábamos trabajando bastante bien, había venido como tres cuatro veces. Se va el chico y se olvida el certificado [que vino a buscar y] tenía que presentarlo al otro día porque sino iba a tener problemas en el colegio. ¿entonces qué hago? Llamo a la casa inmediatamente que me doy cuenta, en el apuro no esperé que llegara, «dígame señora cuando llegue su hijo fulano de tal que venga a buscar el certificado porque se lo olvidó». Lo llamé yo, no lo hice llamar por la secretaria. Ese chico vino a buscar el certificado y no me vino a ver nunca más. Interpretó que si yo lo llamé, aunque sea por eso, era probable que lo haya llamado todas las otras veces que se fue. Entonces después me di cuenta del error que había cometido. Vos fijate como a veces vos aún con buena voluntad podés llegar a romper esa intimidad que él vuelca en vos con toda confianza [...] estoy presentando una serie de particularidades que en pediatría no se presentan” (2vp:149)

Como se evidencia en el relato anterior, la consulta del adolescente se diferencia de la consulta pediátrica en que la voz del paciente adolescente aparece como central, surgiendo desde allí un conflicto potencial entre el secreto que se debe a aquello que la “voz” pone en evidencia y la minoridad del paciente. En efecto, “la condición de menor no responsable” constituye un tema central de la consulta de adolescentes, pues remite a la cuestión de la responsabilidad profesional. Se consultó a los informantes acerca de cuáles son los criterios y los casos en que está justificado violar el secreto profesional: “si está en riesgo es legal decirle al padre o a la madre qué es lo que está pasando [...] Siendo menor hay una responsabilidad del médico de decírselo al mayor” (1mp:144, 152).

Sin embargo, como una médica expresó: “lo que pasa que la pregunta del millón es cuándo corre peligro la vida del paciente” (4mc:393). Aquí la “responsabilidad profesional” y la “responsabilidad legal” se solapan, remitiendo la primera a una ética que se expresa como el derecho profesional y la obligación moral para decidir e intervenir en nombre del “conocimiento” y de la “ciencia”, y la segunda, que la encubre según la necesidad y el interlocutor, a una obligación ante la posibilidad de la sanción.

“[el límite del secreto profesional] primero la ley, después por justa causa te libera del secreto profesional, pero fundamentalmente el médico debe ser confidente pero no cómplice” (2vp:151)

“siempre se les habla de la confidencialidad de la consulta. El secreto profesional con adolescentes, se le establece bien claro, es secreto profesional mientras no exista alguna situación que ponga su salud o en riesgo” (3vp:140)

El médico, “sin ser intrusivo”, sin convertir el encuentro en “un interrogatorio policial”, procurando su confianza “se mete en todo” y “pregunta todo”, buceando a

través de distintos mecanismos en los secretos del joven. Es indispensable contar con toda la información para arribar a un buen diagnóstico. En su discurso, el resguardo de la intimidad y el secreto, así como los criterios para transgredirlo, se refieren a un tercero, sea el responsable del joven –el tercer sujeto de la consulta– o alguien externo. Sólo dos informantes problematizaron su propia práctica al respecto:

“el respeto por la intimidad [...] creo que también me incluye a mí [...] Yo pienso que a veces los médicos pecamos de hacer demasiadas preguntas íntimas a los adolescentes sin darnos cuenta que también nos estamos nosotros metiendo en su intimidad, cuando si vamos a la realidad no hacen para nada a la consulta ni a la importancia de lo que es patológico o no [...] Cuántas veces nosotros preguntamos y preguntamos y preguntamos un montón de cosas con las que después nos quedamos y no sabemos cómo resolverlas porque nosotros tampoco somos el padre del adolescente (4mc:377, 379)

Al habilitar un espacio el profesional es consciente de que será, posiblemente, receptor de una serie de demandas a las que no siempre está en condiciones de dar respuesta. No es que el médico no interprete que gran parte de la problemática volcada por el adolescente surge de las condiciones de vida en que este se desarrolla. Sin embargo, ya sea tanto por sentirse impotente para modificar estas condiciones, como por su formación profesional, la respuesta que se brinda se relaciona generalmente con la conducta y la responsabilidad del joven y de su núcleo familiar.

En el siguiente cuadro se reproducen los criterios proporcionados por los informantes para transgredir el secreto profesional y las situaciones que se consideran meritorias de tal acción. Algunas implican ineludible e inmediatamente una conversación con el adulto y otras no. La relatividad de la última columna pasa por: a) no hay acuerdo entre los profesionales, o bien b) depende del contexto en que se produzca, o bien c) depende de la edad del joven, o bien d) puede posponerse la develación en espera de un momento propicio. Sin embargo, en las cuatro situaciones, el criterio se explica a través de una racionalidad técnica en la cual desaparece la propia subjetividad del profesional. Es el médico quien lo decide.

Criterios	Límites del Secreto Profesional	
	Situaciones Absolutas	Situaciones Relativas
Peligro de vida	Sexualidad precoz + promiscua	Sexualidad precoz
Justa causa	Consumo reiterado de drogas	Sexualidad promiscua
La ley	Conductas delictivas	Sexualidad sin cuidado
Situación de riesgo	Abuso sexual	Embarazo
HIV+	Consumo de drogas	Violencia

El término que utilizan los médicos no es violación de secreto sino develación. Casi siempre se comenta con el adolescente qué se hablará con los padres, y se busca persuadirlo en caso de que éste oponga resistencia. Todo depende del “grado de riesgo” que el médico detecte en el secreto:

“hay secretos y secretos. Hay secretos que uno puede mantener: si el chico está hablando de cosas que le pasan, de sensaciones de cosas que tiene, de dudas, de temores; pero no secretos que arriesguen ni la salud ni la vida porque ahí realmente nos ponemos fuera de la ley nosotros” (5mp:456)

El médico puede, siempre y cuando lo crea necesario, negociar la forma en que se conversará con los padres, es decir quién, cuándo y cómo se procederá a “develar” el secreto: “no es que voy por atrás. Le digo «mirá, disculpame acá necesito hablar con tus padres»” (2vp:153).

Sólo en un caso se señaló que no necesariamente se comenta con el adolescente qué se hablará con los padres: “si corresponde sí [se le dice] y si no directamente se lo cita para otro día. Lo más común es que el tiempo hospitalario no da para tan larga consulta salvo que sea una situación de mucho riesgo como el consumo de drogas, se lo cita [al padre] otro día y entonces con comodidad (uno puede hablar)” (3vp:172). Citarlos con posterioridad para mantener una conversación a solas no se explica únicamente por cuestiones de comodidad: “lo que nunca hacemos una vez que el adolescente habló a solas, es sacar al adolescente de la entrevista y que se quede el padre hablando solo [...] citamos al padre en otro momento” (8mp:263).

Lo ideal, según los informantes, es convencer al adolescente para que él, solo o ayudado por los profesionales, revele el secreto a los padres –esto es muy usual con embarazo, adicciones o HIV+: “el secreto, entre comillas, es develado en la consulta por nosotros o por los mismos chicos con el adulto acompañante porque en realidad es de alguna manera lo que están buscando también, que alguien participe, no cargar solos con esa problemática” (5mp:456).

Otra alternativa es que el propio adolescente, en caso de no querer que los padres se enteren, elija un adulto para que lo acompañe en la próxima reunión. Lo importante no es que sea el padre sino que sea un adulto responsable: “lo que aconsejamos también, o lo que decimos, o lo que pedimos, que ellos elijan a un adulto [al] que puedan comentarle que van a tener estas relaciones sexuales” (8mp:293).

Lo que se conversará con los adultos varía según el grado de riesgo que el profesional atribuya a lo que cuenta el adolescente, y a la “impresión diagnóstica” a la que se arribó sobre el joven al finalizar la consulta. En algunos casos directamente no se menciona: consumo de tabaco, alcohol, relaciones sexuales no promiscuas –luego iremos a ello– y consumo esporádico de drogas. En el caso de consumo

frecuente pero “no adictivo” o relaciones sexuales consideradas promiscuas pueden haber preguntas indirectas al adolescente en presencia de los padres pero esto varía según los informantes. Los casos extremos implican un conversación directa con los adultos. Una médica planteó una estrategia alternativa para indagar sin violar el secreto profesional:

“preguntarle a todas las chicas si iniciaron relaciones sexuales, si se cuidan o no se cuidan, a lo mejor con una pregunta mucho menos directa como puede ser «tenés novio y cuánto hace que salís», «ah bueno, pero en cualquier momento»; con una indirecta yo puedo hacer que la mamá se le prenda un poco la lamparita [...] Y que ella haga el trabajo preventivo” (4mc:379)

La conversación con los padres puede realizarla sólo el médico o apoyado por psicólogos o asistentes sociales según el caso. Las últimas profesionales son convocadas normalmente ante situaciones de abuso o violencia familiar. Es decir la participación de las otras dos patas de la oferta es habilitada discrecionalmente por el médico, cuando este, en función de algunos “signos de alarma” dictamina “situaciones de riesgo”. El criterio y el momento para efectuar una denuncia judicial, en los casos en que se crea conveniente, varía según los informantes. En ello no sólo influye la problemática, sino también criterios estratégicos en los que median distintas interpretaciones de la ley, problema que en parte ya mencionamos más arriba. Mientras algunos entrevistados puntualizaron que la denuncia debe hacerse “inmediatamente”:

“de ninguna manera se puede posponer porque uno entraría en colisión con la ley y sería cómplice. Desde el momento que uno se entera sea director de una escuela, maestro o médico ineludiblemente si hay violencia o hay abuso, hay una ley que cumplir que es la de protección de menor” (3vp:162)

otros afirmaron que esto depende de la situación:

“la ley impone que todo caso de violencia uno debe hacer la denuncia teóricamente dentro de las cuarenta y ocho horas. ¿por qué teóricamente? Porque también la ley dice que por justa causa uno puede llegar a postergar el momento oportuno” (2vp:165)

La figura legal de protección de persona, es una herramienta que se utiliza habitualmente cuando se considera que el riesgo está causado directamente por los propios padres, o que éstos indirectamente lo causan al no ser capaces de proteger a sus hijos:

“si uno estableció que hay un abuso, una violación, uno hace la denuncia, le comunica a los padres e interna al menor o al adolescente, y por supuesto esto avisado el servicio social, se trata de excluir de la presencia al supuesto violador si es que existe, nosotros hemos tenido casos de todo tipo” (3vp:164)



Pero además, esta legislación, instrumento del Estado para proteger a los menores, es utilizada frecuentemente como amenaza cuando los padres no siguen los “criterios médicos”. Este procedimiento de culpabilización algunas veces finaliza con el pedido de protección de persona y otras con la búsqueda de otra persona que califique para el médico como “adulto responsable” y que se haga cargo del control y seguimiento del joven.

La condición de menor no responsable de los adolescentes y la búsqueda de otro interlocutor se evidencia en el problema de los pedidos de determinación de anticuerpos HIV. Para ellos se necesita la firma de un mayor, y esto no siempre es posible:

“algo que nos molesta mucho es el tema de los pedidos de análisis por HIV. Todo pedido de análisis de HIV debe ir con la firma autorizada y esto nos crea un problema porque muchas veces necesitamos descartar cosas y no podemos sin la firma del adulto responsable [...] Y aquí se presenta otro problema porque llegar a decirle al papá o a la mamá que su hijo tiene relaciones, o que su hijo se droga, y encima yo pienso que puede estar con SIDA, te imaginás que eso puede (enfrentar) un tema conflictivo. Entonces cuando la mano lo ayuda lo manejamos y si no pedimos que el adolescente traiga a un adulto responsable, a nivel familiar” (2vp:165)

Quedan entonces dos alternativas, o internar al adolescente (1mp:162), procedimiento que a su vez plantea una serie de inconvenientes; o arriesgarse a realizar el examen sin la firma de un adulto pero con el consentimiento del joven:

“si los padres no se quieren enterar o no pueden enterarse por alguna situación determinada, le explicamos al adolescente que tenemos que tener la autorización por un juez, cosa que los pone mal, entonces automáticamente pueden hablar con los padres [...] En aquellos jóvenes que no podemos realmente porque hay alguna situación que no podemos ir al juez, o es de suma urgencia, a veces nos jugamos y le hacemos con el consentimiento de ellos” (8mp:313)

El criterio a través del cual se decide qué secreto se develará, y cuándo se solicitará el auxilio de la justicia surge de la consideración del grado de responsabilidad atribuible al joven y de sus padres. Este a su vez, deviene de algunos de los indicadores a través de los que se señala el fin de la adolescencia y el comienzo de la adultez:

“hay que ver diecinueve años, está embarazada, es menor de edad para la ley, pero qué pasa ¿está en pareja?, ¿los padres saben?, ¿vive sola?, ¿es independiente?” (5mp:462)

En otro lugar (Adaszko, 1999) señalamos que la adolescencia aparece definida principalmente por la carencia, la búsqueda y el reconocimiento por parte de los adultos. La adolescencia se hace y la adultez es algo que se alcanza: asumir respon-

sabilidades, llegar a saber quién se es, fabricar su identidad, buscar una salida laboral, ubicar su vocación, lograr una madurez. No se trata de logros efectivos sino la búsqueda de los mismos implicando ello voluntad, motivación y la asunción de responsabilidades. El tránsito desde el no saber al saber lo hará responsable de sus actos y al mismo tiempo le permitirá tomar decisiones sobre su vida. A partir de allí se lo reconocerá como adulto..

“siendo menor hay una responsabilidad del médico de decírselo al mayor porque si yo tengo un [test de embarazo] positivo y le digo andate y hacé lo que quieras tengo una responsabilidad legal. Entonces primero le pregunto con quién vive, si está en pareja. Si está no voy a citar a los pareja, ya son ellos responsables de hacer lo que quieran, pero si es un menor y está viviendo con la madre y la madre no sabe nada y está en riesgo, yo lo primero que hago es preguntarle a la adolescente si le comentó a los padres y en lo posible decirle que venga la próxima vez para poder charlarlo” (1mp:152)

Dos categorías fueron centrales en esta construcción del riesgo del adolescente y en la problemática del límite del secreto profesional: “precocidad” y “promiscuidad”. La primera surge en todas las entrevistas ligada al “temprano” consumo de alcohol, tabaco y principalmente al inicio de relaciones sexuales:

I: Comienzan muy precozmente, hay una falta de límites total

E: ¿por qué utilizar la palabra precoz?

I: porque se supone que un chico es un prepúber o un latente y ya está teniendo conductas de riesgo, se ha corrido mucho más tempranamente el riesgo. Si el otro se lo puede manejar o puede saber algo. Lo mismo que consumir videos eróticos y comprar películas porno como tenemos chicos de quinto, sexto grado es una conducta de mucho riesgo

E: ¿qué puede desencadenarse o seguirse a eso?

I: una imagen distorsionada de lo que es la sexualidad y lo que es el sexo, y lo que es la mujer y el hombre [...]van a llevar a una masturbación compulsiva, a trastornos en el aprendizaje porque el chico está totalmente disperso en otro tipo de actividades que no corresponden a su edad

E: ¿cuál sería el límite entre precoz y no precoz?

I: Y que justamente chicos de séptimo grado intentan comienzan a tener relaciones, chicas de trece catorce con hombres de treinta sin ningún cuidado sin preservativo

E: ¿dos chicos de catorce que tengan relaciones?

I: eso también es de riesgo [...] por la inmadurez que esto representa en su aparato psíquico y que esa precocidad va a llevar probablemente a conductas promiscuas en el futuro (3vp:353–364)

El límite entre precoz y no precoz lo señala, como se ha planteado antes, la capacidad de tomar decisiones y el responsabilizarse de sus consecuencias.

“[...] hablamos de precoz porque evidentemente un chico con trece años no está preparado para tener relaciones sexuales. Quizás sí puede estar preparado orgánicamente, pero en cuanto a su preparación psicológica y maduración no la tiene porque con trece años este difícilmente pueda afrontar todo una serie de situaciones que le pueden llegar a provocar” (9mp:176–178)

Más arriba trajimos a colación un ejemplo en el cual el profesional señala que la precocidad sexual tiene como consecuencia probable la patología, pero principalmente la promiscuidad futura. Otra asociación semejante se reproduce en el siguiente fragmento:

“La vida en sí del adolescente por la inestabilidad emocional, por la inestabilidad sexual, por todo lo que tiene, hace que inicien en la actividad sexual, especialmente los que la inician más tempranamente, más posibilidad de tener actividades sexuales promiscuas que a lo mejor un adulto con una pareja estable” (4mc:546)

Tanto la precocidad como la promiscuidad, como conductas de riesgo, tienen como consecuencia inmediata la patología:

I: una chica que tiene relaciones sexuales promiscuas corre peligro de vida porque se puede agarrar un HIV, porque puede hacerse un aborto con la matrona de la vuelta

E: ¿a qué llamas promiscuo?

I: si tiene más de tres o cuatro parejas en el año son relaciones promiscuas (4mc:393–395)

“un adolescente que tiene relaciones promiscuas es muy probable que tiene una conducta sexual en la cual puede contraer una enfermedad de transmisión sexual” (1mp:311)

Se proporcionaron otros significados de promiscuidad:

“promiscuidad es alternar sin cuidarse y en momentos que no son convenientes para su edad y en relaciones y en ámbitos que no son convenientes (8mp:443–445)

“una sola habitación donde conviven los padres, los tíos, los primos, un montón de gente en un mismo ambiente [...] Promiscuidad sería eso más chicos que pueden estar viendo relaciones de sus padres en el mismo ambiente” (7mpn:468–471)

En todos los casos el médico es quien evalúa y determina pautas de crecimiento y de crianza “normales”, y definiendo conductas desviadas que podrán en riesgo al adolescente.

## Conclusión

Podemos ver entonces que el médico se transforma en un evaluador de las conductas del adolescente: determina formas adecuadas e inadecuadas de comportamiento, dictamina riesgo, y establece grados de responsabilidad no sólo del adolescente sino de quienes lo rodean. En base a ello y a las necesidades de reproducción de los espacios de atención –no perder pacientes– violenta el secreto profesional y habilita la participación de otros actores en la intervención sobre su objeto: otros profesionales, la justicia, o los padres. No obstante, la inclusión de estos últimos, que en una primera instancia sólo era requerida para obtener información, implica en un segundo momento un proceso que los convierte a ellos también en pacientes del servicio, y en este caso la posibilidad de la ruptura del secreto profesional se desplaza y refiere a la solicitud de intervención de la justicia.

Como señalábamos al comienzo, lo social es pensado como un contexto externo, fragmentado en variables mensurables en términos de riesgo sobre el que resulta difícil, sino imposible operar. Entonces, se produce una inversión que convierte los grados de responsabilidad para la autonomía en grados de culpabilidad por el padecimiento.

Al sujeto que debe aprender a ser adulto, al que se debe acompañar en su proceso madurativo, que debe "realizar las tareas adolescentes", se le recuerda permanentemente que desde el momento en el que accedió a la atención, que entró "al sistema", se ha convertido en un objeto sujeto a control y pasible de sanción y castigo: la develación del secreto.

Aprender a ser adulto supone un período de "pruebas" y "tareas" a través de las cuales se adquiere un saber: «quién soy», «a dónde voy», etc. Pero esta "prueba" es en un doble sentido puesto que se prueba a sí mismo pero también debe probar a los demás. Aún son necesarias instancias externas de evaluación que definan los límites sobre qué y cuánto es posible probar, pues si bien el joven "sabe", aún su conocimiento no es suficiente para desenvolverse solo y esto lo hace vulnerable en una sociedad, la de los adultos, que lo enfrenta a constantes peligros para su socialización normal.

En este joven se expresa una doble naturaleza: el niño que ya no es, y el adulto que será. Pero a la vez, también evidencia su doble carácter, en tanto el proceso de atención transforma al adolescente en un objeto pasivo de intervención alegándose que este proceso es necesario para que emerja un sujeto "saludable". Ese sujeto, de derecho, que será, no es cualquier sujeto sino aquel que se ha construido en la modernidad: sujeto independiente y capaz de tomar decisiones racionales. Así se coloca al joven, objeto de la atención, en situación de constante amenaza, a veces velada, a veces abiertamente explicitada, pero siempre sabida, de que el otro sujeto, el médi-

co, profesional de la salud que se constituye en contralor de este aprendizaje social, rompa este secreto en nombre de una ética profesional y en base a “criterios científicos”.

Para concluir no podemos dejar de mencionar la angustia que puede generar en el profesional de la salud, y el Sturm und Drang que puede sufrir el adolescente, cuando, en definitiva, las metas que se le imponen, tanto psicológicas como sociales, están siempre fuera de su alcance. Es que ellas suponen la existencia de un sujeto ideal, construido en la modernidad por aquellas ideologías que pretenden enseñarnos que nuestra condición de seres racionales, independientes y autosuficientes, nos permitirá alcanzar la felicidad en la sociedad del mercado y del consumo.

### Notas

\* Investigador del equipo del Proyecto UBACyT FI-093: Construcción Social y VHI Sida. Los procesos de Atención Médica – Programa de Antropología y Salud – Instituto de Ciencias Antropológicas – Facultad de Filosofía y Letras – UBA

(1) En la actualidad todos los Hospitales Generales y Pediátricos disponen de Servicios de Adolescencia aunque en pocos casos estos tienen el status de Sección. La edad de atención varía de un efector a otro pero tiende a abarcar la franja 10–20 años.

(2) Mientras algunos autores sostienen que la adolescencia comienza a los 10 años, otros lo ubican a los 12 e incluso los 13 años. En cuanto a su término también hay divergencias desde los 18 hasta los 24 años.

(3) En nuestro país la gran mayoría de los Servicios de Adolescencia han adoptado el Enfoque de Riesgo.

(4) Puede consultarse un listado bibliográfico de los autores que desarrollaron esta perspectiva en nuestro país en Adaszko, 1999.

(5) La mayoría de las investigaciones biomédicas están sesgadas por haberse efectuado con población institucionalizada y en general con aquella que accede a los centros hospitalarios de segundo y tercer nivel.

(6) Podemos apreciar este fenómeno en la categoría Síndrome de la Adolescencia Normal que se originó en la psicología (Aberastury y Knobel, 1993).

(7) Además en función de la investigación global se requería información sobre la historia y el desarrollo de los servicios, un conocimiento pormenorizado de las características de la atención, de la inserción institucional y de la articulación con los distintos servicios.

(8) Se puede advertir dos subgrupos dentro del conjunto pero a los efectos de esta investigación este dato no es relevante.

## Referencias Bibliográficas

ADASZKO, Ariel: La Construcción Médica de la Adolescencia: Un estudio antropológico, ponencia presentada en la III Reunión de Antropología del Mercosur: “Nuevos Escenarios Regionales e Internacionales”, Posadas, Misiones/Argentina, noviembre de 1999, en prensa.

BIANCULLI, Carlos: “Realidad y Propuestas para la Continencia de la Transición Adolescente en Nuestro País”, en *Adolescencia Latinoamericana*, Revista científica cultural multidisciplinaria bilingüe, Año I, Núm. I, ASBRA–SASIA, Buenos Aires, 1997a pp. 31–39.

BOURDIEU, Pierre: “La ‘juventud’ no es más que una palabra” en *Sociología y Cultura*, México, Grijalbo, 1990.

BREILH, J: “La reducción empírica del concepto ‘variación’ (Variable)”, en *Epidemiología, Economía, Medicina y Política*, México, Ediciones Fontamara, 1989.

FABREGA, H. jr. y MILLER, B: “Adolescent Psychiatry as a Product of Contemporary Anglo–American Society” en *Social Science & Medicine*, Vol. 40, N° 7, Pergamon Press, 1995, pp. 881–894.

AGUDELO, Saúl Franco: “La Salud y el Trabajo” en *Cuadernos Médico Sociales* N° 35, Rosario, CESS, 1986.

FRANKENBER, Ronald: “The Other who is also the Same: Epidemics in space and time, Youth and AIDS” en *International Journal of Health Services* 22, 1. Marzo 1992, pp. 73–88.

GIDDENS, Anthony: *La Constitución de la Sociedad*, Amorrortu, Buenos Aires, 1995.

MARGULIES, Susana: *Construcción Social y VIH–SIDA: Los procesos de atención médica*, TI–093, UBACYT, Buenos Aires, UBA, 1998.

MEAD, Margaret: *Adolescencia y Cultura en Samoa*, Buenos Aires, Paidós, 1967.

MENÉNDEZ, Eduardo: *Morir de Alcohol: Saber y hegemonía médica*, Alianza Editorial Mexicana, México, 1990.

MENÉNDEZ, Eduardo: “La Enfermedad y la Curación: ¿Qué es medicina tradicional?” en *Alteridades*, Año 4, N° 7, Universidad Autónoma de México, México, 1994.

MENÉNDEZ, E. y DI PARDO, R.: *De algunos alcoholismos y algunos saberes: Atención primaria y proceso de alcoholización*, CIESAS, México, 1996.

MONROY de VELAZCO, Anamelli: “Puberty, Adolescence, and Culture”, en *The Health of Adolescents and Youths in The Americas*, Washington D.C., OPS, 1985, pp. 19–24.

MUUSS, Rolf e.: *Teorías de la adolescencia*, Buenos Aires, Paidós, 1980.

SAMAJA, Juan: *Epistemología y Metodología: Elementos para una teoría de la investigación social*, Buenos Aires, Eudeba, 1994.

SILBER, Tomás: “Medicina de la Adolescencia: una nueva subespecialidad de la Pediatría y la Medicina Interna en la América del Norte”, en *Adolescencia Latinoamericana*, Revista científica cultural multidisciplinaria bilingüe, Año I, Núm. I, ASBRA–SASIA, Buenos Aires, 1997, pp. 11–15.

TUBERT, Silvia: “La estructura Adolescente”, en *La muerte y lo imaginario en la adolescencia*, Madrid, Saltés, 1982.