

Situación de bienestar psicosocial y

SALUD MENTAL

en adolescentes y jóvenes en Uruguay



Situación de bienestar psicosocial y salud mental en adolescentes y jóvenes en Uruguay

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF

Instituto Nacional de la Juventud, INJU

Autoridades

Dr. Felipe Paullier, director del Instituto Nacional de la Juventud. Ministerio de Desarrollo Social
Sr. Francisco Benavides Martínez, representante de UNICEF Uruguay

Autores:

Por INJU

Cecilia Cristar
Leticia Palumbo
Jimena Torres
Nicolás Alberti

Por UNICEF

Darío Fuletti
Susana Grunbaum
Mariana Melgar
Carmen Rodríguez

Agradecemos la revisión y comentarios de Laura de Álava, asesora técnica del Área Programática para la Atención en Salud Mental de la Dirección General de Salud del Ministerio de Salud Pública y de Josefina Mora, referente técnica especializada en Salud Mental del Programa INJU Avanza.

Corrección de estilo: Leticia Ogues

Diseño gráfico editorial: Quasar Creativos

Coordinación editorial: Área de Comunicación de UNICEF Uruguay

Primera edición: setiembre de 2022

NOTA:

La Convención sobre los Derechos del Niño se aplica a todas las personas menores de 18 años, es decir, niños, niñas y adolescentes mujeres y varones. Por cuestiones de simplificación en la redacción y de comodidad en la lectura, se ha optado por usar en algunos casos los términos generales los *niños* y los *adolescentes*, sin que ello implique discriminación de género.

CONTENIDO

CAPÍTULO 1 - MARCO CONCEPTUAL	4
Salud mental y bienestar psicosocial.....	5
Especificidades de la salud mental en la adolescencia y la juventud.....	5
Adolescencias y juventudes en clave de salud mental y bienestar psicosocial	5
Multidimensionalidad de la salud mental y el soporte psicosocial	6
Intervenciones de soporte a la salud mental y el bienestar psicosocial	7
Principales problemas de salud mental en adolescentes y jóvenes.....	9
Dificultad de los diagnósticos en la adolescencia	10
Intento de autoeliminación y suicidio	10
CAPÍTULO 2 - POLÍTICAS DE SALUD MENTAL EN URUGUAY	13
Ley de salud mental.....	14
Plan Nacional de Salud Mental.....	15
Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio 2021-2025	15
Plan intersectorial de prevención del suicidio en adolescentes y jóvenes, con énfasis en la promoción del bienestar psicosocial y la atención integral de la salud mental (2021-2022)	16
Actores y espacio de articulación interinstitucional.....	16
Prestaciones en salud mental.....	17
Experiencias llevadas adelante por el INJU.....	17
CAPÍTULO 3 - APROXIMACIÓN AL ESTADO DE SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL DE ADOLESCENTES Y JÓVENES EN URUGUAY.....	19
Bienestar psicosocial	20
Ideación e intención suicida.....	23
Suicidios.....	24
Síntesis.....	26
CAPÍTULO 4 - PROPUESTAS DE POLÍTICAS Y RECOMENDACIONES	27
1. Enfoques transversales a todas las acciones de salud mental y bienestar psicosocial en adolescencias y juventudes	28
2. Participación adolescente y juvenil: desarrollo de espacios de escucha e incidencia.....	29
3. Consejerías o dispositivos en centros de educación formal y no formal	29
4. Acciones específicas dirigidas a los grupos de adolescentes y jóvenes con mayores vulneraciones	30
5. Fortalecimiento de los servicios y espacios de salud adolescente del Sistema Nacional Integrado de Salud	30
6. Potenciación de espacios, estrategias y acciones de articulación intersectorial e interinstitucional	30
7. Generación de conocimiento sobre la salud mental de adolescentes y jóvenes	31
8. Acciones de comunicación, difusión y sensibilización de alcance nacional en salud mental adolescente y juvenil	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33

CAPÍTULO 1

MARCO CONCEPTUAL



1. MARCO CONCEPTUAL

Salud mental y bienestar psicosocial

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, está en condiciones de afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2022). Se trata de una definición global que constituye un punto de partida sustantivo para conceptualizar qué entendemos por salud mental. Desde esta perspectiva, la salud mental es el bienestar emocional, psicológico y social. Afecta la forma en que pensamos, sentimos y actuamos. Determina cómo nos relacionamos con los demás y con nosotros mismos, cómo tomamos decisiones, manejamos las situaciones difíciles de la vida, creamos una vida con proyectos y contribuimos con los demás.

Especificidades de la salud mental en la adolescencia y la juventud

Para aplicar el concepto a adolescentes y jóvenes es preciso abrir el análisis a las particularidades de cada etapa vital, con sus características propias. El presente capítulo busca ser un punto de partida en la discusión conceptual sobre la salud mental en la adolescencia y juventud. Desde la perspectiva de ciclo de vida existe evidencia de que algunos hitos que ocurren en esta etapa vital pueden impactar particularmente sobre la salud mental. Según la OMS (2018), la mitad de los trastornos mentales comienzan a los 14 años, pero la mayoría de los casos no se detectan ni se tratan. Por lo tanto,

se considera importante atender estas especificidades. El capítulo pretende aportar sustento conceptual a una hoja de ruta para las políticas públicas en esta área temática y para el ejercicio metodológico que se realiza en el capítulo 4 a partir de los datos disponibles en forma pública en Uruguay.

Adolescencias y juventudes en clave de salud mental y bienestar psicosocial

La salud mental es importante en todas las etapas de la vida. Sin embargo, dado que cada momento vital tiene características que le son propias, es relevante reconocer el impacto de estas en la salud mental. Cada sociedad concibe la etapa vital que engloba la adolescencia y la juventud de acuerdo con sus parámetros culturales, sociales, políticos y económicos, por lo cual no existen definiciones exactas.

Para la OMS, la adolescencia transcurre en la segunda década de la vida, entre los 10 y los 19 años. Por otra parte, si se toma como referencia la Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes, son jóvenes aquellas personas que se encuentran entre los 15 y los 24 años. En tanto, en Uruguay, el Instituto Nacional de la Juventud (INJU), ha definido históricamente sus competencias con relación a la franja que se extiende desde los 14 hasta los 29 años, a partir de la creación de la Tarjeta Joven a través del Decreto n.º 424/990. Como puede observarse, no es posible tener una definición unívoca sobre qué edades comprenden la adolescencia y la juventud, y tampoco existe un límite claro entre estas dos etapas. Sin embargo, sí se reconoce en ellas la ocurrencia de algunos eventos

claves en la trayectoria vital, como pueden ser la salida del sistema educativo, el ingreso al mercado laboral, el abandono del hogar de origen y la formación de la familia propia.

La adolescencia es una etapa marcada por un gran ritmo de crecimiento y cambios, en la que se juega la integración de diferentes aspectos: la autonomía con respecto a los padres, la identidad sexual, los dilemas filosóficos, religiosos y políticos, la elección vocacional, entre otros. El cuerpo juega un rol particular y a menudo es el escenario privilegiado de batallas e inseguridades. Es esperable que existan también ambivalencias y dudas: por las pérdidas reales o simbólicas y también por las adquisiciones. Los y las adolescentes atraviesan experiencias que les son inéditas, sobre las que no tienen referencias. Como todo lo nuevo, esas experiencias pueden despertar tanto alegría y entusiasmo como dificultades y malestar. Precisamente por esto, son frecuentes los traspies, algún síntoma, alguna señal del esfuerzo del proceso y el que los y las adolescentes transiten por momentos de malestar psíquico, sin por ello estar atravesando algún problema de salud mental. Muchos de los signos o señales de sufrimiento psíquico que se presentan durante la adolescencia no configuran un problema de salud mental.

En la juventud, las tensiones pueden estar relacionadas con las propias expectativas (y las del entorno), en el sentido de lo vocacional, lo laboral, lo afectivo-sexual, la independencia económica, y generar conflictos si estas expectativas no se ven cumplidas o si el logro de los objetivos parece complejo. El presente y las proyecciones de futuro que las personas jóvenes construyen como objetivos de sus proyectos de vida, o la ausencia de expectativas e incluso la incertidumbre o certeza en muchos jóvenes de que no hay posibilidad de cambio, van en detrimento de su bienestar psicosocial

y esto puede manifestarse en problemas emocionales y de conducta.

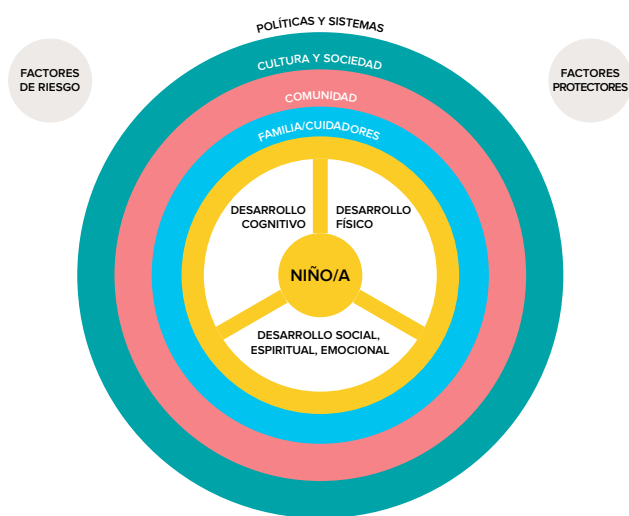
Es relevante observar las adolescencias y juventudes desde una perspectiva de género y de masculinidades. Durante el proceso de socialización, las normas de género refuerzan y estructuran las pautas del comportamiento socialmente esperado para cada persona. Es así que se reproducen los estereotipos sobre lo masculino (valientes, fuertes emocionalmente, proveedores económicos, etc.) y lo femenino (emocionales, débiles, dedicadas a tareas domésticas y de cuidados, etc.), asignando valor y reconocimiento diferente en función de lo que se espera socialmente. En el proceso de socialización de género se pautan permisos, habilitaciones y restricciones diferentes para varones y mujeres sobre la identificación de emociones y la posibilidad de expresarlas, pedir ayuda, mostrarse o sentirse vulnerables. Al momento de analizar la información estadística vinculada a la salud mental y de generar estrategias de política pública, esta perspectiva es muy importante, ya que se encuentran diferencias marcadas según género, como se evidencia en el capítulo 3 de este documento.

Multidimensionalidad de la salud mental y el soporte psicosocial

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) ha adoptado el modelo ecológico social para analizar el bienestar de niños, niñas y adolescentes, incluyendo los temas relativos a la salud mental adolescente que se abordan en este informe. El modelo propone que el desarrollo óptimo y el bienestar dependen de factores de contexto que incluyen a las familias, las condiciones comunitarias, socioculturales, políticas, de acceso a servicios y de garantía de derechos (UNICEF, 2019). En el modelo ecológico social, estos factores se representan como una serie

de círculos concéntricos en torno al adolescente, lo que busca ilustrar la importancia de las redes de personas y estructuras que lo rodean para salvaguardar su bienestar y apoyar su desarrollo óptimo. Su bienestar depende de la interacción de los aspectos físicos, psicológicos, cognitivos, emocionales, sociales y vinculares que influyen en su capacidad para crecer, aprender, socializar y desarrollar todo su potencial.

Figura 1. Modelo socioecológico



Fuente: UNICEF (2018). *Community-based mental health and psychosocial support in humanitarian settings: three-tiered support for children and families.*

En concordancia con este modelo, UNICEF utiliza la expresión *salud mental y soporte psicosocial*, con la que describe todo tipo de apoyo local o externo cuyo objetivo es proteger o promover el bienestar psicosocial o prevenir y tratar las afecciones de salud mental. Esta expresión tiene la finalidad de unir a todos los actores posibles, subrayando la necesidad de proveer abordajes diversos y complementarios para el adecuado apoyo en salud mental. Al hablar de salud mental y soporte psicosocial también se busca promover acuerdos en la práctica y evitar debates teóricos y conceptuales que en el pasado dividieron el campo de acción y, en muchos casos, impidieron mejorar los programas y la coordinación entre instituciones y políticas.

En este marco, los adolescentes y jóvenes que están privados de libertad configuran un grupo de especial preocupación, debido a múltiples factores: no solo por la existencia de comportamientos disruptivos o conductas delictivas, sino también por la interrupción de sus vínculos familiares y sociales naturales y por las condiciones de vida a las cuales pueden estar expuestos (incluyendo las condiciones de privación de libertad). Las repercusiones en su vida psicoemocional, su desarrollo global y sus expectativas de futuro pueden estar comprometidas si no existen alternativas de cuidado y atención que abarquen todas las dimensiones de su problemática.

Por último, cabe mencionar que la cobertura y el acceso a la atención de salud mental, para quienes requieren prestaciones específicas, es un factor que también determina los buenos o malos resultados en torno al bienestar psicoemocional y las posibilidades de desarrollo e inclusión social con el máximo potencial humano y las fortalezas propias de esta etapa de la vida.

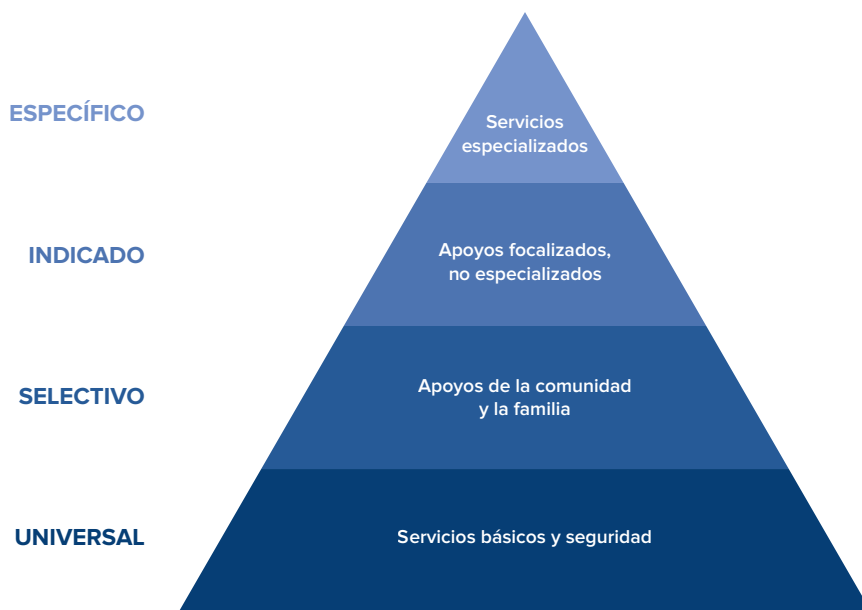
Intervenciones de soporte a la salud mental y bienestar psicosocial

El Comité Permanente entre Organismos (IASC), formado por los representantes de diversos organismos de asistencia humanitaria de las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales, propone una pirámide de intervención (IASC, 2007) en cuestiones de salud mental y soporte psicosocial que refleja las conexiones entre programas que pueden apuntar al nivel de la comunidad y programas dirigidos a un grupo objetivo dentro de una población, para quienes se necesita un apoyo más especializado.

La pirámide de la figura 1 ilustra con cuatro capas o niveles el tipo de prevención o atención necesaria para la recuperación y el bienestar de niños, niñas y adolescentes. Comienza en la base con estrategias a implementar en la comunidad y de allí se dirige hacia la cúspide, donde se representan los cuidados especiales que

una menor parte de la población puede requerir. Cada capa contiene menos personas, y las que precisan servicios especializados son las menos numerosas. En cada capa se define un tipo de prevención de acuerdo con el tipo de riesgo en cada una.

Figura 2. Pirámide de intervenciones para los servicios de salud mental y apoyo psicosocial en emergencias



Fuente: IASC (2007).

En la capa 1 (base de la pirámide) se encuentra la mayoría de los niños, niñas y adolescentes y sus cuidadores, sin factores de riesgos evidentes. Se requiere apoyar con información y acciones preventivas, aumentando la conciencia sobre los temas de salud mental y la información a través de plataformas educativas o comunitarias sobre acceso al apoyo, si es necesario, y disponibilidad de los servicios de cuidados en salud mental y apoyo psicosocial. Se define este nivel como *prevención universal*.

En la capa 2 se encuentra un grupo menor de niños, niñas y adolescentes y cuidadores, que pueden tener factores de riesgo social o psicológico asociado a problemas emocionales y del comportamiento. Las intervenciones incluyen

apoyo en actividades grupales para niños, niñas, adolescentes y cuidadores, por ejemplo, espacios amigables y de participación social. Este nivel de prevención se define como *selectivo*.

La capa 3 representa a niños, niñas y adolescentes y cuidadores que requieren acciones de salud mental focalizadas en lo individual, familiar y social. Refiere, por ejemplo, a sobrevivientes de violencia basada en género. En este nivel los trabajadores sociales y otros profesionales capacitados en salud mental pueden hacer intervenciones como apoyo psicológico básico y primeros auxilios psicológicos. Este nivel de prevención se denomina *indicado*.

En la capa 4 (cúspide de la pirámide) se encuentra un pequeño número de personas, pero muy importante. Si bien estas personas pueden haber recibido el apoyo mencionado antes, es posible que tengan dificultades significativas para el funcionamiento diario y presenten afecciones en salud mental diagnosticadas. En los contextos de emergencia humanitaria, son niños y adolescentes que muestran problemas previos al conflicto o catástrofe. Este nivel de prevención es el *específico* y depende de los servicios de salud.

En resumen, lo que la pirámide de intervenciones refleja es que, para cuidar la salud mental y el bienestar social, no basta con atender los casos individuales más acuciantes (capa 4), sino que es necesario partir de acciones de prevención universales, a las que se suman acciones más focalizadas para grupos específicos.

Principales problemas de salud mental en adolescentes y jóvenes

Para abordar los problemas de salud mental en adolescentes y jóvenes es conveniente hablar de adolescencias y juventudes, en plural, en lugar de utilizar los términos en singular. No es posible homogeneizar la expresión sintomática solo por la edad, ya que, a pesar de la referencia a determinada etapa, son muy diversas las particularidades que la condicionan, incluso dentro de un mismo tramo etario.

Cuando se alude a los factores que constituyen un problema para la salud mental, se hace referencia a que la salud mental depende y está en relación directa con el entorno. Como ya fue mencionado, la expresión salud mental y soporte psicosocial resulta más adecuada al plantear las trayectorias adolescentes y juveniles en interacción con su entorno, de vital importancia para su desarrollo y bienestar.

En el *Manual de psicopatología de la adolescencia*, Marcelli y Braconier (2005) señalan que al estudiar la existencia de problemas de salud mental en estudiantes de 13 a 17 años es posible distinguir tres grupos. En primer lugar y por la cantidad y gravedad de los síntomas, su duración y, sobre todo, su impacto en la vida cotidiana, un primer grupo de adolescentes con problemas severos de salud mental, que abarca a un 10% de los y las adolescentes. Un segundo grupo, que representa a un 30%, son adolescentes que se encuentran sin problemas desde el punto de vista psicoemocional y social, y entre estos dos grupos está el 60%, o sea, la mayoría de los adolescentes, que, de acuerdo con la encuesta utilizada por estos autores, presentan algún síntoma leve de malestar. Este grupo podría estar representando lo que se conoce como crisis adolescente.

Cuando se habla de salud mental desde una perspectiva no patologizante, se hace referencia al hecho de que el bienestar está en relación directa con los apoyos, los soportes, los acompañamientos y el acceso a derechos y oportunidades. Las opciones sociales en la adolescencia y en la juventud son tan fundamentales como los entornos familiares lo son durante la niñez para garantizar el bienestar psicoemocional (Krauskopf, 2018). Antes de definir los problemas de salud mental en la adolescencia y la juventud, es necesario subrayar que es posible observar dos extremos: o los problemas se minimizan por temor al estigma, o situaciones que podrían no configurar un problema grave se patologizan al extremo.

Los problemas de salud mental se pueden definir como la expresión de un malestar o sufrimiento que, si bien puede no configurar un trastorno psicopatológico, debe ser escuchado y abordado. Las manifestaciones de este malestar pueden tener mayor expresión en lo somático, en lo psicológico, en la conducta, en el cuerpo, o abarcar más de un área.

- **Manifestaciones somáticas:** quejas y comentarios de los adolescentes acerca de su cuerpo (fatiga, insomnio, pesadillas, dolores de espalda, cefalea, dolor abdominal, problemas dermatológicos).
- **Manifestaciones psicológicas:** quejas y comentarios de los adolescentes concernientes a su estado psicológico (nerviosos, deprimidos, ganas de llorar, aburrimiento, ideas de suicidio, irritabilidad, soledad, sensación de inadecuación, problemas académicos).
- **Percepción del cuerpo:** se encuentran con sobrepeso, delgados, con defectos, con dudas sobre su identidad sexual.
- **Problemas de conducta:** autolesiones, heteroagresividad, trastorno en la alimentación, consumos, conductas de riesgo, transgresiones graves, conductas delictivas.

Contar con abordajes y espacios adecuados para que se puedan escuchar y comprender o atender las dificultades que expresan adolescentes y jóvenes es una condición del trabajo en salud mental. Los niveles de prevención, como se mostró antes, pueden ser una forma de visualizar esta dimensión de la salud mental en el trabajo con la población adolescente y juvenil.

Dificultad de los diagnósticos en la adolescencia

La adolescencia es una etapa difícil para realizar diagnósticos relacionados con la salud mental. Durante la adolescencia se producen cambios en la conducta o en otras áreas de la vida que pueden hacer pensar en la existencia de patologías o enfermedades, pero que en realidad son parte del proceso de crecimiento. Los adolescentes se encuentran en un proceso de desarrollo y crecimiento

en el que adquieren progresivamente mayor autonomía para asumir responsabilidades y ejercer sus derechos y libertades. La presencia de sufrimiento durante esta etapa de la vida no necesariamente es signo de problemas de salud mental, pues, en ocasiones, el sufrimiento y el dolor son producto de la toma de conciencia de una situación dolorosa o compleja y no de una patología.

Por lo tanto, los diagnósticos en la adolescencia requieren una valoración muy cuidadosa, en la cual se tomen en cuenta, entre otros, los siguientes criterios:

- La edad de comienzo de los problemas, ya que el comienzo precoz puede significar mayor gravedad.
- El tiempo de evolución de la conducta, porque los problemas revisten mayor gravedad cuando son perturbaciones que duran semanas o meses.
- La existencia de perturbaciones o sufrimientos que no se corresponden con una etapa del desarrollo.
- La intensidad de la respuesta y las áreas involucradas.
- La existencia de factores precipitantes.

Intento de autoeliminación y suicidio

En la adolescencia, el concepto de muerte está adquirido y la idea de irreversibilidad de la muerte también. A menudo, los y las adolescentes rectifican el intento realizado y expresan que no estaban buscando morir, sino terminar con o alejarse de un dolor o malestar para el que no encontraban alternativas.

Algunas variables asociadas, de acuerdo con el análisis de datos de la EMSE (Grunbaum, 2012), según las respuestas de los y las adolescentes, son:

- La falta de involucramiento parental, el sentirse no comprendido por los padres.
- La baja expectativa de terminar el liceo.
- El no tener amigos.
- El abuso sexual.
- El uso de alcohol y marihuana.
- El haber sufrido *bullying*.
- El sentirse solos.

Múltiples estudios señalan el impacto del abuso sexual infantil en el desarrollo posterior de autolesiones y comportamientos suicidas, sobre todo en aquellos que no han podido hablar y comunicar la situación a alguien de su confianza, permaneciendo a menudo con el abusador o la abusadora y sin poder recibir apoyo para el tratamiento y la superación de esta situación traumática.

Otro estudio, realizado en el año 2011 en el Departamento de Emergencia del Hospital Pediátrico Pereira Rossell (Larrobla *et. al.*, 2017), que atiende a niños y adolescentes de hasta 15 años, encontró que, en relación con los motivos para realizar un intento de autoeliminación, más de la mitad de los consultados refirieron en primer lugar a problemas en las relaciones interpersonales, mientras que en segundo y tercer lugar aparecen las pérdidas afectivas y las situaciones de violencia y abuso sexual. Cabe destacar que en numerosos casos se identifica más de un factor precipitante.

En general, se conocen y difunden los factores de riesgo de las conductas suicidas, pero se habla menos de cuáles son los factores que podrían convertirse en protectores. Del análisis de la encuesta EMSE (Grunbaum, 2012) se destacan algunos factores protectores relevantes tanto para el enfoque clínico individual como para las recomendaciones de políticas públicas de salud.

Algunos de los factores protectores identificados son: la existencia de personas responsables que brindan apoyo, sean familiares o referentes adultos significativos; la presencia de familiares que reconocen el problema y han brindado ayuda en crisis pasadas; la pertenencia a grupos, la presencia de amigos cercanos y la participación en espacios juveniles diversos, como clubes sociales, deportivos, culturales y religiosos; la creencia en ideales y expectativas positivas de futuro, el conocimiento de los derechos y el involucramiento parental.

En suma, es necesario:

- Entender y atender la salud mental como producto de factores —históricos, personales, familiares y sociales— que se articulan de manera compleja con el momento particular del desarrollo que atraviesan los y las adolescentes y jóvenes.
- Asumir la dificultad de discernir con certeza cuándo una situación es un problema de salud mental o está dentro de los parámetros esperados para el momento y las circunstancias, ya que iguales signos y síntomas pueden estar presentes en uno u otro caso.
- Considerar el cuerpo como soporte de tensiones, cuya expresión no siempre encuentra cómo canalizarse. Es frecuente que los adolescentes no tengan con quien hablar, o no puedan hacerlo.

- Tener siempre presente el impacto en el cuerpo y la traducción en lo somático del proceso adolescente, con sus angustias, deseos y necesidades. Como en todas las etapas de la vida, lo mental y lo físico están interrelacionados. Lo psíquico no se sostiene sin lo biológico, pero la biología sola no explica la riqueza y la complejidad de lo psíquico.
- Comprender que los sentimientos hacia los otros y los vínculos con pares y familia son un andamio viviente, que, de ofrecer las condiciones adecuadas, constituye el aspecto más relevante en materia de salud mental y bienestar psicoemocional de adolescentes y jóvenes.



CAPÍTULO 2

POLÍTICAS DE SALUD MENTAL

EN URUGUAY



2. POLÍTICAS DE SALUD MENTAL EN URUGUAY

Ley de salud mental

En Uruguay, recientemente se registraron avances en materia legislativa, mediante la aprobación de la Ley de Salud Mental, n.º 19.529, que, en el artículo primero, explicita su principal objetivo:

Garantizar el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas personas usuarias de los servicios de salud mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social. (Uruguay, Poder Legislativo, 2017, art. 1)

La Ley de Salud Mental significa un primer paso en la reforma del modelo de atención en salud mental y representa el comienzo de la adecuación del marco normativo en función del cual se deberán organizar los servicios de salud mental. La ley se elaboró desde el paradigma del modelo comunitario de salud mental, lo que implica un enfoque de atención integral de las personas, un abordaje interdisciplinario e intersectorial orientado a la promoción, el reforzamiento y la restitución de los lazos sociales.

La ley no incorpora una mirada de ciclo de vida y de forma específica no refleja en su redacción una perspectiva de juventudes. A su vez, es importante mencionar que en el texto legislativo las y los adolescentes aparecen siempre mencionadas de forma conjunta con niños y niñas, mientras que las personas jóvenes aparecen como parte del universo

adulto. En este sentido, el texto no contempla las problemáticas y necesidades propias de la población adolescente y joven.

Adolescentes, niños y niñas aparecen específicamente mencionados en algunos de los artículos de ley que refieren al acceso a la vivienda de las personas con trastorno mental severo (art. 13) y a su inclusión educativa y cultural (art. 14). Sobre esta última dimensión, se señala que

En particular en el caso de niñas, niños y adolescentes, deberá protegerse el derecho a la educación a lo largo de todo el ciclo educativo, contemplando las necesidades específicas de acuerdo con la severidad de su trastorno y las condiciones sociofamiliares y culturales. (Uruguay, Poder Legislativo, 2017, art. 14)

Por otra parte, la ley presenta algunas especificidades sobre la hospitalización. Señala que se fundamentará en criterios terapéuticos, reservándose solo para situaciones agudas y en el caso de niñas, niños y adolescentes en hospital pediátrico o en áreas de internación pediátrica en hospitales generales (art. 24).

Recientemente se destaca, además, la aprobación por unanimidad en agosto de 2021 de la Ley n.º 19.979, de Creación de la Campaña Nacional de Concientización y Prevención del Suicidio Adolescente (Uruguay, Poder Legislativo, 2021).

Plan Nacional de Salud Mental

El Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) 2020-2027 se propone

contribuir a mejorar la salud mental de las personas mediante la definición, e implementación de las estrategias más efectivas para promover la salud mental, prevenir, reducir la morbilidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales y brindar una atención de calidad, basada en los derechos humanos y centrada en un modelo comunitario e intersectorial de atención. (Uruguay, Ministerio de Salud, 2020, p. 25)

Para su elaboración se eligieron seis áreas temáticas a desarrollar: promoción y prevención en salud mental; detección, asistencia y recuperación; interinstitucionalidad/ intersectorialidad; capacitación y formación; cambio cultural, estigma y derechos; y sistemas de información, evaluación e investigación. Se conformó un grupo de trabajo interinstitucional y multidisciplinario para cada área priorizada, con participación de la academia, la sociedad civil, las sociedades científicas, asociaciones gremiales, usuarios y familiares, prestadores de salud, centros de rehabilitación psicosocial, profesionales de diferentes áreas, el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), el Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay (INAU), la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH), la Secretaría de Derechos Humanos de la Presidencia de la República, la Junta Nacional de Drogas (JND) y el entonces Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente (MVOTMA).

En términos conceptuales, el plan avanza en la definición del modelo comunitario de atención, basado en la atención integral, el respeto de los derechos humanos y la inclusión sociocomunitaria. Este modelo implica

un cambio de paradigma en la atención de la salud mental en Uruguay y, por lo tanto, presenta importantes desafíos en su implementación. Durante mucho tiempo, el modelo predominante de atención de la salud mental era el asilar, medicalizado, hospitalocéntrico y focalizado en la atención del problema, sin una mirada integral que diera cuenta de la relación entre la salud mental, la salud en general y el contexto.

El PNSM se organiza por línea de trabajo priorizada, cada una con objetivos y acciones específicas. Las líneas son: rectoría y gobernanza; intersectorialidad; promoción y prevención; atención; y gestión humana y capacitación. En la línea de promoción y prevención hay acciones dirigidas a niños, niñas y adolescentes y otras específicamente a adolescentes. Esto evidencia que el plan avanza, con respecto a lo planteado en la Ley de Salud Mental, en la incorporación de la perspectiva de ciclo de vida. En la mayoría de los casos se refiere a niños, niñas y adolescentes de forma conjunta. Esta información es relevante y convoca a preguntarse si desde las políticas públicas no se suele invisibilizar a la población adolescente, que tiene características y necesidades propias vinculadas al momento de la vida en que se encuentra, distintas a las de la infancia.

Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio 2021-2025

La Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio 2021-2025 es un documento elaborado en el marco de la Comisión Nacional Honoraria para la Prevención del Suicidio (2021), integrada por el Ministerio de Salud Pública (MSP) (que la preside), el Ministerio del Interior (MI), el Ministerio de Educación y Cultura (MEC) y el MIDES, con participación de una

comisión asesora integrada por la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y por la Universidad de la República (Udelar) a través de las facultades de Psicología, Enfermería y Medicina. La estrategia presenta un apartado sobre la magnitud del problema a escala mundial y en Uruguay. Algunas de las acciones que plantea están contempladas en el PNSM 2020-2027. Se organiza en siete objetivos, buscando atender la multiplicidad de causas asociadas a la problemática. Cada objetivo tiene líneas estratégicas y actividades que incluyen actores involucrados, resultados esperados e indicadores para cada caso.

Plan intersectorial de prevención del suicidio en adolescentes y jóvenes, con énfasis en la promoción del bienestar psicosocial y la atención integral de la salud mental (2021-2022)

El plan se desprende de la Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio y busca generar acciones específicas dirigidas a adolescentes y jóvenes. Fue elaborado en el marco de un espacio intersectorial surgido de la Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio y sus comisiones asesoras, integrado por el MSP (áreas programáticas para la Atención en Salud Mental y de Adolescencia y Juventud); el MEC; el MIDES (INJU y Dirección Nacional de Protección Social) y ASSE (direcciones de Salud de Niñez y Adolescencia y de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables). Es un avance importante en el reconocimiento de la perspectiva de ciclo de vida, al poner de manifiesto las especificidades de la población adolescente y joven para la prevención del suicidio, el bienestar psicosocial y la atención integral de la salud mental. En sintonía con la Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio, presenta la magnitud del problema, los antecedentes, el marco normativo, el objetivo y un plan de actividades, así como los insumos

necesarios para la implementación. A su vez, busca fortalecer las intervenciones individuales de cada institución buscando dar una respuesta articulada al problema.

Actores y espacio de articulación interinstitucional

El MSP es el organismo rector de las políticas de salud mental, pero el abordaje es de carácter intersectorial, tal como señala el marco normativo presentado antes. En este sentido, la Ley de Salud Mental, en su artículo 11, sobre la intersectorialidad, señala:

El Ministerio de Salud Pública, en coordinación con los Ministerios de Economía y Finanzas, Trabajo y Seguridad Social, Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, Desarrollo Social, Educación y Cultura, los organismos a cargo de las personas privadas de libertad y otros competentes, promoverá planes y programas que favorezcan la inclusión social de las personas con trastorno mental, revisando y ajustando los ya existentes y creando nuevos dispositivos de integración, inserción laboral, acceso a la vivienda, a la educación, a la cultura, al arte y el uso del tiempo libre, entre otros aspectos que concurren al mismo objetivo. Los mismos deberán impulsar la mayor autonomía de las personas con trastorno mental y cambios culturales para evitar su estigmatización. (Uruguay, Poder Legislativo, 2017, art. 11)

El decreto n.º 331/019 (Uruguay, Poder Ejecutivo, 2019) reglamentó este artículo y creó los siguientes organismos: a) la Comisión Intersectorial en Salud Mental, convocada por la Dirección de Protección Social del MIDES en conjunto con el MSP, e integrada por los organismos estatales con incidencia en el desarrollo de la política de salud mental (ASSE, MVOTMA, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social [MTSS], MIDES, MEC, Ministerio de Economía y Finanzas [MEF] e INAU; y b) la Comisión Asesora en Salud

Mental, integrada por representantes del Poder Ejecutivo y de instituciones académicas, de la sociedad civil y de organizaciones vinculadas a la temática.

Por otro lado, la ya mencionada Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio fue creada por el decreto n.º 378/004 (Uruguay, Poder Ejecutivo, 2004). Es presidida y convocada por el MSP y está integrada además por el MI, el MEC y el MIDES. Su principal cometido es facilitar, supervisar y evaluar la implementación de un Plan Nacional de Prevención del Suicidio en diálogo con el PNSM, coordinando acciones entre los ministerios participantes.

Prestaciones en salud mental

El decreto n.º 305/011 (Uruguay, Poder Ejecutivo, 2011) refiere al plan de implementación de las prestaciones en salud mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). A partir de este decreto, se incorporaron los abordajes psicoterapéuticos y psicosociales al Plan Integral de Asistencia a la Salud (PIAS), por lo cual todos los prestadores públicos y privados deben ofrecer estos abordajes de forma individual o grupal de manera obligatoria a algunas poblaciones priorizadas. Se ha jerarquizado, precisamente, la población de niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Es obligatorio para todos los prestadores informar mensualmente al MSP los datos sobre la utilización de esta prestación.

Para niños, adolescentes y jóvenes se encuentran tres modos de atención que deben asegurar todos los prestadores de salud: el modo 1, de atención grupal y con hasta doce sesiones anuales; el modo 2, de atención individual, familiar o grupal y con hasta 24 sesiones anuales; y el modo 3, de atención individual o

grupal y con hasta 48 sesiones al año, con posibilidad de extender la prestación hasta 144 sesiones.

En el marco de la emergencia sanitaria por COVID-19 se generaron múltiples medidas y acciones que impactaron en la vida cotidiana de la población general y en especial en la de adolescentes y jóvenes, en aspectos centrales del desarrollo y psicoemocionales. Desde el MSP se implementaron, a partir de mediados de 2020, nuevos abordajes en el SNIS, en el marco del modo 1 de las prestaciones de salud mental (Uruguay, Poder Ejecutivo, 2011), entre ellos grupos específicos destinados a adolescentes afectados por el COVID-19 o el distanciamiento social. Asimismo, se desarrolló e implementó la Línea de Apoyo Emocional 0800 1920, en coordinación entre ASSE, el MSP y Voluntariado Juntos, con asesoramiento de la Academia Nacional de Medicina. Esta línea, gestionada por ASSE, es una estrategia novedosa y focalizada mediante la que se brinda un servicio telefónico de apoyo psicológico sin límite de edad, gratuito para toda la población, las 24 horas del día, que se suma a las iniciativas ya disponibles antes de la pandemia (Línea de Prevención del Suicidio¹ [0800 0767] y línea *1020 para la atención de usuarios de drogas y sus familias).

Algunas experiencias llevadas adelante por MIDES

En este apartado se recogen algunas experiencias vinculadas a la promoción y la atención de la salud mental de jóvenes y adolescentes en Uruguay. Lo presentado aquí no es exhaustivo. Queda como tarea pendiente realizar una sistematización completa de lo recorrido hasta ahora en Uruguay en esta área temática.

¹ Denominada hasta 2021 Línea Vida.

En relación con programas dirigidos específicamente a la población adolescente y joven, se destaca la implementación de los Espacios de Orientación y Escucha o Consejerías en Salud Integral en centros educativos (2012-2015), a partir de un convenio firmado entre el MIDES y el MSP y con apoyo técnico financiero del Programa de Apoyo a la Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia (ENIA) (préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo [BID]). Se considera que los dispositivos de cercanía, como las consejerías, permiten conocer la realidad y los problemas de los adolescentes en tiempo real y actuar oportunamente, convocando además a diferentes actores, ya que el trabajo conjunto, interinstitucional e interdisciplinario es lo que posibilita el acompañamiento integral.

Por otra parte, en vínculo con las políticas de participación y protagonismo juvenil, se implementaron siete ediciones (2015-2021) del Congreso de Salud Adolescente “Desempolvando”, evento que incorporaba un espacio de consulta a adolescentes y jóvenes de todo el país en diferentes temáticas, incluyendo salud mental.

Asimismo, en los programas de atención de jóvenes en situación de vulnerabilidad, tanto en Jóvenes en Red (hasta 2020) como en INJU Avanza (a partir de 2021), se ha contado con un dispositivo de atención especializado en temas de salud mental, con recursos humanos formados específicamente en la temática.

A partir de 2020, el INJU ha buscado posicionar el tema en la agenda pública, planteando una serie de acciones para el corto y mediano plazo, en articulación con otras instituciones y actores. Un hito importante en este sentido fue la campaña “Futuro Naranja”, realizada de forma conjunta con grupalidades de adolescentes e impulsada por la Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio, en el marco del Día Nacional para la Prevención del Suicidio². La campaña se basó en una pieza audiovisual filmada con jóvenes participantes del Congreso de Salud Adolescente. El video tuvo casi 25.000 vistas (37.470 personas alcanzadas) en Instagram y Facebook, y más de 9.000 en Youtube, durante los primeros tres días de publicación. Las acciones en redes fueron tres (además del video publicado) y tuvieron por objetivo generar conversación mediante el *hashtag* #futuronaranja.



² Conforme a la Ley n.º 18.097 (Uruguay, Poder Legislativo, 2007), en Uruguay se fijó el 17 de julio como Día Nacional para la Prevención del Suicidio.

CAPÍTULO 3

APROXIMACIÓN AL ESTADO DE SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL DE ADOLESCENTES Y JÓVENES EN URUGUAY



3. APROXIMACIÓN AL ESTADO DE SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL DE ADOLESCENTES Y JÓVENES EN URUGUAY

Este capítulo busca aproximarse a la situación de la salud mental de adolescentes y jóvenes en Uruguay a partir de la información disponible públicamente en el ámbito nacional. Para elaborarlo se utilizaron dos fuentes de información. La mayor parte del análisis proviene de la cuarta edición de la Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud (ENAJ), realizada en 2018 (INJU-MIDES, 2020). Esta encuesta está compuesta por quince módulos que abarcan un amplio conjunto de temas relevantes para la población adolescente y joven, incluyendo un módulo específico de salud mental. La otra fuente de datos fue la base de defunciones que forma parte de las estadísticas vitales del MSP.

En este sentido, vale aclarar que la mayor parte de los resultados presentados en este capítulo corresponden a una encuesta en la cual las personas reportan su propio comportamiento y cuyos resultados están sujetos a errores de estimación propios de esta técnica. Este ejercicio busca ser un insumo para acompañar un paradigma conceptual sobre salud mental que la entiende en un sentido amplio, en línea con los conceptos presentados en el primer capítulo.

Bienestar psicosocial

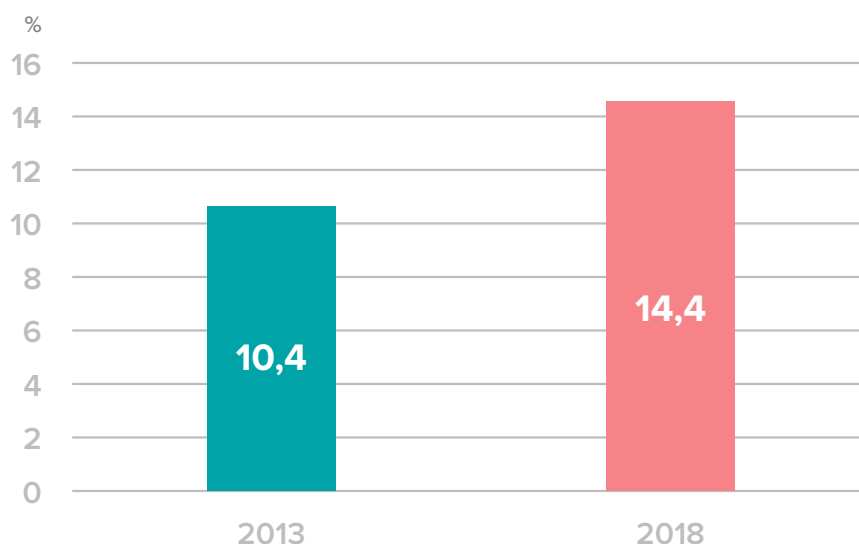
El punto de partida para el análisis es la siguiente pregunta, incluida en las distintas ediciones de la ENAJ:

Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez te sentiste tan triste o desesperado dos semanas seguidas, o más tiempo, que dejaste de hacer tus actividades habituales?

A partir de las respuestas a esta pregunta, se conforman dos grupos de adolescentes y jóvenes: quienes responden que sí y quienes responden que no. La comparación entre estos dos grupos permite alcanzar algunas conclusiones respecto de los factores asociados con un estado menos satisfactorio de bienestar psicosocial y salud mental.

En el texto y gráficos a continuación, se hará referencia a esos grupos como los adolescentes y jóvenes que “se sintieron tristes” y “no se sintieron tristes”. Entre 2013 y 2018 el porcentaje de adolescentes y jóvenes de entre 14 y 29 años que respondió afirmativamente a esta pregunta aumentó de 10,4% a 14,4%. Tomando en cuenta las proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadística (INE), este grupo correspondía a aproximadamente 136.600 personas. A su vez, las mujeres representaban casi el 60% del grupo de adolescentes y jóvenes que se sintieron tristes o desesperados.

Gráfico 1. Jóvenes de entre 14 y 29 años que se sintieron tan tristes o desesperados que dejaron de hacer sus actividades habituales durante dos semanas seguidas o más, en porcentaje

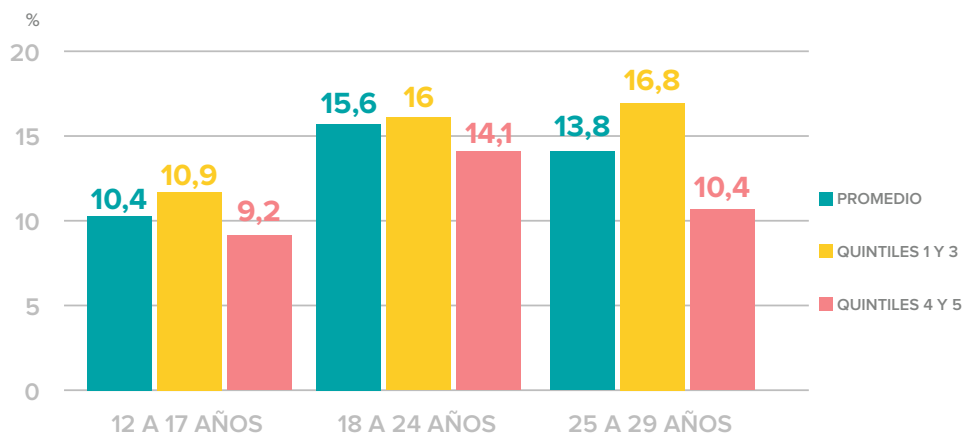


Fuente: Cálculos propios con base en ENAJ 2013 y 2018. Para el año 2018 se excluyen del análisis las zonas rurales para que el dato sea comparable con 2013, ya que en ese año no se incluyeron en el relevamiento.

El análisis por tramo de edad refleja que el porcentaje de jóvenes que declaró haberse sentido triste o desesperado aumenta sensiblemente en el tramo de 18 a 24 años. Es posible que esta diferencia se relacione con una serie de eventos o hitos que se espera sucedan en este tramo intermedio de edad. Los 18 años se presentan como un momento bisagra, donde aparecen expectativas y mandatos sociales de que ocurra un cambio abrupto hacia la adultez que no tiene por qué reflejarse en la realidad de vida de las personas. Cuando los adolescentes cumplen 18 años, se espera que hayan terminado la educación obligatoria y que se integren al mundo del trabajo. A la vez, dejan de tener acceso al sistema de salud a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA)

por sus padres o tutores y dejan de ser beneficiarios de las transferencias no contributivas del Plan de Equidad y de la Tarjeta Uruguay Social del MIDES. Esto implica una disminución abrupta de los “ingresos disponibles” de muchos hogares donde viven personas jóvenes, que puede tener un impacto en el bienestar de los jóvenes, sobre todo los que viven en hogares de bajos ingresos. En este sentido, la proporción de adolescentes y jóvenes que declararon haberse sentido tristes o desesperados (14,4%, ENAJ 2018), resultó ser más alta en los hogares de menores ingresos (quintiles 1 a 3). Esta diferencia se amplía entre los 18 y los 24 años (15,6 %) en relación con adolescentes de 12 a 17 años (10,4%), y se acentúa fuertemente en el tramo de 25 a 29 años (13,8 %).

Gráfico 2. Jóvenes que se sintieron tan tristes o desesperados que dejaron de hacer sus actividades habituales durante dos semanas seguidas o más, según tramos de edad y nivel socioeconómico, en porcentaje



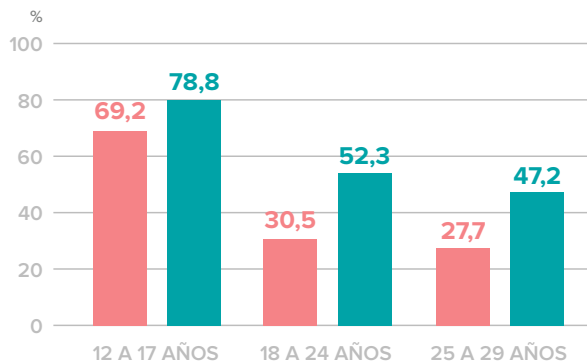
Fuente: Cálculos propios con base en ENAJ 2018.

En relación con lo anterior, la satisfacción con la situación económica muestra un fuerte descenso a partir de los 18 años. Además, la diferencia en la satisfacción entre los jóvenes que respondieron en forma afirmativa o negativa a la pregunta sobre haberse sentido tristes

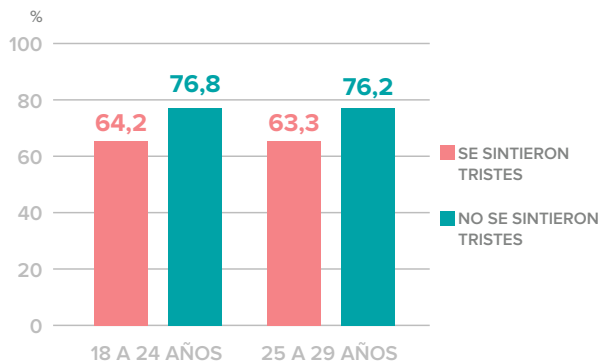
o desesperados se amplía fuertemente a partir de los 18 años. En este tramo de edad, también se observa una menor satisfacción con el trabajo entre los jóvenes que se sintieron tristes o desesperados.

Gráfico 3. Jóvenes satisfechos con su situación económica y su trabajo según tramos de edad y respuesta ante sentimientos de tristeza o desesperación, en porcentaje

Situación económica



Trabajo



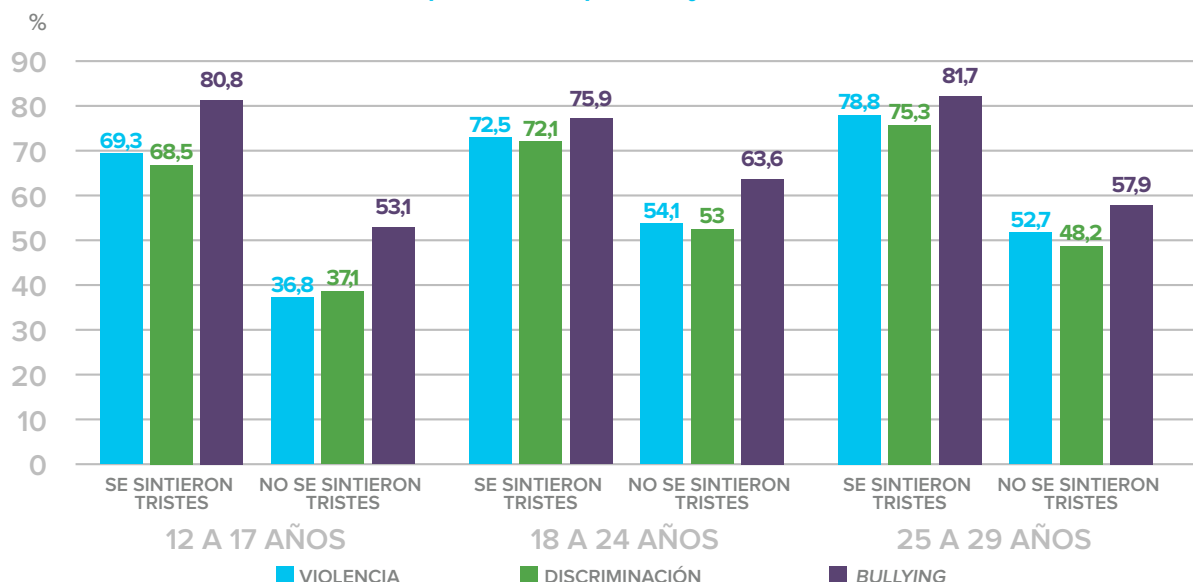
Fuente: Cálculos propios con base en ENAJ 2018.

Para los adolescentes de entre 12 y 18 años se observa una leve relación entre el desempeño en la educación y este indicador de bienestar psicosocial. La proporción que dijo haberse sentido triste aumenta de 11,5% a 14,2% si el adolescente tiene una privación en la dimensión de educación, es decir, si no asiste al sistema educativo formal o si asiste y se encuentra rezagado dos años o más (CEPAL y UNICEF, 2016).

También se observan diferencias muy importantes en las respuestas sobre haber tenido

experiencias de violencia, *bullying* o discriminación. En el caso de los adolescentes de 12 a 17 años, el 81% de quienes dijeron haberse sentido tristes o desesperados experimentó *bullying*, frente a 53% en el otro grupo. En tanto, casi el 70% sufrió violencia o discriminación, prácticamente el doble que los que no se sintieron tristes o desesperados. Entre los jóvenes de 18 años y más se reducen las diferencias entre ambos grupos, pero debido a que la exposición a violencia, discriminación y *bullying* aumenta para todos los grupos.

Gráfico 4. Jóvenes que sufrieron violencia, *bullying* o discriminación según tramos de edad y la respuesta ante sentimientos de tristeza o desesperación, en porcentaje



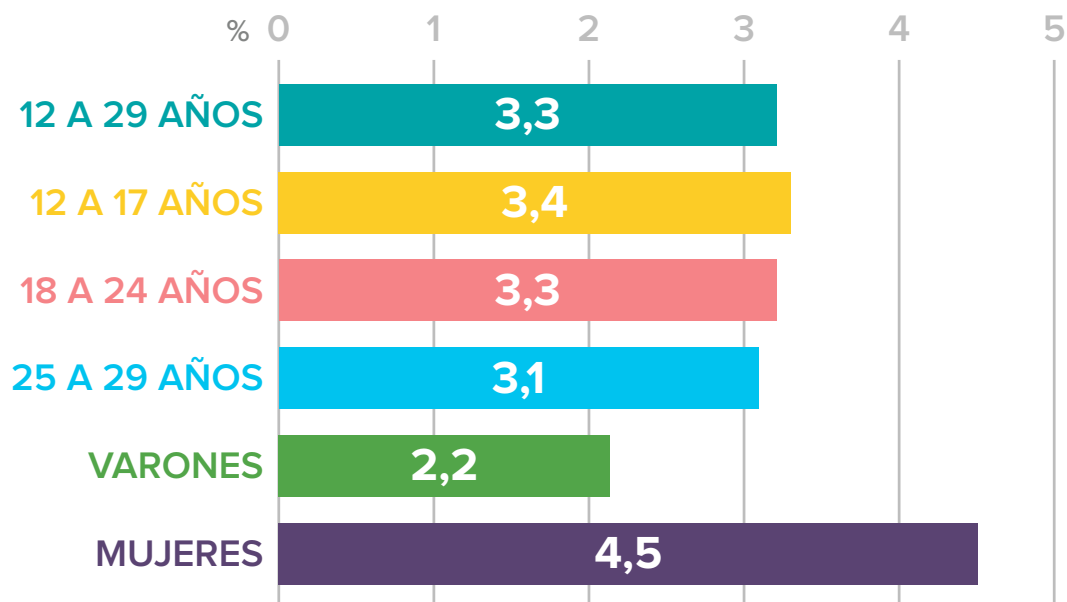
Fuente: Cálculos propios con base en ENAJ 2018.

Ideación e intención suicida

De acuerdo con los datos de la ENAJ de 2018, el 3,3% de las personas de entre 12 y 29 años consideró la posibilidad de quitarse la vida en los 12 meses anteriores a la aplicación de la encuesta. Entre los adolescentes y jóvenes que respondieron que sí a la pregunta sobre si se sintieron tan tristes o desesperados que dejaron de hacer sus actividades habituales, el 74,2% consideró seriamente suicidarse.

En el conjunto de todos los adolescentes y jóvenes, las ideas de autoeliminación mostraron tener mayor importancia entre adolescentes de 12 a 17 años y una disminución leve a medida que avanza la edad. Por su parte, se observa una mayor proporción de mujeres que consideraron esta posibilidad en comparación con los varones (4,5% y 2,2% respectivamente).

Gráfico 5. Jóvenes que consideraron la posibilidad de quitarse la vida en los últimos doce meses según tramos de edad y sexo, en porcentaje



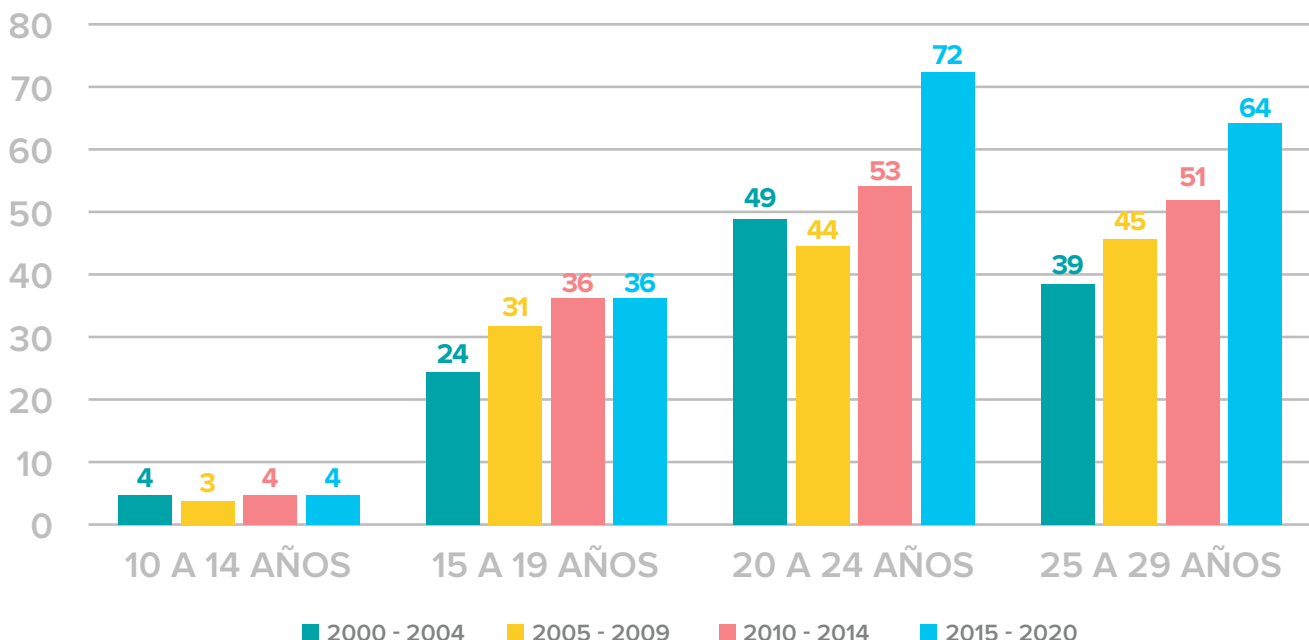
Fuente: ENAJ 2018.

En tanto, el 1,2% de los jóvenes de 12 a 29 años manifestó haber llevado a cabo intentos de autoeliminación. Tomando en cuenta estas estimaciones y las proyecciones oficiales de población, alrededor de 31.800 adolescentes y jóvenes consideraron quitarse la vida, mientras que 12.800 manifestaron haberlo intentado. La proporción de intentos de autoeliminación es mayor entre las mujeres (1,9%, frente a 0,8% en el caso de los varones).

Cabe aclarar que los datos que pueden extraerse de la ENAJ son apenas una aproximación a la estimación de intentos de autoeliminación. Resulta esencial mejorar la disponibilidad de datos que provengan de registros del sistema de salud, lo que permitiría tener una mejor estimación de la magnitud del problema, observar la evolución en el tiempo y estudiar el resultado de las medidas de prevención.

Suicidios

La cantidad de muertes por suicidio en adolescentes y jóvenes ha mostrado un incremento en los últimos años. Las subas más fuertes se observan en el tramo de 20 a 24 años (74 defunciones anuales desde 2015) y en el de 24 a 29 años (64 defunciones anuales).

Gráfico 6. Cantidad de muertes anuales por suicidio según tramos de edad y período

Fuente: Estadísticas vitales del MSP.

De esta manera, el tramo de 25 a 29 años es el que muestra el mayor incremento en la tasa de suicidios (cantidad de suicidios cada 100.000 personas) en los últimos 20 años. Dicha tasa aumentó de 15,5 en 2000 a 29,1 en 2020 —prácticamente se duplicó—. Por su parte, la tasa de suicidio en jóvenes de 20 a 24 años se situó en 27,9 en 2020, mientras que la de adolescentes de 15 a 19 años se situó en 16,6. Estos registros son muy elevados en comparación con la región. De hecho, en 2019 la tasa de suicidio promedio de la región para personas de 15 a 24 años fue de 8,4 cada 100.000 habitantes.

Ese año, Uruguay fue el segundo país con la tasa más elevada de la región, con 20,9 defunciones cada 100.000 habitantes.

Cuadro 1. Tasa de suicidio cada 100.000 habitantes y variación de la tasa 2000-2020, según tramo etario, en porcentajes

	2000	2020	Variación
0 a 14 años	1,5	1,3	-0,2
15 a 19 años	7,7	16,6	8,9
20 a 24 años	20,3	27,9	7,6
25 a 29 años	15,5	29,1	13,6
30 a 64 años	21,0	23,1	2,1
65 y más años	37,2	32,4	-4,8
Total	17	20,3	3,5

Fuente: Estadísticas vitales del MSP 2020, proyecciones de población del INE.

En cuanto al análisis por género, mientras que los intentos de autoeliminación son más frecuentes para las mujeres, y así lo reflejan los datos de la ENAJ, el suicidio es más frecuente entre los varones. En Uruguay, alrededor del 80% de las muertes por suicidio en adolescentes y jóvenes corresponden a varones, independientemente de la edad.

Síntesis

El cuadro 2 pretende resumir los aspectos más importantes desarrollados en este capítulo. De acuerdo con la estimación que puede realizarse a partir de los escasos datos disponibles, al menos 136.600 adolescentes y jóvenes de entre 12 y 29 años no gozan de bienestar psicosocial.

Esta estimación es anterior a la pandemia, por lo cual es razonable pensar que esta cifra haya aumentado. Además, unos 31.800 adolescentes y jóvenes consideraron seriamente la idea de quitarse la vida, y 12.800 manifestaron haberlo intentado. Finalmente, entre 2015 y 2020 un promedio de 176 adolescentes y jóvenes cometieron suicidio.

La falta de bienestar psicosocial está relacionada con el nivel socioeconómico, la edad, la exposición a situaciones de violencia y el género. Con respecto al género, el malestar y la ideación suicida son reportados más frecuentemente por las mujeres que por los varones, pero la proporción de varones entre quienes cometen suicidio supera el 80%.

Cuadro 2. Síntesis

Estrato	Varones	Mujeres	Total	% de mujeres	Fuente y período
Total de personas de 12 a 29 años	474.329	474.329	948.659	50%	Proyecciones de población del INE 2015-2020
Se sintieron tan tristes o desesperados que dejaron de hacer sus actividades habituales	55.599	81.008	136.607	59%	ENAJ 2018
Consideraron seriamente la idea del suicidio	10.435	21.345	31.780	67%	ENAJ 2018
Intentaron cometer suicidio	3.795	9.012	12.807	70%	ENAJ 2018
Suicidios	142	34	176	19%	Estadísticas vitales del MSP 2015-2020

Fuente: Elaboración propia con base en fuentes indicadas en la última columna

CAPÍTULO 4

PROPUESTAS DE POLÍTICAS Y RECOMENDACIONES



4. PROPUESTAS DE POLÍTICAS Y RECOMENDACIONES

A modo de síntesis, a partir de las precisiones conceptuales y la información estadística presentada en este documento se identifican varios desafíos en términos de políticas públicas vinculadas con las adolescencias y juventudes en clave de salud mental y bienestar psicosocial.

A continuación, se plantean los principales puntos de una serie de propuestas y recomendaciones orientadas a abordar esos desafíos.

1. Enfoques transversales a todas las acciones de salud mental y bienestar psicosocial en adolescencias y juventudes

Cualquier acción de política pública dirigida a adolescentes y jóvenes en esta temática debería integrar transversalmente distintas perspectivas y enfoques.

En primer lugar, la promoción de un enfoque no patologizante de la salud mental y no estigmatizante de los problemas de salud mental puede contribuir a que los adolescentes y jóvenes accedan a información de calidad, sean escuchados en sus afectos y afectaciones, y accedan a las prestaciones de salud necesarias, incluidas las de nivel primario, comunitario y barrial. En este sentido, la perspectiva de juventudes desde un enfoque de derechos es clave en la forma de pensar y hacer política, porque permite ubicar a los jóvenes como sujetos de derecho y trascender el enfoque de riesgo, que tiende a colocar a las juventudes como un grupo vulnerable al que hay que proteger de

los peligros del entorno y de sus propias características. Pensar en clave de trayectorias juveniles exige comprender la diversidad de caminos que transitan las personas jóvenes y asumir que lo dinámico es característico de esta etapa.

En segundo lugar, se destaca la importancia de incorporar una perspectiva amplia de bienestar y soporte psicosocial, que promueva un enfoque integral de las distintas dimensiones que constituyen y afectan el bienestar de adolescentes y jóvenes (participación social; integración al estudio y el trabajo; relación entre pares, adultos referentes e instituciones; exposición a situaciones de violencia-acoso; abuso; maltrato; *bullying*; etc.). En esta línea, la salud mental y el bienestar psicosocial en adolescentes y jóvenes exigen una mirada que integre un componente socioeducativo y comunitario, más allá de lo estrictamente sanitario.

En tercer lugar, es necesario promover un enfoque interseccional que incluya las diferentes dimensiones estructurantes que atraviesan la temática (género y generaciones; vulnerabilidad socioeconómica; territorio; entre otras), tanto a nivel de producción de conocimiento como de propuestas y respuestas en programas y servicios, ya que las situaciones y las identidades de las personas jóvenes son diversas y resultan de la interacción entre diferentes estructuras de desigualdad en sus trayectorias vitales.

En cuarto lugar, como expresan los datos presentados, tanto en los intentos de autoeli-

minación como en los suicidios se evidencian fuertes brechas de género, con comportamientos diferenciales entre varones y mujeres jóvenes. Este hecho exige integrar una perspectiva de género y masculinidades en la formulación y la comprensión del problema público, así como en el diseño de estrategias de prevención y atención.

2. Participación adolescente y juvenil: desarrollo de espacios de escucha e incidencia

Son importantes la participación, el involucramiento, la escucha y la toma de decisiones de adolescentes y jóvenes en los asuntos que los involucran, y también en los asuntos de la sociedad que no refieren a esa etapa vital pero que encuentran en adolescentes y jóvenes una voz particular, con un enfoque propio que no puede sustituirse. La pandemia puso en evidencia la relevancia que estos aspectos tienen en la salud y el bienestar de adolescentes y jóvenes. Por eso es preciso avanzar hacia programas, proyectos e iniciativas que tiendan a reconstruir los ámbitos sociales, comunitarios e institucionales con un enfoque participativo y de escucha de adolescentes y jóvenes.

Diferentes diagnósticos sociales realizados en los últimos meses nos han indicado el interés que los temas de salud mental suscitan entre adolescentes y jóvenes, que se interrogan cada vez más por sus afectos, por las señales de sufrimiento psíquico, por los síntomas que algunos portan, por el miedo que los asuntos de salud mental suelen generar y porque, sin ser generalizable, la salud mental constituye un tabú del que poco hablamos públicamente.

Adolescentes y jóvenes como sujetos de derecho con distintas trayectorias vitales tienen voz, se organizan, plantean demandas y generan propuestas sobre su bienestar psicosocial. En este sentido, es necesario reconocer y fomentar su capacidad de agencia, promoviendo espacios de incidencia que habiliten el intercambio y la generación de aportes para el diseño y la implementación de acciones de política pública en salud mental y bienestar psicosocial.

3. Consejerías o dispositivos en centros de educación formal y no formal

Es necesario avanzar en un enfoque de la salud mental y el bienestar que integre el componente socioeducativo y comunitario. Los centros educativos pueden ser escenarios privilegiados para instalar dispositivos de escucha, participación y orientación sobre estos temas, tanto para adolescentes como para docentes y referentes adultos.

Se recomienda explorar estrategias para el diseño de dispositivos interinstitucionales con equipos interdisciplinarios en centros de educación formal y no formal, que permitan generar espacios seguros y participativos para hablar de salud mental y promover acciones vinculadas al bienestar y soporte psicosocial de adolescentes y jóvenes, así como también de los colectivos docentes y referentes adultos. Para ello es necesario brindar herramientas y capacitación para que las instituciones educativas y comunitarias detecten las necesidades de atención en salud mental, así como para realizar la tarea de promoción en salud.

4. Acciones específicas dirigidas a los grupos de adolescentes y jóvenes con mayores vulneraciones

Es importante generar acciones y estrategias específicas en salud mental, bienestar y soporte psicosocial en las instituciones que trabajan de forma directa con adolescentes y jóvenes en situación de alta vulnerabilidad social (en particular en el INAU, el Instituto Nacional de Inclusión Social Adolescente [INISA], el MIDES, la Administración Nacional de Educación Pública [ANEP], ASSE, y la Secretaría Nacional del Deporte [SND]). Por un lado, se recomienda promover la capacitación en salud mental y bienestar psicosocial para equipos socioeducativos y, por otro, la instalación de dispositivos con referencias técnicas especializadas en estas temáticas para orientar estrategias de acompañamiento individual y grupal de adolescentes y jóvenes.

A su vez, es necesario que las instituciones cuenten con protocolos de actuación ante intentos de autoeliminación, que sean conocidos y difundidos, así como con estrategias de posvención.

5. Fortalecimiento de los servicios y espacios de salud adolescente del Sistema Nacional Integrado de Salud

Si bien es necesario avanzar en una perspectiva de salud mental y bienestar psicosocial amplia, no se puede dejar de reconocer la urgencia de fortalecer los diferentes niveles de atención y servicios de salud para adolescentes y jóvenes en todo el país.

Es necesario propiciar que los servicios resulten espacios amigables, confiables y se-

guros, y cuenten con personal especializado y capacitado en adolescencias y perspectivas transversales fuera de la órbita de la psiquiatría de adultos. Asimismo, es necesario incluir una perspectiva de juventudes en la atención de la salud, ya que en la actualidad se suele trabajar con los adultos como si fueran un grupo homogéneo, sin considerar que la población joven tiene sus propias características.

El tránsito por la pandemia de COVID-19 dejó instaladas algunas modalidades de telemedicina que podrían explorarse como respuestas complementarias, utilizando herramientas virtuales y videoconsultas para atender las demandas emergentes. Estos dispositivos no pueden sustituir a los servicios presenciales especializados de salud mental, pero podrían configurarse como soporte y primera respuesta asistencial.

6. Potenciación de espacios, estrategias y acciones de articulación intersectorial e interinstitucional

Las situaciones que atraviesan adolescentes y jóvenes son complejas, multidimensionales y multicausales. Por lo tanto, deben ser abordadas desde un enfoque integral, intersectorial e interinstitucional que contemple dicha complejidad y supere enfoques sectoriales y parcializados. Esto implica fortalecer los espacios de articulación interinstitucional con el objetivo de construir una mirada integral sobre adolescentes y jóvenes para sistematizar, articular y fortalecer las respuestas de los diferentes organismos del Estado.

Se recomienda potenciar los espacios de articulación interinstitucional para avanzar en la construcción de una agenda común y en estrategias de promoción de salud men-

tal y bienestar psicosocial en adolescentes y jóvenes. Es importante identificar los espacios que existen para su fortalecimiento tanto a nivel central como territorial y no duplicar espacios ni solapar agendas. Las estrategias interinstitucionales deben incluir el seguimiento y monitoreo de acciones y compromisos.

Al mismo tiempo, es necesario transversalizar el tema en las agendas de las instituciones socioeducativas y generar espacios específicos para la promoción de acciones. Estos espacios deberían generar instancias de diálogo e incidencia con adolescentes y jóvenes para atender a sus demandas y propuestas.

7. Generación de conocimiento sobre la salud mental de adolescentes y jóvenes

Uno de los desafíos que evidencia este documento es la necesidad de estimular la producción de conocimiento sobre la situación de salud mental y bienestar psicosocial de adolescentes y jóvenes que aporte insumos para la política pública dirigida a esta población.

Por una parte, es necesario incorporar en las encuestas que forman parte del sistema estadístico nacional esta temática, para contar con un estado de situación actualizado y generar, a su vez, una mirada de largo plazo que permita dar seguimiento al tema.

Por otra parte, es necesario avanzar en mejorar y disponibilizar los registros administrativos y plataformas de información existentes, para avanzar en la comprensión de las temáticas abordadas y en el análisis desde la academia y las unidades de estudio de los organismos involucrados.

Asimismo, es relevante promover la creación de un sistema de información en salud mental a los efectos de realizar un monitoreo y seguimiento y de hacer pública la información disponible.

Resulta fundamental promover que desde el ámbito académico se recopilen y sistematicen los principales avances en el conocimiento del tema tanto a nivel nacional como internacional.

Por último, en el marco de los efectos de la pandemia por COVID-19, resulta pertinente un estudio de los impactos que tuvo la situación de emergencia sanitaria en la salud mental y el bienestar psicosocial y emocional de adolescentes y jóvenes, así como la sistematización de buenas prácticas y nuevos formatos que se hayan implementado en este contexto.



8. Acciones de comunicación, difusión y sensibilización de alcance nacional en salud mental adolescente y juvenil

Los temas referidos a la salud mental en un sentido amplio aún tienen una fuerte carga de estigma y se muestran importantes resistencias a su abordaje; en otras palabras, son silenciados socialmente. Por esta razón, es necesario generar campañas masivas de sensibilización comunitaria que coloquen en la agenda pública la temática de la salud mental y el bienestar psicosocial con foco en adolescentes y jóvenes. Es importante que estas acciones se construyan en un marco de alianzas intersectoriales e interinstitucionales para generar respuestas articuladas y tener mayor alcance.

Las acciones de comunicación sobre salud mental y bienestar deben incluir una perspectiva centrada en factores protectores y alertas

tempranas, más que una mirada patologizante centrada en los problemas de salud mental. A su vez, se recomienda que en su diseño e implementación haya un fuerte involucramiento de adolescentes y jóvenes, para trascender la mirada adultocéntrica y visibilizar sus voces, sentires y necesidades.

Es importante que las campañas de comunicación incluyan acciones locales con anclaje territorial, para generar mayor impacto.

Por último, se recomienda desarrollar plataformas digitales y herramientas accesibles que centralicen información de interés para adolescentes, educadores, docentes y referentes adultos. Resulta fundamental generar un espacio en la web que unifique y jerarquice la información producida por las diferentes instituciones, de modo tal que resulte accesible al público objetivo.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Badinter, E. (1994). *XY. La identidad masculina*. Madrid: Alianza.
- Campero, R. (2006). Entre fútbol, 'güevos' y minas. Entrenando la masculinidad hegemónica. *Revista Factor Solidario*, 47. Disponible en <<http://www.internet.com.uy/afae/biblioteca/genero09.pdf>>.
- CEPAL y UNICEF (2016). *Pobreza y privaciones múltiples en la infancia en Uruguay*. Montevideo: CEPAL y UNICEF. Disponible en https://bibliotecaunicef.uy/doc_num.php?explnum_id=145
- Comité Permanente entre Organismos (IASC) (2007). *Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en situaciones de emergencia*. Ginebra: IASC. Disponible en <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/iasc_guidelines_mhpps_spanish.pdf>.
- Connell, R. W. (1997). La organización social de la masculinidad. En T. Valdés y J. Olavarría (eds.), *Masculinidad/es: Poder y crisis*. Buenos Aires: FLACSO, pp. 34-48.
- Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes (2005). Artículo 1.o. Disponible en <<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6258.pdf>>.
- EMAKUNDE (2008). *Los hombres, la igualdad y las nuevas masculinidades*. EMAKUNDE -Instituto Vasco de la Mujer.
- Grunbaum, S. (coord.) (2012). *Adolescencias: un mundo de preguntas. II Encuesta Mundial de Salud Adolescente GSHS, 2012*. Montevideo: JND, MSP y MIDES. Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/II_Encuesta_Mundial_de_Salud_Adolescente__0.pdf>.
- IASC (2007). *Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes*. s. l.: IASC.
- INJU-MIDES (2020). *Informe IV Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud 2018*. Montevideo: INJU-MIDES.
- Krauskopf, D. (2018). *Adolescencia y educación*. San José, CR: EUNED.
- Larrobla, C.; Hein, P.; Novoa, G.; Canetti, A.; Heuguerot, C.; González, V.; Torterolo, M. y Rodríguez, L. (comps.) (2017). *70 años de suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros*. Montevideo: CSIC-Udelar.
- Marcelli, D. y Braconier, A. (2005). *Psicopatología del adolescente*. Barcelona: Masson.
- OMS (2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Disponible en <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>>.
- OMS (2019). *Global school-based student health survey Uruguay 2019 fact sheet*. Disponible en <<https://www.who.int/publications/m/item/2019-gshs-fact-sheet-uruguay>>.
- OMS (2018) *Día Mundial de la Salud Mental 2018*. Disponible en <https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14710:world-mental-health-day-2018&Itemid=42091&lang=es#:~:text=los%2014%20a%C3%B1os-,La%20mitad%20de%20las%20enfermedades%20mentales%20comienzan%20antes%20de%20los,15%20y%20los%2029%20a%C3%B1os.>>.

- UNICEF (2018). *Community-based mental health and psychosocial support in humanitarian settings: three-tiered support for children and families. Operational guidelines*. Disponible en <<https://www.unicef.org/sites/default/files/2019-04/Mental-health-and-psychosocial-support-guidelines-2019.pdf>>
- UNICEF (2019). *Brief on the socioecological model*. UNICEF .
- Uruguay, Comisión Nacional Honoraria para la Prevención del Suicidio (2021). *Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio*. Montevideo: Comisión Nacional Honoraria para la Prevención del Suicidio. Disponible en <<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/estrategia-nacional-prevencion-suicidio-2021-2025>>.
- Uruguay, Comisión Nacional Honoraria para la Prevención del Suicidio (2021). *Plan intersectorial de prevención del suicidio en adolescentes y jóvenes, con énfasis en la promoción del bienestar psicosocial y la atención integral de la salud mental (2021-2022)*. Montevideo: Comisión Nacional Honoraria para la Prevención del Suicidio.
- Uruguay, Ministerio de Salud Pública (2020). *Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027*. Montevideo: Ministerio de Salud. Disponible en <<https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/noticias/msp-aprobo-plan-nacional-salud-mental-2020-2027>>.
- Uruguay, Poder Ejecutivo (2019). Decreto n.º 331/019. Reglamentación del art. 11 de la Ley 19.529 (Ley de Salud Mental). *Registro Nacional de Leyes y Decretos*, 11 de noviembre. Disponible en <<https://www.impo.com.uy/bases/decretos/331-2019>>.
- Uruguay, Poder Ejecutivo (2011). Decreto n.º 305/011. Inclusión en el decreto 465/008 de las prestaciones referidas en el “Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud”. *Registro Nacional de Leyes y Decretos*, 9 de setiembre. Disponible en <<https://www.impo.com.uy/bases/decretos/305-2011/1>>.
- Uruguay, Poder Ejecutivo (2004). Decreto n.º 378/004. Creación de la Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio. Programa Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública. *Registro Nacional de Leyes y Decretos*, 27 de octubre. Disponible en <<https://www.impo.com.uy/bases/decretos/378-2004/5>>.
- Uruguay, Poder Legislativo (2021). Ley n.º 19.979. Creación de la Campaña Nacional de Concientización y Prevención del Suicidio Adolescente. *Registro Nacional de Leyes y Decretos*, 30 de agosto. Disponible en <<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19979-2021>>.
- Uruguay, Poder Legislativo (2017). Ley n.º 19.529, de Salud Mental. *Registro Nacional de Leyes y Decretos*, 19 de setiembre. Disponible en <<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>>.
- Uruguay, Poder Legislativo (2007). Ley n.º 18.097. Día Nacional para la Prevención del Suicidio. *Registro Nacional de Leyes y Decretos*, 19 de enero. Disponible en <<http://impo.com.uy/bases/leyes/18097-2007/2>>.
- Uruguay, Poder Legislativo (1990). Ley n.º 16.170. Presupuesto nacional de sueldos gastos e inversiones. Ejercicio 1990-1994. *Registro Nacional de Leyes y Decretos*, 28 de diciembre (promulgación). Disponible en <<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/16170-1990>>.

