

XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2004.

ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN URUGUAY: LOS ADOLESCENTES.

Casas, Madelón, Fernández, Beatriz y Gandolfo, Mariela.

Cita:

Casas, Madelón, Fernández, Beatriz y Gandolfo, Mariela (2004). *ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN URUGUAY: LOS ADOLESCENTES. XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-029/209>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eVAu/oxu>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

479 - ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN URUGUAY: LOS ADOLESCENTES.

Autor/es

Casas, Madelón; Fernández, Beatriz; Gandolfo, Mariela.

Institución que acredita y/o financia la investigación

Facultad de Psicología, Universidad de la República, Uruguay

Resumen

Resumen: Se presenta un estudio sobre servicios de atención a la salud mental para población adolescente. Incluye conceptualizaciones de salud mental, adolescencia y datos sociodemográficos, además de algunos resultados y comentarios sobre los mismos.

Resumen en Inglés

Abstract: The paper presents a study about mental health services for adolescent population and discusses concepts about mental health, adolescence and sociodemographic information. It also includes some results and comments about them.

Palabras Clave

adolescencia, salud, sociodemografía

PRESENTACIÓN:

Nuestro propósito es compartir aspectos de una investigación que realizáramos [\[1\]](#) sobre Atención en Salud Mental en Adolescencia. Trabajamos en el marco de un proyecto más amplio desarrollado en la Universidad de la República, cuyo objetivo fue relevar los recursos disponibles a nivel nacional para la atención en salud mental de los distintos grupos etarios. En nuestro caso: los adolescentes. Ello presenta ciertas dificultades. Por un lado el tema de la complejidad para conceptualizar salud y salud mental, por otro la imposibilidad de llegar a una definición única de adolescencia.

METODOLOGÍA:

Para el estudio hemos revisado bibliografía especializada (en temas de salud y salud mental, sistemas de atención y adolescencia), consultado la opinión de expertos calificados, y finalmente, confeccionado una nueva base de datos con la información de los servicios disponibles.

El relevamiento de información de servicios de atención proviene de varias fuentes: informantes calificados, consulta a base de datos disponibles, y de publicaciones de difusión; consulta o personal o por vía electrónica a organizaciones y programas de atención. En cuanto a las fuentes, cabe señalar que así como algunos informantes tuvieron una disposición de alta colaboración, en otros casos fue prácticamente imposible acceder a ellos (entrevistas postergadas varias veces, obstáculos para encontrar a las personas que supuestamente tienen información, etc.). Como consecuencia de ello, por ejemplo, no pudimos incluir información acerca de la atención que brindan las Instituciones de Asistencia Médica Colectivizada.

La conceptualización de salud y salud mental constituye un vasto capítulo del estudio original. En esta ocasión sólo mencionaremos que entendemos que la salud de las poblaciones es un hecho social, no constituye la suma de hechos biológicos e individuales. Es la expresión de la evolución alcanzada por una cultura dada, en un momento particular de su historia. Sustentamos la idea de que el psiquismo es un sistema abierto y que, la producción de subjetividad por esta

relación fundante sujeto-mundo, de interdependencia y de diferenciación, está en permanente transformación recíproca. Una concepción integral de la salud involucra a las personas y su entorno. Consideramos que, consecuentemente, la salud no se produce en las instituciones sanitarias,

Otro capítulo del estudio refiere a las conceptualizaciones sobre adolescencia. Entendemos la etapa específica de la vida que llamamos adolescencia como una construcción socio-cultural, y que, como tal, incluye su carácter histórico. De ahí que el significado y las características de la adolescencia y de la juventud varían según condiciones históricas, sociales, culturales y económicas. Incluso dentro de una misma sociedad, la diversidad de condiciones de vida y de subculturas hace que "los adolescentes" no constituyan un grupo homogéneo, sino que se desplieguen múltiples modos de ser adolescente en una misma sociedad, en un mismo país, en una misma ciudad. De acuerdo a ello, abordar la tarea de construir una única definición de adolescencia se torna francamente imposible y, a la vez, no reviste operatividad. Esto no impide llegar a acuerdos que permitan caracterizar esta etapa de la vida, sus vicisitudes, indagar sus problemáticas específicas y organizar acciones para atender este (o estos) grupo poblacional. Siguiendo a la OMS – OPS, la adolescencia comprende el período de vida entre los 10 y 19 años, y la juventud se sitúa entre los 15 y 24 años de edad, es decir, adolescencia y juventud comparten un tramo etario de 5 años. En términos generales, el inicio de la adolescencia se vincula con aspectos de carácter fundamentalmente biológicos, en términos de la maduración sexual; su finalización se enlaza con aspectos sociológicos, tales como la independencia del núcleo familiar; mientras que su conceptualización ha sido tradicionalmente de carácter psicológico. Para la juventud, las conceptualizaciones privilegian aportes sociológicos, fundamentalmente ocupados en la inserción social, productiva, laboral y económica de los jóvenes.

Por otra parte, según varios estudios, es el sector de la población más vulnerable de la sociedad montevideana. A su vez la juventud constituye el grupo de edades

que presenta mayores desigualdades internas. En especial en los aspectos que comprometen la equidad futura del conjunto de la estructura social de Montevideo.

Datos sociodemográficos: Uruguay tiene algunos problemas demográficos diferentes a los de la región: A. el envejecimiento y la profundización del envejecimiento constituyen un serio problema en un país no desarrollado producto del descenso de las tasas de fecundidad, notoria postergación de la edad de embarazo e incremento de la expectativa de vida. B. redistribución territorial de la población con concentración urbana, especialmente en la capital y en zonas de fronteras y costera, con segmentación por sectores sociales.

Y fundamentalmente en lo relativo al tema que nos ocupa: C. infantilización y juvenilización de la pobreza que corresponde a desigualdad intergeneracional de la pobreza y a que la reproducción biológica del Uruguay cae sobre los estratos sociales más carenciados. D. cambios en la estructura de los hogares con incremento de hogares monoparentales y hogares con jefe mujer. E. persistencia y aumento constantes de la migración internacional, sobre todo de sectores jóvenes y calificados.

Algunos datos de interés sobre población uruguaya^[ii]: Población total: de 3.360.868. La edad mediana es de 32 años en el total. Entre 14 y 19 años de edad 269.716 personas, (137.070 hombres y 132.646 mujeres). Nº medio de hijos por mujer: 2,21.

Datos sobre la población juvenil montevideana^[iii]: Nos basamos en una investigación del IDES que compara territorialmente la situación social de los jóvenes de entre 15 y 29 años. Para ello se regionaliza la ciudad de Montevideo en cinco grandes zonas. Costa Este, zona Centro, 1º y 2º zona Pericentral y Periferia. Cada uno de ellos son aglomeraciones urbanas muy complejas y heterogéneas con inequidad en la distribución y acceso a equipamientos urbanos, a bienes de mercado, y desigualdades en el valor del suelo y el prestigio residencial. El estudio observa en cuanto a Nivel de enseñanza alcanzado que el grupo de edades de 14 a 19 años de la Costa Este de Montevideo, presenta

diferencias más elevadas con el Centro y la zona Pericentral que los tramos de edades siguientes. En este grupo el 67% de los jóvenes de la Costa Este y el 50% de los jóvenes del Centro superan los 10 años de educación, mientras sólo el 26.7% de los jóvenes de la Zona Pericentral y el 19% de los jóvenes de la Periferia logran alcanzar un nivel superior a los 10 años de enseñanza formal. Si existe una relación entre nivel educativo alcanzado y calidad de acceso al empleo, desde una óptica territorial podemos preveer que la inmensa mayoría de los jóvenes de la Periferia y de la zona Pericentral se encuentran en situación de alta fragilidad para sustentar su ingreso al mercado de empleo. Desde una perspectiva sectorial, la deserción de los jóvenes del sistema educativo expresada en el "fracaso educativo", en el rezago, la extraedad y el bajo rendimiento plantean mayores problemas de vulnerabilidad y riesgo social para la población joven y la reproducción social. En realidad en Uruguay las tasas de desempleo juvenil han sido y continúan siendo muy elevadas en la comparación regional, en la década de los 90 nunca fueron inferiores al 25% de los jóvenes.

En la comparación de las cinco zonas en cuanto a cobertura de Salud, no se observan variaciones estables. La inmensa mayoría de los jóvenes de Montevideo presentan niveles de ausencia bastante más elevados que los otros grupos etarios, siendo el tramo de entre 15 y 19 años el grupo de edades con más bajos niveles de cobertura.

Indicadores de riesgo social: La Población Masculina de 15 a 24 años de edad que no trabaja, no estudia, ni busca trabajo. En cuanto a este indicador se observa un alarmante índice en los barrios de Maroñas y Malvín Norte, (Pericentral) con un 10.9% de varones de 15 a 24 años que no estudian, no trabajan, ni buscan trabajo y en el barrio de Paso de la Arena (Periferia) con un porcentaje de 21.2% de jóvenes en la misma condición.[\[iv\]](#) Mujeres Jóvenes de 15 a 19 años con hijos y sin casamiento: Si bien es necesario examinar la correlación de este indicador con variables estructurales (nivel socio económico de los hogares, nivel educativo alcanzado por las madres jóvenes, capital cultural del hogar de origen, estructura de parentesco de las madres jóvenes sin casamiento), la correlación entre riesgo

social y embarazo adolescente es preocupante en el caso del embarazo de madres jóvenes de nivel socioeconómico bajo. Es bastante razonable pensar que la mayoría de las madres jóvenes más vulnerables residen en los barrios periféricos del departamento de Montevideo donde es evidente que el 'estigma' de 'mujer joven', soltera y 'pobre' se convierte en una peligrosa barrera social que además pone seriamente en cuestión a la reproducción del capital social del conjunto de la sociedad montevideana.

Algunos resultados y discusión: En relación con los servicios de atención relevados en el estudio surge que: I. La mayoría de ellos se desarrollan en el departamento de Montevideo, siendo poco accesible la información en el resto del país. II. Existen programas dirigidos a niños y adolescentes. III. A adolescentes, en los que la franja etaria difiere de uno a otro. IV. A adolescentes y jóvenes. V. A mujeres que incluyen adolescentes. VI. A población general que incluye adolescentes. VII. A familias. VIII. Programas dirigidos a poblaciones con patologías o dificultades específicas (discapacidad, ciegos, adicciones, hiv, embarazo, etc.). IX. Programas dirigidos a población en situación de riesgo social que incluye adolescentes.

Analizando los servicios brindados, encontramos que, en general la atención se centra en los problemas y las patologías que la sociedad jerarquiza y no necesariamente apuntan a los problemas que los adolescentes identifican (el problema del trabajo y el pesimismo en relación a las oportunidades que les brinda el país) (Perdomo, R. 2003:282). Las acciones desarrolladas en los servicios de salud son fragmentarias, incoordinadas y superpuestas, tendientes a atacar problemas específicos, y no programas integrales dirigidos a promover la salud de los adolescentes. Algunos programas de los que relevamos pretenden dar cuenta de este enfoque^[V], aunque su alcance es limitado.

Pensar la salud en términos de producto histórico social lleva a incluir en las políticas sanitarias dirigidas a la adolescencia y la juventud aspectos que se hallan fuera del campo del Sector Salud y que, no obstante, tienen incidencia directa

sobre ella. Hasta el presente, las teorías y las intervenciones que se han desarrollado se interesan más por los comportamientos que parecen poner en riesgo a la sociedad en su conjunto y no a los que revisten riesgos para el desarrollo de los jóvenes. En este sentido, podemos pensar que el sistema educativo debería potenciar su capacidad para atraer y mantener a los jóvenes, y contrarrestar su creciente tendencia a expulsarlos.

Los adolescentes uruguayos constituyen un sector de la población de 270.000 personas (entre 14 y 19 años) distribuidas en forma heterogénea desde el punto de vista geográfico. Un importante porcentaje vive en situaciones de pobreza. Si bien no tenemos datos sobre el número absoluto de adolescentes atendidos en los servicios relevados podemos presumir que se trata de la minoría de la población total. Es decir que la mayoría absoluta de los adolescentes del país no transitan por los servicios de atención. Esto se debe en parte a que se considera uno de los sectores poblacionales más sanos desde una perspectiva tradicional de la salud, y en parte a las características descritas anteriormente para los servicios. La población adolescente en general transita por otro tipo de instituciones: familiares, educativas, recreativas, laborales, religiosas, etc.

Sostenemos que la mayoría de los adolescentes transitan por instituciones que no están en condiciones de sostenerlos, no pueden oficial como lugar de pasaje efectivo de una red vincular familiar a la red amplia, exogámica, que permite la construcción de un proyecto de vida. En términos de desarrollo es importante destacar que la construcción de subjetividad está estrechamente relacionada con el funcionamiento de las instituciones, entre otras, la familia, la ley, la soberanía, el Estado, la justicia, etc. Si estas instituciones operan en un sentido inverso, trastocando el sentido para las que fueron creadas, el efecto es perverso, obstaculizando la socialización y el pasaje a la vida adulta.

Nos parece interesante advertir, para pensar la adolescencia en el contexto del mundo adulto, algunas formas de inclusión social (Rojas y Donas: 1995) de los jóvenes y adolescentes que se oponen a su participación activa y constituyen

impedimentos para el desarrollo e integración: la explotación; la inclusión como sujetos pasivos de atención-intervención-tutela; la inclusión como segmento de mercado; la pseudoparticipación; la inclusión peyorativa; la inclusión adaptativa – obediente; la invisibilidad.

Los programas sociales dirigidos a adolescencia y juventud deberían propiciar el desarrollo de sus potencialidades, con la capacidad colectiva de abrirles el espacio como verdaderos actores sociales creativos y productivos.

Sin embargo, si se descentra el eje de la prevención secundaria y terciaria hacia la prevención primordial (apoyar y promover el desarrollo humano) y la prevención primaria se promueven factores positivos del desarrollo humano en las áreas biológica, psicológica y social. Lo mismo vale para las acciones dirigidas a disminuir los factores de riesgo desde la concepción hasta el final de la juventud (y después). Según esta concepción el abordaje deberá ser multidisciplinario, intersectorial, contener una explícita política de juventud e incluir la participación y el protagonismo juvenil.

A partir del estudio realizado podemos constatar que los desarrollos académicos y científicos se divorcian de los sistemas de atención, de las políticas sociales y de las poblaciones.

Uno de los desafíos es hacer frente al incremento de los padecimientos psíquicos en su mayor parte prevenibles. estamos seguras que un eficaz abordaje de la salud mental contribuirá a revertir los procesos de deshumanización de las políticas e instituciones sociales. Estas no deben quedar acotadas a las situaciones problemas sino involucrar las múltiples dimensiones psicosociales de la salud. El contexto inundado de adversidades, (profundización de las desigualdades, violencia social e institucional, pobreza, transformación de la familia y desmembramiento de las redes, condiciones de trabajo y de vida insalubres, alienación, aislamiento social) reclama una revisión de las intervenciones.

Desde esta perspectiva, y por sus implicancias, es necesaria la intervención del Estado desde una lógica política de interrelación con la sociedad civil para que se pueda convertir la salud mental en una cuestión social para generar servicios que den respuesta integral.

[i] Casas, M.; Fernández, B.; Gandolfo, M.; Oberti, P.; Ortaraola, A. Modelos de atención en salud mental.. Inédito, 2003.

[ii] Según datos del Instituto Nacional de Estadística aparecidos en internet al 30/6/2002

[iii] De León, Eduardo; Garibotto, Giorgina "Juventud, activos y riesgos sociales en la reorganización espacial de Montevideo", informe de investigación inédito elaborado por los técnicos del Área de Desarrollo Territorial y Ambiental de IDES,

[iv] La población masculina total de 15 a 24 años de Montevideo es de 110.917 habitantes en el Censo de 1996 (17. 67 % de la población masculina del Departamento).

[v] Programa adolescente de la IMM, Espacio Colectivo para Jóvenes: Fac. Psicología, UelaR