



Institución Nacional de
Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo

Grupo de trabajo

Medicalización y patologización de las infancias y adolescencias

Informe final



Grupo de trabajo

Medicalización y patologización de las infancias y adolescencias

Informe final



Institución Nacional de
Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo

**Consejo Directivo de la Institución Nacional de Derechos Humanos
y Defensoría del Pueblo**

Dra. Mariana Blengio (presidenta)

Dra. Mariana Mota

Dr. Juan Faroppa

Dra. María Josefina Plá

Dr. Wilder Tayler

**Grupo de Trabajo Medicalización y Patologización de las Infancias
y Adolescencias**

Equipo redactor:

Ps. Fabiana Condon (El Paso)

Dra. Ps. Adriana Cristóforo (Fac. de Psicología, UDELAR)

Mag. Ps. Mariana Durán (INDDHH)

TS Agustina Espiga (INAU)

Dr. Gustavo Giachetto (Fac. de Medicina, UDELAR)

AS Pablo Graña (INDDHH)

Dra. Susana Grunbaum

Dra. TS M^a Noel Míguez (Fac. de Ciencias Sociales, UDELAR)

Dra. Ps. Alicia Muniz (Fac. de Psicología, UDELAR)

Ps. Melissa Olivera (INAU)

Mag. Ps. Carolina Ponasso (ANEP)

Lic CP Tamara Samudio (Comité de los Derechos del Niño)

TS Lucía Sánchez (Fac. de Ciencias Sociales, UDELAR)

Dra. Mónica Silva (INAU)

Mag. TS Andrea Tuana (El Paso)

Dr. Carlos Zunino (Fac. de Medicina, UDELAR)

Índice

Prólogo	7
Introducción	9
1. Metodología de trabajo	13
2. Concepción de la temática	15
2.1. Conceptualización sobre infancia y adolescencia.....	15
2.2. Noción de medicalización y patologización	17
3. Marco legal y ético	21
4. Contextualización del tema en Uruguay: datos cuantitativos y cualitativos	27
5. Relación entre el sector salud y educación	33
6. Reflexiones de las prácticas en torno al tema	37
6.1. Reflexiones de las prácticas de salud en general.....	37
6.2. Reflexiones de las prácticas en salud mental en el primer y segundo nivel de atención.....	39
6.3. Reflexiones de las prácticas en los servicios del tercer nivel de atención	45
6.4. Institucionalización: dispositivos de atención especializados en salud mental.....	46
7. Recomendaciones	49

Bibliografía	55
Anexo 1	59
Referencias de las entrevistas realizadas.....	59
Anexo 2	60
Pauta para el grupo de Participación de Adolescentes del Comité de Derechos del Niño del Uruguay.....	60

Prólogo

A 30 años de la Convención de los Derechos del Niño, la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH) y Defensoría del Pueblo presenta una nueva instancia de reflexión en torno a la vigencia y cumplimiento del contenido del documento universal. Mucho hay que analizar del camino recorrido en estos treinta años, donde se evidencia aún una sustancial distancia entre las prácticas con infancias y adolescencias y el real cumplimiento de las normativas.

La salud y la educación son ámbitos naturales por los cuales transitan nuestras infancias y adolescencias y donde se reeditan las dificultades que surgen a la hora de atenderlas y protegerlas. Las infancias y adolescencias hoy nos interpelan en relación a cuáles son las miradas y las intervenciones que hacemos desde el mundo adulto y si estas incorporan la perspectiva de derechos.

La INDDHH ha recibido múltiples preocupaciones vinculadas a la atención de la salud mental de niñas, niños y adolescentes desde el ámbito universitario y la sociedad civil. Constatando también que esta reflexión sobre su abordaje se encuentra vigente también, desde los organismos del Estado vinculados a la salud así como a la educación.

Tomando en cuenta un debate sustancial a instalar en la sociedad, la INDDHH, en base a las facultades que le confiere la Ley 18.446 en su artículo 66, impulsó la creación de un grupo de trabajo acerca de la problemática **Medicalización y Patologización de las Infancias y Adolescencias**. Atento a lo establecido en la normativa legal y reglamentaria, la INDDHH presidió dicho grupo de trabajo invitando a trabajar en él a representantes de organismos e instituciones del Estado y de la sociedad civil vinculados al tema de estudio.

Producto del trabajo realizado durante el año 2019, surge este informe que pretende ser un insumo para la discusión y el debate responsable. Tiene por objetivo intercambiar y problematizar las prácticas de salud mental en relación a las infancias y adolescencias. El Consejo Directivo de la INDDHH procedió a su aprobación por unanimidad el día 29 de octubre del presente año.

Consideramos que esta publicación traduce un intenso trabajo por parte del grupo, donde se realizó un debate respetuoso con intercambios y entrevistas a informantes calificados, técnicos de salud mental, gestores de servicios, organismos de infancia y referentes familiares. Conviene destacar que también en el documento hay un aporte especial, que genera algo diferencial: la opinión de adolescentes. A través de sus discursos, relatando experiencias de atención en salud mental, el tema abordado reviste otra profundidad y compromiso para todas y todos. Compromiso de escucha de sus voces, pero también de profundizar la reflexión, el diálogo e intercambio con todos los actores involucrados en el diseño y ejecución de las políticas de salud mental de las infancias y adolescencias.

Desde esta mirada surge la publicación de este informe, que se erige como herramienta para promover mayor diálogo e intercambio, abocado a la construcción de una ciudadanía consciente de la importancia de fortalecer la protección integral de niñas, niños y adolescentes y su interés superior, en base al cambio de paradigma que la Convención viene impulsando y promoviendo en forma ininterrumpida, en estas tres décadas desde su adopción por la Asamblea General de las Naciones Unidas en noviembre de 1989 al día de hoy.

Dra. Mariana Blengio Valdés
Presidenta INDDHH y Defensoría del Pueblo

Introducción

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) de Naciones Unidas interpela a los diversos organismos y a la sociedad civil para trabajar con mayor especificidad y especialidad en la población de niñas, niños y adolescentes. Es sabido que la adhesión, la ratificación y la sanción de leyes son un valioso inicio que puede abrir o fortalecer un camino a recorrer.

La Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDH), en el marco del **Artículo N° 66 de la Ley N° 18446**, impulsó la creación de un grupo de trabajo acerca de la problemática de **Medicalización y Patologización de las Infancias y Adolescencias**. A los efectos de su creación y atento a lo establecido en la normativa legal y reglamentaria de INDDH, se invitó a representantes de instituciones del Estado, Universidad de la República (UDELAR) y sociedad civil vinculados a las infancias y adolescencias y a la temática de fondo.

Desde el ámbito académico se han planteado importantes preocupaciones en relación al abordaje de la salud mental de las infancias y adolescencias, en particular vinculadas a las respuestas dadas desde los espacios de salud y educación a ciertas manifestaciones y conductas de las y los niños. Preocupa la mirada y la “lectura” que los adultos muchas veces hacemos de las reacciones infantiles y adolescentes, la tendencia a patologizar estas conductas, en particular desde la salud mental.

A su vez, el fenómeno de la medicalización y patologización de las infancias y adolescencias en Uruguay ha merecido en los años 2005, 2010 y 2015¹ diver-

1 Comité de los Derechos del Niño (2005). Observaciones finales. Organización de las Naciones Unidas.
 Comité de Derechos Sociales, Económicos y Culturales (2010). Examen de los informes presentado por los Estados partes en virtud de los artículos 16 y 17 del Pacto. Organización de las Naciones Unidas.
 Comité de los Derechos del Niño (2015). Observaciones finales Uruguay CRC/C/URY. Organización de las Naciones Unidas.

sas observaciones y recomendaciones de organismos internacionales. Estas se han centrado, fundamentalmente, en el aumento de diagnósticos de Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (ТДАН) y la indicación del Metilfenidato (Ritalina según su nombre comercial más conocido) para su tratamiento.

A partir de ello, el grupo de trabajo comenzó a funcionar en mayo del año 2019, planteándose como objetivo general: Conocer el estado del arte del abordaje en salud mental de infancias y adolescencias en Uruguay desde una perspectiva de derechos.

Como objetivos específicos se acordaron los siguientes:

- Conceptualizar las categorías de medicalización y patologización en salud mental de infancias y adolescencias.
- Analizar los discursos de distintos actores involucrados en la temática sobre las prácticas en salud mental de infancias y adolescencias.
- Relevar documentos académicos que recogen las representaciones de infancias y adolescencias en torno al tema.

La tarea propuesta para el logro de estos objetivos refirió a la construcción colectiva de un documento sobre el tema, integrando las miradas de los diversos actores que participaron en ella. Además se pretende dar difusión al documento, de forma que permita ser una herramienta de diálogo con los diferentes actores involucrados en la salud mental de niñas, niños y adolescentes.

El documento redactado pretende transmitir algunas opiniones y prácticas desde las miradas de niños, niñas y adolescentes, familias, técnicos de distintas disciplinas relacionadas con la salud mental de las infancias y la perspectiva de derechos.

Es por esto que fueron invitados referentes e informantes calificados de distintos organismos del Estado (Administración Nacional de Educación Pública –ANEP–, Administración de Servicios de Salud del Estado –ASSE–, Ministerio de Salud Pública –MSP–, Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay –INAU–), UDELAR (facultades de Psicología, Medicina y Ciencias Sociales) y organizaciones de la sociedad civil (El Paso, Comité de Derechos del Niño). Participaron, también, funcionarios de la INDDHH provenientes de los grupos temáticos de Infancia y Salud Mental, así como de las áreas de Denuncias e Investigación y Mecanismo Nacional de Prevención contra la Tortura (MNP) de

la institución. Los/as integrantes invitados/as representaron no solo a las diversas instituciones mencionadas, sino también al abanico de disciplinas que abordan la temática (medicina, ciencias sociales, ciencias políticas, psicología, pedagogía). El grupo así conformado mostró especial preocupación e interés por integrar la mirada de las infancias y adolescencias, y sus familias² como actores directamente involucrados.

Finalmente, el presente informe es producto del trabajo de los representantes de la UDELAR, ANEP, INAU, ONG El Paso, Comité de Derechos del Niño y la INDDHH luego de cinco meses de trabajo.³

En este documento se abordará y se reflexionará sobre el trabajo con niñas, niños y adolescentes desde la perspectiva de derechos en el ámbito de la salud mental.

La lógica de exposición que se plantea da cuenta de un punto 1 (Metodología de trabajo), en el cual se despliega el dispositivo metodológico que habilitó a dar sustancia teórico-metodológica a todo el documento. En el punto 2 (Concepción de la temática) se conceptualiza la temática a nivel general, de forma de comprender la especificidad de Uruguay en el entramado contextual, histórico y social. En el punto 3 (Marco legal y ético) se introducen los marcos normativos sobre infancias y adolescencias y salud mental, que nutren el acervo teórico y ubican la temática en la coyuntura internacional y nacional. A partir de lo anterior se llega al punto 4 (Contextualización del tema en Uruguay: datos cuantitativos y cualitativos), en el cual se particulariza la temática en el Uruguay. En el punto 5 (Reflexiones de las prácticas en torno al tema) se plantean algunos puntos que se entienden medulares en torno a las prácticas, tanto en salud en general como en salud mental en el primer nivel de atención, en los servicios de tercer nivel de atención y en los centros de atención en salud mental para las infancias y adolescencias allí institucionalizadas. En el punto 6 (Relación entre el sector salud y educación), se particulariza la temática en la especificidad de la relación salud-educación como una de las conjunciones que puede constreñir o ampliar los proyectos de vida de estas infancias y adolescencias. El documento se cierra con el punto 7 (Recomendaciones), donde se explicitan una serie de sugerencias para superar varias cuestiones que hoy se entienden como muy complejas.

2 La voz de las familias está recogida en el material de las investigaciones en las que se trabajó con ellas.

3 No es posición oficial de cada institución participante de la redacción.

1. Metodología de trabajo

Tal como se ha planteado en la Introducción, se trata de un estado general del arte en torno al abordaje en salud mental de infancias y adolescencias en Uruguay desde una perspectiva de derechos. Para el logro de este cometido, se realizó un análisis de corte cualitativo y exploratorio, incorporando algunos datos cuantitativos que permitieron enmarcar contextualmente la temática.

Las técnicas desplegadas para la recuperación de los insumos del presente informe, fueron:

- Análisis de fuentes documentales: datos cuantitativos de distribución de psicofármacos y/o psicoestimulantes del Ministerio de Salud Pública (MSP) y de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE); datos cuantitativos surgidos de la Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud del Instituto Nacional de Estadística (INE) y de la Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de Enseñanza Media de la Junta Nacional de Drogas (JND); datos cualitativos surgidos de investigaciones de grado y posgrado de la Facultad de Ciencias Sociales, Facultad de Psicología y Facultad de Medicina (todas de la UDELAR); datos cualitativos de organizaciones de la sociedad civil que trabajan la temática en el país.
- Entrevistas en profundidad a informantes calificados integrantes de organismos y organizaciones (públicas o privadas) que trabajan con infancias y adolescencias en el país.
- Grupo de discusión con niños/as y adolescentes del Espacio de Participación del Comité de los Derechos del Niño.

A través de esta metodología se recogieron las diversas voces, documentos, producciones académicas, etc., que nutrieron todo el contenido del presente informe.

2. Concepción de la temática

2.1. Conceptualización sobre infancia y adolescencia

La categoría infancia ha sido heredera de concepciones disciplinares y epistemológicas determinantes para la noción universal de niño en Occidente (Amador, 2012).

Como noción resulta de una producción surgida en el Estado moderno y en las instituciones claves del mismo: la familia y la escuela. En esta concepción la infancia se define en base a una noción cronológica y evolutiva, es decir, como una etapa de la vida a partir de la cual el sujeto existe como potencia futura. Así se concibe al niño como frágil, inocente, dócil, educado por un adulto que sabe de antemano las respuestas (Luciani Conde, 2015).

El niño de la modernidad es un niño que se concibe a partir de una normalización de su desarrollo y sus conductas, por lo cual tal desarrollo se debe cumplir en un tiempo y en una secuencia determinados a priori. Esta forma normalizada de concebir a las niñas y niños demarca lo que se considera normal de lo que se considera no normal en general, derivando en la categoría de patológico.

Las actuales condiciones de crianza, las condiciones de vida que produce la sociedad de consumo, la exposición a las pantallas y el mundo digital son, entre otras, características de la sociedad actual que están presentes en la producción de subjetividad de las niñas y niños. Si bien en la época actual existe un reconocimiento de los derechos del niño y una ampliación del saber sobre la infancia, tales avances no se tradujeron en una mejora de las condiciones de vida y menos aún de la salud de los niños.

En consonancia, las interrogantes que nos plantea el trabajo con las niñas y niños actualmente dan cuenta de la insuficiencia de los saberes no solo de la modernidad, sino también de los producidos en la actualidad.

Amador (2012) sugiere la noción de *condición infantil contemporánea*, entendida como *el conjunto de circunstancias sociales, subjetivas, epistémicas*

y políticas en las que se produce el tránsito de la infancia en singular (noción prototípica del proyecto de la modernidad) a las infancias (categoría analítica que da cuenta de la pluralidad de los mundos de vida de los niños y niñas en el tiempo presente) (p. 74).

La concepción de las infancias como tal resulta también un elemento clave para la comprensión de estas nuevas lógicas societales. Las niñas y niños pasan a ser reconocidos como figuras sustanciales en los procesos de proyección de estas sociedades civilizadas, orientando distintos dispositivos para su disciplinamiento, control de los cuerpos y técnicas correctivas para lograr sujetos eficaces y eficientes para las lógicas del capital.

Tradicionalmente, la adolescencia ha sido descrita por algunos autores como una etapa del desarrollo que se caracteriza por un estado de vulnerabilidad. Otros autores destacan esta etapa de la vida de crisis y conflictos como de fortaleza. Esto da cuenta de que se trata de una construcción cultural, donde cada época imprime cualidades a los/as adolescentes que se presentan como resonancia de las condiciones económicas, sociales, culturales, epocales.

Hablamos, entonces, de adolescencias, ya que no es un concepto universal: las formas que revisten las crisis y los padecimientos en estas etapas de la vida se construyen en consonancia con las condiciones productoras de subjetividad de las culturas en las que se gestan. Las representaciones sociales que se producen en cada época y cultura, también son generadoras de acciones que actualmente incluyen conductas de alto riesgo para los/as adolescentes, disfrazadas de actividades recreativas gracias a la banalización de su contenido.

Los medios de comunicación realizan una operación invasiva sobre la mirada de las adolescencias y ejercen un enorme poder intrusivo sobre la modelización de las pautas de conducta, gustos, prácticas, lenguaje, modos de relación en general.

Cuando las instituciones (familia, educación, Estado) fallan, así como los grupos de referencia, los/as adolescentes quedan expuestos a la carencia de soporte, lo que tiene efectos sobre las condiciones de producción subjetiva durante este tránsito hacia la vida adulta. Surge entonces la cuestión acerca de los procesos psíquicos internos que se desarrollan en estas condiciones, apareciendo así nuevas formas que las actuales concepciones teóricas no logran comprender y abarcar. La reacción inicial ha sido patologizar esos modos novedosos de constitución psíquica, tomando como expresión de la enfermedad

aquello que se oculta detrás de conductas adaptativas a los cambios epocales.

Asimismo, la fragilidad autopercebida ante estas cuestiones por parte de los adultos referentes conforma un escenario que debe desentramarse a la luz de todas estas condiciones complejas.

La universalización de estas presentaciones subjetivas de las adolescencias como no adaptativas conlleva el riesgo de tomar una expresión contextualizada en los modos actuales de sufrimiento como enfermedad, reduciendo su categoría semántica.

Si se considera, además, las infancias y adolescencias que viven y crecen en condiciones de alta vulnerabilidad y vulneración social, sus manifestaciones corren el riesgo de ser objeto de miradas criminalizadoras.

Cabe distinguir sufrimiento de enfermedad. El primero es inherente a la vida misma y a su transitar por los diversos avatares que se imponen, algunos de índole evolutiva y otros como novedosos, inesperados: *En la adolescencia el sufrimiento se conforma como un cuadro psicopatológico cuando el mismo supera la posibilidad de procesamiento simbólico y no habilita la reorganización subjetiva propia de la adolescencia* (Cristóforo y Achard, 2017, p. 242). No todo sufrimiento deviene en enfermedad, ya que puede ser una instancia pasajera, pero es la mirada socialmente normalizadora la que nomina las manifestaciones del sufrimiento en conductas patológicas.

En las infancias y adolescencias, el sufrimiento puede abarcar varias áreas de la subjetividad, en un aparente compromiso de su desarrollo cognitivo, social y/o afectivo. Una vez intervenidas las condiciones que provocan dicho sufrimiento (familiar, sistema educativo, inserción social), el sujeto retoma el curso de su desarrollo.

2.2. Noción de medicalización y patologización

Los procesos medicalizadores en las sociedades occidentales comienzan con fuerza a mediados del siglo xix, en un contexto socio-histórico de expansión del

“En la primera consulta le dieron medicación para la concentración. Dejé de darle antes de que se terminara cuando lo empecé a ver así... Al mes se quedaba muy concentrado mirando todo, muy metido en lo que miraba, no prestaba atención a lo que yo decía. Pasó de un extremo al otro, era superactivo. Era para la concentración pero no hacía otra cosa... no peleaba, no hacía nada. No quería jugar, quería sentarse a mirar algo”. (Padre de niño de 8 años que tomó Ritalina)

capital como consecuencia de los cambios tecnológicos, científicos y políticos de la época. La consolidación de los Estados-nación, la universalización de la educación primaria, los procesos de secularización y la instauración del saber científico como punto clave para el tránsito de la “barbarie” a la “civilización” resultaron el escenario para el despliegue de nuevas lógicas societales. En este contexto, se pasó del *gobierno de la familia* al *gobierno a través de la familia* (Donzelot, 2005), generándose políticas de intervención en lo social y familiar con una fuerte mirada del saber médico en las lógicas hegemónicas a reproducir en estas nuevas sociedades que pujaban por consolidarse.

Las nuevas disciplinas surgidas entre fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX (psicología, trabajo social, sociología, antropología, demografía, psiquiatría, entre otras) estarán orientadas a la comprensión e intervención en estas nuevas sociedades occidentales modernas, en una puja constante por la hegemonía en los saberes y cómo materializarlos, tanto en y desde la ciencia, como en el mercado y en la población en concreto.

Diversos autores desde la década del 70 (Illich, 1976; Foucault, 1977; Barrán *et al.*, 1993) han desarrollado y conceptualizado los procesos de medicalización presentes en la sociedad occidental. En América Latina, el Fórum sobre *Medicalização da Educação e Saude* ha trabajado las diversas definiciones del fenómeno, que resumen en la siguiente formulación:

Se entiende por *medicalización* el proceso por medio del cual las cuestiones de la vida social –complejas, multifactoriales y marcadas por la cultura y por el contexto histórico– son reducidas a un tipo de racionalidad que vincula artificialmente las dificultades de adaptación a las normas sociales a determinismos orgánicos que se expresarían como enfermedades del individuo (2015, p. 11).⁴

Es decir, que “problemas no-médicos” pasan a ser definidos y tratados como “problemas médicos”, ya sea bajo la forma de “enfermedades” o de “desórdenes”. En tanto proceso social, no puede entenderse de manera unidireccional, es decir de la racionalidad médica “apropiándose” de fenómenos no

4 Conceptualmente se distinguen los términos medicalización y medicamentación, haciendo referencia este último al excesivo uso de fármacos como única medida terapéutica. En el uso cotidiano muchas veces los distintos actores utilizan el término medicalización para referirse a la medicamentación.

médicos, sino que es un fenómeno bidireccional en tanto los sujetos individuales y/o colectivos se apropian a su vez de la medicina. Tratándose de un fenómeno social complejo, todos estamos atravesados por sus lógicas, por lo que es necesario que los profesionales de la salud que trabajan con las infancias y adolescencias generemos conciencia de los efectos que sus acciones tienen sobre la salud y la vida cotidiana de los niños y adolescentes. No se puede perder de vista que la dependencia del *infans* hace que niñas y niños y adolescentes queden sujetos a las significaciones que los adultos les otorgan, por lo que, en el contexto de la medicalización, pueden significarse como enfermedades o expresión de patologías, fenómenos o conductas que son solo expresión de fenómenos familiares, sociales, económicos o culturales. Esto último ha sido conceptualizado como procesos de patologización y se expresa fundamentalmente a través de dos fenómenos: la necesidad de diagnosticar o incluir en categorías diagnósticas toda conducta que no forma parte de lo “esperado” por los adultos; significar a las niñas, niños y adolescentes que presentan tales conductas como problemáticos, poniéndolos en el centro de todas las acciones y descontextuados de los factores familiares, sociales, económicos y culturales.

Esto tiene efectos directos sobre las prácticas terapéuticas o rehabilitadoras que se proponen para ellos/as.

La medicalización y patologización del sufrimiento de las infancias y adolescencias es un paradigma y una práctica que se da en todos los estratos y ámbitos por donde transitan, pero en contextos de desigualdad extrema profundiza la exclusión social, constituyéndose en una realidad de vida para las infancias y adolescencias. La exclusión social es un proceso multidimensional, que repercute sobre las

“La patologización es llevar al terreno de la enfermedad algunas cuestiones que forman parte del comportamiento de los niños y convertirlas en una patología. Esto es, cosas que deberían ser naturales las instituciones y los adultos las patologizamos, es decir, las vemos como un problema para nosotros, no es un problema para el niño”. (E1)

“En la patologización yo creo que hay aspectos de la salud mental y hay otros sociales, que se interrelacionan pero que se cruzan”. (E2)

“Hay un montón de cosas que se derivan a salud mental, que no deberían llegar a salud mental”. (E4-2)

“Leyendo el prospecto, dice que no es apto para menores de 18 años y estoy esperando la consulta con la psiquiatra”. (Mamá de niña de 8 años a la que le fueron indicadas Quetiapina y Risperidona)

Madre: "A veces me olvido [de dársela] y trato de que ella se acuerde, le pregunto cuando vengo de trabajar. Hoy se olvidó ella y yo también".

Niña: "Lo corto con la cuchilla".

Padre: "¡Que aprenda a independizarse!" (Diálogo en la primera entrevista)

"A los adolescentes hay que plancharlos porque las energías de los adolescentes tienen que ser controladas de alguna forma". (E1)

redes sociales, las condiciones laborales, educativas, el ejercicio de la ciudadanía y todas aquellas exigencias provenientes del mandato social de la cultura (Giorgi, 2003). Esta exclusión social producto de la desigualdad, se agudiza y complejiza cuando se articula con situaciones de violencia intrafamiliar y violencia sexual de mediano y alto riesgo. Para Naciones Unidas, esta violencia tiene consecuencias devastadoras para la salud y el bienestar presente y futuro de los niños, niñas y adolescentes (2006).

Las respuestas que se despliegan por el sistema médico-social frente a estas situaciones no solo no responden a las necesidades terapéuticas y de protección de las niñas, niños y adolescentes, sino que agudizan el sufrimiento, vulneran sus derechos humanos y en muchos casos contribuyen a invisibilizar y perpetuar los sistemas de dominación, violencia y explotación al que múltiples niñas, niños y adolescentes están sometidos.

3. Marco legal y ético

Desde la concepción de infancia descrita anteriormente, donde las voces de niñas, niños y jóvenes pocas veces son oídas y tenidas en cuenta, la palabra dicha por los organismos internacionales y la normativa internacional y nacional constituyen una de las principales herramientas para la defensa de las infancias y adolescencias como sujetos de derechos.

A partir de la Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas, de 1989, se inicia un cambio de valores que instituye a niñas, niños y adolescentes como sujetos de derechos, promoviendo el cambio del rol del Estado, para la promoción de una ciudadanía sustantiva en esta población, dejando de ser objetos pasivos de la protección del Estado y de los adultos referentes.

El reconocimiento de las infancias y adolescencias como sujetos de derechos en la legislación internacional y nacional constituyó el primer paso en la construcción del paradigma de la defensa, protección y promoción de los derechos humanos. Los Estados se comprometieron a llevar adelante políticas que garanticen a las personas la satisfacción de sus necesidades básicas, en tanto de ello depende el efectivo ejercicio de los derechos humanos más fundamentales, como la vida, entendida como el desarrollo de la personalidad y de la libertad.

La *Guía de los derechos de niños, niñas y adolescentes*, del año 2012, publicada por UNICEF, planteó que el principal garante del cumplimiento de los DDHH es el Estado, teniendo que asegurar la protección de los derechos fundamentales de todas las personas, abstenerse de realizar cualquier conducta o actividad que atente contra ellos y promover herramientas necesarias para el pleno ejercicio de los mismos.

La vulneración de un derecho básico de un niño o niña puede afectar el resto de su vida, debiendo los Estados garantizar el principio del interés superior del niño o niña; es decir, entre el conjunto de intereses involucrados en una situación particular, debe primar el del niño o niña, de manera tal que la resolución esté orientada a garantizar el pleno ejercicio de sus derechos en el futuro.

La Observación General N.º 14 del Comité de los Derechos del Niño analiza jurídicamente el concepto de interés superior del niño, el cual admite tres niveles o ámbitos diferentes para su interpretación, a saber: como principio, como derecho sustantivo y como norma de procedimiento para garantizar el disfrute pleno y efectivo de todos los derechos reconocidos en la Convención, así como el desarrollo holístico del niño.

Asimismo, plantea cuatro elementos esenciales, que son retomados en la Observación General N.º 15 del Comité de los Derechos del Niño, remarcando que todos los servicios y programas de salud infantil deben cumplir con:

- Disponibilidad. En lo concerniente a la existencia de bienes, servicios, centros de atención y de los elementos mínimos indispensables para su correcto funcionamiento.
- Accesibilidad en sus cuatro dimensiones: 1. no discriminación en el acceso a servicios y bienes; 2. accesibilidad física y geográfica a los establecimientos; 3. económica y servicios para todos, en especial para los más desfavorecidos; 4. acceso a la información.
- Aceptabilidad. Representa el necesario ajuste de los planes y sistemas de salud a las condiciones socioculturales de la población.
- Calidad. En la calificación del personal médico, en la calidad de los medicamentos, así como en el equipo hospitalario.

El derecho a la vida, en un sentido holístico, debe entenderse no solo como el garantizar a las personas su sobrevivencia, es decir, la continuidad en los procesos metabólicos que son inherentes a la vida, sino que comprende además el derecho a contar con condiciones vitales que les posibiliten el pleno desarrollo de su personalidad

22

El principio de autonomía progresiva de las niñas, niños y adolescentes los hace artífices de su propio destino personal en el inalienable derecho a la libertad de toda persona a decidir por sí misma respecto de todos los asuntos en que ellas están primordialmente interesadas, a organizar su vida según sus preferencias y deseos.

El Código de la Niñez y la Adolescencia, aprobado por la Ley 17.823 en su Art. 7, considera que *en todo caso tiene derecho a ser oído y obtener respuestas cuando se tomen decisiones que afecten su vida*, ratificando la importancia de la participación de niñas, niños y adolescentes en la toma de decisiones en

asuntos de su interés, respetando su capacidad evolutiva y autonomía progresiva.

En el campo de la salud, esto tiene múltiples manifestaciones: la necesidad de recabar el consentimiento informado del paciente y el derecho a que ciertos aspectos referidos a su vida se mantengan en el ámbito privado y que solo lleguen a conocimiento de las personas que él determine. El deber correlativo del referido derecho es la obligación del profesional de la salud de garantizar el derecho a la privacidad, como facultad de las personas a determinar qué información reservar. Es la voluntad de la persona la que determina que una cierta información resulte o no confidencial.

El efectivo ejercicio de los derechos de las infancias y adolescencias en el ámbito de la salud requiere que la interacción entre los profesionales de la salud, los padres o responsables y los niños se estructure de acuerdo con el nuevo paradigma jurídico, lo que exige la implementación de dispositivos que garanticen sus derechos de acceso a los servicios de atención, de recibir información, de expresar su voluntad y de que esta sea debidamente atendida en un marco de confidencialidad.

La Ley 19.529 (de Salud Mental) tiene escasos contenidos referidos a la protección, respeto y garantías de las niñas, niños y adolescentes como sujetos plenos de derechos y a los momentos evolutivos por los que transitan.

El Art. 24 de la misma norma establece como último recurso terapéutico la hospitalización para situaciones agudas de salud mental y procura que *en el caso de niñas, niños y adolescentes se realice en hospital pediátrico o en áreas de internación pediátrica en hospitales generales*. No obstante, en el Art. 34 referente a la hospitalización involuntaria de las niñas, niños y adolescentes se establece que, por disposición judicial, deberá ser acorde al Art. 121 de la Ley 17.823, de 7 de setiembre de 2004, en la redacción dada por el artículo 323 de la Ley 19.149, de 24 de octubre de 2013. El juez bajo prescripción médica podrá disponer la internación compulsiva en los

“No me dijeron [si era permanente]. Le voy a preguntar si ahora en vacaciones....Por eso suspendimos la dosis de la tarde, en casa no lo quiero tranquilo”. (Mamá de niño de 8 años medicado con Goyal)

“Básicamente si lo que se expresa, en primer lugar, es la ausencia de haber colocado este tema como un tema central en el proceso de discusión de la ley de salud mental, esto ya habla en sí mismo de algunos aspectos de invisibilidad. Y por otra parte, un elemento donde también refiere cuál es el lugar de las infancias y adolescencias que la sociedad les otorga”. (E2)

“Es una ley muy mala, muy pobre... no tiene ni un punto ni una coma con la infancia”. (E1)

casos de *patología psiquiátrica, episodios agudos vinculados al consumo de drogas, tratamiento médico urgente destinado a protegerlo de grave riesgo de vida o de salud suya o de otras personas.*

El Art. 37 de la misma norma plantea el cierre de los establecimientos asilares y monovalentes para el año 2025, a partir de la pretensión de un cambio de paradigma basado en los derechos humanos que promueva la atención preferentemente en el ámbito comunitario, en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial orientado a la promoción, reforzamiento y restitución de los lazos sociales.

El modelo de abordaje propuesto se centró en la promoción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de las personas con sufrimiento mental, con un enfoque multidisciplinario y responsabilidades interinstitucionales, centrado en la comunidad, que busca generar una red de cuidados que actúe en forma coordinada promoviendo la autonomía de las personas, con internaciones solamente cuando aporte mayores beneficios.

Reconoce además que no existe la salud física sin salud mental, por lo que resulta imprescindible abordar el proceso salud-enfermedad no solo desde la perspectiva de la atención del daño, sino también desde una perspectiva de la salud pública, favoreciendo las condiciones de vida que mejoren la salud, como la vivienda, educación, inserción laboral, deportes, etc.

La Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental creada en su Art. 39 tiene competencia para, según el Artículo 40 (C), *requerir a las entidades públicas y privadas del Sistema Nacional Integrado de Salud, información que permita evaluar las condiciones en que se realiza la atención en salud mental, con la debida protección a los derechos de los usuarios.*

La Organización Mundial de la Salud, ante la constatación de que en los establecimientos de salud muchas veces se producen los actos más graves de violación de los derechos humanos y de discriminación a personas con discapacidad mental, discapacidad intelectual o problemas de abuso de sustancias, promovió un *Instrumento de Calidad y Derechos. Evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social.* La evaluación de los establecimientos con estándares y criterios del *Instrumento de calidad y derechos de la OMS* puede ayudar a identificar los problemas en las prácticas de atención de salud existentes, como también promover acciones que garanticen que los servicios mejoren su calidad, respetando los derechos humanos de los usuarios, y promuevan su autonomía, dignidad y derecho a decidir por sí mismos.

En este mismo sentido, en el informe del relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (Naciones Unidas, 2019) se refiere: *La salud mental requiere concentrarse en las relaciones y la vinculación social, lo que exige intervenciones estructurales en la sociedad y fuera del sector de la salud.*

De la misma forma, el relator especial reconoce en los Estados la triple obligación de respetar, proteger y hacer efectivo el derecho a la salud mental, exige que los Estados garanticen políticas, leyes y prácticas que no obstaculicen la promoción de la salud mental o el bienestar, en particular de las personas que se encuentran en las situaciones más desfavorecidas.

Asimismo, exhorta a los Estados a una acción positiva y protectora contra la utilización de la religión en lugar de la ciencia o de los conflictos de salud mental y la influencia desproporcionada que ejercen las empresas farmacéuticas en la divulgación de información tendenciosa sobre las cuestiones relacionadas con la salud mental.

Igualmente, solicita a los Estados actuar fuera del sector de la salud en alternativas al modelo biomédico, en los hogares, las escuelas, los lugares de trabajo y las comunidades para la recuperación de la salud social, el fortalecimiento de la comunidad y la promoción de una sociedad saludable.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su Observación General N.º 14 (2000) sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, estableció una lista de determinantes básicos en una concepción amplia de la salud. Dichos determinantes comprenden, según el relator especial (2019), la inclusión en la comunidad, un entorno libre de violencia para los niños, la eliminación de la violencia contra la mujer, la participación en la diversidad cultural y la erradicación de la xenofobia, factores psicosociales de la salud en relación con las personas en movimiento, personas privadas de libertad, personas con discapacidad psicosocial y los niños y adolescentes.

4. Contextualización del tema en Uruguay: datos cuantitativos y cualitativos

En Uruguay, toda persona a la que se le prescriben psicofármacos y/o psicoestimulantes desde el sistema de salud público y privado debe acceder a ellos a través de mecanismos de control del Ministerio de Salud Pública (recetas verdes o naranjas, según el psicofármaco o el psicoestimulante, donde se solicita nombre y apellido, Cédula de Identidad, domicilio, médico que recetó). Ello implica que la información cuantitativa está, lo que debería ilustrar con claridad el estado del arte en el país hoy día, y, a su vez, poder realizar estudios longitudinales a lo largo del tiempo. Sin embargo, ha sido una constante la respuesta de este organismo de contralor en no contar con recursos humanos para la sistematización de esta información. Ello hace que los datos cuantitativos y agrupados que releve y/o transparente el Estado en la materia no estén al alcance. En este sentido, y en la especificidad de las infancias y adolescencias, Uruguay ha sido observado por el Comité de los Derechos del Niño en 2005, 2010 y 2015,⁵ debido a la situación predicha. En el último informe se plantea la existencia de *incoherencias* y *lagunas respecto de la reunión de datos*, haciendo particular énfasis en la salud.⁶ Este mismo diagnóstico realiza el presidente del Comité de Derechos del Niño de Naciones Unidas, Luis Pe-

27

5 Comité de los Derechos del Niño (2005). *Observaciones finales*. Organización de las Naciones Unidas.

Comité de los Derechos del Niño (2015). *Observaciones finales. Uruguay crc/c/ury*. Organización de las Naciones Unidas.

Comité de Derechos Sociales, Económicos y Culturales (2010). *Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud de los artículos 16 y 17 del Pacto*. Organización de las Naciones Unidas.

6 Dice expresamente *en particular en las esferas de la salud, la justicia juvenil, la violencia y los malos tratos y la discapacidad*.

“El principal problema en Uruguay mientras estuve más fuertemente involucrado acá ha sido el de la medicalización. Ante cualquier problema de comportamiento a lo que se recurre es a medicar, y eso en el ámbito educativo y en el terreno que yo me movía, que era la justicia penal juvenil también”. (E1)

dernera, que considera que: *en Uruguay hay un gran problema y es el de los datos. No hay información.*⁷

Por ello, debe destacarse la información acumulada a través del desarrollo de investigaciones y acciones desde el ámbito académico, la sociedad civil y diversas instituciones públicas en sus áreas específicas de trabajo. Se resaltan las visitas e informes realizados por la INDDHH a clínicas psiquiátricas para niñas, niños y adolescentes, o instituciones estatales totales, donde se analiza y denuncia la realidad en la materia desde una perspectiva de DDHH, así como diversos documentos de relevamiento y denuncia de organizaciones de

la sociedad civil⁸ a situaciones de vulneración de derechos. Asimismo, diversas investigaciones realizadas desde la Universidad de la República en los últimos años han producido conocimiento a partir de los datos recabados por minuciosos trabajos de campo que logran relevar esta información y analizar las prácticas de medicamentación y psicopatologización de las infancias y adolescencias en el Uruguay.

A continuación, se sintetizan varias de las fuentes predichas con la finalidad de contextualizar en términos cuantitativos y cualitativos la situación de la salud mental en las infancias y adolescencias de nuestro país.

Según datos surgidos de la Junta Nacional de Drogas y sistematizados en la publicación titulada *Derecho a la educación y mandato de obligatoriedad en la Enseñanza Media. La igualdad en cuestión* (Cristóforo et al., 2017), los fármacos, tanto tranquilizantes como estimulantes, están entre las drogas de mayor prevalencia en las adolescencias en el Uruguay, en una secuencia realizada desde el 2002 hasta el 2014. En este sentido, en la síntesis de dicha secuencia, el 15% de las adolescencias en Uruguay había consumido tranquilizantes, mientras que el 4% había consumido estimulantes: *De este modo, es posible sostener que, desde el 2002, 1 de cada 6 adolescentes han consumido tranquilizantes y 1 de cada 25 adolescentes han consumido estimulantes. Esto refleja que, lejos de ser un asunto coyuntural, da cuenta de un patrón estructural que genera pautas de consumo de este tipo de sustancias*” (Angulo, S. y Míguez, M. N., en Cristóforo et al., 2017, p. 188).

7 Entrevista realizada en agosto de 2019 para la elaboración del presente informe.

8 Ejemplo de ello han sido los informes elevados desde organizaciones como El Paso, Serpaj, Instituto Gustavo Volpe, entre otras.

Por otra parte, un estudio realizado en 2014 sobre la realidad del uso de psicofármacos en niños y niñas menores de 15 años hospitalizados en el Pereira Rossell, a través de una encuesta a padres, revela que de 608 encuestados, 46 niños consumían 74 psicofármacos (Mastroianni *et al.*, 2017). La caracterización del consumo y la población atendida revela que la amplia mayoría de ellos son varones (71%), con un promedio de edad de 10 años, aunque la mayoría tenía más de 11 (54%). En relación a los psicofármacos suministrados, se destacan los antipsicóticos (64,8%), estabilizantes del humor (16,2%) y estimulantes (6,8%); predominando el uso de Risperidona. Concluye este informe que existe una *escasa frecuencia de tratamientos con enfoque multimodal* (Mastroianni *et al.*, 2017, 139).

Otro acercamiento cuantitativo se encuentra en el relevamiento realizado por la Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud (ENAJ) en 2013, que plantea que el 18,8% de los/as adolescentes, de entre 12 y 17 años, realizaron una consulta psicológica al menos en ese último año, mientras que el 5,6% mantuvo al menos una consulta psiquiátrica. El análisis por género no revela grandes variaciones en las proporciones mencionadas, mientras que se observa un leve aumento en las consultas psiquiátricas en aquellas edades comprendidas entre 15 y 17 años (6%). La información desagregada por quintil, elaborada por el MIDES, muestra una mayor proporción relativa de adolescentes del quintil 3 con asistencia en el último año a un psiquiatra (8,5%) y también a un psicólogo (21,8%), pertenecientes a hogares de ingresos medios (ENAJ, 2013). Los datos de la ENAJ realizada en 2018 no se hallan disponibles aún.

A través de diversas solicitudes de acceso a la información pública realizadas por el Comité de Derechos del Niño del Uruguay,⁹ se deja constancia de una importante ausencia de información por parte de las instituciones estatales de control y provisión de servicios de salud mental en adolescencia. En este sentido, señala el prestador público de servicios de salud (ASSE) que posee para la atención en salud mental un total de 47 equipos comunitarios,¹⁰ tanto para adultos como para niñas, niños y adolescentes, dentro de los cuales identifica con especialidad en infancia y adolescencia a psiquiatras pediátricos, actuando 25 de ellos en Montevideo y 30 en el interior del país, sin explicitar la distribución de dichos servicios. Por otra parte, a través de este mecanismo, el

9 AIP elaborados y entregados a INAU, ASSE y MSP en julio de 2019.

10 Compuesto por trabajadores sociales, psicólogos, enfermeros y “técnicos en rehabilitación”, al menos según la disposición para la conformación de estos equipos. En territorio, sustancialmente en el interior del país, estos equipos interdisciplinarios no logran ser tales.

MSP reporta un total de egresos de internaciones en clínicas especializadas en salud mental de niños, niñas y adolescentes a través de prestadores privados, de 622 en 2017 y 1245 en 2018. Este dato recoge parcialmente la realidad, dado que falta el registro proveniente de internaciones de niños, niñas y adolescentes institucionalizados en INAU. Se advierte sobre la duplicación del número de internaciones, por lo que se ve la necesidad de profundizar en las razones de este fenómeno.

Otro insumo relevante, que da cuenta de la realidad vigente en materia de atención en salud mental, lo confiere una reciente declaración de las sociedades de psiquiatría del país. Allí se denuncia la existencia de importantes desigualdades en la atención en salud mental, en particular la situación de ASSE Montevideo y área metropolitana, donde *los psiquiatras trabajan en peores condiciones [...] y atienden población cuyo contexto socioeconómico limita las posibilidades de intervención*. Además, y en particular sobre la atención, sostiene que *en el caso de la infancia y la adolescencia [...] se prolongan los tiempos en los hospitales –con la iatrogenia que esto implica– por la ausencia de dispositivos de egreso, centros de día, etc. Además existe un incremento de patología en la infancia que es imposible atender como corresponde por la desintegración de equipos de atención al niño y su familia*. (API, SPU, SUPIA, 2019)

En tal contexto, la investigación académica desarrollada por la UDELAR en los últimos años se orienta a profundizar o destacar situaciones y dispositivos vigentes, a través de diversas disciplinas y abordajes. De los servicios universitarios de la Universidad de la República se identifica una vasta producción en torno a esta temática en la Facultad de Psicología y la Facultad de Ciencias Sociales, encontrándose también, aunque en menor cantidad, producción desde la Facultad de Medicina u otras facultades afines.

Por su parte, la INDDHH, a través del funcionamiento autónomo del Mecanismo Nacional de Prevención (MNP), desarrolla desde 2016 visitas de monitoreo y seguimiento periódicas al sistema de protección de 24 hs de niñas, niños y adolescentes, al sistema de responsabilidad penal juvenil, al sistema carcelario de adultos, a seccionales policiales y unidades de detención dependientes del Ministerio del Interior, a instituciones psiquiátricas. Las mismas forman parte del sistema de monitoreo de Naciones Unidas, a través del Protocolo de la Convención contra la Tortura (CAT), del año 1984, ratificado por Uruguay en 2005. En el marco de las visitas correspondientes a 2016, destaca un informe puntual del mismo año sobre la situación de la clínica de

atención a situaciones de episodios agudos. La clínica estaba definida para el tratamiento psiquiátrico, médico y psicológico de niñas, niños y adolescentes con situaciones de episodios agudos en relación a la salud mental,¹¹ y contaba con el total de 45 niñas, niños y adolescentes internados, siendo la mitad de ellos y ellas del interior del país.¹² En la visita realizada, el MNP denuncia la existencia de numerosas situaciones de niñas, niños y adolescentes con alta médica que residen aún en estas clínicas, bajo el mismo régimen que el resto de los/as internados/as. Esta situación está dada por la ausencia de propuestas de protección acordes a las necesidades de cuidado de los y las adolescentes que cuentan con alta médica (MNP, 2016). No se trata solamente de ausencia de centros residenciales, sino también de la necesidad de propuestas de atención especializada, o servicios de apoyo al cuidado domiciliario para el retorno de los niñas, niños y adolescentes a su medio familiar. Hacia 2018, el MNP advertía en su Informe Anual la persistencia de dicha situación en centros de atención para episodios agudos (MNP, 2018).

Por otra parte, y en relación a un espacio institucional específico como el de la privación de libertad en adolescentes (INISA), el MNP realiza en dicho Informe 2018 un llamado de atención sobre la utilización de psicofármacos y el desconocimiento de estos por parte de las adolescentes. *Entre las adolescentes privadas de libertad en el Centro de Ingreso Adolescente Femenino durante 2018, se advirtió que todas ellas tomaban psicofármacos, los cuales, según sus testimonios, eran suministrados para el tratamiento de la angustia, de los síntomas de la abstinencia de drogas o para lograr conciliar el sueño. Si bien se reconoció la intervención y el control médico en la prescripción, ninguna de las jóvenes conocía el nombre de los medicamentos indicados* (MNP, 2018, p. 47).

Por último, y con fines exploratorios y aproximativos, se realizó en el marco del Grupo de Adolescentes de Participación del Comité de Derechos del Niño del Uruguay una dinámica para relevar su visión y experiencia en torno al tema. Allí, se les consultó y dialogó con siete adolescentes (cuatro mujeres y tres varones), de entre 15 y 17 años de edad, sobre la atención en salud mental recibida.¹³ A partir de dos grupos de discusión y la puesta a punto colecti-

11 Lo que implica una internación convenida de un plazo aproximado a 40 días, para luego ser derivado a Centros de Medio Camino.

12 Al momento del informe, contaba con 48 plazas para niñas, niños y adolescentes (12 para niños y 36 para adolescentes) de entre 8 y 17 años de edad.

13 En particular, y como disparadores de la discusión, se definieron las siguientes preguntas: ¿Conocés cómo funciona el sistema de atención en salud mental? ¿Te parece adecuado o lo

va, manifiestan las adolescentes su preocupación en relación a la medicación excesiva, en distintos marcos de atención vivenciados. En relación al primer nivel, surge por parte de los adolescentes el planteo de tiempos “excesivos” para ser atendidos. Se señalan demoras mayores a cuatro meses para ingresar en el Comité de Recepción, sintiendo una de ellas fuerte sobreexposición al tener que narrar en diversos ámbitos las razones de la consulta.¹⁴ Además, dos manifestaron haber estado desinformadas respecto de la medicación suministrada anteriormente; planteando una: *[me dijeron] ‘tenés que tomarlo’ y punto. Sin preguntarte.* Por último, se destaca una opinión dada en relación al diagnóstico que reciben ellos y ellas en salud mental: *Por problemas familiares, sociales, nos medican, cuando muchas veces sabemos que precisamos apoyo, y no medicación,* mencionando la necesidad de incorporar a la familia y amigos en los tratamientos.

cambiarías? ¿Tenés idea de qué hace un psicólogo? ¿Tenés idea de qué hace un psiquiatra?
14 *Psiquiatra y psicólogo; más supervisora, médico...*

5. Relación entre el sector salud y educación

El origen fundacional de la institución educativa en este país marcó (y marca) un dispositivo homogeneizador que persiste más allá de los momentos históricos. Este dispositivo, como matriz, atraviesa todos los centros educativos del país, en lo público y en lo privado, los cuales están regulados por un mismo marco normativo a través de la Ley General de Educación (Ley 18.437, de 2008).

En este dispositivo homogeneizador, aparece en escena la conjunción educación–salud, determinando lógicas y prácticas entre ambas instituciones que se encarnan en la vida cotidiana de los sujetos, donde uno no existe sin el otro.

El Dr. Tamosiunas –en la conferencia “Fármacos y medicamentación. Efecto placebo” (Hospital Pereira Rossell, 2019)– refiere en este sentido que entre la carta de la maestra y la reacción del médico hay una relación directa a la hora de indicar medicación a niños y niñas.

Una de sus aristas refiere a la biologización de los conflictos, que resulta en un reduccionismo según el cual las situaciones de vida de los sujetos o grupos son explicadas por características individuales, y donde las condiciones sociales, políticas, económicas e históricas no parecerían tener influencia. De ahí la brecha entre lo discursivo (marcos normativos y conceptuales) y las prácticas que los formatos escolares habilitan (o no).

En este contexto, sin desconocer la existencia de prácticas promotoras de salud, las lógicas pedagógicas quedarían supeditadas a las lógicas médicas, en una sociedad uruguaya históricamente medicalizada y medicalizadora. Así, aprender o no aprender son fenómenos que terminan siendo direccionados como individuales; es decir, es el niño/a o adolescente el último responsa-

“El sueño de todos ha sido, y yo creo que en gran medida se ha articulado, y muchos de nosotros hemos peleado, por que educación y salud estén juntas”. (E3)

“...el niño queda a la deriva de la derivación [...] porque la derivación resulta un periplo muy violento para el niño”. (E6)

“A las escuelas les resulta muy difícil sostener a determinados niños”. (E3)

“Vos vez que te llega la carta de la maestra con ‘este nene no puede entrar más a clase si no está medicado’. Entonces vos leés y decís, bueno, a ver, qué le pasa a este nene. Lo mínimo, lo menor de todos esos problemas será el desajuste conductual que tiene, que es totalmente reactivo a la disfunción familiar.” (E4-2)

ble de su aprendizaje o de su fracaso, siendo la institución educativa o los formatos escolares pocas veces interrogados. En este entramado, tiende a imponerse el diagnóstico al niño/a o adolescente como fin y no como medio, reduciéndose a una herramienta que lejos de complejizar el problema y abrir puertas a diversas formas de entenderlo, queda reducida al lugar de toda explicación-justificación de lo que sucede.

Esta tendencia se plasma en las posturas en salud mental que desde el MSP se proponen como marco en el documento borrador del Plan Nacional de Salud Mental 2019–2027, puesto a discusión en diferentes ámbitos: *A diferencia de lo que sostiene la creencia popular, los trastornos mentales son comunes durante la niñez y adolescencia. Tampoco se debe suponer que toda esa carga remite espontáneamente o que carece de impacto funcional. Además, muchos de los desórdenes que son diagnosticados frecuentemente en los adultos pueden comenzar durante la infancia.* (Martínez Apud, MSP, 2019)

Se entiende que esta temática es más compleja que el planteamiento precedente, en tanto involucra a múltiples actores, situaciones singulares y colectivas y tramas societales diversas. Se trata de cuestionar los diagnósticos categóricos irreversibles. Quedar atrapados por concepciones que “alertan” y se “convencen” de que ha aumentado la incidencia de las patologías PSI en infancias y adolescencias, sin analizar la manera en la que se construyen y sostienen socialmente las categorías diagnósticas utilizadas, lleva al planteamiento de posturas reduccionistas que se pretende trascender. En este sentido, retomando a Muniz (2017), la presión de la escuela, por una parte, y el mandato médico, por la otra, es percibida por las familias como causa de sufrimiento, desplazando este al niño/a o adolescente, ya que son sus comportamientos el origen de dicha presión y/o mandato: *De esta forma el niño se queda solo con su malestar y las causas que lo generan* (p. 227).

El niño/a o adolescente, siendo el principal emergente de esta situación, pocas veces es escuchado en lo que tiene que decir sobre lo que le pasa, entendido desde el mundo adulto de las distintas instituciones que lo trans-

versalizan (educación, salud, familia) y valorado en su subjetividad.

No obstante, no se puede dejar de señalar que el sistema educativo viene reflexionando y pensando propuestas para poder instrumentar, de acuerdo a la Ley de Educación, estrategias que aborden la diversidad de infancias en sus singularidades. En el año 2018, el Consejo de Educación Inicial y Primaria publica una propuesta denominada: "Documento de orientación para la protección de trayectorias y para la Elaboración del proyecto de trabajo Personal", que propone organizar las prácticas de los centros educativos y las trayectorias educativas de los niños desde su singularidad.

"Todo lo que tiene que ver con lo diferente produce malestar en el docente, malestar en la familia y malestar en el niño. Y específicamente en la salud mental se ve muy claro eso". (E6)

6. Reflexiones de las prácticas en torno al tema

6.1. Reflexiones de las prácticas de salud en general

Históricamente la medicina desde un modelo hegemónico consideraba a las personas enfermas como incapaces de tomar decisiones acerca de su vida y su salud, lo que obligaba a confiar en la decisión de los profesionales de la salud, quienes se consideraban capacitados para esto. Esto comienza a cambiar paulatinamente con el reconocimiento de las personas como sujetos de derecho y la revisión de prácticas paternalistas en los equipos sanitarios. Aunque el paternalismo busca generar un beneficio para la persona, restringe la autonomía o libertades individuales, tomando las decisiones sobre la salud de la persona sin su consentimiento. Es una relación asimétrica de poder que lleva a ponderar los saberes técnicos y supuestamente objetivos de los profesionales de la salud sobre los saberes de las personas que padecen una enfermedad o tienen que tomar decisiones sobre su salud.

Las prácticas sanitarias actuales continúan teniendo muy arraigado dicho modelo en la relación clínica, anteponiendo un supuesto beneficio y protección para las personas. Esto es aún más evidente en la asistencia sanitaria de las infancias y adolescencias. Se puede encontrar entre los discursos de los profesionales de la salud múltiples argumentos para sostener este paternalismo como una de las herramientas que tiene el equipo sanitario para lograr beneficios en la salud de los niños, niñas y adolescentes. Cuesta reconocer que el verdadero beneficio será el que el niño, niña o

“Hay una pérdida de sentido común, en una sociedad altamente consumista donde todo debe pasar por la voz de los técnicos (colabora para ello la posición academicista de la academia), desautorizando el saber popular”. (E7)

“No me dijo nada, la doctora leyó el informe y me mandó la medicación y no me dijo nada más. Dijo que era para bajarle los decibeles. Que no fuera tan hiperactiva. Yo mucho no estaba de acuerdo, pero trataba de que estuviera más tranquila y se concentre”. (Mamá de niña de 8 años a la que se le indicó Quetiapina)

“No nos parece adecuado, porque nos parece que los niños y adolescentes, que la forma de atendernos a la hora de ir a ese control de salud o de mentalidad muchas veces no es lo correcto, porque nos genera mucha desconfianza y ganas de no acudir más”.

“Hay que acordar una relación de confianza entre niños, niñas y adolescentes y generar un vínculo más habitual entre doctor y paciente”.

“Se deben respetar nuestros derechos. Aunque seas menor de edad te tienen que escuchar, saber qué te pasa y qué sentis”.

Una adolescente plantea la necesidad de que su privacidad sea respetada, sobre todo en la atención psicológica, afirmando que muchas veces los psicólogos les prometen privacidad y luego cuentan lo conversado con los adultos, incluso delante de ellos.

“...hace falta un abordaje integral, con la familia, los amigos y el personal de la salud”.

(Opiniones de adolescentes en un taller sobre salud)

adolescente perciba como tal y no el que el equipo de salud determine a priori. En todo momento este proceso debe darse con el apoyo de referentes adultos de su confianza.

A pesar de que la CDN desde hace 30 años reconoce a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos, esto con frecuencia no se ve reflejado en las prácticas sanitarias ni en el diseño de las políticas de salud. Frecuentemente los profesionales tienen dificultades para darle participación en los procesos de atención de salud, permitiendo que tomen las decisiones de acuerdo a su nivel de madurez y desarrollo. A veces son las propias familias las que consideran que deben ser protegidos y transitar sus problemas como meros mediadores. Esta creencia cultural adultocéntrica está muy presente en la sociedad e influye notoriamente en el accionar de los profesionales. Las prácticas se van naturalizando a tal punto que no nos llama la atención la nula o escasa participación de niños, niñas y adolescentes en sus problemas. Muchos servicios de salud no están diseñados con esta finalidad, quedando priorizadas las voces de las personas adultas.

Existe dificultad para propiciar entrevistas con los niñas, niños y adolescentes a solas, muchas veces estipulando edades de corte para considerar esta posibilidad. Se ha

naturalizado la consulta con la persona adulta aun cuando esta no es de referencia para el niño o niña.

En tal sentido, el funcionamiento institucional y los procesos de gestión vulneran los derechos.

No se trata solo de escuchar a las infancias y adolescencias, sino de considerar su opinión en todo el proceso asistencial, participando en su proceso de salud de acuerdo a su madurez y desarrollo. Se debe ejercitar dicha participación desde etapas tempranas, siendo los controles de salud el espacio óptimo. Se debe utilizar lenguaje apropiado y formas de comunicación efectivas para las distintas edades, de tal forma que se pueda acceder a la información sobre la salud y opinar o tomar decisiones en caso de que corresponda. Existe tendencia a considerar el principio de autonomía progresiva a edades más cercanas a los 18 años, sin embargo la participación en los procesos de atención debería darse a todas las edades.

En algunos servicios existe la creencia de que la entrevista en niños no presenta las características necesarias para resguardar la confidencialidad. Es más frecuente mantener la confidencialidad e intimidad en la consulta con los adolescentes.

Diversos instrumentos ayudan a operativizar la CDN en la práctica sanitaria, por ejemplo la *Guía Derechos de los niños, niñas y adolescentes en el área de la salud* (2012), elaborada por la Iniciativa Derechos de Infancia, Adolescencia y Salud en Uruguay, así como otras guías que incorporan este paradigma.

“La pregunta central es qué nos pasa a los adultos, ... tenemos que repreguntarnos como sociedad qué nos pasa a los adultos, qué les pasa a las instituciones con los niños”. (E2)

“Conocemos ciertas partes pero no sabemos el procedimiento habitual, y si es adecuado para todos los casos. Cambiaríamos los tiempos y la forma de atención”.

“Mucho trámite”, comenta una adolescente que esperó cuatro meses para ingresar al Comité de Recepción, “entre psiquiatra y psicólogo; más supervisora, médico...”

6.2. Reflexiones de las prácticas en salud mental en el primer y segundo nivel de atención

La visión adultocéntrica descrita se reproduce en las prácticas en donde se aborda el sufrimiento psíquico de las infancias y adolescencias.

El primer contacto con el sistema de salud es frecuentemente demandado por referentes familiares o institucionales y profesionales que trabajan con esta población. En el Sistema Nacional Integrado de Salud la primera

“Tal vez el tema de la salud mental es una de las expresiones de otros procesos sociales y también individuales”. (E2)

“Me dijeron [en la escuela] que tratara de darle los medicamentos si no lo iban a suspender. Me preguntaron si le iban a cambiar la medicación porque él la toma de mañana y de tarde”. (Madre de niño de 10 años medicado con Goval y Trileptal)

“Otro tema importante es trabajar con los adultos referentes la salud mental, porque ahí uno visualiza también que hay aspectos del sufrimiento de los adultos.” (E2)

“Se hace imprescindible el espacio para los adultos, desde mi experiencia hay una clara crisis en la adultez y sus tareas en el cuidado y atención de la infancia. Trabajo con familias, con colectivos, con comunidades”. (E7)

respuesta a esta demanda es con frecuencia a través de los médicos (médico de familia o pediatra). A este nivel se deben tener en cuenta las distintas concepciones y prácticas que llevan a cabo los profesionales, identificando gran heterogeneidad; dependiendo de los recursos disponibles en la institución, de la relación con los recursos territoriales y de la planificación de los servicios de atención. Esto puede diferenciarse según se trate del sector público o privado y entre cada institución. Existe heterogeneidad en el acceso a los profesionales de la salud mental. La disponibilidad de recursos humanos para la atención muchas veces es escasa en cuanto a cantidad y disposición de horas y frecuencia en la atención. En el interior del país estas deficiencias se acentúan. Es preocupante cuando los niños, niñas y adolescentes tienen que transitar por un periplo de derivaciones para el acceso a los especialistas en salud mental.

También es un problema la carencia de un trabajo interdisciplinario e intersectorial. Esto se hace visible en la falta de comunicación entre los distintos actores involucrados y con el niño, niña o adolescente.

Un ejemplo es cuando la comunicación entre los profesionales de la salud y los de la educación se reduce a un informe escrito. Existen importantes debilidades en cuanto a espacios de intercambio entre las distintas instituciones donde el niño, niña o adolescente transita. En los procesos asistenciales no está pensado ni contemplado este aspecto, lo que podría limitar a los profesionales a pesar de su intención de realizarlo.

Se trata de un funcionamiento inadecuado del sistema de referencia-contrarreferencia, siendo esto indispensable para mantener coherencia en las acciones hacia los usuarios.

Muchas de estas consultas remiten a situaciones de vulnerabilidad social, crisis propias de la etapa evolutiva o señales de alerta que no necesariamente implican un problema de salud mental.

En estas prácticas es frecuente que se excluyan las respuestas a los referentes, sean familiares o institucionales.

Es importante identificar cómo se trabaja la responsabilidad de las personas adultas y se las acompaña y se buscan estrategias de fortalecimiento para la crianza. Muchas de las instituciones vinculadas al SNIS no presentan la prestación de grupos de padres, talleres, etc., para trabajar con esos adultos que deben sostener en condiciones extremadamente difíciles.

Existe consenso o acuerdos en que la salud debe dar respuesta a problemas como la violencia pero que el sistema sanitario debe ser parte de la respuesta, no la única. Se deberían evitar las múltiples intervenciones que patologicen el sufrimiento.

Un avance sustancial es la incorporación en el Sistema Nacional Integrado de Salud del Plan de Implementación de Prestaciones de Salud Mental (MSP, 2011) con el objetivo de poder contar –en todos los efectores integrales– con un abanico de prestaciones en Salud Mental, accesibles y con carácter obligatorio.

Se plantea que la inclusión de estas prestaciones y modalidades de acción terapéutica dentro del SNIS, implica:

- Abordar la integralidad de la salud en las diferentes franjas etarias, con las especificidades correspondientes a cada franja etaria, incluyendo los aspectos instrumentales, psicológicos y sociales.
- Que la atención psicológica es un derecho que progresivamente debe integrarse a las prestaciones universales de salud.
- Priorizar el primer nivel de atención, actuando sobre los factores de riesgo y las poblaciones vulnerables.
- Intervenir sobre aquellas situaciones más frecuentes para contribuir a facilitar el desarrollo saludable de niños, adolescentes y jóvenes.
- Poner el acento en los motivos de consulta más frecuentes en la infancia y adolescencia, cuya atención actúa como prevención de situacio-

“El psiquiatra que trabaja en el sistema mutual cumple sus horas dentro del consultorio, te lo digo por experiencia... de esa manera no podemos formar un verdadero vínculo y una verdadera articulación”. (E3)

“A los adultos se nos está haciendo difícil el diálogo, el acercamiento y la comprensión de los padecimientos de los chiquilines”. (E2)

Entrevistada: –Antes teníamos 15 minutos para la consulta. ¿Qué podés hacer en 15 minutos?

Entrevistadora: –¿Y ahora?

Entrevistada: –Y ganamos 5 minutos [risas]. Y en algunos media hora... o una hora. Depende de la institución. Porque vos en 15 minutos, ¿qué haces? Nada... en un niño..., ganaste confianza. (E4-2)

nes posteriores de exclusión, violencia y/o muerte prematura.

• Poner el acento en aquellos colectivos que pueden ser multiplicadores de salud.

En todas las instituciones prestadoras (públicas y privadas) se debe contar con un Comité de Recepción (CdeR) cuya función es evaluar la demanda y derivar en busca de la mejor eficiencia de los recursos. Estos comités deben estar constituidos por al menos dos profesiones vincula-

das a la SM. De hecho funcionan a veces como “filtros”, demorando aún más los tiempos de espera. Sus respuestas son heterogéneas, a veces con una visión reduccionista y parcial, si bien existen diferencias entre los profesionales o las instituciones actuantes.

Más allá de los avances importantes del año 2011, se encuentran algunas dificultades en la implementación del Plan tal cual fue pensado. A modo de ejemplo:

- Las respuestas pueden ser limitadas de acuerdo a lo que las instituciones pueden ofrecer: atención con psiquiatría y/o psicoterapia.
- Hay menos oferta de abordajes grupales o familiares.
- Existe poca coordinación entre los profesionales que están a cargo de la atención.
- Preocupa que desde los CdeR exista la posibilidad de generar intervenciones desarticuladas o superpuestas.
- No está definida la estrategia de seguimiento y el rol que cada profesional tiene en este seguimiento.
- Desde el área salud hay escasa coordinación con recursos socio-comunitarios, falta profundizar el trabajo con familias o referentes socioeducativos en sectores no sanitarios.

A su vez, la poca disponibilidad de recursos; las dificultades para coordinar con otros actores hacen que los diagnósticos y la definición de tratamientos estén centrados en la palabra de los adultos, sin una mirada al contexto donde

se producen los síntomas. Con frecuencia, el seguimiento del tratamiento se limita a repetir medicación. En caso de poder acceder a tratamientos psicológicos, la frecuencia y la limitación en las sesiones inciden sobre su eficacia. Dadas las condiciones que el plan de prestaciones ha impuesto, la limitación de los tratamientos es un aspecto a revisar, pero la accesibilidad es otro, ya que la demanda desborda en relación al número de profesionales. Estos problemas se profundizan en la salud pública, donde es dificultoso mantener los tiempos estipulados tanto en frecuencia como en cantidad de sesiones brindadas.

En este contexto se ha generado la creencia de que los psicofármacos son el único recurso o el más accesible y se los utiliza como forma paliativa en respuesta a la falta de otras estrategias.

La reflexión sobre la administración de medicamentos en la infancia, sobre la frecuencia de su uso, sobre su uso como único tratamiento, sin el apoyo de otros abordajes paralelos, queda referida por alguno de los actores entrevistados: *La medicación es necesaria, sí, en muchos casos. Pero aislada no tiene valor.* (E3)

Es muy grave dar benzodiazepinas de joven... después lo siguen. El paciente es el medicamento que prefiere porque nota el efecto inmediato... (E4-1)

En la conferencia mencionada en el capítulo 5 del presente informe, el Dr. Tamosiunas, profesor del Dpto. de Farmacología y Terapéutica del Hospital de Clínicas, plantea algunos conceptos importantes en esta temática. Por un lado señala que se debería distinguir entre el proceso de medicalización, que no es necesariamente nocivo, y el proceso de medicamentación, que consiste en el uso de medicamentos de forma cada vez más frecuente, incluso en situaciones en que no están indicados. Según explicó, la industria farmacéutica sostiene que los medicamentos son imprescindibles para el proceso de medicalización, ya que producir medicamentos para un grupo reducido de personas que sí los necesitan no es rentable económicamente.

En el mismo sentido, una adolescente consultada por el CDNU plantea que frente a situaciones de depresión, el tratamiento indicado por psiquiatra fue el de medicamentación: *Te dan medicamentos de una, cuando no debe ser.* Asimismo, reflexiona respecto de la respuesta dada por el sistema de atención en salud mental que *por problemas familiares, sociales, nos medican, cuando muchas veces sabemos que precisamos apoyo, y no medicación.*

Respecto al efecto placebo, el Dr. Tamosiunas indicó que al evaluar la evidencia en relación al uso de psicofármacos, buena parte de los análisis

“Hay un padecimiento, hay un sufrimiento, y expresiones diversas de cómo las sociedades pero también las personas desde tempranas edades se comienzan a enfermar, o sea, tampoco creo que hay que obviar aspectos que realmente, que yo creo que tampoco nos podemos enfrascar en cuestiones muy duras porque lo que transmiten –yo en este momento no estoy en contacto directo– pero lo que se transmite del sufrimiento de los chiquilines es muy grande, o sea, hay expresiones muy fuertes que se expresan en violencias que los adultos se asustan, nos asustamos, no sabemos qué hacer...” (E2)

“La pobreza es una violencia y es muy difícil ser paciente cuando no tenés qué dar de comer, yo qué sé...” (E4-1)

muestran que no hay diferencias estadísticamente significativas con el efecto placebo. Señala en relación a ello que *el efecto placebo de los medicamentos colabora a la rápida distribución e indicación de los mismos por parte de los médicos. Muchas veces no se tiene real idea del verdadero efecto que tienen los medicamentos.*

La atención en salud no garantiza el derecho a la información y participación de niñas, niños y adolescentes en tanto quedan sujetos a definiciones institucionales o profesionales, las cuales en pocos casos respetan el derecho a la información y a la participación de estos usuarios y sus referentes adultos. Se plantea en este sentido que *la medicación no es administrada la mayoría de las veces con la información necesaria para todas las partes y no se evalúan todos los factores que se relacionan a la administración de*

un medicamento (E7). Allí, son las familias pero fundamentalmente los niños, niñas y adolescentes quienes quedan en situación de mayor vulneración, al desconocer las definiciones tomadas por el mundo adulto y médico. *El tema de la salud mental es un tema de muchas disciplinas, pero también de los niños y sus familias, que son las voces que no aparecen* (E1). Este aspecto es resaltado por los propios adolescentes, que reclaman no sentirse parte del proceso de atención y el tratamiento definido por los profesionales: *Aunque seas menor de edad te tienen que escuchar, saber qué te pasa y qué sentís.*

Por otra parte, y en virtud del cumplimiento con las garantías de denuncia, se advierte la poca difusión, conocimiento y accesibilidad a los mecanismos de denuncias y quejas creados, que pudieran utilizar las niñas, niños y adolescentes frente a eventuales abusos o malos tratos en el SNIS.

Se llama la atención sobre acciones institucionales que refuerzan el estigma y la soledad, con diagnósticos que por ejemplo no consideran la situación de violencia, entonces quedan niños, niñas y adolescentes ‘etiquetados’,

estigmatizados, desprotegidos y desatendidos. La falta de formación en violencia del personal de salud, en especial quienes atienden salud mental, junto a los escasos tiempos para la atención, genera acciones de omisión y/o de violencia institucional. Es especialmente grave y difícil el abordaje cuando el sufrimiento psíquico de niñas, niños y adolescentes se da en situación de pobreza, donde se potencia la vulneración de derechos y se corre el riesgo de “patologizar la pobreza”, es decir interpretar como patológicos aspectos que surgen básicamente como consecuencia de las condiciones sociales de existencia de esas infancias o adolescencias.

En situaciones en las que el sufrimiento se manifiesta por comportamientos que no pueden ser sostenidos desde el sistema de protección o desde otras instituciones, se naturaliza la práctica de coordinar la atención con instituciones psiquiátricas, de agudos, medio camino y crónicos.¹⁵ En el interior del país supone además el traslado a otros departamentos, lo que genera mayor aislamiento y soledad. No siempre los niños son acompañados por referentes de su confianza, y las coordinaciones y las visitas de personas de su confianza son poco frecuentes.

De ser necesaria la internación, se debería garantizar la atención en sus departamentos y en ningún caso se justifican acciones que no respeten sus derechos y los principios de información y participación.

“En un país de viejos, donde los niños son pocos y generan ciertas incomodidades, la mejor forma de tenerlos tranquilos es controlándolos, y una es la medicación. Creo que es un debe en materia de salud porque los dispositivos que tiene Uruguay todavía siguen siendo para tratar lo agudo. No está planteado en términos de una política de salud en el sentido más amplio, donde uno pueda acceder a una serie de terapéuticas donde no necesariamente incluyen la medicación”. (E1)

6.3. Reflexiones de las prácticas en los servicios del tercer nivel de atención

El Plan de Prestaciones (MSP, 2011) prevé que la internación de las niñas, niños y adolescentes con sufrimiento psíquico se realice en hospitales o ser-

15 En lo que refiere a servicios con convenio con INAU, se debería hablar de Centros de atención a episodios agudos, centros de atención integral en salud mental o centros de atención a personas con trastornos severos.

vicios pediátricos y de adolescentes. Se debería fortalecer el trabajo interdisciplinario para dar respuesta a estas situaciones de manera integral.

También en este nivel de atención se encuentran mayores dificultades en la atención de los niños del interior del país. En junio del presente año, las asociaciones de psiquiatras (Asociación de Psiquiatras del Interior, Sociedad de Psiquiatría del Uruguay y Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia) difundieron un documento en el que señalan: *En el interior no se cuenta con guardia de retén en psiquiatría pediátrica, por lo cual en casos de urgencia los pacientes y sus familias son trasladados de departamento o al hospital Pereira Rossell. Hay asimismo largas listas de espera en policlínicas (API, SUPIA, SPU).*

Otro problema detectado es la prolongación de internaciones –que primariamente tienen la finalidad de proteger a niñas, niños y adolescentes–, que luego del alta médica la estadía hospitalaria queda a la espera de resoluciones judiciales o ingresos a sistema de cuidados. Esta situación vulnera los derechos y genera por el propio sistema situaciones que terminan siendo patologizadas y medicamentadas. Esto debe interpelar las alternativas para las derivaciones y el egreso.

6.4. Institucionalización: dispositivos de atención especializados en salud mental¹⁶

En este apartado se pondrá foco sobre algunas prácticas violatorias de derechos que se desarrollan en centros de atención de situaciones agudas y de medio camino.

Partiendo de los criterios de la oms (2012),¹⁷ se identifican deficiencias sustantivas en el cumplimiento de los estándares de calidad y garantía de derechos humanos. Al encontrarse debilidades en la formación del personal que trabaja en los centros, se somete a restricción de libertades, violación del derecho a la intimidad, se limita la vinculación con el medio, el derecho al ocio, la educación y la re vinculación con referentes afectivos. En este caso no hay garantías de protección en la medida en que no se instalan mecanismos de queja y denuncia

16 INAU no acuerda con el contenido expresado en este punto.

17 Instrumento de Calidad y Derechos de la oms *Evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social.*

de violencia. Los centros que profundizan el aislamiento crean condiciones para los abusos y violencias en sus prácticas institucionales (OMS, 2012).

En aquellas situaciones en las que la internación se prolonga innecesariamente, incluso luego del alta, no se respeta el derecho a la vinculación con el medio, se limitan o restringen las visitas de referentes afectivos, se restringen las actividades recreativas, prácticas que según las Reglas de Beijing son de prisión indebida. Existen argumentos médicos que justifican la limitación de la libertad, mientras que otros discuten que no hay justificación para desarrollar acciones de ese tipo, que las mismas representan en su máxima expresión el paradigma de la medicalización y la patologización del sufrimiento, que se desarrollan como respuesta a las debilidades institucionales para proteger a niños, niñas y adolescentes con altos niveles de sufrimiento. Persiste la naturalización de tratar niños, niñas y adolescentes como objeto de las intervenciones, y algunos sufren la discriminación de otros actores institucionales con responsabilidad en la atención. A modo de ejemplo se conocen situaciones en las que se ha negado la atención en salud en situaciones agudas.

En las prácticas violatorias de derechos que homogenizan las intervenciones, no hay planes de trabajo individualizados considerando cada situación.

Asimismo se ha constatado¹⁸ que en situaciones de internación se dan prácticas de encierro en las que no quedan claros los criterios de atención en salud y que pueden ser interpretadas como violaciones a la intimidad y la libertad (encierro en un cuarto 'porque estás triste', la prohibición de salir a estudiar, la limitación en el ocio, limitar las visitas de los seres queridos, la vigilancia con cámaras, que le quiten las pertenencias).

Debido a las dificultades relativas a los mecanismos de denuncia y queja existentes, los niños, niñas y adolescentes quedan rehenes de estas prácticas.

“Hay un tema con las instituciones, los niños no se adaptan a las instituciones y no el análisis inverso. Es decir, son instituciones que se tienen que adaptar a esos niños”. (E1)

“El sistema de encierro no varió significativamente. El encierro sigue siendo un encierro de 20 horas y prácticamente sin actividad, y para contener a esos gurises la medicación opera”. (E1)

“La medicación en los centros de detención la suministraba un funcionario cualquiera a demanda. [...] Eso fue en 2008-2009, fue la primera y hubo una sentencia judicial que ordenó protocolizar todo”. (E1)

18 Nos referimos a relatos de adolescentes que en situaciones de internación vivieron circunstancias que pueden ser definidas como de violencia institucional.

“Todo lo que no funciona se tiene que encerrar... esa es la imagen institucional que hay que desandar”. (E2)

“Luego de que un adolescente comienza a transitar determinados caminos de la institucionalización, eso deja marcas muy imborrables y más difíciles de superar”. (E2)

Este tipo de prácticas que vulneran sus derechos, profundizan el daño y son prácticas de violencia institucional. *Las instituciones psiquiátricas son lugares de ‘privación de libertad no convencionales’ que, en virtud del OPCAT, forman parte del mandato de los MNP, llamados a desempeñar un importante papel en la protección de los derechos de las personas privadas de libertad en este tipo de instituciones.* (Análisis de contexto y

monitoreo de instituciones psiquiátricas, INDDHH, 2018, p. 8)

7. Recomendaciones

Nos encontramos en tiempos propicios y desafiantes para redefinir e instituir otras formas de intervenir –tanto en lo público como en lo privado– en materia de salud mental de niñas, niños y adolescentes. Para ello la participación y escucha de las infancias y adolescencias, así como de las personas adultas referentes, requiere ser priorizada.

Parecen ser necesarias transformaciones y adecuaciones del modelo de salud, considerando los cambios en las subjetividades de las infancias y adolescencias, un modelo a construir en forma interdisciplinaria e interinstitucional.

Debemos pensar en un cambio en las modalidades de trabajo de los técnicos de la salud y educación, integrando con mayor fuerza la mirada social y la atención a los diversos determinantes de la salud.

Es necesario, en esta tarea, superar la visión adultocéntrica que desconoce a las niñas, niños y adolescentes como sujetos, que las y los excluye de la participación y comunicación en la toma de decisiones sobre su salud. Requiere priorizar sus opiniones, respetando la diversidad y la singularidad de cada caso, descentrando la apreciación del “niño como problema” y pensando la situación en su red vincular, familiar, social y su tiempo histórico.

De alguna manera todos quienes trabajamos con infancias y adolescencias tenemos una responsabilidad sobre estos problemas planteados, así como en la búsqueda de soluciones.

La tarea actual insiste en fortalecer el trabajo en red, en equipos interdisciplinarios, desde el cruce y la integración de diversas miradas, voces y lenguajes. La experiencia misma de este grupo de trabajo es una práctica orientada en este sentido.

Se requiere de una discusión franca interdisciplinaria, que integre a profesionales de la salud y de la educación, que considere la mirada de las infancias y adolescencias y sus familias, que priorice el interés superior del niño y su participación en las acciones acordadas.

Existe una enorme distancia entre los marcos regulatorios y las prácticas concretas. En los últimos años se reconocen importantes avances en los discursos, en las regulaciones, normas y prácticas. No podemos desconocer los esfuerzos existentes para cambiar las prácticas; sin embargo, aún persisten dificultades para que estos avances se traduzcan en políticas, estrategias, prácticas y acciones concretas. Queda un camino largo y colectivo a transitar.

Se deben continuar y profundizar los espacios de análisis de las políticas públicas de atención en salud mental de niñas, niños y adolescentes, reconociendo que persisten miradas diversas, divergentes, y en ocasiones contradictorias cuando se analizan en concreto las prácticas.

Se hace imprescindible el fortalecimiento de la rectoría del MSP en todos los ámbitos y procesos que hacen a la atención en salud mental. Debe supervisar y monitorear las instituciones, espacios y prácticas de atención en salud de forma eficiente y continua.

Es necesario avanzar en la producción de datos en la temática. No se encuentra información accesible y actualizada que permita conocer con profundidad la realidad vigente en nuestro país. A su vez, legitimar un diálogo intersectorial de intercambio de información, atendiendo los marcos normativos de protección de datos personales, evitando la compartimentación de abordajes.

Se exhorta a reflexionar sobre la creación de dispositivos que alojen y den respuestas a la complejidad de la salud en las infancias y adolescencias en un marco de derechos. Estos dispositivos deberían cumplir con ciertos requerimientos, para lo cual este equipo de trabajo sugiere:

50

- Contemplar las diversas realidades de las infancias y adolescencias y sus intersecciones con otras dimensiones –como género, etnia, pobreza, discapacidad, diversidad sexual, etc.– venciendo las inequidades de acceso a los servicios.
- Garantizar el rápido acceso a la atención en salud mental, en términos de disponibilidad, accesibilidad y de calidad de los servicios a nivel territorial, y reducción de los tiempos de espera.
- Fortalecer la accesibilidad de los servicios en cuanto a la dimensión geográfica, pero también a la claridad de información de los procedimientos teniendo en cuenta la edad y desarrollo.

- Evaluar la implementación y prácticas de los actuales comités de recepción de salud mental en los distintos prestadores de salud y su impacto en los procesos asistenciales.
- Profundizar el abordaje de las situaciones desde equipos interdisciplinarios contemplando la intersectorialidad.
- Multiplicar dispositivos interdisciplinarios que permitan trabajar desde la singularidad de las situaciones, permitiendo –en espacios de reflexión colectiva– generar nuevas formas de atender cada situación.
- Asegurar el seguimiento, con controles oportunos y adecuados, evitando prolongar los períodos entre las consultas de los distintos profesionales de la salud.
- Garantizar la continuidad asistencial, coordinando la comunicación entre los distintos niveles de atención, fortaleciendo el sistema de referencia-contrarreferencia.
- Generar nuevos dispositivos de prevención en territorio, que funcionen en los propios espacios sociales y de educación formal y no formal considerando los cambios en la socialización de esta población.
- Profundizar en la práctica de otros dispositivos terapéuticos, los medicamentos son una herramienta terapéutica necesaria en determinadas circunstancias, pero de ninguna forma deben ser la única alternativa.

Para garantizar el desarrollo de servicios eficientes, efectivos y protectores de los derechos y corregir prácticas inadecuadas, es necesario Implementar evaluaciones de los dispositivos de atención en salud mental incluyendo la opinión de todos los actores involucrados. La evaluación tiene que garantizar la seguridad y confidencialidad de las personas consultadas.

Es necesario discutir y problematizar los distintos tipos de dispositivos y prácticas que apelan al encierro como respuesta a situaciones de alta complejidad. En este sentido este grupo de trabajo recomienda:

- Continuar la reflexión y el intercambio teórico y político entre sociedad civil, academia, organismos rectores e implicados directos sobre los dispositivos y servicios de atención en salud mental que se diseñan e implementan para abordar las situaciones en crisis agudas.
- Cumplir para todos los casos con la normativa vigente (Ley 19.529), que establece la internación en casos agudos en hospitales pediátricos o

generales. Fortalecer a los equipos de salud –en estos centros– para lograr una respuesta integral y adecuada.

- Jerarquizar en el sistema de salud el abordaje de problemáticas desde dispositivos comunitarios, con énfasis en el trabajo con familias, con grupos, colectivos y comunidad.
- Robustecer los dispositivos de atención ambulatorios, servicios de apoyo al cuidado domiciliario para el retorno de los niñas, niños y adolescentes a su medio familiar y la necesidad en algunos casos de propuestas de atención especializada.
- Problematizar las prácticas que se desarrollan en los centros de atención de medio camino, generando espacios de discusión y debate interinstitucional e intersectorial.
- En las situaciones de internación, asegurar el respeto de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, en materia educativa, de salud, recreación y tiempo libre, así como mantener el vínculo con familiares y referentes.
- Eliminar las brechas existentes entre el Poder Judicial, la salud y las necesidades de respuestas de protección, evitando que los niños, niñas y adolescentes queden rehenes de las acciones y tiempos institucionales.
- Fortalecer el rol de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental (creada en la Ley 19.529) en sus competencias de defensa, monitoreo, inspección, supervisión y control de los derechos de infancia y adolescencia.
- Difundir ampliamente entre los profesionales de la salud la obligación de notificar las internaciones voluntarias que superen los 45 días y todas las involuntarias, sean judiciales o no (de acuerdo con los Arts. 29/32 y 35 de la Ley 19.529).

52

Es necesario diseñar, potenciar y poner en funcionamiento mecanismos de denuncia y quejas accesibles para niños, niñas y adolescentes y referentes adultos, que sean anónimos, amigables, en organismos independientes y que garanticen confidencialidad y protección ante eventuales represalias.

Las recomendaciones anteriormente planteadas solo serán viables si se acompañan de cambios en la formación y actualización de los recursos humanos en salud y educación, en clave de derechos.

La academia y los centros de formación terciaria en áreas de la salud, educación y social deben comprometerse con una formación crítica de sus estu-

diantes en torno a la realidad nacional en temas de infancias y adolescencias.

Desde la formación universitaria de los profesionales de la salud, multiplicar los espacios interdisciplinarios de extensión donde los estudiantes de las distintas disciplinas involucradas se formen y trabajen conjuntamente. Se deberá continuar la difusión efectiva de las guías y protocolos existentes.

Promover la participación ciudadana. Diseñar y convocar a seminarios públicos y abiertos acerca de la temática.

Se considera que, dada la complejidad del fenómeno abordado, muchos son los caminos y estrategias a seguir. Hasta aquí se ha puesto foco en las formas de intervención a fortalecer o evitar. Pero parte del problema se debe abordar y gestionar desde otros ámbitos ajenos a la salud.

Retomando lo planteado en relación al Informe del relator especial de la onu (2019), debemos jerarquizar el abordaje en políticas y prácticas relacionadas con los factores sociales determinantes de la salud. De esta forma se disminuirán los procesos de patologización y medicalización de las infancias y adolescencias que sufren pobreza, violencias o situaciones que por sí mismas generan condiciones de sufrimientos que distan de ser enfermedades.

Cabe mencionar algunos elementos a priorizar en la atención y que son destacados en dicho Informe: *La inclusión en la comunidad, un entorno libre de violencia para los niños, la eliminación de la violencia contra la mujer, la participación en la diversidad cultural y la erradicación de la xenofobia, factores psicosociales de la salud en relación con las personas en movimiento, personas privadas de libertad, las personas con discapacidad psicosocial y los niños y adolescentes.*

Bibliografía

- ACKERMANN, C., MASTROIANNI, M., SPERANZA, N., CATENACCIO, V., TELECHEA, H., GIACHETTO, G., TAMOSIUNAS, G. (2017). *Características del uso de psicofármacos en niños hospitalizados*. Archivo Pediátrico de Uruguay; 88, N.º 3, pp. 132-141. Montevideo.
- AMADOR, J. C. (2012). "Condición infantil contemporánea: hacia una epistemología de las infancias". Bogotá: revista *Pedagogía y Saberes*, Vol. 37, pp. 73-87.
- Asociación de Psiquiatras del Interior, Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia (2019). Documento: "Ante la grave situación de los centros y equipos de salud mental de ASSE en todo el país".
- BARRÁN, J. P., ROMERO GORSKI, S., BAYCE, R., LABISCH, A., MOREIRA, H., MATTOS, T. DE, CHERONI, ALCIÓN., VIÑAR, M., RODRÍGUEZ NEBOT, J., PORZECANSKI, T., PORTILLO, J. (1993). *La medicalización de la sociedad*. Montevideo: Nordan.
- BRAUNSTEIN, N. (2013). *Clasificar en psiquiatría*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- CRISTÓFORO, A. et al. (2017). *Derecho a la educación y mandato de obligatoriedad en la Enseñanza Media. La igualdad en cuestión*. Montevideo: CSIC-UEDELAR.
- Fórum sobre medicalização da educação e saúde (2015). *Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde*. Brasília: Setor de Administração Federal Sul (SAF SUL). Disponible en: <<https://n9.cl/pbdz>>.
- FOUCAULT, M. (2005). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- FOUCAULT, M. (1977). "Historia de la medicalización". Madrid: revista *Educación médica y salud*, Vol. 11, N.º 1, pp. 1-25.
- GIORGI, V. (2003). "La perspectiva ética ante las transformaciones sociales y culturales en Latinoamérica". En Anales del XII Congreso ALAR. Montevideo.
- GALENDE, E. (2008). *Psicofármacos y salud mental. La ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar.
- ILLICH, I. (1976). *Némesis Médica*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Institución Nacional de Derechos Humanos (2018). Informe Anual del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura 2017. Montevideo: INDDHH. Disponible en: <https://cutt.ly/8eoMTpt>.
- Instituto Nacional de Estadística (2019). *Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud 2017*. Montevideo: INE. Disponible en: <https://cutt.ly/GeoMrqe>.
- Instituto Nacional de Estadística (2014). *Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud 2013*. Montevideo: INE/MIDES/INJU. Disponible en: <https://cutt.ly/UeoMw22>.
- Junta Nacional de Drogas (2016). *VI Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de Enseñanza Media en 2014*. Montevideo: JND-ODD. Disponible en: <https://n9.cl/23l3>.
- Junta Nacional de Drogas (2011). *5ta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media 2011*. Montevideo: JND-ODD. Disponible en: <http://xurl.es/pd5y2>
- LUCIANI CONDE, L. (2015). *La desinfantilización de la niñez en la segunda modernidad*. En: Barcala, A. L., *Salud mental y niñez en la Argentina*. Buenos Aires: Teseo, pp. 43-74.
- Mecanismo Nacional de Prevención (2018). V Informe Anual del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura–Uruguay 2018. Institución Nacional de Derechos Humanos, Montevideo.
- Mecanismo Nacional de Prevención (2016). Informe N° 069/MNP/ 2016. Institución Nacional de Derechos Humanos, Montevideo.
- MÍGUEZ, M. N. (Coord.) (2015). *Patologización de la infancia en Uruguay. Aportes críticos en clave interdisciplinar*. Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora.
- MÍGUEZ, M. N. (2011). *La sujeción de los cuerpos dóciles*. Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora.
- MÍGUEZ, M. N. (Coord.) (2008). *Los hijos de Rita Lina*. Montevideo: Editorial Man Ltda.
- Ministerio de Salud Pública (2011). *Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el sistema nacional integrado de salud*. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/documentos-del-area-programatica-de-salud-mental>.
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Abordaje de Salud de Adolescentes en el Primer Nivel*. Montevideo: MSP.
- Ministerio de Salud Pública. (2009). *Abordaje de Salud de Adolescentes en el Primer Nivel*. Montevideo: MSP.

- MORTEO, A. (2015). *La potencia de los cuerpos con psicofármacos: Adolescentes en hogares de protección de tiempo completo*. Tesis de Maestría. Montevideo: Facultad de Psicología. Disponible en: <https://n9.cl/cdqt>.
- MUNIZ Martoy, A. (2017). *Impacto a nivel de los vínculos intrafamiliares del diagnóstico psicopatológico y del tratamiento por dificultades en la atención y por hiperactividad en niños escolares: un estudio de caso múltiple*. Tesis de Doctorado. Buenos Aires: Universidad del Salvador. Buenos Aires. Disponible en: <https://n9.cl/srut>.
- Naciones Unidas (1984). *Convención contra la Tortura*. Washington: ONU. Disponible en: <https://cutt.ly/KeoMAlo>.
- Naciones Unidas (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Washington: ONU. Disponible en: <https://cutt.ly/ueoMGda>.
- Naciones Unidas (2000). *Observación General N.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. Washington: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR). Disponible en: <https://n9.cl/ufwj>.
- Naciones Unidas (2013). *Observación General N.º 15: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. Washington: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR). Disponible en: <https://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/GC.15-Sp.pdf>.
- Naciones Unidas (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Washington: ONU. Disponible en: <https://cutt.ly/ieoMFp2>.
- Naciones Unidas (2017). Asamblea General. Septuagésimo segundo período de sesiones. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. (A/72/137) Disponible en: <https://undocs.org/es/A/72/137>.
- Naciones Unidas (2019) Consejo de Derechos Humanos. Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. (A/HRC/41/34) Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G19/106/01/pdf/G1910601.pdf?OpenElement>.
- Organización Mundial de la Salud (2015). Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS. Evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social. Chile. Disponible en: https://www.who.int/topics/human_rights/Instrument_derechos_OMS_spa.pdf.

- Poder Legislativo (2004). Ley 17.823. Código de la Niñez y Adolescencia (CNA). Montevideo: Poder Legislativo. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/cgi-bin/bases/consultaBasesBS.cgi?tipoServicio=3>.
- Poder Legislativo (2013). Ley 19.149. Aprobación de Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal Ejercicio 2012. Montevideo: Poder Legislativo. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19149-2013>.
- Poder Legislativo (2017). Ley 19.529 "Salud Mental". Montevideo: Poder Legislativo. Disponible en: <https://n9.cl/19yu>.
- Poder Legislativo. (2010). Ley 18.651 "Protección Integral de las Personas con Discapacidad". Montevideo: Poder Legislativo. Disponible en: <https://n9.cl/mecq>.
- STOLKINER, A. (2001). "Subjetividades de época y prácticas en Salud Mental". Buenos Aires: revista *Actualidad Psicológica*, Año xxvi, N.º 293. Disponible en: <https://cutt.ly/UeoBSyY>.
- TAMOSIUNAS, G. (2019). "Fármacos y medicamentación. Efecto placebo". Conferencia en las Jornadas "Salud mental en niñas, niños y adolescentes: Múltiples miradas para un abordaje integral", Anfiteatro Dr. Mauricio Gajer del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=4GaGRgnVWX8>.
- UNFPA (2018). *El gasto público y social en adolescencia y juventud*. Montevideo: Fondo de Población de las Naciones Unidas/MIDES/INJU. Disponible en: <https://cutt.ly/seoMfvv>
- UNICEF (2012). Guía: "Los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes en el Área de Salud". Montevideo: Unicef. Disponible en: <https://n9.cl/kg76>.
- UNTOIGLICH, G. (2014). *Medicalización y patologización de la vida: situación de las infancias en Latinoamérica*. Disponible en: <https://cutt.ly/7eoBJTD>.
- UNTOIGLICH, G. (2013). *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. La patologización de las diferencias en la clínica y la educación*. Buenos Aires: Noveduc.

Anexo I

Referencias de las entrevistas realizadas

Referencia	Nombre y apellido	Institución	Fecha de realización
E1	Luis Pedernera	Comité de Derechos del Niño de ONU	29/08/2019
E2	Lic. TS Marisa Lindner	INAU	19/08/2019
E3	Directora Psiq. Infantil Beatriz De León	Centro de Medio Camino Maroñas (convenio con INAU)	03/08/2019
E4-1 E4-2	Directora Psiq. Lilián Queirolo Psiq. Infantil Ema Bittencourt.	Centro de Medio Camino La Posada (convenio con INAU)	08/10/2019
E5	Dra Romero	Fac de Odontología	4/9/2019
E6	Carolina Ponasso	ANEP	24/09/2019
E7	Débora Gribov	Directora del Programa APEX	23/09/2019

Anexo 2

Pauta para el grupo de Participación de Adolescentes del Comité de Derechos del Niño del Uruguay

28 de setiembre 2019

- La actividad se realizó el sábado 28 de setiembre, en el marco de una nueva reunión del grupo de participación del CDNU, contando con la participación de siete adolescentes, teniendo dos de ellos que retirarse antes de finalizar por diversas responsabilidades.
- Consulta en base a grupos de discusión/debate en torno a preguntas o propuestas sobre atención en salud mental, a través de sus opiniones y/o experiencias, a fin de recabar información referente a medicalización y patologización en infancias y adolescencias (informe ИНОДНН).
- La dinámica consistió en consultarles a las y los adolescentes sobre sus impresiones y conocimientos respecto a sus derechos para la atención en salud, conversando luego sobre aspectos generales de la atención en salud, sus experiencias y comentarios generales. Comentamos también algunos derechos consagrados en la Convención de Derechos del Niño (CDN). Posteriormente, se armaron dos grupos de trabajo que debatieron en torno a las siguientes preguntas: ¿Conoces cómo funciona el sistema de atención en salud mental? ¿Te parece adecuado o lo cambiarías? ¿Tenés idea de qué hace un psicólogo? ¿Tenés idea de qué hace un psiquiatra? Al final, se compartió lo discutido en los grupos y se abrió un espacio de conversación en torno a experiencias de las y los adolescentes, el trato recibido, la medicación, y la necesidad de buscar otras formas de abordaje y atención frente a situaciones que responden a conflictos familiares.

Primer disparador

Comentar definición y la existencia de una ley nueva (19.529) /

CDN–artículos donde garantizan derecho a la salud

Dinámica

- ¿Conoces cómo funciona el sistema de atención en salud mental? ¿Te parece adecuado o lo cambiarías?
- ¿Tenés idea de qué hace un psicólogo? ¿Tenés idea de qué hace un psiquiatra?
- Etiquetas en la salud

Propuesta de cierre entre todos y todas

- ¿Con qué herramientas o apoyo les parece importante contar si necesitaran de atención en salud mental?
- ¿Cómo imaginan una atención en salud mental que respete sus derechos?
- ¿Qué cosas de las que conoces te parecen adecuadas y cuáles cambiarías?



Institución Nacional de
Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo

Bv. Artigas 1532
Montevideo, Uruguay
Tel.: (598 2) 1948
secretaria@inddhh.gub.uy
<http://inddhh.gub.uy>