



**Universidad de la República
Facultad de Psicología
Trabajo Final de Grado**

***Sistematización de experiencias en Espacios de Salud Adolescente
del Primer Nivel de Atención: prácticas de prevención y promoción
de salud mental adolescente***

Producción empírica: Sistematización de experiencias

Estudiante: César Alejandro González Larrea, C.I. 4.430.351-5

Docente Tutora: Prof. Titular Mag. Silvana Contino

Revisora: Prof. Adj. Mag. María Alejandra Arias

Montevideo, 2024

Pensar al adolescente escindido de su realidad familiar, social y cultural y, de este modo, concentrarse solamente en las reformulaciones que se producen en su psiquismo sin tener en cuenta la existencia y la gravitación de las variables externas puede desviar la perspectiva del enfoque hacia el atajo de lo psicopatológico.

Cao, M.

TABLA DE CONTENIDOS

1. Introducción	3
2. Objetivos	5
3. Metodología	5
4. Contextualización y Antecedentes	7
4.1 Espacios de Salud Adolescente (ESA)	8
4.2 Proyecto de ESA departamental	10
4.3 Convenio IM-Facultad de Psicología / Udelar	12
4.4 Zonas de influencia: diagnósticos de situación	14
5. Marco conceptual	19
5.1 Adolescencia/s: definiciones y conceptos clave	19
5.2 Salud mental adolescente en el PNA	24
5.2.1 Prevención y promoción	26
5.2.2 Accesibilidad y participación	29
6. Sistematización de la experiencia	32
6.1 Objetivo específico 1	32
6.2 Objetivo específico 2	52
7. Reflexiones finales	59
8. Referencias	60

RESUMEN

El presente Trabajo Final de Grado aborda la experiencia del autor¹ en el desarrollo de su práctica pre-profesional en los Espacios de Salud Adolescente (ESA) de dos policlínicas municipales ancladas en la zona oeste de Montevideo. Involucra una práctica de graduación de la licenciatura de psicología bajo la figura de pasantía, enmarcada en el nuevo programa de Practicantado sustentado por convenio entre Facultad de Psicología y la Intendencia de Montevideo. Se propone como objetivo contribuir a la generación de conocimiento pertinente y localizado, mediante la descripción y análisis de las acciones concretadas en la intervención. El eje central lo constituyen los dispositivos de prevención y promoción de salud mental adolescente desplegados en los territorios. Se plantean preguntas como: ¿Qué dispositivos se emplean para las estrategias de atención integral en los ESA? ¿Qué acciones desarrollamos para abordar factores de riesgo identificados y fortalecer factores de protección? Para hallar respuestas y lograr los objetivos trazados, fue escogida la modalidad *Sistematización de Experiencias*, por brindar un marco epistemológico que permite la producción de conocimiento situada desde el territorio, con eje en la generación democrática de saberes desde la participación de los diferentes actores involucrados en el proceso.

1. INTRODUCCIÓN

La experiencia que narraremos involucra una práctica de graduación de la licenciatura de psicología bajo la figura de pasantía, enmarcada en el nuevo programa de Practicantado que se sustenta por convenio entre Facultad de Psicología (FP) y la Intendencia de Montevideo (IM); particularmente en los Espacios de Salud Adolescente de dos policlínicas municipales de la zona oeste. Nos proponemos como objetivo contribuir a la generación de conocimiento situado, a través de la descripción y análisis de las acciones llevadas a cabo en el marco de la intervención en los ESA, manteniendo como eje central los dispositivos de prevención y promoción en salud mental adolescente, desplegados en los territorios junto a los equipos interdisciplinarios de los ESA en sus respectivos efectores.

Conforme se expondrá a lo largo del presente documento, en consonancia con los principios rectores del actual Sistema Nacional Integrado de Salud (Uruguay, 2007) que estructura las

¹ En sintonía con el marco epistemológico que sostiene una sistematización de experiencias, y en el entendido de que “la escritura académica ha perdido gradualmente su etiqueta tradicional de discurso objetivo e impersonal” (Hyland, 2005, citado por Castelló et al., 2011), se optará, en líneas generales, por el abandono de las formas impersonales, habilitando el uso de la primera persona del plural como medio de restituir la voz de los diversos actores implicados en la presente producción.

políticas sanitarias en nuestro país, el enfoque se centrará en los dispositivos de prevención y promoción de salud mental adolescente que fundamentan el ejercicio de las prácticas llevadas a cabo en dichos territorios, configurando algunos de los campos de intervención propios de la atención integral en los ESA del Primer Nivel de Atención (PNA).

La decisión de producir esta sistematización de experiencias halla su justificación en la necesidad de describir y analizar cómo a través de prácticas concretas, en el marco de la atención integral de las adolescencias, se materializan estos principios rectores que apuntalan los pilares de nuestro sistema sanitario, alineado a un nuevo paradigma de salud integral que se sustenta en las estrategias de Atención Primaria de Salud (APS), a partir de la declaración de Alma Ata (OMS, 1978). Principios como los de integralidad, participación, prevención y promoción, que dan cuenta de una nueva concepción de la salud mental, suministrando un nuevo enfoque que constituye la plataforma para la creación de los ESA, a partir de la implementación del Programa Nacional de Salud Adolescente, en que se enmarca nuestra práctica pre-profesional.

Retomando el por qué de sistematizar la experiencia, puede encontrarse un argumento válido apelando a la siguiente afirmación: “la sistematización se constituye en una oportunidad reflexiva que permite interpretar críticamente los discursos generados sobre y desde la práctica, trascendiendo la simple descripción” (Ghuiso, 2011, p. 6); delineando así el camino que permite “comprender aquello que configura y da sentido a las prácticas” generando “aprendizajes significativos que aportan al cambio cognitivo, expresivo, emocional y práctico” (p. 6).

Si bien, los procesos cotidianos, en el marco de la intervención, suponen en sí mismos instancias de adquisición y puesta en juego de aprendizajes en el curso de la dinámica espiralada del *saber-hacer*, y si bien resulta evidente que toda práctica produce un saber:

Las demandas de acción muchas veces impiden a los actores percibir claramente la manera en que los cambios en la práctica son consecuencia de los saberes que van adquiriendo. Al responder a problemas que exigen enfrentamiento rápido e inmediato, estos procesos no siempre son conscientes; por tanto, no dan lugar a un conocimiento ordenado, fundamentado y transmisible (Bernachea y Morgan, 2010, p. 101).

He ahí el rico aporte de esta herramienta metodológica, como un medio válido de objetivar la experiencia, de hacer comunicables los saberes adquiridos en la práctica, que de otra forma corren el riesgo de diezmar su potencial transformador, al dispersarse, desvaneciéndose en los apremios de la cotidianidad.

2. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Sistematizar la experiencia en los Espacios de Salud Adolescente del Primer Nivel de Atención, en el marco de una práctica de graduación en policlínicas municipales.

Objetivos específicos:

- Describir estrategias y acciones de prevención y promoción de salud mental adolescente a través de las intervenciones desplegadas en el Primer Nivel de Atención.
- Realizar un análisis crítico con el fin de sintetizar el aprendizaje vertido en la experiencia.

3. METODOLOGÍA

Tal como fue concebida desde sus orígenes, la sistematización de experiencias surge como una epistemología alternativa a los saberes dominantes, en tanto se constituye en una producción de conocimiento situada que emerge desde el propio territorio, con eje puesto en la generación democrática de conocimiento a partir de la participación de los diferentes actores involucrados en el proceso. Se reivindica así como alternativa al modelo eurocéntrico tradicional y hegemónico de producción de conocimiento, heredero de un paradigma positivista que suele tomar a la teoría como punto de partida, que opera en clave de dicotomías -sujeto-objeto, acción-reflexión, teoría-práctica, entre otras-. Un modelo que también se destaca por la imposición del saber académico a través de la prefiguración de los territorios como simples campos de representación; que se precia de sus recurrentes métodos de des-subjetivación de los actores que habitan el campo de intervención, descalificándolos a la categoría de objetos, sosteniendo a su vez una concepción determinista de la realidad que vacía al sujeto de protagonismo, silenciando los saberes populares que son degradados a una condición de subalternidad frente al saber hegemónico de la comunidad científica, desconociendo la dimensión político-afectiva que subyace a toda producción de conocimiento.

Sistematizar experiencias no equivale a una pura acumulación de información; trascendiendo las prácticas de evaluación, en la medida que entraña toda una construcción de aprendizajes que se despliegan en el devenir de los procesos socio-culturales y emergen de la experiencia transformadora de los territorios. Territorios sensibles a nuestra

intervención y que a su vez nos afectan desde que se produce la inmersión en los mismos, permitiéndonos ingresar en una dinámica de “afectaciones recíprocas que multipliquen y amplifiquen nuestros mundos, nuestros modos de habitar para hacer más habitable el nuestro... de multiplicar maneras de ser, de sentir, de experimentar, de dar sentido e importancia” (Despret, 2022, p. 13). Un encuentro con el territorio que interpela, movilizándolo una auténtica resignificación de los saberes adquiridos.

Sistematizar experiencias tampoco se logra desde una presunta neutralidad despolitizante que “encubra los fenómenos y conflictos sociales, que borren la incertidumbre usurpando a la práctica el carácter hermenéutico y experiencial de los protagonistas” (Ghuiso, 2011, p. 4); suponiendo una toma de posición que demanda asumir la imposibilidad de distinguirnos entre sujeto y objeto de conocimiento-experiencia, lo que pone en juego nuestra subjetividad, nuestras afectaciones, los múltiples atravesamientos culturales - socioeconómicos, de raza, género, etcétera-; atravesamientos que, en definitiva, no hacen más que dar cuenta de las determinaciones de nuestra implicación, en tanto “fenómeno que no es voluntario, sino que se padece” (Ardoino, 1997, p. 2).

Uno de los autores referentes en esta modalidad de construcción de conocimiento, define a la sistematización de experiencias de la siguiente manera:

Aquella interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido en ellas: los diversos factores que intervinieron, cómo se relacionaron entre sí y por qué lo hicieron de ese modo. La sistematización de experiencias produce conocimientos y aprendizajes significativos que posibilitan apropiarse de los sentidos de las experiencias, comprenderlas teóricamente y orientarlas hacia el futuro con una perspectiva transformadora (Jara, 2011, p. 4).

Para lograr satisfactoriamente este trabajo de ordenamiento y reconstrucción, es imprescindible una clara definición del objeto, del eje y los objetivos que serán responsables de orientar la presente producción, facilitando así un encuadre metodológico, que es a su vez flexible atendiendo a las complejidades de los procesos socio-comunitarios, en la medida que:

La construcción de narrativas sobre la práctica, en los procesos de sistematización, no es lineal, ni son encadenamientos de hechos y razones triviales; por el contrario, son complejos, tienen idas y vueltas, bifurcaciones generadas por las distintas perspectivas que imprimen los sujetos involucrados en la experiencia. Los recuerdos y olvidos, las voces y los silencios, las vaguedades y precisiones, los datos y sus interpretaciones dan cuenta del principio dialógico presente en toda sistematización que asume la práctica y sus sujetos de manera compleja, histórica y crítica (Ghuiso, 2011, p. 7).

En virtud de lo antes expuesto, la presente elaboración no pretende ceñirse a una fórmula o manual estandarizado respecto a su diseño. Sin embargo, más allá de su flexibilidad y validez situacional, de ningún modo ello se traduce en falta de rigurosidad relativa a los procesos reflexivos; todo lo contrario, puesto que, complementando lo planteado en cuanto al eje -o hilo conductor-, y los objetivos que dan cuenta de la importancia de “determinar con claridad las variables y las categorías para ordenar y clasificar” (Jara, 2011, p.10), dicha rigurosidad resulta impostergable en determinadas acciones: por ejemplo lo que se impone a través del cuidado que demanda historizar el recorrido por las experiencias transitadas, exigiendo instancias de jerarquización, que llevan a visibilizar determinados datos mientras otros son descartados; lo cual entendemos denota un proceso de toma de decisiones que implica todo un acto político-metodológico en sí mismo:

No se trata de cubrir toda la experiencia desde sus orígenes... sino aquella parte que sea más relevante en este caso. Los criterios para la delimitación dependerán del objetivo definido, de la consistencia de la experiencia, de las personas participantes en el proceso, del contexto en que se dio y su relevancia ahora (Jara, 2011, p. 8).

Finalizando este apartado metodológico, destacar algunos de los insumos empleados con el fin de extraer el material que sustenta esta producción, recogidos de las siguientes fuentes: diario de campo, entrevistas en el marco de la familiarización en los territorios, actas de reuniones de equipos, trabajos académicos en el marco de la práctica, registros de coordinación y planificación de actividades, repositorios digitales, memorias fotográficas y audiovisuales, documentos institucionales -Facultad de Psicología, IM, entre otros-.

4. CONTEXTUALIZACIÓN Y ANTECEDENTES

La vivencia que se pasará a reconstruir, se inscribe en el marco de una práctica pre-profesional en los Espacios de Salud Adolescente de dos policlínicas municipales de la región oeste de Montevideo, involucrando una práctica de graduación de la licenciatura de psicología mediante la figura de pasantía, enmarcada en el nuevo programa de Practicantado que se sustenta por convenio entre Facultad de Psicología y la Intendencia de Montevideo.

Con el fin de contextualizar el proceso vivido, a continuación se abordarán el marco institucional y los antecedentes que configuran el campo de la intervención:

4.1 Espacios de Salud Adolescente (ESA)

Tomando como fuente principal el Programa Nacional de Salud Adolescente (2007), es posible identificar algunos antecedentes de estos dispositivos, previo a la implementación del actual Sistema Nacional Integrado de Salud, del cual se nutren las políticas sanitarias que abonan el terreno para la puesta en marcha de este nuevo modelo de atención integral a las adolescencias.

El Programa Nacional de Salud Adolescente (PNSA) identifica una serie de proyectos preexistentes desarrollados por parte del Ministerio de Salud Pública (MSP), vinculados al abordaje en salud integral de la población adolescente en nuestro país, que comenzaron a dar cuenta de una tendencia afín a las estrategias de Atención Primaria en Salud (APS), configurando un cuerpo de antecedentes en este sentido. No obstante, más allá del reconocimiento de estos avances, el balance arroja que se trató de acciones fragmentadas, enmarcadas en programas verticales, sin involucrar al conjunto de las instituciones que componen al sector salud y con debilidades desde la rectoría para controlar su cumplimiento. Se hace énfasis en que no lograron la continuidad necesaria en las sucesivas administraciones, en un contexto de cambios frecuentes en la conducción y en los lineamientos de dicha Secretaría de Estado, denunciando la ausencia de líneas programáticas explícitas y coordinadas entre los diferentes programas y proyectos.

Por otra parte, las normativas elaboradas desde la Dirección General de la Salud del MSP (DIGESA), no instrumentaron mecanismos de supervisión en su aplicación que garantizaran su continuidad en el tiempo, por lo que las actividades desarrolladas finalizaron una vez agotadas las líneas de financiamiento provenientes de la cooperación internacional, sin lograr impactos sanitarios significativos. A su vez, se evidencia que han sido escasos los espacios de atención diferenciada para adolescentes y se reconoce por parte de los profesionales la ausencia en la formación y en la actualización, primando un enfoque asistencialista, centrado en algunos aspectos de la salud en la adolescencia (MSP, 2007).

Es recién a partir de la asunción de un gobierno progresista, que en el año 2005 se impulsó desde la nueva Administración la creación del Programa Nacional de Salud Adolescente, con el objetivo de construir una política nacional de salud integral para la adolescencia, basada en principios de universalidad, equidad, accesibilidad, territorialidad y respeto por la diversidad. En el año 2007, el PNSA con el objetivo de lograr un trabajo integrado entre los programas de la DIGESA, de coordinar acciones y promover la intersectorialidad para la atención de adolescentes, lideró junto a la Dirección Nacional de Infancia del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) un cambio en el modelo de atención, implementando espacios

diferenciados para adolescentes con un enfoque de atención integral, según recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Se crearon así los primeros treinta ESA que privilegian la promoción y prevención de salud sobre el modelo asistencialista, los que se han ido incrementando hasta la fecha (MSP, 2009).

En este marco, el Programa Nacional de Salud de Adolescencia y Juventud -PNSAJ, como pasó a denominarse a partir del año 2010-, propone un modelo de atención que ubica al ser adolescente en el centro y lo vincula con su micro, macro entorno, privilegiando la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de condiciones o problemas de salud. Accediendo no solo a través de los servicios tradicionales sino en los ámbitos donde los jóvenes habitan, estudian, trabajan o se recrean, promoviendo su participación. Este modelo de atención se basa en el marco conceptual y operativo de las estrategias de la APS, considerando a la persona adolescente como un ser que integra una unidad bio-psico-social. Las y los adolescentes pasan a ser tenidos en cuenta por los servicios de salud en cuanto a las decisiones sobre su propia salud y considerados al momento de implementar servicios específicos, tomando en cuenta sus necesidades: las adolescencias ya no sólo son parte de los riesgos o problemas de salud sino también de la solución (MSP, 2014).

Un hito importante a destacar, a partir de la implementación del nuevo PNSA, es la publicación de guías estandarizadas para el abordaje integral de las adolescencias en el Primer Nivel de Atención, desde el Área Programática de Adolescencia y Juventud de la DIGESA (2009), a través de la cual se pauta la realización de controles anuales en salud, estableciendo la obligatoriedad, gratuidad y universalidad del carné adolescente para la franja etaria de 12 a 19 años en todo el territorio. En el marco de estas guías de atención integral, se promueve la implementación de dispositivos de intervención como los ESA que, en sintonía con los lineamientos del PNSA, propugnan por la superación del tradicional enfoque asistencialista, tras el cual subyace una perspectiva deficitaria y patogénica de la salud mental adolescente, centrada fundamentalmente en un enfoque de riesgo:

Para pasar a un paradigma que se oriente a las capacidades personales, familiares, socio comunitarias, apoyándose en un enfoque de derechos, enfoque ecológico, de género, ético, de educación para la salud y de resiliencia. La idea base era el abordaje integral y singularizante para cada adolescente. Se privilegia la promoción de estilos de vida saludables, la prevención de posibles riesgos, la promoción en salud, centrándose en la familia, el soporte socialmente existente para el/la adolescente, pretendiendo impulsar la participación de los jóvenes (Contino, 2022, p. 1).

Estos dispositivos son así concebidos como un espacio de referencia a través de los cuales, como fruto de la labor interdisciplinaria en el marco del PNA, en articulación con el trabajo

en red desde un abordaje intersectorial, se promueven estilos de vida saludables disminuyendo factores de riesgo y potenciando los factores de protección, a través de la implementación de actividades lúdico-recreativas, educativas, deportivas, entre otras que, apuntaladas en un enfoque de derechos, garanticen la accesibilidad apostando a la participación y empoderamiento de las y los adolescentes en la construcción de ciudadanía y de un proyecto de vida, el ejercicio de sus derechos, y promoción de hábitos saludables.

4.2 Proyecto de ESA departamental

La Intendencia de Montevideo (IM) ha definido como parte de sus Lineamientos Estratégicos (LE) para el quinquenio, atender a las poblaciones más vulnerables a fin de mejorar sus condiciones de vida. Constituyen parte de los LE del Departamento de Desarrollo Social (DDS) y desde una perspectiva de derechos: contribuir con la protección integral de las infancias, adolescencias y juventudes, desde una estrategia de fortalecimiento de los barrios, de articulación y transversalización de las acciones intra-institucionales; así como con otros actores del entramado social. Por otra parte, con la aprobación nacional de la Agenda 2030 de Naciones Unidas y considerando en particular el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 respecto a: garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos, a todas las edades; y en particular la meta 3.4 referente a promover la salud mental en la población, el DDS incluyó en los objetivos del Programa *Ciudad para las Infancias/Crece*: contribuir a la salud de niños, niñas y adolescentes (NNA) en su triple dimensión e interdependencia física, mental y social; considerada de tal manera a la salud mental como bienestar emocional, psicológico y social. En la Planificación Estratégica presentada a la Junta Departamental, el DDS se planteó implementar un programa de atención en salud mental para NNA en el marco del Servicio de Atención a la Salud (SAS).

El proyecto se constituye en concordancia con los lineamientos políticos establecidos en el Plan Departamental Participativo de Salud (2021-2025): contribuir a garantizar el derecho a la salud de las personas que viven y transitan en Montevideo a través de respuestas coordinadas e integrales, abordando los determinantes sociales mediante la participación social y el empoderamiento, de manera de incidir en la reducción de las desigualdades en salud. Concretamente, y concibiéndolo como parte de la oferta de prestaciones del Primer Nivel de Atención, se propone como objetivo específico: contribuir a la atención de la salud mental a través del SAS; en el marco del Lineamiento 2 del Plan Departamental. A su vez, desde las políticas institucionales del gobierno departamental por grupo de edades, la correspondiente a infancias, adolescencias y juventudes, ponderó la temática de la salud mental, identificándola directamente asociada al bienestar y ejercicio de derechos de

personas vulnerables -en tanto su condición etaria- y vulneradas -mayormente por razones económicas, sociales y culturales-. La Secretaría de Infancia Adolescencia y Juventud (SIAJ) incluye en los objetivos de su planificación: abordar desde la atención primaria la salud mental, sexual y reproductiva, y el consumo problemático de sustancias con adolescentes y jóvenes, de forma transversal y articulada.

Como fundamentación, el programa *Espacios de Salud Mental con y para Adolescentes* de la IM, entiende que a partir de la aprobación de la Ley de Salud Mental nº 19.529 (2017), Uruguay dio un paso importante en la consolidación de un nuevo marco de derechos y orientaciones para la atención de la salud mental, y pese a ser la cobertura en salud mental una prestación obligatoria para todos los efectores de salud del SNIS, conforme al decreto nº 305/11 del MSP, en la actualidad sigue siendo insuficiente su implementación. Por lo tanto, desde el gobierno departamental se considera prioritario redoblar esfuerzos en procura de hacer efectiva la implementación de la Ley, para la incorporación de una nueva perspectiva que contemple efectivamente la situación de las/los NNA. A tales efectos, se proyecta la creación de espacios en entornos comunitarios que cuenten con técnicos profesionales capaces de constituirse en referentes adultos de las y los adolescentes. Espacios en los cuales, desde el encuentro con pares, sea posible generar un ámbito de pertenencia y promoción de capacidades como un factor protector para los tránsitos de las adolescencias. La intencionalidad de los contenidos debe responder a un enfoque interseccional que integre variables como el género, lo inter-generacional, las condiciones socio-económicas, políticas y culturales, dinámicas particulares de los territorios, entre otros.

Los espacios implementados, desde una perspectiva de promoción de factores de protección, deben ser capaces de identificar alertas que puedan manifestarse desde los participantes, así como situaciones que ameriten abordajes específicos. En este último caso, deben articularse las derivaciones correspondientes para que puedan acceder a una respuesta acorde en la propia policlínica o al prestador necesario. Se busca el trabajo con adolescentes relativo a la pertenencia al contexto comunitario y a la ciudad, en tanto fortalecimiento en la construcción de identidad, participación y construcción de ciudadanía. Se espera que tales experiencias puedan oficiar de oportunidades reparatorias de algunos de los efectos resultantes del confinamiento que trajo aparejada la pandemia de COVID-19 y la pérdida de socialización en diversos ámbitos extra-familiares de los últimos años (Intendencia de Montevideo, 2022).

4.3 Convenio IM-Facultad de Psicología / Udelar

Con fecha 23 de octubre del año 2000, la Intendencia Municipal de Montevideo y la Universidad de la República suscribieron un convenio marco de cooperación en el cual acordaron elaborar y ejecutar, de común acuerdo, programas y proyectos de cooperación, los que serán objeto de acuerdos complementarios que especificarán objetivos, modalidades, metodología de trabajo y obligaciones de cada una de las partes. A partir de esta iniciativa, la IM y Facultad de Psicología han suscrito múltiples convenios específicos, como el convenio entre la IM (Secretaría de Discapacidad) y la Facultad de Psicología; convenio entre la IM (Secretaría de Infancia) y la Facultad de Psicología, y el convenio entre la IM - División Asesoría para la Igualdad de Género y la Facultad de Psicología, entre otros.

El Programa de Practicantes de Psicología en la Intendencia de Montevideo, del cual conformamos la primera generación, consiste en un convenio firmado el año 2022 entre ambas instituciones, y cuenta con los siguientes objetivos:

1. La incorporación de los saberes psicológicos y las prácticas psicológicas en los diferentes niveles de las políticas públicas de la Intendencia de Montevideo.
2. La formación de psicólogos en la intervención en el marco de la ejecución de políticas públicas, con los niveles de calidad y actualización requeridos por la sociedad montevideana.
3. La producción de conocimientos psicológicos que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población montevideana.

El programa de Practicantado se elaboró con la intención de facilitar la inserción de estudiantes en su etapa final de la licenciatura en diferentes servicios y dispositivos de las políticas sociales y de salud de la comuna capitalina. De esta manera, apunta a contribuir al desarrollo de estrategias de educación, promoción y prevención de salud mental comunitaria dirigidas a poblaciones vulnerables, desde una perspectiva de salud integral, interseccional, interdisciplinaria e intersectorial. En tal sentido, se constituyen en ejes transversales: el enfoque de derechos humanos y construcción de ciudadanía, así como el fortalecimiento de la participación social y el acceso a la cultura.

El diseño, la implementación y la evaluación del Programa de Salud Mental Adolescente es posible a partir de la construcción de acuerdos y estrategias intersectoriales entre las divisiones del Departamento de Desarrollo Social en conjunto con la Facultad de Psicología, para la identificación de las problemáticas a abordar, como en la conformación de equipos interdisciplinarios de trabajo para la implementación del proyecto, que permiten articular

experiencias, saberes y recursos. Este marco institucional, permite potenciar el abordaje en salud mental adolescente desde una perspectiva integral, mediante programas dirigidos a las y los adolescentes usuarios de los servicios de salud de las policlínicas municipales. Los espacios de salud mental adolescente se construyen en base a un abordaje interdisciplinario y una mirada interseccional, que habilita integrar otras dimensiones como la perspectiva étnico-racial o considerar la situación socio-económica de las adolescencias, su lugar de origen, la situaciones de discapacidad, entre otras. Posibilitando una comprensión más acertada de la realidad de esta población objetivo, mediante estrategias de escucha, diálogo y cuidado que permitan conocer a la persona con sus intereses, deseos, emociones, que la constituyen integralmente; estrategias de promoción de habilidades personales y sociales que sean habilitantes de una vida con proyectos, estrategias educativas que contribuyan a que la y el adolescente se empodere, se conozca y re-conozca; estrategias de atención en salud mental desde una perspectiva de atención primaria y desde una metodología interdisciplinar. Estos espacios se basan en al menos tres pilares fundamentales:

1. Reconocimiento de las adolescencias como etapa de construcción de identidad y de subjetividad, en proceso de cambio y transformación.
2. Las y los adolescentes como sujetos de derechos; por lo cual el espacio debe propiciar el reconocimiento, ejercicio y empoderamiento de los mismos.
3. Estos procesos de identidad y subjetivación deben ser contextualizados en su entorno vital, teniendo presentes las condicionantes y las oportunidades que ofrece la comunidad de referencia.

La base operativa para la implementación del proyecto emerge de lo existente en cada centro de salud -recursos humanos, espacios físicos, disponibilidad horaria-, en articulación mediante convenio con Facultad de Psicología para que estudiantes avanzados desarrollen sus actividades pre-profesionales en el marco de los equipos interdisciplinarios de las policlínicas. En esta interacción entre los equipos técnicos de la IM y los pasantes de Facultad de Psicología se elabora la propuesta concreta de cada espacio de salud mental adolescente que incluya componentes de promoción, educación y atención, en modalidad grupal, con una agenda abierta a los intereses que planteen quienes participen del espacio, complementado con abordajes individuales desde las distintas disciplinas en función de la necesidad que presente cada participante (Universidad de la República, Facultad de Psicología [Udelar, FP], 2023).

4.4 Zonas de influencia: diagnósticos de situación²

Los centros de salud donde se desarrolla esta práctica forman parte de la red de policlínicas de la Intendencia de Montevideo. Concebidos en el marco de las estrategias de Atención Primaria en Salud, su principal propósito es garantizar el Primer Nivel de Atención, la prevención y promoción de salud integral, conformados con equipos interdisciplinarios y enfocados a poblaciones que presentan dificultades en lo que supone la dimensión de la accesibilidad a estos niveles de atención, por estar inmersas en situaciones de vulnerabilidad social. Estos servicios responden a la Ley n° 18.211 (2007) y a la implementación de la Ley de Salud Mental n° 19.529 (2017).

Estos centros de Primer Nivel de Atención se afincan en la región oeste de Montevideo, dentro del radio correspondiente al Municipio A. Éste, se presenta como un territorio donde confluyen lo urbano y lo rural; con presencia de áreas semi-urbanas y semi-rurales. Una zona que ha experimentado un gran crecimiento demográfico, con barrios formados en la década del '60 y luego de 1985; contando en la actualidad con una población que asciende a casi 208.000 habitantes (Intendencia de Montevideo, 2020).

El origen de la población se estructura a partir de tres oleadas migratorias: inicialmente algunas familias llegaron a Montevideo desde el interior, otras fueron desplazadas desde el centro de la ciudad en busca de un lugar más económico para vivir y otras familias que ya habitaban en la zona, pero debido a la imposibilidad de acceder a una vivienda se fueron desplazando hacia asentamientos o creado otros nuevos. El crecimiento de la población y el proceso de urbanización en este territorio están directamente vinculados al aumento de los asentamientos, los que a su vez conviven con un grupo de barrios históricos: los nuevos barrios se generan alrededor de los cauces de agua de la región oeste. La ocupación espontánea y emergente del territorio, por lo tanto no planificada, implica una concentración de la población en áreas que no presentan las condiciones necesarias para su habitabilidad, produciendo condiciones conflictivas a nivel social y ambiental. Este aumento de los asentamientos dio lugar a numerosos barrios con escasos servicios, muchas veces con viviendas pequeñas, precarias y en condiciones de hacinamiento. La mayor parte de esta población, con predominancia de niños y jóvenes, se encuentra en situación de pobreza.

Las actividades económicas en la zona pertenecen a los servicios de logística y transporte, a la producción rural y, en menor medida, al desarrollo industrial. Estos centros de trabajo

² A los efectos de mantener los resguardos éticos correspondientes, se omitirán aquellos datos que revelen la identificación exacta de los espacios donde desarrollamos nuestra práctica; ya sea en lo referido a los efectores de salud como a las distintas instituciones con las que trabajamos.

contribuyen a la generación de mano de obra, aunque el crecimiento poblacional supera la demanda en este territorio. Se destaca la identificación de la población con su barrio, lo que contribuye a la construcción de una identidad local. Como contracara, se percibe una menor circulación de la población por otros circuitos de la ciudad: la centralidad la conforman los puntos céntricos de la zona de referencia que confluye con otras zonas de Montevideo. De esta manera, se conforma una zona sumamente amplia desde el punto de vista geográfico, con distancias que implican dificultades para la movilización de la población en diferentes medios de transporte. Esto obstaculiza las posibilidades de socialización entre la población de la zona y el resto de la ciudad, así como el acceso a los distintos tipos de servicios (IDH, 2011).

Esta sistematización de datos provista por el equipo de la OSC "Instituto del Hombre" (IDH) por intermedio del extinto programa SOCAT, enriquecida posteriormente por un trabajo de observación y relevamiento impulsado desde el equipo de la policlínica del CCZ 18, determinó la proyección de nuevos desafíos en clave de atender dichas barreras a la accesibilidad, con particular foco en la situación de las adolescencias.

Es así que desde el equipo se realizaron recorridas por espacios que trabajan con adolescentes de la zona, a fin de conocer sus dinámicas cotidianas, sus recursos y potencialidades, construyendo demandas en forma colectiva en torno a las necesidades que identifican, sobre todo en lo relativo a las barreras de acceso a la atención en salud. Se evidenció la necesidad de generar acercamiento y fortalecer los vínculos de la policlínica con la comunidad en general (Collazo et al., 2021.), y en particular con la población adolescente del territorio, no exclusivamente usuaria. Con tal propósito, se coordinaron diversos talleres en sala de espera, de los que participaron estudiantes del liceo de la zona y Áreas Pedagógicas; instancias cuyo eje se centró en dar a conocer la dinámica de funcionamiento de la policlínica, sus diferentes servicios, e intercambio de inquietudes con los participantes.

Como fruto de estos movimientos, en el año 2022 el plan fue crear el Espacio Adolescente, planteándose como objetivo: la promoción en salud integral de los y las usuarias adolescentes de la policlínica. De mayo a agosto de 2022 se planificó el espacio integral de atención para adolescentes y de setiembre a diciembre se puso en marcha, estableciéndose los días lunes de 10.00 a 13.00 un espacio centralizado en atención adolescente, donde confluyen distintas disciplinas que podrían brindar de forma articulada consultas con medicina familiar, nutrición, odontología, salud sexual y reproductiva -consulta con ginecología y obstetra-, psicología, trabajo social, espacio de orientación y consulta

específica de propuestas y recursos para adolescentes -centros culturales, actividad deportiva y recreativa, educación formal y no formal, prestaciones sociales, etcétera-. Además de la atención, se propusieron un trabajo de promoción de salud con adolescentes en centros juveniles y educativos.

En lo que concierne a otra policlínica de la zona oeste, el abordaje en salud mental merece el destaque de algunos hitos acontecidos a lo largo de la última década:

Como respuesta a la necesidad de generar propuestas y acciones concretas frente a la situación que atraviesan las infancias y adolescencias en nuestro país, y particularmente en la zona oeste de Montevideo, a partir del año 2014 la Organización de Usuarios de la Salud impulsa una propuesta de abordaje de los derechos de los usuarios de salud mental. En el año 2018 dicha organización elabora la propuesta *Enlaces con la Vida*, en el marco de un trabajo intersectorial que involucró instituciones como la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), el Ministerio de Educación y Cultura (MEC), Dirección Departamental de Montevideo del MSP y el Departamento Integral del Estudiante de Enseñanza Secundaria; estableciendo el foco en la prevención del suicidio, cuya incidencia venía aumentando en la zona, especialmente en población adolescente.

Al año siguiente, esta organización conforma La Mesa Local de Salud Mental (MLSM) del Oeste. La misma oficia como una red de salud mental que integra a diferentes actores sociales e institucionales, como ser: integrantes de *Enlaces con la Vida*, representantes de liceos y UTU, vecinos de la región oeste, programa APEX de la Udelar, Dirección Departamental de Montevideo del MSP, Departamento Integral del Estudiante, Dirección de C. S. Cerro, policlínicas, Movimientos para las Autonomías RAP-ASSE, Grupo de Comprensión y Prevención de la Conducta Suicida (Udelar), Asociación de Familiares Caminantes, docentes y practicantes de Facultad de Psicología y Trabajo Social, División Salud de la IM, Parque Público Punta Yeguas, Organización de Usuarios y Usuaris de la Salud del Oeste y Red de Municipios y Comunidades Saludables. Se organiza mediante equipos operativos que permiten resolver de modo colectivo lineamientos generales, así como desarrollar acciones específicas en torno a los temas de interés.

De esta red se desprende la propuesta de generar y gestionar un espacio para el cuidado de las adolescencias, creándose en 2021 el dispositivo *Espacio Adolescencias*, concebido como un espacio de salud mental comunitario para las adolescencias, desde un abordaje intersectorial e interdisciplinar. A su vez, este dispositivo se diversifica en otros como ser: *Espacio de la Palabra*, *Plataforma de Experiencias*, y *Espacio Sentidos*. Concebido éste último como un espacio clínico-comunitario de escucha, asesoría y acompañamiento de los

adolescentes y jóvenes, a través del cual se busca no replicar la atención clínica tradicional, sino que pretende brindar una atención/acompañamiento integral de la salud. Por la naturaleza del dispositivo, se hace hincapié en el trabajo en red y la complementariedad con los recursos disponibles en la zona, con particular énfasis en el diálogo y trabajo conjunto con aquellos equipos que trabajan en centros de salud e instituciones educativas (Universidad de la República, APEX [Udelar, APEX], 2022).

Adhiriendo a este abordaje territorial en clave de promoción de salud mental adolescente en la región oeste, en el año 2022 el equipo conformado por la médica de familia, psicóloga y licenciada en trabajo social de la policlínica, presentan la propuesta *Abordaje de la Salud Mental en las Adolescencias en Clave Colectiva* en la policlínica. Este proyecto surge como respuesta al diagnóstico situacional llevado a cabo por el equipo en la zona de influencia, que permitió visibilizar algunas de las principales problemáticas en cuanto a salud mental en los adolescentes de la zona; destacándose un incremento en los intentos de autoeliminación, alteraciones en el estado de ánimo, dificultades en el acceso a la salud, el alto número de estudiantes bajo tratamiento psiquiátrico, entre otros. El proyecto en cuestión surge del producto de un relevamiento efectuado en los primeros meses del año, donde a partir del intercambio con referentes de las adolescencias de diversos centros educativos, se logra conocer a actores relevantes del territorio, así como problemáticas, experiencias, intereses y dificultades en el abordaje de esta población particular. Esta primera etapa ofició como proceso de familiarización con el territorio y los actores que lo constituyen y construyen. Se partió del reconocimiento del saber de los distintos actores, lo que posibilitó espacios de co-construcción de la demanda y de esta propuesta concreta.

En términos generales se logró valorar que la salud mental resulta un tema de interés y preocupación, en tanto emergen problemáticas en los/as adolescentes que desafían y movilizan a los equipos técnicos y a las respuestas institucionales. Se relatan problemáticas individuales y colectivas que dan cuenta de la complejidad de la temática y la necesidad de revisar las formas de abordaje. En algunos casos se comparten reflexiones colectivas y experiencias de trabajo con valiosos aprendizajes.

En el proceso de diagnóstico realizado, se observó cierta dificultad de las adolescencias para alcanzar la sensación de “bienestar”, lo que llevó a plantearse como un objetivo de trabajo el abordaje del concepto de salud en sentido amplio, como factor de promoción de bienestar colectivo y el desarrollo autónomo. Los distintos actores consultados coincidieron en percibir a las adolescencias como “problematizadas” a varios niveles: conductas de aislamiento, desánimo vital generalizado, tendencias a las dependencias -ya sea de

sustancias, redes sociales virtuales o vínculos vistos como “tóxicos”-. Se visualiza la presencia de diversas formas de violencia; ya sea intrafamiliar, de género, física, emocional, violencia por abuso, bullying y figuras o formatos colectivos que fomentan el dolor y la angustia, por ende: conductas autodestructivas e incluso intentos de autoeliminación.

Se consideró clave concebir la intervención desde un nuevo paradigma de salud integral que haga foco en los determinantes sociales de la salud, por lo que se hizo énfasis en la importancia de considerar las adolescencias actuales “en contexto”. En tal sentido, se destaca que este territorio se caracteriza por su historia de trabajo obrero industrial, pero también por la vulnerabilidad socioeconómica que afecta a sus habitantes. La inequidad social se expresa en términos de pobreza y desempleo en estos territorios. Los últimos años han afectado aún más a esta población, lo que se expresa por parte de diferentes actores, generando dificultades en sostener la alimentación diaria. Desde diferentes centros educativos se expresa esta dificultad y cómo ésta afecta a las adolescencias en particular.

Es así que la propuesta de trabajo presentada parte de reconocer a la salud mental en vinculación con la realidad social, con el contexto en el que nos desarrollamos y las necesidades reconocidas por las personas; factores que afectan la salud mental de los/as adolescentes que llevaron a ser incluidos en el marco de trabajo (Burgueño et al., 2022).

La metodología de este proyecto constaba de un espacio de encuentro en un local de la zona, los días jueves de 9.00 a 11.00, con una frecuencia quincenal, mediante el dispositivo taller. Se buscaba conformar un grupo con el que se trabaje todo el año. La convocatoria fue a través de instituciones educativas y centros juveniles, a través de sus referentes. Se propuso en este espacio realizar seguimientos del proceso grupal, así como promover un espacio de coordinación territorial en relación a las adolescencias y un espacio de promoción de salud transversal, no siendo un espacio terapéutico. Esta propuesta se llevó a cabo el segundo semestre del 2022, arrojando una evaluación muy positiva, donde se destaca la continuidad de la grupalidad que se conformó y la disposición de las/los adolescentes a participar del espacio. Como desafíos, se observó que sostener la participación semana a semana y mantener idas y vueltas con las referentes exige tiempos que el equipo no pudo disponer en algunos momentos del proceso (Burgueño et al., 2022).

Dichas limitaciones, sumadas al desmantelamiento del equipo que impulsó la propuesta, devino en una reformulación para el año 2023, donde se sostienen los mismos objetivos en cuanto a la promoción de salud mental en las adolescencias de la zona, proyectándose el nuevo desafío en sostener procesos grupales con tres o cuatro instituciones educativas del barrio, a partir del mes de agosto de 2023 hasta el cierre del año lectivo.

5. MARCO CONCEPTUAL

5.1 Adolescencia/s: definiciones y conceptos clave

La abundante literatura que aborda la noción de adolescencia despliega un rico y variado acervo de conceptos y metáforas que arrojan luz a su entendimiento. Ya en 1905 Freud dedica un capítulo a las “metamorfosis” de la pubertad, identificando a este fenómeno como un “segundo tiempo” u “oleada” en cuanto a la elección de objeto, que determina la conformación definitiva de la vida sexual. Más tarde, la describe como a un “segundo apogeo del desarrollo”, en que se pone término al período de latencia (Freud, 1926/1992). Lacan, por su parte, emplea el verbo “despertar”:

¿Despertar de qué? Se despierta del sueño de la infancia... de esas respuestas que lo habían estabilizado, que le dieron un sentido de la vida. Durante el periodo de latencia el niño tiene el camino bien delineado por el Otro... un momento de extrema alienación al discurso del Otro que se interrumpe en la pubertad, caracterizada, por el contrario, como un momento de separación: la pérdida de los padres de la infancia, la imagen idealizada y el encuentro con la castración. Despertar a las preguntas sin respuestas, se despierta a una nueva forma de goce (Gutiérrez Posse, 2014, p. 34).

Más próximos en época y región, autores rioplatenses como Gagliano (2005) refieren a la adolescencia como un tiempo de “renacimiento” o “segundo nacimiento”, y que como tal debe ser bienvenido por el mundo adulto:

La vida adolescente es vida nueva. Un renacimiento que demanda aprendizajes de bienvenida. Familias, escuelas y otras instituciones pueden y deben hacer lugar para ese segundo nacimiento... Dar la bienvenida a ese segundo nacimiento significa participar activamente en él. Si el primer nacimiento es dar a luz, el segundo atañe a revisar la luz de las herencias, cuestionar su pertinencia, preguntar, inquirir y hasta cambiar de luz. Los adolescentes no pueden estar solos en ese alumbramiento (p. 34).

Cao sugiere la metáfora de la adolescencia como planeta, debido a su condición errante:

El vocablo planeta deriva, justamente, de una voz griega cuyo significado es errante. La acepción más común de esta expresión se aplica a algo o a alguien que vaga sin rumbo fijo, o bien, que en su defecto cambia de emplazamiento constantemente. Es de esta forma como se pone en evidencia que desde su misma raíz etimológica la noción de planeta se encuentra ligada de manera indeleble a la condición de viajero... La equiparación entre planeta y adolescencia se hace posible gracias a que este escurridizo fenómeno deambula por el campo societario a la manera de un eterno vagabundo (Cao, 2014, p. 10).

Estos son apenas algunos ejemplos representativos de un vasto corpus teórico en torno a la noción de adolescencia. Más allá de las formas o figuras discursivas que se adopten a la hora de conceptualizarla, resulta significativo destacar cómo estas nociones convergen en ciertos denominadores comunes: entre ellos la imagen de cambio, de transformación... de redescubrimientos.

Transformaciones que se materializan en el cuerpo a través de alteraciones hormonales, propias del empuje pulsional que entraña esa “segunda oleada”; fruto de la irrupción de una genitalidad adulta que los modelos psicoanalíticos explican en clave de reedición edípica. Transformaciones que repercuten en desajustes entre imagen y esquema corporal, integrándose en las dimensiones biopsicosociales de cada sujeto. Es así que los procesos de maduración sexual se retroalimentan de modificaciones en el plano psicológico, desencadenando movimientos de reestructuración psíquica, que implican a su vez reconfiguraciones a nivel identitario, dando cuenta del complejo devenir que opera en los procesos de individuación adolescente.

Estos procesos no se reducen al individuo, no se agotan en su dimensión intrasubjetiva, sino que entrañan una dimensión sociocultural estructurante en los efectos de subjetivación de cada adolescente. Así, lo vincular cobra protagonismo, a través de la conformación de ideales que junto al grupo de pares y el entorno familiar apuntalan estos nuevos procesos identitarios, como efecto de esas reformulaciones narcisistas que demanda el despliegue de su autonomía, evidenciando esa dialéctica que se produce en los movimientos paradójales del narcisismo (Kancyper, 2013).

Continuando estos ejes analíticos en clave de reformulaciones, de reestructuraciones y reconfiguraciones que comportan los procesos de subjetivación adolescente, autores como Viñar (2009) y Kancyper (2013) subrayan la inexorable necesidad del conflicto generacional como puntal de autoafirmación y punto de partida de una autonomización que demandará el tránsito hacia la adultez: “La confrontación generacional y fraterna es un acto ineludible para procesar un cambio psíquico, y conlleva un elevado gasto anímico para sostener y atravesar por ciertos momentos angustiosos de caos” (Kancyper, 2013, p. 51).

En este marco de tensiones y caos –concebido éste como principio de toda creación, como fuente inagotable de creatividad y adaptabilidad al cambio (Kancyper, 2013)-, se habilita la emergencia del proyecto de vida:

En el seno de ese proceso de reapropiación identitaria durante el empuje pubertario se tejen o traman las coordenadas y los itinerarios de un proyecto de vida, los dilemas de la vocación, el parto de una singularidad y de un estilo (Viñar, 2009, p. 29).

Proyecto como uno de los puntos centrales de la adolescencia, que entraña la presencia de la pulsión de vida cuando se quiebra el narcisismo primario, permitiendo desplegar el empuje pulsional de modo mediatizado (Janin, 2008). Proyecto que invoca la relevancia del grupo de pares a la hora de posibilitar la desinvestidura de objetos endogámicos, habilitando la reestructuración identificatoria necesaria para la emergencia del mismo (Rojas, 2013).

Pero no solo cabe destacar las constantes o puntos en común de estas teorizaciones, sino su evolución a lo largo del tiempo; lo cual evidencia nuevas formas de concebir este fenómeno a partir de coordenadas simbólicas contemporáneas que contribuyen a dotar de nuevos sentidos esta noción. Una de las manifestaciones de esta evolución se refleja en la adopción de nuevos términos que componen su definición; apareciendo en escena el sentido de “proceso” en relevo de la perimida noción de “etapa” que connota una mirada desarrollista y/o evolutiva del fenómeno (Contino, 2022):

La adolescencia es mucho más que una etapa cronológica de la vida y el desarrollo madurativo; es un trabajo de transformación o proceso de expansión y crecimiento, de germinación y creatividad que –como cualquier proceso viviente- tiene logros y fracasos que nunca se distribuyen en blanco y negro (Viñar, 2009, p. 15).

En esta línea, Duarte en Donas (2001) reflexiona acerca del tránsito que viene produciéndose en las últimas décadas, pasando de concepciones conservadoras y funcionalistas hacia versiones más integrales y progresistas del complejo mundo juvenil; identificando lo que llama “cuatro trampas” de las versiones tradicionales. Una de ellas es precisamente esta división “etapista” del ciclo vital instalada en los imaginarios sociales latinoamericanos, que entraña una parcialización de la complejidad social como mecanismo reflexivo, negando la posibilidad de convivencias o simultaneidades en la posición que se asume socialmente (p. 66).

Pero la adolescencia no se reduce a un catálogo de propiedades que deban leerse a la luz de la universalidad moderna; sino que entraña sentidos complejos que demandan una reflexión situacional que atienda a la riqueza de las heterogeneidades que la componen. Incluso, la propia flexión del sustantivo queda en entredicho: ¿Se puede hablar de adolescencia en singular? En esta dirección, autores como Duarte en Donas (2001), Viñar (2009) y Sujoy (2014), cuestionan esa abstracción homogenizante, promoviendo la alternativa de la pluralidad del concepto que permita construir miradas más integradoras y potenciadoras, con reconocimiento a la diversidad del mundo juvenil.

Los procesos de subjetivación adolescente son siempre teñidos de la particularidad de cada contexto, variando significativamente en cada cultura e incluso en cada barrio y ciudad. En

este sentido, Rojas (2013) plantea la necesidad de pensar al adolescente en situación. A la luz de este enfoque, procuramos llevar a cabo una lectura contextualizada de nuestra población objetivo, que nos permita singularizar la intervención, resguardándonos de sesgos universalizantes, precipitantes de la iatrogenia.

Los contextos donde desplegamos nuestra intervención denuncian historias de indiferencia, abandono, abuso y exclusión; factores predisponentes para la emergencia de conductas de riesgo, como ser los intentos de autoeliminación y las adicciones; las cuales reflejan formas de reacción al trauma que puede eventualmente suscitarse en estas condiciones; formas de reacción que surgen cuando ese trauma no logra ser elaborado, cuando no han mediado procesos de simbolización que contribuyan a reducir su incidencia (Le Breton, 2007).

Conductas de riesgo que emergen cuando abrumba el sentimiento de vacío, identificando en la angustia su fuente primigenia y al pasaje al acto como medio de resolución de la tensión que implica la confrontación con lo real (Fernández Raone, 2014). Pasaje al acto que es expresión funcional al desarrollo de la autodefinición, la expresión de una prueba potencial de construcción de identidad y a su vez manifestación de profunda vulnerabilidad y conflictividad, ubicando en el cuerpo el territorio de expresión de un sufrimiento psíquico que opera como instrumento para comunicar necesidades y conflictos evolutivos (Manca, 2012).

Dichas conductas de riesgo son a su vez alimentadas por la condición de grandiosidad y sentimientos de omnipotencia que repercuten directamente en una alteración de la percepción del riesgo en los adolescentes. Condiciones que a su vez se ven sobreestimuladas por las fantasías megalomaniacas que encarnan los ideales de la contemporánea sociedad de consumo, cuyas lógicas de inmediatez e hiperindividualismo sientan las bases de los actuales modelos identificatorios que se les presenta a los adolescentes de hoy (Janin, 2008):

Congelar el tiempo, eterna juventud, cuerpo inmortal, inexistencia de cambios, ausencia de incertidumbre, de desprendimiento...Estos son algunos de los ingredientes del menú de ilusiones e ideales que conforman la subjetividad actual, con otros condimentos como los poderes mágicos, omnipotencia, ritmo acelerado, fuerte excitación o adrenalina, y descontrol (Sujoy, 2014, p. 76).

Otro elemento que resulta significativo es el valor intrínseco de esta fecunda producción teórica, convirtiendo al fenómeno de las adolescencias en objeto de estudio con derecho propio; la evolución de un estado del arte inaugurando una plena visibilización del fenómeno. Ello cobra un particular relieve en la medida que no siempre fue así, ya que la adolescencia, en tanto constructo socio-cultural, emerge de forma tardía en la historia de la

humanidad, como un producto de la Revolución Industrial en el siglo XIX. Es por lo tanto la Modernidad que le confiere su estatus de categoría histórica (Cao, 2014).

Esta visibilización crea sus condiciones de existencia, proyectando el trazo de los caminos a sus particularidades y especificidad. Así, el fenómeno adolescente va siendo progresivamente empoderado; siendo investido de importancia, demandando la atención a su singularidad. Y esto cobra valor en la medida que no se agota en el discurrir teórico o el contrapunto académico intelectual, sino que se pliega al imaginario adolescente en tanto marco generador de cultura y pertenencia, que encuentra así sus condiciones de posibilidad (Cao, 2014). Y no solo eso, sino que permea en los estratos discursivos que componen las múltiples y complejas dimensiones de la realidad.

Algo que aprendimos de la Lingüística moderna, del Construccinismo Social y especialmente de las lecturas de Lacán (1956/2009), es el valor performativo del discurso; cómo el lenguaje -lejos de representar o describir, según se consideraba antaño-, crea el mundo que habitamos, produciendo las coordenadas de la realidad.

Desde aquí posicionados, podríamos formular un par de interrogantes en relación al tema que nos ocupa: ¿Hubiese sido factible abordar la construcción colectiva de salud integral sobre un terreno invisible que no haya instalado el marco teórico? ¿Cómo se hubiesen instrumentado las estrategias de prevención y promoción de salud mental con foco en una determinada población si no es reconocida como tal, si adolece la carencia de categoría propia, ignorándose su especificidad?... Quizá el propio ejercicio de esta formulación conceptual en torno a una intervención arroje pistas para sus respuestas.

En suma, el universo teórico que se despliega a partir de que el fenómeno adolescente se fija en las constelaciones discursivas de occidente, impacta directamente en las condiciones de producción de subjetividad, estructurando la matriz cultural que hace a su imaginario, delineando los abordajes de las políticas públicas que afectan a las adolescencias. Sean políticas sociales, educativas o sanitarias, los abordajes serán sensibles al enfoque y paradigma que sustentan las diversas concepciones en torno a las adolescencias. Esto se refleja precisamente en el abordaje de los ESA, diagramado desde el PNSAJ al cual adscribimos en el curso de nuestra intervención, que en buena medida llega para subsanar las falencias que denunciaba nuestro anterior sistema sanitario:

A pesar de la abundante literatura existente y la permanente presencia de los temas de adolescencia en la agenda política y social, los sistemas de salud negaron sistemáticamente un espacio propio para la atención de la salud de los adolescentes. La atención del o la adolescente navegó tradicionalmente entre una forzada prolongación de los servicios de

pediatría y una brusca incorporación a los servicios de adultos... La creación del Espacio de Salud Adolescente constituye un paso trascendental en este sentido. Le asigna al adolescente un espacio propio dentro del Sistema de Salud y lo reconoce como un sujeto activo, con intereses, preocupaciones y propuestas (Arias y Suárez, 2016, p. 11).

5.2 Salud mental adolescente en el PNA³

Hablar de salud mental exige antes que nada situarnos en un paradigma de la complejidad (Morin, 1994), con sus principios de intelección y estrategias metodológicas que resisten la formulación de descripciones, explicaciones y/o concepciones simplificadoras/reduccionistas de los múltiples fenómenos del mundo; en particular, aquellos fenómenos socioculturales que dan cuenta de la complejidad de la naturaleza humana. Desde estos cimientos, lo primero es reconocer que al referirnos a salud mental, se aborda un área extensa y compleja del conocimiento, donde ya no es posible pensar en términos de objeto, sino de campo de conocimiento. Un campo de conocimiento plural, intersectorial que implica la transversalidad o entrecruzamiento de una múltiple red de saberes involucrados. Ello da cuenta de la naturaleza polisémica de esta noción, que se expresa en la dificultad para la delimitación de sus fronteras (Amarante, 2009).

De todas formas, esta dificultad en la delimitación de fronteras es lo que a su vez abre los caminos hacia el abordaje interdisciplinario, en la medida que la salud mental se impone como un campo de prácticas sociales; produciéndose así un corrimiento de las lógicas de objeto discreto que emanan del paradigma hegemónico positivista, para ocuparse de problemas de naturaleza multidimensional, irreductibles a un campo disciplinar específico (Stolkiner, 2005).

Esta zona de indeterminación plantea un importante desafío para su conceptualización, emergiendo la pregunta: *¿qué es salud mental?* Tal desafío se inscribe, sobre todo, en cómo responder a esta pregunta sin volver a ser capturados por antiguas racionalidades, ya que “cualquier especie de categorización está acompañada del riesgo de un reduccionismo y de un aplastamiento de las posibilidades de la existencia humana” (Amarante, 2009, p. 21).

³ La estructuración de esta segunda parte del marco conceptual responde a una decisión de carácter metodológico. Se optó por el fraccionamiento en los sub-apartados titulados *Prevención y promoción* y *Accesibilidad y participación* por ajustarse, el primero de ellos, a los lineamientos programáticos que configuran el encuadre de nuestra práctica; en cuanto al último, por desprenderse del trazado de objetivos en el marco de la definición del problema de intervención; lo cual intenta fundamentar este recorte específico del vasto y complejo campo de la salud mental adolescente.

No obstante, en virtud de que no hace a los fines de este trabajo avanzar en la problematización de este constructo, con ánimo de aproximarnos a una definición posible, acudimos a la Ley n° 19.529 (2017) que en su artículo 2° reza lo siguiente:

Se entiende por salud mental un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Dicho estado es el resultado de un proceso dinámico, determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos. La protección de la salud mental abarca acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, encaminadas a crear las condiciones para el ejercicio del derecho a una vida digna de todas las personas y particularmente de aquellas con trastorno mental (p. 1).

Por su parte, el PNSM (2020) amplía agregando que:

El marco general de la salud mental es promover las condiciones favorables y apoyar a las personas, grupos, comunidades y sociedades con el desarrollo máximo de sus capacidades y en el goce del bienestar. La salud mental es una experiencia subjetiva y objetiva en esencia inestable, caracterizada por la capacidad de afrontar crisis, enriquecer la subjetividad y lidiar con la propia experiencia mental (p. 6).

Estas aproximaciones dan cuenta de la adhesión a un paradigma de salud integral, que a nivel internacional ubica uno de sus hitos fundacionales en la Declaración de Alma Ata (OMS, 1978). Este cambio de paradigma comporta profundas transformaciones sociales y políticas, reflejando un proceso de ruptura con la razón positivista, que apuntalaba al tradicional modelo médico hegemónico. De esta forma, se evoluciona progresivamente hacia un paradigma donde la enfermedad mental pasa a ser “desmedicalizada en su concepción social y técnica, y puesta en relación con los hechos del lenguaje y la vida social” (Galende, 1983, p. 426). Esto se traduce en nuevas prácticas terapéuticas a partir de nuevos modos de comprensión de lo patológico, en que se reconoce su componente histórico; instalando una nueva referencia de índole semántica -una “semiotización del hecho patológico”- superando la referencia biológico-natural de la “anormalidad” y el sesgo “sustancializador” de la enfermedad mental, propios del modelo tradicional (Galende, 1983).

Estas transformaciones dieron como fruto el desdibujamiento de “los límites artificiales entre lo biológico y lo psicológico: la salud dejó de ser mental o somática para pasar a ser solo salud y, por supuesto, también dejó de ser un problema individual para pasar a ser social” (Saforcada et al., 2010, p. 45).

A modo de síntesis, siguiendo los postulados de Saforcada et al. (2010), es posible identificar la evolución de tres grandes paradigmas vinculados a la salud mental, partiendo de un modelo tradicional, caracterizado por:

Su base fuertemente positivista, con apoyo en un cartesianismo mecanicista que lo empuja a grandes reduccionismos, en general biopatológicos o psicopatológicos, por separado, que transforman en ineficaz e ineficiente a gran parte de los esfuerzos que se hacen para mejorar las condiciones de salud de la población, a la cual evalúa fundamentalmente en términos de enfermedad y muerte (p. 50).

La puesta en evidencia de la ineficacia e ineficiencia de este modelo, impulsó movimientos de reforma sanitaria que avanzaron hacia un paradigma de salud colectiva, superador del anterior, en la medida que habilitó el abordaje multidisciplinar y la participación de la comunidad, pero que aún mantenía determinadas limitaciones al sostener un sesgo biologicista – medicalizante; y como bien lo formulan los autores: “mientras la salud sea solo patrimonio de los médicos, será pura enfermedad” (Saforcada et al., 2010, p. 53).

Un tercer momento es al que asistimos en la actualidad, en el denominado paradigma de salud comunitaria, que es al que se pliega nuestra propia reforma sanitaria y que apuntala el marco de nuestra intervención en el PNA. Este nuevo modelo, con su fuerza instituyente, hace de la comunidad su componente principal; restituyendo a las personas el empoderamiento de su salud al resituirlas como sujetos activos y protagonistas en sus procesos de transformación. Asimismo, expresa un cambio significativo en el enfoque, en la medida que deja atrás los anteriores modelos, cuya epidemiología negativa se reducía a la gestión de enfermedad, avanzando a una epidemiología que promueve la gestión de salud positiva. En esta coyuntura, la función de/la psicólogo/a entraña la necesidad de desenvolver “prácticas de orientación preventiva dentro de las comunidades”... dirigiendo esfuerzos “hacia la salud y no hacia la enfermedad” (Saforcada et al., 2010, p. 43).

5.2.1 Prevención y promoción

El Primer Nivel pasa a constituirse en el ámbito prioritario del nuevo modelo de atención; tal como se reconoce a partir de la Ley nº 18.211 en su artículo nº 34, reafirmandose en el artículo nº 16 de la Ley nº 19.529, enfocado al abordaje de la salud mental. Esto se debe a que el PNA se desempeña como “la puerta de entrada al sistema de salud”, presentándose como el nivel “más cercano a la población”, permitiendo “resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes...por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación” (Vignolo et al., 2011,

p. 11). Esta capacidad de resolución inherente al Primer Nivel, alcanza a un 85% de los problemas de salud prevalentes, incrementando su alcance operativo por el papel que juega en los mecanismos de referencia y contrarreferencia, que se produce en la articulación con los siguientes niveles de atención que organizan el sistema de salud. Específicamente en lo que respecta a las adolescencias, el relevamiento de diagnósticos aportados por los prestadores arrojó una caracterización epidemiológica de los principales problemas de salud prevalentes en esta población, lo que condujo al Ministerio de Salud Pública a la priorización de los siguientes problemas: consumo de sustancias, intentos de autoeliminación, sobrepeso/obesidad, siniestralidad vial, embarazo no intencional, y todas las formas de violencia (Uruguay, 2020).

La prevención “abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (OMS, 2008, p. 10). A su vez, las actividades preventivas pueden clasificarse de acuerdo a los siguientes niveles: prevención primaria; dirigida a evitar la “aparición de una enfermedad o problema de salud a través del control de factores causales y predisponentes”, con el fin de “disminuir la incidencia de la enfermedad” (Vignolo et al., 2011, p. 12); mientras que la prevención secundaria y terciaria “tienen por objeto detener o retardar la enfermedad ya presente y sus efectos, mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado, o reducir los casos de recidivas y el establecimiento de la cronicidad, por ejemplo, mediante una rehabilitación eficaz” (OMS, 2008, p. 13). Especialmente en la población adolescente, acciones como la detección precoz y abordaje oportuno, resultan de vital importancia a la hora de minimizar los riesgos:

La ausencia de un diagnóstico oportuno y un tratamiento precoz de los problemas de salud mental de los niños y adolescentes condiciona seriamente su futuro, reduciendo así el número de sus oportunidades educativas, vocacionales y profesionales, y ocasiona un costo muy alto para las familias y una carga para la sociedad (Pupo-González et al., 2018, p. 2).

Trasladándonos al área de la promoción, destacar el hito que significó la 1ra Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, llevada a cabo en Ottawa (1986), donde se establecen las estrategias de acción enfocadas en la meta de *Salud para Todos en el año 2000*. En el marco de estas estrategias, se propone “la creación de ambientes y entornos saludables”, facilitar “la participación social construyendo ciudadanía y estableciendo estilos de vida saludables” (Vignolo et al., 2011, p. 13). Esto es posible en la medida que se proporcione “a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor

control sobre la misma” (OMS, 1986, p. 1), lo cual implica el involucramiento de la comunidad en las políticas de salud.

Si bien se puntualiza que la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario, resulta indispensable que éste se comprometa a “jugar un papel cada vez mayor en la promoción de salud, de forma tal que trascienda la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos”, teniendo en cuenta que “la salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana; en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo” (OMS, 1986, p. 3).

En el marco de la 4ta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, celebrada en Yakarta (1997), se reconoce a la salud como un derecho humano básico e indispensable para el desarrollo social y económico. A su vez, se define a la promoción como “un proceso de capacitación de la gente para ejercer mayor control sobre su salud y mejorarla... la promoción de la salud obra sobre los factores determinantes de la salud” (p. 3).

Es importante detenernos en este punto, a fin de conceptualizar brevemente la noción de determinantes de salud. Para ello apelamos al trabajo de Macri et al. (2009), donde se define a los determinantes de la salud como a “todos aquellos factores que ejercen influencia sobre la salud de las personas, y que actuando e interactuando en diferentes niveles de organización, determinan el estado de salud de la población” (p. 49).

Los autores llevan adelante la historización de esta noción y la evolución de diferentes modelos empleados para dar cuenta de las múltiples causas involucradas en la producción de salud y enfermedad. Destacan especialmente la repercusión que el concepto de determinantes de salud ejerció en el nuevo modelo de atención, consolidado en las estrategias de APS, cuando la salud pública cobra una perspectiva más holística o integral, pasando a definirse en términos positivos; dejando atrás su concepción de mera ausencia de enfermedad:

La prestación de servicios de atención en salud y la inversión en tecnología y tratamientos médicos, no son suficientes para mejorar las condiciones de salud de la población, y los múltiples factores que determinan el estado de salud y la enfermedad en la población, trascienden la esfera individual y se proyectan al plano colectivo (p. 50).

Un valioso capital que implica el reconocimiento de los determinantes de salud, es su impacto en el diseño de políticas públicas:

Para construir políticas de salud, no es suficiente tener la información de la morbimortalidad, sino además y fundamentalmente, de los determinantes de salud. Esto permitirá a través de

las políticas adecuadas, plantear intervenciones más allá de la enfermedad (Macri et al., 2009, p. 52).

Algunos determinantes de la salud que se clasifican en la Declaración de Yakarta (1997) son: el acceso a la vivienda, la educación, la seguridad social, las relaciones sociales, la alimentación, el nivel de ingresos, el empoderamiento de la mujer, un ecosistema estable, el uso sostenible de recursos, la justicia social, la paz, el respeto por los derechos humanos y la equidad; subrayando que la pobreza supone “la mayor amenaza para la salud” (p. 5):

En resumen, el mecanismo individual de la salud-enfermedad y de la muerte es de naturaleza social y económica, ya que el origen de alteración ecológica es siempre socioeconómico. En definitiva, el proceso ‘salud enfermedad’ es una construcción social (Macri et al., 2009, p. 56).

5.2.2 Accesibilidad y participación

Volviendo a nuestro territorio y población objetivo y en cuanto a la definición del problema que fundamentó nuestra intervención, lo primero a identificar fue la confirmación de diagnósticos situacionales que daban cuenta de un desajuste con los principios rectores del SNIS y el Plan Nacional de Salud Mental (MSP, 2020), en lo relativo a sus objetivos de:

Asegurar la accesibilidad a los diferentes dispositivos de la red... y continuidad del proceso asistencial como medida de calidad en la atención... Lograr la participación activa del usuario, integrando sus opiniones en los procesos de la toma de decisiones en salud (p. 51).

A los efectos de conceptualizar la accesibilidad, recogemos la definición de Stolkiner et al. (2000), en Arias y Suárez (2016), que la describen como:

El vínculo que se construye entre los usuarios y los servicios. Este vínculo surge de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios (p. 26).

Accesibilidad que no se reduce al mero hecho de acceder a la salud; resultando imperioso mantener el cuidado de no confundirla con “acceso”, puesto que:

Acceder a los servicios de salud, no garantiza la resolución de los problemas de salud de la población. La accesibilidad implica un dominio más amplio y complejo en el que intervienen las representaciones que los usuarios tienen de los servicios y las maneras en que éstos los pueden ayudar, así como las representaciones que los propios servicios poseen de los usuarios, basadas en un modelo de atención determinado. En este vínculo se ponen en juego

los derechos de los usuarios y la concepción de salud que éstos tienen (Arias et al., 2009, p. 137).

La literatura al respecto sintetiza cinco grandes expresiones de la accesibilidad, manifiestas en sus dimensiones: geográfica -relativa a la localización de los servicios en el territorio con una población asignada-, económica o financiera -que implica la capacidad de pagar los costos que demanda el servicio por parte de los usuarios, así como también el presupuesto destinado al sistema sanitario-, legal -relativa a las disposiciones jurídicas y políticas públicas sanitarias-, organizacional o burocrática, y cultural o simbólica (Suárez, 2009).

Dentro de estas dimensiones que configuran el campo de la accesibilidad, advertimos respecto a la población objetivo, dificultades específicas en lo que hace a dos de ellas: la organizacional burocrática -referida a la organización interna de los servicios para brindar atención a la población; tales como turnos, horarios, recorridos, lista, de espera, disponibilidad de recursos, difusión de información-, y la cultural o simbólica, que expresa una dimensión subjetiva (Suárez, 2009) en que se ponen en juego:

Vivencias, saberes construidos, sentires, percepciones; en la posibilidad y el modo que construyen los sujetos para acceder a los servicios de Salud. Entendiendo que la subjetividad se construye a lo largo de la vida de los sujetos y que la misma es producto de experiencias vinculares de la infancia, de la historia, de los mecanismos de poder que se ejercen en cada sociedad, de la clase de pertenencia, de etnias, de modos de disciplinamientos, lo que implica que se encuentra multideterminada por el contexto histórico y la propia historia del individuo (p. 7).

Otro de los problemas identificados en ambos territorios, en vinculación directa con el anterior, refiere a la cuestión de la participación adolescente. Tal como se señalaba, la participación se integra en los pilares de nuestro Sistema Nacional Integrado de Salud, constituyendo una de las metas fundamentales de nuestra Ley de Salud Mental n° 19.529.

En la declaración de Alma Ata (OMS, 1978) la participación es definida como:

El proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario... Esto les permite ser agentes de su propio desarrollo, en vez de beneficiarios pasivos de la ayuda al desarrollo (p. 58).

En el mismo documento, se concibe a la Atención Primaria de Salud como el eje de todo sistema sanitario; asimismo, se reconoce a las personas como el eje de la propia APS, empoderando así al sujeto desde un enfoque de derechos:

El interés de la población por sus propios problemas de salud y su participación activa para resolverlos no son solamente una manifestación clara de conciencia social... sino un factor importante para garantizar el buen éxito de la atención primaria de salud. Así se transforman los individuos en miembros de pleno derecho (OMS, 1978, p. 70).

Estas premisas son recogidas en la Ley nº 19.529 y el consecuente Plan Nacional de Salud Mental (MSP, 2020), fundamentando un modelo comunitario de atención, para el cual:

Es fundamental la participación de la población usuaria y de sus familiares, en particular su empoderamiento y organización como parte esencial en la co-construcción del abordaje integral, individual y colectivo, donde las personas son sujetos activos de su recuperación y del manejo de su enfermedad (p. 21).

Por su parte, Giorgi et al. (2011) destacan el papel que jugó la participación como un fundamento clave en el desarrollo de la salud mental comunitaria en nuestro país; deviniendo - en su complementariedad con la accesibilidad- "en componentes esenciales del sistema de salud... indicadores del reconocimiento y respeto de los derechos del usuario en la relación que éste establece con el servicio de salud" (Suárez, 2009, p. 8).

En el marco de la Estrategia Nacional para la Infancia y Adolescencia 2010-2030 (2008), se advierte acerca de la falta de espacios de participación para las nuevas generaciones, como consecuencia de un enfoque tutelar en las relaciones intergeneracionales, provocado por un modelo de relacionamiento social marcado por una ciudadanía política adulta. Esta coyuntura conduce a que:

Los ámbitos de participación y expresión disponibles están afectados por importantes asimetrías según el nivel socio-económico, el género y el tramo de edad. Los espacios de voz y participación disponibles para la niñez y la adolescencia son escasos. En su mayoría tienden a reproducir el mundo adulto, imponiendo unas reglas que dejan un estrecho margen para formas de comunicación y organización propias (p. 23).

En este sentido, en lo que hace a nuestra población objetivo, concebir la participación en clave de derechos cobra un relieve muy particular, en la medida que "las consecuencias de la ausencia de una percepción correcta de los y las jóvenes como sujetos de derechos y ciudadanos reales se han expresado a través de múltiples problemas" (Krauskopf, 2000, p. 11). Frente a dicho estado de situación, se antepone la potencia del empoderamiento juvenil, ya que "empoderar a los adolescentes no sólo cumple el objetivo de permitir su autocuidado y protección mutua, sino que contribuye a potenciar el desarrollo colectivo al tornarse en agentes de cambio que influyen en los adultos y en sus comunidades" (p. 11).

6. SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA

6.1 Objetivo específico 1:

- ***Describir estrategias y acciones de prevención y promoción de salud mental adolescente a través de las intervenciones desplegadas en el Primer Nivel de Atención.***

El producto del trabajo de contextualización anteriormente desarrollado, emerge como el fruto de un proceso de familiarización que se despliega a partir de nuestra inmersión en territorio. Familiarización entendida como:

Un proceso de carácter sociocognoscitivo en el cual los agentes externos e internos inician o profundizan su conocimiento mutuo captando y aprendiendo aspectos de la cultura de cada grupo, a la vez que se encuentran puntos de referencia comunes, desarrollan formas de comunicación y comienzan a desarrollar un proyecto compartido (Montero, 2004, p. 70).

A su vez, estos procesos cotidianos de familiarización dialogan y tensionan con el conjunto de lineamientos institucionales que dicta la política pública impulsada por la Intendencia de Montevideo, a través de su Departamento de Desarrollo Social, en el marco del convenio con Facultad de Psicología donde se inserta nuestra práctica.

A partir del entrecruzamiento que agencian estas líneas de acción, determinadas por el encuadre institucional y la inmersión territorial, fue esbozándose una comprensión de carácter global acerca del problema sobre el que entendimos debió desarrollarse nuestra intervención. Esto supone la elaboración de un diagnóstico de situación, cuyo sentido se concibe recuperando su acepción etimológica: del griego διάγνωσις -dia / gnosis: conocer entre, conocer a través, conocer con-; diagnóstico como punto de partida y no de llegada (Muniz, 2015). Un proceso que nos ha permitido ensayar algunas reflexiones en torno a la construcción colectiva de la demanda y la definición del problema de intervención, lo que exige una identificación y jerarquización de las necesidades de la comunidad, para a su vez cuestionarnos acerca del alcance de nuestras posibilidades.

Pese a contar con un encuadre a priori, determinado por el convenio marco al cual adscribimos, el devenir de este trabajo de familiarización fue abordado mediante un trazado rizomático de nuestro mapa de acción y reflexión en el territorio, conforme es postulado en los principios del método cartográfico: elaborando el mapa desde la inmanencia de los acontecimientos antes que procurar su calco; ya que esto implicaría la pretensión de representar una realidad que se da por verdadera (Molas y González, 2020). Un despliegue

cartográfico que resulta clave a la hora de articular el encuadre institucional de referencia con la construcción de demandas específicas en cada territorio.

Nuestra inserción en los territorios se produjo a ritmos diferentes debido a una disposición de traslado de efector en el mes de junio, cuando luego de poco más de un mes de familiarización se nos reasignó a otro centro de salud. Sin embargo, las zonas de influencia detentan características similares, dado su anclaje territorial en la región oeste de Montevideo; características identificadas en el marco de un diagnóstico de situación que nos permitió arribar a una definición común sobre el problema de intervención para ambas policlínicas: *accesibilidad y participación*.

En este sentido es que advertimos ciertas dificultades en la accesibilidad a una salud integral para las adolescencias, especialmente en su dimensión cultural o simbólica (Suárez, 2009), en virtud del ostensible retraimiento de su participación en las diversas redes de sostén, en la medida que las mismas suponen un factor protector en materia de salud mental adolescente (MSP, 2014); y en línea con lo expuesto por el informe de UNICEF-Argentina (2021) que da cuenta de la falta de intercambio con sus pares y referentes fuera del hogar y que se expresa en altibajos emocionales, desgano, enojo, irritabilidad, angustia y resignación, aumentando la incidencia de sentimientos de tristeza y soledad (p. 16).

Este escenario fue confirmado a partir de nuestra observación cotidiana, donde advertimos con mucha preocupación cómo los adolescentes residentes en nuestras zonas de influencia padecen aún hoy los efectos del aislamiento que trajo la pandemia de COVID-19, agravado por el recorte de políticas sociales que han significado el retiro del Estado como garante de sus derechos -tal como ocurrió con los dispositivos SOCAT del Ministerio de Desarrollo Social-, asumiendo en este contexto la Intendencia de Montevideo esas competencias, que deberían ser resorte del gobierno nacional; cuyas políticas neoliberales vienen produciendo un daño sistemático en el tejido social, afectando fundamentalmente poblaciones vulneradas en sus derechos más elementales (Chávez y Molas, 2022). Tal situación se vio reflejada concretamente en el escaso nivel de participación en redes de contención comunitarias y/o institucionales; especialmente en lo que refiere a espacios lúdicos-recreativos que ayuden a su captación integral en materia de prevención y promoción en salud mental.

Advertimos, a raíz de nuestra observación y suscrito por lo que informaban desde los equipos técnicos de ambos efectores, que los adolescentes apenas se acercan a estos servicios del PNA -prácticamente el único móvil para su acceso es la adquisición o actualización del carnet de salud adolescente en cumplimiento a determinadas exigencias institucionales-, siendo habitual que no se sostengan en sus seguimientos -sea consulta

médica, odontológica, psicológica, y/o relativas a cualquier otro servicios que brindan las policlínicas-. El asunto se agrava cuando se toman en cuenta los altos niveles de ausentismo estudiantil, particularmente en la franja etaria de la adolescencia media y/o tardía, como revela el informe de UNESCO (2019) que posiciona a nuestro país como uno de los que padece mayor tasa de abandono en la región, completando la educación secundaria un promedio de apenas 40,9% de la población.

Por otra parte, Arias y Suárez (2016) evidencian cómo las condiciones de accesibilidad a servicios de salud mental no han estado exentas de dificultades en su aplicación, topándose con barreras que dificultan el cumplimiento de los derechos de los usuarios, a partir la creación del SNIS (Uruguay, 2007). Estas barreras se mantienen incluso desde la promulgación de la Ley de Salud Mental (Uruguay, 2017). A su vez, ha quedado de manifiesto el efecto de las medidas tomadas en el transcurso de la pandemia por COVID-19 desde un posicionamiento médico-hegemónico, que agudizaron los problemas de salud mental en la población adolescente (UNICEF-Argentina, 2021), lo que fuimos advirtiendo desde nuestro desembarco en los territorios; siendo evidente el efecto nocivo del retiro de políticas sociales, lo cual ha complejizado el trabajo de las redes comunitarias de contención para esta población. Esto se traduce en las dificultades de accesibilidad a espacios de desarrollo y despliegue de sus potencialidades, así como también la alta demanda en los distintos servicios de salud mental en el PNA, que se refleja en largas listas de espera, como la que, por ejemplo, contaba en ese momento la policlínica de salud mental de una de las zonas, que ascendía entonces a unos 1800 usuarios aproximadamente.

El escenario planteado opera como el punto de partida en la instrumentación de un proyecto de intervención, por intermedio del cual se pretendió aportar desde nuestro rol a mitigar el efecto de estas barreras de accesibilidad en la población objetivo, colaborando con los equipos multidisciplinarios en la elaboración e implementación de estrategias de prevención y promoción en salud mental adolescente; priorizando usuarios de los prestadores de salud donde ejercimos nuestra práctica, pero extendiendo el alcance a otros espacios de referencia con articulación territorial respecto de las policlínicas, como ser: centros juveniles y culturales, liceos, UTUs, escuelas, entre otros. De esta forma, y en función del encuadre delimitado por los objetivos establecidos en el convenio de referencia, se abordó el problema formulado procurando contribuir a potenciar los dispositivos de participación adolescente en una de las policlínicas; el cual ya estaba en pleno funcionamiento. A su vez, se propuso el objetivo de colaborar en la construcción del ESA en otra de las policlínicas, como parte de una estrategia de intervención que vaya en la línea de contribuir a mejorar

tales condiciones de accesibilidad, promoviendo la participación y el empoderamiento de las y los adolescentes, en tanto usuarios como sujetos de derecho.

En el siguiente apartado, se pasará a describir algunas de las acciones desplegadas en los respectivos campos de intervención. El foco puesto en los objetivos trazados ha orientado estas acciones en todo momento, dotándolas de sentido a lo largo del recorrido.

POLICLÍNICA DEL CCZ 18

Esta policlínica municipal corresponde al Centro Comunal Zonal nº 18, perteneciente al Municipio A, encontrándose ubicada en la zona céntrica del barrio. En este centro desembarcamos en mayo de 2023, sumándonos desde el primer día al Espacio de Salud Adolescente, el cual está compuesto por el siguiente equipo: médica de familia y comunitaria, nutricionista, licenciada en enfermería, odontóloga, psicóloga, trabajadora social, practicantes de psicología y de trabajo social. El espacio funciona los días martes en el horario de 11.30 a 14.30, con agenda programada para carnet adolescente y también consultas espontáneas, exclusivas para la población objetivo en ese horario.

Antes de narrar las actividades desarrolladas, destacar un detalle significativo en cuanto a la localización. Como referíamos, la policlínica se encuentra anclada en un barrio de tradición y fuertes raíces identitarias; no obstante, su ubicación estratégica en uno de los puntos más céntrico de la zona, estimula el arribo de población muy heterogénea que converge de diferentes puntos de la zona oeste, ampliando a un radio muy extendido que abarca usuarios de otros lugares próximos. Éste resulta un dato que bien puede leerse en múltiples sentidos; ya sea en clave de fortaleza, dada la riqueza compositiva de las heterogeneidades que convergen y fundamentalmente en cómo este factor favorece la dimensión geográfica de la accesibilidad (Arias et al., 2009). Por otra parte, esta variable opera en clave de obstáculo para algunos de nuestros cometidos, como fue la intención de generar una grupalidad adolescente estable, de acuerdo a los desafíos que nos planteamos desde el Espacio de Salud Adolescente, como se verá a más adelante.

Actividades: *Sala de espera*

A partir del 2º martes de junio, desde el equipo de practicantes de psicología y trabajo social, en articulación con la agenda de atención para adolescencias, se implementó un dispositivo concebido en clave de accesibilidad para la población de usuarios adolescentes. Un insumo cuyo propósito consiste en amenizar el espacio, mediante instancias lúdico-recreativas que

aporten en el sentido de construir cercanía, facilitando que los jóvenes perciban la policlínica como un espacio amigable y atractivo, en consonancia con lo establecido por el PNSAJ.

Compartiendo lo que Texeira y Coutinho (2006) proponen, desde el equipo concebimos la sala de espera como un territorio dinámico, un espacio público y popular donde las pluralidades emergen a través del proceso interactivo; un recurso que favorece la educación para la salud, habilitando la promoción de autocuidado y ciudadanía. Se buscó a partir de este recurso atender esa dimensión simbólica de la accesibilidad (Arias et al., 2009), identificada como uno de los problemas sobre los que intervenir. Cómo los adolescentes perciben el centro de salud y cómo en esta interacción se perciben a sí mismos a través de él, resulta un factor constitutivo de sus concepciones de salud que repercute en las condiciones de accesibilidad (Vitale, 2023); por lo que ha significado un eje de trabajo constante que sostuvimos con el equipo en las prácticas de promoción. La finalidad primordial consistía en desarrollar un trabajo de promoción de salud mental, mediante instancias de acompañamiento, escucha y juegos de mesa, intercalando algunas dinámicas de taller, en procura de construir una grupalidad estable con los usuarios. Como adelantáramos anteriormente, hallamos en este cometido ciertos obstáculos que impidieron su cabal cumplimiento, resultando un desafío a retomar para el año en curso.

A partir de este dispositivo, también se proyectó fortalecer la participación de los adolescentes en las diversas redes territoriales, en el entendido de su relevancia como factor protector en materia de salud mental (MSP, 2014). Para ello, desde el equipo se realizaron trabajos de extensión hacia instituciones de la zona a través de invitaciones, suministrando folletería gestionada desde el Servicio de Imprenta y Reproducción de la IM, por intermedio de la dirección regional del municipio A⁴.

Se recorrieron instituciones como centros juveniles, liceos, escuelas y centros culturales, promoviendo el acercamiento y participación de la comunidad a estos espacios. Desde el equipo en todo momento se ha mostrado la apertura para que este acercamiento sea posible; de hecho el horario original que estaba previsto para el espacio fue ampliado a instancias del equipo multidisciplinario del liceo, para que los estudiantes del turno vespertino puedan acceder, corriéndose el inicio de 12.30 a 11.30.

Procurando la apropiación del espacio, desde el equipo de practicantes gestionamos algunos insumos como mesa, sillas y demás materiales, para llevar adelante las actividades lúdico-recreativas; reciclando incluso una camilla en desuso; la cual, mediante donación de

⁴ En documento anexo se adjunta memoria fotográfica incluyendo la imagen referenciada, entre otras.

pintura y pinceles por parte de una ferretería del barrio, se pudo restaurar poniendo en condiciones para disponerla en sala de espera durante el horario del espacio. Se fabricó una buzonería con la pregunta *¿Qué es para ti la adolescencia?* invitando a las y los participantes a verter allí sus representaciones y reflexionar acerca de ellas; planificando ulteriores intervenciones desde este punto de partida. Compartimos juegos de mesa -*Jenga, Juego de las Emociones, Camaleón, Escondite*, entre otros-; mientras a su vez ofrecíamos un espacio de escucha y acompañamiento, que en algunas ocasiones podría resultar oportuno para la captación de situaciones complejas, como ser la detección de factores de riesgo (MSP, 2017), procediendo a las derivaciones pertinentes en el marco del equipo interdisciplinario:

En efecto, se programan citas y se hacen derivaciones al equipo interdisciplinario. La dinámica grupal en la sala de espera no se limita a sí misma, sino que es una apertura para la interacción con la comunidad y las actividades de los profesionales de la salud (Texeira y Coutinho, 2006, p. 325).

En este espacio nos propusimos reactivar la emisión de videos institucionales en la sala de espera -dispositivo que a nuestro arribo se hallaba en desuso- con múltiples reproducciones breves -en su mayoría con fuente de UNICEF, ASSE y División Salud-IM-, transmitiendo mensajes inclusivos, de promoción y prevención en salud integral y acercamiento del prestador a la comunidad.

Sumado a las actividades-lúdico recreativas de sala de espera, también incorporamos distintas instancias de taller. Algunas de ellas fueron la dinámica promovida desde la IM en el marco del *Día de la Diversidad*, estimulando la participación de adolescentes a volcar sus representaciones en una pizarra de cartón de superficie carbón, que al presionar con un lápiz de madera el trazo revelaba un fondo multicolor grabando así sus dibujos.

A su vez, llevamos adelante talleres sobre violencia en el noviazgo, improvisando un papelógrafo que se obtuvo de reciclar un cartel fuera de circulación que decoramos con folletería informativa de redes de auxilio y atención a víctimas de violencia de género, como el programa *No estás sola* de la Comuna Mujer (099-019-500) y el servicio 0800 4141 de la IM. En esta instancia, agrupamos en ronda a jóvenes que estaban en sala de espera y les propusimos la dinámica tomada del *Manual de Apoyo para la Realización de Talleres de Prevención de Violencia en el Noviazgo* (MIDES, 2019), entregándoles tarjetas con frases para que elijan la respuesta pertinente a propósito de la consigna: *es violencia / no es violencia*. Luego intercambiamos en una dinámica de plenario con el fin de trabajar en la prevención de la naturalización de la violencia en las relaciones de pareja y la advertencia temprana de señales; en el entendido de que “la violencia se va instalando de forma

progresiva y como está dada en el marco de relaciones de amor, es más difícil darse cuenta” (MIDES, 2019, p. 52).

Otra de las intervenciones fue el insumo de cartelera, a través de la cual se priorizó la difusión de información en clave de derechos que afectan a las adolescencias, como así también información de otras índoles, como servicios, guías de recursos, programas educativos, entre otros; invitando a los adolescentes a participar en su confección, evitando así que este recurso sea diagramado desde una mirada adultocéntrica, infantilizada y poco atractiva para los adolescentes (Arias et al., 2016).

Procesos con instituciones

Escuela de la zona: En el marco de las estrategias planteadas desde el equipo, en aras de generar acercamiento a la comunidad y extender el trabajo del equipo al territorio promoviendo la construcción de salud en clave colectiva, en el mes de mayo se concretó el primer contacto con el equipo de la escuela. De este encuentro se recogió el encargo de trabajar con los 6tos años; unos sesenta alumnos distribuidos en tres grupos. La propuesta inicial consistiría en que si hay jóvenes con control de salud atrasado tengan prioridad a partir del siguiente mes para ya poder sumarse al espacio adolescente en el marco de dicho control, como pretexto para la captación, con la intención de abordar estos espacios de manera más integral. Surgió así la posibilidad de coordinar una primera jornada orientada a la reflexión acerca del concepto de salud y las representaciones que gravitan en torno al mismo; empleando preguntas disparadoras: *¿Qué es estar sanos y saludables? ¿Si no estoy sano, significa que estoy enfermo?*

En el marco de la planificación para esta actividad, se acuerda desde el equipo que las dinámicas adopten un enfoque lúdico-pedagógico, cuidando de no incurrir en modalidades expositivas y poco participativas. Transcurridos los tiempos de coordinación y planificación; la actividad se llevó a cabo en el mes de julio, en el recinto del centro cultural del barrio. Se realizaron juegos de caldeoamiento y presentación y luego nos dividimos en seis subgrupos de diez participantes, con sus respectivos referentes adultos. Intercambiamos en cada subgrupo sobre la pregunta *¿Qué es la salud para vos?* A continuación se pasó a una representación colectiva de las producciones diseñadas en torno a la consigna, donde algunos expusieron una teatralización y otros confeccionaron un poster.

Continuando con la apuesta a la participación y empoderamiento adolescente, a modo de evaluación, elaboramos una serie de preguntas que estimulen sugerencias e impresiones de lo que les dejó a los participantes esta actividad y cómo les gustaría proseguir. Para ello

volvimos a presentarnos en cada clase días después, aportando una buzonería con una serie de tarjetas que planteaban las siguientes preguntas: 1- *¿Qué te pareció la actividad? ¿Aprendiste algo nuevo? Comentanos qué cosa.* 2- *¿Te quedaste con algunas dudas? ¿Cuáles son?* 3- *Si hiciéramos otra actividad: ¿Cómo te gustaría que fuera?*

Al cabo de unos días se levantó la buzonería, ensayando un análisis del contenido que surge de la articulación entre preguntas y respuestas brindadas por los escolares; por lo que se entendió oportuno agrupar las mismas según las categorías propuestas y de allí desplegar un esbozo de síntesis que implique a los conceptos que consideramos particularmente significativos y portadores de la potencia para co-construir las demandas. Realizando una breve sistematización de estos aportes, pudo recogerse como principales emergentes la valoración por demás positiva de la actividad: se destaca con recurrencia el término “diversión”, como así también los aprendizajes que parecen valorar muy favorablemente. Coinciden en destacar la dinámica grupal y la importancia del juego en estas instancias, como andamiaje fundamental para facilitar aprendizajes en torno a los cuidados en salud.

Nutridos de este relevamiento, planificamos un 2do encuentro que se concretó el mes de octubre en el mismo establecimiento, y consistió en una Yincana de la Salud, cuya idea base fue realizar un circuito de juegos que abarque las siguientes actividades: Divididos en seis subgrupos se organizaron en diferentes estaciones por las que fueron circulando, de acuerdo al siguiente itinerario: 1º *Juego de las Emociones*: representación del juego utilizado en la sala de espera de la policlínica. Consiste en un tablero donde cada color (verde/rosado/amarillo) representa una tarjeta -nociones de salud, servicios que brinda la policlínica, prendas-. Los participantes deben moverse por el tablero a medida que el dado vaya siendo lanzado. 2º *Papa caliente*: Se reprodujo música y cuando ésta se detiene la persona que queda con la papa (pelota) en la mano debía responder preguntas relativas a cuidados en salud -descanso, nutrición, salud bucal-. 3º *El semáforo*: Basado en la ilustración presente en el carnet de salud adolescente, donde los escolares debían ir completando el mismo, respondiendo las consignas allí establecidas. 4º *Curiosidades*: Preguntas numéricas -a modo de ejemplo: “¿Cuántos huesos tiene el cuerpo humano?”- 5º *Sopa de letras sobre cuidados*: Tachar con marcador palabras de connotación negativa en cuanto a salud mental que debemos eliminar para siempre. 6º *Imágenes sobre derechos de NNA*. El cierre se llevó a cabo nuevamente por medio de una restitución global en formato plenario, produciéndose un rico intercambio que evaluamos muy satisfactoriamente.

Liceo de la zona: Continuando estas líneas de trabajo con base en el acercamiento a la comunidad y extensión en territorio, con el objetivo de continuar promoviendo la

construcción de salud en clave colectiva, concurrimos a este centro educativo a fin de establecer el vínculo entre el ESA de la policlínica con la psicóloga institucional y representantes del equipo docente. En el encuentro, los pedidos que surgen son los siguientes: Ampliar horario de espacio de sala de espera, promover el espacio de la policlínica con alguna dinámica en el hall del liceo, trabajar sobre la violencia que se ha manifestado este año, considerada como un emergente reciente. Denuncian una insensibilidad del mundo adulto-docente y de las familias respecto a las adolescencias, notando una falta de escucha y subestimación a sus sentires.

A lo largo del año lectivo, pudo sostenerse un proceso que incluyó otras instancias de intercambio y actividades de promoción del espacio. La primera de ellas fue una intervención en el hall del liceo en el mes de agosto, previa coordinación con las autoridades para que se extienda el horario de recreo. La dinámica consistió en una propuesta lúdico-recreativa en forma desestructurada, que incluyó juegos de malabares y pelotas; organizamos un breve campeonato de ping pong; se emitió música a partir de una *Play List* que escogían los propios adolescentes conectando por dispositivo Bluetooth. Nuevamente incorporamos el recurso de la buzonería, invitándolos a compartir sus representaciones sobre la adolescencia e inquietudes en torno a la salud. Finalmente repartimos folletería, convocándolos a participar del espacio adolescente.

Se destaca de esta jornada el alto grado de participación y el interés que mostraron las y los estudiantes; lo que se vio reflejado en un número importante de aportes a la buzonería y en la calidad del propio intercambio.

El proceso se continuó con nuevos acercamientos, reiterando instancias de invitación al espacio, repartiendo folletería e intercambiando con docentes referentes, quienes han insistido en la necesidad de trabajo con el universo adulto del centro educativo; encargo que fue recogido y transmitido para su evaluación con el resto del equipo de ESA; careciendo del eco que hubiésemos pretendido, argumentándose que un trabajo de esa naturaleza es resorte del propio equipo multidisciplinario del liceo. Pese a ello, la línea de trabajo queda abierta a través de la posibilidad de articular con el equipo operativo de la MLSLM, como lo trasladamos en una de las reuniones, siendo de recibo por parte de los integrantes de la red, lo cual queda como una línea de trabajo pendiente para el 2024, donde la nueva dupla de practicantes puede aportar en la implementación del dispositivo *Espacio de la Palabra*, replicando otras experiencias que desde la Mesa ya se han puesto en marcha en otros centros educativos con mucho éxito.

A lo largo de este proceso con el liceo, tuvimos la oportunidad de generar alianza con la educadora social que se encontraba a cargo de la gestión de la huerta; coordinando con ella la planificación de un taller sobre alimentación saludable, junto con la nutricionista de la policlínica. Este taller se concretó sobre fines de octubre en el laboratorio del liceo, el cual fue adaptado como espacio de cocina; estructurándose en dos etapas: la primera con la nutricionista de la policlínica, una charla educativa sobre alimentación saludable y luego se organizaron dos subgrupos para realizar un taller de cocina del que fuimos colaboradores. El balance del proceso dio un saldo altamente positivo para el equipo, habiendo consenso en que debe ser considerado un punto de partida para retomar este 2024, comportando un modelo a replicar en otras instituciones; lo cual ya comenzó a perfilarse en otro liceo de la zona, con cuyo equipo de dirección ya mantuvimos una reunión en el mes de marzo, proyectando similares líneas de trabajo con los nuevos compañeros.

Casa Joven: Otra institución con la que se logró sostener un proceso fue el centro juvenil Casa Joven. Ello en buena medida fue facilitado por la cercanía geográfica con la policlínica y a que desde el centro juvenil se han derivado para consulta varios adolescentes usuarios. Algunos de ellos tuvimos la oportunidad de conocerlos por intermedio de nuestra intervención en sala de espera, conversando y compartiendo instancias de juegos de mesa, participando también en la captación de algunas situaciones que requerían atención puntual por parte de disciplinas específicas como trabajo social, debido a ciertas condiciones de vulneración detectadas en el marco de este dispositivo, sumando un abordaje por parte del área de psicología y otras disciplinas. A su vez, hemos concretado visitas a su local, acompañando a la trabajadora social de la policlínica; mientras que desde el centro nos restituyeron, visitándonos en el mes de agosto un grupo de nueve adolescentes, acompañados de dos referentes.

En esa jornada presentamos el equipo de ESA, guiándolos en una recorrida por los diferentes espacios y consultorios, y brindándoles información relativa a los servicios de la policlínica. Una vez en ronda, realizamos una dinámica de presentación, incorporando un juego de dado “gigante” que adaptamos para el *Juego de las Emociones* -el cual es concebido como un juego de mesa con un tablero en formato de “ludo”-, que para hacerlo

rendir en una dinámica de sala de espera, lo que hicimos fue sustituir los casilleros del tablero por las caras del “dado”, las que asignan cada tarjeta a su respectivo color⁵.

Otra adaptación que hicimos al juego se enfocó en el contenido de las tarjetas. Algunas se integraron en forma literal -sobre todo las que implicaban prendas o responder preguntas de índole recreativa - pero otras las modificamos, incorporando un repertorio de tarjetas que vehiculizan información relativa al adolescente en tanto usuario como sujeto de derechos. Estas tarjetas involucraban preguntas en la modalidad *verdadero / falso*, inspiradas en el Dto. 274/010, que reglamenta la Ley nº 18.335 (Uruguay, 2008) sobre derechos y obligaciones de los usuarios de los servicios de salud. Otras tarjetas que apelaban a habilitar la escucha y desplegar la circulación de la palabra en torno a diferentes emociones, también fueron incorporadas pero sometidas a un filtro previo, con el fin de evitar movilizaciones innecesarias que no estemos en condiciones de sostener cabalmente en ese contexto: por ejemplo tarjetas que apelan a vínculos parentales. Ello se debió a que entendimos, unánimemente junto al equipo, que las mismas podrían connotar algún sesgo universalizante y normativo, en tanto ponen de manifiesto representaciones hegemónicas respecto al modelo de familia tradicional y cierta noción de normalidad en los vínculos; entre otros posibles sesgos que preferimos sortear con la intención de cuidar a los jóvenes, en virtud de que trabajamos con colectivos vulnerables y vulnerados. Se atendió a esa doble vulnerabilidad que contempla el proyecto de ESA departamental, referida a la vulnerabilidad propia de la franja etaria, que se complejiza en el atravesamiento interseccional de vulneraciones de corte socioeconómico que nuestra población objetivo en particular padece, lo que impacta en el goce de sus derechos reconocidos en el Código de la Niñez y la Adolescencia (Uruguay, 2004), como efectivamente nos consta ocurre con varios de estos adolescentes, en virtud del caudal de datos que disponemos acerca sus realidades: algunos de estos jóvenes tienen a sus progenitores privados de libertad, otros sufrieron abandono en la niñez; existen historias de abuso que involucran adultos del entorno familiar, y así un cúmulo de situaciones complejas que ameritan ser pensadas de forma en extremo cuidadosa y situada a la hora de planificar cada intervención (Rojas, 2013).

El proceso con Casa Joven también derivó en otras bifurcaciones que se integran en los siguientes ítems de actividades, como ser los espacios de co-visión y la participación en el encuentro de centros juveniles que se expondrá más adelante.

⁵ Cabe puntualizar que el “dado” en cuestión fue producto de un trabajo artesanal, en que nos hicimos de una caja de cartón para forrarla con goma Eva de colores. Este trabajo de corte artesanal supone una constante que ha transversalizado al conjunto de nuestras intervenciones.

Otras actividades: *Reuniones de equipo (ESA) y espacios de co-visión*

Los primeros martes de cada mes, a partir de junio, la agenda de atención se cerró en el horario de 12.30 a 14.30, destinándose para instancias de reunión de equipo y espacios de co-visión. En dichos espacios, el equipo intercambia acerca de casos puntuales emanados de la consulta individual; retroalimentados por captaciones emergentes en la dinámica de sala de espera, en instancias de interacción con adolescentes, fruto de instrumentar una escucha activa en el contexto de un diálogo abierto desplegado en el espacio interconsultas; especialmente en el tiempo compartido de juegos de mesa. Las situaciones en cuestión se nuclea fundamentalmente desde el área de trabajo social, como los casos referidos desde Casa Joven, y diversos asuntos que involucran adolescentes atravesando situaciones complejas y vulnerados en sus derechos. En algunos casos se intervino desde un abordaje con miras a la promoción de hábitos de vida saludable, facilitando herramientas que sumen a sus procesos de autonomía progresiva y construcción de proyectos de vida, en línea con lo propuesto por el PNSA a través de sus guías (MSP, 2009) y MSP (2014), particularmente con adolescentes tardíos que se encontraban en situación de franca exclusión social y desvinculación educativa, en busca de empleo; contribuyendo en estos casos mediante suministro de información y aportándoles en la confección de currículum vitae.

En los espacios de co-visión se trabaja sobre las estrategias en conjunto que involucren otros actores referentes de los adolescentes, incluyendo familiares y/o adultos en los centros de referencia, resultando instancias de un profundo aprendizaje en lo que hace a la comprensión situada de la población objetivo, pero particularmente al despliegue y puesta en marcha del trabajo interdisciplinario, que permite superar las perspectivas disciplinares fragmentadas del fenómeno o campo de intervención, en el entendido de que:

La simple yuxtaposición de disciplinas o su encuentro casual no es interdisciplina. La construcción conceptual común del problema que implica un abordaje interdisciplinar, supone un marco de representaciones común entre disciplinas y una cuidadosa delimitación de los distintos niveles de análisis del mismo y su interacción. Para que pueda funcionar como tal, un equipo asistencial interdisciplinario requiere la inclusión programada, dentro de las actividades, de los dispositivos necesarios (Stolkiner, 1999, párr. 4).

Promoción de salud en territorio: *peatonal y explanada*

En setiembre de 2023, se desplegó una peatonal barrial de la que participamos parte del equipo de ESA junto a instituciones como el CAIF del barrio, policlínica de ASSE y Jardín. Esta actividad, impulsada por la IM, consistió en una jornada de juegos, deportes, plástica y recreación, con rincones para primera infancia, escolares, adolescencia y comunidad

educativa de la zona oeste. Allí presentamos un stand con algunos juegos de los que incorporamos en sala de espera y promocionamos el ESA de policlínica, conversando con los vecinos a quienes se les repartió folletería. También nos integramos en los diferentes juegos en clave de promoción en salud mental (Torrado y Di Landro, 2014), participando de un taller de ajedrez y juegos de pelota.

Una jornada destacada en materia de promoción, fue la que se llevó a cabo en la explanada de la IM en el mes de octubre, organizada a través de su Servicio de Atención a la Salud, de la que participamos junto a otras policlínicas municipales, Casa Comunitaria de Salud Mental de Colón, Espacio *Contás*, Proyecto Andamios, Servicio de Salud Ocupacional, Unidad de Género y programa sobre uso problemático de sustancias, Radio Vilardevoz, MLSM y Facultad de Psicología. La misma apuntó a promover la participación ciudadana en el cuidado individual y colectivo, con difusión de recursos disponibles destinados a la prevención y atención; así como propuestas interactivas para el público presente. Se hizo entrega de folletería y orientación sobre los espacios que tienen un componente de acompañamiento con enfoque en salud mental, salud integral y género, como el Espacio de Acompañamiento a Infancias y Adolescencias Trans, Espacios de IVE, Salud y Gestión Menstrual. A su vez, se llevaron adelante interacciones y juegos con el público, sobre el cuidado de la salud mental desde una perspectiva sociocomunitaria, implementándose una pizarra interactiva para trabajar cuestiones relacionadas a los usos de sustancias (Intendencia de Montevideo, 2023).

Participación en redes: *Mesa de Coordinación Zonal (Ex-SOCAT)*

Por intermedio de la trabajadora social de la policlínica, a mediados de año nos sumamos a las reuniones de la Mesa de Coordinación Zonal, que continuó parcialmente sus funciones luego de la disolución del Servicio de Orientación Consulta y Articulación Territorial (SOCAT), utilizando esta red para impulsar desde el ESA de policlínica, una jornada de actividades interactivas con adolescencias del oeste, prevista para fines de noviembre a propósito de la celebración por la Declaración de los Derechos de NNA. Para ello, desde el centro de salud convocamos a distintos referentes del trabajo con adolescentes en la zona oeste, logrando incorporar las siguientes instituciones: Área Social del CCZ 18, programa Esquinas de la Cultura, teatro adolescente del centro cultural barrial, centros juveniles y Casa Joven, junto al equipo de ESA. Para la planificación del evento, a partir de setiembre comenzamos a reunirnos los 2dos y cuartos jueves de cada mes; contando en dicha planificación con la participación de adolescentes que vinieron acompañados de sus referentes, intercambiando sobre las diferentes dinámicas a implementar.

La jornada *Encuentro Adolescente* se llevó a cabo el mes de noviembre, en el espacio interior y exterior del centro cultural, contando con la participación de más de cien jóvenes con sus respectivos referentes institucionales. La misma se estructuró en tres partes: una introducción, donde a medida que arribaban se incorporaban a diferentes estaciones de juego -teníamos dispuestos juegos de mesa como los empleados en sala de espera, otros aportados por los propios centros juveniles, entre ellos uno a destacar que es el juego *Sin miedo*, elaborado por las propias adolescentes de uno de los centros juveniles que participaron, el cual aborda el problema de la violencia en el noviazgo-. En ese primer momento otros grupos de jóvenes, junto con los adultos, participamos de actividades deportivas en el predio del centro cultural con juegos de hockey, basketball, fútbol tenis, dodgeball, mientras se reproducía música. Luego se pasó a una merienda compartida, cuyos comestibles fueron aportados por los centros juveniles y de elaboración de los propios adolescentes, en el marco de sus talleres de cocina. El cierre consistió en diferentes exposiciones, con intercambio de los talleres habituales de cada centro: pirograbado, teatro, pintura y una finalización con la reproducción de dos cortos audiovisuales elaborados por los adolescentes de dichos centros.

Una experiencia altamente enriquecedora, de intenso disfrute compartido, que contiene la potencia para comenzar a tejer una nueva red adolescente en la región oeste y que, lejos de tomarla como punto de cierre, desde el equipo de ESA la concebimos como plataforma para impulsar nuevos encuentros y articulaciones. En ese sentido, una vez concluido el evento, siempre nos mantuvimos atentos a sostener el vínculo a través del grupo de Whatsapp que generamos, compartiendo información pertinente para las adolescencias; actividades de verano promovidas por la IM, información sobre beneficios y oportunidades educativas como la que se brinda en cartelera de policlínica y se replica en el grupo de difusión; habilitando otra línea de trabajo para la nueva dupla de practicantes.

POLICLÍNICA DEL CCZ 14

En junio de 2023 fuimos asignados a la policlínica de referencia, correspondiente al Centro Comunal Zonal nº 14 del Municipio A. Al momento de nuestro arribo el dispositivo ESA se encontraba en plena reconstrucción, limitándose el plantel a dos médicas de familia y pasante de psicología con nuestra incorporación.

Se fijó una agenda de reuniones de ESA los días viernes de 12.30 a 14.00 cuando las médicas liberan su agenda de consultas, resultando el único intervalo de tiempo en que coincidamos los integrantes del equipo y que a su vez permitiría la salida extra muros para

la realización de talleres. El aporte a este espacio se focalizó en retomar los lineamientos del proyecto elaborado el año 2022 y a su reformulación para 2023, procurando contribuir – conforme a los lineamientos del convenio marco entre la IM y Facultad de Psicología – en la planificación y ejecución de actividades con centros juveniles y educativos de la zona, sumado a otras actividades que involucren adolescentes usuarios de la policlínica.

Actividades: *Procesos con instituciones*

UTU de la zona: Con miras a profundizar los acercamientos concretados el año anterior, en el marco del proyecto para un abordaje territorial de la salud integral de las adolescencias (Burgueño et al., 2022), en el mes de julio se retomaron contactos con el centro educativo, acercando nuestra propuesta en primera instancia por medio de su dirección, manteniéndose luego las coordinaciones directamente con las educadoras. Es así que se continuó el proceso arribando al centro de estudios con una buzonería que contenía la pregunta *¿Qué cosas te gustaría hablar de tu salud?* Allí dialogamos con las educadoras en torno a un diagnóstico de situación y encargos desde el centro educativo, para luego concurrir por los salones con el fin de presentar a los estudiantes nuestra propuesta, haciendo hincapié en que la participación sería voluntaria; por lo que les dejaríamos una lista para que las y los interesados puedan anotarse a la actividad que surja a partir de los propios emergentes que viertan en la buzonería.

Tras un período de negociaciones con las educadoras, reajustando determinados encuadres - lo que pudo reflejar el grado de complejidad que implican los procesos colectivos de construcción de la demanda (Rodríguez et al., 2001)-, como que la participación fuera voluntaria, así como los temas a trabajar, se definió en primera instancia la realización de un taller sobre salud sexual y reproductiva, en virtud de resultar uno de los dos principales emergentes recogidos de la buzonería, junto con el consumo problemático de drogas.

Vale acotar que en primera instancia y en virtud de que los dos temas principales resultaron ser los antes mencionados, propusimos realizar dos talleres: el primero sobre consumo problemático de drogas y el siguiente sobre sexualidad. Sin embargo, producto de alguna confusión en la coordinación con las educadoras respecto al encuadre, no se logró concretar ese primer taller, negociándose finalmente la realización de un único taller sobre salud sexual y reproductiva, fijado para finales de setiembre. Al acordarse esta definición, desde la UTU replantearon la propuesta específica sobre sexualidad, por lo que la buzonería quedó allí un tiempo más para que los jóvenes aporten sus inquietudes concretas sobre la temática escogida. Tras una breve sistematización de estos aportes, pudo recogerse como grandes

inquietudes: la cuestión de los cuidados, la reproducción, género, anticoncepción, interrupción del embarazo, enfermedades de transmisión sexual, primeras experiencias sexuales. Particularmente cuidados y anticoncepción son las inscripciones que más se reiteran, lo que parece ser un indicador de preocupaciones genuinas que debíamos recoger desde el equipo de cara a la planificación de nuestra intervención.

El taller lo llevamos a cabo sobre finales de setiembre, junto a la médica de familia y con la presencia de una educadora en calidad de referente. Tras una dinámica de caldeamiento, se prosiguió dividiendo a los participantes en dos subgrupos que referenciábamos ambos talleristas, en el marco de lo cual se procedió a una lectura compartida de viñetas, consistentes en relatos ficticios de adolescentes y sus primeras experiencias sexo-afectivas, con preguntas orientadoras para problematizar y reflexionar en torno a cada situación. Cada subgrupo debía intercambiar y registrar un punteo de lo que se debatía, volviendo luego a formar una ronda colectiva para exponer en modalidad de plenario lo que se conversó a la interna de cada subgrupo. El objetivo primordial versaba en compartir información que aporte a derribar mitos, creencias, tabúes de los adolescentes a propósito del tema en cuestión. El 2do momento se desarrolló a través de un juego de ruleta con seis sobres que contenían preguntas o mitos sobre las inquietudes que surgieron de la buzonería, agrupándose según los siguientes ejes temáticos: *ANTICONCEPTIVOS / ITS / ¿QUÉ OPINÁS? / DERECHOS / MITOS Y VERDADES / IDENTIDAD DE GÉNERO*.

Los jóvenes mostraron un gran entusiasmo en su participación, exhibiendo conocimientos interesantes en materia de salud sexual y reproductiva, lo que sumado al alto grado de interés y colaboración en torno a ésta y otras temáticas, plantea un escenario muy fructífero y prometedor con miras a una continuidad del proceso en este 2024.

Liceo de la zona: La coordinación para el encuentro con el centro educativo fue facilitada por nuestra participación en la Unidad de Enlace Territorial, permitiendo articular con la psicóloga institucional, que también forma parte de esa red en representación del liceo. La intención para el trabajo con esta institución consistía en replicar la estrategia ejecutada en la UTU, de acercarnos a los centros una vez hechas las coordinaciones pertinentes, pasando por los salones en horario de clase junto a un referente del centro, a fin de presentar el espacio y promocionar la propuesta. Allí se les invita a participar mediante una convocatoria abierta y voluntaria; garantizando la confidencialidad de sus aportes a la buzonería, que quedaría durante unos días en el propio centro, junto a una planilla para que se anoten las y los interesados, que luego pasaríamos a recoger para pensar junto al equipo las estrategias de intervención, según lo que surja de este insumo.

Se logró una convocatoria de veinticinco estudiantes interesadas/os, en su gran mayoría mujeres; fijándose para finales de octubre la ejecución de los dos talleres. La temática del primer taller giró en torno a los cambios en la adolescencia, con eje en los vínculos y salud mental. La propuesta intercaló un momento de presentación con dinámicas de “rompe hielo”; prosiguiendo a otra actividad de corte lúdico que consistía en entregarles una hoja A4 con sílabas impresas pertenecientes a palabras que entendíamos desde el equipo podrían representar a la adolescencia -cambios, autonomía, amistades, noviazgos, diversión, entre otras- que iban disponiendo en el suelo para conformar una suerte de sopa de letras colectiva; luego se pasó a un intercambio en modalidad conversatorio.

El 2do taller trató sobre los tipos de violencias, con énfasis en la violencia en el noviazgo. La presentación fue más breve debido a la reiteración de participantes, pasando a un caldeamiento similar al “juego de la silla colaborativo” que consistía en repartir una hoja de diario por participante, reproduciendo música por un parlante mientras las estudiantes caminaban por el aula en cualquier dirección; cuando paraba la música cada persona debía pararse sobre una hoja. En las próximas tandas se fueron sacando papeles pero en lugar de quedar gente afuera tenían que encontrar la forma de compartirlos, hasta quedar muy pocos para que todas puedan entrar. Después de esta instancia de juego se retomó brevemente lo trabajado la semana anterior, reflexionando en conjunto sobre la importancia del cuidado de los cuerpos y el respeto por el cuerpo propio y de los demás. En lo siguiente se dividieron en cuatro subgrupos que debían leer y reflexionar acerca de viñetas que relataban situaciones de violencia, con preguntas orientadores del orden: *¿Observan elementos de violencia en las situaciones que se relatan? ¿Cuáles?* En plenario, invitamos a los grupos a contar las situaciones que les tocaron y compartir sobre lo conversado, y en el cierre se expusieron algunos conceptos referidos a las violencias. De esta experiencia valoramos el grado de interés y entusiasmo por participar, quedando una grata impresión del trabajo realizado.

Escuela especial: En el marco de nuestra participación en la red de referentes adolescentes de la zona, recibimos por parte de una de sus participantes -la maestra itinerante de la escuela especial-, la solicitud de brindarle un taller sobre métodos anticonceptivos al grupo de 6º de la escuela. Tras consultarlo con el resto del equipo, convenimos agendar la realización del taller para finales de noviembre. Días después se les realiza una visita para conocer a los escolares y entrevistarnos con las maestras, quienes informan que vienen desarrollando desde comienzo de año una secuencia de enseñanza denominada *Mi cuerpo y sus cuidados*, con actividades lúdico-pedagógicas relativas a educación sexual y reproductiva. Han tratado temáticas como: gestación y parto, género,

cómo afecta la publicidad en los roles de género; quedándoles pendiente para el cierre de la secuencia una intervención sobre métodos anticonceptivos.

En cuanto al grupo, este se compone de once estudiantes en una franja etaria de 13 a 15 años. Sobre sus características, nos aportan que no cuentan con diagnósticos específicos, pero en general presentan retraso a nivel cognitivo -están aprendiendo a leer y escribir-; todos proceden de contextos vulnerados y de familias que presentan antecedentes en materia de discapacidades. Conversando acerca de la demanda, convenimos con las maestras que aunque el foco del taller se centre exclusivamente en los métodos anticonceptivos, siempre es una buena oportunidad para trabajar indirectamente otras cuestiones como la prevención del ASI; con lo cual estuvieron muy de acuerdo, agregando que algo ya habían trabajado acerca del cuidado de los cuerpos en el marco de esta secuencia de enseñanza, pero podría resultar oportuno aprovechar la ocasión para hacer algún repaso. Los escolares se mostraron con mucho interés por la actividad, con buen relacionamiento entre ellos y ganas de aprender y compartir, resultando fluida y cómoda la comunicación, lo cual contribuyó a un escenario fértil para la realización de la actividad.

El taller se planificó en base a este relevamiento; llevándose a cabo sobre finales de noviembre, coordinado por una MeFaCo, interna de medicina y pasante de psicología. Participaron siete adolescentes, con la presencia de la maestra itinerante y su maestra de 6to año. Luego de un caldeamiento en que nos íbamos pasando una pelota y cada uno se presentaba diciendo su nombre y algo que le guste o identifique, se trabajó un repaso sobre el recorrido que llevaban en la secuencia de educación sexual, pasando luego a una breve instancia expositiva, reproduciendo un video y compartiendo material de folletería, imágenes y demás información para complementar y reforzar sus conocimientos previos. Inmediatamente pasamos a un juego de ruleta, donde cada participante pasaba al frente y la hacía girar. Ésta presentaba inscripciones de números del 1 al 6, referidos a los sobres dispuestos sobre la mesa, que contenían diferentes propuestas: preguntas, verdadero y falso, imágenes de métodos anticonceptivos que debían identificar; también se incorporaron tarjetas de la *trivia* sobre salud sexual y reproductiva de UNFPA – MSP, aportada por la IM. Finalmente se trabajó en modalidad conversatorio que resultó muy enriquecedora para ambas partes. En la despedida nos obsequiaron un presente que ellos mismos elaboraron en el marco de sus talleres de cuero -llaveros y estuches para cargador de celular-.

Centro Juvenil de la zona: Otra línea de trabajo que se abrió como desafío para este 2024 es con una OSC, a través de su centro juvenil, que se encuentra en el predio contiguo al recinto del Municipio A y la policlínica. Entablamos vínculo con los jóvenes, integrándonos a

alguna actividad deportiva en la cancha de fútbol 5 y mantuvimos contactos con su coordinación a fin de interiorizarnos acerca de su forma de trabajo y ponernos a disposición para futuras actividades conjuntas. A su vez, hemos articulado con demandas específicas referidas a la atención de usuarios que concurren al centro juvenil, presentando problemáticas a nivel de vulneración social y discapacidades que requieren un seguimiento particular y articulación intersectorial.

Otras actividades: *Reuniones de equipo y espacios de co-visión*

Los primeros viernes de cada mes participamos del espacio de co-visión, a partir de las 08.30, donde se trataron temas puntuales emergentes de las consultas en el marco de la atención integral de usuarios adolescentes; haciendo extensivo el comentario que realizáramos sobre este mismo espacio en la zona anteriormente referida, en cuanto a la riqueza del trabajo interdisciplinario como forma de abordaje integral, destacando su aporte desde lo formativo. Por otra parte, los días viernes después del mediodía - con excepción de las jornadas ya destinadas para la realización de actividades comunitarias - participamos de las reuniones de equipo de ESA, con el fin de planificar nuestras intervenciones y desafíos.

Sala de espera

El plan original consistía en intervenir la sala de espera, replicando una dinámica similar a lo ensayado en la otra policlínica. Ello no fue posible al no concretarse la programación de agendas para población adolescente, por lo que el trabajo en este espacio se limitó a la intervención en cartelera, concebida en clave de insumo de accesibilidad para los usuarios, aportando un canal de información que busque ser de utilidad para la población objetivo.

Participación en redes

De inmediato a nuestra inmersión en el mes de mayo y en representación de ambas policlínicas, nos integramos a las reuniones de la Mesa Local de Salud Mental que se llevan a cabo los 3ros jueves de cada mes en diferentes locales del oeste. Allí hemos trasladado inquietudes y propuestas, articulando con demandas como lo referido acerca del liceo, e intentamos realizar aportes a la red contribuyendo en su difusión con centros juveniles y educativos afincados en nuestras zonas de influencia; en virtud de que surgió en la propia red la necesidad de extenderse de la zona del Cerro, incorporando más actores con el fin de enriquecer las miradas. No obstante, la principal línea de trabajo a la cual nos incorporamos fue el aporte a la *Campaña por la Prevención del Suicidio* impulsada desde la MLSM,

acompañando al equipo operativo en una jornada que se llevó el mes de octubre en el hotel Del Prado junto al área social del CASMU, denominada *Encuentro Sobre Prevención del Suicidio*, que involucró diferentes actores territoriales. En esa instancia se participó en calidad de referente de uno de los subgrupos, en que colectivizamos acerca de las impresiones sobre esta temática, representaciones, mitos y realidades, volcándolas en un papelógrafo, para luego exponer nuestra producción colectiva frente a un auditorio.

Unidad de Enlace Territorial (UET)

En representación de la policlínica, nos integramos a las reuniones de esta red llevadas a cabo los 3ros viernes de cada mes. La Unidad de Enlace Educativo trabaja en los procesos de inclusión educativa desde un enfoque territorial, identificando situaciones de exclusión educativa que requieran abordajes desde las políticas sociales en clave de articulación y enlace, y de mejora de las condiciones sociales que facilitan y protegen trayectorias educativas. Promueve un abordaje de las situaciones de exclusión social, desde su vertiente institucional, comunitaria y colectiva, conformándose como una red que nuclea los referentes territoriales de adolescentes, más allá del resorte educativo (<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/node/9790>). Esto nos permitió una dinámica de aportes recíprocos, logrando articulaciones con instituciones como las ya referidas y la posibilidad de retomar el presente año con otra UTU de la zona, con cuya educadora hemos entablado diálogo de cara a un próximo acercamiento.

A propósito de nuestra participación en este nodo, fuimos invitados a participar en la celebración por el *Día de las Niñeces* en la plaza “Tres Ombúes”, junto al centro cívico contiguo. Esta jornada se realizó en agosto de 2023, congregando vecinos y escuelas de la zona, CAIF y clubes de niños, arrojando una concurrencia muy populosa. Se desarrollaron múltiples actividades lúdico-recreativas: deportes en cancha de césped sintético, huerta, stands con juegos y comestibles. Nuestra función se limitó a colaborar en la logística, integrándome también en calidad de facilitador para alguna de las actividades.

Cine foro adolescente

En el marco del cierre de nuestra intervención, desde el equipo de practicantes de ESA del Programa de Practicantado IM-FP, nos propusimos impulsar una actividad que apunte a fomentar el acceso a los bienes culturales audiovisuales de las adolescencias del oeste. Para tal fin, en abril de 2024 realizamos una jornada de cine-foro en la sala cultural del Parque Tecnológico Industrial (PTI) del Cerro de Montevideo. Contamos con el apoyo de la

Escuela Comunitaria de Cine del Oeste del APEX, con su *Programa Oeste Audiovisual*, de cuyo catálogo, conformado por una serie de películas uruguayas y latinoamericanas, escogimos el documental nacional *Niños de Cine*. La elección de este material se debió a que entendimos reunía las características propicias para el cumplimiento de nuestros objetivos, afines a un enfoque en salud mental comunitaria que privilegia factores como la participación, la prevención, promoción de hábitos de vida saludables y construcción de ciudadanía con enfoque de derechos; dimensionando el potencial del instrumento cinematográfico para contribuir a la promoción de la participación adolescente, concebida en términos de salud mental, y al acceso a los bienes culturales como ejercicio de ciudadanía (Torrado y Di Landro, 2015).

Para la convocatoria, se confeccionó un afiche que fue divulgado por diferentes centros de referencia en el trabajo con adolescentes de la zona oeste. La institución que participó fue un centro juvenil del oeste, al cual se le facilitó el transporte por intermedio del Área Social del programa APEX, concurriendo unos quince adolescentes junto a sus referentes. Antes de iniciada la proyección, se compartieron hojas con preguntas guía con el fin de orientar su mirada y que favorezcan la reflexión en torno a los ejes propuestos en la consigna; facilitados éstos por el propio contenido del audiovisual -participación, proyecto de vida, derechos, vínculos y acceso a la cultura-; prosiguiendo al cierre con la implementación de una breve puesta en común en torno a dichas preguntas. Una vez concluida la proyección, se produjo un rico intercambio que trascendió la consigna propuesta, ya que los jóvenes aportaron sus propios emergentes en señal de su interés y participación activa. Por otra parte, aprovechamos la instancia para promocionar los espacios de salud adolescente, estimulando la concurrencia a sus prestadores de referencia; articulando con nuestros nuevos compañeros de práctica, quiénes asistieron al evento en el marco del proceso de transición, entablando el contacto y quedando a disposición de las y los participantes.

6.2 Objetivo específico 2:

- ***Realizar un análisis crítico con el fin de sintetizar el aprendizaje vertido en la experiencia.***

A lo largo de este trabajo, hemos recorrido los aspectos de la experiencia que entendimos merecían ser jerarquizados. Procuramos sintetizar un proceso de familiarización que involucró el entrecruzamiento de los lineamientos institucionales y nuestra inmersión territorial; asimismo, narramos el recorrido vivenciado en diálogo permanente con la

articulación teórico-conceptual que apuntaló nuestra intervención de forma permanente. Finalmente, para terminar de dar cumplimiento a los objetivos trazados, se pasará a dar cuenta de una síntesis de los aprendizajes adquiridos en la experiencia; para lo cual, producto de una decisión de carácter metodológico, se optó por su estructuración de acuerdo a los siguientes ejes:

- i) *Identificación de obstáculos y facilitadores*
- ii) *Análisis y fundamentación de los dispositivos empleados*

i) Identificación de obstáculos y facilitadores

Obstáculos:

En primer lugar, en lo que hace a la identificación de obstáculos, adherimos a lo que colectivamente, en el marco de los equipos interdisciplinarios de los ESA en cada policlínica, fuimos definiendo tras un análisis de lo que fue la experiencia. En lo que respecta al efector del CCZ 14, entendimos que el equipo ha sufrido bajas que indefectiblemente afectaron el funcionamiento del dispositivo, amenazando los éxitos del proyecto que fuera propuesto desde sus referentes, ya que de las tres técnicas que lo elaboraron, dos de ellas fueron trasladadas de centro, resultando un obstáculo difícil de soslayar; ello sumado a la renuncia de mi compañera de dupla, transcurrido un tiempo de comenzar la práctica. En este sentido, se entendió que urge la necesidad de ampliar el equipo, con el fin de potenciar el espacio.

Otra dificultad ostensible, surge del apremio que imponen las agendas de consulta individual y limita considerablemente el tiempo de trabajo comunitario. Conectando con esta última apreciación, destacar que es un factor que se replica en la policlínica del CCZ 18, donde si bien el plantel que conforma el equipo de ESA es interesante en cuanto a su cantidad, lo cierto es que esta constante se reitera y la participación de técnicos en actividades extra muros se ha visto mermada por el mismo contratiempo. Agregarle a su vez, que un obstáculo claramente reconocido por el equipo en esta policlínica es cierta debilidad en cuanto a la articulación territorial con las redes de la zona, algo que ya se expusiera oportunamente en el marco de la contextualización.

Enfatizando un perfil más individualizado de este reconocimiento de obstáculos, resaltar lo que significó la renuncia de mi compañera de dupla en pleno recorrido y las consecuencias desde mi implicación. Este hecho repercutió en la responsabilidad de asumir un nuevo rol; más protagónico quizás, con otro tipo de exposición que me generó por un tiempo cierta ansiedad, que entiendo fui logrando superar adaptándome a las nuevas contingencias.

Otro hito del proceso, que encarna quizá el mayor de los obstáculos atravesados, fue sin duda nuestra inserción fallida en una policlínica del CCZ 17; percibiendo desde el primer momento un desajuste acerca de nuestro encuadre académico-institucional y la demanda de nuestra inserción allí. Desde nuestra primera reunión con la coordinación de la policlínica ya se produjeron desencuentros respecto a nuestros días de trabajo, que estaba establecido sería de lunes a viernes; sin embargo, desde allí nos plantearon que nos necesitaban para los sábados; que nuestro mayor aporte sería para espacio con embarazadas -no necesariamente adolescentes-, como así también otros obstáculos referidos a constantes negativas sobre nuestro quehacer: realizamos propuestas que iban en sintonía con replicar lo proyectado en la policlínica del CCZ 18 para el ESA de este centro; sin embargo, desde la coordinación, la respuesta era que no podíamos hacer ningún tipo de intervención como la que proponíamos mediante dispositivos lúdico-recreativos si no era acompañados de la figura de agentes socio-comunitarios en función de facilitadores. Tampoco había líneas claras de trabajo; ni siquiera se llegó a concretar a lo largo de las casi seis semanas que allí permanecemos una sola reunión de Espacio Adolescente, ya que, en los hechos, la única práctica enmarcada en este dispositivo era la reserva de agenda para consultas individuales en el marco del carnet adolescente los días viernes de 08.00 a 12.00, pero sin exceder ese encuadre, siéndonos impedido a su vez intervenir la sala de espera.

Esto sin duda generó ciertas tensiones -particularmente con mi compañera de dupla- que desembocaron en nuestro traslado de policlínica; lo que invita a una reflexión crítica sobre los procesos de construcción de la demanda en el diseño de las políticas públicas, habilitando a interrogarse cuál es el nivel de participación de los actores involucrados: si realmente se produce en clave colectiva o responde más a lineamientos jerárquicos, en abstracción de los territorios. En mi condición de practicante no podría responder esa pregunta, pero considero que dejarla abierta puede servir de oportunidad para reflexionar en procura de mejorar las prácticas; en la medida que suscribimos que “en la sistematización se hace preguntas a una práctica, en la cual se ha participado como un actor más, con una clara intencionalidad de transformarla” (Bernachea y Morgan, 2010, p. 104).

Facilitadores:

El reconocimiento del conjunto de facilitadores involucrados en la práctica ha sido un ejercicio que fue acompañando a la reconstrucción del proceso, expresando sus efectos en la contribución al cumplimiento de los objetivos formulados en nuestro proyecto (González, 2023). En virtud de ello, entendemos que no amerita una enumeración exhaustiva de los mismos, por lo que nos limitaremos a aglutinarlos en función de dos dimensiones clave:

En cuanto la policlínica del CCZ 14, la potencialidad de su enclave territorial con la riqueza de sus redes comunitarias, cuya articulación se ha sostenido desde nuestro trabajo en la policlínica, es sin lugar a dudas la mayor de sus fortalezas, constituyendo un terreno por demás fértil para el progreso de estos dispositivos de intervención en clave de salud mental comunitaria. Mientras que en el efector del CCZ 18, la conformación del equipo, la organización que se ha mostrado desde su integración, que a su vez se ha enriquecido con la participación de otros practicantes, como son los estudiantes de trabajo social, todo ello ha inaugurado un camino cuyos frutos ya vienen recogiendo, marcando una proyección de cara a los desafíos venideros claramente muy auspiciosa y prometedora.

ii) Análisis y fundamentación de los dispositivos empleados

El desafío aquí planteado se centra en articular cómo este nuevo modelo de salud mental comunitaria se materializa en dispositivos territoriales, en el marco de prácticas en el Primer Nivel. Para ello, se intentará responder a las siguientes preguntas, o al menos servirse de ellas con un fin orientador: ¿Mediante qué dispositivos se articulan las estrategias de promoción en la atención integral en los Espacios de Salud Adolescente? ¿Cómo, a través de estas prácticas concretas, se logran potenciar los factores de protección?

A fin de ensayar respuestas posibles a las interrogantes formuladas, parece pertinente ahondar sobre los dos dispositivos prevalentes que apuntalaron los ejes fundamentales de nuestra intervención a lo largo de la práctica: *el taller* y *el juego*.

El taller

Partimos del trabajo de Cano (2012), quién define al taller como:

Un dispositivo de trabajo con grupos, que es limitado en el tiempo y se realiza con determinados objetivos particulares, permitiendo la activación de un proceso pedagógico sustentado en la integración de teoría y práctica, el protagonismo de los participantes, el diálogo de saberes, y la producción colectiva de aprendizajes, operando una transformación en las personas participantes y en la situación de partida (p. 33).

Como ya fuera destacado, este dispositivo resultó una de las herramientas fundamentales para el diseño y ejecución de nuestras intervenciones. Dispositivo que, asimilado como recurso metodológico de la educación popular y concebido en clave de orientación estratégica y reflexión teórica, contiene el potencial para el despliegue de una verdadera praxis transformadora (Cano, 2012, p. 23), en la medida que las vivencias de allí emanadas se extienden a la comunidad, dejando aprendizajes que se comparten y resuenan con los otros; algo que hemos ido concretando en el territorio. Aprendizajes que a su vez pueden

ampliarse y recrearse en forma espiralada; estimulando en los participantes su capacidad de auténticos multiplicadores en lo que hace a la promoción de la salud mental comunitaria.

Este dispositivo de intervención, demandó un constante trabajo de reflexión en clave de planificación estratégica supeditada a los objetivos que le brindan sentido, para luego de su ejecución retroalimentarse y enriquecerse en las instancias de evaluación; imprimiendo nuevos aprendizajes que a su vez fueron vertidos en intervenciones ulteriores. Una práctica que apela al posicionamiento ético que implica el profesionalismo del trabajo en territorio; en la medida que “no todo es un taller”. En este sentido, suscribimos los postulados del autor respecto al celo por evitar “desviaciones voluntaristas y/o espontaneístas”, propias de la ausencia de un “enquadre teórico y metodológico adecuados a objetivos y estrategias de trabajo” (Cano, 2012, p. 27).

Esto se plasma en el cuidado que exige la elaboración de un diagnóstico situacional pertinente y localizado, atento a la singularidad de cada grupo, empoderando la voz de los protagonistas -en este caso adolescentes-, quiénes aportaron sus emergentes, tomados por el equipo como el punto de partida de cada planificación. Planificación que exige considerar variables como: tiempo y espacio, cantidad de participantes, temáticas de interés, los diferentes momentos del taller; que incluye dinámicas de caldeamiento para amenizar el intercambio, desarrollo - habitualmente en sub grupos- y cierre -por lo general mediante instancias de integración en plenarios-. Posicionamiento ético manifiesto en el ejercicio de cuidarnos de ajustar la profundización temática de acuerdo a los alcances posibles de nuestra intervención, “abriendo” lo estrictamente necesario que sea viable sostener sin exponer a los participantes; habida cuenta de que las intervenciones giraban en torno a emergentes sensibles como la salud mental, los vínculos, violencias, consumo problemático de sustancias, salud sexual y reproductiva, y cuidados, mayoritariamente.

Un común denominador, presente a lo largo de las intervenciones, fue el abordaje de estos emergentes operando en clave de refutación de mitos y desnaturalización de discursos. En tanto a lo primero: las intervenciones más específicas de salud mental, prevención del suicidio o adicciones, han recurrido estratégicamente a estas herramientas de deconstrucción. Estas técnicas posibilitan interpelar a aquellas representaciones socialmente arraigadas que desde lo cultural calan hondo en la configuración subjetiva de cada adolescente, pudiendo inducir al error en la confección de estrategias de afrontamiento, ya que conducen a la estigmatización del padecimiento psíquico. Un claro ejemplo del trabajo en esta línea, es lo que se realiza en los talleres enmarcados en el

programa *Ni silencio ni Tabú* (<https://www.unicef.org/uruguay/documents/kit-de-herramientas-de-ni-silencio-ni-tabu>), para el cual recibimos capacitación.

En cuanto a la naturalización de formas discursivas que determinan hábitos y conductas que afectan a la salud integral de las adolescencias, han sido intervenciones típicas las que hemos desplegado en áreas como la salud sexual y reproductiva; trabajando, por ejemplo, en la deconstrucción de machismos como elemento clave en la prevención de violencia en el noviazgo. En esta dirección, fueron de gran utilidad para la elaboración de planificaciones, materiales como el *Manual de Apoyo para la Realización de Talleres de Prevención de Violencia en el Noviazgo* de InMujeres (MIDES, 2019) o las guías de UNFPA-Uruguay como la de *XX Técnicas Grupales para el Trabajo en Sexualidad con Adolescentes y Jóvenes* (2011); lo cual nos ha suministrado las herramientas apropiadas para abordar el efecto de una violencia estructural, determinada por una cultura machista que legitima discursos y costumbres que se traducen en distintos tipos de violencias. Violencias que emergen desde formas sutiles, en el seno de los vínculos afectivos que experimentan las y los adolescentes; por lo que, instancias como el taller, permiten su abordaje oportuno al visibilizar este caudal de mensajes naturalizados que suponen una puerta de entrada para la incursión de nuevos niveles de violencia. De esta forma, el dispositivo taller se convierte “en un pequeño aporte para promover una sociedad más justa, libre e inclusiva” (MIDES, 2019, p. 10).

En virtud de lo expuesto, el taller se presenta como una herramienta privilegiada para el abordaje de la salud integral en lo que hace al despliegue de intervenciones en el Primer Nivel de Atención; ya sea a nivel de promoción y/o prevención de emergentes como los antes señalados, mediante una dinámica de intercambio que facilita los andamiajes de la producción colectiva de nuevos aprendizajes, desde una dimensión del disfrute donde se pone en juego la simbolización, la circulación de la palabra y el cuerpo en movimiento.

El juego

La participación activa en actividades artísticas y culturales, el esparcimiento, la recreación y el juego, son derechos consagrados en la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), a cuyo marco suscribe nuestro sistema legislativo a partir de la Ley n° 17.823 (Uruguay, 2004), reconociéndolos en su artículo noveno dentro de los derechos esenciales de NNA.

Este enfoque de derechos, estimula nuevas prácticas enmarcadas en el nuevo paradigma:

En las últimas décadas, a raíz de los cambios sociales, las nuevas demandas y el nuevo paradigma de la salud comunitaria a partir de una concepción de Salud Positiva, se ha comenzado a repensar, resignificar y redimensionar los abordajes en la promoción de la salud

desde una pluralidad de dispositivos que intentan contemplar las nuevas realidades comunitarias (Torrado y Di Landro, 2014, p. 127).

Desde esta perspectiva, abordamos cada encuentro con las y los adolescentes en sala de espera y el resto actividades que implicaran menor grado de estructuración y/o planificación que los talleres; intervenciones en clave de juego que fueron descritas oportunamente en el marco de la reconstrucción del proceso.

En la misma línea que plantean Torrado y Di Landro (2015):

Partimos del hacer y crear lúdico-expresivo como sostén de nuestras prácticas, por la diversidad de posibilidades que este dispositivo brinda desde un enfoque integral de educación, cultura, ciudadanía y salud. Creemos que es a partir de esta metodología integral y participativa que los aprendizajes podrán ser significativos (p. 11).

El juego, especialmente el de tipo cooperativo, entendido como aquel “que implica dar y recibir ayuda para contribuir a un fin común”, entraña una “herramienta de intervención que potencia conductas y roles sociales positivos” (Torrado y Di Landro, 2014, p. 131-132); habilitando procesos de acercamiento y de vincularidad, que favorecen el trabajo orientado a la dimensión cultural o simbólica de la accesibilidad en los servicios del Primer Nivel.

No obstante, más allá del valor del juego como recurso, en tanto medio para alcanzar fines como los señalados supra, cabe ponderar su valor intrínseco, su potencia en tanto juego liberador en busca “no solo de lo placentero, sino de lo emocionante” (Pavía, 2021, p. 64); no solo en función del disfrute propio, sino por lo que provocaba apreciar el disfrute ajeno. Desde este enfoque, adherimos a una concepción del juego como “cosa seria”:

Comúnmente escuchamos que el juego es considerado como algo que no es serio, algo que distrae... Por el contrario, el juego es *algo que va muy en serio* y más que distracción lo que plantea... es la posibilidad de una *gran exploración de sí mismo*, porque en el juego se ensayan múltiples posibilidades *de ser* bajo la forma de la analogía, del como si... Jugando comprendemos que podemos *ser... siendo* en medio del enigma que nos plantea nuestro propio *deseo* y en medio del malestar que nos causan los vaivenes de la cultura y la vida social (Tirado, 2019, p. 142).

Por el contrario, el repliegue del juego al egreso del universo infantil se torna en un problema incipiente que, según Pavía (2012), da cuenta de:

La falta de oportunidad para encontrarnos a jugar con otros/as de un modo, digamos, más lúdico, disfrutando al máximo posible el potencial de esa reunión focalizada, en condiciones de co-presencia física... Pero a quienes trabajamos con niños, niñas y adolescentes -y no solo con esos grupos etarios- esas restricciones nos interpelan y nos incitan a garantizar

oportunidades para jugar del modo y en las condiciones arriba señaladas desde la perspectiva del derecho (p. 59-60).

Juego que involucra el deseo, la apropiación del ambiente, el encuentro con el otro desde la complementariedad; imprimiendo una dimensión del disfrute claramente expresada en el grado de compromiso y entrega que podía notarse en las y los participantes en el marco de las actividades desplegadas en territorio. Juego como síntesis de construcción de comunidad; comunidad ya no entendida desde el hermetismo de lo uno, de lo igual, de lo autorreferente, sino desde el encuentro y articulación de las diferencias, de lo que componemos en conjunto desde la experimentación de un nosotros como “expresión de comunidad... encuentro de los que son otros... como la expresión misma de constitución subjetiva mediante la diferencia y la identidad... como experiencia compartida y al mismo tiempo diferencial” (Salazar, 2011, p. 100):

Jugar con la posibilidad de construir miradas posibles y dar valor al cómo me muestro y cómo soy visto. Lleva implícito volver a conocerse desde otras miradas y lugares, da la posibilidad a la construcción identitaria pero a su vez a la construcción de alteridad, construcción con un otro y de un otro a partir del propio reconocimiento (Torrado y Di Landro, 2015, p. 35-36).

Como ya hemos subrayado, la participación resalta entre los elementos constitutivos del nuevo paradigma de salud integral. En este sentido, vale destacar el singular aporte del juego cooperativo desde una perspectiva de derechos, tal cual lo conceptualizamos y vivenciamos a lo largo de nuestras intervenciones, en tanto herramienta participativa clave para la construcción colectiva de salud mental. Una herramienta subjetivante que contribuye a potenciar factores de protección, mediante la promoción de hábitos saludables:

Desde hace varios años las estrategias vinculadas a los factores protectores consideran al juego... como una de las principales formas de promover hábitos saludables en la infancia y la adolescencia, el juego deja de estar ausente en las prácticas saludables y pedagógicas, deja de ser desvalorizado y comienza a considerarse “*seriamente*” como una estrategia metodológica con características y cualidades propias. Hablar de juego entonces, es hablar de salud y también es hablar de derechos (Torrado y Di Landro, 2014, p. 127).

7. REFLEXIONES FINALES

Más allá de lo que fundamente el estado del arte, en lo que concierne a los dispositivos de prevención y promoción de salud mental adolescente, es claro que no resulta sencillo dar una respuesta acabada a las preguntas formuladas en la introducción de este breve ensayo. En virtud de ello, es que no en vano las mismas fueron concebidas en clave de orientar las

reflexiones más que impulsadas por la necesidad de hallar respuestas de forma clara y distinta a tales interrogantes. No resulta sencillo fundamentar una suerte de validez que dé cuenta de la eficacia de estos dispositivos; estableciendo una causalidad lineal entre el desarrollo de actividades lúdico-recreativas y/o instancias psico-educativas en el marco de un taller, y su impacto directo o sus efectos objetivables en la prevención de factores de riesgo y/o fortalecimiento de factores de protección. Es posible que conclusiones de tal magnitud -que habilitarían afirmaciones categóricas-, requieran de una revisión mucho más exhaustiva de la literatura disponible al respecto, e incluso ameritaría proyectos de investigación o un análisis cualitativo de corte considerablemente más profundo.

Pero la pregunta busca más la apertura que el cierre. Sí podemos atrevernos a reconocer que el capital lúdico de estas herramientas parece emanar de su función subjetivante, tan necesaria en el trabajo con adolescencias; en la posibilidad de producir nuevas narrativas que contribuyan así a dotar de otros significados posibles a las historias de vida, las emociones, las representaciones que constituyen el imaginario de cada adolescente. Permiten mostrar un mundo adulto disponible que los inviste, vehiculizando otras formas posibles de enunciación y metabolización de los afectos, a través del cuerpo y la palabra, constituyéndose en un factor de protección, apuntalando hábitos saludables en la vincularidad... brindan otras formas posibles de ser con otros, de construir comunidad.

8. REFERENCIAS

- Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio. Salud mental y atención psicosocial*. Topia.
- Ardoino, J. (1997, 4 de noviembre). *La implicación* [Conferencia]. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Arias, M. A., Suárez, Z., y Ramos, F. (2009). La Accesibilidad en tiempos de Reforma ¿La Psicología aporta? En S. Rudolf et al. (Coords.), *Accesibilidad y Participación Ciudadana en el Sistema de Salud. Una mirada desde la Psicología*. Montevideo (pp. 112-140). Fin de Siglo.
- Arias, M. A. y Suárez, Z. (2016). *La atención a la salud de los adolescentes en el primer nivel desde una perspectiva de derechos*. Universidad de la República, CSIC, Biblioteca plural.
- Bernachea, M. y Morgan, M. (2010). La sistematización de experiencias: producción de conocimientos desde y para la práctica. *Tendencias y Retos*, 15, 97-107.

- Burgueño M., Suárez, P. y Heinzen, J. (2022). *Abordaje de la salud mental en las adolescencias en clave colectiva* [manuscrito inédito]. Intendencia de Montevideo, Policlínica La Teja.
- Cano, A. (2012). La metodología de taller en los procesos de educación popular. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 2(2), 22-51.
- Cao, M. (2014). *Planeta Adolescente*. Versión digital. <http://www.marceloluiscao.com.ar/Blog%20Posts/version-digital.html>
- Castelló, M., Corselles, M., Iñesta, A., Vega, N. y Bañales G. (2011). La voz del autor en la escritura académica: Una propuesta para su análisis. *Signos*, 44 (76), 1-10.
- Collazo, A. García, M., Márquez, R., Pais, O. y Usucar, E. (2021). *Tejiendo redes con la comunidad en pos de una salud integral* [manuscrito inédito]. Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales, Trabajo Social.
- Contino, S. (2022). *Sentido de las conductas de riesgo en el proceso de subjetivación adolescente y el atravesamiento de lo sociocultural* [Proyecto de tesis, Postulación al Doctorado en Psicología]. Universidad de la República, Facultad de Psicología.
- Chávez, J. y Molas, A. (2022). *Abordajes colaborativos en colectivos implicados a situaciones complejas y de vulnerabilidad social*. Universidad de la República, Facultad de Psicología.
- Despret, V. (2022). *Habitar como un pájaro. Modos de hacer y pensar los territorios*. Cactus.
- Duarte, K. (2001) ¿Juventud o juventudes? Acerca de cómo mirar y remirar a las juventudes de nuestro continente. En S. Donas (Comp.), *Adolescencia y juventud en América Latina* (pp. 57-74). Libro Universitario Regional.
- Fernández Raone, M. (2014). *Adolescencia, consumo de sustancias y conductas de riesgo en un hospital especializado en drogadependencias y alcoholismo* [IV Jornadas de Investigación y III Encuentro de Becarios de Investigación de la Facultad de Psicología]. Universidad de La Plata.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2011). *XX Técnicas Grupales para el Trabajo en Sexualidad con Adolescentes y Jóvenes*. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Manual%20de%20Tecnicas%20grupales%20para%20adolescentes%20UNFPA%202011.pdf>

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2021). *Estudio sobre los efectos en la salud mental de niñas, niños y adolescentes por COVID-19*. <https://www.unicef.org/argentina/media/11051/file/Estudio%20sobre%20los%20efectos%20en%20la%20salud%20mental%20de%20ni%C3%B1as,%20ni%C3%B1os%20y%20adolescentes%20por%20COVID-19.pdf>
- Freud, S. (1992). Tres ensayos de teoría sexual. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 7, pp. 109-242). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1905).
- Freud, S. (1992). Inhibición, síntoma y angustia. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 20, pp. 71-164). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1926).
- Gagliano, R. (2005). Esferas de la experiencia adolescente. Por una nueva geometría de las representaciones intergeneracionales. *Anales de la Educación Común*, 1(1-2), 204-212. Tercer siglo.
- Galende, E. (1983). *La crisis del modelo médico en psiquiatría*. Jornadas de A.P.S. - CONAMER - A.R.H.N.R.G. Cuadernos Médico Sociales (23).
- Ghuiso, A. (2011). Sistematización. Un pensar el hacer, que se resiste a perder su autonomía. *Decisio*, 11(28), 3-8.
- Giorgi, V., Rodríguez, A. y Rudolf, S. (2011). La Psicología Comunitaria en el Uruguay: Herencias y rupturas en relación con su historia. En M. Montero e I. Serrano García (Comp.), *Historias de la Psicología Comunitaria en América Latina. Participación y Transformación* (pp. 399-421). Paidós.
- González, A. (2023). *Proyecto de intervención: policlínicas Paso de la Arena - La Teja* [manuscrito inédito]. Universidad de la República, Facultad de Psicología, Programa de Practicantado IM-FP.
- Gutiérrez Posse, S. (2014). El amanecer de la adolescencia. La adicción en la pubertad. *Controversias en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes*, 14(15), 32-40.
- Intendencia de Montevideo. (2020). *Información Física y Sociodemográfica por Municipio*. <https://montevideo.gub.uy/sites/default/files/biblioteca/informetipomunicipio2019vf.pdf>
- Intendencia de Montevideo. (2022). *Proyecto Salud Mental Adolescente* [manuscrito inédito]. Intendencia de Montevideo, Departamento de Desarrollo Social, División Salud.
- Intendencia de Montevideo. (2023). *Jornada sobre salud mental en la explanada*. <https://montevideo.gub.uy/noticias/sociedad/jornada-sobre-salud-mental-en-la-explanada>

- Janin, B. (2008). Encrucijadas de los adolescentes de hoy. *Cuestiones de Infancia*, 8(12), 17-33.
- Jara, O. (2011). *Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias*. Biblioteca Virtual RS. <https://www.kaidara.org/recursos/orientaciones-teorico-practicas-para-la-sistematizacion-de-experiencias/>.
- Kancyper, L. (2013). Adolescencia: el fin de la ingenuidad. *Querencia. Revista de Psicoanálisis*, 13(14), 45-55.
- Krauskopf, D. (2000). *Participación social y desarrollo en la adolescencia*. Fondo de Población de las Naciones Unidas. 2ª. Ed.
- Lacán, J. (2009). Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis (Trad. T. Segovia, Vol.1). *Escritos 1. Siglo XXI*. (Trabajo original publicado en 1956).
- Le Breton, D. (2007). *La edad solitaria: adolescencia y sufrimiento*. Métailié.
- Macri, M., Vignolo, J. y Sosa, A. (2009). Salud Pública y determinantes de la salud. En W. Benia (Coord.), *Temas de Salud Pública*. Tomo 2. (pp. 47 a 63). Oficina del Libro FEFMUR.
- Manca, M. (2012). Agresiones al cuerpo en la adolescencia: ¿redefinición de los límites del cuerpo o desafío evolutivo? *Psicoanálisis*, 23(1), 77-88.
- Ministerio de Desarrollo Social. (2019). *Manual de apoyo para la realización de talleres de prevención de violencia en el noviazgo*. Ministerio de Desarrollo Social, InMujeres. <https://www.violenciadomestica.org.uy/pdf/Manual-de-Apoyo-para-la-Realizacion-de-Talleres-de-Prevencion-de-Violencia-en-el-Noviazgo.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2007). *Programa Nacional de Salud Adolescente*. Ministerio de Salud Pública, Dirección General de Salud. https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Programa_Nacional_Salud_Adolescente_2007_0_0.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2009). *Guía para la atención integral de la salud de adolescentes*. Ministerio de Salud Pública, Dirección General de Salud, Área Programática de Adolescencia y Juventud (2017). https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/inline/files/GuiaSalusAd_web%20con%20tapa.pdf.

- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Aportes para el abordaje de la salud de adolescentes en el primer nivel*. Ministerio de Salud Pública. https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/116_file1.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2020). *Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027*. Ministerio de Salud Pública. <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanosuruguay/comunicacion/noticias/msp-aprobo-plan-nacional-salud-mental-2020-2027>.
- Molas, A. y González D. (2020). La cartografía como herramienta para la investigación-intervención en el campo de la niñez y la adolescencia. En M. de Martino (Coord.), *Trabajo social con familias: Dilemas teórico-metodológicos, éticos y tecno-operativos* (pp. 379-394). Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales.
- Montero, M. (2004). *Hacer para transformar. El método en la psicología comunitaria*. Paidós.
- Morin, E. (1994). *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa.
- Muniz, A. (2015). La dimensión compleja del sufrimiento en la infancia. En M. N. Miguez (Comp), *Patologización de la infancia en Uruguay. Aportes críticos en clave interdisciplinar* (pp 19-28). Estudios psicológicos.
- Organización de las Naciones Unidas. (1989). *Convención sobre los derechos del niño*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Artes Gráficas S.A.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2019). *Sistema de Indicadores y Tendencias Educativas en América Latina*. <https://siteal.iiep.unesco.org/pais/uruguay>
- Organización Mundial de la Salud. (1978). *Alma-Ata Atención primaria de salud*. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39244/1/9243541358.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (1997). *Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI*. https://www.uv.mx/cendhiu/files/2018/02/5_Declaracion_de_Yakarta.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Promoción de salud. Glosario*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf
- Pavía, V. (2021). *Con-vivir en modo lúdico*. Espiritu Guerrero Editor

- Pupo-González L., Noguerras-Reyes Y., De-Prada-Justel M., Labrada-Pupo D. (2018). Salud mental infante juvenil, características de una problemática actual. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 43 (6), 1-7. <http://www.revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/1687>.
- Rodríguez, A., Giménez, L., Netto, C., Bagnato, M. J. y Marotta, C. (2001). De ofertas y demandas: una propuesta de intervención en psicología comunitaria. *Revista de Psicología*, 10(2), 101-109. Universidad de Chile.
- Rojas, M. (2013). *Clínica de la adolescencia: una perspectiva sociovincular*. Jornada Anual de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo.
- Saforcada, E., De Lellis, M., y Mozobancyk, S. (2010). *Psicología y salud pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Paidós.
- Salazar, C. (2011). Comunidad y narración: la identidad colectiva. *Tramas* 11(34), 93-111. Universidad Autónoma de México - X.
- Stolkiner, A (1999). La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. *El Campo Psi*. <http://www.campopsi.com.ar/lecturas/>.
- Stolkiner, A. (2005). *Interdisciplina y salud mental*. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental, I Jornadas Provinciales de Psicología.
- Suárez, Z. (2009). *Los derechos y el usuario de los servicios de salud* [Ficha temática del curso de Niveles de Atención en Salud]. Universidad de la República, Facultad de Psicología.
- Sujoy, O. (2014). Riesgos actuales en las condiciones de producción de subjetividad en adolescentes. *Cuestiones de Infancia*, 14(16), 73-83. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.
- Texeira, E. y Coutinho, R. (2006). O grupo em sala de espera: Território de práticas e representações em saúde. *Texto Contexto Enfermagem*, 15(2), 320-325. Universidad Federal de Santa Catalina.
- Tirado, M. (2019). Educación(es) Re-Creada(s). En C. Torrado (Comp.), *Ludicidad & Creatividad* (pp.135-146). Universidad de la República, Programa APEX.
- Torrado, C. y Di Landro, G. (2014). Jugar, lo que se entrevé, lo que se vislumbra. *It, Salud Comunitaria y Sociedad*, 3(3), 127-140.

- Torrado, C. y Di Landro, G. (2015). *Adolescencias Saludables, Presente*. Universidad de la República, Programa APEX.
- Universidad de la República, Facultad de Psicología. (2023). *Facultad de Psicología e Intendencia de Montevideo ponen en marcha el programa de practicantado en Psicología*. <https://psico.edu.uy/noticias/facultad-de-psicologia-e-intendencia-de-montevideo-ponen-en-marcha-el-programa-de->
- Universidad de la República, Programa APEX. (2022). *Dispositivo Sentidos*. <https://apex.edu.uy/archivos/4336>.
- Uruguay (2004, setiembre 14). Ley n° 17.823: Código de la niñez y la adolescencia. <https://www.impo.com.uy/bases/codigo-ninezadolescencia/17823-2004>.
- Uruguay (2007, diciembre 13). Ley n° 18.211: Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>.
- Uruguay (2008, agosto 26). Ley n° 18.335: Derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18335-2008>.
- Uruguay, Consejo Nacional de Políticas Sociales, Comité de Coordinación Estratégica de Infancia y Adolescencia. (2008). *Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia 2010-2030. Bases para su implementación*. <http://www.inau.gub.uy/biblioteca/eniabases.pdf>
- Uruguay (2017, setiembre 19). Ley n° 19.529: Ley de salud mental. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>.
- Uruguay (2020, marzo 2). Poder Legislativo. Decreto n° 55/20: Regulación de las formas de organización y funcionamiento de los servicios de salud para adolescentes. <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/55-2020>
- Viñar, M. (2009). *Mundos adolescentes y vértigo civilizatorio*. Trilce.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 11-14. Uruguay. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>
- Vitale, M. (2023). *¿Cómo se relacionan las concepciones de salud de los y las adolescentes con los servicios de salud disponibles para esta población en Montevideo?* [Tesis de Maestría en Psicología Social]. Universidad de la República, Facultad de Psicología.