



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Ciencias Sociales
Universidad de la República
URUGUAY

TESIS MAESTRÍA EN POLÍTICAS PÚBLICAS

Análisis de la implementación de la política pública de prevención de salud mental para adolescentes “*Ni Silencio ni Tabú*” en Maldonado, Uruguay

Corina Marozof

Tutor: Prof. Daniel Cajarville

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer primero a Marina Trobo, que sin dudas se va a sorprender, pero gracias a ella, quien fue mi profesora de la materia “Introducción a los problemas del desarrollo”, a la cual me inscribí de casualidad como optativa en el CURE para sumar créditos para la carrera de Psicología, casi sin saber de lo que iba la materia, me introdujo en el mundo las políticas públicas y me motivó a postularme para la maestría.

A Alejandro Milanesi, coordinador de la Maestría en Políticas Públicas y docente del curso Gestión de políticas públicas, palabras mayores en la guía y acompañamiento de todo el grupo, la buena onda, la predisposición, la paciencia, la escucha, y desde ya su know how en el tema, un lujo en todo sentido. Sin su apoyo constante no hubiera podido cursar todas las materias y escribir la tesis. GRACIAS EN MAYÚSCULAS.

A Daniel Cajarville quien aceptó ser mi tutor en el final del camino, con generosidad y buena onda, me orientó con aportes muy asertivos y fundamentales para poder articular los conceptos con los marcos teóricos y sobre todo su conocimiento del territorio. Sin dudas, un hallazgo muy satisfactorio para mí. GRACIAS!

Gracias a Carmen Midaglia, decana de la Facultad de Ciencias Sociales, quien junto a Gustavo Mendez fueron profesores de la primera materia que cursamos, pero más allá de ese primer curso estuvo presente en todo momento durante la maestría, además de que fue un placer y un honor poder volver a tenerla como profesora en el taller de tesis.

A Maria Alejandra Arias, quien fue mi tutora en parte del recorrido y me orientó para construir el tema de investigación. Gracias por su generosidad, predisposición y conocimiento de la temática de salud mental, adolescencias y políticas públicas.

A mis compañeros de la cohorte, a cada uno, que me dieron la oportunidad de compartir estos años juntos, que supieron permitirse conocerme, a pesar de muchos prejuicios (de algunos), pero que fuimos encontrando la manera de poder integrarnos, ante todo pasarla bien y hoy ser el grupo que formamos.

A todos los profesores que tuve, de los cuales aprendí mucho, agradezco por inspirarme a seguir adelante y entusiasmarme cada vez más con el tema de esta tesis.

A mi familia, Ale, Martín y Tobi, por su apoyo incondicional, por aguantarme y escucharme hablar sobre “la maestría” y los horarios de cursada, las idas y vueltas de Buenos Aires a Maldonado y las limitaciones para estar más con ellos durante la cursada.

Una dedicación especial para Milagros Chamorro, QEPD, compañera de la maestría, con quien de casualidad hice el primer trabajo grupal de la materia Economía, sobre salud mental, que me permitió compartir con ella un tiempo valioso. Su situación me atravesó y me impulsó aún más en querer trabajar para poder mejorar las políticas públicas en salud mental.

Y por último a todos los que entrevisté, me prestaron su tiempo y conocimiento para construir esta tesis. A Laura de Álava, que me aportó información valiosa para construir el mapa de a quiénes entrevistar, a César López que me aportó su experiencia en los comienzos de mi proyecto del tema, a Denisse Dogmanas profesora de facultad de psicología que me dio más luz en temas de salud mental del SNIS. Así como, por último, un agradecimiento especial a Matías Ruiz.

LISTA DE ABREVIATURAS

ANEP: Administración Nacional de Educación Pública

ASSE: Administración de Servicios de Salud del Estado

BID: Banco Interamericano de Desarrollo

COVID -19: Coronavirus Disease 2019

CURE: Centro Universitario Regional del Este

ENAJ: Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud

IAE: Intento de Autoeliminación

IDM: Intendencia Departamental de Maldonado

INAU: Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay

INE: Instituto Nacional de Estadística

INISA: Instituto Nacional de Inclusión Social Adolescente

INJU: Instituto Nacional de Juventud del Uruguay

MEC: Ministerio de Educación y Cultura

MIDES: Ministerio de Desarrollo Social

MSP: Ministerio de Salud Pública

NSNT: Centros Ni Silencio Ni Tabú

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización Naciones Unidas

RAP: Red de Atención Primaria

SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud

UDELAR: Universidad de la República

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

RESUMEN

La salud mental de adolescentes ha adquirido creciente relevancia en la agenda pública uruguaya, especialmente a partir de los efectos psicosociales derivados de la pandemia de COVID-19 en 2020. En este contexto, el programa “*Ni silencio ni tabú*”, consolidado como política pública en 2023, propone una estrategia interinstitucional y territorial orientada a promover el bienestar psicoemocional de los adolescentes entre 14 y 19 años, mediante acciones de cercanía, participación y articulación comunitaria.

Este estudio tiene como objetivo analizar la implementación del programa en el departamento de Maldonado, considerando la relación entre su planificación y ejecución. A partir de lo cual se pretende identificar fortalezas y debilidades en su diseño, despliegue territorial y articulación institucional, con el fin de generar recomendaciones que contribuyan a optimizar su desarrollo y capacidad de respuesta frente a las necesidades locales en salud mental adolescente.

La investigación adopta un enfoque exploratorio cualitativo, utilizando revisión documental, observación participante y entrevistas semiestructuradas como técnicas principales. El trabajo de campo se desarrolló entre junio y noviembre de 2025, centrado en los talleres con adolescentes (considerados núcleo operativo y componente principal del programa), realizados en tres liceos públicos y un centro deportivo del departamento. Las entrevistas se realizaron entre septiembre de 2024 y noviembre de 2025, en paralelo se indagó sobre documentos institucionales de la política estudiada.

Los resultados evidencian brechas de ejecución en relación al diseño, así como tensiones en la implementación con base en la continuidad de realización de los talleres, la coordinación intersectorial entre MIDES, MSP, ANEP y la Intendencia de Maldonado, además de dificultades en la cobertura territorial efectiva. Asimismo, a partir de los objetivos trazados se identifican resultados en materia de desafíos vinculados a la centralización de decisiones, la comunicación institucional y la necesidad de recursos humanos. Dentro de las recomendaciones se destaca la relevancia de inaugurar un centro de referencia departamental para adolescentes y fortalecer la articulación con dispositivos existentes de atención en salud mental, como condición para consolidar una política pública que pueda ser efectiva, accesible a la vez que transformadora para la promoción y prevención de salud mental para los adolescentes y los adultos referentes.

Palabras claves: Salud mental, Adolescentes, Política Pública, Uruguay

ABSTRACT

Adolescent mental health has gained increasing relevance in Uruguay's public agenda, particularly following the psychosocial effects after the COVID-19 pandemic in 2020. In this context, the program "*Ni silencio ni tabú*", consolidated as a public policy in 2023, proposes an interinstitutional and territorial strategy to promote psycho-emotional well-being of adolescents between 14 and 19 years old, through actions of proximity, participation, and community engagement.

This study aims to analyze the implementation of the program in the department of Maldonado, identifying strengths and weaknesses in its design, territorial deployment, and institutional coordination, with the purpose to generate recommendations that contribute to optimize its development and responsiveness to local adolescent mental health needs.

The research is based in a qualitative exploratory approach, using documents reviews, participant observation, and semi-structured interviews as its main techniques. Fieldwork was carried out between June and November 2025, focusing on workshops with adolescents (considered the operational core and main component of the program), conducted in three public high schools and one sports center in the department. The interviews were held between September 2024 and November 2025.

The results reveal gaps in relation to the program's design, tensions in implementation, particularly regarding the continuity of workshops, the intersectoral coordination among MIDES, MSP, ANEP, and the Municipality, and the effective territorial coverage. Furthermore, based on the stated objectives, challenges were identified concerning decision-making centralization, institutional communication, and the need for human resources. Among the recommendations, the importance of establishing a local center for adolescents and strengthening coordination with existing mental health care services stands out, as a condition for consolidating a public policy that can be effective, accessible, and transformative in promoting and preventing mental health issues among adolescents and their significant adults.

Keywords: Mental Health, Adolescents, Public Policy, Uruguay

TABLA DE CONTENIDOS

1. Introducción.....	8
2. Contextualización y antecedentes.....	10
2.1 Relevancia de Maldonado	15
3. Marco teórico y conceptual.....	17
4. Objetivos.....	29
5. Metodología.....	30
6. Descripción del proceso de creación de <i>Ni silencio ni tabú</i>	36
7. Diseño de la ejecución de la política <i>Ni silencio ni tabú</i>	38
7.1 Etapa 1 – Los Talleres.....	38
7.2 Etapa 2 – Los Centros.....	42
7.3 Etapa 3 – Capacitación adultos referentes.....	46
8. Implementación <i>Ni silencio ni tabú</i> en Maldonado	47
8.1 Talleres realizados en Maldonado.....	49
8.2 Fortalezas y debilidades de los Talleres	59
9. Contexto y programas de salud mental en Maldonado.....	65
10. Implementación <i>Ni silencio ni tabú</i> en otros departamentos.....	73
10.1 Rocha.....	73
10.2 Lavalleja.....	75
11. Conclusiones.....	77
12. Recomendaciones.....	83
13. Reflexiones finales.....	88
14. Referencias Bibliográficas.....	90
15. Anexos	
15.1 Imágenes de los materiales del kit <i>Ni silencio ni tabú</i>	95
15.2 Pauta de observación Talleres	96
15.3 Pauta Entrevistas.....	96
15.4 Listado de Entrevistados	98
15.5 Consentimientos informados.....	99

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como “un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad” (OMS, 2022).

La salud mental no es un estado estático, existe en un continuo que puede incluir períodos de bienestar y también períodos de angustia, la mayoría de los cuales nunca evolucionarán hacia un trastorno diagnosticable. Entender la salud mental desde este enfoque permite visualizar que en diferentes momentos, las personas son capaces de disfrutar de la vida, pero también podrán enfrentar períodos de angustia y de estrés, e incluso sufrir trastornos mentales (UNICEF, 2021).

La OMS define a la adolescencia como el período de crecimiento que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, lo sitúa entre los 10 y 19 años. La salud mental de los adolescentes se vio afectada en Uruguay luego de la emergencia sanitaria de COVID-19 (UNICEF, 2022). El Ministerio de Salud Pública (MSP) y la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) realizaron un estudio en 2022, que reveló que el 32% de los adolescentes durante el 2021, presentaron problemas de salud mental, siendo la ansiedad y la depresión los trastornos más frecuentes, luego de la pandemia (MSP, 2022).

Desde el 2021, los diagnósticos de salud mental en adolescentes han aumentado un 18% cada año. Como consecuencia de la pandemia mundial de COVID-19, en el 2021, se suicidaron 16,4 adolescentes de entre 15-19 años en Uruguay por cada 100.000 habitantes, ubicando al suicidio como la primera causa de muerte en esta franja (MSP, 2022). Respecto a la distribución según edad la tasa de suicidio de la franja de 25 a 29 años, fue de 34.4 cada 100.000 habitantes (MSP, 2022). En cuanto a la distribución territorial en Uruguay, el departamento con la tasa más alta en 2023 fue Rocha (37.6 c/100.000 habitantes), seguido de Lavalleja (36 c/100.000 habitantes) y Paysandú (35.7 c/100.000 habitantes), evidenciando una diferencia con la tasa en Montevideo de 17.8 (MSP, 2023).

El suicidio o el comportamiento autolesivo, como los intentos de autoeliminación (IAE) evidencian una situación subyacente de sufrimiento psicológico intolerable y que busca con la acción “parar con esto” (MSP, 2022). Hoy se puede tener más conocimiento de los antecedentes, motivos y particularidades que llevan a los adolescentes que han experimentado pensamientos suicidas o tuvieron un IAE gracias a un informe desarrollado por el Ministerio de Salud en conjunto con el BID (Banco Interamericano de Desarrollo) en 2023 (MSP, 2023). En ese estudio se destaca que los antecedentes más frecuentes en adolescentes con ideación suicida o IAE incluyen:

- Violencia doméstica o negligencia parental.
- Problemas de salud mental no tratados previamente (ansiedad, depresión, trastornos del ánimo).
- Desvinculación educativa y falta de proyectos vitales.
- Consumo problemático de sustancias en el entorno familiar o propio.

También se destacan los motivos subjetivos y contextuales que emergen en los relatos de los adolescentes como sentimientos de soledad, incomprensión y desesperanza, percepción de falta de sentido o propósito y dificultades para expresar el malestar en entornos escolares o familiares.

Esto ha generado un interés de poner este tema en agenda y abordarlo desde la salud pública, para poder desarrollar programas de prevención no sólo para los adolescentes involucrados, sino hacia todas las personas e instituciones que interactúan con ellos (familia, pares, profesores, coordinadores, cuerpo médico, etc.) (MSP, 2022).

El programa *Ni silencio ni tabú* surge en 2022 como campaña nacional, que buscó desde sus orígenes, trabajar estrategias de sensibilización sobre salud mental y bienestar psicosocial dirigida a adolescentes (UNICEF, 2022). Este programa se alinea con la Estrategia Nacional de Prevención del suicidio 2021-2025, el Plan Intersectorial de Prevención del suicidio en adolescentes y jóvenes, así como con la Ley 19.979 (2021) sobre Concientización y Prevención del suicidio adolescente. Se trata de la primera iniciativa a nivel nacional orientada a establecer una gobernanza intersectorial para trabajar la prevención y promoción de salud mental adolescente. Integra para su ejecución actores institucionales de distintos niveles y sectores, como MIDES, MSP y ANEP y promueve una lógica de trabajo colaborativa. De todas formas, aún existe una tendencia general cultural que influye, de parte de la sociedad en Uruguay, de excluir y encerrar la locura, es decir apartar de la sociedad a aquellas personas con diagnóstico psiquiátrico severo (MSP, 2022). Esto lo podemos vincular a varios aspectos, por un lado el desconocimiento sobre las enfermedades mentales, el miedo que puedan generar, el estigma de “peligroso”. Por otro lado, también existe cierta responsabilidad de los trabajadores de la salud y de las corporaciones científicas, a través de los cuales se siguen reproduciendo determinadas lógicas de poder, de encierro, de cosificación del paciente y sobre todo a los tratamientos con medicación psiquiátrica para lograr efectos de corto plazo y no al desarrollo de una terapia prolongada. No se logra aún cambiar del todo el enfoque biomédico, para incorporar enfoque de determinantes sociales de la salud, en lugar de hablar solo de “políticas de salud mental”, tal como lo propone De Lellis (2019) y pensar cómo lo mental

atraviesa todas las políticas de salud. Esto implica que la subjetividad, los vínculos, el sufrimiento psíquico y las prácticas institucionales deben ser parte del análisis y la intervención. El objetivo de este estudio es realizar un análisis de la implementación del programa *Ni silencio ni tabú* en el departamento de Maldonado, se busca conocer a la luz de sus cometidos institucionales cómo opera el programa en el departamento, su alcance y ejecución, actores involucrados y la articulación intersectorial. La fundamentación del mismo resulta de la necesidad de evidenciar por qué la situación de salud mental de los adolescentes representa un problema social, contribuyendo a la comprensión de una estrategia de política pública que resultó en una propuesta de alto protagonismo para su respectivo plan de acción que nació como campaña en 2021 dentro del Instituto Nacional de Juventud (INJU) que depende del MIDES. Así como, a su vez, estudiar su implementación en Maldonado en tanto uno de los departamentos con mayor población adolescente del país. Región de Uruguay que tuvo el mayor crecimiento de población intercensal (2011- 2023) de un 23.7% y presenta una de las mayores tasas de población adolescente del país, un 29% (INE, 2023).

Se pretende identificar brechas de su implementación en relación al diseño, fortalezas y áreas de mejora del programa, con el fin de generar recomendaciones que permitan optimizar la ejecución de la política, para responder efectivamente a las necesidades de salud mental de adolescentes (14 a 19 años) en el departamento. Se espera también aportar insumos para la mejora continua de políticas públicas en la prevención de salud mental de adolescentes, además de fortalecer la gobernanza intersectorial en salud mental, promoviendo articulación institucional y participación juvenil.

2. CONTEXTUALIZACIÓN Y ANTECEDENTES

Hasta 2011, la salud mental en Uruguay era un tema relegado por la agenda del MSP. Este, no figuraba como prioridad en los presupuestos ni en los sistemas de información sanitaria. El país no contaba con una estrategia articulada que reconociera de manera explícita a la salud mental como parte del derecho a la salud (Gub.uy). En aquel año se inician proyectos de investigación sobre salud mental, con apoyo de la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República, con el objetivo de promover el debate en torno a la salud mental en Uruguay (De León, 2013).

En 2015, el Ministerio de Salud Pública de Uruguay comienza a prestar especial atención e interés al desarrollo de una política de prevención del suicidio dado que los datos estadísticos demostraban que la detección temprana era posible, llevando a cabo un trabajo en equipo con los diferentes sectores y organismos del estado, así como instituciones de la sociedad. (Filardo

et al., 2015). En 2017 se promulga la Ley de Salud Mental número 19.529, la cual en su primer artículo declara por objeto “*garantizar el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas personas usuarias de los servicios de salud mental en el marco del SNIS (Sistema Nacional Integrado de Salud)*” (Ley 19529, 2017). Sus disposiciones son de orden público e interés social y el artículo 2, define: “*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*”.

Los datos obtenidos en la tercera edición de la Encuesta Mundial de Salud Estudiantil (EMSE) realizada en Uruguay en 2019, evidenciaron que en los últimos 12 meses consultados, un 19,8% de los adolescentes encuestados de entre 13 a 17 años consideró seriamente la posibilidad de quitarse la vida. Este porcentaje era más elevado entre los jóvenes de 13 a 15 años, donde un poco más de 2 de cada 10 de estos jóvenes consideró la posibilidad de quitarse la vida. (ENAJ, 2019). A su vez la evidencia estadística comprobaba que el porcentaje de suicidios en la población adolescente iba en aumento, según tablas a continuación:

**Incidencia de % de suicidios en las muertes totales de adolescentes en Uruguay
2012/2015/2020**

PERIODOS	2012	2015	2020	2012	2015	2020
EDADES	15 a 19 años			20 a 24 años		
CAUSAS DE MUERTE						
Suicidios	17%	18%	25%	22%	22%	25%
Accidentes de Tránsito	30%	17%	23%	25%	23%	18%
Agresiones	13%	20%	27%	10%	13%	23%
Otras	57%	63%	49%	64%	64%	59%

Fuente: Estadísticas Vitales MSP

Cantidad de muertes anuales por suicidios en Uruguay según tramos de edad y período

	15 de 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años
2000-2004	24	49	39
2005-2009	31	44	45
2010-2014	36	53	51
2015-2020	36	72	64
% de incremento en 20 años	50%	47%	64%

Fuente: Estadísticas Vitales MSP

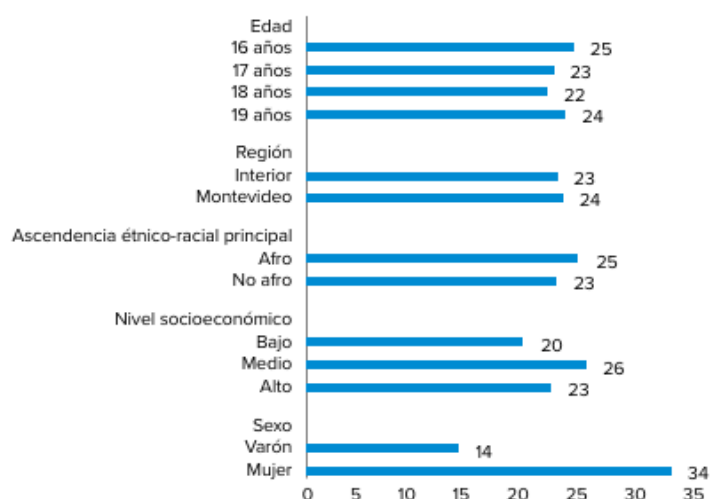
Tasa de suicidio cada 100.000 habitantes y variación de la Tasa 2000-2020 en Uruguay según tramo etario, en porcentajes

	2000	2020	Variación
15 a 19 años	7.7%	16.6%	116%
20 a 24 años	20.30%	27.90%	37%
25 a 29 años	15.50%	29.10%	88%

Fuente: Estadísticas Vitales MSP 2020

Los datos de la Encuesta Nacional de Juventudes en el 2022 (ENAJ, 2022) arrojó que más del 22% de los adolescentes se sintieron tan tristes o desesperados que dejaron de hacer sus actividades habituales, según se evidencia en la siguiente tabla:

Porcentaje de adolescentes y jóvenes de entre 16 y 19 años que se sintieron tan tristes o desesperados que dejaron de hacer sus actividades habituales



Fuente: ENAJ 2022

Situación de tristeza o desesperación a partir de la pandemia del covid-19



Fuente: ENAJ 2022

En cuanto a las consecuencias negativas de la pandemia y el confinamiento, casi la mitad de los adolescentes reportan que se rompieron vínculos con sus grupos de amigas y amigos, lo que afectó sus redes de socialización. Entre estas personas, el porcentaje que reporta haberse sentido triste o desesperado es más del doble que entre quienes no declaran que la pandemia haya afectado sus vínculos de amistad.

Porcentaje de adolescentes y jóvenes que experimentaron consecuencias negativas de la pandemia



Fuente: ENAJ (2021)

En 2021 UNICEF realiza un estudio en América latina, para la comprensión integral de cómo el COVID-19 afectó el bienestar emocional y conductual de la población adolescente, cuyo informe (UNICEF, 2021) con el análisis de la ENAJ (2021) proporcionó una base sólida para formular recomendaciones de políticas públicas y el lanzamiento del programa *Ni silencio ni tabú* (UNICEF, 2023). En 2022 se lanza como campaña nacional de sensibilización sobre salud mental y bienestar psicosocial dirigida a adolescentes y jóvenes en Uruguay y luego se consolida como política pública en 2023, y en el 2025 es la única estrategia de prevención del suicidio en todo el país.

Ni silencio ni tabú, se alinea con la Estrategia Nacional de Prevención del suicidio 2021-2025, el Plan Intersectorial de Prevención del suicidio en adolescentes y jóvenes y la Ley Nacional de Concientización y Prevención del suicidio adolescente 2021, que se describen a continuación. La Estrategia Nacional de Prevención del suicidio 2021-2025 de Uruguay, fue elaborada por la Comisión nacional honoraria de la prevención del suicidio, propone un abordaje integral, multisectorial y basado en evidencia para enfrentar el suicidio como una

emergencia de salud pública. Reconoce que se trata de un fenómeno multicausal —con factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y económicos— y busca articular acciones entre los sectores de salud, educación, desarrollo social, seguridad y la comunidad. Entre sus objetivos principales se destacan: fortalecer la respuesta del sistema de salud ante intentos de autoeliminación, reducir el estigma asociado a la salud mental y al suicidio, promover la detección temprana de señales de riesgo en distintos ámbitos (educativo, comunitario, sanitario) e impulsar campañas de sensibilización, formación de profesionales y protocolos de actuación.

El Plan Intersectorial de Prevención del suicidio en adolescentes y jóvenes de Uruguay está comprendida dentro de la Estrategia Nacional de Prevención del suicidio, se enfoca en dar una respuesta articulada entre salud, educación, desarrollo social y comunidad para abordar el suicidio como una problemática compleja y multicausal. Por un lado reconoce que el suicidio es la principal causa de muerte en personas de 15 a 24 años en Uruguay, y propone acciones concretas para fortalecer el bienestar psicosocial y la atención integral de adolescentes y jóvenes. Dentro de las cuales se destacan la incorporación de la consulta psicológica como parte de la valoración de salud mental en adolescentes de 15 a 19 años. A pesar de que no considera la atención de manera rápida, ya que no se establecen tiempos máximos y es sabido que conseguir una consulta psicológica en ASSE puede implicar una espera prolongada. Tal como fuera dicho por la ministra de Salud Pública, en julio de 2025 para una entrevista que le realizaron en medios masivos, en la cual Cristina Lustemberg manifestó que: “hay aproximadamente 30.000 personas en lista de espera para acceder a equipos de salud mental” (Subrayado, 2025).

La Ley Nacional de Concientización y Prevención del suicidio adolescente (Ley N.º 19.979) se promulgó en 2021. Su objetivo principal es promover acciones coordinadas entre organismos públicos para prevenir el suicidio en adolescentes mediante estrategias de sensibilización, educación y articulación territorial. Define como autoridades competentes al Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), el Ministerio de Educación y Cultura (MEC), el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) y el Instituto Nacional de la Juventud (INJU). Se promueve la coordinación entre el gobierno nacional y los gobiernos departamentales para garantizar la implementación efectiva en todo el país.

Ni silencio ni tabú surge como una respuesta articulada a estos marcos, consolidándose como política pública, con presupuesto propio, cinco componentes estratégicos y una fuerte impronta participativa, comunitaria y comunicacional, alineada con los objetivos de prevención,

promoción del bienestar psicoemocional y atención integral para adolescentes y jóvenes. Está orientada hacia adolescentes de entre 14 y 29 años, con el objetivo de concientizar y sensibilizar a los jóvenes sobre temas de salud mental. Fue creada en conjunto con el MIDES, MSP y UNICEF, es coordinada por el INJU/MIDES en territorio y dentro del MIDES, es INJU quien ejecuta su implementación mediante talleres de concientización y sensibilización en los liceos, como principal componente de ejecución, ya que el segmento al que más apunta la política es el comprendido entre los catorce a diecinueve años. Debe contar con la colaboración de ANEP para la implementación de los talleres en los liceos y escuelas técnicas de todo el país, porque es en ellos donde se concentra la mayoría de jóvenes de este tramo etario (UNICEF, 2022).

2.1 Relevancia de Maldonado

Según el último Censo nacional de 2023, Uruguay tiene un total de 3.499.451 habitantes, tan sólo un 2.3% de crecimiento versus el censo anterior de 2011 (INE, 2023). Maldonado es el departamento con mayor crecimiento entre los censos (+23,7%), con una pronunciada inmigración interna y externa. Cuenta con 212.954 habitantes (INE, 2023), siendo el segundo departamento del interior uruguayo en población después de Canelones. Mientras que para Montevideo la franja de los adolescentes y jóvenes (entre 15 y 29 años) representa un 25% de la población del departamento, en cambio para Maldonado ésta es del 29%, población directamente vinculada a la problemática de salud mental y suicidio como se ha planteado anteriormente. El departamento de Maldonado combina una población proporcionalmente alta de jóvenes con una dinámica inmigración interna y externa, generando un contexto social diverso a la vez que desafiante. Es entonces que la presencia significativa de jóvenes refuerza la necesidad de implementar programas como *Ni silencio ni tabú*, enfocados en prevención y acompañamiento en salud mental.

Datos Censos 2011 - 2023

Departamento	Total 2011	Total 2023	Crecimiento intercensal	14 a 29 años 2011 (aprox)	14 a 29 años 2023 (aprox)	% jóvenes (14-29 años)	Crecimiento Intercensal
Montevideo	1.307.042	1,302,954	-5,3%	290,000	340,000	26%	117%
Canelones	515.851	608,960	+13,5%	115,000	155,000	25%	135%
Maldonado	163.059	212,954	+23,7%	48,000	63,000	29%	131%

Fuente: INE 2011 - 2023

Fuente: INE 2011 – INE 2023

Suicidios por departamento 2021 - 2023

Departamento	2021	2022	2023	23 vs 21
Total País	765	823	763	99.7%
Montevideo	243	260	237	97.5%
Canelones	119	128	104	87.4%
Maldonado	45	63	45	100.0%

Fuente: Estadísticas vitales (MSP, 2023)

En Maldonado se evidencia un notorio crecimiento de su población entre 2011 y 2023, del 23,7% (INE, 2023), a su vez que resulta en el segundo departamento del interior con mayor cantidad de suicidios (MSP, 2023), según valores absolutos. Maldonado es el departamento que más creció en Uruguay en los últimos años, lo que lo convierte en un “laboratorio social clave” para programas de salud mental y prevención. Tal como fue señalado, la franja de 15–34 años es del 29% de la población total, por encima de Canelones y Montevideo, lo que justifica aún más el interés para analizar la implementación en el departamento.

Tasa de suicidios en jóvenes comparativa por departamento en 2023

Departamento	Población total	% 14 a 29 años sobre población total	Tasa de suicidio
Montevideo	1.302.954	26%	21%
Canelones	608.96	25%	23%
Maldonado	212.954	29%	23%

Fuente: Estadísticas Vitales (MSP, 2023)

En complemento a lo antes expuesto, la elección de Maldonado se fundamenta también en su particular configuración social y educativa, marcada por fuertes asimetrías socioeconómicas y dinámicas migratorias que lo distinguen de otros departamentos. A su vez, el porcentaje de adolescentes entre 14 y 29 años que no estudian ni trabajan ronda un 15–17%, mostrando vulnerabilidad en la transición a la vida adulta. Lo cual les hace proclives a tener factores de riesgos y en consecuencia predisposición a problemas de salud mental y adicciones (MIDES, 2020), aspecto que subraya la necesidad de políticas focalizadas en juventud y cohesión social, dada la heterogeneidad socioeconómica del departamento. En esta línea, Lafourcade (2019) muestra cómo los procesos migratorios han configurado un espacio social diverso y

fragmentado, generando desafíos específicos para la integración comunitaria. Las transiciones juveniles en Uruguay permiten comprender cómo las trayectorias de los jóvenes de Maldonado se ven atravesadas por condiciones estructurales que afectan su acceso entre otros recursos, a la salud mental (Filardo, 2015). En conjunto, estas evidencias sostienen que Maldonado constituye un territorio estratégico para abordar la problemática del suicidio juvenil y el estigma en salud mental, dado que concentra tanto vulnerabilidades como oportunidades para la innovación en políticas públicas.

3. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

Las Políticas Públicas son el conjunto de acciones, decisiones, normas y programas que el estado y otros actores sociales realizan para resolver problemas públicos, es decir, problemas que afectan a la ciudadanía y que requieren de una intervención colectiva (Fontaine, 2015). Son públicas porque afectan a la población, la sociedad, los ciudadanos y son políticas porque requiere del Estado, que es quien las define y regula su implementación, ejecución y recursos para llevarlas adelante. Se materializan según el gobierno en ejercicio, mediante leyes, reglamentos, estatutos, o programas específicos. Son maneras de organizar a los estados de acuerdo a qué se obtiene, cómo y cuándo (Lasswell, 1930), los cuales distribuyen incentivos y recursos para que se puedan ejecutar. Se expresan de diferentes maneras, ya sea a través de leyes, reglamentos, estatutos, entre otros. Las políticas públicas también se caracterizan según el área o sector en que se delimitan (por ejemplo: educación, salud, desarrollo social), pudiendo resultar intersectoriales.

Según el enfoque al que están dirigidas se definen como universales si alcanzan a toda la población, sino focalizadas en caso de dirigirse a un sector minoritario. Pueden ser también de alcance nacional, regional o internacional. O mismo resultar en políticas de estado que trascienden el gobierno de turno o transcurren como políticas de un gobierno en ejercicio, ya sea en materia de educación, salud, economía u otras (Aguilar Villanueva, 1996). El enfoque que se identificó para la creación de una política de prevención y promoción de salud mental para adolescentes, como *Ni silencio ni tabú*, fue la necesidad post pandemia de poder dar una respuesta a mejorar el bienestar psicoemocional de los adolescentes en Uruguay. Era necesario el planteamiento desde el estado de una propuesta satisfactoria y abarcativa en la materia.

También se evidencia el planteo desde un enfoque en redes (Adam & Kreski, 2010), combinando diversos actores de organismos del sector público, instituciones públicas (MSP, UNICEF y MIDES) y a los mismos adolescentes. Este modelo plantea que la eficacia de las políticas públicas depende de la capacidad de generar vínculos horizontales y colaborativos

entre organismos del sector público, y de manera central, en este caso, los propios adolescentes como protagonistas de las estrategias. En el caso de programas como *Ni silencio ni tabú*, la construcción de redes entre el MSP, MIDES y UNICEF permitió integrar saberes técnicos y adicionalmente la colaboración de un grupo de adolescentes, para aportar sus experiencias comunitarias, contribuyeron a potenciar el diseño de las estrategias de prevención y desestigmatización, que propone el programa.

Dos conceptos fundamentales para poder analizar el diseño del programa *Ni silencio ni tabú* son el concepto de Intersectorialidad e Interinstitucionalidad, tomando el enfoque formulado por Carlos Cattaneo (2023). La intersectorialidad puede entenderse como la estrategia de coordinación entre distintos sectores de la política pública que busca superar la fragmentación y sectorización institucional. Implica articular acciones y recursos de áreas diversas para dar respuestas más integrales a problemas sociales complejos. En este caso, ANEP, INJU/MIDES y MSP, junto con los directores de los liceos del territorio deben actuar coordinados para la implementación coherente y efectiva del programa.

La interinstitucionalidad, para Cattaneo (2023) refiere a la articulación entre diferentes instituciones del Estado en el diseño e implementación de políticas públicas. Se centra en la necesidad de generar mecanismos de cooperación que permitan trascender la lógica sectorial y evitar la duplicación de esfuerzos o vacíos de atención. La interinstitucionalidad, en este sentido, es condición indispensable para que la intersectorialidad pueda materializarse, ya que sin coordinación efectiva entre instituciones, las políticas tienden a reproducir la fragmentación y la incoherencia en su aplicación, aunque como veremos más adelante, se evidencia la dificultad de que se pueda ejecutar de manera efectiva, ya que depende también en parte de la existencia de protocolos que no están aún definidos y de una comunicación efectiva entre todos los actores.

El modelo secuencial de Luis Aguilar Villanueva (1996), también conocido como ciclo de las políticas públicas, describe el proceso de formulación y ejecución de políticas como una serie de etapas ordenadas y lógicas. Su objetivo es ofrecer un marco analítico para entender cómo se generan, implementan y evalúan las políticas en el Estado. Podemos identificar desde ese enfoque, etapas claves desde la formación de una política pública como fue *Ni silencio ni tabú*. Desde la identificación del problema, el ingreso en la agenda, la formulación de la política, la toma de decisión, implementación, evaluación y reformulación o término. En línea con lo anterior: ¿Por qué es un problema público atender la salud mental de los adolescentes en Uruguay, luego de los informes en el 2021 de la ENAJ y UNICEF post pandemia? ¿Cómo considera el Estado, que el tema es de relevancia nacional y define ponerlo en agenda?

Dentro de los actores del estado que trabajaron en promover instaurar el tema en la agenda pública, se destaca Felipe Paullier, médico pediatra, quien fuera en el 2021, director de INJU, responsable de las políticas de juventud a nivel nacional y principal promotor de la iniciativa de dar prioridad a la salud mental de los adolescentes. El problema público (Cobb y Elder, 1972) a ser abordado debe entonces cumplir con ser relevante a nivel social (la salud mental adolescente), ser relevante en términos de la temporalidad (situación post pandemia) y complejo en base a sus múltiples causas, que requieren abordajes interdisciplinarios (Stolkiner, 2005). El problema social, pasa a ser un problema público que debe ser trabajado para poder transformarlo en un problema solucionable.

¿Cómo entra el tema en agenda?

La agenda pública dentro del estado, es una conceptualización que determina cuales son los problemas que serán tratados y recibirán respuesta bajo el formato de política pública. Es la lista de los problemas públicos a los que un gobierno tiene que dar solución (Cobb y Elder, 1972). En Uruguay, la política de salud mental ha ido experimentado cambios significativos en los últimos años. Los enfoques utilizados en el sentido de Hall (2012) que se identifican, son de orden comunitario y social, tomando como ejemplo la promulgación de la Ley de Salud Mental n° 19.529, en agosto de 2017, que establece un marco legal para la atención y protección de la salud mental en Uruguay. Este enfoque promueve el pasaje de un modelo meramente sanitario a uno comunitario, con un fuerte énfasis en la participación social y la integración de las personas con trastornos mentales en la comunidad de prevención y asistencia temprana, dentro del SNIS.

Dentro de los artículos que se enumeran en la legislación antes referida, se propone trabajar la promoción de la salud mental desde un enfoque no patologizante, que significa reconocer que el malestar psíquico no siempre implica un trastorno mental. A la vez que se promueve la escucha activa y el acompañamiento no estigmatizante de los problemas de salud mental, para que los adolescentes y jóvenes accedan a información de calidad. En busca de que se sientan con la posibilidad de elevar su voz y que sean escuchados en sus afectos sobre sus problemáticas, así como accedan a las prestaciones de salud necesarias, incluidas las de nivel primario, comunitario y barrial.

Concientizar poder mirar a los adolescentes y jóvenes desde un enfoque de sus derechos (ONU, 1989) en la forma de pensar y hacer política, permite ubicar a los jóvenes como sujetos de derecho y trascender el enfoque de riesgo, que tiende a colocar a las juventudes como un grupo vulnerable al que hay que proteger de los peligros del entorno y de sus propias

características. Pensar y conocer las tres etapas de la adolescencia es fundamental. Según la definición de la OMS, la adolescencia es el período de crecimiento que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, lo sitúa entre los 10 y 19 años. Independientemente de la dificultad para establecer un rango exacto de edad es importante el valor adaptativo, funcional y decisivo que tiene este período, y considerar las distintas etapas dentro del mismo. La etapa que va de los 10 a los 14 años es donde los cambios son meramente físicos y el adolescente transita su cambio hormonal, mientras que de los 15 a los 19 años, es la etapa donde los pares pasan a ser sus referentes, objeto y recepción de las miradas de aceptación. La etapa que va de los 20 a los 24 años, es donde se transita las incertidumbres del futuro laboral, profesional, la presión de poder desarrollarse en una sociedad de adultos, por ende se exige comprender la diversidad de caminos que transitan las personas jóvenes y asumir que lo dinámico es característico de esta etapa.

Entre los 14 y 16 años además es la llamada adolescencia media y es la etapa donde pueden darse con más facilidad situaciones de riesgo porque comienzan a evidenciar cambios psicológicos por el recorrido de búsqueda de su identidad. Ello, en relación a cómo se ven, cómo quieren que los vean, el afán de independencia ante sus padres. Se destaca la importancia de incorporar una perspectiva amplia de bienestar y soporte psicosocial, que considere un enfoque integral de las distintas dimensiones que constituyen tanto como afectan el bienestar de adolescentes y jóvenes (el estudio y el trabajo; la relación con sus pares, con los adultos referentes e instituciones; las situaciones a las que pueden estar expuestos tales como violencia-acoso, abuso, maltrato, bullying, etc.). En esta línea, la salud mental y el bienestar psicosocial en adolescentes y jóvenes exigen una mirada que integre un componente socioeducativo y comunitario, más allá de lo estrictamente sanitario o biomédico y de atención rápida.

Es fundamental para el abordaje integral, tener un enfoque interdisciplinario, que incluya las diferentes dimensiones (género; nivel sociocultural; nivel socioeconómico; territorio; entre otras), tanto a nivel de producción de conocimiento como de propuestas y respuestas en programas y servicios, ya que las situaciones y las identidades de las personas jóvenes son diversas y cambiantes dada la interacción entre diferentes situaciones que atraviesan durante su trayectoria juvenil.

Por otro lado, quedó en evidencia que durante la pandemia, el distanciamiento social impuesto en la sociedad, tuvo un impacto devastador y de extrema relevancia en la salud mental de adolescentes y jóvenes. Hoy se sabe que fueron los más afectados, por eso fue preciso avanzar hacia programas, proyectos e iniciativas que tiendan a reconstruir los ámbitos sociales, comunitarios e institucionales con un enfoque participativo y de escucha de adolescentes y

jóvenes. Es así que la política *Ni silencio ni tabú* se enfoca en lograr la participación de los jóvenes a través de espacios de escucha y concientización sobre su salud mental.

Los centros educativos, por ser el espacio de mayor concurrencia de los adolescentes, se identifican como los escenarios ideales para instalar dispositivos de escucha, participación y orientación sobre estos temas, no sólo para los adolescentes sino también para docentes, referentes adultos y familiares. Las más involucradas son las instituciones que trabajan de forma directa con adolescentes y jóvenes en situación de alta vulnerabilidad social. En particular INAU, el Instituto Nacional de Inclusión Social Adolescente (INISA), el MIDES, ANEP, ASSE, y la Secretaría Nacional del Deporte (SND).

Para que una participación activa se lleve a cabo de manera exitosa hay que promover la capacitación en salud mental y bienestar psicosocial para los equipos socioeducativos, instalar dispositivos con referencias técnicas especializadas en estas temáticas para orientar estrategias de acompañamiento individual y grupal de adolescentes y jóvenes (MSP, 2023). Lo cual es el desafío más complejo por el nivel de recursos de todo tipo que se necesitan, desde los académicos para formar a los técnicos, además de contar con presupuesto para desarrollo de centros de atención, voluntad política para incluir las partidas presupuestarias a nivel nacional, departamental y municipal, consistentes en los tres niveles de gobierno alineados en llevar a cabo la política (MIDES, 2022).

En Uruguay, aún, los temas referidos a la salud mental tienen una fuerte carga de estigma y se muestran importantes resistencias a su abordaje; En diversas ocasiones son silenciados socialmente. Por esta razón, es necesario generar campañas masivas de sensibilización comunitaria que coloquen en la agenda pública la temática de la salud mental y el bienestar psicosocial con foco en adolescentes y jóvenes (UNICEF, 2021). Es importante que estas acciones se construyan en un marco de alianzas intersectoriales e interinstitucionales para generar respuestas articuladas y tener mayor alcance. Es por eso que esta política *Ni silencio ni tabú*, no puede ser exitosa sin la articulación de todas las dependencias estatales que están involucradas con adolescentes.

El evento focalizador: la pandemia de covid-19 y la configuración de la agenda pública

Los eventos focalizantes (Birkland, 1998), son acontecimientos significativos que capturan la atención de la sociedad y los medios de comunicación, funcionando como catalizadores para movilizar actores y recursos hacia un tema específico y tienen la capacidad de influir en la configuración de la agenda pública, es decir, en qué problemas son considerados prioritarios para la acción gubernamental. Si bien Birkland profundiza su análisis en eventos focalizadores

como desastres naturales o accidentes industriales, en el contexto de la creación del programa *Ni silencio ni tabú*, el evento focalizante sin dudas fue la pandemia de COVID-19. La cual afectó a todo el mundo, además de que se identifica que tuvo un impacto muy significativo en la salud mental de los adolescentes, sobre todas las otras etapas del ciclo vital de las personas, afectando su bienestar emocional, social y psicológico. Un estudio que realizó UNICEF en 2021, arrojó que el 27% de los adolescentes uruguayos reportó sentir ansiedad y el 15% depresión profunda durante la pandemia. El 46% de los jóvenes indicó que tenía menos motivación para realizar actividades que antes disfrutaba, y el 43% se sintió pesimista sobre el futuro (entre otros datos que ya fueron mencionados).

La falta de interacción presencial con amigos y compañeros afectó el desarrollo emocional y social de los adolescentes, generando sentimientos de soledad y desconexión. Se observó un incremento en autolesiones, trastornos de ansiedad y dificultades para manejar el estrés (UNICEF, 2021). Además la falta de actividad física durante el confinamiento contribuyó a problemas de salud como obesidad y trastornos del sueño y por supuesto con un doble juego, la influencia de las redes sociales, que aunque fueron por un lado una vía de conexión entre la soledad del confinamiento y la posibilidad de seguir conectados con sus pares, también aumentaron la presión social y la comparación, afectando la autoestima de los adolescentes. A partir de esa realidad, el estado uruguayo toma el tema y lo pone en agenda para comenzar a trabajar sobre programas de salud mental focalizados para adolescentes y su bienestar psicoemocional.

El rol del Estado en la política pública

Theda Skocpol (1989) destaca cómo el estado emerge como un actor central en el diseño y la implementación de políticas públicas. Según Skocpol (1989), el enfoque tradicional de análisis político, que prioriza los intereses y acciones individuales de grupos sociales, debe complementarse con una perspectiva que considere el papel activo y autónomo del estado. Este análisis enfatiza que el estado no es solo un espacio donde se manifiestan los intereses sociales, sino que actúa como un agente independiente capaz de configurar y dirigir procesos políticos y sociales. Skocpol propone tres puntos clave para entender el protagonismo del estado, por un lado, las capacidades estructurales del mismo, ya que éste debe poseer recursos organizativos y administrativos que le permitan intervenir eficazmente en diversas áreas sociales.

Estas capacidades incluyen burocracias organizadas, sistemas legales, adjudicación de recursos y presupuestos y redes de comunicación que facilitan la implementación de políticas. Estrategias de análisis histórico, la importancia de analizar históricamente las instituciones

estatales y sus relaciones con los actores sociales para comprender cómo se originan y evolucionan las políticas públicas. Y por último el estado como moldeador de agendas ya que a través de sus instituciones, el estado puede priorizar ciertos temas y objetivos que moldean la dirección de las políticas. Esto incluye decisiones en torno a quién se beneficia de las políticas y cómo se abordan problemas sociales específicos, así como qué presupuesto y recursos se le asignan para la implementación de las mismas.

El programa *Ni silencio ni tabú* en Uruguay refleja un enfoque interinstitucional liderado por el Estado, con el objetivo de abordar la salud mental y el bienestar psicosocial de adolescentes y jóvenes. El programa es impulsado por INJU/MIDES, con la colaboración de instituciones como el MPS, ANEP, INAU y UNICEF. Esta coordinación teórica de todas instituciones estatales demuestra cómo el Estado intenta coordinar esfuerzos para implementar políticas públicas integrales. Está basada además dentro de un marco normativo nacional de la Ley de salud mental N° 19.529 y la Estrategia Nacional de prevención del suicidio (2021-2025). Estas normativas refuerzan el compromiso estatal con la promoción del bienestar psicosocial. El Estado ha priorizado la sensibilización y participación comunitaria, organizando la política a través de talleres y campañas de comunicación para involucrar a jóvenes y adultos referentes. También le ha asignado una partida presupuestaria desde 2023, lo que asegura su continuidad, expansión y afianzamiento hasta el 2025.

La influencia de las instituciones

Las instituciones influyen en las políticas públicas y estas, a su vez, transforman la comprensión de las propias instituciones (Immergut, 2006). Éstas, consisten en un conjunto de reglas formales e informales que estructuran el comportamiento de los actores políticos y sociales, reglas que determinan incentivos y restricciones, moldeando las decisiones políticas. La afinidad histórica además de teórica entre la teoría institucional y la teoría de políticas han demostrado que las instituciones no solo afectan las políticas, sino que también las políticas cambian las percepciones sobre las instituciones.

El programa *Ni silencio ni tabú* fue desarrollado por un grupo de trabajo interdisciplinario con referentes funcionarios de varias instituciones. El liderazgo, y uno de los impulsores clave, como se mencionó anteriormente, fue el Dr. Felipe Paullier, médico pediatra, quien dirigió el INJU durante la etapa inicial del programa en 2022. Su compromiso fue fundamental para posicionar la salud mental adolescente como prioridad en la agenda pública, articulando múltiples actores institucionales y promoviendo campañas de sensibilización con fuerte componente comunicacional. Por parte de UNICEF, fue Francisco Benavides, representante en

Uruguay fue el articulador estratégico del programa. El equipo de comunicación y formación de UNICEF, que co-diseñó los kits de herramientas y campañas junto a Casa Madre (un estudio de comunicación y diseño gráfico y audiovisual que trabaja específicamente para proyectos de bien público y causas sociales), según mencionó la referente de UNICEF, entrevistada en Junio de 2025, y aclara “*que el diseño de los materiales estuvo basado en el juego DIXIT, muy popular entre los adolescentes uruguayos*”. También estuvieron involucrados en el equipo de diseño de la política, Licenciados en psicología por el MSP, y directivos de ANEP. Con un enfoque participativo, se convocó a un grupo de adolescentes para trabajar en el diseño, aportando su mirada, contribuyendo a la co-creación del nombre “*Ni silencio ni tabú*” y diseño de materiales.

Si bien cada institución posee su propia estructura y normas y diferentes conceptualizaciones de salud mental, se trabajó de manera integrada en un equipo interdisciplinario, en diálogo con el enfoque de Stolkiner (2005) donde la interdisciplina surge de la complejidad de los problemas sociales, que no pueden ser abordados desde una sola disciplina. Implica cooperación recurrente entre saberes diversos. La interdisciplina no es solo una metodología, sino un posicionamiento epistemológico que reconoce la complejidad, la historicidad y la incompletud de los saberes. Su implementación efectiva requiere voluntad política, condiciones institucionales adecuadas y apertura a saberes no convencionales. La salud mental es un problema social complejo. El enfoque interdisciplinario fue clave para moldear el programa, superar restricciones y lograr objetivos comunes de cómo diseñar una política para la promoción de la salud mental en jóvenes para todo el país.

Un concepto central en una política pública son los "puntos de veto" (Immergut, 2006), que resultan en las instancias dentro de un sistema político donde las decisiones pueden ser bloqueadas o modificadas y afectan directamente la capacidad de implementar políticas. Las instituciones no solo limitan las acciones de los actores, sino que también son moldeadas por ellos. Esto crea una dinámica bidireccional donde las políticas públicas son tanto producto como motor de cambio institucional. *Ni silencio ni tabú*, no logra la misma adhesión en todos los liceos de manera homogénea, aunque todos dependen de ANEP. Por ejemplo, en algunos liceos del departamento de Maldonado no se han logrado realizar los talleres aún, por el “veto” de las autoridades de los mismos y su concepción de cómo deber ser tratada la salud mental (mencionado en una entrevista a un referente de MIDES que coordina las agendas de los técnicos para la realización de los talleres, en 2024 y confirmado luego en 2025 en entrevista a un subdirector de un liceo local).

Las políticas también transforman las percepciones sobre las instituciones (Immergut, 2006) y sin duda *Ni silencio ni tabú* ha cambiado la forma en que las instituciones, donde se han desarrollado talleres, abordan la salud mental y la participación juvenil. Aunque no necesariamente en cada liceo en que se realizaron, se ha continuado trabajando junto a los psicólogos de dichas instituciones en temas de prevención de manera sostenida (mencionado por una adscripta de un liceo de Maldonado). Tampoco en todos los liceos se cuenta con recursos para hacerlo, aunque se tuviera la intención. A modo de ejemplo, en un liceo que se realizó un taller cuentan con una psicóloga compartida con otro liceo y solo asiste media jornada una vez por semana a cada liceo, mientras que en otro liceo, en el cual funcionan 3 turnos (mañana, tarde y noche), no cuentan con psicólogo en el turno noche, concurre en los dos turnos restantes.

Influencia de organismos Internacionales

La OMS en 2012 comienza a establecer a nivel mundial los lineamientos de una estrategia de prevención del suicidio en la que estén contemplados los adolescentes, considerando sus acciones en la evidencia y la evaluación, con un monitoreo continuo desde su diseño hasta su implementación. En el 2020, el COVID-19 influyó de manera negativa en la salud mental y el bienestar de niñas, niños y adolescentes. En este último tiempo, ha quedado expuesto el alcance y la gravedad de un problema global y se confirmó la necesidad que tienen los estados y las comunidades de invertir y actuar para dar una respuesta articulada a las problemáticas de salud mental de adolescentes y jóvenes en todo el mundo.

En noviembre 2022, se realizó en Montevideo el seminario “Salud mental adolescente: aportes a la estrategia nacional”, organizado por la Agencia Uruguay de Cooperación Internacional (AUCI) y UNICEF. El objetivo fue fomentar el intercambio entre diversos especialistas internacionales, autoridades y técnicos en la materia con el propósito de continuar fortaleciendo el desarrollo de políticas públicas que promuevan la salud mental y el bienestar psicosocial adolescente. Se compartieron trabajos de distintos países como Australia, Estados Unidos, Inglaterra y España en temas de salud mental en el sistema de educativo, en el sistema de salud, estrategias específicas para la prevención del suicidio y abordaje de adolescentes de alto riesgo. Particularmente se analizó un programa exitoso en Australia llamado Headspace (headspace.org) que fue el que más interesó al equipo de MIDES (mencionado por las referentes de UNICEF y MIDES que estuvieron involucrados en el diseño de la política).

Un equipo interdisciplinario luego viajó a Australia para conocer e interiorizarse en la ejecución de Headspace, los componentes y el alcance territorial. En entrevista con la referente de UNICEF en 2025, se mencionó que finalmente Headspace es el programa que se tomó de referencia para dar vida a *Ni silencio ni tabú*.

Headspace es una fundación nacional de salud mental juvenil de Australia, creada en 2006 como respuesta a la necesidad de servicios accesibles y adaptados para jóvenes de 12 a 25 años. Su modelo se basa en la intervención temprana y la prevención, ofreciendo atención integral en cuatro áreas clave: salud mental, salud física y sexual, consumo de alcohol y otras drogas, y apoyo en trabajo y estudio. Los servicios se brindan a través de más de 150 centros distribuidos en zonas urbanas y rurales, además de plataformas digitales como headspace.org y programas escolares de apoyo y promoción del bienestar. Cada centro está respaldado por un consorcio local que articula organizaciones comunitarias, servicios de salud y gobiernos locales, lo que permite adaptar la atención a las necesidades específicas de cada comunidad. El enfoque es holístico y co-diseñado con jóvenes, integrando profesionales de psicología, medicina general, trabajo social y orientación vocacional. La financiación del programa está incluida en el presupuesto del Departamento de Salud del Gobierno de Australia (headspace.org). Esto lo diferencia sustancialmente de *Ni silencio ni tabú*, cuyo presupuesto depende del MIDES y no del MSP.

Evaluaciones recientes muestran que más del 70% de los usuarios de Headspace experimentaron mejoras significativas en malestar psicológico, funcionamiento psicosocial y calidad de vida. Además, el modelo ha sido replicado internacionalmente y reconocido por su efectividad y costo-beneficio (headspace.org, 2022). Luego de esa experiencia y con presupuesto asignado desde presidencia, toma magnitud la necesidad en el país de una nueva “política” de parte de las autoridades como respuesta a la comunidad, para abordar el problema del suicidio adolescente y de esta forma, el MSP, en conjunto con el MIDES y UNICEF trabajan para elaborar una política para poder enfrentar esta situación. Dentro de este marco, se diseña el programa *Ni silencio ni tabú*, que se establece como política pública en 2023 para resolver un problema público, que incluye actividades del Estado (Dunn, 1981) con un enfoque de gestión pública que promovió la coordinación y articulación entre distintos sectores institucionales —salud, educación y desarrollo social— para abordar de manera integral problemas complejos que no pueden resolverse desde una sola perspectiva sectorial.

El análisis del programa permite observar cómo la cooperación internacional de UNICEF y la influencia internacional de un programa de Australia, como Headspace, influyen en la creación de políticas públicas a nivel nacional.

Otros aportes - Desafíos de gestión de Políticas Públicas del marco nacional a territorio

La tesis doctoral de Rodríguez Pinho (2023), *Relaciones intergubernamentales y capacidades estatales para las políticas públicas en las intendencias de Uruguay (2005–2020)*, constituye un aporte para comprender las tensiones entre el diseño nacional de las políticas y su implementación en clave departamental. El autor analiza cómo las intendencias uruguayas, en tanto gobiernos subnacionales, enfrentan desafíos vinculados a la disponibilidad de recursos, la capacidad técnica y la articulación con los ministerios nacionales. Su investigación muestra que las políticas públicas no se trasladan de manera automática desde el nivel central hacia los territorios, sino que se ven condicionadas por las relaciones intergubernamentales y por las capacidades institucionales locales. En este sentido, la tesis evidencia que la ejecución departamental de políticas nacionales depende tanto de la voluntad política como de la infraestructura administrativa de cada Intendencia, lo que genera resultados heterogéneos y, en ocasiones, una distancia significativa respecto de los objetivos originales.

Este hallazgo es especialmente relevante para el análisis del programa *Ni silencio ni tabú*, como veremos más adelante, ya que permite situar su implementación en Maldonado dentro de un marco más amplio de gobernanza multinivel, donde las políticas nacionales se negocian, adaptan y resignifican en el territorio, en tanto su ejecución está condicionada a la colaboración y articulación intersectorial en el territorio. La gobernanza del programa *Ni silencio ni tabú*, implica el mantenimiento y optimización de relaciones entre los actores y las organizaciones para llevar a cabo procesos de implementación. La integralidad de este plan, responde a la coherencia y articulación entre políticas, prestaciones y servicios orientados a un mismo objetivo.

Resulta en una política que se caracteriza por la intersectorialidad, ya que articula desde su diseño los saberes y experiencias en el diseño, implementación, seguimiento por estar coordinada desde el MIDES pero con base en la Ley nacional de Salud Mental del MSP, a su vez es implementada por INJU, en los liceos, que dependen de ANEP. *Ni silencio ni tabú* tiene a su vez el potencial de abordar desigualdades estructurales de acceso a la salud mental por considerarse antes de su implementación, el acceso restrictivo en términos de costos y recursos para su atención en todos los estratos sociales.

La iniciativa se orienta hacia un bienestar progresista, promoviendo la equidad y la inclusión de acceso a la salud mental. Esto está alineado con el concepto de bienestar universal discutido por Korpi y Palme (1998), donde las políticas públicas no solo buscan aliviar necesidades inmediatas, sino también transformar estructuras sociales para lograr una igualdad sostenible.

Según Korpi (2000), los sistemas de bienestar moldean los patrones de desigualdad de clase al redistribuir recursos y establecer redes de seguridad económica. Sin embargo, los sistemas más inclusivos (como los estados de bienestar universal) tienden a reducir las desigualdades de clase de manera más efectiva al garantizar acceso igualitario a beneficios y servicios. *Ni silencio ni tabú* enfrenta desigualdades de clase de todas formas porque no elimina las barreras económicas que podrían impedir que las personas de clases más bajas accedan a estos servicios ya que también se ven influenciadas en parte al concepto de salud mental que aún se manejan en estratos, con una mirada biologicista y orientada a más a la curación que a la prevención. También existe el desafío de la implementación no homogénea en todas las regiones, por el mismo concepto de salud mental de las propias instituciones locales y regionales y de los responsables de llevarla a cabo que pueden estar influenciados por la misma idiosincrasia. En este contexto, la expectativa de la implementación depende de actores antagonistas, consentidores y protagonistas (Korpi 2000). Identificando como protagonistas al Instituto Nacional de la Juventud (INJU), por ser el principal impulsor del programa, y UNICEF, que apoya con recursos y experiencia técnica. Como actores con el rol de consentidores, se identifica ANEP, ya que es el actor responsable para dar el visto bueno para que los talleres se realicen en los liceos. También se identifican como consentidores a los miembros de las familias y cuidadores de adolescentes, por ser actores clave en poder fomentar un entorno favorable para abordar temas de salud mental y promover que los adolescentes participen de los talleres; por otro lado, docentes, psicólogos en liceos y trabajadores educativos, que si bien no son los gestores principales, pero apoyan integrando las iniciativas en los espacios escolares y permitiendo que los talleres se realicen en los liceos. Por último podríamos esperar como antagonistas a todos aquellos actores que por la falta de comprensión o estigmatización de los problemas de salud mental puede generar resistencia o rechazo hacia estas iniciativas.

Para finalizar, corresponde considerar la noción de “brecha de la implementación” desarrollada por Merilee S. Grindle resulta clave para comprender las tensiones que emergen en la puesta en práctica de políticas públicas. Como señala la autora, *“la implementación de políticas públicas no es un proceso técnico y lineal, sino un terreno de disputa en el que intervienen actores con distintos intereses, capacidades y recursos, generando una brecha entre lo que se diseña y lo que efectivamente se logra”* (Grindle, 2009). Cito especialmente a esta autora porque su enfoque permite iluminar los desafíos que enfrenta la ejecución del programa *Ni silencio ni tabú* en Maldonado, particularmente en lo referido a la coordinación interinstitucional, la continuidad de los talleres y la disponibilidad de recursos humanos, como demostraré más adelante en el análisis.

4. OBJETIVOS

El objetivo general de esta tesis es analizar la implementación del programa *Ni silencio ni tabú* en el departamento de Maldonado, Uruguay, a partir de la relación entre el diseño de la política y su implementación en territorio. Para lo cual a continuación se plantean los siguientes objetivos específicos, metodología y resultados esperados:

Objetivos	Actividades	Resultados Esperados
Objetivo Específico 1 Evaluar la coherencia entre el diseño conceptual y la ejecución práctica del programa en Maldonado.	Revisión documental de fuentes de informes públicos del diseño del programa (UNICEF, MIDES, MSP). Realización de entrevistas semiestructuradas a informantes calificados que intervinieron en el diseño del programa (referentes de UNICEF, MSP y MIDES) y a ejecutores actuales de la implementación en territorio (referentes de INJU) Observación participante de los talleres en los liceos y en un centro deportivo	Comparar el diseño de la implementación original y la ejecución territorial en Maldonado. Identificar acciones de mejora para fortalecer la alineación y el trabajo intersectorial
Objetivo Específico 2 Explorar percepciones y compromiso de actores clave.	Realización de entrevistas semiestructuradas a referentes actuales de instituciones y sectores en Maldonado que interactúan con adolescentes (referentes de liceos, centros juveniles, centros deportivos) Realización de entrevistas semiestructuradas a actores clave de dispositivos de salud mental en territorio que atienden adolescentes (referente de comité de recepción de mutualistas, de centro de salud mental de ASSE, directores de áreas de salud y	Niveles de compromiso institucional con el programa. Grado de conocimiento del programa por parte de profesionales de la salud mental de adolescentes en Maldonado para luego atender a los adolescentes que buscan ayuda profesional luego de participar de un taller.

Objetivos	Actividades	Resultados Esperados
	desarrollo social de la intendencia de Maldonado y departamentales	
Objetivo Específico 3 Caracterizar la intersectorialidad entre actores involucrados.	Realización de entrevistas semiestructuradas a referentes del MSP, MIDES y ANEP en territorio .	Conocer la articulación interinstitucional, identificando nodos de coordinación y posibles vacíos de gobernanza.
Objetivo Específico 4 Análisis de los aspectos positivos y elementos que limitan al programa.	Observación participante de talleres Entrevistas semiestructuradas a referentes de MIDES, INJU que intervienen en la ejecución del programa	Identificar elementos positivos y críticos del programa, a partir de cometidos NSNT y percepciones de actores involucrados, con recomendaciones para su mejora

5. METODOLOGÍA

En concordancia con los objetivos definidos y el objeto de estudio seleccionado, se ha optado por un diseño metodológico cualitativo exploratorio.

La metodología cualitativa permite captar las representaciones sociales, los discursos institucionales y las experiencias vividas que sustentan el diseño del programa. Esta se enfoca en comprender los fenómenos desde la perspectiva de los participantes, en sus ambientes naturales y considerando sus significados (Sampieri et al., 2014).

La metodología exploratoria se inscribe en una lógica inductiva, propia de enfoques cualitativos, donde el conocimiento se construye a partir de la observación de fenómenos poco estudiados o emergentes. Este tipo de diseño es especialmente pertinente para este estudio ya que se busca comprender significados, prácticas y configuraciones institucionales en contextos específicos, como es la implementación del programa en Maldonado. Se prioriza la apertura teórica y la flexibilidad metodológica. A continuación se desarrollan las técnicas seleccionadas, las cuales son:

Observación participante

La observación participante es una técnica cualitativa de recolección de datos que implica la inmersión activa del investigador en el contexto social que estudia. Esta técnica permite al investigador compartir experiencias con los actores sociales, comprender sus significados desde adentro y registrar lo que ocurre y cómo se vive. Esta técnica tiene sus raíces en la

etnografía clásica, especialmente en los trabajos de Bronislaw Malinowski en 1922, quien destacó la importancia de “*estar allí*” para captar los imponderables de la vida cotidiana. “*La observación participante permite comprender las prácticas sociales desde la perspectiva de los actores, en su contexto natural.*” (Sautu et al., 2005). Los objetivos de esta técnica son comprender las prácticas sociales desde la perspectiva de los participantes, captar dinámicas grupales, interacciones, emociones y significados implícitos. Las características principales para utilizar esta técnica en este estudio, está dada por la participación activa del investigador que se involucra en las actividades del grupo, realizando un registro sistemático, tomando notas durante el campo y luego elabora un diario reflexivo, pudiendo también sacar fotos o videos para registros audiovisuales. Una ventaja importante es que favorece la flexibilidad metodológica, adaptando los tiempos, ritmos y códigos del grupo observado.

Sin descuidar la implicación ética, dado que la mayoría de los participantes de los talleres son menores y están dentro del ámbito escolar. La observación participante permite acceder a material de primera mano, recoger la perspectiva de los actores en su contexto y registrar prácticas y discursos en tiempo real (Banister et al. 1994). Pero a su vez el investigador, al formar parte del contexto observado, este puede influir en la conducta de los participantes y en la interpretación de los datos.

Para poder realizar la observación participante de los cuatro talleres que se desarrollaron, realicé, en Mayo de 2024, el curso de técnica para coordinar y facilitar talleres *Ni silencio ni tabú*, el cual se accede de manera virtual con una habilitación desde INJU (MIDES, 2022). Era requisito la certificación como técnica para poder luego coordinar los talleres.

Entrevistas semi-estructuradas

La entrevista semi-estructurada es una técnica cualitativa que se sitúa entre la estructura rígida del cuestionario cerrado y la apertura total de la entrevista en profundidad. Su objetivo es generar conocimiento a partir del diálogo entre entrevistador y entrevistado, manteniendo un equilibrio entre la sistematicidad y la flexibilidad. La entrevista es una conversación sistematizada que tiene por objeto obtener, recuperar y registrar las experiencias guardadas en la memoria de la gente (Sautu et al., 2005). Las características principales son utilizar un guión-guía de pautas, con preguntas similares para todos los participantes, lo que permite comparar respuestas, redactar las preguntas de forma que tengan el mismo significado para todos los entrevistados. Si bien es importante que se parta de un orden sugerido, se permite adaptarlo según el flujo de la conversación. Es importante fomentar la expresión libre del entrevistado, permitiendo profundizar en temas emergentes, explorar significados subjetivos y experiencias

personales. Facilita la empatía, la co-construcción del conocimiento y la espontaneidad del discurso. “*La entrevista cualitativa se constituye en una práctica comunicativa que permite la construcción conjunta de significados, en la que el investigador debe asumir una actitud empática, abierta y reflexiva*” (Vasilachis de Giadino, 2006). El entrevistador es más un facilitador, que un interrogador. Su escucha es activa y sin juicios. Debe contar con la capacidad de reformular, sintetizar y profundizar según el discurso del entrevistado y adaptar el ritmo en función de la dinámica que se desarrolla.

Se propuso dividir a los entrevistados en tres grupos. El primer grupo formado por los referentes que trabajaron el diseño del programa de los organismos públicos (referentes de INJU/MIDES, del MSP y de UNICEF). En el segundo grupo se seleccionaron referentes que actualmente ejecutan el programa a nivel nacional y en Maldonado (técnico de INJU territorial y directora del programa, técnico en Lavalleja y directora del centro en Rocha) y el tercer grupo se optó por profesionales y referentes de diversas instituciones públicas y privadas de Maldonado, que interactúan con temas de salud mental de adolescentes (como personal de mutualistas, personal de la RAP, referentes de la Intendencia, directores de liceos y profesores de distintas disciplinas).

La elección de una técnica mixta responde a la necesidad de captar la complejidad del fenómeno en estudio desde diferentes ángulos metodológicos. La observación participante permite acceder a las dinámicas cotidianas y a los significados que los actores construyen en la práctica, ofreciendo una mirada situada y contextualizada. El foco de la observación de los talleres está centrado en conocer desde adentro cómo se implementan en relación al diseño de los mismos y si se efectúan todas las etapas, conocer el involucramiento de los adolescentes durante la dinámica del taller. Sin embargo, para poder conocer las características del diseño del programa, las expectativas de ejecución, la percepción y compromiso de los actores locales, hacen necesario realizar entrevistas semiestructuradas, que aportan profundidad en el relato individual de los referentes tanto los que estuvieron involucrados en el diseño como los actuales ejecutores y permiten explorar sus percepciones, experiencias y discursos. La combinación de ambas técnicas favorece la triangulación de datos para analizar *Ni silencio ni tabú*, incrementa la validez del análisis y posibilita integrar la dimensión vivencial con la discursiva, logrando una comprensión más rica y matizada de la política según los adultos que las diseñan y las implementan y las vivencias de los adolescentes y la relación con los dispositivos de prevención de salud mental en el territorio.

Revisión documental como técnica cualitativa

En su obra “Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional”, Miguel S. Valles, destaca que la revisión documental debe ser vista como una estrategia de investigación autónoma, capaz de generar conocimiento profundo sobre fenómenos sociales. Según Valles (1997), los documentos son portadores de sentido: reflejan discursos, decisiones, valores y representaciones sociales, constituyen huellas del proceso social, permiten reconstruir trayectorias, identificar actores, y comprender contextos históricos y políticos y facilitan la triangulación, y al ser contrastados con otras técnicas como entrevistas u observaciones, enriquecen la validez del análisis.

La revisión documental se inscribe en una lógica interpretativa, donde el investigador no solo recopila información, sino que reconstruye significados, identifica tensiones y analiza las formas en que se construyen las políticas públicas. Los documentos permiten rastrear cómo surgió el programa, qué actores participaron, cómo se diseñó, qué diagnósticos lo fundamentan y cómo se articula con políticas públicas existentes. La revisión me permitió identificar cómo se construyó el problema de la salud mental adolescente, qué enfoques se priorizaron y cómo se desarrollaron los ciclos desde poner el tema en agenda hasta diseñar la política *Ni silencio ni tabú*, incluyendo los manuales de implementación y la guía para facilitadores (UNICEF, 2023).

La revisión documental permite situar el programa en el marco de políticas nacionales e internacionales de salud mental y adolescencia. Se pudo rastrear la evolución del problema del suicidio adolescente en Uruguay y las respuestas institucionales. Se incluyeron documentos de distintos organismos (MSP, INJU/MIDES, UNICEF), se accedió a una diversidad de perspectivas de los diferentes sectores involucrados con los adolescentes, desde la salud mental, desarrollo social y políticas nacionales e internacionales. La revisión documental se justifica como técnica principal para comprender los antecedentes, el diseño, los objetivos y el contexto del surgimiento del programa *Ni silencio ni tabú* en 2022, tomando también información estadística de informes de las ENAJ de 2021 a 2024, el Informe de UNICEF del 2021. Informes del MSP y BID como la guía de abordaje frente al riesgo suicida, estadísticas vitales, datos del INE, entre otros consultados. También la revisión documental incluyó la consulta de fuentes on line como las páginas web de los organismos involucrados, MIDES, UNICEF, headspace, noticias publicadas en medios digitales, la web oficial del gobierno (gub.uy) y del municipio de Maldonado (maldonado.uy) y cuentas oficiales en las redes sociales.

Los talleres como técnica de intervención y análisis

Los talleres de *Ni silencio ni tabú*, componente principal de ejecución del programa, pueden ser considerados también como herramienta metodológica, para la intervención de análisis. La dinámica del taller está predefinida desde el plan de diseño de la política, para ordenar las actividades y discusiones que se dan dentro de los mismos y poder abordar temas de salud mental de manera efectiva y sensible. En este sentido, los talleres son utilizados como un medio para alcanzar objetivos específicos relacionados con la sensibilización, la educación y el empoderamiento de los jóvenes respecto a su salud psicoemocional y sobre todo generar empatía entre pares dentro de un grupo que ya se conoce.

Podemos relacionar varios aspectos desde la perspectiva de Flor Abarca Alpízar (2016) en relación a los talleres. En primera instancia el enfoque de los mismos es lograr una participación activa, destacando la importancia del involucramiento de las personas en los procesos de intervención social y políticas públicas. La metodología participativa promueve la autonomía y el empoderamiento de los participantes, el programa *Ni silencio ni tabú* busca involucrar activamente a los jóvenes en temas de salud mental y bienestar psicoemocional. También con la mirada de Alpízar (2016), buscan lograr transformación y bienestar, debido a que la metodología participativa permite generar transformaciones a nivel individual y colectivo, mejorando las condiciones de vida de las personas, como vemos en el programa *Ni silencio ni tabú*, ya que tiene como objetivo concientizar sobre el bienestar psicoemocional de los adolescentes y jóvenes y motivarlos a hablar de lo que les pasa.

El uso de talleres como herramienta es clave para la intervención y la promoción de cambios. En la metodología participativa, los talleres son un espacio para el inter aprendizaje y la transformación social. En la implementación del programa *Ni silencio ni tabú*, los talleres son una forma de concientizar y educar a los jóvenes sobre la importancia de la salud mental. Muchos de ellos se ven enfrentados por primera vez a hablar de la temática de forma abierta y con sus pares. Un punto clave de los mismos es la promoción de la inclusión y la igualdad en los tiempos actuales donde el ser distinto (Boivin et al., 2004) y la sociedad construye la idea del "otro" a través de diferencias culturales, sociales y económicas. En estos talleres es importante reconocer y valorar estas diferencias para fomentar un ambiente inclusivo. Estos espacios crean un ambiente propicio donde todas las voces sean escuchadas y respetadas. Es crucial asegurar que todos los participantes tengan igual acceso a las oportunidades y recursos. El taller es una metodología participativa que promueve la inclusión y la igualdad al involucrar a todos los participantes en el proceso de aprendizaje y transformación. *Ni silencio ni tabú* busca incluir a jóvenes de todas las regiones y contextos, permitiendo que sus perspectivas sean

visibles y consideradas. Éstos pueden analizarse a su vez, desde la perspectiva de los métodos abreviados y participativos de Robert Chambers (1995), tales métodos se centran en la participación activa de las comunidades locales y en la recopilación de información social relevante para proyectos de desarrollo, que en este caso sería continuar las políticas y protocolos para desarrollar acciones de abordaje de los adolescentes, que luego de los talleres, necesiten atención psicológica. Algunas formas en que estos métodos abreviados pueden aplicarse a los talleres también desde la perspectiva de Chambers (1995), es poder identificar diferencias o semejanzas en los grupos que participan teniendo en cuenta las edades y qué sectores sociales y geográficos son los que más participan y cuáles menos. Poder proponer luego de realizados los talleres y finalizada la evaluación de los mismos, actividades para asegurar que sus voces sean escuchadas y sus necesidades atendidas. Cabe aclarar que los talleres *Ni silencio ni tabú* realizados en el marco de esta tesis, siguieron la pauta de implementación del programa (UNICEF, 2023).

6. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE CREACIÓN DEL PROGRAMA Y SU PLAN DE IMPLEMENTACIÓN

El programa *Ni silencio ni tabú* se inscribe en una lógica *top-down* según la clasificación de John Kingdon (1995), en tanto surge desde el nivel nacional, impulsado por organismos centrales como el INJU/MIDES, UNICEF y el MSP, lo que luego se implementa en los departamentos sin que los actores locales participen de manera decisiva en su diseño inicial. Según la perspectiva de Paul Sabatier y Daniel Mazmanian (1979), las políticas públicas desde arriba hacia abajo (*top – down*), son en las que las autoridades centrales definen objetivos, instrumentos y marcos normativos, y los niveles subnacionales se limitan a ejecutar así como adaptar esas directrices. En el caso de Maldonado, en particular, la política se materializa en oficinas compartidas entre el INJU y la Dirección Departamental de Juventud de la IDM. Ésto evidencia la difusa diferenciación entre lo nacional y lo departamental: la iniciativa llega como respuesta a una demanda social, pero con escasa capacidad de co-diseño territorial. El enfoque *top-down* según Sabatier y Mazmanian (1979) identifica las siguientes etapas del ciclo de diseño, los cuales serán expuestos a partir de su correspondencia con el caso *Ni silencio ni tabú*:

Descripción del ciclo de diseño de la política

Enfoque de implementación	Visión «top-down» (Sabatier & Mazmanian, 1979)	Ni silencio ni tabú
Punto de partida del análisis de la implementación de la política pública	Decisiones de las autoridades político-administrativas (PPA, planes de acción)	Impulsado por el INJU/ MIDES, en colaboración con UNICEF y con el apoyo del MSP. El objetivo fue sensibilizar a los jóvenes sobre salud mental y en consecuencia prevenir el suicidio adolescente
Criterios de evaluación de la calidad de la implementación de la política pública.	Regularidad del proceso de implementación – eficacia: grado de realización de los objetivos formales del PPA.	El criterio actual de evaluación es cuantitativo: cantidad de talleres y cantidad de adolescentes y jóvenes que participan.
Interrogante fundamental (para la gestión de las políticas públicas)	¿Qué modalidades (estructuras y procedimientos) de implementación deben utilizarse a fin de garantizar el mayor grado de realización de los objetivos oficiales?	Para que la implementación sea eficaz, debe existir un cronograma de ejecución de los talleres, y a su vez fundamentalmente contar con el apoyo de la ANEP ya que el principal lugar de ejecución es en los liceos.

Estructuración del ciclo del diseño de “Ni silencio ni tabú”

Podemos identificar los siguientes pasos del ciclo de formación del programa, (Lasswell, 1951). Comenzando con la formación de agenda, sustentada por la alarmante cifra que detecta el estado uruguayo de la cantidad de suicidios de adolescentes creciente en el país, luego de los informes relevantes en el 2021 (UNICEF, 2021 y MSP, 2021) y la problemática de abordarlo. El tema comienza a ser de interés público y forma parte de la agenda del ministerio de salud pública y del área de juventudes dependiente del ministerio de desarrollo, y una voluntad política del mismo poder ejecutivo para llevarla a cabo durante el 2022.

Luego se identifica la definición del problema, dado que el 80% de los fallecimientos de los adolescentes ocurren por causas prevenibles, relacionadas al suicidio y los accidentes (MSP, 2022) y el Estado debía ocuparse del tema. Se elaboró un diagnóstico, tomando en cuenta que los adolescentes suelen atravesar una fase de conflictos internos y desavenencias con el entorno, que es necesario abordar. Se acordó el principal objetivo que fue desarrollar una estrategia nacional para detectar de forma precoz el riesgo para prevenir el fallecimiento, haciendo visible lo que piensan y sienten. El público objetivo se definió como primario, a los adolescentes de 14 a 19 años, y secundario a los jóvenes hasta 24 años, educadores, docentes, referentes adultos y familias. Se decidió por un programa de alcance a mediano y largo plazo, a nivel nacional y una estrategia a través de la elaboración de instancias de diálogo colectivas a través de talleres en habilidades socioemocionales, dictados en instituciones educativas y culturales y deportivas de todo el país, tomando como base el modelo de *Headspace*.

Se dispuso de los recursos para la ejecución, que incluye un kit de Materiales, el cual se detallará más adelante en profundidad, que incluye varios sets de cartas disparadoras de emociones, papelógrafo para registrar ideas, tarjetas de identificación de emociones, entre otros. Se habilitó desde la plataforma Ceibal, con Schoology, los cursos para capacitaciones de técnicos, el desarrollo de los dispositivos para realizar los talleres, manual de facilitadores y la adjudicación de un presupuesto incluido en el MIDES, área INJU (UNICEF, 2023). En cuanto a los organismos / instituciones que han intervenido, actualmente es un programa gestionado por INJU/MIDES. Los técnicos territoriales dependen del INJU a nivel nacional.

La ejecución se diseñó haciendo foco en cinco ejes, por un lado establecer un énfasis en la articulación interinstitucional, por otro procurar el involucramiento de los jóvenes en todo el proceso, en tercer lugar generar evidencia científica¹, luego brindar formación a los adultos que trabajen con ellos y en quinto lugar, crear centros de referencia.

Es entonces que la implementación del programa comprende:

- a. Talleres de sensibilización dirigidos a adolescentes y jóvenes en todo el país (se detalla la dinámica del taller en la descripción de ejecución del programa, más adelante).
- b. Capacitación para adultos referentes y técnicos, que se capacitan con un curso auto-administrado con evaluación, a través de la plataforma Ceibal. Se ofrecen webinars para adultos que interactúan con adolescentes (docentes, padres, etc), disponible en el canal de Youtube de INJU.

¹ Cada taller es una fuente de información en sí mismo, de los diálogos de los adolescentes surgen temáticas, preocupaciones, estrategias de cómo resuelven sus angustias, que son valiosas para conocer las problemáticas que los preocupan pero no se recoge esa información para retroalimentar la política.

c. Investigación académica, ya que mientras se lleva a cabo el programa está previsto que se desarrolle un módulo de investigación en el tema, cuyo objetivo es generar información sobre la concientización, la evolución y mediciones constantes.

d. Espacios de participación, para que los jóvenes acompañen los procesos de ejecución de la campaña y los adultos referentes puedan ser parte de la concientización en poder hablar sobre salud mental, de manera abierta.

7. DISEÑO DE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

Etapas 1. Los talleres

El programa se desarrolla en territorio a través de talleres, principalmente, en centros (liceos, clubes, instituciones deportivas) donde se encuentran los adolescentes. Éstos son coordinados por dos técnicos certificados, uno de los cuales preferentemente debe ser funcionario de INJU, mientras que el segundo puede ser un técnico colaborador.

Es importante destacar que los requisitos para poder ser técnicos resultan amplios y genéricos, según el manual de capacitación - <https://www.gub.uy/salud-mental-adolescente/adultos-referentes/capacitacion-para-facilitadores-de-talleres-ni-silencio> -. La formación como colaborador la puede realizar cualquier personal profesional de la salud, docentes y referentes de instituciones educativas u otras organizaciones que trabajan con adolescentes y jóvenes, que busquen aproximarse a la temática de salud mental y bienestar psicoemocional en esas etapas de la vida. No se requiere tener una formación específica en salud mental, aspecto que podría ser necesario para que puedan luego contener o abordar temas que emerjan en los talleres.

Kit de herramientas y materiales para desarrollar los talleres

El kit del programa *Ni silencio ni tabú* (UNICEF, 2023) fue diseñado para facilitar la implementación de talleres sobre salud mental y bienestar psicoemocional con adolescentes y jóvenes en todo el país. Está pensado para promover la participación activa, el diálogo y la construcción colectiva en espacios educativos, comunitarios y deportivos.

Para su diseño se incluyó participación juvenil real y diversa. Las temáticas, preguntas y dinámicas surgieron de más de 450 instancias con adolescentes en todo el país, donde se identificaron preocupaciones, lenguajes y formas de expresión propias de cada territorio. Se priorizó una mirada que vincula el bienestar psicoemocional con el entorno, los vínculos y la participación, evitando patologizar y promoviendo la agencia juvenil. Se trabajó con una perspectiva de derechos, género y diversidad. Las tarjetas fueron diseñadas para ser inclusivas,

respetuosas y representativas de distintas identidades, experiencias y contextos. Se buscó que cada joven pudiera verse reflejado en las situaciones planteadas.

Éstas contienen lenguaje accesible, con frases disparadoras que invitan al debate, la reflexión y la expresión emocional, sin caer en lo escolar ni lo clínico. La propuesta de tarjetas y sus diseños está tomada de las técnicas proyectivas de la psicología clínica² (Russo y Torres, 2019). Los materiales didácticos incluyen un set de cartas y tarjetas, que se detallan más adelante.

Asimismo, el kit incluye una guía metodológica para facilitadores que explica cómo estructurar los talleres, con orientaciones pedagógicas, tiempos sugeridos y enfoques participativos. Éste contiene una guía de pautas para aplicar el taller, detallando los objetivos, dinámicas, preguntas disparadoras y recomendaciones para adaptar el contenido según el grupo. El primer set está compuesto de cartas temáticas para reflexionar sobre emociones, vínculos y situaciones cotidianas, luego un mazo de cartas con frases para reflexionar y por último un juego de tarjetas que proponen situaciones basados en juegos de roles y dinámicas grupales para fomentar la empatía y el pensamiento crítico.

Imágenes del Kit completo



² Las técnicas proyectivas en psicología clínica son herramientas de evaluación que permiten acceder a aspectos profundos y no conscientes de la personalidad mediante la interpretación de respuestas ante estímulos ambiguos. Se basan en el mecanismo de proyección y tienen un valor clínico en el diagnóstico, la comprensión del conflicto psíquico y la planificación terapéutica.

Tarjeta Frase y Tarjeta Situación

Está todo
en tu cabeza

#NiSilencio
NiTabú

Hablemos de salud mental

Me siento solo

#NiSilencio
NiTabú

Hablemos de salud mental

Situación 5

Temáticas: depresión, angustia, confidencialidad, ayuda.

Nahuel le dice a un profe que necesita ayuda. Le cuenta que una amiga, que no es de su liceo, se está cortando y que no sabe cómo ayudarla. Está realmente desesperado. El profesor le pregunta si los padres de la amiga están al tanto de la situación y él le dice que ellos no saben nada.

Nahuel le pide al profe si puede tener una reunión virtual con su amiga, en donde ella pueda conectarse sin usar la cámara para no quedar expuesta. El profe no está seguro de si esta es la mejor forma de ayudarla.

¿Qué les parece que está haciendo Nahuel?

¿Qué emociones son las que parecen predominar en los protagonistas de la historia?

Si fueran el profe, ¿cómo actuarían?

¿Qué creen que necesita la amiga de Nahuel?

¿Cuál les parece la mejor forma de ayudarla?

¿Han vivido situaciones similares?

¿Qué creen que puede servir en ese momento?

Los Talleres *Ni silencio ni tabú*. Descripción de la dinámica

Dinámica	Objetivo	Duración	Materiales
Bienvenida	Explicar el marco de la actividad y generar un espacio seguro en el que adolescentes y jóvenes se sientan cómodos para compartir sus experiencias.	5 min	—
Rompehielos Una imagen, mil ideas; memory salud mental; acróstico.	Hacerlos entrar en clima, iniciar la conversación y ayudarlos a ubicarse en un lugar más activo que les permita entrar en confianza. Se plantean tres propuestas disparadoras para dinamizar según las características de cada grupo.	10 min	Tarjetas ilustradas
Hablemos del tema Mitos y realidades sobre salud mental	Derribar algunos mitos en relación con la salud mental y dejar en claro algunas ideas centrales sobre el tema. Para esto, trabajaremos sobre una serie de tarjetas que de un lado contienen un mito o tabú sobre salud mental y, en su revés, información que rompe con el mito planteado.	10 min	Tarjetas Mitos y realidades
Identificando emociones Ponerlo en palabras	Esta actividad buscará desarrollar la habilidad de identificar nuestras emociones. A partir de una serie de frases, los participantes deberán elegir situaciones que los representan y poner en palabras las emociones que se activan.	20 min	Tarjetas con frases
Estrategias de cuidado En tus zapatos	La idea es que los participantes frente a situaciones concretas puedan encontrar colectivamente una forma de resolver saludablemente un conflicto, intercambiar sobre sus posibles puertas de salida e identificar las emociones de los protagonistas.	25 min	Tarjetas con situaciones
Cierre	Promover la reflexión de cada participante invitando a que cada uno/a diga una palabra que mejor represente o sintetice lo que siente luego de haber realizado el taller. En este momento se podrá promover la realización de actividades a nivel comunitario, organizadas junto a los participantes de los talleres.	10 min	—

Cada taller está pensado para que se desarrolle en un tiempo aproximado de una hora y media de duración y en el que pueden participar hasta 30 adolescentes de 14 a 19 años. Pueden realizarse en liceos, instituciones deportivas o recreativas. Los mismos presentan 5 etapas (UNICEF, 2023). La primera etapa se denomina “rompe hielos” (para que los jóvenes se animen a participar y como bien dicha la frase a romper el hielo). Se invita al grupo a pararse y que armen una ronda y se les propone participar de una actividad lúdica por unos 5 minutos (por ejemplo “el pica pica” que consiste en que cada alumno juegue con la mano en forma de pico, con la mano del compañero, haciendo que lo “pica”, hasta el momento en que el técnico dice basta y cada uno tiene que tratar de “picar” – agarrar – la mano en pico del compañero (que si lo logra, gana). El fin es que los jóvenes se animen a participar y como bien dice la frase “romper el hielo”, así como lograr su participación activa luego de la actividad inicial. Se invita a los participantes a presentarse y el que quiere puede decir qué entiende por *salud mental*. Luego se colocan sobre una mesa en el centro del salón, unas tarjetas con imágenes conceptuales variadas (caricaturas, colores, situaciones) – *una imagen, mil ideas* - y se invita a cada participante a que elija una tarjeta, sin condicionarlos con la consigna del motivo de la elección. Cada una representa una idea. Cuando quienes participan ya tienen la suya, se pregunta quién quiere empezar y luego que se propone un voluntario, éste comienza y se sigue de a uno en el sentido de las agujas del reloj. Entonces, se les pide que muestren al grupo su tarjeta y que mencionen qué interpretan de la misma, dando lugar a la subjetividad individual de quien la eligió y despertando sus sentimientos y sensaciones, que dan a conocer sus percepciones y sentimientos sobre las mismas, actuando como disparadores. El objetivo es que puedan manifestar las emociones que les generan y dar lugar a poder evidenciar sensaciones concretas que puedan estar atravesando (este paso es fundamental porque de allí emergen los temas que pueden estar procesando sin haberlos compartido con nadie antes). La propuesta es entendida como una actividad emocionalmente liberadora. También se invita a los demás participantes a compartir sus interpretaciones de la misma carta y así poder reflexionar sobre cómo cada uno puede interpretar muy diferente la misma carta disparadora.

La segunda etapa propone trabajar durante 10 minutos con tarjetas que, en un lado, presentan mitos o tabúes sobre la salud mental y, en el reverso, ofrecen información veraz que los desmiente; el objetivo es derribar creencias erróneas y dejar claras algunas ideas centrales sobre el tema, promoviendo una comprensión más realista y fundamentada. Por ejemplo una tarjeta presenta como mito “Solo necesita cuidar tu salud mental si estás loco”. Y del reverso dice: “Todos y todas podemos hacer cosas para mejorar nuestro bienestar y salud mental, igual que realizamos actividades y adoptamos hábitos saludables para cuidar nuestra salud física”.

En la tercera etapa, se coloca otro set de tarjetas que contienen distintas frases que aluden a emociones: *Me siento sólo – Nadie me entiende – Todo está en mi cabeza*, etc.. Se los vuelve a invitar a cada uno para que elija una tarjeta y se les pide que la lean, uno por uno en la ronda. Luego se les pregunta qué sienten sobre las frases, qué les trasmite, si las sienten familiares, entre otros estímulos al diálogo. El objetivo consiste en poder evidenciar sensaciones concretas que puedan estar viviendo.

La última parte del taller, resulta en un trabajo grupal. Se los divide en grupos de 5 a 6 personas y se les entrega una tarjeta por grupo, donde hay un relato corto de una situación detallada habitual de la etapa en la que están (un adolescente que está atravesando la separación de sus padres, otro que lo deja el novio/a, un amigo/a que está desganado, etc.). A continuación de la situación, se proponen unas 5 o 6 preguntas para que puedan reflexionar. La división de los integrantes del grupo se hace con la consigna de la numeración continuada de 1 a 4, así se separan los q están sentados al lado, permitiendo la interacción más diversificada (ya que en general en los talleres se evidencia que los que son más cercanos se sientan juntos).

Luego del trabajo grupal, se los vuelve a reunir en ronda y se les pide a un integrante de cada grupo que primero lea para todos la situación que trabajaron y a continuación, entre todos se discuten las preguntas. El objetivo consiste en ponerse “en los zapatos del otro”, analizar situaciones similares, formas de abordarlas y reflexionar sobre las mismas. Esta actividad es clave para conocer las actitudes frente a los demás y poder comprender efectos sobre el otro, por ejemplo en temas de bullying, generar empatía entre los pares, y poder dimensionar los efectos de unos sobre los otros.

Para el cierre del taller, se propone desde la guía de facilitadores, contar con un papelógrafo o un pizarrón para que los coordinadores, inviten a que los adolescentes puedan volcar las ideas que quedaron para trabajar y desmitificar el hablar de la salud mental. Se les escribe también en el mismo papelógrafo o pizarrón las líneas telefónicas 0800 de atención al bienestar emocional y prevención del suicidio en todo el país.

Etapas 2 – Los Centros

Ante la constatación de la “*alta incidencia y prevalencia de malestar emocional entre adolescentes y jóvenes sin una oferta pública que brinde prevención, promoción y atención de su salud mental con perspectiva juvenil*” (MIDES, 2024), se creó el componente *Centros NSNT*, con fondos de la Ley N° 20.212 de rendición de cuentas y balance de ejecución presupuestal, aprobada en 2023, que otorgó al programa un financiamiento de 95 millones de pesos anuales. Los centros *Ni silencio ni tabú* (NSNT) responden al segundo componente del

programa, también dependen del INJU dentro del MIDES y tienen como coejecutor a UNICEF, quien participó en el diseño de la intervención y administra los fondos aportados por INJU. Al respecto, se determinó que la ejecución de los centros fuera tercerizada mediante la contratación de organizaciones de la sociedad civil (OSCs). Esta contratación se debe realizar a través de licitación pública (MIDES, 2024).

Flyer publicado para el llamado de Canelones



Fuente: Instagram

En el año 2024, luego de transcurrido el primer año del programa ejecutando talleres en todos los departamentos del país, se puso en marcha el plan de la inauguración de los centros *NSNT* segunda etapa de la política, siguiendo la estrategia trazada por MIDES y UNICEF y con el modelo de *Headspace* antes mencionado. De todas formas la propuesta de los centros en Uruguay, presenta diferencias en el alcance de los servicios provistos- *Headspace* ofrece consultas psicológicas y psiquiátricas, terapias breves —como la terapia cognitivo-conductual— y programas de prevención y manejo de episodios tempranos. En el ámbito de la salud física, incluyendo la salud sexual, los centros brindan promoción de hábitos saludables vinculados a la nutrición, el ejercicio y el sueño, así como orientación en salud sexual y reproductiva. También ofrecen apoyo en educación y empleo ya que contempla servicios de orientación vocacional, acompañamiento para la permanencia en la escuela, universidad o formación técnica, y asistencia en la búsqueda de trabajo y desarrollo de habilidades laborales. En relación con el consumo de alcohol y otras drogas, se implementan programas de reducción de riesgos, apoyo para dejar el consumo problemático y derivación a servicios especializados cuando es necesario. Asimismo, *Headspace* ofrece atención por medios digitales y telefónicos, incluyendo chat en línea con profesionales de salud mental, una línea de ayuda inmediata y

recursos on line que permiten a los jóvenes construir un “kit de salud mental” personalizado. Los centros *NSNT*, promueven el bienestar psicoemocional y la construcción de proyectos de vida saludables mediante atención individual y grupal, talleres psicosociales, actividades comunitarias y espacios de escucha y contención, con un enfoque de prevención, promoción y acompañamiento en ámbitos seguros y accesibles. Otra diferencia con *Headspace* es que éste es financiado desde el gobierno por el sector salud, en particular el *Australian Government Department of Health and Aged Care* y en el caso de *NSNT* es financiado por MIDES y UNICEF.

El objetivo general de los centros *NSTN* es generar un servicio de proximidad para la promoción, prevención y atención del bienestar psicoemocional de adolescentes y jóvenes en los territorios donde se desarrollan (MIDES, 2024). Sus servicios incluyen la realización de acciones comunitarias y de promoción para adolescentes, jóvenes y referentes adultos, talleres psicosociales para abordar temáticas específicas para adolescentes y jóvenes, talleres de sensibilización para referentes adultos y comunitarios así como la atención terapéutica individual y grupal para adolescentes y jóvenes. También promueven y fortalecen espacios de articulación interinstitucional territorial, y por último se pretende realizar articulación, coordinación y derivación con el sistema sanitario y otros servicios especializados en el territorio. La población potencial de los mismos resulta en los adolescentes y jóvenes de 14 a 29 años que residan en los departamentos donde estén funcionando los centros. En el caso del servicio de atención terapéutica la población se acota a adolescentes y jóvenes de 14 a 24 años. Asimismo, se desarrollan actividades que incluyen a referentes adultos.

Los centros *NSTN* deben estar abiertos durante 12 horas diarias, funcionando de lunes a viernes, en el horario comprendido entre las 8 y las 20 horas (UNICEF, 2024), desarrollando servicios orientados a la promoción, prevención, atención y articulación. Dentro de la programación del centro se propone incluir actividades recreativas, deportivas y lúdicas que promuevan la distensión y buen uso del ocio y tiempo libre, promoviendo las actividades grupales y de relacionamiento social. Durante el 2024 se impulsó la creación de 6 centros en los siguientes departamentos: Montevideo (zona oeste), Canelones (ciudad de Las Piedras), Cerro Largo (ciudad de Melo), Florida (ciudad de Florida), Río Negro (ciudad de Fray Bentos), Rocha (ciudad de Rocha) (MIDES, 2024). En septiembre de 2025 se inauguró un centro adicional en Montevideo en el barrio Casavalle.

Mapa de localización de los Centros NSNT

LOCALIZACIÓN

- Montevideo: Centro de políticas sociales
Aparicio Saravia + Zona Oeste
- Canelones: Zona Las Piedras
- Florida: Ciudad de Florida
- Rocha: Ciudad de Rocha
- Cerro Largo: Ciudad de Melo
- Rio Negro: Ciudad de Fray Bentos



Fuente: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social>

Cada centro cuenta con un equipo gestionado por una ONG que es supervisada por MIDES y UNICEF. El *staff* cumple un promedio de 8 horas diarias cinco días a la semana.

Tabla de Personal, horas asignadas y dependencia – por cada Centro

Rol	Horas	% de horas asignado a centros	Vínculo
Directora Programa NSNT	40	100	UNICEF
Jefa de depto. Centros	40	100	UNICEF
Técnica de depto. Centros	30	100	MIDES
Técnico/a de depto. Centros	40	100	A partir de marzo 2025
Jefa de depto. Programático	35	100	MIDES
Técnica de depto. programático	30	80	MIDES
Técnica de depto. programático	35	80	MIDES
Asesoría técnica	40	80	MIDES
Oficial de Protección	40	40	UNICEF
UNV Salud Mental	40	80	UNICEF
Administrativo de programas	40	100	UNICEF financiado por convenio) (50%)

Fuente: <https://www.opp.gub.uy/es/node/5357>

Según la función que deben cumplir, cada centro cuenta con un coordinador/a departamental que gestiona el centro *NSTN* y articula con actores institucionales. 2 a 3 psicólogos/as o técnicos en salud mental que brindan atención individual y grupal. 2 educadores/as o talleristas que facilitan actividades con adolescentes, pudiendo ser también profesores de educación física o recreadores. 1 referente comunitario/a que promueve la participación territorial. Por último, 1 técnico/a del INJU, encargado de supervisar la implementación y realizar los reportes mensuales.

7.3 Capacitación adultos referentes

En 2025, comenzaron a ofrecerse capacitaciones para adultos referentes del programa *Ni silencio ni tabú* a través de una serie de webinars disponibles en youtube, con el objetivo de fortalecer el abordaje comunitario de la salud mental adolescente. Cada uno de ellos resulta sincrónico a los asistentes y es dictado por un profesional referente, con una duración aproximada de 2 horas. Luego se sube a la plataforma youtube de INJU y queda disponible de manera gratuita (youtube INJU, 2025).

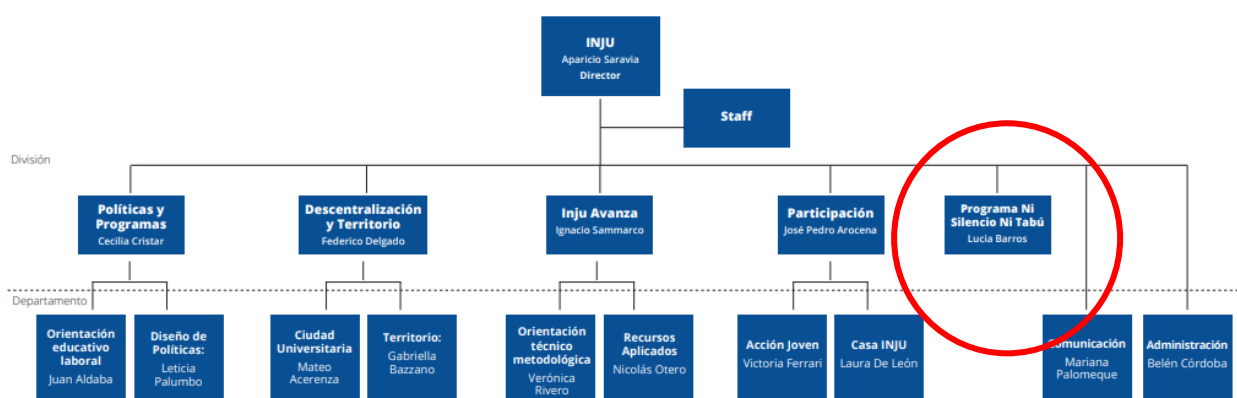
Estos encuentros virtuales, impulsados por INJU/MIDES en articulación con el MSP y UNICEF, ofrecen herramientas conceptuales y prácticas para adultos referentes que se vinculan con adolescentes —educadores, técnicos, familias y líderes comunitarios— que acompañan a los jóvenes en las diferentes instituciones en territorio. Se propone abordar temas como el reconocimiento de señales de sufrimiento psíquico, la escucha activa, el rol del adulto como figura de sostén, y la articulación con servicios de salud y protección. A través de testimonios, análisis de casos y recursos audiovisuales, promover una mirada empática, preventiva y desestigmatizante.

El primero que se ofreció en 2025, fue en el mes de mayo dictado por la Doctora en Educación, Licenciada en psicología y psicoanalista, Carmen Rodríguez, en el que invitó a los adultos referentes a reflexionar sobre los desafíos urgentes que atraviesan a las adolescencias y el rol ético de quienes acompañan sus procesos desde un enfoque socio clínico. El segundo, en julio de 2025, fue denominado “Pensar lo clínico desde el oficio del lazo”; en este webinar, la Doctora en Educación, pedagoga e investigadora Graciela Frigerio invitó a reflexionar sobre cómo construir lazos que cuiden la salud mental. El tercero en agosto del mismo año, Mercedes Minnicelli, Doctora en Psicología y Psicoanalista argentina, compartió aportes sobre un dispositivo socio-educativo, “ceremonias mínimas”, como metáfora que resulta de la escucha activa de una forma discursiva que se recorta en función de lo dicho y de los hechos.

8. IMPLEMENTACIÓN NI SILENCIO NI TABÚ EN MALDONADO

El programa *Ni silencio ni tabú* se ejecuta a nivel nacional desde INJU/MIDES. En Maldonado cuentan con una oficina que se encuentra dentro de la oficina de políticas de juventudes de la Intendencia en el parque La Loma, situado en inmediaciones del centro de la ciudad Maldonado, próximo a la terminal de ómnibus de la capital departamental. Aún no se inauguró un centro *NSTN* en el departamento, mientras que otros elementos de la política se encuentran presentes, lo cual se detallará a continuación.

Organigrama de la administración del programa *Ni silencio ni tabú*



Fuente: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/institucional/informacion-gestion/informacion-publica/organigrama-del-instituto-nacional-juventud>

La directora nacional de *Ni silencio ni tabú*, es Lucía Barros, quien gestiona el programa desde sus inicios y permaneció luego del cambio de gobierno en 2025. Cuenta con una trayectoria de más de 14 años en la coordinación y gestión de proyectos sociales, es licenciada en trabajo social de la UDELAR, tiene una maestría en gestión de proyectos, ha realizado un programa de gestión de políticas públicas en la George Washington University en Estados Unidos, así como tiene un doctorado de discapacidad social de la UDELAR, además de un diplomado en gobernabilidad e innovación de la Universidad de Montevideo (Linkedin, 2025).

En cada departamento hay un director de INJU, responsable de articular las políticas de juventud en territorio - siendo *Ni silencio ni tabú* una de las mismas - mediante la coordinación con oficinas territoriales de MIDES y actores locales. En el departamento de Maldonado, el director fue César Lopez hasta junio de 2025, secundado por Matías Ruiz, quien pasó a estar a cargo desde que César asumió la Dirección Departamental de Educación en la Intendencia de Maldonado. Igualmente se espera que se tome nuevamente a un segundo ejecutor para marzo

2026, según fuera mencionado por referente de INJU. Es decir que durante el segundo semestre de 2025 solamente se contó con un único referente del programa en el departamento.

El objetivo inicial de INJU, a nivel local, era promocionar los talleres para realizarlos en los liceos. Se contaba con un mail de presentación que se enviaba a los directores de los liceos para proponer los talleres y si aceptaban, coordinar fecha, hora y grupo para que puedan realizarlo. Durante 2024, en Maldonado se realizaba la promoción de manera proactiva, comunicándose con cada liceo para lograr realizar al menos un taller por liceo (referente de INJU, 2025), pero luego de la ida de César López, así como del cambio de gobierno que resultó en una nueva directora de INJU a nivel nacional (Eugenia Godoy), además de la falta de recursos asignados, resultó en que a partir de mediados de 2025 no sigan desarrollándose actividades de promoción. A partir de entonces, se definió trabajar solo a demanda, es decir se coordina la realización de un taller si un centro o un liceo lo solicita, reduciendo la cantidad de talleres que se realizan y en consecuencia la cantidad de adolescentes que participan de los mismos y que se pueden ver beneficiados, tal como fue explicado por el técnico en territorio.

En el recorrido de querer entrevistar a los directores de liceos para conocer el interés por el programa *Ni silencio ni tabú*, así como promocionar los talleres para concretar la realización de los mismos, me he encontrado con una diversidad llamativa, en principio, sobre el concepto que tienen los directivos de los centros o liceos sobre “*salud mental*”. Noción que ha sido identificada desde percepciones como “relevante y fundamental” para el desarrollo positivo de las emociones en la adolescencia, por ende interés de promover los talleres, preocupación por el seguimiento de casos de autolesiones y relevancia de contar con un profesional de salud mental en el centro. Por ejemplo un director de un liceo solicitó realizar un taller *Ni silencio ni tabú* en un grupo en el que había una alumna con un interés sobre salud mental, mientras que, por otro lado, en otra institución se llegó a mencionar que si bien se entiende que es un tema importante hoy en día, tampoco “*hay que mandar al psicólogo para todo*” (SIC por una directora de liceo).

Se entiende que existe una tensión en movilizar a los adolescentes sobre un tema sensible, dentro de una institución, que luego carece de los recursos necesarios para hacer frente a lo que pueda “despertarse”, en materia de demandas psicoemocionales de quienes participan, lo cual resulta habitual. La factibilidad de acompañamiento directo, así como de realizar una derivación para una atención rápida, se evidencian como limitadas. Así lo demuestran las entrevistas y observaciones llevadas a cabo. Una docente de un liceo comentó que personalmente ha enviado carta a una institución para pedir especialmente que atiendan a una alumna, ya que necesitaba atención inmediata pero le habían dicho que tenía que esperar más

de tres meses para un turno, también menciona “*que hay una carencia del apoyo familiar*” para acompañar esa solicitud.

Al igual que lo antes señalado, surge también de las entrevistas con referentes de liceos, que no hay homogeneidad institucional en materia de contar con un profesional de la salud mental de forma permanente en la institución, cubriendo los tres horarios horarios de clase. Por ejemplo el liceo 4 que tiene turno nocturno (de 18 a 22 horas), no cuenta con psicólogo en ese horario, cuando estadísticamente los alumnos del turno nocturno atraviesan más dificultades que los que concurren al turno mañana o turno tarde, según mencionado por adscrito del liceo. También los profesores de los liceos reclaman poder contar con herramientas de salud mental, para poder acompañar y contener a los adolescentes, como para con ellos mismos, ya que no se cuenta con apoyo profesional suficiente o capacitación en el tema por parte de ANEP (si bien cuenta con una dirección sectorial de salud creada en 2023, con el objetivo cuidar y prevenir la salud de funcionarios y estudiantes, no encontré entre los entrevistados ni en publicaciones oficiales, evidencias que durante el 2024 o 2025 se haya realizado para docentes de Maldonado, alguna actividad al respecto).

En el recorrido de entrevistas, intenté pedir una entrevista a la supervisora de ANEP en territorio, para conocer su visión y estrategia sobre temas de salud mental tanto para los alumnos como los docentes, pero no tuve respuesta positiva.

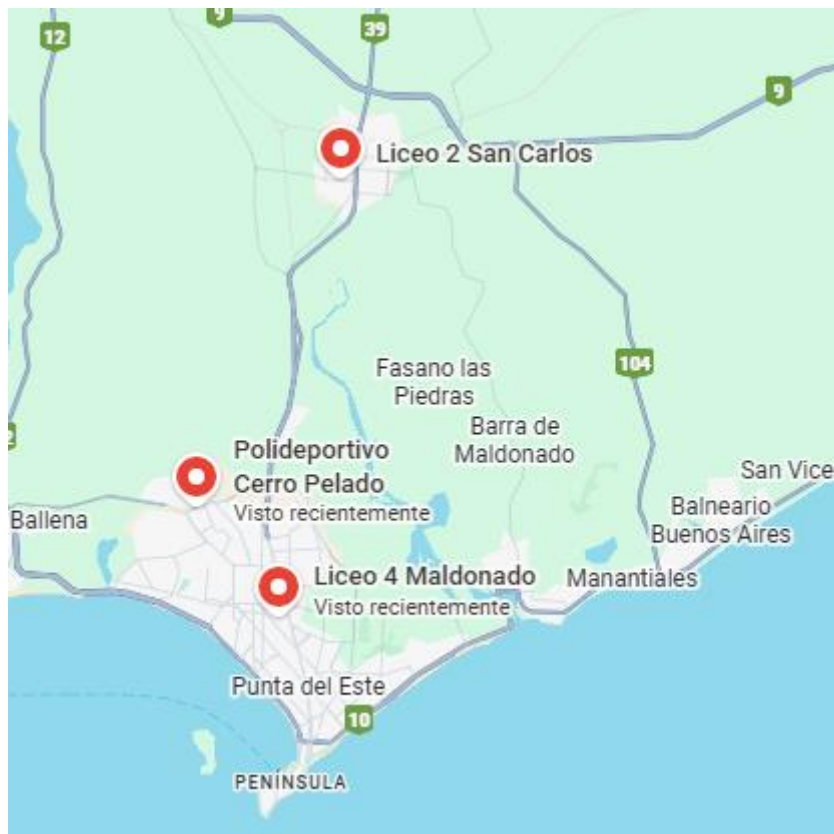
8.1 Realización de talleres en Maldonado

Se realizaron 4 talleres de *Ni silencio ni tabú*, en los cuales participé como observadora participante asistiendo al coordinador territorial de INJU, a partir de un rol de colaboración previsto por la política. Tarea para la cual me capacité a través de los instructivos y procedimientos previstos por desde el sitio oficial, anteriormente detallados.

Descripción Talleres desarrollados

FECHA	HORA	INSTITUCION	LOCALIDAD	CANTIDAD	MUJERES	VARONES	EDADES
11 de Junio	18	Liceo 4	Maldonado	18	12	6	17 - 19
30 de Julio	18	Liceo 4	Maldonado	27	17	10	17 - 19
28 de Agosto	14	Liceo 2	San Carlos	26	14	12	15 - 16
3 de Octubre	17	Polideportivo	Cerro Pelado	28	17	9	13 - 19

Ubicación geográfica en Maldonado donde se desarrollaron los talleres



Fuente: google.maps

Características socio culturales y económicas de los participantes de los talleres

El liceo N°2 de San Carlos está ubicado en la periferia de San Carlos. Con perfil socioeconómico adonde concurren hijos de familias de nivel socioeconómico medio bajo, familias de padres vinculados a oficios, comercio local o servicios. El taller se desarrolló con un grupo de adolescentes que asisten al turno tarde. Por otro lado, el liceo N°4 de Maldonado está ubicado en el centro de la ciudad de Maldonado. El perfil socioeconómico resulta de alta diversidad: estudiantes de barrios populares como Maldonado Nuevo y afueras del centro de Maldonado. El turno nocturno, de 18 a 22, fue en el que se participó. Se caracteriza por atender a una alta proporción de estudiantes en situación de vulnerabilidad social, lo que genera importantes desafíos en términos de permanencia y continuidad educativa. Según los monitores educativos de ANEP (2024), ese liceo concentra una matrícula elevada en comparación con otros liceos del departamento y presenta tasas de repetición y desvinculación escolar superiores al promedio nacional, situación que evidencia más vulnerabilidad. El centro polideportivo de Cerro Pelado, ubicado dentro del barrio homónimo, uno de los más poblados y con mayores desafíos de integración social en Maldonado. El perfil socioeconómico de quienes asisten es

variado, el grupo que participó del taller *Ni silencio ni tabú*, fue el equipo de Voley de adolescentes, que tienen entre 13 y 19 años, y pertenecen a un estrato social más alto respecto del propio Cerro Pelado – ya que la mayoría de los participantes concurre a los liceos N°1 y N°5 de Maldonado con un perfil socioeconómico de nivel medio.

Desarrollo de los talleres

Los cuatro talleres que presencié se desarrollaron con la misma dinámica, que consistió en las siguientes etapas. En primer lugar, el profesor o docente a cargo del grupo anuncia que se va a llevar a cabo un taller con la temática de salud mental (en los talleres de los liceos, los alumnos no estaban al tanto que iban a tener esa actividad, no se les había anticipado, mientras que el grupo que participó del taller del polideportivo de Cerro pelado, si se les había avisado). En la guía de pautas para realizar el taller, no se menciona específicamente la necesidad de avisar antes al grupo.

El docente o profesor a cargo, luego presenta al técnico territorial como representante de INJU y él me presenta a mi como colaboradora y estudiante avanzada de psicología. Juntos, invitamos a los participantes a sentarse en una ronda, para luego de la presentación contarles qué es INJU y una breve introducción sobre *Ni silencio ni tabú*, y motivarlos a participar del taller (el taller no es obligatorio y quien lo desee puede retirarse). En todos los grupos, la mayoría de los adolescentes participantes no conocían en profundidad qué es INJU y tampoco el programa *Ni silencio ni tabú*. Sólo algunos de los participantes del taller de Cerro Pelado, que como se mencionó concurren al liceo N°1, habían escuchado hablar del programa dado que es ese liceo algunas divisiones participaron de los talleres el 2024).

Etapas de los Talleres

1. Rompe Hielos

Comenzamos con el primer juego, que es el rompehielos y en todos los talleres propusimos el juego “pica pica”, que fue detallada la dinámica anteriormente. Se jugaron tres rondas en todos los talleres, los participantes se reían y se los notaba distendidos. En línea con lo esperado en la guía de implementación, se propone una actividad para hacerlos entrar en clima y ayudarlos a distenderse y generan un clima de confianza.

Mientras se desarrollaba el juego, yo coloqué las primeras tarjetas en unas mesas. Tal como en apartados anteriores se señalara, las tarjetas son las que tienen imágenes variadas con diversas figuras coloridas que habilitan múltiples lecturas resultantes en disparadoras de interpretaciones y da lugar a la subjetividad de cada uno.

2. Elegir Tarjetas

Luego, en calidad de facilitadores les pedimos a los chicos que elijan sus tarjetas³, explicándoles que no hay reglas para elegir las, siguiendo la guía de pautas de implementación de los talleres. Luego de que cada uno tiene su tarjeta, se los invita a que alguno/a empiece contando qué le sugiere la carta que eligió. En todos los casos ninguno comienza hablar de manera espontánea. Así que comienza el técnico territorial, o lo hago yo, mostrando una carta y comentándoles lo que para nosotros significa. En todos los grupos, ese disparador funciona y hace que algún/a comience.

En el Taller 1, la participación fue fluida desde el inicio, y bastante pareja entre los 18 participantes. Los adolescentes eligieron imágenes que evocaban temáticas como los límites autoimpuestos, el esfuerzo personal y la búsqueda de logros. Las interpretaciones giraron en torno a la superación de obstáculos internos, la perseverancia y la esperanza, lo que sugiere un grupo con disposición a explorar sus trayectorias personales desde una perspectiva de actitud proactiva.

En contraste, el Taller 2 presentó una participación inicial más acotada: de 26 adolescentes, solo 5 compartieron sus reflexiones. Las imágenes elegidas dieron lugar a interpretaciones vinculadas con la presión externa, la manipulación discursiva (incluyendo referencias críticas al ámbito político) y la resiliencia ante situaciones de sufrimiento. Entonces realicé una intervención con consejos de autocuidado, lo cual fue clave para sostener el clima emocional y ofrecer recursos simbólicos así como prácticos para el afrontamiento, como la música o el movimiento. Este taller evidenció la necesidad de generar confianza progresiva y de validar las experiencias emocionales como punto de partida para el trabajo grupal.

El Taller 3, con 27 alumnos, retomó la misma dinámica que el Taller 2 con una participación activa desde el inicio. Las reflexiones incluyeron la metáfora del ave fénix como símbolo de resiliencia, la importancia de mantener la calma en contextos caóticos, y la dificultad de diferenciarse de un entorno que impone estereotipos. Aquí se observa una articulación más explícita entre lo personal y lo social, con una lectura crítica de los condicionamientos culturales y una apertura a pensar la transformación individual como proceso situado.

El Taller 4, fue el más numeroso con 28 participantes, y fue el único desarrollado fuera del ámbito escolar, en el polideportivo de Cerro Pelado, adolescentes que van por motivación

³ Ver detalle de tarjetas en la sección de Anexos

propia a realizar un deporte, esto se notó mediante la participación más activa, hablaban con más determinación y seguridad, aunque a la vez por momento estaban más dispersos.

En términos de tensiones, los talleres compartieron el desafío de sostener un espacio de confianza y contención emocional, especialmente ante la exposición de vivencias sensibles. Sin embargo, cada grupo respondió de manera distinta, el primero mostró una disposición espontánea al intercambio, el segundo y el tercero requirieron mayor acompañamiento, y el cuarto logró integrar lo emocional con lo sociocultural de forma fluida.

El desarrollo de esta fase inicial de los diferentes talleres, alcanzó los cometidos esperados para este momento según lo planteado en ejes de acción *Ni silencio ni tabú*, para que cada adolescente logre expresarse libremente, donde se señala que todo lo que se diga, opine o piense es valioso y tiene lugar, nada está ni bien ni mal y lo que se exprese durante el taller es confidencial. No obstante, se evidenció que algunos adolescentes prefirieron no participar activamente.

Desde una perspectiva de articulación interinstitucional y diseño de políticas públicas, esta primera etapa ofrece un alto potencial. Dinámicas proyectivas como estas no sólo permiten acceder a narrativas juveniles muchas veces invisibilizadas, sino que también habilitan la construcción de diagnósticos participativos sobre malestares, recursos y aspiraciones. Además, constituyen una puerta de entrada para el trabajo en salud mental comunitaria, orientación vocacional, prevención de violencias y fortalecimiento de la autonomía adolescente.

La guía para pautas de implementación propone como tercera actividad trabajar con las tarjetas sobre mitos y realidades, pero el coordinador no la sugiere y en todos los talleres se continuó con la dinámica de Leer Frases, que detallo a continuación.

3. Leer Frases

Luego pasamos a la instancia del taller donde se reparten tarjetas con frases como “Me siento Solo” / “No sé quién soy” / “No sé qué hacer” / “No me gusta mi cuerpo”. Las tarjetas con frases de este tipo, las repartí a los participantes sin ninguna consigna específica, a cada uno le tocó una aleatoriamente, tal como se especifica en la guía del manual de uso del kit de herramientas (UNICEF, 2023). El técnico les pidió a cada uno/a que lea la suya (algunas se repiten) y luego invita a reflexionar sobre si se han sentido así alguna vez, y que hacen en esas ocasiones. El objetivo de esta actividad tal como fue diseñada es buscar desarrollar habilidades de identificar las emociones, a partir de las frases poner en palabras lo que sienten. Algunos adolescentes comentan, a partir de la premisa, que a veces hablan con sus padres, que a veces con algún amigo, o mismo con sus abuelos.

A la par, en general también otros adolescentes indicaron que muchas veces no lo hacen. Intervengo entonces, en los diferentes talleres, comentando lo importante que es poder pedir ayuda, que hablar de las emociones es un camino para estar mejor. En respuesta, otros estudiantes tienden a comentar que sí lo han hecho, que a veces le hablan a algún profesor. Ninguno menciona espontáneamente haber ido a un psicólogo y yo resalto que es importante que puedan pedir ayuda en caso de necesitarlo (ésta intervención no está indicada en la guía, pero considero importante el aporte, ya que considero que ayuda a promover conductas de autocuidado para promover la prevención).

En la lectura de cada frase, algunos leían con voz viva y alto, otros muy bajito y con timidez. En el Taller I, la adolescente que empieza reflexionando, menciona la frase “todo está en tu cabeza” y cómo le pasa que a veces un tema le preocupa. Agrega que, entonces, *“lo tiene en su cabeza por días y siente que lo magnifica y también menciona que lo habla con su mamá, que es quien la baja a tierra, la contiene”*. Con esa situación preguntamos si a muchos les pasa lo mismo y con quien lo hablan o que técnicas usan. Tratando de darles piques sobre momentos que los pueden angustiar y cómo trabajarlos. A quien recurrir, las profesoras del curso acentúan que están disponibles para acudir a ellas, aunque las guías de coordinación de los talleres no lo especifica, ya que según la misma, no se espera que haya docentes presentes durante el taller. También se trabajó la carta que la frase dice “me siento solo aunque esté en casa con mi familiar” y algunos mencionaron la diferencia de estar sólo y sentirse sólo y cómo a veces eso hace meterse para adentro y no socializar.

La otra frase que se mencionó es la de “en el liceo me siento distinto y no quiero ir”. En relación a ello, una chica dijo que a ella no le gustaba estudiar y eso disparó el hablar de algunos mandatos que se tienen que cumplir para encajar en la sociedad donde uno vive. Que hay que saber tolerar. La última carta que se comentó fue “los hombres no lloran”, la cual se reflexionó como que les parece una frase de otra época, que el llanto no tiene que ser de hombres o mujeres. Se habló luego de situaciones de duelo, y los participantes comentaron que consideran que es la situación más “socialmente aceptada para que cualquiera pueda llorar sin sentir vergüenza”, también un varón en un taller, comentó *que es esperable que alguien llore cuando pierde su equipo de fútbol, que los hombres seguro lloran en situaciones así, más que en otras “más sensibles”*.

Una estudiante leyó su tarjeta, ésta decía “cuando me siento mal le pego a la pared”, y eso disparó en el grupo, que cada uno reflexione cómo hacen para encauzar la ira cuando están muy enojados. Poco después, ella comentó que le pega a un saco de box, otros contaron que juegan a la consola PlayStation “la play” por horas. Se intercambió sobre que lo importante

que es poder tener un recurso que ya sepamos que les hace bien. Esta actividad fue más participativa y más chicos expresaron sus pareceres, compartieron experiencias propias. Una chica contó que se autolesionaba y que su madre se dio cuenta, que lo pudieron trabajar y fue también a terapia y que ahora está bien. Les preguntamos si tenían otros amigos / compañeros con situaciones de autolesiones, pero dijeron que no. En la guía se enfatiza que el paso siguiente a una situación emergente compleja es conectar al adolescente con un adulto de confianza (docente, referente institucional) y, si es necesario, derivar a servicios de salud mental, pero no se prevé que el coordinador actúe como terapeuta, aunque sería adecuado que uno de los coordinadores tenga formación en salud mental, para poder contener una necesidad inmediata. Podemos analizar este tipo de eventos, desde la mirada crítica de Grindle (2009) en relación a la aparición de *situaciones inesperadas no contempladas en la ejecución de una política pública*. Ella señala que la ejecución nunca es lineal y que surgen contingencias, resistencias y contextos imprevistos que alteran los resultados. También Pressman y Wildavsky (1973) analizan cómo las políticas se desvían de lo planeado debido a la aparición de obstáculos no anticipados y critican la complejidad del proceso de implementación hace casi imposible que una política se ejecute tal como fue diseñada.

4. Tarjetas con Situaciones

La tercera actividad consistió, para los diferentes talleres, en dividir a los participantes en subgrupos (4 subgrupos de 5 - 6 adolescentes cada uno). Para distribuirlos y que no trabajen con un compañero sentado al lado, se propone que se numeren del 1 al 4 intercalados y luego se les pide a todos del mismo número que se junten (así se reúnen todos los 1, los 2, etc) y se les da a cada subgrupo una tarjeta con situaciones. Cada grupo trabajó quince minutos y luego compartieron sus reflexiones. En el Taller I, se repartieron dos tarjetas, es decir que dos grupos distintos trabajaron con las mismas tarjetas de situaciones. En este caso la primera tarjeta planteaba la situación de Nahuel y la otra es la de Emiliano que se presentan a continuación:

Tarjetas Situaciones

Situación 6

Temáticas: familia, angustia, presión familiar, masculinidad.

Emiliano no se siente bien. Hace tiempo que ya no tiene ganas de juntarse con amigos y dejó de ir al fútbol, que tanto le encantaba. Cuando está solo en su cuarto llora, pero no entiende por qué. Siente un dolor en el pecho, como si fuera "un nudo", explica.

Su papá está molesto ya que hace años lo acompaña al fútbol y no comprende su falta de compromiso actual. "Estás dejando tirado al equipo, y eso no se hace", le dice. Emiliano no sabe cómo hablar con su padre ni cómo explicarle que de verdad se siente mal. Su papá suele repetirle frases como "los hombres no lloran" o "hacete fuerte" frente a estas situaciones.

¿Qué les parece que le está pasando a Emiliano?
¿Por qué piensan que está así?
¿Qué creen que necesita?
¿Cómo podrían ayudarlo?
¿Por qué creen que se comporta de esa manera?
¿Qué emociones son las que parecen predominar en los protagonistas de la historia?
¿Cómo las podrían identificar?

Situación 5

Temáticas: depresión, angustia, confidencialidad, ayuda.

Nahuel le dice a un profe que necesita ayuda. Le cuenta que una amiga, que no es de su liceo, se está cortando y que no sabe cómo ayudarla. Está realmente desesperado. El profesor le pregunta si los padres de la amiga están al tanto de la situación y él le dice que ellos no saben nada.

Nahuel le pide al profe si puede tener una reunión virtual con su amiga, en donde ella pueda conectarse sin usar la cámara para no quedar expuesta. El profe no está seguro de si esta es la mejor forma de ayudarla.

¿Qué les parece que está haciendo Nahuel?
¿Qué emociones son las que parecen predominar en los protagonistas de la historia?
Si fueran el profe, ¿cómo actuarían?
¿Qué creen que necesita la amiga de Nahuel?
¿Cuál les parece la mejor forma de ayudarla?
¿Han vivido situaciones similares?
¿Qué creen que puede servir en ese momento?

Al regresar al aula se vuelven a sentar en ronda y el coordinador lee las situaciones y luego las preguntas. En la guía se plantea que sean los adolescentes que lean sus tarjetas, pero para hacerlo más ágil, el coordinador las lee en voz alta y luego también lee las preguntas que acompaña la tarjeta. Se invita a los grupos que comenten qué les pareció la situación y que discutieron sobre los interrogantes que se planteaban; Cuando comienzan a responder, el grupo que trabajó la situación de Nahuel, comienza reflexionando que quizás no es una amiga de Nahuel que se corta, si no él mismo que está pidiendo ayuda. Una chica dijo espontáneamente, que a veces es difícil parar de cortarse, que es adictivo; lo cual al cierre puntualizamos con la psicóloga del grupo asumiendo que seguramente ella se está cortando, se actuó en línea con el manual para facilitadores (UNICEF, 2023) que propone “*si el facilitador observa elementos de riesgo en el relato o experiencia de algún participante, será un excelente oportunidad para, luego del taller, intervenir derivando quien considere pertinente según el caso, de forma de ofrecer ayuda y orientación*”. También los chicos reflexionaron cómo ayudar a Nahuel o a su supuesta amiga, que hizo bien en recurrir a un adulto.

En el segundo caso de Emiliano se reflexionó sobre cómo a veces los padres exigen a sus hijos y no los escuchan, que eso hace que los chicos se sientan muy presionados y dejen de hacer cosas que quizás les gustan pero no si los padres los presionan. Que en ese caso el papá de

Emiliano no lo está escuchando y cómo a veces uno tiene que recurrir a otros que si los escuchan para ayudar. Se mencionó que a veces los abuelos son buenos interlocutores para con los padres.

En otro de los talleres, respecto a la misma situación, una chica identifica rápidamente que quizás no es una amiga de Nahuel, sino él mismo, lo que no había quedado evidente para todos. En ese mismo liceo, en el segundo caso de Emiliano se reflexiona sobre cómo a veces los padres exigen a sus hijos y no los escuchan, que eso hace que los chicos se sientan muy presionados y dejen de hacer cosas que quizás les gustan pero no, si los padres los presionan. Que en ese caso el papá de Emiliano no lo está escuchando y como a veces uno tiene que recurrir a otros que si los escuchan para ayudar. Que el padre debería entenderlo y proponer por ejemplo que haga otro deporte como vóley (este grupo fue el del polideportivo, que se mostró más activo en líneas generales que los grupos de los liceos).

La aplicación de las tarjetas de situaciones en talleres demuestra que la política no se queda en el papel, sino que genera un espacio real de contención y reflexión. El aporte está en que los adolescentes pueden reconocer señales, discutirlos y pensar en recursos de apoyo. Esta actividad fue diseñada para que los participantes puedan, frente a situaciones concretas, encontrar soluciones de manera colectiva y saludable, e intercambiar posibles salidas (UNICEF, 2023). En todos los talleres coordinados, las tarjetas generaron participación activa de los adolescentes, pero no todos participan por igual, también emergen silencios y resistencias. Esto confirma lo que plantea Grindle (2009), la implementación nunca es lineal, aparecen situaciones inesperadas que desafían lo planificado.

5. Cierre

El cierre consiste en preguntar si alguno quiere contar algo, tiene dudas, y se les menciona que hay dos líneas nacionales de prevención del suicidio y de atención psicoemocional. El técnico territorial comenta el Instagram de INJU y *Ni silencio ni tabú* para que sigan, que siempre hay actividades que pueden interesar. También enfatizamos lo importante que es pedir ayuda, no guardarse sentirse mal, contar con la familia, un adulto referente y una de las participantes de uno de los talleres, en el cierre dijo que sería bueno que haya educación emocional en los liceos para que puedan estar más “armadas” y así poder ayudar a amigos cuando lo notan y no siempre tener que recurrir a un adulto. Antes de terminar también se les indica los teléfonos de prevención del suicidio y salud emocional (varios sacan fotos). Yo menciono también que en Rocha está el centro *Ni silencio ni tabú* que además de actividades brindan atención psicológica gratuita y menciono también que por la edad que tienen pueden pedir en sus sistemas de salud

(mutualista, ASSE o la cobertura que tenga la familia) la posibilidad de pedir por un psicólogo, ya que los adolescentes tienen prioridad. La guía no contempla dar información sobre donde pedir ayuda profesional, ni mencionar los dispositivos de atención de salud mental cercanos, aunque se evidencia la pertinencia de poder generar un protocolo que brinde esa orientación para poder dar continuidad a las necesidades que puedan emerger. Esta falta de protocolo de derivación del programa, también demuestra la no articulación intersectorial esperada con el MSP. Antes de retirarnos, les agradecemos y enfatizamos que valoramos la participación en el taller y les recordamos lo valioso que es poder generar espacios de escuchar como el compartido y que se habiliten el intercambio entre compañeros.

Al salir de cada taller contactamos al docente referente y les realizamos comentarios que consideramos pertinente para que puedan tenerlos en cuenta. En uno de los liceos, conversando con la psicóloga que participó del taller, menciona que no es fácil que se atienda a los chicos, que ella ha mandado cartas a sus directivos porque la respuesta de los centros de salud no es buena, comenta que le ha pasado de acompañar a la guardia a chicos con cortes leves, y que los mandan a la casa diciendo que no es grave y mismo a veces los medican sin pasar por un psicólogo. Se evidencia la necesidad de contar con un protocolo claro para que un alumno pueda ser atendido por un profesional de salud mental, el hecho de que hoy la política no lo contempla, demuestra la ausencia de mecanismos de articulación intersectorial genuina. Esto revela que, aunque en los documentos normativos del diseño de la política, se espera una coordinación fluida entre sectores, en este caso con MSP, en la práctica las capacidades institucionales no están dadas para su ejecución.

Además de los cuatro talleres que coordiné junto al técnico territorial, para conocer experiencias de otros liceos, entrevisté a la psicóloga del Liceo N°2 de Maldonado, en el que se realizó un taller en Junio del 2025, con 2 grupos juntos de primero EMS (adolescentes de 15 años), es decir que fueron más de 30 participantes, que no es el número recomendado según la guía de implementación. El taller fue coordinado por el técnico territorial de INJU, y por otra persona de la Intendencia de Maldonado, que también era técnico certificado. Según me describe la psicóloga, este se realizó con la misma dinámica de los talleres con los que yo colaboré; En la etapa 1, de rompehielos, se propuso también el juego del pica-pica, luego se realizó la actividad de tarjetas de dibujos, a continuación la actividad de elegir las tarjetas con frases y por último se trabajó en grupos las tarjetas que describen situaciones. De esta experiencia se evidencia la misma dinámica de etapas de los talleres en los que participé, sin trabajar las tarjetas de mitos / realidad. Según me relata la psicóloga, el grupo no tuvo una interacción inicial activa, costó bastante que comiencen a hablar y reflexionar, fueron

impulsados por ella y otro referente del liceo que se encontraba en el taller, para poder dar inicio a las consigas. Una posible razón puede haber sido que el grupo superó el número máximo sugerido de 30 personas, y por ende es más complejo que se pueda trabajar de manera ordenada.

También me comenta que en el liceo donde trabaja, hay situaciones de jóvenes con cortes de manera frecuente y que hubo un caso de un adolescente trans varón que sufre de bullying por parte de sus compañeros y que ya tuvo un IAE mediante ingesta de pastillas, pero afortunadamente pudo ser salvado y hoy se encuentra en tratamiento. No fue un hecho que lo hizo en la escuela, si no que fue en su casa, que luego la madre compartió con el liceo para que estén al tanto. No da más detalles en relación a si luego se trabajó en el grupo al que pertenecía, pero si menciona la falta de interacción con dispositivos de salud para un protocolo de asistencia oportuno y luego un seguimiento sostenido.

8.2 Fortalezas y debilidades de los talleres

Dinámica grupal

En todos los grupos, es notorio que se dan afinidades entre algunos adolescentes, los que eligen sentarse al lado de otro y hasta algunos se agarran de la mano de un compañero. La mayoría de los participantes estaban distendidos. En los grupos de los liceos, se evidenció una chica que se destacaba por su aspecto y situación retraída (quizás estaba atravesando una situación que debía ser atendida). Cuando se lo mencionamos a los adscriptos / profesores, no les llamaba la atención, ya la tenían identificada, lo que no nos compartieron es si el liceo propició la atención de esa chica por parte de un profesional de la salud mental, o quedó en el ámbito de la familia. La falta de información compartida, seguramente no aporta al seguimiento de casos complejos.

Al inicio de la primer actividad, en los grupos en general costó que comiencen a hablar, entonces empezamos yo o el técnico referente, y a modo de que capten la propuesta, hablamos sobre una carta que nosotros habíamos sacado, para que también pudieran identificarse mejor y comprender la dinámica, así se logró que en todos los grupos, luego de que se diera nuestra primer reflexión, espontáneamente se postularon algunos para empezar.

Luego en cada etapa del taller, se logró una participación activa de los chicos, aunque en la mayoría de las etapas los que hablaban eran unos 6 o 7, que se repetían en cada actividad. Si bien los cuatro talleres observados no eran homogéneos en sus composiciones (cantidad total, edades, o mismo género), se desarrollaron las mismas etapas en los cuatro, y se logró una participación activa y con entusiasmo de los adolescentes.

Lenguaje y forma de expresarse

En los cuatro talleres se observó algunos adolescentes hablaban en voz muy baja, y otros lo hacían muy sueltos. El tema claramente les interesó a todos, porque se logró que se expresen, compartan sus sentimientos y reflexiones. Las palabras claves fueron los sentimientos que se enuncian en cada etapa, como angustia, preocupación, soledad, presión de los padres, encajar en la sociedad, alcanzar metas, ponerse objetivos. Sin dudas es una temática de sumo interés para los adolescentes, que logran expresarse y sentirse escuchados ante la mirada de los adultos, que demuestra cumplir con los objetivos planteados por el diseño del programa para que adolescentes y jóvenes del país participen en instancias similares y en simultáneo, lo que surja del taller puede servir para ayudar a otros.

Aporte personal

Yo asistí al técnico territorial en la coordinación (colocar tarjetas, retirarlas, mostrarlas) e intervine en reflexiones sobre sentimientos para darles piques de autocuidado - las intervenciones de esta naturaleza no han sido consideradas en el marco de la guía de facilitadores.- en todos los talleres específicamente mencioné que en momentos muy críticos para poder salir del pensamiento negativo hay una técnica simple, que es tomar un vaso de agua, (me lo dijo una psiquiatra juvenil) y expliqué que tomar un vaso de agua involucra muchas actividades cognitivas, de coordinación y que el agua es catalizadora de emociones. Y que tomar un vaso de agua cambia el eje del pensamiento.

Al cuarto taller ya me sentía con más experiencia para identificar a los chicos que podían estar pasando un momento difícil y que habría que hacerles seguimiento y prestarle atención. Nos quedamos con la profesora y la psicóloga a cargo de ese último grupo, reflexionando sobre casos críticos y cómo abordarlos, a la vez que comentamos que no existe un protocolo claro de derivación y trabajo interinstitucional con dispositivos de salud mental dependientes del MSP. También cuando estábamos yendo fuimos a comentar como había sido el taller a la adscripta, nos cuenta que uno de los grupos había un chico que estaba internado por IAE, pero ninguno de los chicos del grupo lo sabía...entonces mi reflexión es, cómo puede ser que se hable del tema de prevención del suicidio y hay un chico de ese grupo internado y sus compañeros no lo saben.... ¿?, entonces la salud mental, sigue siendo *silencio y tabú*?

Aspectos positivos de los talleres

En los liceos donde realicé los talleres, surgió algo muy interesante de parte de los profesores que trabajan en los grupos al mismo horario que se dieron los talleres. Los profesores eligieron quedarse en el aula, que si bien el manual menciona que es importante que la institución educativa respalde la actividad y que haya adultos responsables disponibles, no prescribe que estén físicamente presentes dentro del aula durante toda la sesión. Yo dude en dejarlos o pedirles que se fueran, pero vi que el técnico de INJU, los dejó para que participen. En un principio yo pensé que la presencia iba a inhibir la naturalidad y espontaneidad para que los alumnos participen, y que peor aún hasta podían quedarse callados. Para mi sorpresa (y la de los profesores), el grupo participó muy activamente, concentrados por más de una hora y media, siguiendo las consignas y reflexionando sobre las frases y situaciones compartidas. En dos de los grupos hubo un participante que se puso a llorar, el del primer grupo no quiso hablar sobre el motivo, y prefirió quedarse en el aula, aunque se lo invitó si quería salir y acompañarlo, pero dijo que no y se quedó sentada en el aula. En el segundo grupo, el alumno que estaba llorando pudo decir que estaba triste porque su abuela había fallecido la noche anterior, y se abrió para contar a todos sobre la relación que tenía con ella. Le ofrecimos salir del aula, acompañarlo y luego de unos minutos un amigo salió con él. Todos se mostraron solidarios y contenedores.

Al ser un espacio para hablar sobre las emociones y trabajar sobre tarjetas con frases que les son conocidas y situaciones que los interpelan por sentirse afines, genera la movilización y reflexión de cada grupo, concientizándose de lo importante que es antes todo poder pedir ayuda e identificar a ese alguien en el que pueden confiar para hacerlo. En este punto, se destaca que el taller logra su cometido, tanto para concientizar a los adolescentes sobre lo importante que es poder hablar sobre temas que los angustian y compartir sus emociones y a la vez poder escuchar a sus compañeros sin estigmatizar. Lo que vuelve a evidenciarse la necesidad de proponer un protocolo de seguimiento para aquellos que requieran una ayuda profesional y contar con un psicólogo que esté disponible en el liceo, en todos los horarios que se dictan clase.

Debilidades de los talleres

La principal debilidad del taller radica en la posibilidad que los adolescentes que estén participando manifiesten una problemática compleja que los coordinadores no estén capacitados para manejar. Si bien la estrategia del taller es lograr motivar a los jóvenes a manifestar y compartir sus sentimientos en relación a temas que los pueden estar angustiendo

o preocupando, las realidades individuales son desconocidas para los coordinadores y el resultado de la dinámica puede contribuir a que se den situaciones emergentes no esperadas de difícil tramitación. Como se mencionó anteriormente el manual para facilitadores (UNICEF, 2023) propone *“Si el facilitador observa elementos de riesgo en el relato o experiencia de algún participante, será un excelente oportunidad para, luego del taller, intervenir derivando quien considere pertinente según el caso, de forma de ofrecer ayuda y orientación”*. Sin ofrecer un plan de derivación concreto, por ejemplo a un centro de salud mental de referencia. También puede suceder que al día siguiente del taller, los jóvenes que hayan participado del mismo, quieran buscar ayuda profesional y se encuentren con la dificultad de acceder a un turno con un psicólogo por cómo es hoy en Uruguay el protocolo de atención por profesionales de salud mental. El cual establece que primero se debe pedir un turno con un profesional de medicina general, que luego éste deriva según requisitos preestablecidos y su propia valoración, a un comité de recepción, integrado por un psicólogo, psiquiatra y trabajador social (aunque esto puede variar según la institución) y recién el comité de recepción define si se da pase a psicólogo o psiquiatra. Cada paso implica una nueva coordinación de turno, lo que puede demorar aproximadamente tres meses (MSP, políticas en atención de salud mental, 2024), es entonces que el taller por un lado logra movilizarlos, pero luego ese interés no se puede tramitar de manera profesional inmediata, lo cual no se está evaluando cómo impacta en los adolescentes. En Maldonado, el director de un centro de salud mental público mencionó *“que en general el protocolo que siguen para atender a un adolescente es primera consulta con pediatra, quien deriva a comité de recepción, que evalúa derivación, aunque actualmente no cuentan con psiquiatra lo cual dificulta tratamientos que puedan requerir medicación”*. Que tratan de todas maneras de no tener largas esperas.

Juan Carlos Pérez González (2020) sostiene que la incorporación de la dimensión emocional en programas de prevención en salud pública requiere necesariamente de continuidad y de una estructura institucional que garantice su sostenibilidad. En su análisis, advierte que las intervenciones fragmentadas, como aparenta ser *Ni silencio ni tabú*, carentes de seguimiento y articulación, pueden resultar contraproducentes, ya que al abrir temáticas sensibles sin ofrecer un acompañamiento posterior se corre el riesgo de generar frustración, desconfianza y un efecto negativo en los participantes.

En departamentos donde se encuentran los centros NSNT se puede solicitar directamente una consulta con psicólogo de manera directa y sin costo, de forma tal que se asegura atender a aquellos que lo soliciten en corto tiempo. Esto genera una diferencia de oportunidades de hacer seguimiento de adolescentes que buscan ayuda profesional entre los departamentos que

cuentan con centros *NSNT* de los que no, como Maldonado, generando una desigualdad de oportunidades de verse beneficiado por la política completa incluyendo atención psicológica gratuita y accesible.

Para conocer la ejecución de talleres en otros centros, entrevisté a la directora de un centro juvenil de San Carlos al que concurren 60 adolescentes, la mayoría de barrios vulnerables, me comenta que al centro *”concurren adolescentes con problemas de abuso sexual, violencia intra familiar, que todos han participado de los talleres Ni silencio ni tabú, y que tratan de dar lo antes posible atención a esos casos y pedir intervención de un psicólogo, que la mayor de las veces les corresponde ASSE como prestador, pero no consiguen hora”*.

Con este ejemplo se ilustra aún más que la ejecución de la política tampoco logra vincularse operativamente con otros actores estatales como ASSE, MSP, ANEP o mismo la Intendencia de Maldonado. Si bien el diseño de *Ni silencio ni tabú* está fundado en la articulación y cooperación intersectorial (MIDES, 2023), al no consolidarse en territorio limita su alcance, pero más aún reduce la posibilidad de derivaciones coordinadas con el MSP y fragmenta la respuesta institucional frente a situaciones de riesgo psicosocial

Se evidencia entonces que la política *Ni silencio ni tabú*, desde el modelo de Aguilar Villanueva (1996), demuestra la necesidad de una evaluación desde la singularidad de su desarrollo local, para contribuir al seguimiento de los emergentes que hoy no están contemplados. El documento de diseño de la política establece mediciones cuantitativas (cantidad de talleres, cantidad de alumnos) pero no propone realizar evaluaciones cualitativas para generar una completa retroalimentación de lo que acontece en los talleres, componente principal de ejecución del programa, lo que limita su capacidad de aprendizaje institucional y de ajuste dinámico frente a los resultados obtenidos. Según Aguilar, toda política pública debe contemplar un ciclo completo que incluya no solo el diseño y la implementación, sino también mecanismos sistemáticos de seguimiento que permitan valorar impactos, corregir desvíos y fortalecer la eficacia de las acciones. En este caso, la ausencia de instancias claras de evaluación cualitativa sobre lo que acontece en los talleres, impide generar evidencia sobre la efectividad de las estrategias desplegadas y restringe la posibilidad de retroalimentar el proceso con insumos provenientes de la experiencia territorial y de la voz de los adolescentes que participan de los talleres, como actores involucrados, sólo se registra a través de un formulario web, la institución donde se desarrolló el taller, cantidad de alumnos que asistieron y edades. Así, *Ni silencio ni tabú* corre el riesgo de convertirse en una política de aplicación lineal, sin capacidad de adaptación ni mejora continua, debilitando su potencial transformador en el campo de la salud mental adolescente.

En los objetivos detallados al inicio de esta tesis, esta política aspira a lograr una sensibilización entre adolescentes y jóvenes en todo el país. Ello demuestra ser alcanzado luego de la observación participante llevada a cabo, pero no se encontraron informes formales de estos resultados en documentos de INJU/MIDES o UNICEF para conocer en profundidad lo que ocurre a nivel nacional. Esta sensibilización que se logra, presenta luego desafíos sobre cómo se acompaña la apertura y demanda de los adolescentes, sobre todo para aquellos que quieren luego buscar ayuda profesional, ya que la política no cuenta desde su diseño en un protocolo de continuidad para la atención profesional de derivación, entre otras posibles vías de acción.

Otro de los objetivos de la política es la capacitación para adultos referentes y técnicos, pero ésta se propone limitada. Es ofrecido el curso auto-administrado de coordinación a través de la plataforma Ceibal, el cual no está disponible de manera permanente, si no que se abren ventanas de tiempo para la capacitación que son gestionadas por INJU para autorizar a interesados a poder inscribirse a fin de realizarlo, y no hay una planificación detallada del cronograma disponible. Se informa en la sección de la web oficial del programa (<https://www.gub.uy/salud-mental-adolescente/programa/programa-ni-silencio-ni-tabu>), que existen a la fecha 450 técnicos capacitados, aunque no se conocen las cifras por territorio. También se ofrecieron webinars para adultos que interactúan con adolescentes (docentes, padres, etc.) con una frecuencia bimestral. Los webinars se dictan por el canal de youtube de INJU. Se demuestra una adhesión escasa para el caso del departamento de Maldonado, en particular se les consultó a los referentes entrevistados si los habían realizado, pero sólo una persona contestó que había asistido a uno. Las cifras oficiales comunican que han asistido 680 adultos de todo el país.

Continuando con el análisis de cumplimiento de los objetivos del diseño de la política, se pretende que mientras el programa se lleva a cabo, se desarrolle un módulo de investigación y producción de conocimiento tanto cualitativo como cuantitativo. Al momento se conocen sólo mediciones cuantitativas, como cantidad de talleres realizados y cantidad de participantes (MSP, 2024). En la web del programa, se publica información sobre cantidad de talleres y actividades realizadas, que son más de 500, allí se menciona que ya participaron unos 15.000 adolescentes aproximadamente ([gub.uy/salud-mental-adolescente](https://www.gub.uy/salud-mental-adolescente)). No se cuenta con registros sobre el impacto en los adolescentes, si les genera concientización, no se evalúa evolución, es decir no se conocen estudios cualitativos realizados. En la primera etapa del programa, durante los primeros meses del 2024, el director del programa en Maldonado, mencionó en la entrevista que realicé, *“que al finalizar los talleres se invitaba a los*

participantes a escanear un código QR que derivaba a un cuestionario de 5 preguntas para registrar el impacto del taller, pero que se dejó de mencionar y no se está implementando”, al consultarle si se podía acceder a dicho informe me contesta que no tiene conocimiento al respecto.

Como otro de los objetivos planteados desde el diseño, se espera luego de realizados los talleres, la generación de actividades complementarias en espacios de participación en los liceos, centros deportivos y en el ámbito comunitario, - para que los jóvenes acompañen los procesos de ejecución de la campaña y los adultos referentes puedan ser parte de la concientización en poder hablar sobre salud mental de manera abierta- como realizar una pintada grupal en un espacio abierto, promover una bicicleteada familiar, crear un canción, entre otras actividades que se proponen en el manual de pautas. En Maldonado, esto se logró de manera fragmentada, con intervenciones puntuales de talleres a demanda, al haber habido cambios de recursos humanos de un año a otro, y la decisión institucional – mencionada por referente de INJU - de no promocionar los talleres de manera proactiva, resultando en una condicionante para crecer en alcance.

9. CONTEXTO Y PROGRAMAS DE SALUD MENTAL EN MALDONADO

El objetivo de este capítulo es evidenciar los diversos programas que están operativos en el departamento de Maldonado a cargo del estado - es decir instituciones y organismos públicos- que también ofrecen diversos talleres y actividades de prevención de salud mental en el departamento hacia los adolescentes, con el objetivo de trabajar temas de prevención y concientización de salud mental, pero que a la vez no “conversan” o interactúan con *Ni silencio ni tabú*.

La implementación del programa *Ni silencio ni tabú* en Maldonado, evidencia limitaciones significativas en relación con los marcos teóricos de interdisciplina de Alicia Stolkiner (2005) y de enfoque en redes Silke Adam y Hanspeter Krieski (2010) planteados anteriormente. La interdisciplina, para Stolkiner (2005), supone la integración de saberes y prácticas provenientes de distintos campos profesionales a fin de abordar la complejidad de la salud mental; sin embargo, en la experiencia local se observa una fragmentación de acciones y una escasa articulación efectiva entre sectores para lograr este aporte (docentes - profesionales de la salud mental). También se evidencia la necesidad de una articulación intersectorial entre ANEP – MIDES/ INJU - MSP, para optimizar la posibilidad de respuestas integrales, principalmente por la apertura de los liceos para permitir la realización de los talleres y la derivación necesaria en caso de que surja la necesidad.

De manera complementaria, el enfoque en redes propuesto por Adam y Krieski (2010) enfatiza la necesidad de construir entramados de cooperación entre instituciones y actores comunitarios; no obstante, los hallazgos muestran que la coordinación interinstitucional es débil y que las conexiones territoriales no logran consolidarse como redes de apoyo sostenibles, en particular la articulación de la Intendencia con MIDES y INJU/MIDES con ANEP. En consecuencia, los programas en Maldonado no cumplen con los principios de interdisciplina ni con el enfoque en redes, lo que limita su capacidad de transformar las condiciones locales y de garantizar un impacto duradero en la promoción de la salud mental adolescente. Esto se evidencia con los programas e iniciativas vigentes, que se detallan más adelante.

En tal sentido, Carlos Cattaneo (2023) advierte que, aunque la coordinación entre sectores se presenta como un ideal normativo ampliamente aceptado, en la práctica se enfrenta a obstáculos estructurales derivados de la sectorialización y la fragmentación institucional. Estas dinámicas generan duplicación de esfuerzos, vacíos de atención y una débil coherencia en la acción pública, lo que limita la capacidad de las políticas para responder de manera integral a problemas sociales complejos. Más aún, subrayan que las barreras administrativas y organizacionales no sólo ralentizan los procesos de cooperación, sino que muchas veces refuerzan la lógica sectorial, reproduciendo la inercia burocrática y dificultando la innovación. Desde esta perspectiva crítica, la intersectorialidad aparece menos como una práctica consolidada y más como un horizonte deseado, cuya concreción depende de transformaciones profundas en la cultura institucional, en los mecanismos de gestión y en la voluntad política de los actores involucrados. Este enfoque es más que evidente que para *Ni silencio ni tabú*, la necesidad de articular sectores diversos, se enfrenta a las limitaciones reales de las estructuras administrativas, evidenciando la distancia entre el discurso de la integralidad y las condiciones efectivas de implementación en los territorios.

La Intendencia de Maldonado no cuenta con un área exclusiva dedicada a atender la “Salud Mental” de la población, aunque aborda la temática a través de distintas direcciones, departamentos y programas, especialmente desde la dirección de adicciones y en coordinación con organizaciones sociales (IDM, 2025). Por un lado existe la Dirección de Salud y Adicciones, que es el principal referente institucional en temas de salud mental pero el foco de los programas actualmente sobre prevención están más vinculado a los temas derivados del consumo problemático de sustancias. Realizan actividades de sensibilización, conversatorios y articulaciones con organizaciones como “Vía de Escape”, pero no forman parte de un programa sistematizado con un solo mensaje sostenido en el tiempo, buscan promover instancias de difusión y alianzas comunitarias para abordar el impacto del consumo en la salud mental.

La Dirección de Salud, tiene programas con el foco puesto en la salud física (como campañas de salud bucal o prevención cardiovascular), también colabora en actividades interinstitucionales relacionadas con la salud integral (mencionado por la directora de Salud actual de la Intendencia). La intendencia cuenta desde el nuevo gobierno, con una Dirección de Infancia, Adolescencia y Juventud, que se encarga de desarrollar actividades con enfoque preventivo y de promoción del bienestar psicosocial, especialmente en población joven. (madonado.gub.uy). En el mismo edificio se encuentra la oficina de INJU y se logra una articulación activa.

En entrevista con la directora de Políticas de Juventud de la Intendencia de Maldonado, realizada en noviembre de 2025, comenta que los actores institucionales del departamento no identifican INJU o *Ni silencio ni tabú* como una política fuera del ámbito departamental, “como separados de la Intendencia”, por estar todos en el mismo edificio, - la Casa de la juventud donde están los funcionarios de INJU es dentro de la Casa de Políticas de Juventud de la Intendencia -. Me cita como ejemplo, “*que un liceo llamó a la oficina de juventudes para solicitar un taller Ni silencio ni tabú, creyendo que lo realizaban desde la intendencia*”. No obstante, al compartir el mismo espacio físico con el técnico territorial, pudo transmitir el mensaje y coordinarlo. Desde la Intendencia de Maldonado, se trabaja con un enfoque de desarrollo social más que de prevención de salud mental, con programas como el Foro Juvenil que promueve espacios de diálogo y participación de todos los jóvenes que concurren a los liceos. De esos foros recaban información que pueda ser fuente para promover nuevas estrategias de apoyo. Estos foros pueden comprenderse bajo la perspectiva de Rofman (2016), quien plantea que las políticas públicas adquieren legitimidad y eficacia cuando se construyen en procesos participativos que reconocen el territorio como espacio de negociación y acción colectiva. En este sentido, los foros no son meros dispositivos consultivos, sino instancias donde los adolescentes y jóvenes se constituyen como actores sociales con capacidad de incidencia, aportando sus experiencias y demandas en diálogo con instituciones departamentales y nacionales. La teoría de Rofman permite interpretar que estas prácticas fortalecen la dimensión comunitaria de las políticas juveniles, al integrar voces diversas y generar consensos que trascienden la lógica vertical del diseño estatal. Es importante mencionar que no se convoca a INJU o no se realizan talleres *Ni silencio ni tabú* en esos encuentros, reforzando la ausencia de articulación intersectorial entre el programa y la IDM, a pesar de condiciones como la antes señalada coincidencia en local de trabajo (Casa Juventud). El MSP cuenta con una sede en Maldonado, su director actual de la departamental asumió en Mayo 2025; la entrevista fue realizada en Junio de 2025, a tan sólo un mes de haber asumido.

Entonces manifestó estar preocupado por la situación de salud mental del departamento y estar enfocado en realizar un diagnóstico de los dispositivos de salud mental disponibles en todo el territorio departamental, recursos profesionales, tiempos y procesos de atención para poder trabajar propuestas de mejoras para atender la demanda de Maldonado. Su asunción responde al cambio de gobierno, marcando tendencia de importancia del tema; No se tiene información de gestión anterior del anterior director de MSP Maldonado. De todas formas se evidencia que no hay un diálogo interinstitucional fluido, ni protocolos de acción entre la Intendencia, MIDES y el MSP para abordaje de temas de salud mental integrados, que también vienen de períodos de gestión anteriores al gobierno actual.

Como estrategia de promover la coordinación Interinstitucional, en Uruguay existen las Mesas Interinstitucionales de Políticas Sociales (MIPS), que son espacios de articulación territorial creados en 2006 y respaldados por el Decreto N° 277 de 2011, donde organismos públicos departamentales y municipales coordinan acciones para garantizar la integralidad y complementariedad de las políticas sociales. Las mismas son presididas por los directores departamentales del MIDES e integradas por representantes ministeriales, estas mesas definen la agenda social departamental, impulsan planes quinquenales de desarrollo, coordinan la ejecución de políticas nacionales en clave local y pueden organizar comités temáticos (educación, salud, vivienda, ruralidad, familia). Articulan planes y programas nacionales entre MIDES, MSP, ANEP, INAU, ASSE, BPS, INEFOB, en cada departamento. Intentan evitar duplicación de esfuerzos y promueven complementariedad y coordinan becas educativas con programas de apoyo social. Los cuales aportarían insumos técnicos para la toma de decisiones políticas, constituyéndose así en ámbitos de gobernanza que buscan mejorar las condiciones de vida de la población mediante la cooperación interinstitucional y la participación de la sociedad civil. Aunque no se menciona un plan departamental exclusivo de prevención en salud mental adolescente, las MIPS han convocado mesas temáticas de salud y familia, donde se abordan problemáticas vinculadas a jóvenes y adolescentes. Durante la administración anterior, las MIPS tuvieron un funcionamiento limitado o discontinuo y fueron relanzadas en agosto 2025. Federico Graña, subsecretario de MIDES, en reunión de consejo de las MIPS, (noticia que se publicó en la web de noticias del portal gub.uy), afirmó que *“Estamos trabajando en medidas que requieren coordinación, porque cuando se articulan propuestas entre instituciones se logra una respuesta más eficiente, y muchas veces incluso más económica que si se implementaran por separado”*. Si bien existen espacios formalmente creados de articulación, la evidencia real muestra a pesar de ello un aprovechamiento desafiante de los mismos.

Cuadro comparativo de Instituciones que brindan atención en salud mental en Maldonado

Actor / Institución	Prestaciones principales	Población objetivo	Modalidad de acceso	Articulación / Observaciones
Hospital de Maldonado (ASSE)	Psiquiatría, psicología, internación, urgencias	Personas sin cobertura privada	SNIS, puerta de emergencia, derivación RAP	Parte de la red pública. Articula con MIDES, RAP y programas comunitarios
Policlínica del Vigía (ASSE)	Atención primaria, orientación psicosocial, derivación en salud mental	Población barrial, sin cobertura privada	Consulta directa, sin costo	Inserta en RAP Maldonado. Puede derivar a Hospital o servicios especializados
La Asistencial Médica	Psicoterapia, adicciones, seguimiento clínico,	Afiliados al sistema mutual	Plan de salud mental, consulta por agenda	Red privada. Articula con centros educativos y comunitarios en casos específicos
Sanatorio SEMM Mautone	Talleres psicoeducativos, atención clínica, beneficios en internación	Afiliados al plan Mautone PASS	Afiliación al plan, agenda directa	Red privada. En expansión territorial. Articulación incipiente con actores comunitarios
CEREMA Maldonado	Rehabilitación psicosocial, orientación familiar, inclusión social	Personas con discapacidad o vulnerabilidad	Derivación institucional o consulta directa	Centro especializado. Articula con ASSE, MIDES y ANEP
MIDES Maldonado	Acompañamiento psicosocial, orientación, derivación, abordaje integral	Personas en situación de vulnerabilidad	Atención en refugios o planes asistenciales	Nodo clave en articulación territorial. Deriva a salud, educación y justicia
Clínicas psicológicas privadas	Psicoterapia individual, familiar, vocacional	Población general	Agenda directa, honorarios	Alto costo. Algunas articulan con instituciones educativas

En Maldonado coexisten varias instituciones con distintas prestaciones de salud mental para la población, aunque no hay una única de referencia para salud mental. Tanto instituciones públicas como la policlínica de ASSE, como el Hospital de Maldonado cuentan con listas de espera hasta de un año para dar turno para atención en salud mental (mencionado por subdirector de la RAP), en cambio para las mutualistas las esperas son en promedio de 6 meses dependiendo el diagnóstico inicial. Solamente en las mutualistas como Asistencial y Mautone se identifican programas de prevención, se ofrecen charlas abiertas a la comunidad sobre concientización y promoción de salud mental. (Instagram, 2025)

En el marco de las Jornadas Regionales de Infancias y Adolescencias desarrollada en el CURE el viernes 7 y sábado 8 de noviembre de 2025⁴, el equipo de salud mental adolescentes de una de las mutualistas principales del departamento, Mautone, presentó su plan de trabajo. Cuentan con un espacio adolescente en las policlínicas, tanto en Maldonado como en Piriápolis, en el que ofrecen talleres grupales dentro de la institución y fuera de la misma, yendo a liceos públicos, privados o clubes deportivos. Su enfoque de trabajo es comunitario y en red, trabajando la salud mental en los diferentes ámbitos de inserción de los adolescentes, lugares de referencia y cercanía donde habitan, incluyendo a las familias, otros profesionales de la salud y las instituciones educativas. Destacando los espacios de escucha activa, ofrecen consultas individuales, grupales y talleres de diferentes temáticas, como prevención del suicidio, contención emocional, adicciones, entre otras (mencionado por la, referente de Mautone de la policlínica de la ciudad de Piriápolis). La Asistencial, también mutualista de Maldonado, ofrece grupos de depresión y ansiedad y atención individual para situaciones de riesgo (IAE, violencia, consumo), según menciona la referente entrevistada en 2024, y agrega “*que hay una gran falta de educación en salud mental en la población en general*” y destaca que no conocía el programa *Ni silencio ni tabú* hasta que yo se lo mencioné. Durante el 2025 realizaron un ciclo de charlas sobre salud mental abiertas al público general en una sala de cine dentro del principal shopping de Punta del Este. Las mismas fueron promocionadas por Instagram y luego se subió el contenido a las redes sociales, las cuales se caracterizaron por una significativa convocatoria, demostrando el interés de la población en el tema.

En cambio los dispositivos públicos como la policlínica del Vigía no realizan talleres o charlas, la directora en una reunión vecinal comentó “*que si bien hay un espacio de adolescentes, no tiene el foco en salud mental*”

Cuadro comparativo – Programas de promoción de salud mental por organismo estatal en Maldonado

Organismo estatal	Programa / Acción en salud mental	Modalidad / Formato	Observaciones sobre articulación
Intendencia de Maldonado (IDM)	<i>Foro Juvenil sobre salud mental</i> (anual)	Evento presencial con jóvenes y técnicos	Acción puntual. No forma parte de un plan sostenido ni articulado con MSP o MIDES

⁴ <https://www.cure.edu.uy/convocatoria-a-jornadas-regionales-de-infancias-y-adolescencias/>

Organismo estatal	Programa / Acción en salud mental	Modalidad / Formato	Observaciones sobre articulación
Ministerio de Salud Pública (MSP)	<i>Jornada de Salud Mental en Maldonado</i>	Actividad técnica y comunitaria	Enmarcada en la Estrategia Nacional. Sin coordinación efectiva con IDM o MIDES
IDM (Dirección de Infancia y Adolescencia)	<i>Talleres de prevención y promoción</i>	Actividades en liceos o centros a demanda	Campaña propia. No articula con MSP o MIDES
Ministerio de Desarrollo Social (Mides-INJU)	<i>Ni silencio ni tabú – campaña nacional con presencia local</i>	Charlas, talleres, materiales educativos	Campaña propia. No se vincula operativamente con MSP ni con la Intendencia
ASSE – RAP Maldonado	<i>Consultas psicológicas en policlínicas barriales</i>	Atención clínica descentralizada	Parte del SNIS. Deriva a Hospital, pero sin coordinación con IDM o MIDES
ANEP – Educación Pública	<i>Talleres de convivencia y promoción de salud mental en algunos centros</i>	Actividades escolares, equipos multidisciplinarios	Intervenciones educativas. Articulación parcial con MSP y MIDES
INAU – Maldonado	<i>Programas de protección con abordaje en salud mental</i>	Centros de atención, equipos técnicos	Intervención en infancia y adolescencia. Articulación con MSP y educación

En Maldonado se evidencian programas de varios departamentos dentro de la intendencia y de diferentes instituciones. Durante el 2025 se realizaron varias actividades para el público con temas de salud mental. El primer se llevó a cabo el día nacional de prevención del suicidio (17/7), se organizó en el Campus una jornada de prevención y concientización a la población, abierto al público, en el Campus de la ciudad. La facultad de psicología de UDELAR fue convocada a brindar un taller, el cual estaba orientado a adolescentes, - me propusieron coordinarlo - pero cuando llegó la hora de dar el taller, no se presentó el grupo del liceo departamental, que eran los que estaban convocados para asistir al mismo y al preguntar a la organización el motivo, la respuesta fue: “*que ANEP no autorizó al liceo 1 de Maldonado (que está ubicado en la misma cuadra del Campus, con lo cual podrían haber ido caminando) a concurrir.*”. Ahí de nuevo el rol de ANEP no tomando el rol de consentidor que debería ejercer. Como situación inesperada, los que sí concurrieron al taller, fueron profesores, adscritos y psicólogos de liceos que se inscribieron y al consultarles la motivación, manifestaron interesarse por temas de prevención y concientización de salud mental para poder trabajar con sus alumnos, ya que no cuentan con apoyo institucional formal. Necesidad

emergente de los docentes reclamando atención, sería interesante proponer un programa de “cuidados para los que cuidan”.

Otra iniciativa para la prevención de salud mental se desarrolló el 10 de Octubre de 2025, en la Plaza San Fernando, frente al edificio central de la Intendencia de Maldonado, fue una jornada para concientización sobre la salud mental, convocada por el grupo departamental de prevención de suicidio de la Dirección Departamental de Salud, con el apoyo de la Intendencia de Maldonado a través del Departamento de Desarrollo e Integración Social y el Departamento de Salud y Adicciones (publicado en la sección de noticias en la web de la Intendencia de Maldonado, 2025). Durante la jornada se realizaron distintas propuestas orientadas a fortalecer la conciencia colectiva sobre la importancia del cuidado de la salud mental, fomentar redes de apoyo y promover el bienestar emocional como parte de la vida comunitaria. Yo me acerqué para conocer qué se ofrecía y si bien había un stand del MSP, uno de ASSE, con el hospital de Maldonado, otro de La Asistencial, uno de INJU con información de *Ni silencio ni tabú* y uno de políticas sociales de la intendencia, no se veía gente ni actividades, sólo stands informativos. En entrevistas posteriores a dicho evento, con diferentes informantes calificados, comentando mi experiencia ese día, confirmar la existencia de múltiples instancias sobre salud mental descoordinadas, como lo acontecido en la plaza. Esta jornada evidenció que propuestas hay, recursos hay, pero falla la comunicación y convocatoria de los distintos sectores, de manera coordinada para ser exitosa.

En una nota realizada ese día que fue posteada en el Instagram del municipio de Maldonado (@[madonado.uy](https://www.instagram.com/madonado.uy)), el director de la departamental del MSP, mencionó que valoró la participación interinstitucional de organismos públicos y privados, no solo vinculados a la salud sino en términos generales a las organizaciones de la sociedad. Agregó que la Intendencia es un actor fundamental, porque cuando se habla de los aspectos de salud, también aparecen otros factores como ámbitos de la recreación, culturales, promoción de espacios donde la comunidad pueda participar e interaccionar y ahí el rol de la Intendencia y de los municipios es fundamental, pero comentó que hay elementos para reformular y replantear como parte del proceso del trabajo, para generar respuestas que impacten en la población y, con la complementación y planificación en conjunto de la distribución de los servicios en territorio. Lamentablemente no se vio concurrencia de la gente durante la jornada en la plaza, el horario fue de 13 a 16 horas, pero no se promovió la difusión del evento en medios masivos y por ende, la población no se enteró. Una iniciativa que contaba con stands de todos los actores de salud mental del departamento, que en esta ocasión se presentaban juntos, al menos en un mismo espacio físico (la plaza) con el mismo objetivo (promover la salud mental) pero que no llegó al

público objetivo, por haber habido limitaciones en la comunicación para lograr una buena convocatoria sin lograr que entonces que éste pueda verse beneficiado por la iniciativa. Desde la perspectiva de Grindle (2009), queda demostrado que para lograr el impacto esperado, se necesita de la capacidad de los actores para coordinarse y promover una comunicación de manera efectiva, dejando en evidencia la brecha existente entre el diseño de la propuesta y sus resultados concretos.

10. IMPLEMENTACIÓN NI SILENCIO NI TABÚ EN OTROS DEPARTAMENTOS

En este capítulo se pretende demostrar como la implementación de *Ni silencio ni tabú* no guarda homogeneidad en todos los departamentos del país, y se evidencia que depende de los recursos humanos, económicos, y apoyo local.

10.1 Rocha

El Centro *Ni silencio ni tabú* (NSNT) de Rocha fue inaugurado el 31 de julio de 2024 en la ciudad de Rocha. Fue el primer centro del país. Está dirigido por una psicóloga que trabajaba en la departamental de jóvenes de la Intendencia de Rocha. Para cada centro NSNT hubo una licitación pública y una de las condiciones para la postulación era ser una sociedad civil o una ONG. En el caso de Rocha, se le adjudicó la administración a la Fundación A Ganar aunque el presupuesto es financiado por MIDES. El centro cuenta con un equipo de 8 personas, donde hay 3 psicólogos, 3 educadores sociales, un licenciado en Educación Física, un recreador y una administrativa.

“La gestión del director de Juventud de la Intendencia de Rocha, fue clave para la promoción y adjudicación del primer Centro en esa ciudad” según mencionó la directora del centro, en la entrevista realizada en el mes de agosto de 2024. Claramente contó con su “patronazgo”⁵ para llevarlo a cabo, manifestando que la voluntad de que el primer centro fuera allí, se debe a su gestión “política” para lograrlo, consciente de la alta tasa de suicidio adolescente que cuenta el departamento y en especial dentro del mismo, la localidad de Castillos con 39.7 casos cada 100 mil habitantes, (MSP, 2022). En contraste con Rocha, Maldonado no cuenta con un centro NSNT. Esta ausencia puede interpretarse como un indicador de que la capacidad de capitalizar políticas nacionales adquiere menor peso en departamentos donde se puede hipotetizar que no se observa el mismo apoyo o presión institucional por parte de la intendencia. Aunque se

⁵ El caso de la inauguración del Centro *Ni silencio ni tabú* en Rocha evidencia cómo el apoyo institucional resulta decisivo para la concreción de iniciativas comunitarias (Panizza et al. (2018)

mencionó anteriormente, las características demográficas de Maldonado, al ser el departamento que más crecimiento poblacional tuvo intercensal (+23.7%) y contar con un 29% de adolescentes, supondría que sería imprescindible inaugurar un centro *NSNT*.

El centro de Rocha está abierto al público de 8 a 20 horas, y funciona donde antes era la Casa Joven del departamento, ubicado frente a la terminal de buses, de muy buen acceso dentro de la ciudad. Es un lugar acogedor en cuanto a su diseño, en mi opinión personal, con elementos decorativos que podrían asociarse a un destinatario infantil antes que adolescente. Tiene un espacio de juego general, con sillones y mesas, y luego unos 3 consultorios. Los adolescentes pueden pedir una cita con psicólogo individual y es gratuita.

El centro ofrece una grilla de actividades lúdicas, recreativas y deportivas. También promueven espacios de reflexión. Desde el centro instrumentan talleres *Ni silencio ni tabú* en los liceos de la zona (para realizarse en los mismos ya que no hay lugar suficiente en el centro para más de doce chicos a la vez)

Al momento no tienen sistematizado realizar informes cualitativos. Tienen cada 15 días reuniones participativas donde se juntan con la supervisora de los centros y comparten aprendizajes, de acuerdo a la entrevista realizada a la directora en noviembre 2024.

En el marco de las jornadas regionales de infancia y adolescencia, mencionadas anteriormente, realizadas en el CURE en noviembre de 2025, el técnico territorial de INJU y la directora del centro *NSNT* de Rocha, presentaron a los asistentes cómo es el programa *Ni silencio ni tabú* y compartieron resultados del centro. Al momento se atendían aproximadamente unos 60 adolescentes por mes, que asistían a consulta individual o grupal. Han realizado talleres en las distintas instituciones de la comunidad, habiendo llegado a cerca de 2000 adolescentes a través de distintas actividades, según informaron entonces. El centro recibe a los jóvenes de manera voluntaria, ya que no llegan al centro por una derivación de otra institución u otro profesional. Atienden de manera gratuita a jóvenes de 14 a 24 años, ampliando la edad de INJU, que limita hasta los 19 años.

El formato del centro y la oferta de servicios y modalidad de atención – comenta la directora – es similar a la propuesta de la Mutualista Mautone, aunque en el caso *NSNT* es totalmente gratuita, de lunes a viernes de 8 a 20 horas. Se trabaja con grupos tanto de adolescentes como adultos referentes (familia que los acompañan), promoviendo la promoción de la salud mental, proponiendo estrategias de maternar y paternar de manera saludable. Se propone un enfoque clínico terapéutico pero también cuentan con talleres recreativos y de arte, una actividad que los acerca a visitar el agua, para promover actividades grupales que propicien la integración social.

A su vez desarrollan talleres de orientación vocacional, cuentan con un programa que se llama “Creando Futuro” donde los jóvenes tienen la oportunidad de interactuar con profesionales que cuentan sus experiencias y que a la vez busca fomentar la posibilidad de que consideren que se pueden equivocar, que está bien buscar opciones, que no hay que seguir mandatos. También se trabaja en alianza con INEFOP para incentivar posibilidades de salida laboral. En Maldonado no se ofrecen estas actividades desde INJU/MIDES por no contar con un centro *NSNT* ni tampoco se promueven desde INJU, los adolescentes pueden acceder a actividades culturales, deportivas y recreativas organizadas por el municipio, como talleres de arte en el Centro Cultural de Maldonado, espectáculos en la Casa de la Cultura, y prácticas deportivas en el Campus Municipal, todas promovidas desde la IDM.

Para incentivar la participación activa y agencia de los adolescentes, el centro de Rocha también propone un programa que se llama “Sé la voz de tu generación” integrado por un grupo de 8 adolescentes que aportan desde su mirada, ideas de mejora, contenidos (como ser un cine foro o una actividad musical), para garantizar la mejora continua y tomar sus aportes para asegurar temáticas y problemáticas de relevancia. Lo que no se menciona con claridad es si los insumos relevados en estos talleres retroalimentan el programa a nivel nacional o sólo queda en el ámbito del centro en Rocha.

En Maldonado, la intendencia organiza el Foro Juvenil, con el mismo enfoque, que constituye un espacio de consulta y expresión adolescente, pero su falta de articulación con programas nacionales como *Ni silencio ni tabú* revela un déficit de intersectorialidad. Tal desconexión evidencia que la participación juvenil se mantiene encapsulada en el ámbito cultural de la Intendencia, sin retroalimentar *Ni silencio ni tabú*. Desde la perspectiva de Stolkiner (2005), ello refleja una fragmentación institucional que limita la capacidad de respuesta a problemáticas complejas, mientras que, en términos del ciclo de políticas públicas (Lasswell, 1956), la ausencia de retroalimentación intersectorial debilita la fase de evaluación y ajuste de las políticas, reduciendo su pertinencia territorial. En este sentido, la comparación evidencia cómo la institucionalización de espacios de participación adolescente fortalece la capacidad de las políticas públicas de adaptarse a problemáticas emergentes y de sostener procesos de mejora en clave territorial.

10.2 Lavalleja

La información sobre cómo se desarrolla en el departamento de Lavalleja, fue brindada por el técnico de INJU en el departamento. Es Licenciado en Educación Física y la coordinación de talleres los hace en dupla con una psicóloga. El técnico ya trabajaba en INJU cuando comenzó

la campaña *Ni silencio ni tabú* en 2023. Como él también es edil departamental, logró que se hiciera una campaña de comunicación sin cargo, así como promueve una proactividad constante en los medios locales para difundir los talleres. Lo cual, según me comentó, propició que los llamen de los técnicos de un club de fútbol, por ejemplo. Se acercó a las organizaciones sociales, para que también estén involucradas con los talleres y se trabajen temas de concientización emocional. Están tratando de hacer una mesa común para abordar todos los temas de salud mental de las diferentes instituciones que se han acercado y manifiestan interés. Al momento está formada por la directora de familia y género de la intendencia, dirección de la juventud y del MEC. Manifiesta que con el cambio de gobierno la idea es no ofrecer los talleres de manera proactiva, sólo hacerlos a demanda (lo mismo fue planteado por el técnico en Maldonado) pero cómo visualiza que “*Lavalleja no puede aflojarle*” sigue promocionándolos, e incorporando en la coordinación por ejemplo a psicólogos de las mutualistas (CAMDEL) que están en tema. Se supone que al ser menos población que Maldonado, (Lavalleja tiene 10 mil adolescentes entre 13 y 19 años aproximadamente (INE, 2023), con 12 liceos públicos, mientras que Maldonado cuenta con cerca de 22 mil adolescentes (INE, 2023) y 18 liceos públicos) pueden lograr mejor articulación con los actores locales.

Una consideración que recomienda para tener información de los grupos antes de realizar los talleres es hablar con los referentes previamente, coordinar con los docentes previos para entender qué problemas pueden tener el grupo. En cuanto a la realización de los talleres en sí, el técnico propone cambiar la dinámica y pone 2 grupos para trabajar las tarjetas de mito y verdad y los separa. Y los pone a debatir entre ellos. Esta actividad de tarjetas de mito y realidad no es desarrollada en los talleres en Maldonado, demostrando que la ejecución de los talleres, más allá de la guía de pautas establecida, pueden modificarse en territorio. Nuevamente se puede analizar desde la perspectiva de Grindle (2009), la implementación de las políticas públicas no constituye un proceso lineal ni rígido, sino que se define en gran medida por las decisiones y adaptaciones que realizan los actores encargados de ejecutarlas en territorio. La autora subraya que los ejecutores poseen márgenes de discrecionalidad que les permiten ajustar las pautas establecidas a las condiciones locales, lo que explica que actividades previstas en la guía de pautas—como la dinámica de tarjetas de mito y realidad— puedan ser omitidas como en Maldonado o transformadas en determinados territorios. Estas adaptaciones no necesariamente implican incumplimiento, sino que refleja la naturaleza dinámica de la implementación, donde la política se reconfigura en la práctica y se distancia del diseño original para responder a las realidades concretas de cada coordinador y su impronta.

Como necesidad de implementación, menciona el técnico de Lavalleja, considera importante poder contar con un centro físico, al igual que el que se inauguró en Rocha. También agrega que se está haciendo un llamado a psicólogos y servicios sociales, pero apuntando a financiarlo con recursos de la intendencia ya que no está en los planes de corto plazo que el plan de centros de INJU incluya uno en Lavalleja.

También el referente de INJU, menciona diversas políticas públicas de salud mental en el departamento, que da cuenta de la fragmentación para abordar el tema, mismo dilema que se evidencia en Maldonado aunque, el hecho de que el técnico es también edil departamental, y al ser una comunidad de menor escala (aproximadamente 60.000 habitantes en el Censo 2023) la cercanía institucional entre INJU y la Intendencia, resulta en mayor grado viable, propiciando la comunicación indispensable para la gestión interinstitucional. Tal como menciona Grindle (2009), lo que permite a su vez comprender que en Lavalleja la efectividad del programa depende menos de la normativa central y más de la negociación cotidiana. Así, las tensiones entre capacidades técnicas, voluntad política y demandas sociales revelan que la implementación es un proceso dinámico, donde los resultados se definen en la interacción entre actores y contextos, más que en la mera aplicación de lineamientos nacionales.

11. CONCLUSIONES

La evidencia muestra una brecha significativa entre el diseño conceptual y la ejecución práctica del programa en Maldonado.

En el análisis de la implementación de “*Ni silencio ni tabú*” en Maldonado, se encuentra la presencia del programa solamente mediante la oferta de los talleres, primer componente de ejecución de la política (UNICEF, 2023). En sus inicios durante el año 2023, momento de surgimiento a nivel nacional de la iniciativa, y durante el 2024, los talleres se ofrecían proactivamente en el departamento aquí estudiado, promoviendo la posibilidad de desarrollarlos en los liceos, mediante un mail de presentación que se enviaba desde INJU hacia las secretarías y direcciones de los liceos para su difusión y coordinación. Mientras que durante el 2025 se pasó a trabajar a demanda, es decir se espera que una institución lo requiera. Esta modalidad demuestra una brecha entre el objetivo del programa de promover los talleres de manera proactiva para lograr maximizar la cobertura territorial y alcance, dejando en la voluntad de un centro de enseñanza media (liceo, escuela técnica, colegio) que se interese en llevarlo a cabo y se contacte con INJU. Por ende la implementación actualmente no es planificada, sino episódica.

Tampoco se desarrolla una comunicación sostenida para promocionar los talleres para que crezcan en alcance territorial dentro del departamento. Solamente siendo seguidor de la cuenta de Instagram @nisilencionitabú se conocen las actividades vigentes. Asimismo, el hecho de que en 2023 se contaba con dos técnicos en Maldonado, y en 2025, uno se fue y se decidió no reemplazarlo, da cuenta de la falta de apoyo que tiene el programa para crecer en alcance, lo que limita que se pueda consolidar como dispositivo permanente o que pueda terminar de integrarse a una estrategia departamental articulada de salud mental. Asimismo, en ningún momento ambos técnicos mencionados tuvieron como única tarea en INJU ocuparse de NSTN. También se identifica una diferencia de ejecución de las etapas de cada taller. Según el documento de diseño de los talleres, se deben realizar cuatro etapas después del momento inicial de “Rompe Hielos”, pero en todos los talleres observados, se terminan realizando tres, lo cual en mi opinión personal, con la experiencia de haber coordinado cuatro talleres, realizar tres etapas es suficiente para generar la concientización y trabajo grupal sobre la salud mental, logrando una participación activa de los participantes, además por la duración del taller, - casi una hora y cuarenta- la atención de los participantes llega al límite. Una retroalimentación para el programa, si se contara con la evaluación cualitativa, sin dudas sería reducir las etapas de cuatro a sólo tres.

Las actividades de los talleres realizados al momento, no se apoyaron en diagnósticos territoriales ni en redes comunitarias preexistentes. Esto dificulta la identificación de poblaciones prioritarias, la continuidad de los apoyos y la apropiación del programa por parte de actores locales. Los mismos se realizan sin tener conocimientos previos sobre la realidad del grupo a participar. Cada taller sigue la misma dinámica homogénea en todos.

En relación a si surge una situación de riesgo en el taller, y en línea con lo que propone el manual para facilitadores, como se mencionó anteriormente, se sugiere intervenir derivando a quien considere pertinente según el caso, de forma de ofrecer ayuda y orientación pero sin ofrecer un plan de derivación concreto, por ejemplo a un centro de salud mental de referencia. De esta forma Maldonado refleja con claridad lo que Merilee Grindle (2009) denomina la “*brecha de la implementación*”: la distancia entre el diseño de una política pública y su ejecución efectiva en territorio.

En cuanto a la coherencia entre el diseño y marco conceptual para la ejecución del programa, luego del análisis de las entrevistas realizadas y los talleres coordinados, se identifica una inconsistencia principal en cuanto al apoyo intersectorial esperado con el que nació el programa, que no se evidencia en la práctica, no se visualiza en particular el compromiso esperado desde ANEP para la realización de los talleres, cada liceo autoriza la realización de

los talleres, dependiendo de la voluntad del director (que no todos han adherido) y tampoco se logra la articulación con el MSP para seguimiento de tratamiento para quien lo necesite.

Compromiso institucional limitado y fragmentado

Las entrevistas y observaciones revelan un compromiso institucional limitado y fragmentado. ANEP no actúa como aliado consentidor, sino más bien como un actor reticente, lo que obstaculiza la ejecución sistemática de talleres en liceos. Los dispositivos de salud mental (ASSE, MSP, mutualistas) tampoco muestran conocimiento profundo del programa ni capacidad de respuesta ágil frente a derivaciones. El tiempo de espera para atención psicológica en adolescentes es excesivo, lo que reduce la efectividad la continuidad de atención de casos que emerjan de los talleres. En consecuencia, el grado de conocimiento y compromiso de los actores clave es insuficiente para sostener la política en territorio.

La intersectorialidad entre actores involucrados no se materializa en la práctica

La articulación interinstitucional es débil y se limita a acciones aisladas, sin protocolos compartidos ni gobernanza departamental. Esto confirma lo señalado por Stolkiner (2005) y Cattáneo (2023), la sectorialización y fragmentación institucional generan respuestas parciales, incapaces de abordar la complejidad de la salud mental adolescente. La ausencia de coordinación intersectorial limita la capacidad de derivación y seguimiento de casos, reproduciendo vacíos de gobernanza. No existen redes sólidas ni mecanismos de cooperación entre INJU/MIDES, ANEP y MSP/ASSE. La ejecución de la política tampoco logró vincularse operativamente con otros actores estatales como la Intendencia de Maldonado. Si bien el diseño de *Ni silencio ni tabú* está fundado en la articulación y cooperación intersectorial (MIDES, 2023), al no consolidarse en territorio limita su alcance, pero más aún reduce la posibilidad de derivaciones coordinadas con el MSP y fragmenta la respuesta institucional frente a situaciones de riesgo psicosocial. En particular la falta de colaboración de ANEP para que se puedan dar los talleres en todos los liceos del departamento, resulta en que la posibilidad de que un grupo dentro de un liceo pueda acceder a realizar un taller, queda supeditada a la voluntad del director de cada liceo y la de los profesores que tienen que ceder su hora para que se desarrollen y no se puedan llevar a cabo de manera coordinada y planificada. Esta situación pone en evidencia la ausencia de una articulación intersectorial entre ANEP y INJU/MIDES, que permitiría generar las condiciones institucionales para que los talleres funcionen como dispositivos de política pública con alcance territorial. Tal como plantea Stolkiner (2005), la intersectorialidad no se reduce a la coexistencia de sectores, sino que implica la construcción de marcos de acción

compartidos que superen la fragmentación y fortalezcan la capacidad de respuesta frente a problemáticas complejas.

Considerando desde la óptica de Korpi (2006), el rol de actor “consentidor”, aquel que acepta pasivamente decisiones de actores dominantes sin ejercer resistencia significativa, esperable de ANEP, no parece evidenciarse, si no que aparenta ser más como un actor cuasi antagonista, ya que no promueve la ejecución de los talleres en los liceos de manera sostenida. Algo que, podría inferirse, atienda no solamente a esta política en sí sino a otras exigencias externas a sus cometidos habituales. Esta actitud revela un déficit de intersectorialidad que limita la posibilidad de una buena ejecución de *Ni silencio ni tabú*.

Tampoco se ha logrado la articulación intersectorial esperada con los dispositivos de atención de salud mental públicos (ASSE - MSP) o privados como las mutualistas, que puedan abordar los casos que ameriten atención en salud mental, de manera continuada con el taller, como el caso de la chica que se detectó en el taller del liceo 4, con notoria actitud melancólica, que advertimos a la adscripta a cargo. Aunque cabe aclarar que desde el diseño del programa no estuvo previsto contar con un protocolo de derivaciones hacia dispositivos de salud mental, es más una recomendación necesaria para lograr continuidad para los casos que se identifiquen. Hoy queda a la voluntad de cada participante que le interese consultar con un profesional, conocer sus posibilidades acorde a su sistema de prestación en salud y de las autoridades del liceo y sus conexiones si emerge algún caso para derivar.

En el caso de las mutualistas o prestadores privados del departamento tampoco se identifican actores que conozcan el programa en profundidad, salvo excepciones y puedan estar preparados para consultas de adolescentes con prioridad. El tiempo de espera mínimo para atención en salud mental de un adolescente en el sistema público, según fue mencionado por un referente entrevistado, es superior a los tres meses, en algunos casos se menciona hasta un año.

La expectativa de la colaboración de los actores que diseñaron la política (MIDES, MSP, UNICEF) según los entrevistados de los mismos organismos para esta tesis, manifiestan que en el territorio no terminaron articulando de la manera esperada.

Lo cual confirma lo señalado por Cattaneo (2023) respecto a las dificultades estructurales que enfrentan las políticas públicas cuando intentan avanzar hacia la intersectorialidad y la interinstitucionalidad. La sectorialización y fragmentación institucional generan respuestas parciales y poco coherentes, incapaces de abordar la complejidad de los problemas sociales en su totalidad. Las acciones se desarrollan de manera aislada, sin mecanismos sólidos de coordinación entre MIDES, ANEP y el MSP, lo que reproduce la lógica sectorial y limita la efectividad de la intervención. De este modo, *Ni silencio ni tabú* se constituye en un ejemplo

concreto de la tensión señalada por Cattaneo (2023), la brecha entre el ideal normativo de la articulación interinstitucional y las condiciones reales de implementación, lo que evidencia la necesidad de repensar los diseños institucionales y los mecanismos de coordinación para que las políticas públicas puedan alcanzar mayor coherencia y efectividad.

El contexto de Maldonado de falta de recursos humanos y materiales, los tiempos de espera y el desborde de los dispositivos de atención en salud mental, genera un efecto bumerang sobre el éxito de los talleres. La coexistencia de actores nacionales (INJU, MSP) y departamentales (Dirección de Juventud de la Intendencia) genera una dinámica en la que las directrices centrales se reinterpretan según las capacidades locales, las demandas sociales y las condiciones institucionales. En consecuencia, la política termina funcionando más como una respuesta reactiva y fragmentada que como la estrategia integral prevista en su diseño, confirmando la tesis de Pressman y Wildavsky (1973) de que la implementación es un proceso complejo y contingente, donde los resultados rara vez coinciden con los objetivos iniciales.

Aspectos positivos y elementos que limitan al programa

Entre los aspectos positivos se destaca la participación activa de adolescentes en los talleres, la posibilidad de expresión de emociones y la sensibilización lograda en cada instancia. Sin embargo, los elementos críticos predominan: falta de continuidad, ausencia de protocolos de derivación, escasa capacitación de técnicos en salud mental, evaluación meramente cuantitativa y discontinuidad en la retroalimentación nacional. La implementación territorial presenta “zonas de vaciamiento institucional” (Puche, 2011), lo que impide consolidar el programa como política pública integral. La tensión entre centralización y descentralización (Aucoin, 1990) se refleja en la adaptación local de los talleres, pero sin que esa retroalimentación se incorpore al nivel nacional.

Si bien el programa fue diseñado para concientizar a los adolescentes y adultos referentes que interactúan con los adolescentes de forma diaria (familia, educadores, profesores, médicos, amigos, etc), sobre temas de salud mental para que puedan expresarse y así lograr que sus “problemas” sean tenidos en cuenta y contenidos, para que no escalen a situaciones de nivel de riesgo de vida o depresiones o desganos continuos y sobre todo fomentar la expresión de sus sentimientos negativos y que puedan compartirlo con sus pares (lo cual se logra). Pero una vez que los adolescentes logran expresarse y liberar sus sentimientos, como se evidenció en los talleres observados, no existe una estrategia de continuidad que aborde esas situaciones. Es decir que si el taller logra ser “exitoso” en términos de que un adolescente quiere luego de concurrir pedir ayuda profesional, no brinda una hoja de ruta según el prestador de salud que

el adolescente tenga para saber a dónde recurrir. Si bien al finalizar el taller se les brinda a los participantes el teléfono de atención gratuita de prevención del suicidio y la línea de apoyo emocional (conforme al diseño del taller), es poco probable que los adolescentes se animen a llamar (no hay mediciones de si eso ocurre o no). Es como que se los deja al borde de un precipicio, ya que no hay un plan de qué hacer después.

También se identifica una debilidad sobre los técnicos y la capacitación para ser técnico: el curso para técnicos está habilitado desde INJU a quien le interese y también INJU realiza la preselección para habilitar quien puede hacer el curso, que por ejemplo actualmente no está operativo. No hay una exigencia en que sean profesionales de salud mental, que puedan estar preparados para hacer frente a hechos que se puedan dar en los talleres que necesiten una atención de profesional. Tampoco el curso de técnico capacita para contener situaciones de salud mental, sino que es sólo un instructivo, guía de pautas de realizar el taller. Como material complementario se ofrece un manual para facilitadores que contiene algunas recomendaciones básicas (UNICEF, 2023). La gran mayoría de los técnicos de INJU de todos los departamentos, son profesores de educación física, o docentes o licenciados en educación, pero en general, no son profesionales que tengan formación en salud mental. Para coordinar un taller con adolescentes, es requisito es que sean dos adultos, que hayan tomado el curso, pero no se requiere que tengan conocimientos de salud mental tampoco.

A su vez, una debilidad del programa es la modalidad de evaluación, que no está orientada a medir variables emocionales que puedan luego evidenciar mejoras conceptuales sobre conductas de autocuidado o mismo conocer si luego de participar de los talleres recurrieron a consultas psicológicas. Solo se contabiliza cantidad de talleres dados, en qué tipo de instituciones y cantidad de adolescentes que participan en un año, tiene un enfoque meramente cuantitativo, que a mi entender no está alineado con el objetivo primario que es concientizar sobre salud mental. Desde ya el método de evaluación debería contemplar la evolución del estado emocional. En el año 2024 se contaba con un QR para que los adolescentes escaneen, que llevaba a un breve cuestionario, pero actualmente no se usa, como se mencionó anteriormente, y tampoco se conoce si se confeccionó un informe con los cuestionarios contestados.

Si bien aún es una política pública no adquiere dimensión nacional por no contar con una ejecución estandarizada en todo el país por igual, quedando en algunos departamentos como programa de ejecución de talleres, en comparación por ejemplo con Montevideo o Rocha que ya cuentan con centros, lo que permite tener más alcance a la población objetivo, ofrecer más recursos y por ende generar más impacto.

Se reconocen paradojas y desafíos, Aucoin (1990) en la gestión pública, por la tensión entre centralización y descentralización, dado que *Ni silencio ni tabú* enfrenta los desafíos de equilibrar la atención individualizada con la promoción de políticas universales de salud mental. El autor ante citado utiliza la metáfora del péndulo para describir cómo las reformas oscilan entre diferentes enfoques, *Ni silencio ni tabú* adapta sus estrategias según las necesidades cambiantes de los adolescentes y jóvenes, reflejando una dinámica similar de ajuste y readaptación. De cada taller surgen nuevos inputs para la retroalimentación tanto de la dinámica como de materiales de los talleres futuros, adaptándola por los técnicos a nivel local, pero no se vuelca esa retroalimentación a nivel nacional.

Es fundamental reconocer que se intenta promover la participación activa de adolescentes y jóvenes en la sensibilización y promoción de la salud mental, involucrándolos como agentes de cambio en sus comunidades. Sin embargo, hay que darles herramientas para que sea sostenible a largo plazo para que el éxito de la gestión de esta política pública se pueda ver reflejado en la reducción de la tasa de suicidio adolescente y reducción de la tasa de intentos de autoeliminación.

12. RECOMENDACIONES

Quedó demostrado que el programa no funciona de manera esperada si no hay una coordinación interinstitucional genuina y proactiva. Una propuesta sería crear una mesa interinstitucional de coordinación departamental específica para planificar acciones de promoción, prevención y tratamientos en salud mental, para adolescentes y adultos referentes, de manera tal que todas las instituciones estén alineadas. Convocar a representantes de Intendencia de Maldonado, ASSE, hospitales, centros juveniles, liceos y centros deportivos para relanzar el programa *Ni silencio ni tabú*, asegurando la comunicación generalizada pero sobre todo alineada. Un plan, un mensaje. Como comparación de una política exitosa que se trabajó con ese enfoque podemos citar por ejemplo, el Plan Ceibal (Conectividad Educativa de Informática Básica para el Aprendizaje en Línea, UNESCO, 2008), creado en 2007 (versión uruguaya del proyecto internacional *One Laptop per Child*). Su objetivo fue democratizar el acceso a las tecnologías de la información y la comunicación en el sistema educativo público, asegurando que cada estudiante y docente de primaria y secundaria contara con una computadora portátil y conexión gratuita a internet. En apenas cuatro años, se distribuyeron más de 450.000 dispositivos, alcanzando la universalización del acceso y posicionando a Uruguay como pionero mundial en inclusión digital. El plan se estructuró en tres componentes: uno educativo, orientado a la innovación pedagógica; uno social, basado en principios de equidad e inclusión; y uno

tecnológico, centrado en la infraestructura digital. Sus impactos iniciales incluyeron mejoras en la motivación de estudiantes y docentes, aumento de la autoestima juvenil y una alta aprobación social (94% de las familias valoraron positivamente la iniciativa). En esta política surgieron también desafíos en su implementación, aunque a su vez enseñanzas en materia del posicionamiento de un problema (alfabetización digital) en el debate público, la visibilización de una herramienta estatal de respuesta y mecanismos delineados de acción país que se sostuvieron en el tiempo así como ganaron relieve. La experiencia del Plan Ceibal muestra que hubo una articulación intersectorial sólida entre el sector educativo (ANEP y centros escolares), el tecnológico (proveedores de conectividad y dispositivos) y el político-social (Presidencia, MIDES y organismos internacionales), lo que permitió garantizar alcance universal, planificación sostenida y continuidad presupuestal. En contraste, la implementación de *Ni silencio ni tabú* evidencia una falta de articulación sostenida entre INJU/MIDES con ANEP y MSP, lo que deja la ejecución de los talleres supeditada a voluntades individuales de directores y docentes. Así, mientras Ceibal consolidó una política pública nacional con impacto a largo plazo, *Ni silencio ni tabú* permanece fragmentado y vulnerable, sin respaldo institucional que asegure cobertura territorial ni sostenibilidad en el tiempo.

Como primera recomendación para analizar el impacto de los talleres *Ni silencio ni tabú* en los adolescentes que participaron, se propone realizar grupos focales - un grupo focal es una técnica de investigación cualitativa que consiste en reunir a un pequeño grupo de personas para discutir de manera estructurada sobre un tema específico (Blanchet, 1987). Los grupos focales se usarán para fomentar la discusión colectiva y explorar las percepciones compartidas y las diferencias entre los participantes. Las discusiones en grupo permiten generar una visión más rica y diversa del impacto de los talleres.

La propuesta es trabajar con grupos que ya hayan realizado los talleres en los distintos liceos, segmentando los mismos por edades (13 y 14 años, 15 y 16 años y 17 a 19 años) y por zona (Maldonado, San Carlos, Rocha, Lavalleja y Montevideo). Evaluar los grupos mediante una dinámica grupal, donde se genere interacción entre los participantes, se propicie una discusión activa para obtener una variedad de perspectivas., coordinados por un moderador experimentado que guíe la discusión, asegurando que todos los participantes tengan la oportunidad de hablar y que la conversación se mantenga enfocada en los temas relevantes. La guía de pautas será basada en las temáticas de los talleres de *Ni silencio ni tabú*.

Blanchet (1987) resalta que los grupos focales son particularmente útiles para explorar fenómenos complejos y obtener una comprensión más profunda de las percepciones y comportamientos de las personas en un contexto social. Para recoger percepciones y

experiencias de los participantes en un ambiente de discusión abierta. Así como en el comienzo del diseño de la política se convocó a un grupo de adolescentes para aportar su voz, que contribuyeron no sólo a darle nombre “*Ni silencio ni tabú*” si no también opinaron sobre las temáticas de las tarjetas y situaciones hasta la imagen gráfica y audiovisual, también se debería realizar seguimiento de los adolescentes que participaron de los talleres a lo largo de por lo menos un año para analizar si adoptaron nuevas conductas de autocuidado y protección emocional. Recién en esta instancia se podrá conocer si la política logró su cometido, de concientización.

Quedó demostrado en el análisis que es indispensable lograr una adecuada atención y contención psicológica de los adolescentes, para un departamento como Maldonado densamente poblado y con una de las más altas proporciones de población adolescente y joven del país. Ante lo cual se necesitan diseñar protocolos compartidos y circuitos de derivación rápidos, con seguimiento técnico conjunto, para lo cual se propone:

- ✓ Establecer un Centro *NSNT* en Maldonado dado que, como se mencionó, el programa cuenta con una estrategia de creación de centros, pero por el momento no existen planes de abrir uno de ellos en Maldonado. Según fuentes consultadas ello se ha debido a un tema de prioridades, y en otros por temas políticos, que se necesita apoyo de la Intendencia de Maldonado, respecto del cual no se pudo constatar.
- ✓ Fortalecer atención de urgencia y acceso continuo, mediante la asignación de recursos para asegurar guardias psicológicas y psiquiátricas, con atención 24/7 en emergencias de salud mental específicas para adolescentes en Maldonado.
- ✓ Incorporar profesionales especializados en salud mental adolescentes en centros a los que concurren adolescentes con alta carga emocional y vulnerabilidad (como Zorzales o las policlínicas) y en los liceos cubrir todos los horarios en que se dicta clase.
- ✓ Realizar una cartilla de dispositivos de atención en salud mental en el territorio para que estén accesibles (un mapa que identifique de forma rápida según el prestador que se tiene adonde recurrir, incluyendo los números telefónicos que hoy se brindan)

- ✓ Implementar estrategias preventivas comunitarias, desarrollando una campaña educativa territorial en salud mental, con contenidos adaptados para padres, adolescentes y adultos referentes.
- ✓ Promover educación emocional en centros educativos, integrando temas como consumo, violencia, diversidad sexual, acoso escolar, bullying, y sobre todo uso consciente de redes sociales.
- ✓ Visibilizar y revalorizar *Ni silencio ni tabú* mediante acciones de difusión territorial, redes sociales, y alianzas con centros juveniles y deportivos.
- ✓ Aprovechar espacios alternativos como aliados, recopilar los programas actuales similares de las diversas instituciones y trabajar de forma conjunta para implementar dispositivos grupales de reflexión, expresión artística y prácticas deportivas como herramientas de inclusión y prevención.

También es importante poder llegar a los adolescentes de manera directa, encontrándolos y captando su atención en el lugar donde más tiempo pasan, así como se proponen los talleres en los centros educativos, así podría suceder también en redes sociales como otro espacio claves. Se propone desarrollar una estrategia de comunicación directa a los adolescentes con mensajes de autocuidado y estrategias de prevención de salud mental. Si bien el programa *Ni silencio ni tabú* está planteado para ser ejecutado en ámbitos donde se encuentran los adolescentes de manera presencial, no podemos negar que la mayoría de su tiempo lo usan para navegar en las redes sociales como Instagram (85%) y tik tok (70%) y youtube (85%) (según la fuente Statista, 2025) entre otras.

Si bien @nisilencionitabu cuenta con una cuenta de Instagram, la estrategia de contenidos, no logra atraer a la población objetivo (6590 seguidores, cuando hay 433 mil adolescentes en todo el país (INE, 2024). A su vez, aunque se identifican posteos de contenidos, aquellos que logran más porcentaje de interacciones, los que particularmente dan consejos para mejorar el estado emocional:



Fuente: Instagram @nisilencionitabu

La recomendación es trabajar los contenidos para que puedan llegar directamente a los adolescentes y sobre todo crear una cuenta de Tik Tok, con contenido que incluya:

Una serie de videos cortos (60/90 segundos) que emulan conversaciones de WhatsApp entre adolescentes, donde se abordan situaciones de salud mental y el protagonista del conflicto encuentra apoyo. La idea es generar identificación con el espectador, que vea que a otros les pasa lo mismo y naturalizar la contención entre pares. Por ejemplo: un amigo se baja de un compromiso con una excusa vaga, ocultando un malestar, y, al sentirse acompañado con los mensajes, termina contando qué es lo que le pasa. (Sería la versión de las tarjetas de “En tu zapatos”, existente en los talleres *NSTN*, pero en versión digital).

Spots con testimonios de jóvenes que hayan superado distintos conflictos referidos a la salud mental. El protagonista está situado en un entorno cotidiano (una típica habitación de adolescente, una mesa entre amigos, dentro del aula de una escuela, etc), pero cuando comienza el relato el mundo a su alrededor queda congelado.

Generar videos donde figuras reconocidas por los adolescentes, que hayan padecido situaciones de salud mental, cuentan su experiencia. La idea consistiría en mostrarlos lo más natural posible y generar cercanía con el receptor⁶.

⁶ Se puede tomar como ejemplos

Duki - https://youtube.com/shorts/AIM8-3V_fb8?si=NjqVZQZtAdOCMo7i

Eventualmente, realizar una serie de posteos para Instagram y Tik Tok con videos de un profesional de la salud compartiendo ejercicios prácticos y/o tips para sentirse mejor. Técnicas de respiración, relajación muscular, meditación, actividad física, etc. Son videos sencillos, dinámicos, estilo casero, con textos sobreimpresos. Podría considerarse el producir un podcast en video con figuras de amplio alcance ligadas a la temática⁷, entrevistando a jóvenes uruguayos que hayan atravesado situaciones referidas a la salud mental.

13. REFLEXIONES FINALES

El programa *Ni silencio ni tabú* constituye una respuesta innovadora y pertinente frente al creciente malestar psicoemocional de adolescentes y jóvenes en Uruguay, especialmente en un escenario pospandémico que profundizó las brechas estructurales en salud mental. Su surgimiento como política pública en 2023 representa un avance significativo en el reconocimiento del sufrimiento psíquico juvenil como problema público, y en la necesidad de abordarlo desde una perspectiva intersectorial, comunitaria y con enfoque de derechos.

El análisis de su implementación territorial en el departamento de Maldonado permite visibilizar tanto los logros como las tensiones que atraviesan las políticas públicas en este campo. Si bien el programa habilita espacios de escucha, participación y construcción colectiva de sentidos —con potencial transformador si se consolidan como dispositivos permanentes articulados con los servicios existentes—, también se evidencian desafíos estructurales que comprometen su efectividad, accesibilidad y sostenibilidad. La continuidad de los talleres, la articulación interinstitucional y la cobertura territorial emergen como dimensiones críticas que requieren fortalecimiento. La centralización de decisiones, la fragilidad comunicacional entre actores y la escasez de recursos humanos especializados configuran un escenario donde la política corre el riesgo de fragmentarse, reproduciendo lógicas de intervención discontinuas y desiguales. En este sentido, la metáfora del “queso gruyere” (Puche, 2011) resulta pertinente para describir una implementación marcada por vacíos, intermitencias y zonas de silencio institucional.

El análisis del diseño del programa revela debilidades significativas que tensionan su capacidad de respuesta frente a las realidades locales. Entre ellas, se destaca la ausencia de una estrategia clara para captar y atender a los adolescentes que quieran buscar ayuda profesional, la falta de

Rajchman - [Se cyberdice de mi | Camila Rajchman | TEDxMontevideo](#)

⁷ Santi Talledo (@ceromiligramos), es un streamer que lleva adelante un podcast sobre salud mental y también genera transmisiones desde el canal LuzuTV. Se difunden por redes sociales distintos cortes y el episodio entero.

protocolos unificados de atención y derivación, y la escasa articulación con el sistema nacional de salud.

En este marco, se recomienda ajustar el diagnóstico y los objetivos del programa para diseñar estrategias diferenciadas y personalizadas por grupo y avanzar hacia un modelo de atención más integral en coordinación con ASSE, tomando como referencia experiencias internacionales como la de *Headspace* que está inserto en el sistema de salud. Estas acciones permitirían consolidar una política pública de salud mental para los adolescentes más eficaz.

Finalmente, es importante considerar que el programa cuenta con apenas dos años de implementación. Las intenciones que lo sustentan son positivas y pertinentes para la población adolescente, y es esperable que en los próximos años se produzcan ajustes en su estrategia, coordinación, metodología e indicadores, en función de los aprendizajes acumulados y las demandas emergentes del territorio.

A modo de limitaciones, se reconoce que la vastedad de actores involucrados en el entramado departamental de atención en salud, acompañamiento social y educativo a adolescentes resulta difícil de abarcar de manera exhaustiva. Asimismo, los acotados recursos materiales y humanos de la política *Ni silencio ni tabú* en Maldonado conducen a explorar una política cuyas formas de ejecución e interlocutores impiden mayor margen para innovaciones, readecuaciones o un sostén en mayor grado articulado con la esfera nacional. También, se reconoce la singularidad sociodemográfica del departamento de Maldonado que, a pesar de ecos en observaciones contrastantes con otros departamentos, plantea un caso de suma particularidad en el Uruguay.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abarca Alpízar, F. (2016). *La metodología participativa para la intervención social: Reflexiones desde la práctica*. Universidad Nacional.
- Adam & Krieski (2010). *El enfoque en redes*. En Sabatier (2010). Teorías del proceso de las políticas públicas, pp.139-165.
- Aguilar Villanueva, L. F. (1996). *El estudio de las políticas públicas*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Aucoin, P. (1990). Administrative reform in public management: Paradigms, principles, paradoxes and pendulums. *Governance: An International Journal of Policy and Administration*, 3(2), 115–137.
- Banco Mundial. (2023). *Informe anual de salud global*. Recuperado de <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.SUIC.P5>.
- Banister, P., Burman, E., Parker, I., Taylor, M., & Tindall, C. (1994). *Qualitative methods in psychology: A research guide*. Open University Press.
- Birkland, T. (1998). Focusing events, mobilization, and agenda setting. *Journal of Public Policy*, 18(1), 53–74.
- Birkland, Thomas (2015). An Introduction to Policy Process. Theories, Concepts and Models Public Policy Making. Ed. Routledge, 3rd ed. New York. Capítulo 1 (Introducing the Policy Process).
- Blanchet, A. (1989). Entrevistar. En A. Blanchet et al., *Técnicas de investigación en ciencia social. Datos, observación, entrevista, cuestionario* (pp. 87–131). Narcea.
- Boivin, M., Rosato, A., & Arribas, V. (Comps.). (2004). *Constructores de otredad. Una introducción a la antropología social y cultural*. Eudeba.
- Cattáneo, C. A., & Bocchicchio, A. M. (2023). *Articulación interinstitucional en las políticas públicas: alcances y limitaciones / Interinstitutional articulation in public policies: scope and limitations*. Revista Perspectivas de Políticas Públicas, 13(26), 236–254. Universidad Nacional de Lanús. <https://revistas.unla.edu.ar/perspectivas/article/view/5074>.
- Chambers, R. (1995). Métodos abreviados y participativos a fin de obtener información social para los proyectos. En *Primero la gente*. Fondo de Cultura Económica.
- Cobb, R. W., & Elder, C. D. (1983). *Participation in American Politics: The Dynamics of Agenda-Building* (2nd ed.). Johns Hopkins University Press.
- Datos Macro (www.datosmacro.com).
- De León, N. (2013). *Salud mental en debate: pasado, presente y futuro de las políticas en salud mental*. Udelar, CSIC.

De Lellis, M., Interlandi, C., & Martino, S. (2015). Introducción a la salud pública como área del conocimiento y de la acción. En M. De Lellis (Comp.), *Perspectivas en salud pública y salud mental* (pp. 11–42). Ediciones Nuevos Tiempos.

Dunn, W. N. (1981). *Public policy analysis: An introduction*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Filardo, V. (2015) *Cambios y permanencias en las transiciones a la vida adulta de los jóvenes en Uruguay (2008-2013)* Unidad de estudios del INJU-MIDES Cuadernos temáticos de la ENAJ. N°1. Montevideo.

Filardo, V., & Borrás, V. (2015). Conductas suicidas y salud mental en adolescentes y jóvenes del Uruguay. En *Uruguay desde la sociología XII*. Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales.

Fontaine, G. (2015). *El análisis de políticas públicas: conceptos, teorías y métodos*. Siglo XXI Editores.

Grindle, M. S. (2009). La brecha de la implementación. En F. Mariñez & V. Garza (Eds.), *Política pública y democracia en América Latina: Del análisis a la implementación* (pp. 13–34). Miguel Ángel Porrúa.

Gub.uy (www.gub.uy).

Hall, P. A., & Lamont, M. (Eds.). (2012). *Social resilience in the neoliberal era*. Cambridge: Cambridge University Press.

Headspace. (s.f.). *Headspace National Youth Mental Health Foundation*.

Immergut, E. M. (2006). Institutional constraints on policy. En M. Moran, M. Rein, & R. E. Instituto Nacional de Estadística. (2023). *Resultados preliminares del censo 2023*. INE. <https://www.ine.gub.uy>.

Intendencia de Maldonado (2025), recuperado de <https://www.maldonado.gub.uy/noticias/salud-mental-compromiso-traves-del-trabajo-interinstitucional-dialogo>.

INJU/MIDES. (2020). *Informe situación del bienestar psicosocial y salud mental en adolescentes y jóvenes en Uruguay*. Montevideo.

INJU/MIDES. (2022). *Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud*. Montevideo.

INJU/MIDES. (2023). *Informe IV Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud*. Montevideo.

INJU Uruguay. (2025). *INJU Uruguay [Canal de YouTube]*. YouTube. <https://www.youtube.com/@injuuruguay>

Kingdon, J. W. (1995). *Agendas, alternatives, and public policies* (2nd ed.). New York: HarperCollins College Publishers.

Korpi, W. (2000). Faces of inequality: Gender, class, and patterns of inequalities in different types of welfare states. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, 7(2), 127–191.

Korpi, W. (2006). Power resources and employer-centered approaches in explanations of welfare states and varieties of capitalism: Protagonists, consenters, and antagonists. *World Politics*, 58(2), 167–206. <https://doi.org/10.1353/wp.2006.0026>.

Lafourcade, A. (2019). Migración y Espacio Social en Maldonado. Tekoporá. *Revista Latinoamericana De Humanidades Ambientales Y Estudios Territoriales*. ISSN 2697-2719.

Lasswell, H. D. (1930). *Psychopathology and politics*. University of Chicago Press.

Lasswell, H. D., & Lerner, D. (1951). *The policy sciences: Recent developments in scope and method*. Stanford University Press.

Ley N.º 19.529. Derecho a la protección de la salud mental. *Diario Oficial de la República Oriental del Uruguay*, 20 de agosto de 2017.

Ley N.º 19.979. Campaña Nacional de Concientización y Prevención del Suicidio Adolescente. *Diario Oficial de la República Oriental del Uruguay*, 20 de agosto de 2021.

Lowi, T. (1996). Políticas públicas, estudios de caso y teoría política. En L. Aguilar Villanueva (Ed.), *La hechura de las políticas públicas* (2ª ed., pp. 89–117). Miguel Ángel Porrúa.

Malinowski, B. (1922/1986). *Los argonautas del Pacífico Occidental* (E. Gómez García, Trad.). Barcelona: Ediciones Península. (Obra original publicada en 1922).

MIDES (2020). *Reportes departamentales. Maldonado*. Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo, MIDES. Montevideo. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/Informe%20Maldonado.pdf>.

Ministerio de Salud Pública. (2023). *Estadísticas vitales: Informe anual 2022*. Dirección General de la Salud, División Estadísticas Vitales. <https://www.msp.gub.uy>

MSP. (2022). *Informe sobre salud mental y prevención del suicidio adolescente*. Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/suicidio-adolescente-uruguay-asunto-salud-publica>.

MSP. (2023). *Panorama de salud mental y bienestar psicosocial en adolescentes y jóvenes de 16 a 19 años (ENAJ 2023)*.

MSP. (2024). *Prestaciones en salud mental*. Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-saludpublica/salud-mental>.

Ni silencio ni tabú. (n.d.). *Historias de Instagram*.

<https://www.instagram.com/stories/nisilencionitabu.uy>

Naciones Unidas. (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. Recuperado de <https://www.unicef.org/es/convencion-derechos-nino/texto-convencion>.

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Guía de intervención mhGAP*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44498/1/9789243548067_spa.pdf

Panizza, F., Ramos, C., & Scherlis, G. (2018). Unpacking patronage: The politics of patronage appointments in Argentina's and Uruguay's central public administrations. *Journal of Politics in Latin America*, 10(2), 73–103.

Pérez-González, J. C., et al. (2020). *Educación emocional en salud pública: fundamentos y desafíos para la prevención*. Revista de Educación Emocional y Salud Pública, 12(2), 45–62.

Pressman, J. & Wildavsky, A. (1973). *Implementation*. Berkeley: University of California Press.

Puche, P. (2011, noviembre 3). *MarViva es Avina: la metáfora del queso gruyere*. Ecoportal. https://www.ecoportal.net/temas-especiales/globalizacion/marviva_es_avina-_la_metafora_del_queso_de_gruyere/.

Rodríguez Pinho, J. R. (2023). *Relaciones intergubernamentales y capacidades estatales para las políticas públicas en las intendencias de Uruguay (2005–2020)* [Tesis de doctorado, Universidad de la República]. Colibrí Repositorio UDELAR. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/43969>.

Rofman, A. (2016). *Participación, políticas públicas y territorio*. Buenos Aires: Editorial Biblos.

Russo, S., & Torres, S. (2019). *Actualización del Test de apercepción temática*. Biblos.

Sabatier, P. A., & Mazmanian, D. A. (1980). The implementation of public policy: A framework of analysis. *Policy Studies Journal*, 8(4), 538–560.

Sampieri, R., Hernández, C., et al. (2014). *Metodología de la investigación*. México.

Santi Talledo <https://www.tiktok.com/@santitalledo/video/7314261526247001349?lang=es>

Sautu, M., et al. (2005). *Manual de metodología: Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*. CLACSO, Colección Campus Virtual. <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/campus/metodo/RSCapitulo%201.pdf>.

Skocpol, T. (1989). El estado regresa al primer plano. *Zona Abierta*, 50, 71–122.

Stolkiner, A. (2005). Interdisciplina y salud mental. En: IX Jornadas Nacionales de Salud Mental - I Jornadas Provinciales de Psicología Salud Mental y mundialización: Estrategias posibles en la Argentina de hoy, 7, 8 de octubre 2005 · Posadas · Misiones · Argentina

Subirats, J., et al. (2007). *Análisis y gestión de políticas públicas*. Ariel.

Subrayado <https://www.subrayado.com.uy/lustemberg-hay-30000-personas-asse-lista-espera-acceder-un-equipo-salud-mental-n981468>.

UNICEF. (2017). *Suicidio*. Uruguay.

UNICEF. (2021). *Informe sobre el impacto de la pandemia en adolescentes*. Recuperado de <https://www.unicef.org/lac/el-impacto-del-covid-19-en-la-salud-mental-de-adolescentes-y-j%C3%B3venes>.

UNICEF. (2023). *Ni silencio ni tabú*. Recuperado de <https://www.unicef.org/uruguay/ni-silencio-ni-tabu>.

UNICEF & MSP. (2023). *Guía de abordaje frente al riesgo suicida en adolescentes*. Uruguay.

Vasilachis de Gialdino, I. (Coord.). (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa.

Valles, M. S. (1999). Técnicas de observación y participación. De la observación participante a la investigación acción-participativa. En *Técnicas Cualitativas de Investigación Social* (pp 142-175). Madrid: Síntesis.

Valles, M. S. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional*. Editorial Síntesis.

https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Psicologos_en_Uruguay.pdf

15. ANEXOS

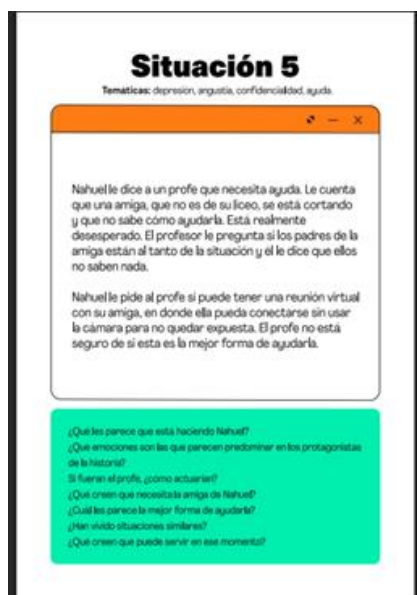
15.1 Imágenes tarjetas con dibujos – Etapa 1



Tarjetas con frases – Etapa 2



Tarjetas de Situaciones



15.2 Pauta de observación para un taller *Ni silencio ni tabú*

Esta pauta está pensada para guiar la observación participante durante el desarrollo del taller en el rol de co- coordinador del mismo, siendo el coordinar principal el técnico de INJU. La pauta de la dinámica de los talleres fue la que estableces el manual de pautas de UNICEF (2023)

Dimensión	Preguntas orientadoras	Indicadores
Sujetos	¿Quiénes participan? ¿Qué roles asumen?	Edad, género, nivel de participación, liderazgo espontáneo
Acciones	¿Qué hacen durante el taller?	Actividades, dinámicas, intervenciones
Interacciones	¿Cómo se relacionan entre sí?	Diálogos, gestos, acuerdos, conflictos
Contexto	¿Qué situaciones se dan? ¿Cómo se organiza el espacio?	Disposición física, clima emocional, normas implícitas
Tiempos	¿Cómo se desarrollan los momentos del taller?	Inicio, desarrollo, cierre, momentos de tensión o apertura
Lenguaje y enunciación	¿Qué dicen? ¿Cómo lo dicen?	Palabras clave, silencio, tono emocional
Implicación del observador	¿Cómo se siente el investigador? ¿Qué rol asume?	Participación, reflexiones, tensiones, aprendizajes

15.3 Guía de pauta entrevistas

Grupo 1 - referentes institucionales que participaron del diseño del programa “Ni silencio ni tabú”. (funcionarios de MIDES, MSP, y UNICEF)

Objetivo: Comprender el proceso de diseño, fundamentos teóricos, motivaciones y objetivos del programa desde la perspectiva de sus diseñadores.

Estructura de la entrevista:

Introducción: Presentación del entrevistador y del propósito de la entrevista. Asegurar confidencialidad y consentimiento. Crear un clima de confianza.

Preguntas:

1. ¿Cuál fue tu rol/ cargo en el equipo de diseño del programa?

2. ¿Cómo surgió la idea de “*Ni silencio ni tabú*”? ¿Qué necesidades buscaba atender?
3. ¿Quiénes participaron en el diseño?
4. ¿Cuáles fueron los objetivos principales? ¿Cómo se definieron?
5. ¿Qué marcos conceptuales guiaron el diseño? ¿Qué autores o enfoques fueron referencia?
6. ¿Qué cambios esperan generar con el programa? ¿Cómo se evalúa su impacto?

Cierre: agradecimiento por el tiempo y la información compartida. Preguntar si desea agregar algo que no se haya abordado. Confirmar si desea recibir los resultados o avances de la investigación.

Grupo 2 - referentes institucionales ejecutores actuales del programa “*Ni silencio ni tabú*” (funcionarios de Mides, Inju y Unicef)

El objetivo es comprender la ejecución del programa a nivel nacional y la departamental. Identificar desafíos, alcances y limitaciones de la implementación, el grado de avance de los objetivos planteados, la retroalimentación obtenida y las modificaciones que le han hecho al programa.

Estructura de la entrevista:

Introducción: Presentación del entrevistador y del propósito de la entrevista. Asegurar confidencialidad y consentimiento. Crear un clima de confianza.

Preguntas:

1. ¿Podría describir brevemente tu rol dentro del programa NSNT?
2. ¿Desde cuándo participa en la implementación del programa y en qué territorio o nivel?
3. ¿Qué actores institucionales han estado más involucrados en la ejecución?
4. ¿Cuáles considera que han sido los principales logros del programa hasta ahora?
5. ¿Qué limitaciones o dificultades han enfrentado en la implementación?
6. ¿Cómo se han abordado los desafíos vinculados a la coordinación interinstitucional?
7. ¿Qué tipo de retroalimentación han recibido por parte de adolescentes, equipos técnicos o actores comunitarios?
8. ¿Qué modificaciones se han realizado en los contenidos, metodologías o estrategias?
9. ¿Qué aprendizajes destacaría de la experiencia con NSNT?
10. ¿Qué recomendaciones haría para fortalecer el programa en futuras etapas?

Cierre: agradecimiento por el tiempo y la información compartida. Preguntar si desea agregar algo que no se haya abordado. Confirmar si desea recibir los resultados o avances de la investigación.

Grupo 3 - referentes institucionales que tienen vínculo con adolescentes y la salud mental (funcionarios de Asse, Mutualistas, Areas de Salud y desarrollo social de la intendencia, directivos de liceos, directivos de policlínicas, funcionarios de Inau)

Objetivo: Identificar si conocen el programa, conocer si tienen interacción con otros programas de salud mental para adolescentes y su diálogo con ni silencio ni tabú. Mapear la capacidad de dispositivos y profesionales para atender la salud mental de adolescentes en Maldonado y dar respuesta a sus necesidades.

Introducción: Presentación del entrevistador y del propósito de la entrevista. Asegurar confidencialidad y consentimiento. Crear un clima de confianza.

Preguntas:

1. Descripción de su función y cómo se relaciona con los adolescentes y la salud mental
2. ¿Cómo describiría las principales preocupaciones o problemáticas de salud mental que observa en adolescentes de Maldonado?
3. ¿Qué espacios o dispositivos existen actualmente para la prevención en salud mental adolescente en su entorno?
4. ¿Conoce el programa *Ni silencio ni tabú*? ¿Cómo se enteró y qué impresión tiene sobre sus objetivos? (Si contesta afirmativamente seguir con la 5 y 6) si no ir directo a la 7.
5. ¿Ha tenido contacto directo con alguna instancia del programa (talleres, materiales, capacitaciones)? ¿Cómo fue esa experiencia?
6. ¿Qué aspectos del programa NSNT considera más relevantes o necesarios?
7. ¿Qué recomendaciones haría para fortalecer las políticas de prevención y postvención en salud mental adolescente en Maldonado?

Cierre: agradecimiento por el tiempo y la información compartida. Preguntar si desea agregar algo que no se haya abordado. Confirmar si desea recibir los resultados o avances de la investigación.

15.4 Listado entrevistados

Referentes de MIDES

Técnico NSNT en Maldonado

Responsable INJU Maldonado

Responsable programática MIDES Central

Directora del programa NSNT a nivel nacional

Directora Centro Rocha

Responsable INJU Lavalleja

Referentes de MSP

Psicóloga que intervino en el diseño
Director de la departamental de salud
Subdirector de Asse Maldonado
Director policlínica El Vigia en Maldonado

Referente UNICEF

Responsable diseño y ejecución

Referentes Contexto Maldonado

Directora de Salud Intendencia
Lic. en psicología de Mutualista
Responsable Coordinación comités de recepción Mutualista
Responsable políticas sociales intendencia
Directora Liceo departamental
Director Liceo Municipal
Directora de políticas de juventud de la Intendencia
Psicóloga Liceos
Directora Centro Juvenil

15.5 Consentimientos

Los consentimientos fueron realizados vía whatsapp, se adjuntan las fotos del chat intercambiado con:

Mauricio Obelar – Responsable Centro deportivo Cerro Pelado

Flavia Falero – Profesora biología Liceo 2 de San Carlos

Mauricio

Flavia

