



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Facultad de Psicología, Universidad de la República

Trabajo Final de Grado
Modalidad: Artículo Científico de Revisión Bibliográfica
Revista: Psicología Política

La internación adolescente en salud mental: Análisis crítico de las prácticas manicomializantes en Uruguay



Estudiante: Joaquina García Betarte.

C.i: 5.164.999-8

Tutora: Mag. Psic. Cecilia Baroni.

Revisor: Lic. Psic. Marcelo Aguirre.

Montevideo, Uruguay. 2026.

Índice

1. Introducción.....	6
1.1 Justificación y relevancia del estudio	
1.2 Objetivos y preguntas	
2. Metodología.....	8
3. Marco contextual: Uruguay y la salud mental.....	9
3.1 Antecedentes históricos y reforma en salud mental	
3.2 Derechos humanos y políticas públicas dirigidas a adolescentes	
4. Adolescencias, salud mental y sufrimiento psíquico.....	17
4.1 Adolescencias: definiciones y abordajes	
4.2 Salud mental, diagnósticos y sobrediagnósticos	
4.3 Sufrimiento psíquico	
5. La internación psiquiátrica como respuesta institucional.....	26
5.1 El encierro bajo nuevas etiquetas	
5.2 Lógicas manicomializantes: definición y características	
5.3 Subjetividades, estigmas y control	
6. Análisis crítico de las prácticas manicomializantes en Uruguay.....	37
6.1 Reproducción de lógicas de encierro manicomializantes	
7. Alternativas posibles y horizontes ético-políticos.....	40
8. Conclusiones.....	44
9. Referencias bibliográficas	48

Agradecimientos

A mi abuela Mabel, mi ángel en el cielo.

Gracias por enseñarme que el dolor del otro también es nuestro, que las heridas compartidas se vuelven menos oscuras.

Gracias por tus poesías —esas primeras ventanas al mundo— y por haber convertido mi infancia en un refugio donde la ternura siempre ganaba.

A María, mi mamá, mi brújula más fiel. Gracias por sostener mis pasos cuando la tierra se movía, por ser hogar, abrazo y cobijo en cada una de mis batallas. Gracias por darle impulso a todos mis sueños y hacer de este uno posible.

A Gary, mi papá, que me enseñó desde pequeña a mirar al costado; a no vivir encerrada en mi propio mundo, a tender la mano a quien más lo necesita y a abrir siempre el alma hacia el otro. Gracias por inspirarme, por ser un ejemplo a seguir, por acompañarme en cada búsqueda y por hacer posibles mis estudios.

A mis hermanos, mis tres faritos encendidos incluso en la noche más cerrada. Gracias por iluminarme, por acompañarme incluso desde el silencio y por recordarme que no estoy sola. Ezequiel, gracias por enseñarme a soñar sin límites y por ser mi ejemplo desde siempre. Bautista, gracias por recordarme, con tu ternura, la importancia de la calma y la paciencia. Guadalupe, gracias por acompañarme y enseñarme a ser más fuerte cada día.

A Rita, gracias por tu presencia amorosa a lo largo de mi vida, por acompañarme desde niña y por ser parte esencial de mi historia.

A toda mi familia, gracias por creer en mí incluso cuando yo apenas podía conmigo misma.

A mis amigas, cómplices del alma. Gracias por estar en cada caída, en cada victoria, en cada transformación. Son el color que mi vida no sabía que necesitaba.

A mi novio, mi compañero, que sostuvo mis dudas, mis ideas y mis tormentas con la paciencia del amor verdadero. Gracias por ser refugio y lugar seguro.

A la Facultad de Psicología y a la Universidad de la República, que sembró en mí una mirada crítica, sensible y comprometida; que me enseñó a pensar, a nombrar lo injusto, a no acostumbrarme al dolor del otro y a luchar por un mundo más justo.

A Laura Buschiazzo, mi referente durante mis prácticas en el 2025.

Gracias por tu manera luminosa de trabajar con infancias y adolescencias, pero también por tu humanidad, tu escucha y tu forma de abrigar los procesos.

A mi tutora, Cecilia Baroni, que problematiza e invita a mirar de frente una temática dura pero necesaria y urgente como la manicomialización. Gracias por tender puentes donde otros levantan muros. Gracias también en nombre de quienes viven el encierro y no pueden alzar la voz.

Y a todas las personas que hacen de mi vida un territorio más tierno, más habitable, más humano: gracias.

Este trabajo existe porque ustedes existen.

Soy, profundamente,
una suma de todos ustedes.

Resumen:

El presente trabajo analiza críticamente la internación psiquiátrica de adolescentes en Uruguay, poniendo de relieve la persistencia de prácticas manicomializantes a pesar de los avances normativos en materia de salud mental y derechos humanos. A partir de una revisión bibliográfica y documental, se examinan las formas contemporáneas de gestión del sufrimiento psíquico en la adolescencia, las lógicas de control y encierro que aún sustentan los dispositivos institucionales y los efectos subjetivos, sociales y simbólicos que estas prácticas generan. Se toman aportes teóricos, normativos y de organismos nacionales e internacionales, así como producciones de colectivos sociales, para problematizar la tensión entre cuidado y disciplinamiento. El trabajo busca contribuir a la comprensión crítica del modelo de atención vigente y a la necesidad de alternativas ético-políticas que promuevan prácticas respetuosas de la singularidad y los derechos de niñas, niños y adolescentes.

Palabras claves: Internación psiquiátrica; Adolescencia; Prácticas manicomializantes; Derechos humanos; Salud mental.

Abstract:

This bibliographic review article offers a critical analysis of adolescent psychiatric hospitalization in Uruguay, highlighting the persistence of institutional practices that reproduce manicomial logics despite recent advances in mental health and human rights legislation. Through a bibliographic and documentary review, the study examines contemporary approaches to adolescent psychological distress, the mechanisms of control and confinement embedded in current institutional responses, and the subjective, social and symbolic effects produced by these interventions. Drawing on theoretical literature, national and international legislation, institutional documents, and contributions from social movements, the work problematizes the tension between care and disciplinary practices. It aims to contribute to a critical understanding of the existing mental health system and to advocate for ethical-political alternatives that promote practices aligned with dignity, singularity and the rights of children and adolescents.

Key words: Psychiatric hospitalization; Adolescence; Human rights; Mental health.

Poema - “Ironías bajo la almohada”

Anónimo. (2025)

Me despierto y leo: “Klinos¹ – Centro de Salud Mental”.

¿De qué salud mental hablan,
si aquí lo que menos existe es eso?

Salud mental, acá, equivale a que nos
apaguen con pastillas
mil veces al día.

Equivale a encierro.

A rejas.

A mirar el mundo desde adentro
como si fuéramos reclusos sin delito,
separados del afuera por un “entre”
que distancia,
que erosiona,
que mata lento—
o demasiado rápido—
el alma.

El lugar está “bien”, dicen.

Pero encierro es encierro,
aunque lo maquillen.

Acá no se puede vivir.

Mucho menos recuperar(se).

Nadie puede sanar tomando sesenta pastillas
al día,
cayendo al pasto por el efecto,
perdiendo la voz
y la dignidad.

Estoy adentro.

Miro la almohada,
la observo como testigo muda,
y no puedo creerlo.

Ironía.

¿Salud mental?

Parece un chiste cruel.

Acá juegan con las personas
como si fuéramos marionetas fatigadas:
conmigo,

con el otro,

con todos.

Desde que llegué

no vi una sola psicóloga.

No tuve un espacio para hablar.

Lo nombran “Centro de Salud Mental”,
pero se parece demasiado
a una cárcel.

Estoy enojada.

Y tengo razón.

Quiero ser escuchada.

Quiero sanar.

Pero así, no.

No de esta forma.

No lo merezco.

Nadie lo merece.

Me están matando en vida.

Las rejas me matan.

El ruido me mata.

El encierro nunca será libertad.

Y sin libertad,

no hay salud mental.

Qué ironía.

¹ Clínica privada de salud mental en Montevideo, Uruguay. Se especializa en la internación psiquiátrica y rehabilitación para adultos, niños y adolescentes. (Centro Klinos, 2025)

1. Introducción

1.1 Justificación y relevancia del estudio

El presente artículo, enmarcado en el Trabajo Final de Grado (TFG) de la Licenciatura en Psicología, tiene como propósito principal realizar un análisis crítico de la internación psiquiátrica de adolescentes en el ámbito de la salud mental en Uruguay, haciendo énfasis en la persistencia de prácticas manicomializantes en el contexto actual.

En cuanto a su modalidad de presentación, adopta el formato de artículo científico de revisión bibliográfica, tomando como referencia las condiciones editoriales de la Revista *Psicología Política*. Dicha elección no resulta azarosa, sino que responde tanto a la afinidad entre el enfoque del presente estudio y el campo problemático que aborda dicha revista, particularmente en lo referido a las relaciones entre subjetividad, instituciones, salud mental y derechos humanos, como a la pertinencia de este formato para articular y analizar críticamente antecedentes teóricos, normativos, institucionales y documentales sobre la temática.

Este trabajo se inscribe en el Programa *Formación y relación con el saber, experiencias y producción de subjetividades*, perteneciente al Instituto de Psicología, Educación y Desarrollo Humano (IPEHD) de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, y particularmente en la línea de investigación coordinada por la Prof. Adjta. Dra. Cecilia Baroni, denominada *Saber, encierro y prácticas desmanicomializantes*. La inclusión en este marco académico resulta pertinente en tanto dicho programa aborda los procesos de producción de subjetividad en relación con dispositivos institucionales y prácticas educativas y de cuidado, perspectiva desde la cual se problematizan las experiencias de encierro en salud mental que constituyen el eje central del presente estudio.

Asimismo, la elección de esta temática no es ajena a la implicación de quien investiga. Se reconoce que el interés por el problema abordado se encuentra atravesado por vivencias personales. Lejos de constituir un obstáculo, esta implicación es aquí entendida como una condición de producción de conocimiento. Tomando aportes de Lourau (1991), se asume que toda investigación se encuentra atravesada por la posición del sujeto que investiga, por lo que no existe una neutralidad absoluta, sino formas de implicación que deben ser reconocidas, analizadas y puestas en juego de manera reflexiva.

En esta misma línea, Ardoino (1997) plantea que la implicación “no es un fenómeno voluntario sino un fenómeno que se padece” (p. 2). Desde esta perspectiva, no existe un “afuera” en la producción de conocimiento: quien investiga y escribe lo hace necesariamente desde una posición situada, atravesada por su historia, sus experiencias, sus conflictos y sus modos de comprender el mundo.

La implicación, por tanto, no puede ser suspendida ni neutralizada, sino que forma parte constitutiva de toda práctica investigativa. Reconocerla no implica renunciar a la rigurosidad, sino, por el contrario, habilitar una reflexión crítica sobre las condiciones desde las cuales se construye el análisis.

Desde este posicionamiento, el trabajo procura sostener un análisis crítico y fundamentado, articulando rigurosidad académica con una perspectiva ético-política situada. La experiencia personal no se presenta como evidencia en sí misma, sino como un punto de partida que habilita interrogantes en torno a los modos en que se produce y gestiona el sufrimiento psíquico, particularmente en la población de niñas, niños y adolescentes.

La internación psiquiátrica de adolescentes constituye una problemática compleja y de gran relevancia ética, política y social. Aún con los avances normativos —como la aprobación de la Ley N.º 19.529 de Salud Mental (2017) y la Ley N.º 20.376 (2024, 24 de septiembre) de protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes (NNA)— persisten prácticas que reproducen lógicas manicomializantes. Estas se ven centradas en el control, la patologización y el encierro, en detrimento de enfoques basados en derechos, participación y atención a la singularidad de cada adolescente.

Se parte de la comprensión de la *adolescencia* como una etapa compleja y crucial del desarrollo, en la que resulta fundamental garantizar una atención integral que respete los procesos subjetivos y promueva el ejercicio de sus derechos.

Resulta necesario, por tanto, visibilizar cómo estas lógicas operan bajo denominaciones actuales como “*centro de salud mental*”, así como problematizar los sentidos atribuidos a la “*locura*” y a otras formas que configuran el sufrimiento psíquico en la adolescencia. En este marco, se sostiene la necesidad de cuestionar los abordajes hegemónicos que priorizan la internación como respuesta predominante, promoviendo alternativas que garanticen cuidados respetuosos de los derechos.

1.2 Objetivos y preguntas

Desde una perspectiva de derechos humanos resulta imprescindible repensar las prácticas en salud mental en el marco de la dignidad, la integridad y la participación de las personas. En este marco, este trabajo se propone problematizar críticamente el lugar que ocupa la internación psiquiátrica de adolescentes dentro del sistema de salud mental, analizar los efectos subjetivos, simbólicos y sociales que produce, y visibilizar las lógicas de exclusión, discriminación y el encierro que aún la sustentan.

Ante esta realidad, surgen interrogantes: ¿Qué lugar ocuparán las adolescencias futuras en una sociedad que aún apela al encierro como respuesta al sufrimiento psíquico? ¿Estamos construyendo un mundo que acoja, escuche y acompañe nuevas formas de habitar la adolescencia, o uno que las rechace y excluya? ¿Qué es la salud mental? ¿Qué implica hablar de salud mental en adolescentes?. Estas interrogantes no siempre encuentran respuestas únicas ni cerradas, pero invitan a reflexionar y pensar críticamente en qué tipo de prácticas, discursos y estructuras estamos inmersos.

2. Metodología

El presente trabajo se inscribe en una metodología cualitativa de revisión bibliográfica y documental, orientada al análisis crítico de producciones teóricas, normativas e institucionales vinculadas a la salud mental adolescente, la internación psiquiátrica y las prácticas manicomializantes en Uruguay. El corpus de análisis se compone de artículos científicos, libros y capítulos académicos, legislación nacional e internacional, documentos institucionales e informes elaborados por organismos públicos, colectivos sociales y organismos de derechos humanos. La selección de estas fuentes se realizó en función de su pertinencia para abordar las categorías centrales del estudio: salud mental, adolescencia, sufrimiento psíquico, internación psiquiátrica, derechos humanos y marco normativo uruguayo.

En particular, se incluyen leyes nacionales —como la Ley N.º 19.529 de Salud Mental, la Ley N.º 9.581 de 1936 del Psicópata, la Ley N.º 20.376 y la Ley N.º 17.823— e internacionales; así como documentos institucionales del Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay (INAU), la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH), el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNP), el Programa de Participación Infantil y Adolescente del INAU (PROPIA), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), el Programa Nacional de Salud Mental (PNSM), entre otros que resultan pertinentes a lo largo de la producción científica.

También se consideran documentos de colectivos y movimientos sociales como Radio Vilardevoz y la Asamblea Instituyente por Salud Mental, Desmanicomialización y Vida Digna (AISMDVD). Asimismo, se incluyen marcos normativos internacionales como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), la Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia (ENIA) y el Código de la Niñez y la Adolescencia (CNA) y la Convención sobre los Derechos del Niño.

Se trata de un artículo científico de revisión bibliográfica que no pretende producir datos empíricos originales ni desarrollar una revisión sistemática en sentido estricto, sino analizar críticamente los aportes disponibles sobre la temática, identificando continuidades, tensiones, disputas conceptuales y persistencias institucionales en torno a la internación psiquiátrica de adolescentes. Desde esta perspectiva, la revisión bibliográfica y documental constituye una vía pertinente para problematizar los modos contemporáneos de gestión del sufrimiento psíquico adolescente y para aportar a la reflexión ético-política sobre las prácticas de cuidado, control y encierro en el campo de la salud mental.

3. Marco contextual: Uruguay y salud mental

Comenzar a abordar la locura a través de procesos de empoderamiento y de visibilización de las personas con padecimientos mentales permitió generar algunos desequilibrios en el *statu quo* que se pueden observar en torno a lo que implicó impulsar La Ley N.º 19.529 de Salud Mental (Uruguay, 2017), aprobada en agosto de 2017 en Uruguay. Si las leyes —como plantea Eugenia Allier (2010)— son «batallas por la memoria», haber logrado un cambio jurídico implicó poner sobre la mesa las condiciones de vida y el tratamiento hacia muchos ciudadanos, fruto de décadas de encierro y abandono que comenzaron a horrorizar a la opinión pública y a generar una sensibilidad que dejó entrever que estábamos asistiendo a un período que denominé de olvido del loco. (Baroni, 2020, p. 24).

3.1 Antecedentes históricos y reforma en salud mental

Desde el surgimiento del pensamiento positivista y la consolidación de la medicina moderna a comienzos del siglo XIX, el padecimiento psíquico comenzó a ser abordado desde lógicas de clasificación, normalización y control. En este proceso, la locura fue integrada dentro de la categoría de “lo anormal” habilitando su gestión mediante dispositivos disciplinarios. Como señala Foucault (2002), esta binarización entre lo normal y lo patológico legitimó el “disciplinamiento de las conductas anormales” y consolidó un saber-poder que dio lugar a la emergencia del psiquiatra como nueva figura de autoridad (p. 184).

La psiquiatría moderna adquirió así la capacidad de clasificar, intervenir y corregir comportamientos considerados “desviados”, articulando conocimiento científico y ejercicio de poder (Foucault, 2002). La diferencia, la discriminación y el encierro han marcado y dejado una profunda influencia en lo que respecta a la forma en que se percibe, trata y excluye a ciertos grupos dentro de la sociedad.

En este sentido, tomando los aportes de Fernandez (2009) es necesario problematizar la diferencia, es decir, pensar “qué hacer con los diferentes, o qué hacer cómo diferentes, según estemos, en una situación dada, del lado dominante o subalterno de la diferencia” (p. 24).

La autora invita a pensar *la diferencia* no como aquello que debe ser borrado o subordinado, sino como aquello que nos constituye. Trasladar estas ideas al campo de la salud mental permite vislumbrar un horizonte en el que la diferencia, lejos de vivirse como una amenaza, se reconozca como una riqueza social que interpela los marcos de normalidad y habilita prácticas más inclusivas y respetuosas de los derechos.

El colectivo Radio Vilardevoz² ha sido clave en este proceso, generando transformaciones y disputas simbólicas en torno a la desmanicomialización. En línea con ello, Baroni (2020) plantea el interrogante sobre cómo se entiende la locura: “como una enfermedad —y, por tanto, si se cura se vuelve a la cordura—, o como una identidad posible, donde no hay que parecerse a un cuerdo para poder ser, existir” (p. 126).

Concebir la locura como una identidad posible implica desplazarla del lugar de amenaza que debe ser neutralizada para reconocerla como una forma legítima de existencia. El supuesto de que solo la “cordura” garantiza humanidad comienza a desarmarse cuando nos preguntamos quiénes son verdaderamente los “cuerdos” y quiénes los “locos”, lo que expone la arbitrariedad de estas categorías.

Se vuelve interesante abordar la historia de la locura en Uruguay, no por un interés meramente historiográfico, sino porque resulta fundamental para comprender cómo se han configurado las prácticas, discursos y dispositivos que aún hoy moldean las formas de atención en salud mental —en especial en la adolescencia— ya que se replican formas de excluir al “loco”. De esta forma, se permite identificar continuidades y rupturas en torno al encierro, el estigma y el lugar otorgado a la voz de quienes padecen sufrimiento psíquico.

El Hospital Vilardebó inaugurado el 21 de mayo de 1880 en Montevideo, ha desempeñado un “importante papel” —según desde donde se lo piense— en la salud mental de las personas de Uruguay. Como consecuencia de la falta de apoyo estatal hacia el área de la salud mental, a menudo se convierte en el único recurso disponible para aquellos individuos en situación de vulnerabilidad, quienes enfrentan no sólo la estigmatización asociada a su padecimiento psíquico, sino también diversas circunstancias desfavorables externas (económicas, ambientales, culturales, políticas y sociales) que aumentan la brecha de desigualdad social. (Baroni, 2020, p. 26)

² La Radio Vilardevoz: funciona como medio de comunicación y se presenta como dispositivo alternativo de salud mental con perspectiva de derechos humanos, cumpliendo funciones como la rehabilitación, comprensión y producción de conocimiento. (Radio Vilardevoz, s.f.)

Según Baroni (2020), la investigación histórica sobre el modelo manicomial ha sido escasa. A comienzos del siglo XX, la internación se consolidó como respuesta hegemónica, acompañada por la creación de las colonias Etchepare (1912) y Santín Carlos Rossi (1921), basadas en concepciones higienistas y moralizantes que promovían la institucionalización prolongada. Paralelamente surgieron algunos dispositivos alternativos, como los hogares protegidos y la asistencia familiar (desde 1929), así como desarrollos tempranos en la atención a la infancia que impulsaron la psicología clínica. En el plano normativo se aprobó la Ley del Psicópata (1936) y se creó el Patronato del Psicópata (1948). Para la década de 1960, informes internacionales ya señalaban la urgente necesidad de transformar el sistema. A fines del siglo XX, el deterioro institucional se profundizó y la falta de alternativas comunitarias quedó en evidencia. (p. 32)

La Ley N.º 19.529 de Salud Mental (Uruguay, 2017) establece que se “encomienda especialmente a la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (...) defender y promover los derechos de las personas reconocidos en la presente ley” (art. 46). Asimismo, el artículo 29 dispone la notificación obligatoria a dicho organismo cuando la hospitalización supera los 45 días corridos. De acuerdo con este artículo, toda internación voluntaria o involuntaria que se extienda más de 45 días debe ser comunicada, en un plazo máximo de 72 horas, a la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental y a la Institución Nacional de Derechos Humanos. Asimismo, los artículos 40 y 46 encomiendan a la Institución la defensa y promoción de los derechos allí reconocidos y la difusión de las normas, derechos y dispositivos orientados a la protección de las personas con sufrimiento mental. (INDDHH, 2021)

En este marco, un hito significativo de este nuevo paradigma ha sido la sanción de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). Este modelo permite un cambio trascendental, pues permite ir desterrando el modelo de sustitución de la voluntad asociado al concepto de incapacidad por el de complemento necesario para compensar las dificultades que en el transcurso de la vida se le plantean al sujeto que padece algún tipo de restricción a su capacidad. (De Lellis, 2015).

La Ley N.º 19.529 (Uruguay, 2017) representaría un avance fundamental para la protección y garantía de los derechos humanos de las personas más vulnerables en lo que respecta a la salud mental promoviendo la difusión y respeto de los derechos reconocidos en el marco legal.

Ahora, resulta crucial cuestionar si esta Ley realmente ampara los derechos de las personas o si, en cambio, termina reafirmando la internación en salud mental como forma de intervención ante el sufrimiento psíquico de las personas.

3.2 Derechos humanos y políticas públicas dirigidas a adolescentes

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN, 1989) es un acuerdo internacional que reconoce y respalda –o debería– los derechos de niños, niñas y adolescentes en todo el mundo; el derecho a una protección integral, la consideración prioritaria del interés superior del niño y el acceso a información adecuada. Es responsabilidad del Estado garantizar un entorno seguro, libre de violencia y discriminación, así como propiciar las condiciones necesarias para un desarrollo pleno y protector para los NNA.

Esto implica la creación de un ambiente protector para la adolescencia y exige el compromiso y la capacidad del gobierno. La CDN no sólo define los derechos de niños, niñas y adolescentes, sino que también orienta a los Estados en cuanto a cómo deben abordarse las problemáticas que los afectan, estableciendo obligaciones legales e institucionales.

Manríquez (1997) define a la CDN como "algo más trascendente que un catálogo de derechos reconocidos por la comunidad internacional. Es un completo instrumento jurídico, que inserta la Doctrina de la Protección Integral de los Derechos del Niño como generalmente admitida y esencialmente es un imperativo ético para los Estados" (p. 33)

En Uruguay, este proceso se vio reflejado en la aprobación del Código de la Niñez y Adolescencia en 2004, que regula las responsabilidades del Estado hacia los menores de 18 años como parte del camino hacia la construcción de un Sistema Integral de Protección. Esta legislación regula las obligaciones estatales respecto a las personas menores de 18 años y constituye un paso clave en la adecuación institucional requerida (INDDHH, 2020).

Es importante señalar que la Convención fue aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, y ha sido ratificada por más de 190 países, incluido Uruguay. Sin embargo, a pesar de este importante avance normativo, persisten desafíos significativos para lograr que todos los derechos reconocidos se concreten plenamente en la vida cotidiana de niñas, niños y adolescentes (<https://www.unicef.org/uruguay/derechos-del-nino>).

Una vez consagrados los derechos de NNA el siguiente paso es la implementación de Políticas Públicas que atiendan las necesidades específicas de la adolescencia y operacionalizar los aspectos jurídicos. La Convención sobre los Derechos del Niño promueve la creación de un Sistema Integral de Protección a la Infancia, lo cual va más allá de simplemente cumplir con la normativa y requiere una adaptación institucional desafiante.

En Uruguay, las políticas públicas dirigidas a la infancia y la adolescencia se enmarcan en el Código de la Niñez y Adolescencia (Uruguay, Ley N° 17823) y en el principio de protección integral de los derechos.

La institución responsable de su aplicación es el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), que trabaja en coordinación con el MIDES en áreas clave como las transferencias económicas a las familias, la atención a niños y adolescentes en situación de calle, la garantía de acceso a la educación y la protección frente a situaciones de violencia.

El Código de la Niñez y la Adolescencia de Uruguay establece un marco legal para proteger los derechos de los NNA, fomentando su participación en decisiones que los afectan y garantizando su bienestar integral. Promueve un enfoque de protección basado en el interés superior del niño, la responsabilidad compartida entre familia, sociedad y Estado, y la prohibición del castigo físico. Señala que las voces de los NNA deben ser consideradas en todas las decisiones que los involucren y que la privación de libertad debe ser el último recurso, garantizando siempre su protección y participación activa en la búsqueda de soluciones.

Por otro lado, INAU (2025) impulsa y respalda diversas estrategias de promoción, protección y apoyo destinadas a adolescentes y sus familias. Dentro de este enfoque, los Centros Juveniles forman parte de la red territorial de servicios públicos, integrándose como dispositivos claves de las políticas integrales dirigidas a las adolescencias. Su trabajo abarca acciones vinculadas a la educación, la participación ciudadana, la construcción de identidad, así como también iniciativas artísticas, deportivas y de promoción de la salud.

El Plan Nacional de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia 2016-2020 surge de un proceso colectivo que definió objetivos y acciones de política pública orientadas al bienestar de niños, niñas y adolescentes en Uruguay. Más allá de un documento técnico, constituye una apuesta ética y política que reconoce a la infancia y la adolescencia no solo como futuro, sino como sujetos activos en el presente. El plan retoma los lineamientos de la Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia (ENIA) 2010-2030, que continúan vigentes, y propone avanzar en la reducción de brechas y desigualdades mediante una mayor articulación institucional y social. Se subraya la necesidad de adultos comprometidos, dispuestos a construir una sociedad capaz de garantizar plenamente los derechos de niños, niñas y adolescentes. (MIDES, 2016)

El Programa Nacional de Salud Adolescente (PNSA) reconoce que, antes de su creación, el Ministerio de Salud Pública ya venía desarrollando diversas iniciativas orientadas a la salud integral de las y los adolescentes, las cuales mostraban una creciente alineación con los enfoques de la Atención Primaria en Salud (APS).

En 2005, con la llegada de una nueva administración, se formalizó la creación del PNSA con la intención de consolidar una política nacional de salud integral para la adolescencia, fundamentada en la universalidad, la equidad, la accesibilidad, la presencia territorial y el respeto por la diversidad.

Posteriormente, en 2007, el programa —en coordinación con la Dirección Nacional de Infancia del MIDES— impulsó un cambio en el modelo de atención, buscando articular los distintos programas de la Dirección Nacional de la Salud (DIGESA) promover la intersectorialidad y desarrollar espacios específicos para adolescentes, siguiendo las recomendaciones de la OPS.

Como resultado, se implementaron los primeros 30 Espacios de Salud para Adolescentes (ESA), centrados en la promoción y prevención, alejándose de un enfoque meramente asistencialista, y que desde entonces han continuado expandiéndose (MSP, 2009). A partir de 2010, el programa pasó a denominarse Programa Nacional de Salud de Adolescencia y Juventud (PNSAJ), fortaleciendo un modelo de atención centrado en las y los adolescentes, considerando tanto su entorno inmediato como su contexto social más amplio.

Este enfoque promueve estilos de vida saludables, la prevención de problemáticas de salud y la participación activa de los jóvenes en los procesos de cuidado. Para ello, se busca llegar no solo a los servicios tradicionales, sino también a los ámbitos donde transcurre su vida cotidiana —centros educativos, espacios laborales y lugares de recreación—, ampliando las posibilidades reales de acceso.

Este modelo, sustentado en los principios de la Atención Primaria en Salud (APS), concibe a las y los adolescentes como sujetos bio-psicosociales con capacidad de decisión sobre su propia salud, dejando atrás la mirada reducida al riesgo y ubicándolos como protagonistas en la construcción de soluciones (MSP, 2014).

Un avance relevante de este proceso fue la publicación, en 2009, de las guías estandarizadas para la atención integral de adolescentes en el Primer Nivel de Atención, elaboradas por el Área Programática de Adolescencia y Juventud de la DIGESA. Estas guías establecieron la realización de controles de salud anuales y definieron la obligatoriedad, gratuidad y universalidad del carné adolescente para jóvenes de entre 12 y 19 años, garantizando así un piso básico de derechos.

En este marco, se impulsó la creación de dispositivos como los Espacios de Salud para Adolescentes (ESA), que buscan superar el modelo asistencialista tradicional —anclado en una perspectiva deficitaria, patogénica y fuertemente orientada al riesgo— y avanzar hacia un paradigma que valore las capacidades personales, familiares y comunitarias.

Este nuevo enfoque se apoya en los derechos humanos, en una perspectiva ecológica, de género, ética, de educación para la salud y de resiliencia.

Su propósito es ofrecer una atención integral y singularizada, orientada a la promoción de estilos de vida saludables, la prevención de riesgos y el fortalecimiento de los recursos existentes en el propio entorno de la persona adolescente, impulsando además su participación activa (Contino, 2022).

Desde esta perspectiva, los ESA se configuran como espacios de referencia donde, mediante el trabajo interdisciplinario y la articulación en red con otros sectores, se favorece la promoción de hábitos saludables, la disminución de factores de riesgo y el fortalecimiento de factores de protección. Esto se realiza a través de actividades recreativas, educativas, deportivas y de participación comunitaria que, sustentadas en un enfoque de derechos, aseguren la accesibilidad y promueven el empoderamiento de las y los adolescentes en el ejercicio de su ciudadanía, sus derechos y la construcción de un proyecto de vida.

En coherencia con este paradigma, la Ley N.º 20.376 (Uruguay, 2024) debería funcionar como un marco rector para la protección de las infancias y adolescencias. Establece que el Estado debe garantizar y potenciar su desarrollo integral asegurando que “en cada uno de los entornos en los que transcurre su vida existan las condiciones humanas, sociales y materiales que promuevan, garanticen y potencien su desarrollo integral” (art. 2).

Si este mandato fuera efectivamente cumplido, las adolescencias deberían crecer en entornos seguros y cuidados, acceder a servicios de salud mental oportunos y dignos, y la internación no debería siquiera constituir una alternativa viable. Tal como se analizará más adelante, esta práctica no solo vulnera derechos, sino que contribuye a profundizar el malestar en lugar de asegurar condiciones que promuevan su desarrollo integral.

Sin embargo, el paradigma de NNA como sujetos de derechos dista de materializarse en sus experiencias cotidianas. Las insuficiencias de las políticas públicas y sociales generan trayectorias marcadas por el sufrimiento psíquico que, en muchos casos, desembocan en internaciones en dispositivos de corte manicomial. Esto evidencia un Estado que no logra garantizar los cuidados y soportes necesarios para sostener el proyecto de vida de las adolescencias, reproduciendo lógicas que contradicen su propio marco normativo y los principios que, en teoría, orientan las políticas de salud integral.

Las prácticas sociales segregativas producen cuerpos empobrecidos —que empujan a las infancias y adolescencias invisibilizadas—, cuerpos desbordados —que impulsan infancias y adolescencias disruptivas—, cuerpos maltratados —que modelan infancias y adolescencias tuteladas—. ¿Cómo no interrogar acerca de las condiciones de producción de esos cuerpos? (Luale, 2019, citado por Pena et al., 2020, p. 137)

En Uruguay existen diversas políticas públicas orientadas a los NNA que abarcan múltiples dimensiones: transferencias monetarias y apoyos sociales para combatir la pobreza infantil, extensión de la educación y la alimentación escolar, fortalecimiento de los servicios de cuidado y de las parentalidades, acciones de prevención y erradicación de la violencia, promoción de la salud integral —con especial énfasis en la salud mental— y el fomento de la participación de niños, niñas y adolescentes en espacios de decisión, como ocurre con el Programa de Participación Infantil y Adolescente (PROPIA). (Ministerio de Desarrollo Social, 2021).

Aún con la existencia de diversas políticas públicas como las mencionadas anteriormente, los NNA continúan siendo sujetos vulnerados en el ejercicio de sus derechos. Lo establecido en dichas políticas no alcanza para garantizar la prevención y promoción de la salud mental, ni para evitar que el encierro siga siendo el destino de muchos de ellos.

Estas disposiciones legales evidencian la necesidad de prácticas que respeten la autonomía y los derechos de los adolescentes, aspectos vulnerados en las internaciones psiquiátricas involuntarias, las cuales muchas veces no garantizan una participación real ni respetan el interés superior del niño y adolescente.

Se torna imprescindible advertir que los procesos de patologización, encierro y silenciamiento que históricamente han atravesado la llamada “locura” no se limitan a los adultos: *la locura no tiene edad*. Tal como señalan Baroni (2020) y Fernández (2009), las categorías de cordura/locura y normalidad/diferencia no son neutrales, sino construcciones sociales que organizan jerarquías, producen exclusiones y determinan qué vidas son consideradas valiosas y cuáles quedan relegadas a los márgenes.

Pese a la existencia de un robusto andamiaje normativo y de políticas públicas orientadas a garantizar derechos —como la Convención sobre los Derechos del Niño, el Código de la Niñez y Adolescencia y la Ley N.º 20.376—, persisten prácticas que reproducen las mismas lógicas manicomializantes que afectaron históricamente a los adultos: medicalización excesiva, internaciones psiquiátricas involuntarias, falta de escucha y ausencia de participación en las decisiones que los involucran.

Estas lógicas no sólo operan a nivel discursivo, sino que se materializan en dispositivos concretos de atención en salud mental.

En este sentido, persisten dispositivos como las API (Atención Psiquiátrica Integral), clínicas privadas conveniadas con INAU/ASSE para la atención de crisis agudas en NNA, como el caso de API Los Robles, documentado en informes institucionales (Mecanismo Nacional de Prevención, 2016).

Este tipo de dispositivos presentan rutinas rígidas de alta seguridad, medicalización excesiva y permanencias que exceden el alta médica (con promedios de hasta cinco meses), en tensión con los límites establecidos por la Ley N.º 19.529 (art. 29), que fija un máximo de 45 días para la internación

Así, la diferencia —cuando se manifiesta como sufrimiento, desborde o malestar— continúa siendo gestionada desde la sospecha y la disciplina, en lugar de ser reconocida como una expresión singular de la experiencia adolescente.

Reconocer que “la locura” no tiene edad implica, entonces, comprender que el sufrimiento psíquico en la adolescencia no es un problema individual, sino el resultado de tramas sociales, políticas e institucionales que moldean subjetividades. Supone también interrogar las prácticas que, bajo el discurso de la protección, terminan reproduciendo formas de vulneración. En este sentido, el diálogo entre los derechos humanos, la desmanicomialización y las políticas orientadas a las adolescencias abre la posibilidad de pensar dispositivos más respetuosos, menos tutelantes y verdaderamente centrados en garantizar condiciones de vida dignas para quienes atraviesan esta etapa vital.

4. Salud mental, adolescencias y sufrimiento psíquico

4.1 Adolescencia: definiciones y abordajes

Pensar la adolescencia implica reconocer las múltiples formas de habitar y transitar esta etapa, lo que vuelve complejo y desafiante cualquier intento de establecer una definición única. Autores como Duarte (2001, citado por Donas 2001), Viñar (2009) y Sujoy (2014) cuestionan la noción de “la adolescencia” como experiencia única y universal, señalando que una concepción homogénea resulta reduccionista.

En contraposición, proponen una mirada plural que reconozca la heterogeneidad de trayectorias, contextos y vivencias que coexisten.

Desde esta perspectiva, se optará por hablar de *adolescencias*, en plural, para dar cuenta de las diversas —y subjetivas— maneras de atravesar esta etapa.

Desde una perspectiva institucional, la OMS define la adolescencia como:

La fase de la vida que va de la niñez a la edad adulta, o sea desde los 10 hasta los 19 años. Representa una etapa singular del desarrollo humano y un momento importante para sentar las bases de la buena salud. Los adolescentes experimentan un rápido crecimiento físico, cognoscitivo y psicosocial. Esto influye en cómo se sienten, piensan, toman decisiones e interactúan con su entorno. (OMS, 2016, párr. 1).

A nivel nacional, el Código de la Niñez y la Adolescencia (Uruguay, 2004) establece que se considera adolescente a toda persona entre 13 y 17 años cumplidos. En la Ley N.º 20.376 (2024) sobre infancias y adolescencias aprobada en 2024, que enmarca las garantías para la primera infancia, infancia y adolescencia, se define a la adolescencia como “la adolescencia desde los trece a los diecisiete años, inclusive” (art. 3).

Por un lado, el término “*adolescencia*” deriva del latín *adulescens*, que significa “*crecer*”. En este sentido, hay varios enfoques sobre el crecimiento. Diversos autores atribuyen que la adolescencia es adolecer. De esta forma pasa a tener connotaciones negativas asociadas al padecimiento y al dolor. (Duek, 2017).

Por otro lado, se ve a las adolescencias como un periodo que habilita el desarrollo de una entidad propia a partir de procesos históricos de subjetivación. Asimismo, el enfoque del paradigma de la complejidad sostiene la mirada de que es un proceso dinámico y abierto a lo contingente (Bravetti et al., 2018). Desde esta mirada, las adolescencias dejan de ser consideradas únicamente como etapa de sufrimiento.

Por añadidura, Da Silva (2003) sostiene que las adolescencias no transcurren como un trayecto lineal desde la infancia hacia la adultez, sino que se presenta como una etapa de tránsito marcada por la presencia de conflictos y transformaciones. Lejos de ser un período simple o estable, implica para el sujeto una vivencia compleja. Esto genera una necesidad de buscar nuevas figuras que funcionen como apoyo y contención frente a esta etapa.

Estas definiciones dan cuenta de que, en la adolescencia, ocurren múltiples cambios subjetivos y que esta etapa se encuentra atravesada por dimensiones culturales y sociales. Se resalta también, la relevancia del sostén y la guía para los adolescentes ya que están sumergiéndose en un mundo nuevo que apenas comienzan a descubrir.

Asimismo, las familias, las instituciones y el Estado tienen un rol clave para ofrecer acompañamiento, promoviendo y previniendo daños en la salud mental de los adolescentes durante este período crucial. Muchas veces este rol de acompañamiento el rol mencionado puede verse pasivo o inactivo y no son más que los adolescentes quienes salen perjudicados en una sociedad que, como alternativa hacia el fracaso de su propio sistema, busca el encierro en centros manicomiales.

4.2 Salud mental, diagnósticos y sobrediagnósticos

Habiendo delineado algunas aproximaciones al concepto de adolescencia, es posible ahora interrogar cómo se entrecruzan esta etapa vital con la noción de salud mental. ¿Qué es la salud mental? ¿Qué implica hablar de salud mental en adolescentes?

Según la OMS (2025), la salud mental es:

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. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. La salud mental es, además, un derecho humano fundamental. Y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico.

En esta misma línea, la OMS sostiene que la salud mental es más que la ausencia de trastornos y enfatiza la importancia de considerar los riesgos que se manifiestan en etapas sensibles del desarrollo. La adolescencia, por sus características, constituye un periodo especialmente expuesto a estos factores de riesgo, lo que refuerza la necesidad de intervenciones centradas en la promoción y prevención.

Desde el plano normativo uruguayo, la Ley n.º 19.529 (Uruguay, 2017) la define en su artículo 2º como:

Un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Dicho estado es el resultado de un proceso dinámico, determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos.

El Plan Nacional de Salud Mental (Uruguay, 2020) amplía la definición al sostener que:

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

Si bien ambas definiciones coinciden en reconocer la salud mental como un fenómeno dinámico y multidimensional, su alcance depende de la forma en que se traducen en prácticas concretas. En la operativización de las políticas públicas muchas veces se prioriza el control de la conducta o la estabilización sintomática, dejando en segundo plano la promoción, prevención y rehabilitación. Esto se vuelve especialmente problemático en el caso de NNA, donde la protección de derechos y la inclusión social resultan sumamente importantes para evitar internaciones psiquiátricas.

A pesar de estas definiciones amplias, en la práctica contemporánea se observa una tendencia creciente al sobrediagnóstico y a la patologización de las adolescencias. En un contexto donde la salud mental ocupa un lugar central en el discurso social, los límites entre lo “normal” y lo “anormal”, lo “sano” y lo “patológico”, se vuelven cada vez más difusos, y muchas experiencias propias del desarrollo adolescente pasan a ser leídas como síntomas o trastornos.

Esto se intensifica en los dispositivos psiquiátricos, donde ciertas formas de malestar son rápidamente clasificadas y etiquetadas, produciendo un tipo de adolescente considerado “problemático”, “riesgoso” o “disruptivo”. Estas categorías no solo medicalizan la vida cotidiana, sino que además configuran subjetividades marcadas por la exclusión, reforzando la idea de que los NNA encarnan una diferencia que debe ser corregida o contenida.

De este modo, el modelo diagnóstico se vuelve performativo: no solo describe, sino que produce modos de ser adolescente, muchas veces alejados de las concepciones dinámicas, complejas y situadas de la salud mental que las propias políticas declaran promover.

Ahora bien, no todo se agota en definiciones normativas o institucionales. La salud mental también debe entenderse como un campo de problemas, donde entran en juego valores, saberes y prácticas.

Galende (1983) señalaba que “los valores salud y enfermedad mental, tanto en los individuos como en los grupos humanos, los modos técnicos en que son abordados y los saberes que se ponen en juego requieren de una referencia a la realidad social” (p. 79). Sin embargo, con frecuencia hablar de salud mental sigue siendo sinónimo de “enfermedad mental”, reducida al padecimiento individual (Baroni, 2020, p. 23).

En contraste, distintas corrientes críticas han impulsado una visión que prioriza el carácter colectivo y social de la salud mental. Baroni (2020) enfatiza que esta concepción no niega los padecimientos, pero sí coloca en el centro los derechos de las personas, marcando una línea que tensiona el límite entre militancia social y prácticas profesionales críticas. (p. 134)

La perspectiva de la complejidad también aporta claves relevantes. Siguiendo a Morin (1994), se trata de evitar explicaciones reduccionistas y comprender los procesos humanos en su multidimensionalidad. Como advierte Amarante (2009), cualquier categorización corre el riesgo de caer en reduccionismos que aplastan la existencia humana (p. 21). En esta línea, Stolkiner (2005) subraya que la salud mental debe abordarse como un campo interdisciplinario y social, que desborda las fronteras de una única disciplina.

Asimismo, otros autores cuestionan la noción de “estado de bienestar” propuesta por la OMS. Calatayud (2009) señala que esta definición aparece descontextualizada y demasiado general, proponiendo en su lugar una perspectiva ecologicista con múltiples causales. Del mismo modo, De Lellis et al. (2015) advierten que la salud no puede comprenderse como un estado estático, sino como un proceso histórico-social atravesado por factores sociales y ambientales.

Estas perspectivas se vuelven aún más relevantes si se consideran las particularidades de las adolescencias. Teniendo en cuenta que el cerebro atraviesa transformaciones profundas que afectan la conducta, la regulación emocional y la toma de decisiones (Steinberg, 2008). Tales procesos se tornan especialmente sensibles cuando los NNA son sometidos a prácticas manicomializantes: reducir sus experiencias a síntomas desconoce tanto la especificidad del desarrollo cerebral como las huellas del trauma y el encierro.

Desde una perspectiva de derechos, esto plantea la necesidad de diseñar abordajes que prioricen el cuidado y la prevención por sobre el control y la sanción, reconociendo que las intervenciones en esta etapa no solo impactan en el presente, sino también en las trayectorias vitales futuras. Asimismo, es indispensable pensar que las prácticas manicomializantes presentes en la actualidad, no constituyen más que lógicas de encierro que no “rehabilitan” el dolor psíquico, sino que lo refuerzan dejando a los NNA como sujetos sin derechos que deben ser excluidos por no seguir lo “normal” para la sociedad.

El recorrido anterior permite situar un giro epistemológico que ha comenzado a problematizar las nociones de salud mental, desplazando su comprensión desde una mirada biomédica hacia una perspectiva integral, contextual y compleja.

De Lellis (2015) señala que, históricamente, la salud mental ha estado marcada por un paradigma médico-hegemónico de carácter tutelar, que concebía al “enfermo mental” como incapaz y centraba la atención en la internación, el aislamiento y la rehabilitación bajo criterios normativos y moralizantes. Este modelo, heredero de las instituciones asilares del siglo XIX y legitimado por la psiquiatría, promovió prácticas como la criminalización del “loco”, la sustitución de la voluntad y la exclusión social.

En un sentido complementario, Menéndez (1985) caracteriza el modelo médico hegemónico como un conjunto de rasgos estructurales —biologismo, ahistoricidad, asocialidad, individualismo y pragmatismo— que tienden a excluir o minimizar el papel de los factores político-económicos y socioculturales en la producción y abordaje de los procesos de salud-enfermedad. Incluso cuando reconoce su incidencia, este modelo los subordina a determinaciones biológicas y, en segundo plano, psicológicas, limitando su incorporación en la explicación etiológica y en las soluciones propuestas.

El saber médico es sin duda hegemónico en nuestra cultura Occidental y juega un papel central a la hora de determinar una práctica como socialmente aceptada o condenarla. Cuando una persona porta un estigma, de acuerdo a cómo se utilizan las etiquetas en las prácticas habituales se produce un desplazamiento del sujeto por la enfermedad y este etiquetaje lleva a su vez a la patologización de la vida cotidiana.

En las últimas décadas, este enfoque ha sido progresivamente cuestionado, dando lugar a un paradigma integral orientado a la inclusión social y al reconocimiento de capacidades.

Este nuevo modelo —inspirado en el modelo social de la discapacidad y consolidado con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad— se basa en la promoción de derechos, el control y reducción de internaciones, la desinstitucionalización, el trabajo en redes interdisciplinarias y la horizontalidad de las prácticas.

El cambio implica pasar de un enfoque centrado en la carencia a uno que prioriza el fortalecimiento de las oportunidades y la autonomía de las personas con padecimiento mental, aun en contextos de asistencia.

Las aproximaciones que se mencionan anteriormente dan cuenta de la adhesión a un paradigma de salud integral, que a nivel internacional ubica uno de sus hitos fundacionales en la Declaración de Alma Ata (OMS, 1978). Este cambio de paradigma comporta profundas transformaciones sociales y políticas, reflejando un proceso de ruptura con la razón positivista, que apuntalaba al tradicional modelo médico hegemónico. De esta forma, se evoluciona progresivamente hacia un paradigma donde la enfermedad mental pasa a ser “desmedicalizada en su concepción social y técnica, y puesta en relación con los hechos del lenguaje y la vida social” (Galende, 1983, p. 426).

Esto se traduce en nuevas prácticas terapéuticas a partir de nuevos modos de comprensión de lo patológico, en que se reconoce su componente histórico; instalando una nueva referencia de índole semántica una “semiotización del hecho patológico” superando la referencia biológico-natural de la “anormalidad” y el sesgo “sustancializador” de la enfermedad mental, propios del modelo tradicional (Galende, 1983).

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

Hay una sociedad que se impone, conformada por una sociedad que marca las reglas del juego, donde todas las personas deberían de acatar las mismas.

Siguiendo los planteos de Cao (2013) es de esperarse que las adolescencias también se adapten y cumplan con lo que está establecido. En contrapartida los NNA cuestionan, transgreden límites, y modifican lo establecido creando una nueva forma de ser. El autor plantea que este imaginario funciona basado en la creación de sus propios códigos, valores e ideales que se posicionan en contra del momento en la cual se encuentran viviendo, basándose en estos para generar un posicionamiento subjetivo diferente. Expresa que dentro de una misma generación pueden convivir varios imaginarios adolescentes, ya que las personas siempre poseemos diferencias socioculturales y económicas que hacen que nos posicionemos de diversas maneras ante la vida.

Esta mirada permite tensionar también el concepto de riesgo: no como un atributo del adolescente en sí, sino como una posición subjetiva que emerge en contextos de exclusión, desigualdad y falta de acompañamiento. De este modo, el sufrimiento psíquico deja de ser leído únicamente como patología individual, para inscribirse en una red más amplia de determinaciones sociales y vínculos con el entorno.

Las adolescencias estructuran su subjetividad en relación con otros y con las culturas que las rodean; la familia, la escuela, el grupo de pares y las condiciones de vida inciden de forma decisiva en los procesos de construcción identitaria. En este sentido, pensar las adolescencias implica considerar la identidad como un trabajo psíquico y social, siempre abierto a reformulaciones, mediante el cual cada sujeto no cesa de construirse y de ser construido.

Como plantea Frigerio (2006), la identidad anuda lo biológico, lo social y lo subjetivo, sin constituirse por ello en una esencia estable. Esta perspectiva resulta especialmente relevante para comprender que los malestares que emergen en la adolescencia no pueden ser leídos de forma aislada ni reducidos a atributos individuales, sino que requieren ser situados en las tramas vinculares, sociales e institucionales en las que se producen. En este punto, se vuelve necesario introducir la noción de sufrimiento psíquico.

4.3 Sufrimiento Psíquico

La inclusión de esta noción en el campo de la salud mental habilita la consideración de la vivencia subjetiva del malestar. (Augsburger 2004, citado por Stolkiner & Ardila, 2012).

Los NNA despliegan diversas maneras de transitar la vida cotidiana, así como distintas formas de ser y de habitar los contextos territoriales, históricos y sociales en los que se encuentran. Frente a las dificultades que se presentan, pueden producirse transformaciones en su estructura subjetiva como modo de adaptación a las condiciones del entorno. En este proceso, se ponen en juego constantes intentos de ajuste que les permitan integrarse a la trama social y, a partir del conjunto de experiencias vividas, van construyendo recursos propios para afrontar el dinamismo de la vida diaria.

En este sentido, cada situación displacentera puede dar lugar a distintas formas de sufrimiento, las cuales estarán mediadas por las particularidades de cada NNA y por las herramientas con las que cuente para atravesarlas. Este tipo de sufrimiento se diferencia de los malestares que suelen ser clasificados, constituyéndose como una categoría distinta dentro de los padecimientos en salud mental. Al abordar estos malestares, pueden identificarse —entre otras— dos grandes perspectivas de análisis: por un lado, el enfoque biomédico-psicopatológico y, por otro, aquel que se apoya en la noción de sufrimiento psíquico. (Díaz, 2023, p. 43)

El modelo biomédico-psicopatológico se centra en el diagnóstico, en la identificación de síntomas previamente categorizados y en la implementación de tratamientos orientados a la recuperación de una enfermedad, generalmente asociada a una etiología definida. En cambio, la perspectiva del sufrimiento psíquico remite a manifestaciones que no necesariamente se encuadran dentro de una lógica patologizante, pero que igualmente impactan en el bienestar mental de las personas. Este enfoque se sustenta en dimensiones contextuales y cualitativas, considerando situaciones subjetivas que no reúnen criterios suficientes para ser diagnosticadas.

Estos malestares se vinculan con la manera singular en que cada sujeto experimenta y expresa sus conflictos o padecimientos, poniendo en juego sus propios recursos psíquicos. En este sentido, resulta fundamental atender al contexto en el que la persona se encuentra inserta —su momento histórico, su entorno social y las instituciones con las que interactúa, como la familia, la economía o la cultura—, ya que todos estos elementos contribuyen tanto a la configuración de esos malestares como a las formas de afrontarlos. Así, el sufrimiento no se entiende como una patología específica, sino como una experiencia subjetiva que emerge a partir de vivencias displacenteras.

Retomando aportes de Augsburger (2002) acerca del sufrimiento psíquico:

Cuando la perspectiva gnosográfica clásica delimita el universo de entidades mórbidas a todas aquellas señales, signos o síntomas factibles de verse o comprobarse, excluye explícitamente las vivencias singulares de padecimiento. En esa perspectiva la dimensión subjetiva del sufrimiento es una dimensión ausente (p. 66, citado por Díaz, 2023, p. 44).

En esta línea, Augsburger (2004) siguiendo los planteos de Galende, señala que los problemas actuales que afectan la salud mental no pueden ser descritos únicamente a partir de entidades patológicas definidas, ya que, junto a las patologías clásicas, emergen nuevas formas de expresión del sufrimiento psíquico vinculadas a los modos de vida, a los vínculos y a las condiciones de existencia (pp. 64-65). Desde esta perspectiva, el sufrimiento psíquico habilita una lectura más amplia del malestar, situándolo no solo en el plano individual, sino también en relación con dimensiones sociales, históricas e institucionales.

Esta perspectiva adquiere especial relevancia al pensar las adolescencias, en tanto se trata de una etapa atravesada por profundas transformaciones subjetivas, vinculares e identitarias que no pueden ser comprendidas por fuera de los contextos en los que tienen lugar. Como advierte Nasio (2010), el sufrimiento en la adolescencia puede asumir formas e intensidades diversas, por lo que no toda manifestación de malestar debe ser interpretada inmediatamente como signo de patología. Por el contrario, muchas de estas expresiones forman parte de un proceso complejo de reorganización subjetiva, en el que se ponen en juego la identidad, los vínculos, el cuerpo y el lugar del sujeto en el mundo.

En este sentido, la noción de sufrimiento psíquico permite problematizar aquellas respuestas institucionales que, frente al malestar adolescente, tienden a privilegiar la medicalización, el control o el encierro. Más que remitir exclusivamente a un trastorno individual, esta categoría habilita a pensar el padecimiento en articulación con las trayectorias de vida, las condiciones sociales y las respuestas institucionales que intervienen en su abordaje. De este modo, su incorporación resulta fundamental para cuestionar las lógicas manicomializantes que persisten en el campo de la salud mental adolescente.

En esta misma línea, diversos autores señalan que aquellos malestares subjetivos que no se inscriben dentro de las clasificaciones diagnósticas tradicionales suelen ser comprendidos bajo la noción de sufrimiento psíquico. En consonancia con lo anterior, Augsburger (2002) advierte que su emergencia no implica necesariamente la presencia de una enfermedad, pudiendo tanto antecederla como desarrollarse de manera independiente a ella (citado por Díaz, 2023, p. 46). Esto supone que las formas en que dicho sufrimiento es abordado resultan determinantes en los posibles desenlaces en términos de bienestar o agravamiento del padecimiento lo que vuelve especialmente relevante su abordaje desde estrategias preventivas.

En este marco, se destaca la importancia de dispositivos de atención primaria en salud mental, en tanto permiten intervenir sobre el malestar sin necesidad de patologizar ni de recurrir a instancias de mayor complejidad.

Tal como señala Castelló et al. (2016), la atención a los síntomas emocionales —aun en ausencia de un trastorno definido— resulta fundamental, al tiempo que advierte sobre los riesgos de sobrediagnóstico y de la patologización de experiencias subjetivas cotidianas (p. 17, citado por Díaz, 2023, p. 45).

Asimismo, el sufrimiento psíquico se encuentra profundamente atravesado por dimensiones sociales, culturales y vinculares. En este sentido, no solo constituye una respuesta frente a situaciones adversas, sino que se configura en la intersección entre las condiciones de vida y los recursos subjetivos disponibles para afrontarlas. De este modo, su consideración resulta clave para desplazar miradas reduccionistas centradas exclusivamente en el diagnóstico, habilitando abordajes más integrales, contextualizados y respetuosos de la singularidad de los NNA.

No obstante, en la práctica, muchas de las respuestas institucionales frente al sufrimiento psíquico adolescente continúan inscribiéndose en lógicas que priorizan el control, la medicalización y el encierro, generando una tensión entre estos enfoques.

5. La internación psiquiátrica como respuesta institucional

5.1 El encierro bajo nuevas etiquetas

En los últimos años, el término “centro de salud mental” ha sustituido progresivamente a denominaciones como “hospital psiquiátrico” o “manicomio”, especialmente en el caso de las internaciones adolescentes. Sin embargo, esta transformación nominal no siempre ha ido acompañada de cambios sustantivos en las prácticas institucionales.

Resulta pertinente problematizar esta nomenclatura, ya que, desde una perspectiva crítica y de derechos humanos, no puede hablarse de salud mental allí donde predominan el encierro, el aislamiento, la medicalización forzada y otras prácticas vulneratorias de derechos. En este sentido, la utilización del término “centro de salud mental” puede funcionar como una forma de legitimar dispositivos que perpetúan el sufrimiento psíquico en lugar de abordarlo desde una lógica de cuidado, escucha y acompañamiento. Por esta razón, en el presente trabajo dicho término será utilizado de forma crítica y problematizada.

Tal como advierte Baroni (2020), muchas de estas instituciones continúan funcionando con lógicas manicomiales, aunque bajo nuevos nombres. Este fenómeno merece ser analizado con detenimiento, ya que revela una tensión entre el discurso de los derechos y la persistencia de prácticas que lo contradicen.

Los mitos y estereotipos que se han consagrado en torno a la figura del “loco”, la “locura” y la “enfermedad” contribuyen a la perpetuación de prácticas y actitudes excluyentes basadas en el miedo y la falta de conocimiento. Dejando cierta población por fuera, expuestas a violaciones de sus derechos humanos, padeciendo restricciones educativas, sociales y vitales.

Según Arias (2021) en su tesis de Educación Social, —“Relatos para no internar: Reflexiones pedagógicas acerca de los efectos de la internación en los cuerpos adolescentes”— la internación se intenta justificar como forma de garantizar los derechos de los NNA pero en los hechos ocurre lo contrario. La autora toma los relatos de los NNA que se encuentran institucionalizados en el dispositivo INAU. En este sentido, brinda información de relevancia para entender las lógicas de encierro que se forman y perpetúan el sufrimiento psíquico. Arias, A. describe este centro como “el centro donde los adolescentes que sufren alguna vulneración a sus derechos son internados, para derivarlos a otro lugar adecuado a su situación particular” (2018, p. 14) perpetuando aún más su sufrimiento.

En continuación con lo anterior, se compara la internación de los NNA con los derechos enunciados en la Convención sobre los derechos del Niño (1989) en donde a lo largo de 54 artículos, se reconoce que los menores de 18 años de edad son individuos con derecho de pleno desarrollo físico, mental y social, y con derecho a expresar libremente sus opiniones (UNICEF, 2006). Sin embargo, Arias (2018), en su tesis describe la gran vulneración de derechos que se perciben en dichos centros. La autora describe algunas de las condiciones en las que se encuentran; “veo las cámaras que se encuentran por todo el lugar, incluso en los dormitorios. [...] No puedo dejar de pensar en que es una invasión a su privacidad y en el aumento de vulnerabilidad que significa. (p. 15)

En consonancia con estos señalamientos, el Informe del Mecanismo Nacional de Prevención (MNP, 2016) sobre la Clínica API Los Robles da cuenta de prácticas que profundizan la vulneración de derechos, tales como la presencia de cámaras de vigilancia en espacios de descanso, la restricción del uso de pertenencias personales, la utilización de habitaciones con rejas en situaciones de crisis o sanción, y la ausencia de información clara hacia los adolescentes sobre su ingreso y permanencia en el dispositivo. Estas condiciones no solo afectan la privacidad y la autonomía, sino que también contradicen las normativas basadas en el ejercicio de sus derechos a ser informados, a ser escuchados y a participar en las decisiones que les conciernen, así como el principio de consentimiento informado acorde a su autonomía progresiva. De este modo, se ven obstaculizadas las condiciones necesarias para un proceso terapéutico basado en el consentimiento, la participación y el respeto por la singularidad.

Las internaciones que viven los adolescentes en Uruguay están lejos de ser internaciones amenas y protectoras de sus derechos. Por el contrario, se tiñen de violencia. Violencia que incide en la subjetividad de NNA y, que lejos de rehabilitar, causan más dolor.

La “violencia institucional” implica una forma de materializar la amenaza o la concreción en la violación a los derechos humanos que se manifiesta en diversas ocasiones y de diversas maneras” (Barrientos, 2016, citado por Arias, 2018, p. 27).

Es considerada como la forma humillante de violentar los derechos humanos y es ejercida desde el Estado, directa o indirectamente, a través de sus instituciones y sus diferentes áreas, generalmente contra sectores de la población que se caracterizan por su pertenencia a lo que Rodríguez (2019) define como “territorios de la injusticia”, por su alta vulnerabilidad e indefensión. En palabras de Arias (2018), “esta se despliega de varias formas, configurando una clara violación a los derechos de quienes se encuentran internados en la institución que, como hemos señalado anteriormente tiene, en forma paradójica, la misión de proteger sus derechos.” (p.27)

Este espacio físico donde varios adolescentes son internados —como se describe en nuestro relato— conforma el lugar o quizás el “*no lugar*” del que habla Marc Augé. Para el autor “si un lugar puede definirse como lugar de identidad, relacional e histórico, un espacio que no puede definirse ni como espacio de identidad ni como relacional ni como histórico, definirá un no lugar.” (Augé, 1996, citado por Arias, 2018, p. 27)

El autor describe condiciones de internación en INAU —rejas en ventanas y puertas, hacinamiento, ausencia de privacidad, vigilancia constante, escasez de baños y falta de espacios abiertos— las que en sus palabras, configuran un “no lugar”, que contradice el propósito institucional de brindar amparo y garantizar derechos.

Se pueden observar claras diferencias en educadores con larga trayectoria, cuyas prácticas responden al paradigma de la Doctrina de la Situación Irregular —que considera a los NNA objetos de derecho y posibles amenazas sociales, favoreciendo la institucionalización como forma de control, y educadores más recientes, que tienden a alinearse con el paradigma de la Protección Integral, donde el NNA es concebido como sujeto holístico cuyas múltiples dimensiones deben ser atendidas. (Erosa, 2000 citado por Arias, 2018, p. 28)

En este sentido, la situación de los adolescentes internados en los dispositivos de INAU puede constituir un espejo revelador de las lógicas manicomializantes que persisten en Uruguay. Ya que estas prácticas se justifican en la necesidad de brindar protección o atención pero en la práctica reproducen dinámicas de encierro, disciplinamiento y violencia institucional que vulneran los derechos de los NNA y profundizan su sufrimiento subjetivo.

Tanto en INAU como en hospitales psiquiátricos se comparte la paradoja de presentarse como espacios de cuidado mientras generan condiciones de despojo, disciplinamiento y control. Tensiones entre concepciones y prácticas siguen perpetuando relaciones de poder y dinámicas de abuso —incluyendo el uso de fuerza física— constituyendo formas adicionales de violencia cotidiana para los adolescentes internados.

Retomar estos relatos permite reconocer que el problema no se limita a un sector específico (ya sea protección social o salud), sino que responde a un modelo institucional que requiere ser transformado de raíz. Frente a ello, se vuelve imprescindible apostar a alternativas comunitarias, abiertas y garantistas de derechos, que conciban a los adolescentes como sujetos de palabra, de deseo y de ciudadanía, y no como objetos de amenaza que deben ser excluidos.

Según Ramírez (2007), diversos autores proponen comprenderlo como “asiento de subjetividad”, es decir, como una construcción histórica y social atravesada por relaciones de poder. Esta perspectiva, afín al pensamiento de Foucault, reconoce que el cuerpo no solo experimenta transformaciones biológicas, sino también sociales, culturales e ideológicas.

En la misma línea, Basaglia (1972) sostiene que el manicomio no constituye un espacio terapéutico, sino una institución que produce exclusión y sufrimiento. La internación transforma al sujeto en objeto de administración, anulando su condición de ciudadano y atrapándolo en una organización coercitiva que se sostiene a sí misma bajo el discurso del cuidado. (p. 247)

Desde esta mirada, la internación puede entenderse como un “hecho social” (Durkheim, 1988) que incide en los cuerpos adolescentes, sometiéndolos a dinámicas de control, autoritarismo y violencia, y vulnerando derechos fundamentales como el de vivir en familia, establecido en la Convención sobre los Derechos del Niño (Uruguay, 1989).

La internación representa un punto de quiebre en la vida del adolescente, generando una ruptura en su estructura personal, en su cotidianeidad y en sus vínculos, con repercusiones que impactan tanto en su presente como en su futuro.

En esta misma línea, resulta pertinente traer a colación la noticia publicada por Brecha (2024) titulada “INAU clasificó como «confidencial» información relativa al funcionamiento de las clínicas psiquiátricas privadas”. En dicho artículo se informa que el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) declaró como “confidencial” la información vinculada a las condiciones de internación de niños, niñas y adolescentes en clínicas psiquiátricas privadas, argumentando la protección de datos personales. Sin embargo, esta decisión impide el acceso público a datos esenciales sobre la supervisión, habilitación y control de dichos centros, dificultando así la fiscalización ciudadana y la rendición de cuentas del Estado respecto al cumplimiento de los derechos de las personas internadas.

Tal como señala la nota, el pedido de información había sido realizado por periodistas en el marco de denuncias sobre presuntas vulneraciones a los derechos humanos dentro de algunos de estos dispositivos, pero la respuesta institucional fue negar el acceso, remitiendo a un expediente reservado.

Este hecho no solo pone en evidencia una política de opacidad en torno a las prácticas de internación, sino que también revela la persistencia de un modelo institucional basado en el ocultamiento y la no participación social, rasgos propios de las lógicas manicomializantes que la Ley N.º 19.529 (Uruguay, 2017) pretendía superar.

En este sentido, el carácter “confidencial” otorgado a la información sobre las clínicas psiquiátricas puede interpretarse como una forma contemporánea de encierro simbólico: un modo de mantener invisibles las condiciones de vida de los adolescentes internados y de evitar el escrutinio público sobre prácticas que, lejos de garantizar derechos, continúan reproduciendo dinámicas de control, subordinación y silenciamiento.

En línea con lo desarrollado previamente en relación con los dispositivos de Atención Psiquiátrica Integral (API), resulta relevante considerar la resolución judicial destacada por la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH, 2021) en la noticia *“La Justicia hizo lugar a acción de amparo”*. En este caso, el fallo del Juzgado Letrado de Primera Instancia de lo Contencioso Administrativo de 1º Turno dispuso que el Estado debía cesar la permanencia de NNA con alta médica en clínicas psiquiátricas —entre ellas API Los Robles y el Centro de Salud Mental Klinos—, al entender que su internación prolongada carecía de justificación clínica y vulneraba derechos fundamentales. La acción de amparo, promovida por la propia INDDHH, señalaba que dicha práctica contravenía lo establecido en la Ley N.º 19.529 (Uruguay, 2017) de Salud Mental y en la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), al implicar un encierro arbitrario que atentaba contra la dignidad, la libertad y el derecho a vivir en familia.

Este pronunciamiento judicial constituye un precedente significativo en materia de protección de derechos, ya que visibiliza las consecuencias éticas y legales de las internaciones injustificadas y obliga al Estado a revisar los convenios y mecanismos de derivación hacia el sector privado. Asimismo, evidencia cómo las prácticas manicomializantes no solo se sostienen en discursos clínicos, sino también en estructuras institucionales que naturalizan la exclusión y la segregación bajo el argumento del cuidado.

Estos elementos —la confidencialidad institucionalizada, las internaciones prolongadas sin justificación clínica y la naturalización del encierro como respuesta predeterminada— reafirman que las prácticas manicomializantes no son resabios del pasado, sino dispositivos que continúan operando bajo nuevas formas. Lo que se observa en el caso de los NNA internados con alta médica no es un hecho aislado, sino la expresión contemporánea de una lógica más profunda que articula control, tutela y exclusión bajo el mandato del “cuidado”.

5.2 Lógicas manicomializantes: definición y características

Para comprender de qué manera estas dinámicas se sostienen y se reproducen, resulta necesario detenerse en las bases mismas del paradigma manicomial. En este sentido, los aportes de Basaglia —referente central del movimiento antimanicomial italiano— permiten iluminar los mecanismos institucionales, simbólicos y políticos que estructuran estas prácticas. “La subversión de una realidad dramática y opresiva no puede realizarse sin una polémica radical, en relación tanto con lo que se quiere negar, como con los valores que favorecen y perpetúan la existencia de tal realidad” (Basaglia, 1972, p. 15).

Entendiendo la locura como una construcción social, sus planteos resultan fundamentales para pensar las lógicas que atraviesan —en muchas ocasiones— las internaciones psiquiátricas de adolescentes.

Si en la exclusión de la locura entran en juego los mecanismos de violencia presentes en el contexto social, ello significa que la actitud de exclusión hacia el loco está ya impregnada de una violencia institucional aprobada. Por otra parte, la violencia misma de la sociedad es controlada, sancionada: sólo el psiquiatra, en su instituto, es libre para actuar, fuera de cualquier control, e incluso investido de un poder que la sociedad tiene a bien ofrecerle. (Basaglia, 1972, p. 236)

De este modo, se cuestiona la aparente racionalidad de una sociedad que delega en el dispositivo psiquiátrico el poder de excluir a quienes escapan de la norma. Como afirma el autor, el “loco” es apartado porque “es el único que escapa por completo a las reglas del juego” (p. 236). La psiquiatría institucional, entonces, actúa como canal legítimo para ejercer una violencia social que expulsa, reprime y silencia todo aquello que encarne una amenaza al orden establecido.

La psiquiatría institucional puede dirigir sobre él toda la violencia de la sociedad porque la norma social expulsa de sí misma, al identificarla con el enfermo mental, la imagen ‘incomprensible’ y ‘peligrosa’ de una posibilidad de transformación que la haría completamente distinta y ‘desordenada’” (Basaglia, 1972, p. 236).

La psiquiatría, lejos de constituirse como un saber neutral, históricamente ha desempeñado un rol activo en la exclusión del llamado “loco”, legitimando prácticas de encierro y disciplinamiento que forman parte del funcionamiento de las instituciones psiquiátricas. Este lugar no surge de manera aislada, sino dentro de una cultura médica más amplia que otorga al psiquiatra una posición de autoridad social.

En este punto, resulta pertinente recuperar el análisis foucaultiano acerca del surgimiento de los dispositivos de normalización. Foucault (2002) señala que, desde el siglo XIX, la sociedad moderna organizó la locura como parte de una categoría más amplia de “lo anormal”, construida a partir de operaciones de clasificación y binarización.

Según el autor, estas formas de poder se consolidaron mediante técnicas que permitieron vigilar, clasificar y “corregir a los anormales” (p. 184), dando origen a un saber-poder psiquiátrico que adquirió autoridad para definir qué vidas debían ser corregidas, separadas o tratadas.

En este marco, la locura o el padecimiento psíquico aparece comprendido como una modalidad de lo anormal, producto de una operación previa de normalización que tiene su punto de partida en los inicios del siglo XIX. A través del disciplinamiento de las conductas consideradas desviadas, se consolidó un saber-poder que se encarnó en una nueva figura de autoridad: el psiquiatra.

En este sentido, el análisis foucaultiano permite comprender la constitución histórica del dispositivo psiquiátrico y de la figura del psiquiatra como autoridad legítima. Foucault (2002) sostiene que la locura fue integrada dentro de una categoría más amplia de “lo anormal” mediante procesos de binarización y naturalización que se instauran a comienzos del siglo XIX.

Este ordenamiento posibilitó el “disciplinamiento de las conductas” que se desviaban de los estándares de normalidad socialmente instituidos, legitimando así la constitución de un saber-poder psiquiátrico con capacidad de clasificar, intervenir y corregir los comportamientos considerados desviados.

Aunque el análisis de Foucault se centra en instituciones como la prisión y los principios que allí expone —la vigilancia, la clasificación, la corrección y la producción de subjetividades dóciles— resultan plenamente aplicables al campo manicomial. Como advierte Foucault (2002), el saber-poder disciplinario se caracteriza por su capacidad de “juzgar, clasificar y sancionar” (p. 184).

Desde esta perspectiva, la psiquiatría se constituye como un saber-poder capaz de determinar quién se ajusta a la norma y quién debe ser corregido, patologizado o aislado.

Los manicomios reproducen así los mismos métodos de control que Foucault identifica en las instituciones disciplinarias: la vigilancia constante, la evaluación permanente y la administración de la conducta bajo criterios de normalidad. Esto permite comprender por qué, aún hoy, muchas prácticas psiquiátricas funcionan más como dispositivos de control social que como espacios de cuidado.

Para comprender las formas contemporáneas de control presentes en los manicomios, resulta útil recuperar el análisis foucaultiano del Panóptico. En *Vigilar y castigar*, Foucault (2002) describe esta estructura como un dispositivo arquitectónico capaz de producir un tipo particular de subjetividad. Tal como señala: “basta situar un vigilante en la torre central para que cada detenido se sepa expuesto a una mirada posible” (p. 184). No es necesaria la vigilancia efectiva; lo esencial es que el sujeto internalice la posibilidad constante de ser observado.

Este mecanismo —en el que el poder es visible pero inverificable— opera generando una sensación permanente de exposición, donde cada individuo se comporta como si fuese observado aun cuando no lo es. Según Foucault, la fuerza del Panóptico reside justamente en “inducir en el detenido un estado consciente y permanente de visibilidad” que asegura la automatización del poder (p. 185).

Aunque Foucault analiza esta figura en el marco de las instituciones disciplinarias clásicas, su potencia analítica permite trasladarla metafóricamente a los manicomios contemporáneos. Estos dispositivos de encierro no reproducen únicamente una lógica espacial de vigilancia, sino un régimen de control que opera sobre los cuerpos, los gestos, los silencios y hasta los modos de ser. Allí, las personas internadas se encuentran sometidas a evaluaciones constantes, regulaciones estrictas y la internalización del criterio experto como forma de normalización.

En este sentido, el manicomio funciona como un Panóptico moderno: no hace falta que el psiquiatra o el personal observe de forma ininterrumpida; alcanza con que la figura de la mirada institucional esté siempre latente. La persona internada aprende rápidamente que cualquier gesto puede ser interpretado como síntoma, cualquier emoción como desestabilización, cualquier protesta como “riesgo”. Se autoajusta para evitar sanciones, intervenciones o medicaciones adicionales.

El poder dentro de un manicomio se vuelve un dispositivo que automatiza la disciplina; las personas internadas regulan su conducta anticipándose al juicio médico, se fragmentan las relaciones entre pacientes, se individualiza el sufrimiento, y se produce una subjetividad dócil, vigilada y medicalizada. Este funcionamiento panóptico no sólo disciplina cuerpos, sino también diagnósticos: ordena, clasifica y legitima quién es “normal” y quién debe ser corregido, estabilizado o aislado. Por eso, pensar el manicomio desde Foucault no implica una analogía superficial, sino reconocer cómo los mismos principios de vigilancia, normalización y control que estructuraron las instituciones del siglo XIX siguen presentes hoy bajo nuevas formas.

El que está sometido a un campo de visibilidad, y que lo sabe, reproduce por su cuenta las coacciones del poder; las hace jugar espontáneamente sobre sí mismo; inscribe en sí mismo la relación de poder en la cual juega simultáneamente los dos papeles; se convierte en el principio de su propio sometimiento. Por ello, el poder externo puede aligerar su peso físico; tiende a lo incorpóreo; y cuanto más se acerca a este límite, más constantes, profundos, adquiridos de una vez para siempre e incesantemente prolongados serán sus efectos: perpetua victoria que evita todo enfrentamiento físico y que siempre se juega de antemano. (Foucault, 2002, p. 187)

Dentro de las instituciones de encierro, las lógicas de separación, aislamiento y control producen formas específicas de sujeción. Tal como señala Foucault (2002), el dispositivo disciplinario opera creando “cuerpos dóciles” que pueden ser vigilados y corregidos, configurando un mecanismo de poder que funciona incluso sin la presencia constante del vigilante. (p. 247)

En esa misma línea crítica, Basaglia (1972, citado por Foucault, 2002) advierte que la vida en una institución total sitúa al internado fuera del mundo social y político. En sus palabras, se convierte en “víctima de la organización coercitiva y de la violencia social” (p. 247). El adolescente internado no participa de la vida colectiva, no tiene voz sobre las decisiones que lo afectan y queda atrapado en un sistema que tiende a sostener su propia existencia antes que a promover la autonomía de quienes lo habitan.

Desde esta articulación, puede comprenderse cómo los manicomios contemporáneos reproducen esta matriz panóptica: sujetos aislados, permanentemente observados y con escaso poder de agencia, sostenidos por una estructura que —como describe Foucault— funciona más por la internalización de la vigilancia que por la coerción explícita. En nombre del cuidado de la salud mental de adolescentes, estas instituciones terminan operando bajo lógicas de control, vigilancia y castigo, moldeando subjetividades en un régimen de encierro que, lejos de aliviar el sufrimiento, tiende a perpetuarlo.

5.3 Subjetividades, estigmas y control

Goffman (1961) ofrece una herramienta clave para el análisis de la internación en salud mental a través del concepto de “carrera moral del paciente”, entendida como el proceso mediante el cual el ingreso, permanencia y egreso de una institución psiquiátrica transforman profundamente la identidad del sujeto. Esta transformación no es únicamente clínica, sino también social, simbólica y subjetiva, y se estructura en distintas etapas que modifican tanto la autopercepción como la forma en que la persona es percibida por los otros.

En la fase de pre-paciente, el individuo aún se encuentra inserto en la vida comunitaria, pero comienza a ser definido como problemático, activándose circuitos institucionales de diagnóstico y derivación. Este proceso suele implicar una progresiva pérdida de autonomía y de control sobre su propia narrativa, muchas veces mediado por terceros que habilitan la internación (Goffman, 1961).

Con la internación, el sujeto ingresa en lo que Goffman (2009) denomina institución total: un espacio donde la vida cotidiana se organiza bajo una autoridad única, con rutinas rígidas y escaso margen de decisión individual. En este contexto, la identidad se reconfigura en función del diagnóstico, y el paciente es sometido a mecanismos de control y normalización que regulan su conducta y su posición dentro de la institución, favoreciendo la internalización de dichas normas (Goffman, 2009).

Finalmente, el egreso no implica necesariamente una restitución subjetiva. Tal como plantea Goffman (2010), el ex-paciente carga con una marca que afecta su estatus social y su pertenencia simbólica, pudiendo convertirse en un rasgo constitutivo de su identidad: “creemos, por definición, desde luego, que la persona que tiene un estigma no es totalmente humana” (p. 15).

Este recorrido permite comprender que las instituciones psiquiátricas no solo cumplen funciones asistenciales, sino también de normalización y control social, en tanto producen subjetividades atravesadas por la dependencia, la desigualdad y la exclusión.

En el caso de las adolescencias, este proceso adquiere una complejidad particular, dado que se trata de un momento clave en la construcción de la identidad. La internación en instituciones totales durante esta etapa puede intensificar el sufrimiento, al implicar pérdida de autonomía, escasa participación en las decisiones y ruptura con los vínculos significativos, incidiendo de manera profunda en la configuración subjetiva.

Además, muchas veces los dispositivos de internación no están diseñados específicamente para adolescentes, y reproducen lógicas adultocéntricas, medicalizantes y punitivas. Esto refuerza la lectura de Goffman sobre cómo la “ayuda” puede operar como una forma de sometimiento simbólico y material.

En suma, el enfoque de Goffman permite pensar críticamente la internación en salud mental como una práctica que, lejos de ser neutral o exclusivamente terapéutica, produce subjetividades, distribuye estatus y refuerza estigmas. En este sentido, resulta urgente revisar los dispositivos de internación para adolescentes desde una mirada ética, política y de derechos humanos, que reconozca la voz, la agencia y la singularidad de los sujetos que atraviesan situaciones de sufrimiento psíquico.

A pesar de que pueda parecer que ciertos principios —como la concepción de la internación psiquiátrica como “último recurso”— abarcan todas las situaciones, en la práctica dejan por fuera realidades específicas. Existen adolescentes para quienes la internación se vuelve la única alternativa disponible, no por elección sino por la ausencia de dispositivos comunitarios, intervenciones tempranas y redes de sostén que deberían haber actuado antes.

La necesidad de llegar a una instancia de encierro evidencia, entonces, el fracaso previo de las políticas de prevención y promoción en salud mental. Cuando las condiciones materiales y simbólicas de la internación no responden a una lógica de cuidado, el encierro deja de ser una medida de protección y pasa a convertirse en una experiencia que profundiza la vulnerabilidad, la soledad y el sufrimiento psíquico.

Para comprender mejor las afectaciones subjetivas que puede producir el encierro en la adolescencia —aunque en un ámbito distinto al psiquiátrico— resulta pertinente recuperar el estudio realizado por el Instituto Académico de Educación Social, Instituto de Psicología, Educación y Desarrollo Humano. (2019). Dicho trabajo analiza los efectos del encierro en centros de privación de libertad a partir de entrevistas realizadas a adolescentes sentenciados. Si bien se trata de contextos institucionales diferentes, las reflexiones que emergen de la investigación permiten iluminar dimensiones centrales de lo que el encierro produce en la subjetividad adolescente, así como los mecanismos psíquicos y relacionales que se despliegan para afrontarlo y sobrevivir a él.

El trabajo realizado por el Instituto Académico de Educación Social, Instituto de Psicología, Educación y Desarrollo Humano (2019), muestra que el encierro atraviesa profundamente la vida emocional y relacional de los adolescentes.

El castigo y el sufrimiento se inscriben en las prácticas cotidianas, tanto en el trato distante o indiferente de algunos funcionarios como en la soledad extrema que experimentan los jóvenes. Para sobrevivir, muchos construyen una forma de valentía basada en demostrar fortaleza, endurecimiento y masculinidad, que funciona como una defensa frente a la vulnerabilidad que no pueden mostrar en ese contexto (p. 20–21).

El encierro, señala la autora, transforma subjetivamente a los adolescentes: los obliga a racionalizar su presencia allí, a “pararse de manos”, a asumir una posición de firmeza constante. De este modo, se ven empujados a sostener una fortaleza simulada que debe resistir humillaciones, violencia, condiciones materiales adversas —como celdas insalubres, exposición a inclemencias del tiempo, aislamiento o falta de luz—, así como las tensiones, gritos y caos que forman parte de la vida cotidiana intramuros (p. 33).

Esta experiencia genera sentimientos ambivalentes, donde la tristeza inicial se entrelaza con la exigencia de mostrarse fuertes y con un pensamiento que no puede detenerse, al punto de sentir que se están “quedando locos” (p. 33). En lugar de constituirse en un espacio de socialización y sostén adulto, las instituciones de encierro producen desconfianza, retraimiento y desocialización afectando tanto los vínculos externos como los internos. Así, el “sí mismo” que se construye tras las rejas se configura desde lugares como el desamparo, la desconfianza y la reafirmación de la propia vulnerabilidad. (Uriarte, 2006, citado por Instituto Académico de Educación Social, Instituto de Psicología, Educación y Desarrollo Humano, 2019, p. 140)

Por otro lado, la construcción de subjetividad de los jóvenes que transitan su adolescencia en estos dispositivos institucionales puede entenderse desde lo que Foucault (2002 y 2011) analiza cómo el funcionamiento gubernamental de los dispositivos disciplinarios: formas de poder que no sólo encierran cuerpos, sino que producen modos de ser, sentir y habitar el mundo.

En este sentido, las adolescencias institucionalizadas quedan capturadas en la intersección entre el dispositivo de protección y el dispositivo psiquiátrico, donde el control, la vigilancia y la clasificación se entrelazan para modelar comportamientos, emociones y expectativas.

Tal como muestran las evidencias recogidas por el Instituto Académico de Educación Social, Instituto de Psicología, Educación y Desarrollo Humano (2019), el encierro no sólo organiza la vida cotidiana a través del castigo y la vigilancia, sino que produce subjetividades marcadas por la desconfianza, el endurecimiento afectivo, la soledad y una fortaleza forzada que opera como defensa ante la violencia institucional.

Así, la subjetividad adolescente que emerge del encierro no es una subjetividad libre, sino una subjetividad gobernada: moldeada por el ojo panóptico, por la racionalización de la propia presencia en el dispositivo y por la obligación de mostrarse fuerte frente a un orden que se sostiene en la negación del sufrimiento.

6. Análisis crítico de las prácticas manicomializantes en Uruguay

6.1 Reproducción de lógicas de encierro

Hoy por hoy existen diversas investigaciones y trabajos académicos sobre los efectos contraproducentes de la internación de los adolescentes. Todos ellos coinciden en la necesidad de evitar el encierro como forma de protección.

Parece que el encierro en instituciones no solo busca la protección, sino estar cerca para prevenir la irrupción de la conducta antisocial. La acción no responde a una racionalidad educativa de promoción cultural, sino preventiva, para alejar al niño del delito. El resultado no podría ser otro: en lugar de evitarlo, producen las condiciones para que suceda. Al etiquetarlo en una posición de potencial delincuente, se termina promoviendo una autopercepción que refuerza su lugar social como abandonado y trasgresor (Silva Balerio y Domínguez, 2017, citado por Arias, 2018., p. 43)

Este encierro al que se refieren los autores apunta, en primera instancia, a los hogares de amparo, donde adolescentes —incluso sin conflicto con la ley penal— son internados y privados de múltiples libertades, quedando en una situación que, en la práctica, se asemeja a la privación de libertad. Sin embargo, esta descripción no se limita únicamente a dichos hogares, sino que puede extrapolarse a muchas de las internaciones de adolescentes en general, en las que, bajo el discurso de la protección, se reproducen lógicas de control y restricción que vulneran derechos y refuerzan procesos de exclusión.

En este sentido, la psicóloga Sandra Sena afirma que: la institucionalización produce una ruptura en la continuidad histórica de niños, niñas y adolescentes difícil de reparar y representa importantes desafíos para el saber técnico tanto en lo referido a la producción de conocimiento como al desarrollo de herramientas de trabajo. A su vez asistimos en los últimos años a un cambio de paradigma que exige una adecuación profesional e institucional para proporcionar una atención ajustada a derechos. (Sena, 2015, p.2)

A estas problemáticas se suman las limitaciones estructurales del propio sistema de salud, que muchas veces empujan hacia la internación no por necesidad clínica, sino por ausencia de alternativas adecuadas.

Ya en el Informe de Uruguay al Proyecto Atlas (2004) en su versión para niños y adolescentes, se advertía la falta de información básica sobre prevalencia, necesidades y accesibilidad a servicios de salud mental infantil, lo cual evidencia una baja priorización histórica del área y dificulta tanto la planificación como la prevención. (OPS et al., 2024).

En la práctica, como señala Garrido (2017), la mayoría de las consultas psiquiátricas en población pediátrica responden a crisis de agitación psicomotriz, conductas suicidas, intentos de autoeliminación y situaciones de grave vulneración socio familiar, mientras que los cuadros psicóticos, intoxicaciones o abstinencias son mucho menos frecuentes. Estas situaciones requieren intervenciones clínicas multidisciplinarias y contención adecuada en emergencia, pero no necesariamente internación.

No obstante, según el relevamiento del equipo consultor, los servicios de emergencia —tanto públicos como privados— carecen de áreas específicas para el abordaje de la salud mental en NNA.

La ausencia de recursos humanos especializados (psiquiatría pediátrica, psicología, enfermería especializada, trabajo social) y de dispositivos de atención inmediata provoca que episodios que podrían resolverse en la emergencia terminan derivando en internaciones de 24 horas. En otras palabras, el sistema reproduce la lógica del encierro como única salida disponible, reforzando prácticas manicomializantes incluso allí donde no hay indicación clínica para hacerlo.

7. Alternativas posibles y horizontes ético-políticos

Para profundizar en alternativas y horizontes ético-políticos posibles, resulta necesario revisar los dispositivos existentes en Uruguay y las orientaciones técnicas que actualmente estructuran la atención en salud mental de niños, niñas y adolescentes. Este recorrido permite identificar en qué medida las propuestas vigentes se alinean —o se tensionan— con el paradigma comunitario y basado en derechos, y cuáles son los desafíos concretos para transitar desde modelos centrados en la institucionalización hacia formas de cuidado más integrales, participativas y respetuosas de la autonomía. A continuación, se presentan los principales dispositivos, recomendaciones y orientaciones que configuran el campo actual.

A pesar de este marco normativo y de las orientaciones técnico-políticas que promueven la construcción de un modelo intersectorial, comunitario y basado en derechos humanos, el análisis de los dispositivos actualmente disponibles en el país revela tensiones persistentes. Cuando se examinan las prácticas concretas —sus criterios de ingreso, las dinámicas de funcionamiento, los tiempos de permanencia y los modos en que se ejerce la tutela sobre los cuerpos y las decisiones de los NNA— emerge un escenario en el que conviven avances significativos con lógicas que continúan reproduciendo formas de institucionalización.

Estas tensiones se vuelven especialmente visibles en aquellos dispositivos que suponen algún grado de separación del entorno cotidiano, como el Hospital de Día o los centros residenciales y de atención integral dependientes de INAU. Su estudio resulta central para comprender de qué manera las políticas públicas se traducen —o no— en prácticas que efectivamente promuevan autonomía, participación y procesos de recuperación en comunidad. Revisar el funcionamiento de estos espacios permite observar hasta qué punto se sostienen modelos de cuidado orientados a la inclusión, o si persisten dinámicas que se inscriben dentro de las prácticas manicomializantes.

Para pensar alternativas en salud mental dirigidas a niños, niñas y adolescentes (NNA), resulta necesario no solo revisar los dispositivos existentes, sino también problematizar sus alcances y límites en relación con un enfoque comunitario y basado en derechos.

Si bien en Uruguay se han desarrollado diversas estrategias orientadas a sustituir la internación psiquiátrica, el análisis de las prácticas concretas evidencia la persistencia de tensiones entre avances normativos y lógicas de institucionalización. En este escenario de tensiones, resulta necesario distinguir entre aquellos dispositivos que, aunque se presentan como alternativas, continúan reproduciendo lógicas de encierro, y aquellos que efectivamente habilitan otros modos de cuidado.

En este sentido, dispositivos como los Hospitales de Día, los Centros de Atención Integral en Salud Mental del INAU y los Centros de Medio Camino suelen ser presentados como alternativas a la internación psiquiátrica tradicional, en tanto promueven la continuidad de cuidados, la intervención interdisciplinaria y la inclusión progresiva en la comunidad (OPS et al., 2024). Sin embargo, un análisis crítico de su funcionamiento permite advertir que, cuando las redes comunitarias son débiles o inexistentes, estos dispositivos —pensados como transitorios— pueden transformarse en espacios de permanencia prolongada, reproduciendo formas de encierro y tutela (OPS, OMS & UNICEF, 2024).

Por el contrario, dispositivos como las API (Atención Psiquiátrica Integral), si bien se presentan como respuestas ante situaciones de crisis, reproducen lógicas de institucionalización, medicalización y permanencias prolongadas que tensionan los marcos normativos vigentes y vulneran derechos, por lo que no pueden ser considerados alternativas en sentido estricto.

En esta línea, informes institucionales permiten profundizar en las características de la población que ingresa a estos dispositivos y las dinámicas que allí se producen. El Informe N.º069 del Mecanismo Nacional de Prevención sobre la Clínica API Los Robles señala que una parte significativa de las derivaciones responde a intentos de autoeliminación, depresiones y trastornos vinculados al consumo problemático de sustancias. Este dato resulta especialmente relevante, en tanto evidencia que muchas de las situaciones que motivan la internación se vinculan con crisis subjetivas y contextos de vulnerabilidad que podrían ser abordados mediante estrategias de prevención, acompañamiento comunitario e intervención temprana, sin requerir necesariamente la separación del entorno. (MNP, 2016).

Asimismo, el informe advierte que, si bien la internación está prevista como un recurso breve para la atención de fases agudas, en la práctica se registran permanencias prolongadas —incluso de meses o años— debido a la falta de dispositivos de egreso y redes de sostén. De este modo, un recurso concebido como transitorio se transforma en un espacio de permanencia, reproduciendo lógicas de encierro que tensionan su carácter terapéutico excepcional.

En muchas ocasiones, las respuestas institucionales frente al malestar adolescente se estructuran a partir de una lógica de gestión del riesgo, donde el énfasis se coloca en prevenir conductas consideradas peligrosas más que en comprender el sufrimiento que las sostiene. Este enfoque tiende a justificar intervenciones restrictivas —como el encierro o la medicalización— en nombre de la protección, desplazando la centralidad del cuidado. Pensar alternativas implica, en este sentido, un cambio de paradigma: pasar de la gestión del riesgo a la construcción de condiciones de cuidado.

En este marco, resulta fundamental diferenciar las alternativas según las condiciones de vida de los NNA. Por un lado, en aquellos casos en que existen redes familiares o referentes significativos, la evidencia internacional muestra la efectividad de modelos de atención intensiva en la comunidad, como la hospitalización domiciliaria, los equipos de crisis y tratamiento en el hogar (Johnson et al., 2011; Thornicroft et al., 2016) o la Terapia Multisistémica (Henggeler et al., 2009; Curtis et al., 2010).

Estos enfoques permiten sostener la atención sin separar al adolescente de su entorno, favoreciendo la continuidad afectiva, la participación familiar y la integración educativa y social. Asimismo, modelos como Open Dialogue destacan la importancia del trabajo con la red social del adolescente, promoviendo intervenciones colaborativas que reducen la necesidad de internación (Seikkula et al., 2011; Olson et al., 2020).

Por otro lado, en situaciones donde los NNA no cuentan con redes familiares o estas se encuentran profundamente vulneradas —como ocurre en muchos casos de institucionalización en el INAU—, estas estrategias requieren ser repensadas.

En estos contextos, resulta necesario construir dispositivos comunitarios que no reproduzcan el encierro, pero que sí ofrezcan sostén afectivo, continuidad y presencia. Experiencias como el modelo Soteria, basadas en entornos residenciales pequeños, con acompañamiento cercano y bajo uso —controlado y responsable— de medicación, ofrecen un referente posible para pensar alternativas adaptadas a esta población (Peer Respite & Soteria, s.f.; Malagrava, s.f.)

En este punto, la escuela, los espacios comunitarios y los dispositivos educativos adquieren un lugar central como ámbitos de inclusión, producción de subjetividad y sostén cotidiano, funcionando como alternativas al encierro. Resulta fundamental considerar que las alternativas al encierro no se agotan en la creación de nuevos dispositivos, sino que implican el fortalecimiento de tramas comunitarias y cotidianas que sostienen la vida de los NNA. Espacios como la escuela, los clubes, los centros juveniles, los programas territoriales y las redes barriales cumplen un rol clave como dispositivos de cuidado no institucionalizados, en tanto habilitan la construcción de vínculos, la participación y el sentido de pertenencia.

Resulta fundamental incorporar estrategias que fortalezcan el rol de las redes cercanas en los procesos de cuidado. Diversos modelos de intervención contemporáneos han demostrado la efectividad de incluir a las familias y referentes significativos como agentes activos en el acompañamiento terapéutico, mediante instancias de psicoeducación y entrenamiento específico. Esto implica no solo brindar información sobre el sufrimiento psíquico, sino también dotar a los adultos responsables de herramientas concretas para sostener al adolescente en su entorno cotidiano, favoreciendo su permanencia en la comunidad.

En situaciones de crisis, esta perspectiva habilita pensar en modalidades de intervención breves y focalizadas —como internaciones de corta duración destinadas a la estabilización clínica— acompañadas de dispositivos intensivos de formación para referentes, orientados a que estos puedan asumir un rol activo como co-terapeutas en el proceso de cuidado.

De este modo, se desplaza la lógica de sustitución del entorno por una lógica de fortalecimiento del mismo, reduciendo la necesidad de recurrir a internaciones prolongadas.

Desde esta perspectiva, se vuelve relevante el desarrollo de dispositivos diurnos –sin vulnerar los derechos de los NNA– que permitan sostener procesos terapéuticos sin implicar la separación del entorno habitual, combinados con estrategias de atención en crisis basadas en equipos interdisciplinarios móviles que intervengan en el territorio —ya sea en el hogar u otros espacios significativos—.

Estas modalidades favorecen abordajes oportunos, contextualizados y menos disruptivos, evitando la institucionalización como respuesta predominante. Finalmente, la incorporación de herramientas digitales de acompañamiento y psicoeducación puede constituir un recurso complementario significativo, en tanto facilita el acceso a información, el seguimiento de los procesos y el sostenimiento del vínculo terapéutico, especialmente en contextos donde los recursos presenciales resultan limitados.

En esta misma línea, el proyecto Radio Vilardevoz constituye una experiencia significativa en el campo de la salud mental comunitaria, basada en la participación activa de usuarios, profesionales y actores sociales, así como en la construcción colectiva de espacios de expresión y producción (Baroni, 2020). Si bien su desarrollo se ha centrado en población adulta, su lógica puede ser pensada como horizonte para el trabajo con adolescentes. A diferencia del énfasis en la reinserción laboral presente en experiencias con adultos, en el caso de los NNA el eje podría desplazarse hacia la educación, la participación y la construcción de proyectos de vida, especialmente para quienes no cuentan con redes familiares.

A su vez, las estrategias de cuidado entre pares emergen como una alternativa relevante, en tanto promueven el acompañamiento horizontal, la identificación y la construcción colectiva de recursos frente al malestar. Estas experiencias permiten desplazar la lógica asistencialista, reconociendo a los propios adolescentes como agentes activos en la producción de cuidado. El Programa de Participación Infantil y Adolescente (PROPIA) –mencionado anteriormente– se podría pensar como una herramienta para promover su autonomía y el ejercicio de sus derechos. (Ministerio de Desarrollo Social, 2021).

En este sentido, resulta necesario advertir que muchas de las respuestas basadas en el encierro se sostienen en una lógica de inmediatez, donde se privilegia la resolución rápida del conflicto por sobre procesos de acompañamiento sostenidos en el tiempo. Sin embargo, el abordaje del sufrimiento psíquico en NNA requiere intervenciones que respeten los tiempos subjetivos, habiliten la construcción de vínculos y sostengan procesos, en lugar de interrumpirlos mediante la separación del entorno.

En este marco, la internación puede ser comprendida no sólo como una respuesta clínica, sino como el resultado de fallas en las redes de sostén social, comunitario e institucional. En este sentido, el encierro aparece allí donde los dispositivos territoriales no logran alojar el sufrimiento, evidenciando la necesidad de fortalecer dichas redes como condición para su evitación.

En este horizonte, las experiencias internacionales y locales analizadas permiten afirmar que es posible construir formas de cuidado que prioricen la autonomía, la participación y la inclusión, sin recurrir al encierro como respuesta predominante.

En función de lo planteado, resulta fundamental incorporar la dimensión de la prevención como eje central en la construcción de alternativas posibles al encierro. Tal como señalan diversos estudios, una gran parte de las consultas en salud mental infanto-adolescente no responde a cuadros psiquiátricos graves que requieran internación, sino a situaciones de crisis vinculadas a intentos de autoeliminación, conductas suicidas, agitación psicomotriz o contextos de vulneración sociofamiliar (Garrido, 2017). Estas problemáticas, si bien requieren abordajes clínicos interdisciplinarios y dispositivos de contención adecuados, no implican necesariamente la necesidad de separación del entorno.

Desde esta perspectiva, la internación aparece muchas veces como respuesta ante la ausencia de dispositivos preventivos y de atención oportuna en el territorio. El fortalecimiento de estrategias de promoción de salud mental, detección temprana, acompañamiento en crisis y trabajo sostenido con redes comunitarias permitiría abordar el sufrimiento antes de que alcance niveles de desborde que conduzcan a la institucionalización. De este modo, pensar alternativas al encierro implica también —y fundamentalmente— construir condiciones que hagan que el encierro deje de ser necesario.

Finalmente, avanzar hacia un modelo basado en derechos implica reconocer que el desafío no radica únicamente en mejorar los dispositivos existentes, sino en reducir la necesidad de internación mediante el fortalecimiento de redes comunitarias, estrategias de prevención y políticas públicas que garanticen condiciones de vida dignas.

8. Conclusiones

El recorrido realizado en este trabajo permite afirmar que uno de los desafíos centrales para el campo de la salud mental en Uruguay es la construcción de otras prácticas. Prácticas verdaderamente humanas. Prácticas que miren más allá de las barreras institucionales y simbólicas; que no encasillen a niños, niñas y adolescentes en diagnósticos limitantes, sino que acompañen el dolor desde perspectivas más amplias, sin reducirlo a sus manifestaciones más visibles. Prácticas que elijan abrazar el sufrimiento, incluso cuando ello implique un camino más complejo que el de encerrar en jaulas que dejan cicatrices imposibles de borrar.

La salud mental no es —ni puede ser— un asunto exclusivamente clínico. Es un problema social, político y ético. Pensar alternativas implica sostener una mirada crítica sobre los dispositivos existentes: reconocer los avances y, al mismo tiempo, interpelar sus límites, sus lógicas de poder y las tensiones que sostienen sus prácticas. También exige imaginar escenarios donde la diferencia, el sufrimiento psíquico y la multiplicidad de modos de existir no sean gestionados como amenazas, sino reconocidos como parte constitutiva del lazo social.

En esta línea, experiencias como Radio Vilardevoz demuestran que es posible construir comunidades de cuidado basadas en la participación, la palabra colectiva y la autogestión. Espacios donde la locura no se patologiza ni se encierra, sino que encuentra un lugar legítimo dentro de un tejido social plural. Estas iniciativas iluminan horizontes para pensar intervenciones que no se organicen alrededor del encierro, sino del derecho, del vínculo y de la dignidad humana.

Más allá de los marcos normativos, persiste la idea —explícita o insinuada— de que la internación es la única respuesta posible, especialmente frente al malestar de NNA. Esta concepción reproduce lógicas de vulneración, estigma y control, reafirmando la imagen del manicomio como institución “necesaria” para contener aquello que se percibe como exceso o desborde.

Resulta urgente desmontar esta creencia y consolidar prácticas que acompañen desde un enfoque de derechos, y no desde una mirada tutelar ni punitiva.

Ningún adolescente puede rehabilitarse en dispositivos que, incluso bajo el nombre de “centros de salud mental”, continúan replicando las lógicas del encierro, produciendo más dolor que alivio. La prevención, la promoción y el trabajo territorial deben ser el punto de partida: cuando las redes comunitarias existen, cuando el Estado acompaña de manera real y sostenida, el encierro deja de ser opción. La internación debe ser siempre una medida extrema, pero sobre todo, debe dejar de ser pensada como solución.

En este punto, resulta imprescindible recuperar a Foucault (2002 y 2011): toda institución que encierra produce sujetos. No solo gestiona conductas, sino que fabrica identidades, delimita lo normal y lo desviado, y convierte a ciertos cuerpos en “casos” que deben ser corregidos. En el caso de los NNA, estas prácticas institucionales modelan subjetividades, inscribiendo marcas de peligrosidad, déficit o incapacidad. La mirada foucaultiana permite comprender que el manicomio no es un mero recurso sanitario, sino una tecnología de poder que clasifica, normaliza y crea aquello que después nombra como patológico. Transformar la salud mental, entonces, exige desmontar estas lógicas de producción de subjetividades y apostar por intervenciones que habiliten existencias más libres, más múltiples y más dignas.

Por otra parte, el modelo manicomial en Uruguay sigue siendo un campo insuficientemente investigado. A pesar de que la Ley N.º 19.529 (Uruguay, 2017) constituye un hito en la garantía de derechos, el interrogante permanece: ¿transforma realmente las prácticas o termina reafirmando, bajo nuevas formas, la centralidad del encierro? Las leyes pueden inaugurar horizontes, pero su materialización exige voluntad política, recursos, dispositivos comunitarios fuertes y un cambio cultural profundo.

Además, resulta necesario reconocer que desde el campo de la psicología se han desarrollado prácticas y experiencias que demuestran que el acompañamiento sostenido, enmarcado en un enfoque de derechos, habilita procesos de crecimiento y subjetivación más saludables que aquellos producidos bajo lógicas de encierro. Intervenciones comunitarias, dispositivos de escucha, abordajes interdisciplinarios centrados en la recuperación y experiencias participativas muestran que cuando se prioriza el vínculo, la palabra y la inclusión en redes significativas, los niños, niñas y adolescentes pueden elaborar su sufrimiento sin ser separados de sus contextos vitales. Estas prácticas evidencian que el cuidado no requiere aislamiento, sino presencia; no demanda tutela, sino acompañamiento; no necesita clausura, sino apertura de posibilidades. Reconocer estas experiencias no implica desconocer las dificultades estructurales existentes, sino afirmar que otros modos de intervenir ya están en marcha y que la psicología tiene un papel central en su consolidación.

El manicomio no es –ni puede ser– respuesta. Este es –y debe ser– un problema colectivo. Optemos por construir un mundo que sostenga nuevas formas de habitar las adolescencias y rechacemos todo aquello que las excluye, estigmatiza o silencia. Las alternativas existen, pero requieren una apuesta política sostenida, intersectorial y comunitaria que reconozca a los NNA como sujetos plenos, con voz, derechos y potencia. Y es aquí donde se vuelve necesario un gesto revolucionario: dejar de naturalizar lo que históricamente nos han enseñado a aceptar. Desmontar la idea de que encerrar es cuidar. Cuestionar lo instituido. Abrir grietas donde puedan nacer otras formas de vida. Apostar a un modelo que desmonte definitivamente las prácticas manicomializantes y que acompañe la existencia desde lugares más libres, más justos y más humanos. Porque transformar la salud mental en Uruguay no es solo una tarea técnica: es una tarea ética, política y profundamente humana.

Es una apuesta colectiva por otro mundo posible.

Y ese mundo empieza cuando dejamos de aceptar el encierro como destino.

Poema - “Quisiera ser un Ave”

- Joaquina García Betarte (2025)

Quisiera ser un ave
para volar lejos de este encierro al que llaman
cuidado,
para atravesar las rejas sin que nadie decida
cuánto puedo sentir, cuánto puedo hablar,
cuánto de mí debe ser silenciado.

Quisiera ser un ave
para mirar desde arriba esta gran jaula,
donde el dolor se castiga con diagnósticos,
donde la angustia se adormece a fuerza de
pastillas y silencios,
donde la vida se mide en horarios, gritos y
puertas que siempre cierran hacia adentro.

Quisiera ser un ave
para romper estas rejas que brillan como
espejos rotos,
para recordarle al mundo que ningún ser
humano se cura siendo encerrado,
que ningún corazón se salva sin ser
escuchado,
que el silencio impuesto también hiera.

Quisiera ser un ave
para levantar vuelo sobre esta lógica que
encierra, que vigila, que disciplina,
que confunde control con cuidado,
que olvida que detrás de cada diagnóstico
hay un nombre, un cuerpo, una historia.

Quisiera ser un ave
para sacarme estas cadenas invisibles
que otros llaman tratamiento,
para abrir mis alas sin pedir permiso,

para volver a una tierra donde la libertad
no sea un privilegio,
sino un derecho.

Quisiera ser un ave
porque acá adentro, donde todo duele,
el único horizonte posible
parece estar del otro lado del muro.

Y sin embargo, incluso así,
sigo creyendo que la justicia existe,
que otro cuidado es posible,
que ninguna persona merece una jaula
cuando lo que necesita es un abrazo,
una escucha, un camino.

Quisiera ser un ave
para volar lejos de esta supuesta clínica de
salud mental.

Quisiera ser un ave.
No para huir del mundo,
sino para volver a él.

Libre.

Viva.

Entera.

Referencias Bibliográficas

- Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio. Salud mental y atención psicosocial*. <https://catedrainstitucionalucalp.wordpress.com/wp-content/uploads/2017/03/amarante-superar-el-manicomio-1.pdf>
- Ardoino, J. (1997). *La implicación*. Centro de Estudios sobre la Universidad, UNAM.
- Arias, A. (2018). *Relatos para no internar. Reflexiones pedagógicas acerca de los efectos de la internación en los cuerpos adolescentes* [Monografía de egreso de la formación en Educación Social, Administración Nacional de Educación Pública]. RIdAA CFE. <https://repositorio.cfe.edu.uy/bitstream/handle/123456789/1941/Arias%2c%20A%2c%20Relatos.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Augsburger, A. C. (2004). *De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave*. Cuadernos Médico Sociales, 81, 61–75. https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_1/stolkiner_ardila_conceptualizando_la_salud_mental.pdf?utm_source=chatgpt.com
- Baroni, C. (2020). *Una cartografía antimanicomial: Historias de la locura en Uruguay (1985-2017)*. https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/47392/1/Baroni_Una%20cartografi%cc%81a%20antimanicomial_PSI-1.pdf
- Basaglia, F. (1968/1972). *La institución negada: Informe de un hospital psiquiátrico*. <https://antipsiquiatriaudg.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/10/franco-basaglia-1968-la-institucion-negada-informe-de-un-hospital-psiquic3a1trico.pdf>
- Borduin, C. M., et al. (1995). *Multisystemic Therapy for Serious Juvenile Offenders*. Long-Term Prevention of Criminality and Violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(4), 569–578.
- Bravetti, G., Giorno, N., Garizoain, E., & Laguens, A. (2018). Desarrollo, temporalidad y psiquismo: La estructura psíquica como sistema abierto y complejo. En *Momentos claves del devenir. Movimientos de autoorganización psíquica*. Universidad de la Plata.
- Brecha. (2024, 13 de septiembre). INAU clasificó como “confidencial” información relativa al funcionamiento de las clínicas psiquiátricas privadas. <https://brecha.com.uy/mejor-no-hablar-de-ciertas-cosas/>
- Calatayud, F. M. (2009). Una mirada al campo de la salud y la enfermedad. En *Introducción a la psicología de la salud* (pp. 17–46). Koyatún.
- Cao, L. (2013). *Desventuras de la autoestima adolescente*. Windú.
- Contino, S. (2022). *Sentido de las conductas de riesgo en el proceso de subjetivación adolescente y el atravesamiento de lo sociocultural* [Trabajo Final de Grado, Universidad de la República]. <https://cicp.psico.edu.uy/node/366>

- Curtis, N. M., et al. (2010). *Multisystemic Therapy for Antisocial Behaviour in Adolescents*. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Da Silva, F. (2003). *Adicciones sin drogas. Aspectos preventivos y clínicos*. IIN/OEA.
- De Lellis, M. (2015). Un nuevo paradigma en salud mental: Ejes de la transformación. En M. De Lellis (Ed.), *Perspectivas en salud pública y salud mental* (pp. 85–119). Nuevos Tiempos.
- 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 (Ed.), *Perspectivas en salud pública y salud mental* (pp. 11–42). Nuevos Tiempos.
- Díaz, C. (2023). *Efectos de una intervención que promueve el cuidado entre pares en las estrategias con las que los adolescentes del Plantel Colón de la EBA-UAQ enfrentan el sufrimiento psíquico* [Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Querétaro]. Repositorio Institucional UAQ. <https://ri-ng.uaq.mx/bitstream/123456789/7882/1/RI007210.pdf>
- Duarte, K. (2001). ¿Juventud o juventudes? Acerca de cómo mirar y remirar a las juventudes de nuestro continente. En S. Donas (Comp.), *Adolescencia y juventud en América Latina* (pp. 57–74). Libro Universitario Regional.
- Duek, D. (2017). *Adole-Ser. Transiciones en desarrollo*. Lugar.
- Fernández, A. M. (2009). *Las diferencias desigualadas: multiplicidades, invenciones, política y transdisciplinas*. Nómadas.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (1990, septiembre 2). *Convención sobre los Derechos del Niño*. <https://www.unicef.org/es/convencion-derechos-nino/texto-convencion>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2020). *¿Qué es la adolescencia?* <https://www.unicef.org/uruguay/crianza/adolescencia/que-es-la-adolescencia>
- Foucault, M. (1999). *Los anormales: Curso en Collège de France (1974-1975)*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. <https://www.ivanillich.org.mx/Foucault-Castigar.pdf>
- Foucault, M. (2011). *Seguridad, territorio, población: Curso en Collège de France (1977-1978)*. <https://www.uv.mx/tipmal/files/2016/10/M-foucault-seguridad-territorio-poblacion.pdf>
- Foucault, M. (2012). *El poder psiquiátrico: Curso en Collège de France (1973-1974)*. https://proletarios.org/books/Foucault-El_poder_psiquiatrico.pdf
- Galende, E. (1983). La crisis del modelo médico en psiquiatría. *Cuadernos Médico Sociales*, (23), 5–15.

Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Anchor Books.

Goffman, E. (2009). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*.

<https://sociologiaycultura.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/02/goffmaninternados.pdf>

Goffman, E. (2010). *Estigma. La identidad deteriorada*.

<https://sociologiaycultura.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/02/goffman-estigma.pdf>

Henggeler, S. W., et al. (2009). *Multisystemic Therapy: Clinical Overview, Outcomes, and Implementation Research*. Family Process.

Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo. (2019, marzo 21). Sentencia Judicial: La Justicia hizo lugar a acción de amparo.

<https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/noticias/a-justicia-hizo-lugar-accion-de-amparo>

Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo. (2020, mayo 14). Informe temático MNP: La infancia que no queremos ver. Encierro y salud mental de niñas, niños y adolescentes.

<https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/publicaciones/informe-infancia-queremos-ver>

Instituto Académico de Educación Social, Instituto de Psicología, Educación y Desarrollo Humano. (2019). *Te pesa la cana: Afectaciones subjetivas del encierro en la adolescencia*. Isadora.

<https://repositorio.cfe.edu.uy/bitstream/handle/123456789/453/SilvaBalerio%2cD.Tepesalacana.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay. (2017, 21 de noviembre). Centros juveniles.

<https://www.inau.gub.uy/adolescencia/centros-juveniles>

Instituto Nacional de la Juventud. (2025, junio 10). Programa Ni silencio ni tabú.

<https://www.gub.uy/salud-mental-adolescente/programa/programa-ni-silencio-ni-tabu>

Intensive In-Home Treatment Models. IMH Report (2025). Recuperado de

<https://www.imh.rs/data/WPACAP%20%20August%202025%20issue.pdf>

Johnson, S., et al. (2011). *Crisis Resolution and Home Treatment Teams in Mental Health Care*. British Journal of Psychiatry.

Lourau, R. (1991). *Implicación y sobreimplicación* (M. J. Acevedo, Trad.). Amorrortu.

Malagrava. (s.f.). *Contacto - Soteria España*. <https://malagrava.com/contacto/>

Manríquez, P. (1997). *La Convención sobre los Derechos del Niño*. Informe anual.

Menéndez, E. (1985). El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos. *Desarrollo Económico*, 24(96), 593–604.

Ministerio de Desarrollo Social. (2012). *Guía: los derechos de niños, niñas y adolescentes en el área de salud*.

<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/guia-derechos-ninos-ninas-adolescentes-area-salud>

Ministerio de Desarrollo Social. (2016). *Plan Nacional de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia 2016–2020*.

<https://guiaderecursos.mides.gub.uy/innovaportal/file/69664/1/documento-plan-completo.pdf>

Ministerio de Desarrollo Social. (2021, 6 de agosto). Programa de Participación Infantil y Adolescente (PROPIA). <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/node/8933>

Ministerio de Salud Pública. (2007). *Programa Nacional de Salud Adolescente*.

https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-saludpublica/files/documentos/publicaciones/Programa_Nacional_Salud_Adolescente_2007_0_0.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2009). *Guía para la atención integral de la salud de adolescentes*.

https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/inline-files/GuiaSalusAd_web%20con%20tapa.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2014). *Aportes para el abordaje de la salud de adolescentes en el primer nivel*. https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/116_file1.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2020). *Plan Nacional de Salud Mental 2020–2027*.

<https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/noticias/msp-aprobo-plan-nacional-salud-mental-2020-2027>

Mecanismo Nacional de Prevención. (2016). *Informe A.P.I. Los Robles* (Informe N° 069/MNP/2016). Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensora del Pueblo.

<https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/sites/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/files/documentos/publicaciones/069.%20Informe%20CI%C3%ADnica%20API%20Los%20Robles.pdf>

Morin, E. (1994). *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa.

Nasio, J. (2010). *¿Cómo actuar con un adolescente difícil?: Consejos para padres y profesionales*. Paidós

<https://tuvntana.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/09/nasio-juan-david-como-actuar-con-un-adolescente-difcil-consejos-para-padres-y-profesionales-buenos-aires-paidc3b3s-2013.pdf>

Noguero-Alegre, A., & Peregalli-Politi, S. (2021). Alternativas a los internamientos en salud mental: Hospitalización domiciliaria desde la perspectiva española y anglosajona. *Revista de Bioética y Derecho*, (53), 37–55. Epub

<https://dx.doi.org/10.1344/rbd2021.53.34726>

Olson, M. E., et al. (2020). *Open Dialogue for Psychosis: Implementation and Outcomes Across Countries*. *International Journal of Social Psychiatry*.

Organización Mundial de la Salud. (1978). *Atención primaria de salud. Declaración de Alma-Ata*. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39244/1/9243541358.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Salud del adolescente*. https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

Peer Respite & Soteria. (s.f.). *Resources*. <https://www.peerrespite-soteria.org/resources/>

Ramírez, J. (2007). Internadas de Chalco: Los efectos del poder en el cuerpo. *Diario de Campo*, (94), 34–41. <https://www.revistas.inah.gob.mx/index.php/diariodecampo/article/view/8051>

Seikkula, J., et al. (2011). *Five-Year Experience of First-Episode Non-affective Psychosis in Open Dialogue Approach*. *Psychotherapy Research*.

Sena, S. (2015). *La construcción de la historia en adolescentes institucionalizados* [Tesis de Maestría, Universidad de la República]. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/7574/1/Sena%2c%20Sandra.pdf>

Simpson, A., & Richardson, P. (2019). *Home Treatment for Mental Health Crises: A Systematic Review*. *Journal of Mental Health*.

Steinberg, L. (2008). *Adolescence* (9.ª ed.). McGraw-Hill.

Stolkiner, A., & Ardila Gómez, S. (2012). *Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas*. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*.

Sujoy, O. (2014). Riesgos actuales en las condiciones de producción de subjetividad en adolescentes. *Cuestiones de Infancia*, 14(16), 73–83. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/18915>

Uruguay. (2004, septiembre 14). *Código de la Niñez y la Adolescencia, Ley N.º 17.823*. <https://www.impo.com.uy/bases/codigo-ninez-adolescencia/17823-2004>

Uruguay. (2017, agosto 24). *Ley N.º 19.529: Ley de Salud Mental*. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>

Uruguay. (2024, septiembre 24). *Ley N.º 20.376: Creación de garantías para la primera infancia, infancia y adolescencia*. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/20376-2024>

Viñar, M. (2009). *Mundos adolescentes y vértigo civilizatorio*. Trilce.

Anexo 1.

Condiciones editoriales de la Revista *Psicología Política* consideradas para la estructuración del trabajo

El presente Trabajo Final de Grado toma como referencia algunos lineamientos editoriales de la Revista *Psicología Política* para la organización general del texto en formato de artículo científico. En particular, se consideraron aspectos vinculados a la modalidad de artículo, la inclusión de resumen, palabras clave, abstract y keywords, así como la presentación de referencias bibliográficas.

Si bien el trabajo retoma dichos lineamientos, en esta instancia se priorizan los requerimientos formales e institucionales correspondientes a la modalidad de Trabajo Final de Grado. En caso de proyectarse su presentación para evaluación editorial, se prevé una adecuación específica a las normas y condiciones establecidas por la revista.

Las condiciones editoriales consultadas se encuentran disponibles en el sitio web oficial de la revista:

<http://www.psicopol.unsl.edu.ar/condiciones.html>