

# MEMORIAS

## CONVERSATORIO

### CORTEMOS POR LO SANO.

Desmedicalizar y despatologizar a jóvenes y adolescentes

Intervenciones en clave de derechos

28 y 29 de abril de 2021



Institución Nacional  
de Derechos Humanos  
y Defensoría del Pueblo



SOCIEDAD  
URUGUAYA  
DE PEDIATRÍA



Facultad de  
Psicología  
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA



Ciencias Sociales  
Universidad de la República  
URUGUAY



## 1. REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES CONVOCANTES

**Dra. Susana Grunbaum**

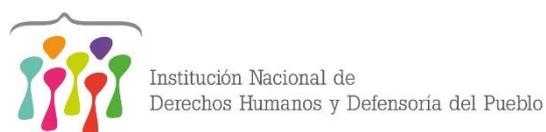
**PRESIDENTA DE LA CONFEDERACIÓN DE ADOLESCENCIA Y JUVENTUD DE IBEROAMÉRICA ITALIA Y EL CARIBE CODAJIC**

**Dra. Ana María Piccone**

**DELEGADA DE LA SOCIEDAD URUGUAYA DE PEDIATRÍA SUP**

**Dra. Mariana Blengio**

**INSTITUCIÓN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS Y DEFENSORÍA DEL PUEBLO –URUGUAY**



## **COMITÉ ORGANIZADOR**

Dra Ana María Piccone

Dra. Susana Grunbaum

## **COMITÉ CIENTÍFICO**

Dra. Diana Gomez (Argentina)

Lic. Marcelo Della Mora (Argentina)

Dr. Ernesto Martínez Trujillo (Ecuador)

Dr. Nelson García (Paraguay)

Dra. Adriana Cristóforo (Uruguay)

Mag. Mariana Durán (Uruguay)

Dra. María Noel Miguez (Uruguay)

Dra. Susana Grunbaum (Uruguay)

Dra. Ana María Piccone

## **COORDINADORES DEL GRUPO DE JÓVENES Y ADOLESCENTES**

Lic. Alfredo Correa CDNU- Uruguay

Lic. Paula Dodera INAU- Uruguay

Lic. Melissa Olivera INAU- Uruguay

Lic. Verónica Vila Univ. del Chubut-Argentina

Dra. Diana Gómez SASIA Argentina

Juan Pedro Dimeola - Argentina

Selena Scotti - Uruguay

Romanella Parentelli - Uruguay

## 2. CONVERSATORIO “CORTEMOS POR LO SANO : DESMEDICALIZAR Y DESPATOLOGIZAR A JÓVENES Y ADOLESCENTES”

### **EDITORES**

Adriana Cristóforo

Ernesto Martínez Trujillo

**ISBN** : 978-9915-9390-1-8

1 Edición Montevideo abril 2021

Reservados todos los derechos .

Está prohibido , bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación , integra o parcialmente . por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio , sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquier otro , sin la autorización de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo –Uruguay

Dirección: Bulevar Artigas 1532, Montevideo Uruguay

[www.gub.uy/institucion-derechos-humanos-uruguay](http://www.gub.uy/institucion-derechos-humanos-uruguay)

(598 2) 1948

secretaria@inddhh.gub.uy

## Contenido

1.	REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES CONVOCANTES .....	1
2.	CONVERSATORIO “CORTEMOS POR LO SANO : DESMEDICALIZAR Y DESPATOLOGIZAR A JÓVENES Y ADOLESCENTES” .....	3
3.	PRESENTACION.....	5
4.	APERTURA .....	7
5.	CONCEPTUALIZACIÓN DEL TEMA.....	8
6.	MEDICALIZACIÓN Y PATOLOGIZACIÓN .....	9
7.	“LA PRESCRIPCIÓN DE PSICOFÁRMACOS EN ADOLESCENTES EN LA MIRA” .....	12
8.	APUNTES PARA LA REFLEXIÓN .....	15
9.	ENTRE PREVENCIÓN Y PREDICCIÓN .....	16
10.	MÁS ALLÁ DE LA MEDICALIZACIÓN Y LA BRECHA DE TRATAMIENTO: ACCESO Y ACCESIBILIDAD EN LOS DEBATES SOBRE TDAH EN BRASIL .....	20
11.	DOCUMENTO DE BASE PARA EL GRUPO DE ADOLESCENTES Y JÓVENES .....	21
12.	CORTA POR LO SANO .....	26
13.	ENCUENTRO DE JÓVENES Y ADOLESCENTES.....	27
14.	ESPACIO ARTISTICO .....	32
15.	ACOMPAÑANDO LA PARTICIPACIÓN JUVENIL. LOGROS, ALEGRÍAS Y DESAFÍOS .....	32
16.	EN CLAVE DE DERECHOS .....	35
17.	SÍNTESIS DE LA JORNADA .....	36
18.	INTERVENCIONES EN CLAVE DE DERECHOS.....	46
19.	JOVENES Y ADOLESCENTES EN PANDEMIA.....	47
	“SALUD MENTAL DE ADOLESCENTES EN TIEMPOS DE PANDEMIA” GEDIS (FCS - UDELAR) .....	48
20.	VOCES DE LOS ADOLESCENTES. INTERCAMBIO INTERGENERACIONAL.....	61
21.	ESPACIO ARTISTICO .....	62
22.	CONVERSATORIO.....	64

### 3. PRESENTACION

En el mes de abril 2021 se realizó el Conversatorio “Cortemos por lo Sano”, en el que se trató la desmedicalización en la adolescencia y juventud en relación a la atención de salud mental desde un enfoque de derechos.

El encuentro fue organizado por la Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica, Italia y Caribe (CODAJIC) , la Institución de Derechos Humanos de Uruguay (INDDHH) y la Sociedad Uruguaya de Pediatría (SUP). Participaron también organizaciones de jóvenes, organizaciones de la sociedad civil y la Universidad de la República.

Se trabajó en dos jornadas de 5 horas cuya característica más notoria fue la discusión e intercambio a partir de las exposiciones, dando lugar a las opiniones sugerencias y discusión por parte de los y las asistentes.

En cada uno de los días de actividad se hizo un espacio artístico con videos de música, baile, performances de calle y grafitis representando a algunos de nuestros países.

Participaron profesionales de diferentes disciplinas con una mirada cuestionadora de las prácticas en la atención de salud mental. Por supuesto eso significó también pensar cuáles son los problemas de salud mental de adolescentes y jóvenes hoy en día ya que de acuerdo a como se piensen, se construyen las acciones y políticas.

Sin duda la cuestión de la pandemia COVID le dio un carácter especial al encuentro ya que no es posible soslayar el impacto que el confinamiento, la enfermedad, la muerte, los problemas económicos y educacionales, tienen en la salud mental y en las formas de afrontar la vida diaria, las expectativas, anhelos y el futuro.

Se contó con la presencia (virtual) de figuras destacadas de la sociología, las ciencias de la educación, la psicología, medicina, antropología, trabajo social de diferentes países y simultáneamente participó un grupo de jóvenes latinoamericanos que discutieron esta temática y presentaron sus preocupaciones y propuestas en el marco de un diálogo intergeneracional.

Cabe destacar que la Facultad de Ciencias Sociales dispuso generosamente su plataforma virtual, la coordinación y la relatoría final.

Se presentan en estas Memorias la mayor parte de las exposiciones con la intención de compartir aprendizajes y contribuir a los cambios necesarios, así como el Consenso final a modo de un compromiso para los participantes, con la intención de divulgar y colocar esta temática en la agenda de políticas hacia las adolescencias y juventudes en los países de la región.

**Dra. Susana Grunbaum**

# CONVERSATORIO

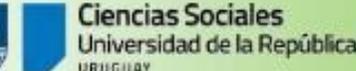
## CORTEMOS POR LO SANO. Desmedicalizar y despatologizar a jóvenes y adolescentes

### Intervenciones en clave de derechos

Transmisión en: <https://www.facebook.com/GEDIS-Grupo-de-Estudios-sobre-Discapacidad-1045843892145428/?>

Miércoles 28	
11 a 11.15	<b>Apertura:</b> <i>Dra. Mariana Blengio</i> Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (Uruguay) <b>Mensaje de la Sociedad Uruguaya de Pediatría:</b> <i>Dra. Ana María Piccone</i> <b>Mensaje de Codajic:</b> <i>Dra. Susana Grunbaum</i>
11.15 a 12.30	<b>Conceptualización del tema</b> Medicalización y patologización. <i>Dra. en Psi. Adriana Cristóforo</i> (Uruguay) La prescripción de psicofármacos en adolescentes en la mira <i>Dr. Prof. Gustavo Giachetta</i> (Uruguay) <b>Modera:</b> <i>Mag. Psi. Mariana Duran</i> <b>Intercambio</b>
12.30 a 14.30	<b>Apuntes para la reflexión</b> <i>Mag. Paz Robledo</i> (Chile) <i>Dra. en Cs de la Educación Rosa Nunes</i> (Portugal) <i>Dr. en Fil. Francisco Ortega</i> (Brasil) <b>Modera:</b> <i>Dra. Profa. Alicia Muniz</i> <b>Intercambio</b> <b>Encuentro de jóvenes y adolescentes*</b> Facilitadores: Ps. Alfredo Correa, Ps. Melissa Olivera, Ps. Verónica Vila, Paula Dódera * Actividad exclusiva para jóvenes
14.30 a 14.45	<b>Espacio artístico</b>
14.45 a 15.15	Acompañando la participación juvenil. Logros, alegrías y desafíos <i>Dra. Mónica Borile</i> (El Bolsón, Argentina) <b>Modera:</b> <i>Dra. Diana Gómez</i> <b>Intercambio</b>
15.15 a 15.40	<b>Conferencia</b> En clave de derechos. <i>Dr. Luis Pedernera</i> Comité de los Derechos del Niño de la ONU
15.40 a 16	<b>Síntesis de la Jornada</b> <i>Lic. En Cs Políticas Tamara Samudio</i>

Jueves 29	
11 a 12	Escuchando las adolescencias, alojando sus modos de subjetivarse <i>Dra. en Ps. Gisela Untoiglich</i> (Argentina)  Experiencias: Casitas de Escucha: una apuesta de clínica comunitaria para la prevención del suicidio <i>Prof. Ps. Helga Arroyo</i> (Costa Rica) Experiencias de los centros de salud mental comunitaria con adolescentes <i>Dra. María del Carmen Calle</i> (Perú) <b>Comenta:</b> <i>Psi. Marcelo Della Mora</i>
12 a 14	<b>Jóvenes y adolescentes en pandemia</b> <u>Salud mental de adolescentes en tiempo de pandemia</u> <i>Dra. en CCSS María Noel Miguez, Maestranda Lucía Sánchez Solé</i> (Grupo de estudios sobre discapacidad-CCSS-UdeUr)  <u>Voces de niñas, niños y adolescentes del Sur frente a la pandemia por COVID-19. Principales hallazgos en Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay. Red de Coaliciones Sur</u> <i>Dra. Derecho. Florencia Vallino</i>  <b>Comentan:</b> <i>Dr. Carlos Zunino</i> (Uruguay) <i>Prof. Psi. Marcela Freytes</i> (Argentina) <i>Dra. CCSS Silvia Faraone</i> (Argentina)
14 a 15	<b>Voces de los adolescentes Intercambio intergeneracional</b> <b>Moderan y comentan:</b> <i>Prof. Dina Krauskopf</i> , <i>Selena Scotti</i>
14.15 a 15.15	<b>Espacio artístico</b>
15.15 a 16	<b>Declaración y consenso:</b> <i>Dra. Susana Grunbaum</i> (Uruguay) <i>Dr. Ernesto Martínez</i> (Ecuador) <b>Cierre</b>



## 4. APERTURA

-Dra. Mariana Blengio Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (Uruguay)

-Mensaje de la Sociedad Uruguaya de Pediatría: Dra. Ana María Piccone

-Mensaje de CODAJIC : Dra. Susana Grunbaum

( Video : <https://youtu.be/-YAvpRcc-QY> )

### **Mensaje SUP. Sociedad Uruguaya de Pediatría.**

#### **Dra. Ana María Piccone**

Buen día a todos y todas, soy Ana Piccone, integrante del Comité de Adolescentes de la Sociedad Uruguaya de Pediatría. Es un honor representarla en este Conversatorio, junto a la Dra. Marianoel Valdez, también integrante del Comité. Compartiremos con expertos nacionales y extranjeros un tema muy sensible para los pediatras: la patologización y medicalización de adolescentes con “enfermedades psicológicas o psiquiátricas” que deberían, o podrían, ser tratadas de otra manera. También participarán adolescentes que nos darán su mirada. Queremos analizarlo profundamente para poder así mejorar la atención de los adolescentes. El panel de expertos de este conversatorio nos dará la oportunidad de hacerlo. La Sociedad de Pediatría está presente en nosotros, como coordinadores, en excelentes expositores y en participantes del conversatorio.

Deseamos culminarlo enriquecidos y con los conocimientos necesarios para la adecuada atención de adolescente.

## 5. CONCEPTUALIZACIÓN DEL TEMA

Video: <https://youtu.be/1n5jHo445pE>

Medicalización y patologización : Dra Adriana Cristóforo (Uruguay)

La prescripción de psicofármacos en adolescentes en la mira : Dr. Prof. Gustavo Giaccheto (Uruguay)



## 6. MEDICALIZACIÓN Y PATOLOGIZACIÓN

Prof. Dra. Ps. Adriana Cristóforo

Uruguay

Al organizar el Conversatorio entendimos necesario contar con este espacio de conceptualizaciones con la idea de partir de un cierto lenguaje en común, explicitar nuestro punto de vista en relación a que nos referimos cuando hablamos de medicalización.

Antes de proponer posibles conceptualizaciones del término medicalización entiendo importante precisar en primer lugar que es un fenómeno complejo que involucra diversas dimensiones, en segundo lugar que es un fenómeno social y cultural, es decir, no se trata de algo que involucre exclusivamente a un sector de la sociedad en este caso a los médicos. Por el contrario nos atraviesa a todos y cada uno de nosotros, en nuestras prácticas profesionales y en nuestra vida cotidiana, la gran mayoría de las veces sin que tomemos conciencia de ello.

Como proceso social que es, no podemos poner una fecha de inicio, si bien los diversos autores lo ubican en una época del siglo XVIII en la que la medicina comienza a ampliar su área de acción a cuestiones que refieren más a la conservación de la salud, como la condiciones de la vivienda, el saneamiento, la alimentación, etc.

Abordaré tres definiciones que enfocan en distintos aspectos del fenómeno y tres formas en las que se hace más visible o son más habituales en su presentación.

La noción más habitual del término es la que formuló Conrad y se refiere a “cuando un problema es definido en términos médicos, es descrito usando un lenguaje médico, es comprendido a través de la adopción de un marco médico, o es tratado con una intervención médica” (Conrad, 2007, p. 5).

De esta forma problemas no médicos, económicos, sociales, vinculares, familiares, entre otros, pasan a ser definidos y tratados como “problemas médicos”, ya sea bajo la forma de “enfermedades” o de “desórdenes”.

Desde esta perspectiva se elimina la complejidad de los problemas humanos reduciéndolos a una única forma de comprenderlos, si no la única, si la dominante. Quiero subrayar esta idea de una única forma de entenderlos y vincularlo con lo que antes decía que es un tema que nos involucra a todos. Me voy a referir a prácticas de mi propia disciplina. Cuando como psicóloga considero un problema exclusivamente como psicológico y/o lo entiendo solo en términos de salud-enfermedad también lo estoy comprendiendo desde un paradigma medicalizador.

Una segunda definición en este caso la que realiza el Fórum sobre Medicalização da Educação e Saude, agrega otros elementos:

*“Se entiende por medicalización el proceso por medio del cual las cuestiones de la vida social-complejas, multifactoriales y marcadas por la cultura y por el contexto histórico- son reducidas a un tipo de racionalidad que vincula artificialmente las dificultades de adaptación a las normas*

*sociales, a determinismos orgánicos que se expresarían como enfermedades del individuo (2015, p.11)*

Esta definición incorpora otras dimensiones: la importancia del contexto, la inclusión de las dificultades de adaptación a las normas y el lugar que han adquirido los determinismos orgánicos. Yo acá agregaría una precisión a discutir, la adaptación a las normas sociales también es una noción que hay que revisar sobre todo cuando hablamos de jóvenes y adolescentes, justamente porque puede derivar en procesos de patologización.

La medicalización como proceso social tiene una dimensión normalizadora, es decir demarca que es lo normal y que no, que en general se decodifica como anormal, que es lo sano y que no (téngase en cuenta que por esta época aparece Gauss y sus criterios estadísticos de lo normal)

Decía anteriormente que la medicalización es un fenómeno que atraviesa nuestra vida cotidiana. Tomando este aspecto el Dr. Álvaro Díaz (2014) dice que “El término “medicalización” se refiere a un proceso de impregnación social de todo lo vinculado a la medicina. La medicalización está presente en el lenguaje cotidiano (por ejemplo: “la sociedad está infectada de delincuentes”, “es necesario hacer diagnóstico de la situación económica”, “hay que cortar por lo sano”)(p.125). Como consecuencia, o derivado de esto, estamos permanentemente bombardeados de “productos sanos” o que mejoran nuestra salud”. Ya no compramos un yogurt porque es el que más nos gusta sino porque es el más sano, o no salimos a caminar porque nos da placer sino porque es sano, hasta bailar es bueno para la salud física y mental según reza el cartel de un gimnasio y academia de baile. No es que este mal preocuparse por la salud, lo que quiero poner de manifiesto es que el fenómeno de la medicalización está tan presente en nuestras vidas que la preocupación por la salud ha sustituido al placer de hacer algunas cosas.

La contracara de esta búsqueda, a mi modo de ver exacerbada, por estar sano, es la amenaza y el riesgo a enfermar, lo que se vincula con lo que se ha llamado epidemiología de los factores de riesgo.

Esto del lugar en nuestra vida cotidiana y nuestras costumbres que planteo es una de las 3 formas en las que se manifiesta o se expresa la medicalización, a las que me refería antes.

Otras dos formas, referidas más a las prácticas en el sistema de salud, son la medicamentación o farmacologización y la patologización

En relación a la primera solo puntualizar que se refiere al uso de medicamentos como única medida terapéutica o como medida privilegiada. Frecuentemente el término medicalización es utilizado en este sentido, pero no son lo mismo y es conveniente discriminarlos ya que la medicalización es un fenómeno más amplio y que no siempre está vinculado a los actos de medicar.

La patologización por su parte refiere a la inclusión de un fenómeno normal en la categoría de enfermedad. La dependencia de niñas, niños y adolescentes hace que queden sujetos a las significaciones que los adultos les otorgan a sus conductas y expresiones. En el contexto de la medicalización, fenómenos o conductas que son sólo expresión de fenómenos familiares, sociales, económicos o culturales, o simplemente expresión de subjetividades de la época, pueden significarse como enfermedades o expresión de patologías.

La patologización se expresa de dos formas:

- en la necesidad de diagnosticar o incluir en categorías diagnósticas toda conducta que no forma parte de lo “esperado” por los adultos. Cada sociedad sostiene ideales de cómo deben ser

los NNA. De aquí que, cuando no cumplen este ideal se sancionan como no normales. De esta forma se diagnostican comportamientos o acontecimientos que no son más que manifestaciones de la forma de ser de jóvenes y adolescentes, o bien son reacciones saludables antes situaciones vitales como conflictos familiares, escolares, presiones sociales, etc.

- la otra forma en la que se manifiesta la patologización, consecuencia de la anterior, es poniendo en el centro de todas las acciones a las niñas, niños y adolescentes que presentan tales conductas, significándolos como problemáticos y descontextuando dichas conductas de los factores familiares, sociales, económicos y culturales. Es decir se individualizan y personalizan los problemas y queda el NNA como el único responsable.

En la medida que la medicalización como decíamos es un fenómeno cultural, los mecanismos que la sostienen hacen que ahora todos nos sintamos capaces de diagnosticar o nos creamos con autoridad para hacerlo, así como también para sugerir el consumo de determinado medicamento.

Una de las dimensiones que este fenómeno tiene es que aumenta la consulta a los profesionales de la salud, incluso por problemas que no son de salud, y los profesionales de la salud nos vemos impelidos a dar respuestas sanitarias., formando un círculo vicioso.

Como dice el autor de un Mundo Feliz *La investigación de las enfermedades ha avanzado tanto que cada vez es más difícil encontrar a alguien que esté completamente sano.* (Aldous Huxley)

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Johns Hopkins University Press
- Díaz Berenguer. A. (2014). Medicalización de la sociedad y desmedicalización del arte médico. *Archivos de Medicina Interna*, 2014; 36(3):123-126
- Fórum sobre medicalização da educação e saúde. (2015). *Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde*. Brasília: Setor de Administração Federal Sul (SAF SUL). Disponible en: <https://n9.cl/pbdz>

## 7. “LA PRESCRIPCIÓN DE PSICOFÁRMACOS EN ADOLESCENTES EN LA MIRA”

Prof. Dr. Gustavo Giachetto

Uruguay

### ¿Por qué este título?

No solo se requiere un título sugestivo para el auditorio, sino un título que refleje una serie de preguntas o cuestionamientos que desde hace tiempo nos venimos haciendo desde la práctica clínica y que se pueden sintetizar en una mirada crítica sobre este tema. *¿Por qué la prescripción de psicofármacos, y en especial antipsicóticos, es un hecho cada vez más frecuente en la práctica clínica? ¿Cuáles son los motivos que llevan a la prescripción de estos fármacos para una gama cada vez más amplia de manifestaciones conductuales y/o comportamentales que no necesariamente configuran manifestaciones de psicosis? ¿Por qué reciben más de un psicofármaco, en ocasiones más de dos o tres? ¿Por qué estas prácticas de prescripción se observan a edades cada vez más precoces? ¿Existen diferencias en las prácticas de prescripción entre niños que se proceden de diferentes medios socioeconómicos? ¿Que sustenta estas prácticas generalizadas en los niños, niñas y adolescente en situaciones de encierro?*

En los años '90 surge la Medicina Basada en Evidencia (MBE) como una corriente que le da sustento científico a las prácticas profesionales. Se trata de aunar la mejor evidencia derivada de la investigación científica con la experiencia profesional y las preferencias de los pacientes para la toma de decisiones clínicas. Este nuevo paradigma, introduce una nueva forma de hacer medicina. Sin embargo, pronto nos daremos cuenta que la MBE como herramienta presenta algunas dificultades a la hora de enfrentar nuestras prácticas diarias. No siempre existen evidencias científicas y cuando las disponemos, resulta que dichas evidencias presentan frecuentemente importantes sesgos o limitaciones metodológicas. Entonces la toma de decisiones se debe realizar con mucha incertidumbre. La incertidumbre es un hecho que caracteriza a nuestra práctica clínica. El problema no es la incertidumbre sino como la afrontamos. No se puede afrontar con reduccionismos. Simplificando los problemas. Con soluciones mágicas.

El surgimiento de los nuevos psicofármacos, como los antipsicóticos de segunda generación o atípicos y los antidepresivos de tipo ISRS, han revolucionado la psicofarmacología del adulto. Rápidamente, han comenzado a ganar terreno en la psicofarmacología de niños y adolescentes. Sin embargo, una advertencia: *“los niños no son adultos en miniatura”*. Por otra parte, la mayor parte de la investigación deriva de estudios con adultos, y no con niños. Esto cuestiona la extrapolación de resultados y más aun a la práctica. Además, existen diferencias farmacocinéticas, que hacen que los mecanismos de aclaramiento hepático y renal presenten variaciones con el crecimiento y desarrollo y esto repercute sobre la dosis y respuesta. Por otra parte, existen diferencias farmacodinámicas que explican por ejemplo menor susceptibilidad a los efectos anticolinérgicos de algunos medicamentos (menor densidad de receptores muscarínicos) y a la vez mayor susceptibilidad a efectos extrapiramidales (alta densidad de receptores de dopamina). A esto se suma, la plasticidad cerebral y los cambios generados por el desarrollo madurativo, que hacen que los “denominados trastornos de hoy” no se sean iguales mañana. Del mismo modo, la respuesta a los fármacos no es inmutable.

Es cierto, que los problemas de salud mental forman parte de la nueva epidemiología y que muestran una tendencia aparentemente creciente. Pero estos problemas son multidimensionales y multifactoriales, resultan de la influencia de diversos factores familiares, sociales, culturales, contextuales. En este contexto la vulneración de derechos es un hecho creciente y el sufrimiento de niños, niñas y adolescentes no siempre responde a un trastorno patológico que requiere tratamiento. En todo caso, se debe recordar que las intervenciones no pueden simplificarse a lo psicofarmacológico. Los psicofármacos no representan un tratamiento curativo, tampoco han demostrado modificar el curso evolutivo de estos procesos. Tan solo controlan o alivian síntomas o manifestaciones (angustia, ansiedad, impulsividad, irritabilidad). Esto debe quedar muy claro antes de la indicación y durante el tratamiento, para decidir que se espera que modifiquen, en cuanto tiempo, y cuando suspender.

Para culminar esta justificación del título señalaríamos que:

- El uso generalizado de psicofármacos, y en especial antipsicóticos en niños y adolescentes debe ser cuestionado, analizado, interpelado.
- No se trata de interpelar disciplinas, ramas del conocimiento o profesionales, sino reflexionar sobre las prácticas. Especialmente cuando existen discrepancias entre la “evidencia científica” y las “prácticas”. Se requiere una mirada crítica.

El espíritu crítico forma parte de nuestro perfil profesional. El aceptar sin dudar, es una mala señal. Una venda que obstaculiza la visión de la mejora continua de nuestra propia práctica.

La investigación científica es de naturaleza crítica, entonces ante un problema no alcanza con señalarlo, sino que hay que tratar de explicarlo y promover soluciones.

Por último, cuando se trata de garantizar derechos y promover la salud de los niños y adolescentes, es necesario contemplar todas las posibilidades,

### **Aspectos críticos.**

Hace ya varios años, el Grupo de Trabajo sobre Medicamentos Psicoactivos para Niños y Adolescentes de la Asociación Americana de Psicología (APA) estudió esta misma cuestión y después de una revisión exhaustiva de la literatura científica concluyeron que:

- Los estudios que apoyaban el uso de antipsicóticos en niños, niñas y adolescentes presentaban limitaciones metodológicas: muestras pequeñas, ensayos abiertos. No siempre se dispone de ensayos clínicos sino, se utilizan estudios con menor grado de evidencia: estudios retrospectivos o series de casos.
- El problema de los efectos secundarios es importante. Muchos de los niños que participaron en los ensayos con antipsicóticos experimentaron una combinación de efectos adversos como somnolencia, movimientos involuntarios, deterioro cognitivo, aumento de la prolactina, alteraciones del ECG, síndrome neuroléptico maligno, síndrome de ovario poliquístico, aumento de peso y trastornos metabólicos generales, incluyendo diabetes tipo 2 y elevación de las transaminasas.
- Los jóvenes parecen ser especialmente sensibles al aumento de peso y a los efectos cardio metabólicos asociados. Además, los nuevos antipsicóticos (atípicos) no parecen tener una clara ventaja sobre los más antiguos en la incidencia de trastornos del movimiento, a pesar de la creencia extendida en sentido contrario.
- *El impacto a largo plazo de estos fármacos sobre el sistema nervioso en desarrollo no se conoce.*
- *Por último, la duración de muchos estudios de antipsicóticos en Pediatría no es la adecuada para observar el impacto de estos medicamentos a largo plazo.* El aripiprazol fue aprobado por la FDA para niños entre 10 y 17 años para manía en el trastorno bipolar I basándose en un ensayo de cuatro semanas. La aprobación de la risperidona (Risperdal®)

para adolescentes con síntomas de tipo psicótico se basó en dos estudios, sólo uno de los cuales fue a doble ciego y duró seis semanas. La FDA aprobó el uso de Risperdal® para la manía en niños y adolescentes de 10 a 17 años de edad tras un ensayo a doble ciego de tres semanas. La alta tasa de abandono del tratamiento, debida a ineficacia e intolerancia al fármaco, genera dudas sobre la validez clínica de ensayos de duración tan breve.

### ¿Cuál es el rumbo?

Un aspecto crítico a la hora de abordar este problema es trabajar en la formación de los profesionales responsables de la atención integral de niños, niñas y adolescentes. Más actividades de este tipo son necesarias para mejorar las prácticas: sensibilizar, analizar, reflexionar.

Se requiere trabajar en formar profesionales:

- Capaces de evaluar la investigación: sus defectos metodológicos, sesgos, conflictos de interés, identificar resultados relevantes
- Con sólidos conocimientos en la eficacia de las intervenciones no farmacológicas.
- Con un espíritu crítico en las presentaciones relacionadas con los tratamientos y en especial con psicofármacos.
- Que incorporen el consentimiento informado a los usuarios, incluyendo información objetiva sobre riesgos y beneficios de los medicamentos antipsicóticos, sus indicaciones “off label”, etc.
- Que respeten las preferencias y opiniones de los adolescentes y cuidadores en cada fase de tratamiento: elección de uso de antipsicóticos, autocuidado, monitorización de efectos secundarios, decisión de suspensión del tratamiento, etc.
- Capaces de promover el consumo reflexivo de sus pacientes: informar sobre el sesgo de la información disponible en algunas fuentes, enseñar fuentes de información confiables, etc.
- Comprometidos y dispuestos a trabajar por el cambio en los servicios, organizaciones e instituciones de salud mental. El cambio no se da solo en la relación individual profesional – paciente-usuario, profesional usuario y sus cuidadores-familia; el cambio no puede darse únicamente en la esfera privada de la relación terapéutica, sino también en la pública y profesional mediante cuestionamiento del discurso dominante y la propuesta de alternativas

*“El bienestar del niño, niña y adolescente es el centro de nuestra práctica ética, enraizada en la máxima hipocrática que, desde hace siglos, señala que lo primero es no hacer daño. Además, todos los profesionales de salud estamos obligados a aportar a la mejor información existente para permitirles decidir entre las diversas opciones de tratamiento”.* **Los antipsicóticos en pediatría: Apelando a una asistencia ética.** Jacqueline A. Sparks y Barry L. Duncan, 2012

## 8. APUNTES PARA LA REFLEXIÓN

Video: <https://youtu.be/5BN-HChydQY>

Dra. Paz Robledo  
Médica- Pediatra U de Chile  
Especialista en Adolescentes en Chile  
Magister en Psicología del Adolescente UDD

Y mi presentación se centrará en mostrar cómo medicalizamos la pobreza, y la soledad, determinado por el modelo de desarrollo económico, social y político.

Se puede leer con más detalle en la siguiente publicación:

Impacto en desarrollo en adolescentes en vulnerabilidad social.

- **Fuente:** Cuadernos Médico Sociales. sep-dic2019, vol. 59 Edición 3/4, p43-55. 23p.
- **Autor (es):** Robledo Hoecker, Paz
- **Resumen:** La pobreza económica, social y cultural es altamente negativa para el desarrollo humano, ya que afecta la calidad de vida y el bienestar de la población en general, pero particularmente devastadora en las primeras etapas de la vida cuando se espera el crecimiento y desarrollo de las personas. . Se revisa sistemáticamente la literatura centrada en el crecimiento y desarrollo adolescente y el efecto de la pobreza y la exclusión social, con el fin de comprender y acompañar adecuadamente a este grupo de población, tanto a nivel individual como poblacional.

## 9. ENTRE PREVENCIÓN Y PREDICCIÓN

Dra en Cs. de la Educación Rosa Soares Nunes

Profesora Emérita da Universidad de Portugal

Portugal

"En la actualidad, en Portugal y en muchos otros países, crece la preocupación por el retorno y la intensificación de una visión biologicista y geneticista de la escolarización, que hace eludir la dificultad de responder educativamente a las exigencias de una escuela democrática. En esta conversación se pretende reflexionar acerca del carácter exponencial del desplazamiento de la búsqueda de soluciones educativas, para el campo de las soluciones psicologizantes y medicalizantes que, legitimando "científicamente" la ausencia de responsabilidad de respuestas educativas en una escuela de masas, naturaliza e invisibiliza fenómenos de exclusión que sobreviven sostenidos por políticas educativas con una carga de apariencia democrática e incluso filantrópica que torna esos fenómenos aún en más intocables.

Mi más profundo agradecimiento a los organizadores de este evento. Muchas gracias Adriana por me invitarme (así sea virtualmente) a la tierra de Mujica.

Mil disculpas por mis dificultades con la lengua. Mi portugués es pésimo.

En tiempos de confinamiento e incertidumbre, que ponen en evidencia otras pandemias más invisibles, vivimos bajo cielos oscuros, como dice el poeta. Pero Vergílio Ferreira nos recuerda, que es en un fondo de oscuridad donde una cerilla encendida se ve.

Entonces:

En los escritos sobre Literatura y Arte, Bertolt Brecht hace la pedagogía del sentido de la vida, en el rechazo de la palabra bella, pero sin la fuerza de las convicciones: "... esto no es arte. ¿Cómo puede el arte mover a los hombres si no lo mueven sus destinos? Si me encierro a sus sentimientos, ¿cómo pueden sus corazones estar abiertos a mis escritos? Y si no trato de encontrar la manera de liberarlos de su sufrimiento, ¿cómo puedo encontrar el camino de las cosas que escribo?"<sup>1</sup>

La patologización y medicalización de la educación y de la sociedad en general se contraponen a esta búsqueda del sentido de la vida, obstaculizando el derecho a decidir qué hacer de ella e con ella.

La crisis económica, histórica y cultural que atraviesa nuestras sociedades de diferentes formas, estructura un panorama de amenaza en torno a la institución escolar y las prácticas educativas.

En esta nueva escuela, los seres humanos ya no se piensan en términos de lo que son, sino de lo que valen, como con cualquier mercancía.

En esta nueva economía, el conocimiento no tiene valor si no se corresponde con las necesidades del mercado, si no se le puede atribuir un valor de mercancía.

Desde al menos los años setenta, la educación, especialmente a partir de mediados de los noventa, es una seducción para los lobos capitalistas que se dan cuenta del potencial.

---

<sup>1</sup> B. Brecht, Escritos de literatura y arte II, febrero de 1938

Retirar a la esfera pública y someter aún más sectores de la vida económica y social al mercado; atacar y dismantlar los servicios públicos; liberalizar, privatizar, mercantilizar.

La mercantilización de la educación, de acuerdo con las necesidades actuales de los mercados, como reguladores de sí mismos y de todo lo que colonizan, hace uso de estrategias altamente productivas, ya que es difícil reconocer su condición de construcción social y la violencia material y simbólica involucrada, tan naturalizada como esta hoy.

Hablo de la clasificación escolar, como selección social eufemizada;

el Sistema de Currículos Alternativos / Educación Dual que es instrumental a la división social del trabajo y la correspondiente desigualdad en la distribución del conocimiento, obstaculizando, desde temprana edad, las condiciones de justicia cognitiva; la patologización de las conductas y la medicalización de la educación escolar, con diagnósticos predictivos precoces a modo de prevención, que se colan a la piel con tanto más eficacia cuanto antes ocurran.

Entrecruzadas, estas estrategias dan la dimensión de su funcionalidad a aperturas engañosas a soluciones que terminan funcionando como negentropy amplificadora del Sistema.

Con Pierre Bourdieu,

“Debemos preguntarnos cuál es la contribución que los intelectuales dan al racismo de la inteligencia. Sería bueno estudiar el papel de los médicos en la medicalización, es decir, en la naturalización de las diferencias sociales, los estigmas sociales, y el papel de los psicólogos, psiquiatras y psicoanalistas en la producción de eufemismos que permiten designar a los hijos de sub. -proletarios o inmigrantes. de tal manera que los casos sociales se convierten en casos psicológicos y las deficiencias sociales en deficiencias mentales” (1984<sup>2</sup>).

Al abordar la correspondencia entre estructuras mentales y sociales, Pierre Bourdieu menciona que el “habitus”, funcionando como categorías de percepción y apreciación, o como principios de clasificación, produce no solo las prácticas, sino también las representaciones a través de las cuales opera la clasificación de las prácticas de los otros, y de sí mismo. Es decir, un sentido de su lugar y un sentido del lugar de los demás en la estructura social.

Este reconocimiento del lugar de cada uno en la estructura social es una condición para no reconocer la verdadera naturaleza de las posiciones diferenciadas de poder.

El tema que nos reúne hoy no puede dejar de remitirnos a un contexto mundial en el que el capitalismo conoce y explora la lógica del deseo, ya que, aunque vende felicidad, sabe que lo opuesto a la tristeza no es la alegría sino la actividad.

Colina, al comentar el diagnóstico de TDAH que actualmente cubre a una parte importante de la población mundial en escolaridad obligatoria, dice que “el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad debe ser visto como la reacción del niño ante un conflicto que retiene el deseo, y algo similar, de muchas conductas de los denominados trastornos límite de la personalidad en la adolescencia y la edad adulta. (...) Es decir, siempre que el deseo se ve comprometido, la acción se inhibe o se intensifica”(en C. Rey, 2012).

*Consumismo* en el discurso capitalista, hiperactividad para el discurso de la evidencia científica, este último de los “modelos de causalidad biológica y conductivista, a los que el discurso universitario dio púlpito y cátedra” (ibídem) - que excluyen la dimensión del deseo y el sentido interpretativo de los actos - se inscribe en un retorno al reduccionismo biológico que informa la ingeniería del yo, descuidando el conocimiento que proviene del sujeto que mejor se maneja en su ausencia.

En la transposición a la educación del modelo diagnóstico-tratamiento, por un lado, y la acción de la industria farmacéutica globalizada, por otro, la escuela se inscribe en su funcionalidad a un modelo que, para reproducirse, necesita de la ausencia de presión.

---

<sup>2</sup> Bourdieu, 1984, Questions de Sociologie, Ed. Minuit.

A través de políticas represivas o mediante el desarrollo de mecanismos de atomización social, ambos están abiertos a la efectividad de inculcar sentimientos de culpa individual y autoculpabilidad y al florecimiento de actitudes de conformismo, de sumisión. Este modelo requiere un tipo de ciudadano acrítico, resignado, asustado, con un profundo sentimiento de abandono. Un sujeto mínimo, como diría Zemelnam (2004). Un ser humano así no presiona. Acepta.

Respecto a las etiquetas, configuradas en un ejercicio predictivo, Giampino y Vidal<sup>3</sup>refieren que “la mirada que se le ofrece al niño estructura su identidad subjetiva, la melodía de su sentimiento de existir”. Y, en un ejercicio crítico a los enfoques conductivistas, se destaca los efectos de las profecías autocumplidas, con consecuencias que aquí podríamos ilustrar ampliamente en el campo de nuestra propia práctica y reflexiones. Para las autoras,

"Las grillas de comportamiento, de observación de factores de riesgo, otorgan ideas preconcebidas," prevenciones " que manipulan a priori (s) que pueden producir efectos de inducción, de proyección, que recaen sobre el niño" (ibidem: 103 ).

En cuanto la prevención se posiciona frente a una amenaza anunciada (“el riesgo de...”), en cuanto no es una gestión en el marco de un proyecto de futuro, entra en la predicción y sus efectos nocivos. Y se convoca el Comité Consultivo de Ética del Estado Nacional de Francia:

Una medicina preventiva que permitiese tener a su cargo, de manera precoz y adaptada, a los niños que manifiestan un sufrimiento psíquico, no puede confundirse con una medicina predictiva, que paradójicamente, aprisionaría a estos niños en un destino que, para la mayoría de ellos, no hubiese sido el suyo, si non hubiesen sido evaluados. El peligro es, en efecto, el de producir una profecía autocumplida, es decir, el de hacer que suceda aquello que se predice en la forma que fue predicho.<sup>4</sup>

Deslizándose entre “indicadores de riesgo”, “criterios de riesgo”, “familias de riesgo”, rápidamente se desliza hacia “niños en riesgo”. Con diagnósticos cada vez más precoces que auguran la identificación premonitoria de agresividad peligrosa e incluso de delincuencia, el cambio de lenguaje, en su aparente inocencia, descarta la responsabilidad adulta de cuidar, dando lugar al lenguaje de la vigilancia policial: **en lugar del niño, el menor ...** cada vez más precozmente imputable. Bajo la apariencia científica, una deriva ideológica amenaza aquí con una especie de psico-pato-sociología que releva de un imprudente pero no neutro control social de las familias.

Un niño cambia, evoluciona, se modifica. Registrar su existencia, guardarlo en la memoria en un disco duro resulta en estigmatizarlo, en hacer fijo lo provisional, con el riesgo de identificarlo para siempre en una dificultad pasajera.

En tiempos de sumisión de los Estados a las exigencias de exclusión disciplinada de las nuevas necesidades del Sistema Mundial, es decir, de un manejo controlado de la exclusión, los llamamientos de la escuela se dirigen a la intervención médica y psicológica, refiriéndose fuera de la responsabilidad primaria, constituyente del sentido de su existencia.

Como esclarece el reconocido e insospechado genetista Axel Kahn, la visión de un gen, que dirija un comportamiento complejo como aquel que comande a la agresividad, la violencia, la delincuencia, la pedofilia, es absurda y falsa.

Esta afirmación no pretende negar la influencia de las propiedades biológicas de nuestro cerebro sobre nuestra vida psíquica.

Al contrario, lo que se descarta es el estereotipo reduccionista de un determinismo genético, delimitando el destino de cada persona.

---

<sup>3</sup> Giampino y Vidal, 2009: 102

<sup>4</sup> Avis n° 95 du Committee consultif national d'éthique, février 2007  
Mi traducción.

En el 2005 el propio Presidente de la Asociación Americana de Psiquiatría se lamentaba porque, como colectivo profesional, permitieron que el modelo bio-psico-social se haya convertido en el modelo bio-bio-bio.

Entonces, enunciando a Shatzman:

Dar a todos la conciencia de que la ciencia no es contraria a la libertad, dar la oportunidad a todos de comprender la naturaleza de la percepción científica, parece ser el único medio de tornar la ciencia aceptable, en una sociedad represiva, que no vacila en ejercer su represión en nombre de la ciencia.

## 10. MÁS ALLÁ DE LA MEDICALIZACIÓN Y LA BRECHA DE TRATAMIENTO: ACCESO Y ACCESIBILIDAD EN LOS DEBATES SOBRE TDAH EN BRASIL

Dr. Francisco Ortega

Profesor titular del Instituto de Medicina Social de la Universidad Estadual de Rio de Janeiro  
Profesor visitante del Departamento de salud global y medicina social del King's College de  
Londres.

Las controversias en torno al TDAH en Brasil gravitan en torno a la aceptación (o no) del trastorno y su etiología neurobiológica. La polarización en el país opone el discurso biomédico y el de la medicalización. En contexto de extrema vulnerabilidad como en las favelas de Rio de Janeiro, cuando vamos más allá de las acaloradas discusiones teóricas e ideológicas, lo que vemos es una visión más matizada de la situación que ayuda a ir más allá debates polarizados en torno a la brecha de tratamiento frente a la medicalización. Las dificultades para acceder al metilfenidato en los servicios de salud pública fuertemente contrastan con la enorme dispensación en el sector privado, dando lugar a una distribución desigual de la medicación según clase social y recursos financieros. Como resultado, parte de la población brasileña puede estar sobremedicada y las críticas de medicalización del TDAH están bien situadas y son relevantes para esa situación específica, mientras que, por otro lado, existe un problema de acceso no solo a la medicación sino también a la inclusión social y educativa para las partes más pobres y vulnerables de la población. Lo que me interesa es cuestionar los debates simplistas que vemos en torno a esas cuestiones.

## 11. DOCUMENTO DE BASE PARA EL GRUPO DE ADOLESCENTES Y JÓVENES

Algunas definiciones sobre salud, salud mental, derechos y otros términos

Queremos transmitirles algunos conceptos y términos que usamos frecuentemente y que en el Conversatorio van a escuchar a menudo.

Este Conversatorio es importante para nosotros para discutir con ustedes como es la atención de salud, como es la atención de salud mental, saber si las personas jóvenes se sienten acompañadas y escuchadas, si hay demoras, si tienen quejas donde se plantean, si les explican a los jóvenes que es una terapia, que es un remedio y para qué sirve tomarlo, cómo se toman las decisiones sobre las cosas que les afectan a los y las adolescentes. Queremos saber cómo se puede mejorar la atención, respetando los derechos y también conversar sobre otras formas de resolver problemas, ya que no todo se resuelve en el consultorio.

**SALUD** – todos sabemos qué es, pero definirlo no es tan fácil.

Se entiende por Salud el bienestar de las personas de todas las edades, y también de los grupos de personas, por ejemplo: un grupo de niños de la escuela, de liceo, los que viven en un barrio, los trabajadores y trabajadoras de un lugar, las familias, las mujeres, las maestras, y así todos. Hablar de bienestar es importante, ya que una persona por ejemplo diabética puede considerarse sana... si se cuida y se siente bien, participa en actividades con otras personas, no tiene por qué ser un enfermo. Lo mismo una persona que tiene una discapacidad.

O sea que salud no es lo contrario de enfermedad, es un concepto en sí mismo. También tiene que ver con sentirse feliz y con fuerzas y si suceden cosas tristes o dificultades en la vida, poder afrontarlas lo mejor posible.

Agregarían algo más? Dudas? Quieren preguntar algo?

**SALUD MENTAL** - parece difícil de explicar, pero no tanto

Se dice que la Salud mental es una parte de la salud general.

Salud mental es sentirse bien con uno mismo y con los demás, es sentirse libre para elegir qué queremos hacer en la vida, día a día, cómo queremos ser, con quién queremos estar, y muy importante es querer a los otros y sentirse queridos y queridas. Es poder ayudar cuando otro precisa y también poder recibir ayuda si es necesario. Es resolver los problemas – porque en la vida siempre pasan cosas que son crisis normales del crecimiento – tanto problemas normales como cosas que suceden de repente y no esperábamos. Crisis inesperadas.

Muchas veces sentirse mal (enojado, triste, sin ganas de nada) por un problema, es una reacción normal si la persona sufrió una pérdida, como una ruptura amorosa, o más grave como la muerte de un ser querido.

Las peleas de la familia, las separaciones y divorcios son situaciones que afectan mucho a niños, niñas y adolescentes. Y no siempre lo dicen con palabras. Sino con gestos y comportamientos. O también pueden sentirse mal físicamente sin tener una enfermedad. Por ejemplo no comer o comer demás, o no poder dormir o dormir todo el día.

Pero hay veces que las personas podemos sentirnos mal sin motivo aparente.

A menudo vemos adolescentes y jóvenes que se aíslan, se quedan solos o solas y eso es algo importante de detectar, incluso los amigos y amigas son los primeros que pueden notar que algo está pasando y eso es de mucha ayuda. Pueden avisarle a algún adulto de confianza.

En la adolescencia hay muchos cambios. El cuerpo, la forma de pensar, las relaciones con los adultos, el estudio, las preocupaciones por la vida.... Y a veces se junta todo eso y las personas no saben bien del todo la causa de su malestar.

La sexualidad, los sentimientos de amor y de amistad son muy fuertes e importantes en la adolescencia. Vivir esos vínculos de una forma feliz es parte de la salud mental. Participar en la vida social junto con otros, hacer proyectos de lo que se puede hacer en conjunto y tener tiempo para hacer muchas cosas creativas forma parte del bienestar y de la salud mental.

Que dirían que es la felicidad?

.....  
 .....

**Determinantes de la SALUD** - Este es un concepto que se usa mucho en los equipos de salud sobre todo en los que trabajan en centros de salud y policlínicas y sobre todo las que están en los barrios y hacen muchas actividades con los vecinos y vecinas.

Se llaman determinantes de la salud a todos los factores que influyen en la situación de salud de un grupo de personas, una comunidad, una localidad, un país. Esos determinantes se pueden “medir” a través de estadísticas.

La salud no es sólo una cuestión individual, tiene mucho que ver el lugar donde la persona vive, como es su familia por ejemplo cuantos viven en la casa, si hay lugar para todos, si los padres y madres u otros adultos son cariñosos con los niños, les enseñan cosas y los ayudan a crecer; otro punto importante son las condiciones de la vivienda por ejemplo: tener un lugar íntimo para dormir, que haya comida, que no haya violencia en la casa ni en el barrio, si hay juguetes para los niños, computadora, luz, teléfono, heladera, en fin tener todo lo necesario. Si las madres y padres tienen trabajo o estudian si tienen tiempo para estar con los niños y también con los adolescentes. Para eso los adultos que crían a los niños tienen que tener trabajo y ganar lo suficiente. Todo eso son determinantes de la salud.

Y otros muy importantes son el tema de la basura y el agua potable. Porque influyen en la salud general (infecciones por ejemplo) y también en la salud mental: a nadie le gusta vivir en un barrio que no tenga plazas, que no tenga luz en la calle, que sea inseguro. Eso puede poner de muy mal humor a las personas de todas las edades.

Por supuesto salir a pasear y conocer otros lugares en el departamento o en el país también es algo que influye en la salud mental de todos, pero en los adolescentes es fundamental, porque son muy curiosos, quieren conocer el mundo, caminar y tener aventuras lejos de casa.

Y un determinante de salud que vemos muy importante en la adolescencia es que todos y todas vayan a estudiar y estén contentos con eso. Que tengan tiempo para estudiar, que no tengan que cuidar a hermanos menores o personas mayores (un poquito está bien, pero ser responsables de cuidar a otros todo el tiempo, no está bien). Y por supuesto tienen que tener tiempo y posibilidades de hacer otras actividades que sean de placer. Puede ser deportes, artísticas, políticas, lo que cada uno sienta que le gusta e interesa.

Siempre la participación en grupo es fundamental pero en esta etapa de la vida mucho más.

**DERECHOS a la SALUD** – La Convención de los Derechos del niño y adolescente expresa que es un Derecho fundamental el acceso a la salud sin ningún tipo de discriminación por ningún motivo.

Incluso aquellos que por algún motivo viven en una institución de cuidado, o están privados de la libertad no pierden este Derecho.

Es interesante destacar que el Ministerio de Salud Pública determinó, hace ya unos 10 años más o menos, varios Derechos para la atención de salud. Y para los niños y adolescentes en particular dice el decreto que si lo desean pueden entrar solos a la consulta (con cualquier profesional); que ningún niño o adolescente debe quedar sin ser atendido si va solo a la Emergencia o llama al médico desde su casa y no hay un adulto; que la información de la Historia Clínica es privada, y los y las adolescentes tienen que dar su consentimiento firmado para dar esa información a otras personas; que los adolescentes y niños y niñas tienen siempre que ser escuchados y su opinión tomada en cuenta (esto no significa que siempre se va a hacer lo que la persona quiera, pero saber lo que piensa es primordial); que los profesionales de salud tienen que responder todas las preguntas que les hagan los niños y adolescentes sobre su diagnóstico, tratamiento, remedios y lo que necesitan saber para cuidar su salud.

Poder ir a conversar con una psicóloga o psicólogo de algo que no anda bien, es un derecho en todas las edades pero en la adolescencia que hay tantos cambios en la vida puede ser importante consultar para recibir apoyo, sin que eso signifique una enfermedad mental.

Todo esto tiene que ver con la atención de salud. Pero también hay que destacar que el Derecho a la Salud se cumple cuando los niños y adolescentes tienen las condiciones para desarrollar al máximo su potencial.

Y eso se relaciona con los determinantes de salud que hablamos antes.

Como es la situación en los demás países en relación a los derechos a la salud para adolescentes? Es igual que en Uruguay? En Uruguay a pesar de que están estos derechos, les parece que siempre se cumplen?

### **Primer nivel de atención – Equipo de salud**

Los equipos de salud son grupos de profesionales de salud como enfermeros/as, psicólogos/as, médicos/as, trabajadores sociales, nutricionistas, ginecólogo/as y también los administrativos y

el personal de limpieza y de seguridad de un espacio de salud. Son un equipo porque se reúnen para discutir los problemas de salud de un barrio o comunidad. Ellos hacen un diagnóstico de los problemas junto con las personas de todas las edades que viven en la zona de la policlínica y van definiendo cuales son los problemas principales para encontrar caminos y soluciones que están a su alcance.

La salud no es una cuestión solo de los médicos. Ni de los otros profesionales de salud. Los médicos tienen una parte del trabajo, pero las condiciones en las que viven las personas, sobre todo cuando son negativas, es un asunto que va más allá de la policlínica y el equipo.

Por eso desde el Primer nivel de atención que está formada por las policlínicas del barrio o la zona, se trata de conversar con los grupos organizados de ese lugar. Las comisiones de fomento, los municipios y alcaldías, las organizaciones de la sociedad civil, la escuela, guarderías y jardines, los centros de UTU y Secundaria ... los clubes de deportes, los clubes de niños y los de adolescentes deben estar integrados en una Red para discutir y mejorar entre todos la salud y la salud mental.

Piensan que los adolescentes pueden apoyar y participar en algo de todo esto? Algunos ya lo están haciendo?

### **FACTOR DE RIESGO – Algo malo puede suceder**

Se llama factores de riesgo a cualquier situación que puede hacer más probable que suceda algo dañino para la salud- El ejemplo más conocido es que fumar cigarrillos puede traer cáncer de pulmón.

Quiere decir que es PROBABLE, no significa que **todos** los que fuman lo van a tener.

En la salud mental se pueden reconocer muchos factores de riesgo, por ejemplo vivir con muchas carencias materiales puede hacer que los niños tengan problemas en su desarrollo y crecimiento. ( lenguaje, sentirse bien, tranquilidad)

Tomar mucho alcohol sin control puede provocar accidentes, violencia, abandono personal, dejar de estudiar o trabajar ... y otros problemas.

No tener adultos que protejan, hagan mimos y quieran a los niños y en la adolescencia que los comprendan y acompañen en sus cambios, puede hacer que se sientan solos y tristes o enojados y rabiosos.

Se les ocurren otros factores de riesgo para la salud mental?

### **FACTORES DE PROTECCIÓN – muchas cosas buenas pueden suceder**

Los factores de protección son todas aquellas condiciones que hacen que las personas puedan recuperarse de situaciones problemáticas.

Esas condiciones pueden ser personales, familiares, sociales, culturales, y también como se manejan algunas políticas públicas en cada país. Esto último sería por ejemplo que si en un país la salud es gratis e igual para todos los habitantes, no hay diferencias entre ricos y pobres y todos tienen la misma posibilidad y respaldo para ir a cualquier servicio de salud, que los problemas se atiendan bien y rápidamente sin pensar en lo que hay que gastar en remedios, exámenes, y todo lo demás.

En lo personal un factor de protección puede ser que la persona tenga amigos y amigas, que se lleve bien con los demás, que tenga sentido del humor, que no se enoje si algo no le sale bien o no consigue inmediatamente lo que quiere y que sepa y pueda afrontar las crisis para salir adelante.

Quisieran decir algunos factores de protección familiares, sociales y culturales?

### **MEDICALIZACIÓN - una creencia, un mito muy generalizado**

Se define medicalización como la creencia de que todos los problemas de salud responden a una sola causa (médica) que por sí sola soluciona el problema, perdiendo de vista que hay múltiples factores que llevan a una persona a sentirse mal, sufrir y enfermar. Y entonces todo pasa por la consulta médica, todo depende de la persona y no se ven los otros factores que podrían cambiar ese sufrimiento.

Si un niño o adolescente no presta atención en clase y se distrae o está inquieto, puede ser porque tenga un problema de concentración pero también pueden pasar otras cosas ¿habrá comido bien? ¿habrá descansado? ¿será que hay problemas en la familia que lo preocupan? ¿habrá sufrido alguna situación de violencia?

A menudo se hacen diagnósticos sin conocer todas las determinantes de un malestar.

En la adolescencia algunos profesionales consideran que las conductas normales y esperadas en este momento de la vida son problemas de salud mental. Esto se llama **patologización**. O sea creer que algo normal es patológico (enfermo).

**Y muy frecuentemente se dan remedios (psicofármacos) para regular la conducta y que no serían necesarios si se piensa mejor en todo lo que está pasando. A esto se llama medicamentación (viene de la palabra medicamento).**

¿Les gustaría poner ejemplos?

# 12. CORTA POR LO SANO

Para grupos de adolescentes y jóvenes:

# CORTA POR LO SANO

Te invitamos a conocer algunos conceptos, y  
definiciones sobre...

**SALUD, SALUD MENTAL,  
Y DERECHOS**



Institución Nacional  
de Derechos Humanos  
y Defensoría del Pueblo

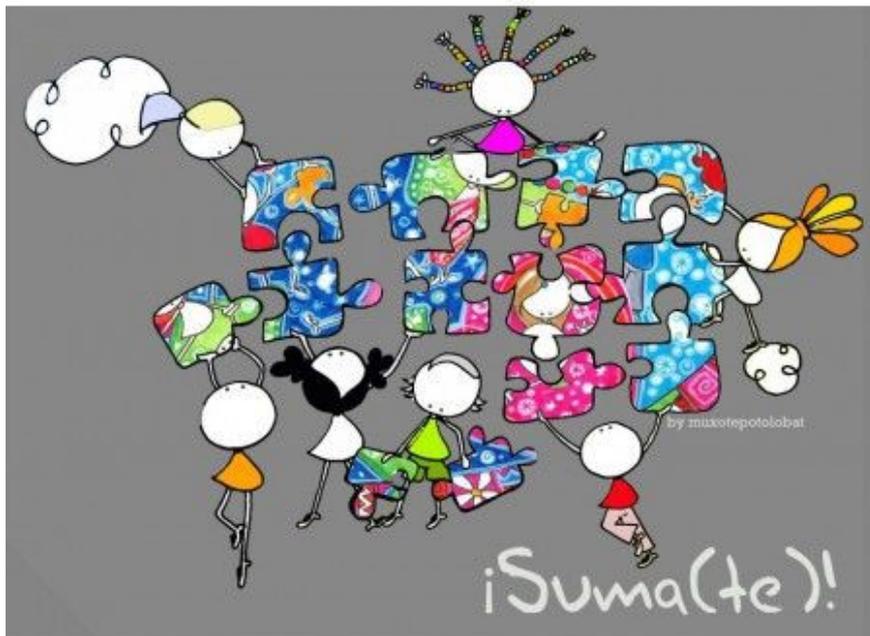


**CDNU**

Comité de los Derechos del Niño/a - Uruguay



Programa de Participación Infantil y Adolescente del INAU



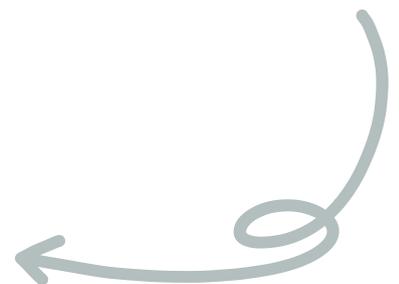
Queremos transmitirles algunos conceptos y términos que usamos frecuentemente y que en el Conversatorio van a escuchar a menudo.

Este Conversatorio es importante para nosotros para discutir con ustedes como es la atención de salud, como es la atención de salud mental, saber si las personas jóvenes se sienten acompañadas y escuchadas, si hay demoras, si tienen quejas donde se plantean, si les explican a los jóvenes que es una terapia, que es un remedio y para qué sirve tomarlo, cómo se toman las decisiones sobre las cosas que les afectan a los y las adolescentes.

Queremos saber cómo se puede mejorar la atención, respetando los derechos y también conversar sobre otras formas de resolver problemas, ya que no todo se resuelve en el consultorio.

palabras de

Susana Grunbaum





# SALUD

Todos sabemos qué es pero definirlo no es tan fácil.

Se entiende por Salud el bienestar de las personas de todas las edades, y también de los grupos de personas, por ejemplo: un grupo de niños de la escuela, de liceo, los que viven en un barrio, los trabajadores y trabajadoras de un lugar, las familias, las mujeres, las maestras, y así todos. Hablar de bienestar es importante, ya que una persona por ejemplo diabética puede considerarse sana... si se cuida y se siente bien, participa en actividades con otras personas, no tiene por qué ser un enfermo. Lo mismo una persona que tiene una discapacidad.

O sea que salud no es lo contrario de enfermedad, es un concepto en sí mismo. También tiene que ver con sentirse feliz y con fuerzas y si suceden cosas tristes o dificultades en la vida, poder afrontarlas lo mejor posible.

## SALUD MENTAL

...parece difícil de explicar, pero no tanto

Se dice que la Salud mental es una parte de la salud general. Salud mental es sentirse bien con uno mismo y con los demás, es sentirse libre para elegir qué queremos hacer en la vida, día a día, cómo queremos ser, con quién queremos estar, y muy importante es querer a los otros y sentirse queridos y queridas. Es poder ayudar cuando otro precisa y también poder recibir ayuda si es necesario. Es resolver los problemas - porque en la vida siempre pasan cosas que son crisis normales del crecimiento - tanto problemas normales como cosas que suceden de repente y no esperábamos. Crisis inesperadas.

Muchas veces sentirse mal (enojado, triste, sin ganas de nada) por un problema, es una reacción normal si la persona sufrió una pérdida, como una ruptura amorosa, o más grave como la muerte de un ser querido.

Las peleas de la familia, las separaciones y divorcios son situaciones que afectan mucho a niños, niñas y adolescentes. Y no siempre lo dicen con palabras. Sino con gestos y comportamientos. O también pueden sentirse mal físicamente sin tener una enfermedad. Por ejemplo, no comer o comer demás, o no poder dormir o dormir todo el día.

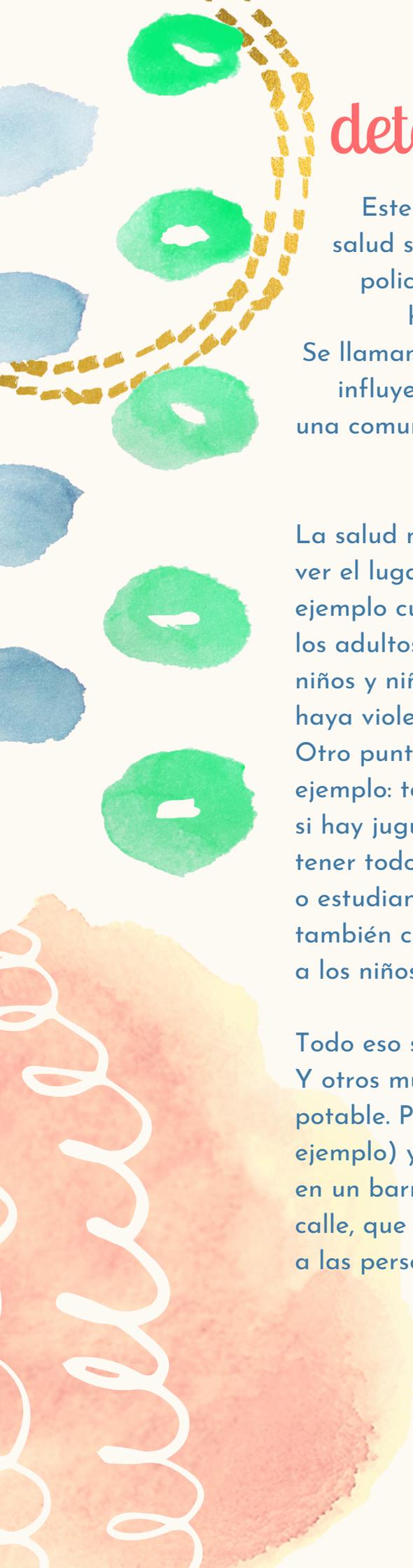
Pero hay veces que las personas podemos sentirnos mal sin motivo aparente.

A menudo vemos adolescentes y jóvenes que se aíslan, se quedan solos o solas y eso es algo importante de detectar, incluso los amigos y amigas son los primeros que pueden notar que algo está pasando y eso es de mucha ayuda. Pueden avisarle a algún adulto de confianza.

En la adolescencia hay muchos cambios. El cuerpo, la forma de pensar, las relaciones con los adultos, el estudio, las preocupaciones por la vida.... Y a veces se junta todo eso y las personas no saben bien del todo la causa de su malestar. La sexualidad, los sentimientos de amor y de amistad son muy fuertes e importantes en la adolescencia. Vivir esos vínculos de una forma feliz es parte de la salud mental. Participar en la vida social junto con otros, hacer proyectos de lo que se puede hacer en conjunto y tener tiempo para hacer muchas cosas creativas forma parte del bienestar y de la salud mental.

Qué dirías que es la felicidad





# determinantes de la salud

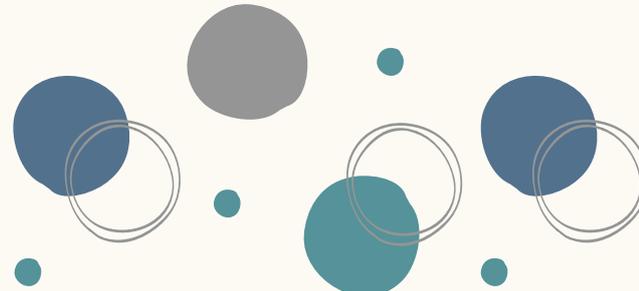
Este es un concepto que se usa mucho en los equipos de salud sobre todo en los que trabajan en centros de salud y policlínicas y sobre todo las que están en los barrios que hacen muchas actividades con los vecinos y vecinas. Se llaman determinantes de la salud a todos los factores que influyen en la situación de salud de un grupo de personas, una comunidad, una localidad, un país. Esos determinantes se pueden “medir” a través de estadísticas.

La salud no es sólo una cuestión individual, tiene mucho que ver el lugar donde la persona vive, como es su familia por ejemplo cuantos viven en la casa, si hay lugar para todos, si los adultos encargados de la crianza son cariñosos con los niños y niñas, les enseñan cosas y los ayudan a crecer, que no haya violencia en la casa ni en el barrio.

Otro punto importante son las condiciones de la vivienda por ejemplo: tener un lugar íntimo para dormir, que haya comida, si hay juguetes, computadora, luz, teléfono, heladera, en fin tener todo lo necesario. Si las madres y padres tienen trabajo o estudian y si tienen tiempo para estar con los niños y también con los adolescentes. Para eso los adultos que crían a los niños tienen que tener trabajo y ganar lo suficiente.

Todo eso son determinantes de la salud.

Y otros muy importantes son el tema de la basura y el agua potable. Porque influyen en la salud general (infecciones por ejemplo) y también en la salud mental: a nadie le gusta vivir en un barrio que no tenga plazas, que no tenga luz en la calle, que sea inseguro. Eso puede poner de muy mal humor a las personas de todas las edades.



Por supuesto salir a pasear y conocer otros lugares en el departamento o en el país también es algo que influye en la salud mental de todos, pero en los adolescentes es fundamental, porque son muy curiosos, quieren conocer el mundo, caminar y tener aventuras lejos de casa.

Y un determinante de salud que vemos muy importante en la adolescencia es que todos y todas vayan a estudiar y estén contentos con eso. Que tengan tiempo para estudiar, que no tengan que cuidar a hermanos menores o personas mayores (un poquito está bien, pero ser responsables de cuidar a otros todo el tiempo, no está bien). Y por supuesto tienen que tener tiempo y posibilidades de hacer otras actividades que sean de placer. Puede ser deportes, artísticas, políticas, lo que cada uno sienta que le gusta e interesa.

Siempre la participación en grupo es fundamental pero en esta etapa de la vida mucho más.

## DERECHO A LA SALUD

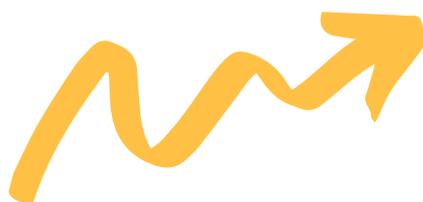
La Convención de los Derechos del niño y adolescentes expresa que es un Derecho fundamental el acceso a la salud sin ningún tipo de discriminación por ningún motivo.

Incluso aquellos que por algún motivo viven en una institución de cuidado, o están privados de la libertad no pierden este Derecho.

Como ejemplo de normativa, tenemos un decreto que hizo el Ministerio de Salud Pública en Uruguay, establece varios Derechos para la *atención de salud*. Y para los niños y adolescentes en particular dice el decreto que si lo desean pueden entrar solos a la consulta (con cualquier profesional); que ningún niño, niña o adolescente debe quedar sin ser atendido si va solo a la Emergencia o llama al médico desde su casa y no hay un adulto

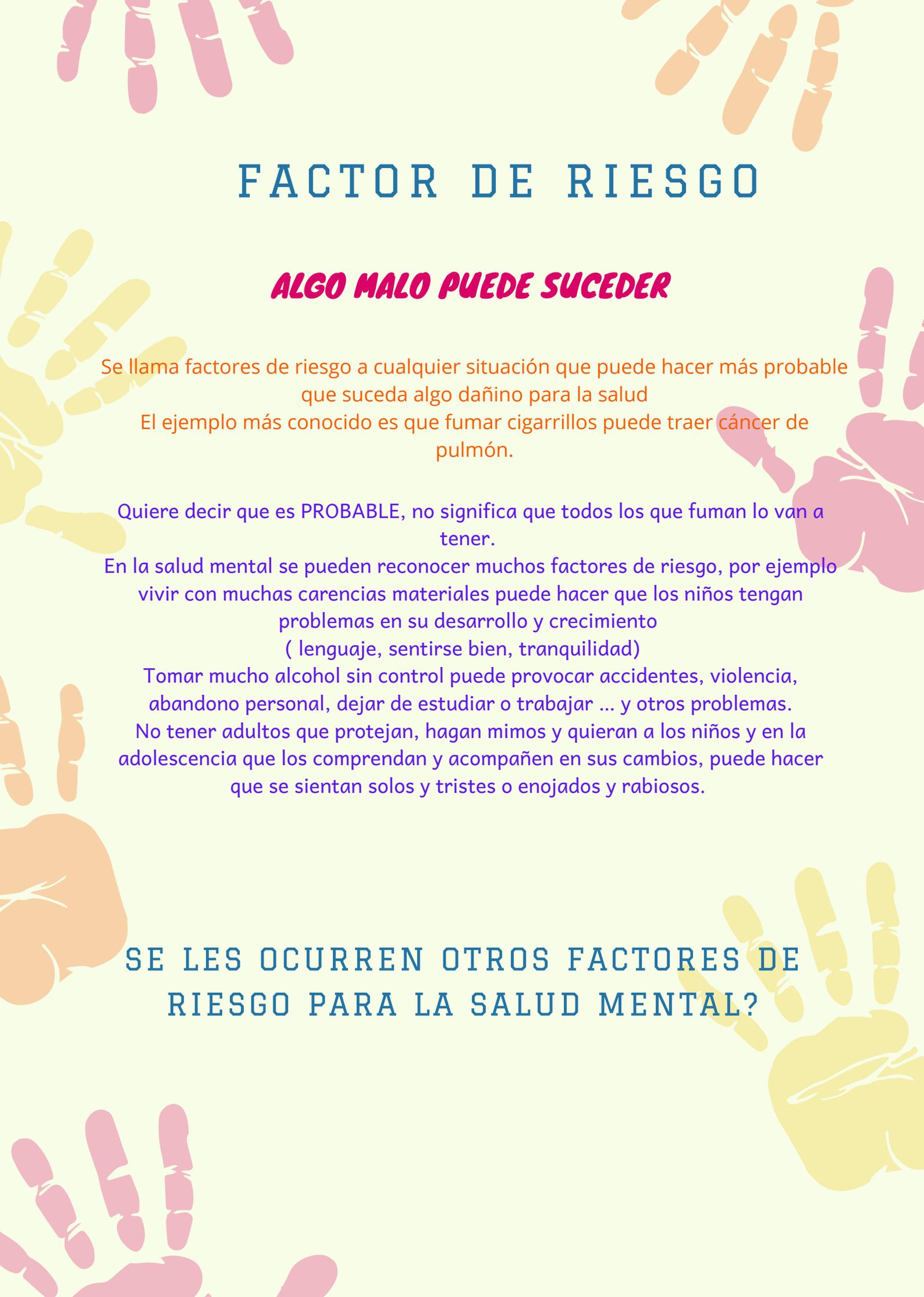
presente, que la información de la Historia Clínica es privada, y los y las adolescentes tienen que dar su consentimiento firmado para dar esa información a otras personas; que los adolescentes y niños y niñas tienen siempre que ser escuchados y su opinión tomada en cuenta (esto no significa que siempre se va a hacer lo que la persona quiera, pero saber lo que piensa es primordial); que los profesionales de salud tienen que responder todas las preguntas que les hagan los niños y adolescentes sobre su diagnóstico, tratamiento, remedios y lo que necesitan saber para cuidar su salud.

**Poder ir a conversar con una psicóloga o psicólogo de algo que no anda bien, es un derecho en todas las edades pero en la adolescencia que hay tantos cambios en la vida puede ser importante consultar para recibir apoyo, sin que eso signifique una enfermedad mental.**



Todo esto tiene que ver con la atención de salud.

Pero también hay que destacar que el Derecho a la Salud se cumple cuando los niños y adolescentes tienen las condiciones para desarrollar al máximo su potencial. Y eso se relaciona con los determinantes de salud que hablamos antes.



# FACTOR DE RIESGO

## ***ALGO MALO PUEDE SUCEDER***

Se llama factores de riesgo a cualquier situación que puede hacer más probable que suceda algo dañino para la salud

El ejemplo más conocido es que fumar cigarrillos puede traer cáncer de pulmón.

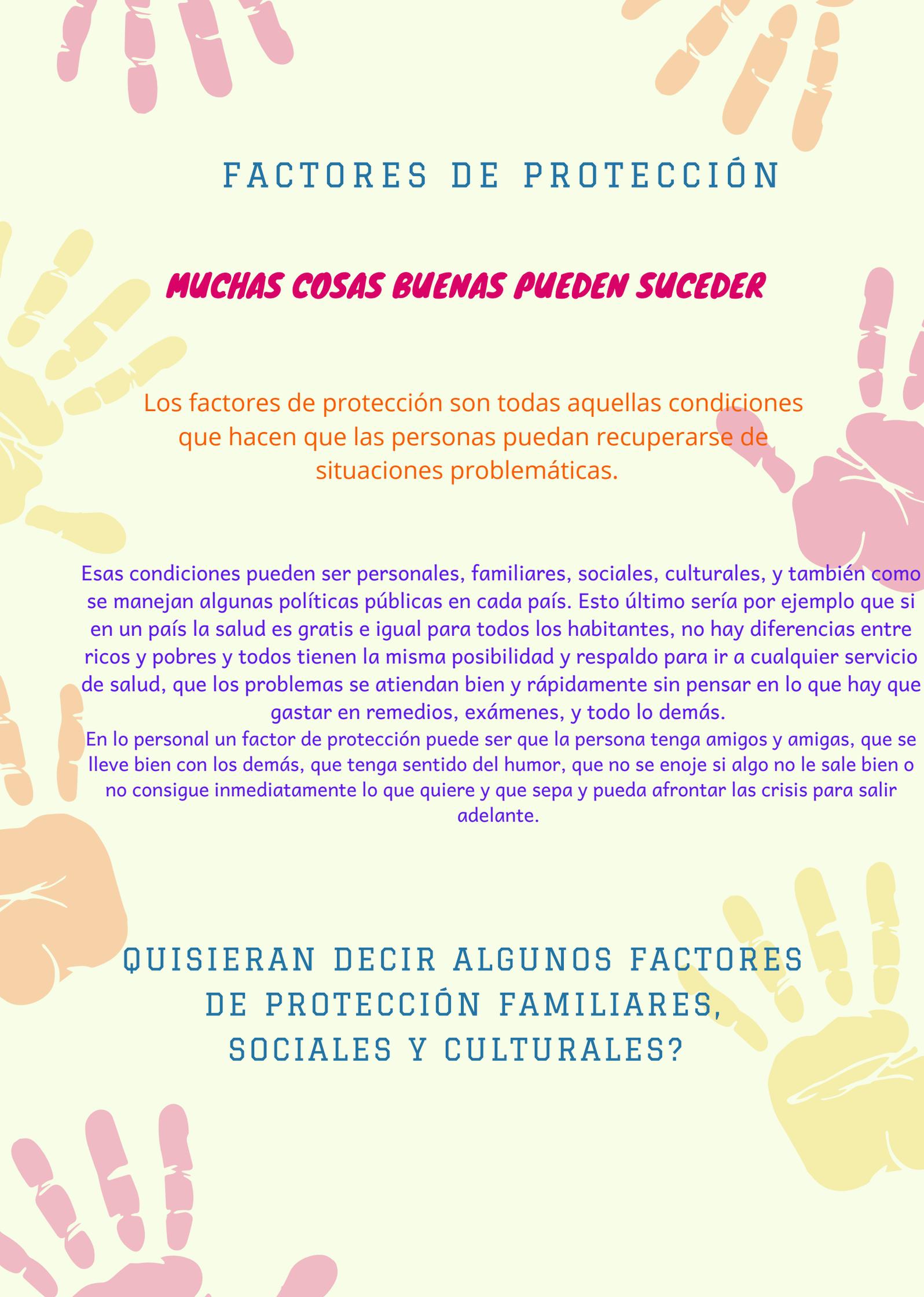
Quiere decir que es PROBABLE, no significa que todos los que fuman lo van a tener.

En la salud mental se pueden reconocer muchos factores de riesgo, por ejemplo vivir con muchas carencias materiales puede hacer que los niños tengan problemas en su desarrollo y crecimiento ( lenguaje, sentirse bien, tranquilidad)

Tomar mucho alcohol sin control puede provocar accidentes, violencia, abandono personal, dejar de estudiar o trabajar ... y otros problemas.

No tener adultos que protejan, hagan mimos y quieran a los niños y en la adolescencia que los comprendan y acompañen en sus cambios, puede hacer que se sientan solos y tristes o enojados y rabiosos.

## SE LES OCURREN OTROS FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD MENTAL?



## FACTORES DE PROTECCIÓN

### ***MUCHAS COSAS BUENAS PUEDEN SUCEDER***

Los factores de protección son todas aquellas condiciones que hacen que las personas puedan recuperarse de situaciones problemáticas.

Esas condiciones pueden ser personales, familiares, sociales, culturales, y también como se manejan algunas políticas públicas en cada país. Esto último sería por ejemplo que si en un país la salud es gratis e igual para todos los habitantes, no hay diferencias entre ricos y pobres y todos tienen la misma posibilidad y respaldo para ir a cualquier servicio de salud, que los problemas se atiendan bien y rápidamente sin pensar en lo que hay que gastar en remedios, exámenes, y todo lo demás.

En lo personal un factor de protección puede ser que la persona tenga amigos y amigas, que se lleve bien con los demás, que tenga sentido del humor, que no se enoje si algo no le sale bien o no consigue inmediatamente lo que quiere y que sepa y pueda afrontar las crisis para salir adelante.

QUISIERAN DECIR ALGUNOS FACTORES  
DE PROTECCIÓN FAMILIARES,  
SOCIALES Y CULTURALES?

# EQUIPO DE SALUD

## PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Los equipos de salud son grupos de profesionales de salud como enfermeros/as, psicólogos/as, médicos/as, trabajadores sociales, nutricionistas, ginecólogo/as y también los administrativos y el personal de limpieza y de seguridad de un espacio de salud. Son un equipo porque se reúnen para discutir los problemas de salud de un barrio o comunidad. Ellos hacen un diagnóstico de los problemas junto con las personas de todas las edades que viven en la zona de la policlínica y van definiendo cuales son los problemas principales para encontrar caminos y soluciones que están a su alcance.

La salud no es una cuestión solo de los médicos. Ni de los otros profesionales de salud. Los médicos tienen una parte del trabajo, pero las condiciones en las que viven las personas, sobre todo cuando son negativas, es un asunto que va mas allá de la policlínica y el equipo.

Por eso desde el Primer nivel de atención que está formada por las policlínicas del barrio o la zona, se trata de conversar con los grupos organizados de ese lugar. Las comisiones de fomento, los municipios y alcaldías, las organizaciones de la sociedad civil, la escuela, guarderías y jardines, los centros de UTU y Secundaria... los clubes de deportes, los clubes de niños y los de adolescentes deben estar integrados en una Red para discutir y mejorar entre todos la salud y la salud mental.

MATERIAL AMIGABLE PARA ADOLESCENTES Y  
JÓVENES

comisión participación adolescentes  
y jóvenes

Susana Grunbaum - Melissa Olivera - Paula Dodera, Alfredo Correa (Uy)  
Diana Gomez, Veronica Vila (Arg)  
Nelson García (Py)



**Conversatorio Corta por lo Sano**  
**28 y 29 de Abril 2021**

### 13. ENCUENTRO DE JÓVENES Y ADOLESCENTES

Facilitadores : Psc. Alfredo Correa, Ps. Melissa Olivera, Ps. Verónica Villa, Paula Dodera

Participan adolescentes y jóvenes pertenecientes a varias redes :Red joven CODAJIC, propia, grupo más participación sociedad civil, interac, tejiendo redes infancia, Fundación para la Investigación y desarrollo Social

Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador, Uruguay

Se trabajó en 3 encuentros virtuales, con una modalidad de talleres.

#### **Qué entiendes por Salud Mental**

"La salud mental es tan importante como la salud física, de ella depende como nos enfrentamos ante nuestras emociones, pensamientos, ideas y comportamientos.

Es importante tener claro su importancia, la depresión y el estrés son enfermedades y pueden causar la muerte.

Muchas veces a algunas personas les cuesta aceptarlo y por eso es necesario concientizarlo.

Tener salud mental es sinónimo de ser feliz y tener estabilidad."

Estado emocional y psicológico de una persona

Estado de bienestar el cual la persona se encuentra bien, puede afrontar las dificultades de la vida, puede trabajar de manera productiva, es consciente de su capacidad como persona y puede llegar a auto realizarse.

Yo entiendo que es el estado entre una personal que garantiza su participación laboral, intelectual las relaciones para alcanzar un bienestar y una buena calidad de vida.

Tener bienestar emocional y psicológico.

Para mi la salud mental es estar en equilibrio y sentirse bien con unx mismx, creo que relacionarlo con la felicidad es incorrecto creo que lo más sano es poder sentir todas nuestras emociones tanto las "positivas" como las "negativas" y alguien sano mentalmente debe ser capaz de experimentarlas sabiendo reaccionar de forma sana. En fin para resumir creo que es un equilibrio total entre poder sentir todas nuestras emociones y aún así sentirse bien con si mismx.

Persona que realiza capacidades.

Para una salud mental sana se necesita de actividades directa o indirectamente relacionadas con el bienestar, la salud mental están importante como la física

Todo lo que tiene que ver con el estado de ánimo. Estar haciendo actividad física etc para que la mente este un poco ocupada.

La salud mental es todo relacionado a la psique humana y el estado en el cual se encuentra el cerebro en sentido psicológico y emocional.

La salud mental es ese estado de bienestar, donde la persona es capaz de hacer frente al estrés de la vida y trabajar de manera productiva sin tener demasiados problemas. Es el equilibrio entre la persona y su entorno

Yo creo que la salud mental va más allá de la salud física de la persona es decir una enfermedad como una gripe o un virus, sino que la salud mental es cuando vos haces las cosas que te gustan y sos feliz, es decir, vivir bien desde la cabeza y no estresado o con diferentes problemas

Pienso que la salud mental es que nos encontremos en un estado en el que seamos funcionales, y estemos a gusto con lo que somos y hacemos

Es un concepto que refiere a un equilibrio, una estabilidad mental, que teniéndola es el cómo vamos a "adquirir" o estar en pleno bienestar. O al menos este es el "ideal", realmente es un tema que lo considero bastante complejo.

La salud mental es eso que necesita tener un joven en buen estado, nuestra socialización con el mundo depende de esta.

Derecho humano

Es, el ser humano no haya perdido su humanidad, para vivir bien en la tierra...

Entiendo como el apoyo a gente que necesita una red de cuidadores para poder tener una vida digna sin enfermedades mentales o poder controlar algunos síntomas.

Es el equilibrio entre una persona y su entorno sociocultural que ayuda a una buena vida, laboral, intelectual.

Inteligencia emocional, tolerancia, cultura, pensamiento y deliberación son conceptos que se deben enfatizar a partir de la educación en las escuelas de todo el mundo.

Es el completo bienestar psicofísico y entorno saludable

Estado de bienestar mental, tranquilidad.

Un bienestar emocional, psicológico y social.

Considero que cuando hablamos de salud mental hacemos referencia al bienestar emocional, psicológico y social, asociado a como nos enfrentamos a distintas situaciones como lo puede ser el estrés, tomas difíciles de decisiones o dependencias emocionales

El estado socio-cognitivo de un individuo.

Es el equilibrio entre una persona y su entorno sociocultural que ayuda a una buena vida, laboral, intelectual.

**Derecho humano**

"La salud mental es igual de importante que la salud física, es un mundo de pensamientos, emociones, etc. Es bueno tener salud mental de lo contrario puedes padecer una infinidad de enfermedades, trastornos, etc.

Cuidando lo que sentimos, nuestros traumas, todo lo que esté relacionado con la mente podemos tener una buena salud mental "

### **Grupo 1**

Mitos y estigmas sobre la salud mental:

- se estigmatiza al que consulta, al que busca o va al psicólogo- por parte de la sociedad y de sus pares a veces
- también sobre el psicólogo: para qué sirve, quiénes tienen que ir, falta información de que se puede recurrir por otros temas que no son “enfermedades” o problemas, ej. Orientación vocacional

Falta de información, desinformación sobre sus derechos, sobre su tratamiento, sobre su medicación, sobre las decisiones que se toman en relación a su salud, sobre el consentimiento informado: los medicamentos son controlados por otros,

Violencia institucional: se escucharon casos concretos de violencia por parte de funcionarios, amenazas, frialdad, los dejan mucho tiempo atados o en aislamiento, maltrato por parte de quienes deberían cuidarlos o ayudarlos en ese ámbito (clínica, asistencia psiquiátrica)

### **Grupo 2**

Calidad y acceso a los tratamientos:

- calidad de la atención, plantean inconformidad, En algunos casos (depende del país, del sistema de salud que tenga y del centro al que acudes) se plantea que no es buena porque se les dan unas pocas consultas, tiempos alargados para acceder a una consulta psicológica o psiquiátrica. No se puede generalizar en tanto depende de cada profesional la calidad de la atención. Sí se escuchan críticas en relación a los médicos y “se sabe popularmente a qué centros ir”.
- En relación a la pandemia, se han estirado los tiempos para las consultas .
- se planteó que no se sienten escuchados, o no los tratan bien durante sus experiencias con la atención en salud mental. Es importante que te expliquen para qué son los medicamentos, o cómo los tenés que tomar. Cuando son más chicos/as suele suceder que el profesional hable con el adulto y no con la persona que lo va a tomar, el niño o niña.
- es un privilegio que no todos tienen, porque hay que pagar por cada cita o consulta, existe la atención pública pero son pocas sesiones, falta de asiduidad en los tratamientos.
- A veces consultar por problemas o salud mental genera miedo a cómo va a reaccionar la familia y qué van a pensar las demás personas, por desinformación.

### **Grupo 3**

En cuanto a la decisión de buscar apoyos o tratamientos en salud mental:

- algunos minimizan los problemas propios, otras veces pasa que uno está sumergido en sus propios sentimientos, situaciones, y no se da cuenta que tiene que buscar ayuda. Darse cuenta que no se puede solo es el primer paso y es difícil.

- por otra parte agregan: no tomar ciertas situaciones de crisis o de estrés como problemas, son esperables, así como sentirse mal por ellas

Relación con los padres, madres, familiares, educadores y otros adultos referentes:

- no ser tomados en cuenta seriamente por su edad, (mito de que los niños, niñas y adolescentes no tienen problemas “serios”)

- no todos cuentan con un adulto referente o familiar de confianza. A veces porque no los comprenden, o no se sienten comprendidos, no se animan a aproximarse a ellos/as o bien, “no les llegan”

#### **Grupo 4**

Sobre la Salud mental en general:

- cosas que generan bienestar: disfrutar con amigos, escuchar música, relación con pares y amigos, tener confianza con la familiar, estar en movimiento... Es necesario: apoyo, escucha, confianza

- Hablamos de lo que los académicos y profesionales llaman “patologización”: entre todos tratamos de llegar a reflexiones a partir de lo que cuenta Diana. Alfredo pone como ejemplo “Juancito se pone muy inquieto, rompe cosas, le cuesta mantenerse quieto en la escuela, capaz se pelea con los compañeros o no hace caso a la maestra... en lugar de pensar qué le está pasando de inmediato se recurre a darle una pastillita, como ser ritalina”

**Como conclusión ....**

**Propuestas:**

- confianza, apertura, son características que deberían tener algún referente adulto cercano o que puedan encontrar en su red o entorno

- poder formar, educar a los padres

- hablar entre referentes pares, tener grupos

- y colectivos, organizaciones.

- hacer una guía de recursos nacional o regional que esté disponible por whatsapp, redes, etc.

Propuestas: Grupo 1...

- en redes sociales y en otros lugares poder hablar del tema salud mental para evitar la estigmatización, este es el primer paso para que la gente se anime a consultar o pedir ayuda sin sentir que se expone.

Pensar en otros lugares donde uno se anime a hablar, a interactuar con otro, que no sea un profesional.

- Es importante tener políticas públicas que promuevan la salud porque sino queda en un privilegio

- Para ir al psicólogo es importante sentir confianza, sentirlo como amigo y apoyo, sentirnos cómodos.

### **Propuestas grupo 2:**

- cómo se yo que necesito ir a un psicólogo? Difundir en qué casos o situaciones se puede ir al psicólogo, e intentar “normalizarlo”. Que se puede ir en distintas situaciones, explicar en qué otros casos que no es solamente por una patología. Saber en qué casos.

- Concientizar a los médicos cuando recetan medicación que les informen directamente a la persona que lo va a consumir, en este caso al niño o adolescente y no sólo al tutor. Tratar de explicarle en sus palabras, contarle qué va a tomar y por cuánto tiempo. Tener ese consentimiento entre todos. Lo mismo cuando van los y las adolescentes solos a una consulta.

- Incentivar a que más personas estudien acerca de la salud mental, y que haya más propuestas de trabajo para los profesionales de la salud mental, para que lleguen a la gente, a los pacientes.

- campaña virtual de prevención para adolescentes para que no tomen sustancias o psicotrópicos para estudiar, y optar por otras medidas para mejorar su atención. (comer sano, descanso, conseguir un compañero de estudio) Las redes sociales porque son muy utilizadas por jóvenes hoy en día.

### **Grupo 3:**

Propuestas: flyers coloridos, información por las redes, tik toks o reels, dinámicos, de 30 segundos, usar esas herramientas para “ridiculizar” en buen sentido, esta temática, y que tengan un lenguaje de comunicación adolescente, juvenil.

### **Propuestas grupo 4**

- No estigmatizar cambiar el punto de vista de lo implica ir al psicólogo/a, no es estar loca loco...

- Posibilidad de ampliar la mirada y profesiones en cuanto a pensar salud mental. Hay Muchas profesiones que con formación específica pueden aportar en nuestra salud mental.

- Incluir comunidades diversas- cambiar el estigma de lo diferente.

- Medicalización puede ser necesaria pero no puede ser el primer y único recursos. Se puede recurrir a métodos” más baratos” y menos invasivo.

## 14. ESPACIO ARTISTICO

1. Latasónica : La Cumparsita ( Uruguay)

<https://youtu.be/437uh7bmis>



2. Campaña Juntos de la mano : “Salud e Interact de Carlos Casares (Argentina)

[https://youtu.be/CjK0XSuqw\\_Q](https://youtu.be/CjK0XSuqw_Q)



3. Grafitis: Arte urbano en cemento (Ecuador)

<https://youtu.be/Vo3xijajYq5>

## 15. ACOMPAÑANDO LA PARTICIPACIÓN JUVENIL. LOGROS, ALEGRÍAS Y DESAFÍOS

Video: <https://youtu.be/DJh31eEu6Q4>

Dra. Mónica Borile <https://www.facebook.com/borilemonica>

Nuestra sociedad tradicionalmente no ha tenido en cuenta la capacidad de agencia de adolescentes y jóvenes, vistos como seres en moratoria caracterizados por rebeldía e inmadurez sin reconocerlos como sujetos de derechos, actores y constructores de sus comunidades.

Quienes tuvimos y tenemos la oportunidad de seguir creando lazos de solidaridad y cooperación intergeneracional estamos convencidos que se deben generar estrategias de cuidados, acompañamiento y protección externa. Estrategias que generen y apoyen la capacidad de agencia y resiliencia de adolescentes y jóvenes. Reitero como siempre: *no podemos ir a ellos sin ellos /as*.

Proteger sus derechos, intereses y necesidades nos interpela a generar *programas de formación* atendiendo su llamado, considerando la justicia intergeneracional, social y ecológica de forma analítica; replanteándonos el contenido ético y político de la responsabilidad hacia

las generaciones futuras.

No ha sido fácil vencer el orden patriarcal de nuestras sociedades para generar espacios participativos, se debe superar la adultocracia que invisibiliza y estigmatiza a adolescentes y jóvenes .

### **Haciendo un poco de historia:**

*Cable a Tierra* fue un grupo juvenil de la Comarca Andina del Paralelo 42- Argentina que inició actividades voluntarias en el año 2002 junto a un Equipo Interdisciplinario de Profesionales

Se desarrollaron proyectos solidarios orientados a la promoción de la salud integral del adolescente, actividades que generaron espacios de participación, en un trabajo conjunto con entidades educativas, gubernamentales y no gubernamentales, y comunicadores sociales.

Es en este marco que un grupo de estudiantes secundarios y de la Universidad Nacional del Comahue realizaron Talleres para alumnos de 6° y 7° grado de las escuelas de la región. Al mismo tiempo, a través de un convenio con el Ministerio de Educación de Río Negro se capacitan a docentes quienes facilitan la inserción en las comunidades escolares de estos jóvenes.

El Programa “ *Extramuros Actores y promotores Comunitarios* “ estuvo orientado a brindar un espacio de capacitación en promoción de la salud a alumnos de los Ciclos Introductorio y Biomédico de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Comahue, y de los últimos años de secundario en la Comarca Andina del Paralelo 42°, con el fin dar respuesta a las crecientes necesidades de los adolescentes desde un enfoque integral, holístico, interdisciplinario e intersectorial. En el desarrollo del Programa, la Facultad de Medicina ofrece sus instalaciones y otorga puntaje facilitando el acceso voluntario de los estudiantes. La ONG Rehue aporta los profesionales que capacitarán tanto a jóvenes como a docentes que tendrán

a su cargo los talleres a realizarse en sus escuelas. Por su parte, el Ministerio de Educación de la Provincia de Río Negro certifica y otorga puntaje a los docentes que participan de las actividades de capacitación. Por último, la Secretaría de Extensión de la Universidad Nacional del Comahue creó un programa vinculado a esta experiencia capacitando de manera interdisciplinaria a equipos de salud y educación en el marco de un postgrado “ *Abordaje*

*Integral del Adolescente* “ a futuros facilitadores. Primer Posgrado Universitario en Argentina de modalidad Semipresencial que se inicia en el año 2005

LOS CABLE A TIERRA grupo Juvenil que recibieron el Premio a la innovación social juvenil 2002: Juventud solidaria para un nuevo milenio.

Siguieron las Ferias de Proyectos Juveniles, Seminarios , Talleres , Jornadas Patagónicas , <http://www.codajic.org/node/2659> , formación de Facilitadores que desarrollan actividades en Congresos y Jornadas <http://www.codajic.org/node/3934> , Concursos sobre Derechos, Redes Juveniles <https://www.facebook.com/redjoencodajic>

Mucho camino recorrido por, para y con nuestros Adolescentes y Jóvenes ... 19 años !

*Lo que antes era un sendero ahora es camino real* ... Los invito a seguir construyendo y disfrutando de este andar .

**Bibliografía de Consulta:** <http://www.codajic.org/node/1537>

## 16. EN CLAVE DE DERECHOS

Dr. Luis Pedernera

Comité de los derechos del niño de la ONU

Video : <https://youtu.be/9NwDmu6MIXI>

## 17. SÍNTESIS DE LA JORNADA

**Video :** <https://youtu.be/BROfqsbe9h4>

**Lic. Tamara Samudio**

### **GUSTAVO GIACHETTO**

Mirada crítica y reflexiva nos debemos

Aumento de la prescripción, que surge del informe de UNICEF

La psicofarmacología y psiquiatría (la práctica). Los problemas conductuales y de salud mental son multidimensionales. No son genéticos, ideológico, múltiples factores intervienen para determinar cambios conductuales y de salud mental en NNA

Problemas complejos, donde lo psicofarmacológico se queda corto. Primer principio: no son herramientas que curan, alivian síntomas. Fármacos para la psicosis

En el noventa se introduce la medicina basada en evidencia. Cambio de paradigma de práctica médica

Se prescribe para determinar síntomas

Estudios que no profundizan sobre los efectos de psicofármacos. Efectos secundarios importantes que aparecen al poco tiempo del tratamiento. Nuestra práctica con esta herramienta tiene muchas incertidumbres que hay que saber que manejar.

Hay que manejar con la familia y la niñez la información, tiene que estar informado y tener la opción de decidir.

Se necesitan otros abordajes integrales para integrar

Trabajar aspecto fundamental que es la formación profesional, seguir contribuyendo también en la formación continua, que incorporen prácticas de consentimiento informado, investigaciones que profundizan los efectos secundarios

### **ADRIANA CRISTÓFORO**

Aspectos a señalar:

Medicalización proceso complejo, con muchas instituciones involucradas

Propuestas y análisis limitado.

Medicalización es proceso social y cultural. Proceso que nos involucra a todos. Uno de los objetivos del conversatorio, que sea intersectorial, intergeneracional, interdisciplinario, proceso en el que todos estamos involucrados.

Tres expresiones de este fenómeno, que son las más visibles. Noción más habitual es la de Konrad en 2007 que dice “medicalización cuando un problema es definido en términos médicos, en

lenguaje médico, y adopción o intervención médica”. Así, fenómenos sociales, económicos, familiares, pasan a ser definidos como problemas médicos, ósea, como enfermedades o trastornos.

Aspecto central es que se elimina la complejidad de los fenómenos, no sólo de salud mental sino en general, que son multidimensionales.

Se transforman en fenómenos médicos, y se comprende desde este lugar.

Medicalización supone una única forma de comprender el fenómeno, desde una perspectiva. Nos involucra a todos, también desde nuestra disciplina, que trabaja desde visión medicalizadora. Simplificamos el problema.

Medicalización proceso por el cual las cuestiones de la vida social y compleja marcadas por la cultura y contexto histórico, son reducidas a tipo de racionalidad que se determina en aspectos orgánicos. Varias dimensiones del problema. Importancia del contexto: cualquier fenómeno humano se inscribe en un contexto. Cuando lo pensamos como problema, no podemos sacarla de contexto.

Expresión como enfermedad del individuo. Ubica en el sujeto el problema. Es el sujeto el tratado, el medicado, el objeto de todas las intervenciones. Se individualiza el fenómeno.

Algo implícito es que la medicalización tiene una dimensión normalizadora. Se define por lo patológico que es sano, que no, y partir de esta concepción normalizadora

Tercera definición de Álvaro Díaz, interesante porque pone proceso de impregnación social de todo lo que tiene que ver con medicina. Hay que cortar por lo sano. Plantea cómo este fenómeno de la medicalización ha adquirido un lenguaje cotidiano, una forma de expresar los problemas cotidianos. “como consecuencia, estamos permanentemente bombardeados por productos sanos o que mejoran nuestra salud” tiene otra dimensión de la medicalización que tiene que ver con las cuestiones de mercado y de consumo. La cuestión de la farmacologización tiene que ver con la cuestión económica.

Tener en cuenta que muchas veces se menciona medicalización vinculada sólo a la farmacologización, y en realidad es una de las formas en las que se expresa la medicalización, pero no es la misma cosa.

### **Patologización**

Básicamente es cuando un fenómeno normal entra en la categoría de enfermedad. Necesidad de diagnosticar, de incluir en categorías diagnósticas fenómenos “anormales” entendidos como procesos que se diferencian de lo normalizados socialmente. Pasa más de infancias y adolescentes, que están sujeteados a la visión que los adultos damos a su conducta; si no es la “esperada” por los adultos referentes, pase a ser patologizada.

### **DE LOS COMENTARIOS**

**Cristóforo.** como se articula? De muchas maneras. Voy a tomar algunas, pero hay muchas cuestiones donde el fenómenos de medicalización agrede o transgrede derechos. Tiene que ver con las prácticas en donde no condieran al otro como un sujeto sino como un objeto de las prácticas, de las intervenciones. Más allá del contexto social, educativo, económico.. cua<sup>l</sup> es su situacioin

Información? Se vulnera derecho a que la persona conozca su situación

## **Giachetto**

Problemas psicosociales. Término que usamos en la práctica de forma vulgar para referirnos a grupos que sufren vulneración de derechos en todos sentidos: abandono, violencia, consumo, intentos de autoeliminación que en nuestro quehacer cotidiano. Y me preocupa el tema de la naturalización.

Vulneraciones que estamos viendo y naturalizamos, no respondemos, tanto en nuestras intervenciones. Lo miramos y hacemos lo que podemos.

Cada uno intenta hacer cosas pero no va en la resolución del tema.

MNPT con Unicef estudio, encontré que un hallazgo que en todos los centros monitoreados encontraron que la medicación estaba en cantidades suficientes, pero era la primera respuesta ante situaciones de angustia o estresantes. En la entrevista a NNA, no poseían conocimiento de qué medicación y el motivo por el cual lo toman

## **Cristóforo**

Sistema de salud responde con lo que tiene. No digo que esté bien, digo que son los mecanismos que esto produce. Cómo salimos? Con actividades como estas. Es fundamental que la población en general sepa que esto sucede, que funciona así. Como profesionales, poder interrogar, cuestionar, si es lo que el niño o adolescente necesita. Trabajar entre profesionales de salud.

Hablamos de interdisciplina pero la aplicamos poco

A los profesionales no les gusta que nos cuestionen o interpelen las prácticas de intervención y acción.

HA evolucionado el conocimiento, pero en torno a esta temática muy frecuentemente se cae en modelos reduccionistas, biologicistas, causa-efecto, y pega mucho para el modelo bio-médico.

## **Susana Grunbaum**

Diferenciar psiquiatría de salud mental

Primera herramienta disciplina que forma parte de concepto de salud mental

## **ALICIA MUÑIZ**

### **PREGUNTAS DISPARADORAS A LOS INVITADOS INTERNACIONALES,**

Las preguntas son

¿Cuáles son las problemáticas que caracterizan las consultas de jóvenes y adolescentes?

¿Cuáles son las respuestas desde el sistema de salud que se dan y si son iguales para todos los adolescentes? ¿Esas respuestas son respetuosas de sus derechos?

¿En relación a los procesos de medicalización y patologización, si ha visualizado como un problema en sus respectivos países? ¿Se han realizado transformaciones?

¿El trabajo interdisciplinario es una alternativa para la medicalización?

## **Dos panelistas**

### **Dra. en Cs de la Educación Rosa Nunes (Portugal) Entre prevención y predicción?**

En tiempos de desconfinamiento que pone en evidencia otras pandemias invisibles, vivimos en un fondo de oscuridad.

Pedagogía del sentido de la vida de Brecht cómo encontrar el camino de las cosas que escribe

Patologización y medicalización y la educación de la sociedad en general se contraponen a la búsqueda del sentido de la vida, obstaculizando el derecho de qué hacer de ella y con ella. LA crisis económica, histórica y cultural de nuestras sociedades estructuran panorama de amenaza en torno a la institución escolar y las prácticas educativas. En esta nueva escuela los seres humanos ya no se piensan en términos de lo que son, sino de lo que valen como cualquier mercancía.

En esta nueva economía, el conocimiento no tiene valor si no se corresponde con necesidades del mercado, si no se pueden atribuir a ese conocimiento y valor de mercancía. Desde los años 70 la educación (y más sobre mediados de noventa) es abordada por lobbies capitalista que se dan cuenta del potencial.

Retiro de esfera pública y someter cada vez más cuestiones de la vida al servicio del mercado. Liberalizar, privatizar, mercantilizar. La mercantilización de la educación hacia las necesidades del mercado hacen uso de estrategias altamente productivas ya que es difícil reconocer su condición de construcción social de la violencia material y simbólica que tanto se naturaliza.

Clasificación escolar como selección escolar. Sistemas alternativos de educación instrumental a la división social del trabajo y la correspondiente desigualdad en la distribución del conocimiento, obstaculizando desde temprana edad las condiciones de “justicia cognitiva”.

Patologización de conductas, con diagnósticos predictivos, precoces, a modo de selección, llegan a

Dimensión de funcionalidad y aperturas engañosas, a respuestas que terminan funcionando como “negentropía” amplificadora del sistema.

¿Cuál es la contribución que los intelectuales pueden hacer al racismo del conocimiento??

Estudiar papel de los médicos y naturalización de las diferencias sociales, estigmas sociales y el papel de los psicólogos, psiquiatras y analistas en la producción de eufemismos que designan a las personas de tal manera que los casos sociales se convierten en casos psicológicos y las deficiencias sociales, en deficiencias mentales.

Bourdieu funciona que el hábito funciona con principios de clasificación, y produce no sólo en las prácticas sino también en las representaciones en las que operan las prácticas de los otros y de sí mismos. Sentido de su lugar y del lugar de los demás en la estructura social.

Reconocimiento del lugar de cada uno en la estructura social es una condición para no reconocer la naturaleza de las posiciones diferenciadas de poder.

El tema que nos reúne hoy aquí no puede dejar de remitirnos a un contexto mundial en el que el capitalismo con la lógica del deseo. Aunque venda felicidad, lo opuesto de la tristeza no es la alegría sino la actividad.

Colina al comentar el diagnóstico de TDAG en el Trastorno por déficit de atención hiperactividad es una reacción del niño ante un conflicto que detiene el deseo y algo similar de los denominados trastornos límite de la adolescencia y la vida adulta .

Siempre que el deseo se compromete, la acción de inhibe o intensifica.

La evidencia científica en los modelos conductivista a los que el conocimiento universitario dio lugar. Retorno al reduccionismo biológico, que descuida el conocimiento que proviene del sujeto que mejor se maneja en su ausencia.

La acción farmacéutica globalizada que para reproducirse necesita ausencia de presión.

Mecanismos de culpa individual y autculpabilidad y florecimiento de actitudes de conformismo, sumisión

Etiquetas configuradas en ejercicio predictivo, mirada que se le ofrece a un niño estructura su identidad subjetiva. Melodía de su sentido de existir

Conductivistas se destacan efectos de profesías autocumplidas con consecuencias que se ilustran en el campo de nuestra propia práctica de reflexiones.

Prevención se posiciones como amenaza, riesgo de... no es en una gestión en el marco de concepto de futuro, entra en la predicción esos efectos nocivos, y se convoca al comité de ética del estado de Francia: medicina preventiva que de manera precoz y adaptada tienen a los niños que manifiestan sufrimiento psíquico no puede confundirse con medicina predictiva que aprisiona los niños en destino que para la mayoría no hubiese sido el suyo si no era XX

El peligro es reproducir una profecía autocumplida, hacer que suceda aquello que se predice en la forma que fue precedida. Diagnósticos cada vez más precoces que identifican de forma premonitoria aspectos peligrosos o delictivos, donde descartan responsabilidad adulta de cuidar, dando lugar al lenguaje de la vigilancia policial. El niño no, el menor, cada vez más precozmente importado.

Se fija lo provisional, con riesgo de identificar para siempre una dificultad pasajera.

En tiempos de sumisión a los Estados, de las exigencias de exclusión disciplinada de las necesidades del sistema mundial, de un manejo controlado de la exclusión, los llamamientos de la escuela se dirigen a la intervención médica y psicológica fuera de la responsabilidad primaria del sentido de su existencia.

Estereotipo reduccionista de determinismo biológico de marca el destino de cada persona.

En 2005 el presidente de asociación de psiquiatría porque como colectivo permitieron que el modelo biopsicosocial se haya convertido en el modelo "biobiobio". Entonces para terminar, dar a todos la conciencia de que la ciencia no es contraria a la libertad. Dar la oportunidad a todos de comprender la naturaleza de la percepción científica parece ser el único medio de aceptar una sociedad represiva que acciona la represión en nombre de la ciencia

## **Dr. en Fil. Francisco Ortega (Brasil) – Más allá de la medicalización y la brecha de tratamiento acceso y accesibilidad a los debates sobre el TDAH en Brasil**

Filosofo

### **TDAH**

#### **Déficit atencional**

Las controversias en torno al TDH van sobre el

Enfoques biomédicos con preponderancia de perspectiva de psiquiatría medica con un sistema educativo conductivista, que no rastrea ni profundiza sus temas

Polarización fuerte entre discurso biomédico y el crítico con medicalización y patologización

Biomédico argumentan que el trastorno de TDH está infra diagnosticado en el país y que existe una brecha en el tratamiento, y difunden información sobre el tratamiento

En el otro espectro está los defensores del discurso crítico de la medicalización, académicos de ciencias sociales, salud pública, que problematizan la atención promoviendo enfoques multidisciplinares.

Biomédico grandes críticas en Brasil sobre la inexistencia de tratamientos médicos de TDH para que pacientes de bajos ingresos obtengan metilfenidato a través del sistema públicos de salud.

Vía judicial o administrativas, plagado de mecanismos burocráticas

Metilfenidato precisa de receta y notificación. Médicos que defienden esa visión están en desacuerdo con ello, y dicen que ese registro es desproporcionado entorno al peligro de no medicar.

Pacientes con TDH a centros de atención psicosociales en Brasil. Centros de atención psicosocial para adolescentes. Directiva del Estado de san pablo área salud que dice que pacientes de TDH deben ser encaminados a centros de atención psicosocial.

Espectro ideológico opuesto, varias directivas públicas y protocolos han regulado prescripciones de metilfenidato y cuestionado diagnósticos y tratamiento médico de TDH.

Panorama de salud pública mental brasileña y que desde Bolsonaro todo se está desmontando, y volviendo a idea hospitalocéntrica en la salud mental. Estas políticas están en proceso de deconstrucción.

Se ha cuestionado precisamente tratamientos biomédicos de la asociación médica de psiquiatría. Serie de recomendaciones para que estados establezcan protocolos para “prevenir la medicalización excesiva de NNA”. Promovido por los CAPSIS y otros grupos formados por la educación y la salud.

Los profesionales que trabajan en CAPSI no consideran TDH como grave, y critican el trastorno. Se resisten al ingreso de servicios que responden a estos trastornos, a la lógica de diagnóstico. Promueven estrategias desmedicalizadoras como alternativa

En autismo y TDH asociación de padres quieren justamente servicios de diagnóstico especiales. También asociaciones psiquiátricas, que promueven ese tratamiento y servicio especializado. Hay pocos servicios especializados.

Controversias TDH en torno a medicalización de problemas sociales, involucrando a lo médico. Cuestionan prácticas de atención.

Discurso defendido también por Forum de medicalización, creado en 2010 como reacción a los programas en San Pablo de TDH. Abordan dificultades sociales y educativas desde perspectivas biomédica. El foro que reúne profesionales sobre todo de salud y educación e involucra consejos estatales de psicología, ha colaborado con grupos de Brasil y AL. Como resultado, Forum emitió documento de colaboración y principios del para difundir concientización de

Contra medicamentación, desde la preocupación por el crecimiento del metilfenidato.

Dificultades de aprendizaje no son patologías, o directamente no existen, y critican las prácticas en consecuencia.

2014 el movimiento de despatologización de vida fue fundado desde educación, logopedia, psicología, usuarios, para comenzar colectivamente “enfrentar procesos de patologización, que oculta desigualdades que azotan a la sociedad”

“Brecha de tratamiento” promovido por OMS y campo de salud global, diferencia entre personas que necesitan atención y no la reciben, y quienes la reciben. Aspectos estandarizados sobre monitoreo de servicios de salud.

Noción de brecha de tratamiento justifica necesidad de intervención y financiamiento sobre TDH. Introduce estudios y datos médicos nacionales a una base global.

Esta noción de brecha a diferencia de accesibilidad no explica las condiciones sociales de la brecha, además de sobreestimar los datos, por basarse en estándares biomédicos de detección y diagnóstico.

Brecha es ausencia de tratamiento o se debe a la falta de reconocimiento de otros modos de atención por no basarse en evidencia.

Sociedades contemporáneas que caracterizan por la prestación de varias prácticas de atención, por lo que la investigación y las políticas de salud pública tomen en cuenta.

La accesibilidad trasciende la oferta de tratamientos y servicios. Implica diversidad de enfoques. Multiplicidad de metodologías y articulaciones conceptuales. El modelo incorpora temas de equidad, pobreza, etc.

Comprensión más amplia y compleja de accesibilidad.

Narrativa de medicalización comparte argumentos de enfoque de medicalización tiende a tomar posturas más radicales, el enfoque de la accesibilidad propone respuestas específicas en torno al acceso a servicios y abordajes

Permite conocer abordajes, estudios o situaciones locales. Ej, diferencia en Brasil entre acceso.

Uso no autorizado de metilfenidato para mejora cognitiva, física, mental y sexual, en clases medias y altas.

Farmacéuticalización, con objetivo de mejorar el rendimiento, no se conoce en Brasil efectos, pero dicen que es problema social y ético que requiere de debate profundo.

Segundo país de consumo local de metilfenidato.

Dificultades en acceso en servicios públicos contrasta con servicios privados, lo que marca una desigualdad en el acceso a medicación. Parte de sociedad de Brasil está sobremedicada.

Problema de acceso no sólo a medicación sino inclusión social y educativa en sectores más vulnerables.

El contexto de extrema pobreza los tratamientos farmacológicos no se destacan. En nova Iguazú, un municipio pobre, la falta de centralidad en tratamientos está asociada a que el metilfenidato no está incluido en medicación necesaria y no la dispensan, por lo que las familias sin los recursos no pueden acceder.

Aceptan trastornos pero consciente de que las problemas sociales involucran los problemas del niño. Medicación como objeto de lujo, pero tampoco aborda la situación vulnerabilidad en la que las familias están sometidas.

Los debates polarizados dificultan ver la situación en contextos específicos. Llamé la atención en esta exposición sobre la cuestión del acceso.

## **LUIS PEDERNEIRA**

Voy a hablar mucho de Uruguay, conozco situaciones a nivel global pero prefiero moverme donde me siento cómodo.

Es una situación “pose”. En Uruguay posamos con un discurso de avanzada pero que no va más allá de la retórica. Las estructuras permanecen intactas, salvo las experiencias aisladas que confirman una regla cuando se tratan estos temas en NNA.

Lo más visible es sobre los cambios legislativos: nos llenamos la boca hablando de la nueva ley de salud mental, que no es suficiente. “pintar en la caverna resuelve problema”

Hay deficiencia grave de cómo se piensa la política pública. Si no cambian aspectos asistenciales, no se cambia matriz profesional, no se apoya a la familia y los niños, las formas de trato van a seguir incambiadas, por más leyes que suenen a corrección política, que incorporen el discurso de DDHH.

En Uruguay sigue siendo preferente una sola forma de respuesta, que es la de hospitalización, medicalización, el encierro. Uno recorre leyes, prácticas, y termina en la detención, que es la regla de las políticas en Uruguay.

Hay problemas históricos en Uruguay que no se han resuelto.

Relevamiento de INDDHH, que voy a tomar y persisten en los últimos al menos 20 años que estoy en temas de infancia.

Primero: no tener datos. Esto demuestra una debilidad importante para pensar política pública, y también para evaluarla. Sin evidencia sobre la respuesta de la política pública, hay un problema. En 2015 el CRC le dijo a Uruguay que tenía que tomar medidas sobre el metilfenidato y elaborar propuestas. Pregunto, qué paso desde esa recomendación?

Segunda cuestión: hay un circuito. Es: patologización de la infancia, detención, y medicalización. Si uno va a un centro de detención adolescente lo puede ver perfectamente.

Tercera: La única respuesta para atender la política pública de NNA pero sobre todo de “los peores”, son empresas. Las API, que buscan el lucro porque se basan en oferta y demanda, y su paradigma no es el de respeto de derechos, es el de mercado.

Condiciones edilicias pésimas, electroshock sin diagnóstico, consentimientos informados endebles, que lo asimilan más a un acto de tortura que un acto médico.

Y los chalecos químicos: medicación como respuesta para planchar adolescentes que no han sido “adaptados” a los lugares donde se los hospitaliza.

Atarlos a las camas, atarlos. Información que surge del MNP en INDDHH

Qué ocurrió? desde hace 3 años hay ley de salud mental, que se planteó como gran cambio de paradigma. Para mí, es un giro de 360°: termina en el mismo lugar. Retórica de DDHH, pero cuando va a donde duele, donde se implementa la ley, de las deficiencias en términos de DDHH, y como las respuestas siguen siendo: priorizar la internación.

Tres o cuatro ejemplos:

Artículo 3 literal i habla de riesgos de autodeterminación. Concepto de riesgo en la adolescencia hay que manejarlo con cautela. Es algo innato al momento que vive el adolescente. Usar esa categoría bajo una ley que habilita intervenciones, es por lo menos sumamente conflictiva. También de la autodeterminación, de la autonomía progresiva; los adultos tenemos que acompañar para que realice de la mejor forma, pero cuando lo usamos para cargar la responsabilidad sobre el otro, es preocupante.

Art 6 literal t. Garantía de cualquier democracia y esta do de derecho. Asistencia letrada, que es potestad que queda en manos de personal de salud, que determina si se necesita asistencia letrada. Cuando aparece esto, uno sospecha, porque se tratan de garantías fundamentales de las personas, no puede nunca ser una prórroga a un tercero. Es un derecho individual.

Uso de los verbos, gran debilidad. Los verbos en condicional, como posibilidad futura de la que nadie se responsabiliza (fundamentalmente del Estado para que se apliquen políticas efectivas que cambien paradigma, queda en condicional y a futuro) nada sobre la obligación del estado a generar estrategias comunitarias... nada de eso está claro,

Por último, la internación voluntaria, que se vuelve involuntaria por el juez, médico, psiquiatra o familia.

En el terreno de la infancia, ha habido una reforma al CNA, la ley 19747 que modifica artículos 117 y siguientes. Con cosas buenas como categoría “Niñex que vulneran a terceros” pero que promueve internación compulsiva de forma indirecta. Dice solo 30 días pero se puede extender de forma indefinida, por prescripción médica, hasta lograr alta. Esto no se logra fácilmente si no hay red de sostén, y es a eso lo que me refiero cuando dibujamos y no aterrizamos las respuestas concretas. Se piensa en términos grandilocuentes, pero cuando vemos que las políticas requieren recursos, pensamos de forma muy pobre.

Es fundamental la voz de NNA. Nos permitimos en el terreno de la infancia de hablar sobre ellos, sin que nos hayan designado para hacerlo. Nos habilitan a hablar en su nombre, pero el artículo 12 de la CDN es fundamental, y debe ser tomada en cuenta.

Tenemos que dar paso el adulto, que es adaptar nuestras formas a lo que necesita el niño. Adaptar el discurso médico a sus necesidades para que se informe al niño y tome sus propias decisiones.

Me alegra que en el programa participen adolescentes.

Miramos en niños, niñas adolescentes como un problema.

Michel Fisse, que ha estudiado sobre adolescencia

Adolescere es crecer, adulescence está creciendo, adultus que dejó de crecer.

La sentencia del origen etimológico es fundamental: los que dejamos de crecer son los adultos, los adolescentes tienen el sentido de estar creciendo.

## **Acompañando la participación juvenil. Logros, alegrías y desafíos**

### **Dra. Mónica Borile (El Bolsón, Argentina)**

Venir a vivir al sur hizo repensar que no todo está en las cuatro paredes, que hay que ver las necesidades de los chicos.

Quien es que piensa, que siente, cuáles son sus necesidades. Es una mirada que globaliza, en una sociedad que nunca consideró la capacidad de agencia de los adolescentes. Hay excepción en la palabra que es que “lleva y transmite el fuego”, verlos como constructores de nuestras comunidades.

En nuestra región, se habla mucho de salud mental comunitaria, y me parece muy importante. Nosotros como equipo interdisciplinario tuvimos la oportunidad de crear lazos de solidaridad y cooperación entre generaciones. Trabajo con chicos de escuelas secundarias que nos dábamos cuenta que con el tema alcohol y adicciones, la llegada de los pares era mejor que la de los adultos.

Se dio otro compromiso en el tránsito educativo, en medicina psicología promovimos la formación de pares en los primeros

Hubo que trabajar con adultos, porque no generaban espacios con los adolescentes. Programa de capacitación con salud educación y justicia, donde se trabajó con comunicadores sociales, un diplomado en 2004.

Conocer su mirada sus necesidades nos interpela en nuestra capacitación. Porque a los niños los vemos un ratito en la consulta, o cuando un docente lo deriva desesperado porque no cumple o es inquieto, cuando vemos que hay chicos medicados cuando no deberían estarlo, y eso debe cuestionarnos éticamente en nuestro trabajo sobre la salud.

(comparte fotos sobre ferias juveniles, paseos, jornadas, participación en instancias conferencia, seminario, diversas y numerosas actividades)

VALENTINA de Colombia que conoció a Mónica en un trabajo en Universidad. Es difícil porque nuestro mismo rol de jóvenes y adolescentes hace que nuestras consideraciones no sean tenidas en cuenta. El mismo tiene que abrir los espacios para participar en este tipo de actividades. Enriquece totalmente la participación de adolescentes, movimiento en Municipio donde incentivamos la participación política y social para que sean partícipes de sus propias realidades. Movimiento somos.

## 18. INTERVENCIONES EN CLAVE DE DERECHOS

Video : <https://youtu.be/12UWJfddEW4>

Escuchando las adolescencias , alojando sus modos de subjetivarse.

Dra en Ps. Gisela Untoiglich (Argentina)

Experiencias:

\*Casitas de Escucha: una apuesta de clínica comunitaria para la prevención del suicidio. Prof. Ps. Helga Arroyo (Costa Rica)

\*Experiencia de los Centros de Salud Mental Comunitaria con Adolescentes. Dra. María del Carmen Calle (Perú)

## 19. JOVENES Y ADOLESCENTES EN PANDEMIA

Video: <https://youtu.be/qtccg19qatY>

\*Salud Mental de Adolescentes en tiempo de pandemia. Dra. en CCSS María Noel Miguez; Maestrante Lucía Sánchez Solé

\*Voces de niños, niñas y adolescentes del Sur frente a la pandemia por COVID-19. Principales hallazgos en Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay . Red de coaliciones Sur. Dra en Derecho Florencia Valino

\*Uso de psicoestimulantes en estudiantes de Azogues Ecuador. Fundación para la Investigación y Desarrollo Social FUNIDES. Est. María de los Ángeles Cajas ; Est. Cristina Barahona, Dr.Ernesto Martínez T.

**“SALUD MENTAL DE  
ADOLESCENTES EN TIEMPOS  
DE PANDEMIA” GEDIS (FCS-  
UDELAR) Datos preliminares de la  
encuesta**

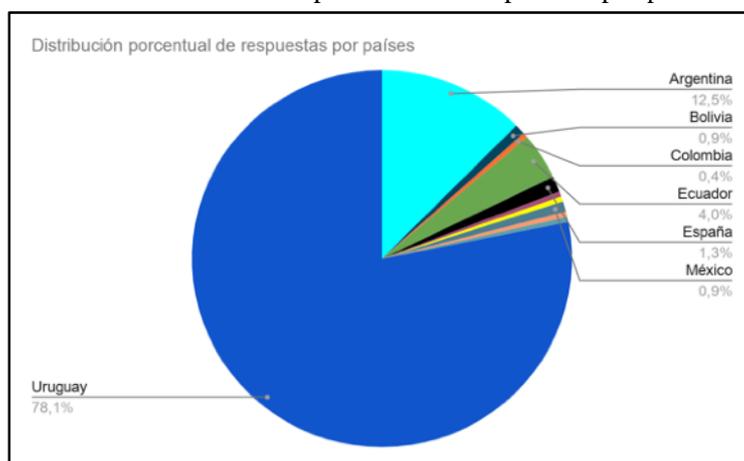
Dra. María Noel Miguez

Maestrante Lucía Sánchez Solé

El Conversatorio “Cortemos por lo sano: Desmedicalizar y despatologizar a jóvenes y adolescentes”, es organizado conjuntamente por el Grupo de Trabajo “Medicalización y patologización de las infancias y adolescencias” de la Institución Nacional de Derechos Humanos (INDDHH) y la Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica, Italia y Caribe (CODAJIC), de manera de reflexionar colectivamente en torno a la temática de la salud mental de adolescentes y jóvenes. En este escenario, el Grupo de Estudios sobre Discapacidad (GEDIS), de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República (Uruguay), que integra el GT de la INDDHH desde sus inicios, desplegó una encuesta en las redes sociales, durante todo el mes de marzo de 2021, de manera de conocer cómo el contexto de emergencia sanitaria por COVID-19 ha impactado en la salud mental de adolescentes en Iberoamérica, específicamente, en el consumo de psicofármacos y/ o psicoestimulantes en adolescentes.

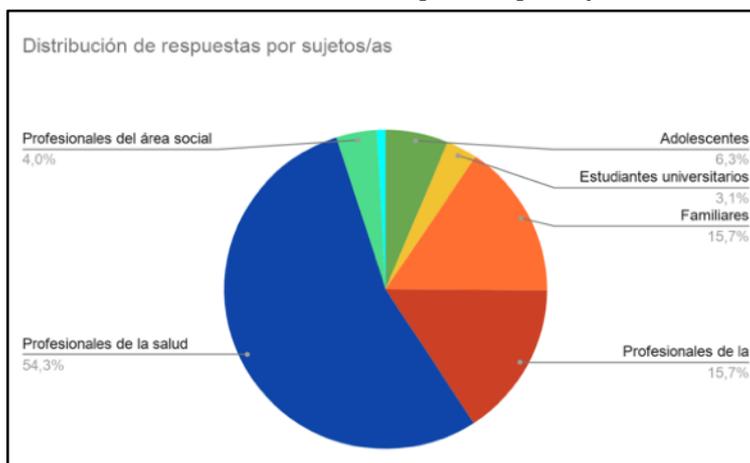
El total de respuestas recibidas fue de 225, de las cuales tres cuartas partes provinieron de Uruguay, ya que fue el país desde donde surgió la misma. Por el carácter de la encuesta, no se trata de una muestra representativa, sino de un universo que nos permite aproximarnos a la temática a partir de datos concretos.

**Gráfico 1 : Distribución porcentual de respuestas por países.**



Con relación a los/as sujetos/as que respondieron la encuesta, contamos con los aportes de adolescentes, familiares, estudiantes universitarios/as, profesionales de la educación, profesionales de la salud, profesionales judiciales y profesionales del área psicosocial. El 54% de quienes respondieron la encuesta fueron profesionales del área de la salud, seguido por un 16% de profesionales del área de la educación y un 16% de familiares, un 6% de adolescentes, un 4% de profesionales del área social y un 3% de estudiantes universitarios.

Gráfico 2: Distribución de respuestas por sujetos/as.



A partir de este universo, se despliegan a continuación los ejes sobre los cuales se basó la encuesta, a saber: 1) tendencia y magnitud de las consultas con profesionales de la salud mental y de quién proviene el interés de la consulta; 2) tendencia y magnitud del consumo de psicofármacos y/o psicoestimulantes en adolescentes y el tipo de psicofármacos y/o psicoestimulantes consumidos.

### 1. Consultas con profesionales de la salud mental.

El primer eje da cuenta de la tendencia y magnitud de las consultas con profesionales de la salud mental. En un primer momento se leen por separado los datos sobre tendencia y magnitud, para luego cruzarlos. Se cierra con los datos sobre la procedencia del interés por la consulta.

Con relación a la tendencia en las consultas con profesionales de la salud mental, un

75% respondió que aumentaron, mientras que un 13% respondió que no hubieron cambios, y un 11% que no aumentaron. Esto da cuenta de que 3 de cada 4 sujetos/as que respondieron la encuesta consideran que aumentó el número de las consultas con profesionales de la salud mental a partir de decretada la pandemia por

COVID-19.

Gráfico 3: Tendencias en las consultas con profesionales de la salud mental.



Con relación a la magnitud de las consultas con profesionales de la salud mental, el 34% planteó que aumentaron mucho, un 41% que aumentaron levemente, un 13% que no hubo cambios, un 4% que descendieron levemente y un 7% que descendieron mucho.

Gráfico 4: Magnitud de las consultas con profesionales de la salud mental.



Esto da cuenta del correlato entre tendencia y magnitud, a saber: del 75% que planteó que habían aumentado las consultas, el 34% respondió que aumentó mucho, mientras que el 41% respondió que aumentó levemente; del 11% que planteó que habían descendido las consultas, un 7% respondió que descendió mucho, mientras que el 4% respondió que descendió levemente; el 13% restante considera que no hubieron cambios.

Con relación a la procedencia del interés por la consulta, el 21% fue del/de la adolescente, el 56% de las familias, el 15% de profesionales de la salud, el 15% de profesionales de la educación, el 2% de profesionales del área social, con un restante 2% con otras respuestas.

Gráfico 5: De quién provino el interés para la consulta.



Estos datos arrojan que el interés en la consulta con profesionales de la salud mental provino de los hogares en un 67%, siendo fundamentalmente los referentes familiares quienes demostraron mayor

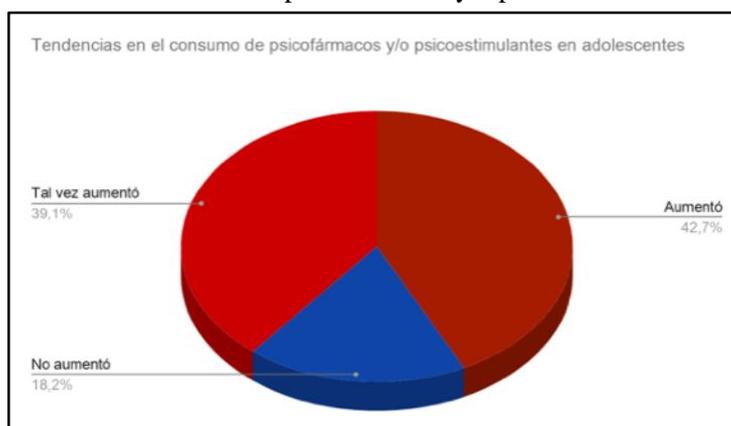
interés. El interés proveniente de profesionales de la salud, de la educación y del área social fue de un 31%. El restante 2% dio otras respuestas.

## 2. Consumo de psicofármacos y/o psicoestimulantes en adolescentes

El segundo eje da cuenta de la tendencia y magnitud del consumo de psicofármacos y/o psicoestimulantes en adolescentes. Tal como se realizó en el eje anterior, en el primer momento se leen por separado los datos sobre tendencia y magnitud, para luego cruzarlos.

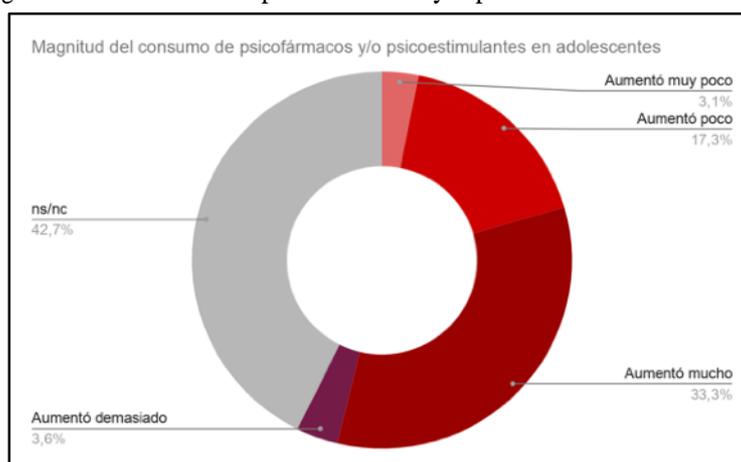
Con relación a la tendencia en el consumo de psicofármacos y/o psicoestimulantes en adolescentes, un 43% respondió que aumentó, mientras que un 18% respondió que no hubieron cambios, y un 39% que tal vez aumentó. Esto da cuenta que 4 de cada 5 sujetos/as que respondieron la encuesta consideran que aumentó el consumo de psicofármacos y/o psicoestimulantes en adolescentes a partir de decretada la pandemia por COVID-19.

Gráfico 6: Tendencias en el consumo de psicofármacos y/o psicoestimulantes en adolescentes.



Con relación a la magnitud en el consumo de psicofármacos y/o psicoestimulantes en adolescentes, el 3% respondió que aumentó muy poco, el 17% que aumentó poco, el 33% que aumentó mucho, el 4% que aumentó demasiado. El restante 43% planteó que no sabe o no contestó.

Gráfico 7: Magnitud del consumo de psicofármacos y/o psicoestimulantes en adolescentes.



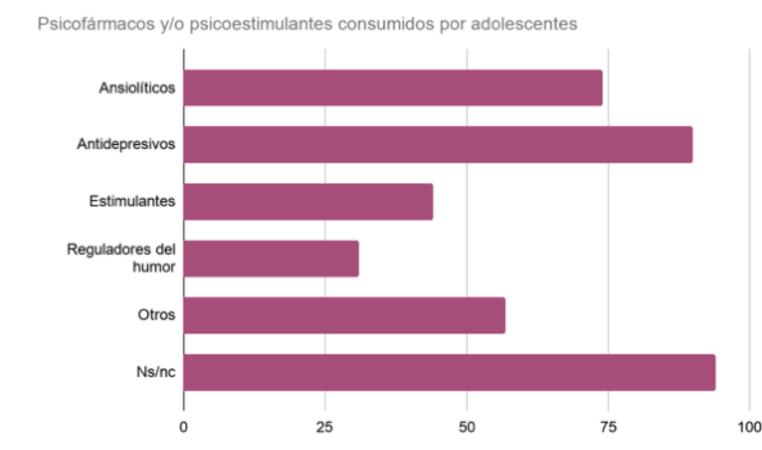
Al hacer confluir las variables de tendencia y magnitud, no surge un correlato tan claro entre quienes plantearon que la tendencia al consumo de psicofármacos y/o psicoestimulantes en adolescentes aumentó desde que fue decretada la pandemia por COVID-19. Del 82% de aumento surgido en la tendencia (43% planteó que aumentó, 39% planteó que quizá aumentó), al visualizarlo en la magnitud, el 57% plantea que hubo aumento (muy poco el 3%, poco el 17%, mucho el 33%, demasiado el 4%). Una primera lectura inicial de esto podría estar orientada hacia que varios/as de quienes plantearon que posiblemente hubo aumento, en esta segunda pregunta plantean que no saben o no contestaron, lo que hace el descenso del 82% de la tendencia de aumento, al 57% de la magnitud.

Con relación al tipo de psicofármacos y/o psicoestimulantes consumidos, desde los/

as sujetos/as que respondieron este punto en la encuesta, por lo general, se plantearon nombres diversos de las drogas utilizadas. Además, aparecen varias respuestas con más de una droga consumida.

Sobre un universo de 225 respuestas, 74 plantearon el consumo de ansiolíticos, 90 de antidepresivos, 44 de estimulantes, 31 de reguladores del humor, 57 de otras drogas (como inductores del sueño, antialérgicos, relajantes musculares, alcohol, cannabis) y 94 que no sabían o no contestaron.

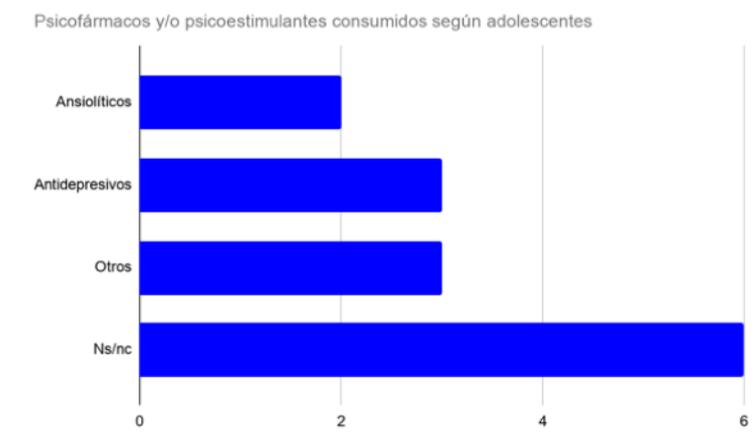
Gráfico 8: Psicofármacos y/o psicoestimulantes consumidos por adolescentes.



A partir de estos datos genéricos de todos/as quienes respondieron este eje en el cuestionario, se distribuye la información según adolescentes, familiares, profesionales de la salud y de la educación.

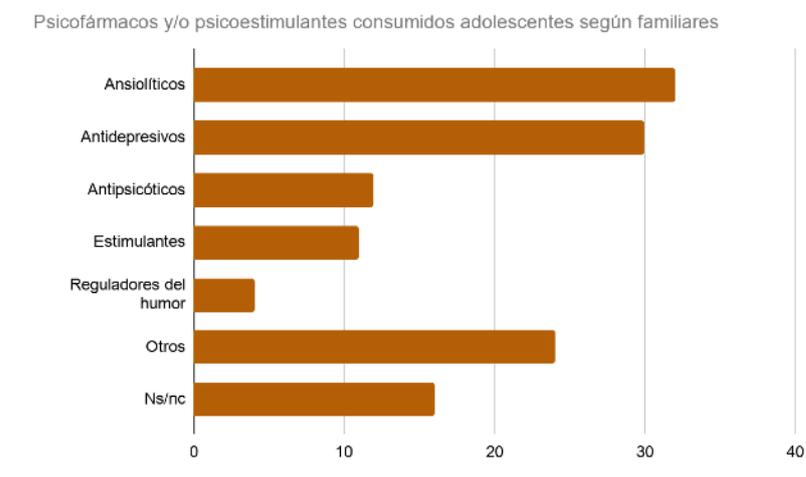
Según los/as adolescentes que respondieron el cuestionario, sobre un total de 14 respuestas, 2 plantearon el consumo de ansiolíticos, 3 de antidepresivos, 3 de otras drogas (como inductores del sueño, antialérgicos, relajantes musculares, alcohol, cannabis) y 6 que no sabían o no contestaron.

Gráfico 9: Psicofármacos y/o psicoestimulantes consumidos por adolescentes según adolescentes.



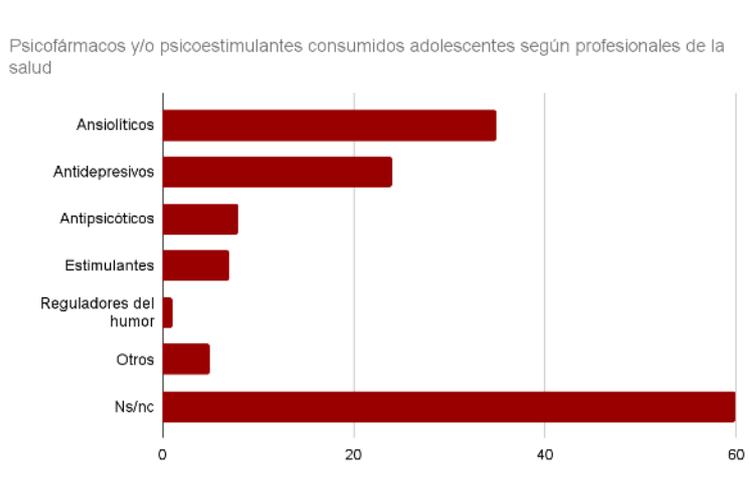
Según los/as familiares que respondieron el cuestionario, sobre un total de 35 respuestas, 32 plantearon el consumo de ansiolíticos, 30 de antidepresivos, 12 de antipsicóticos, 11 de estimulantes, 4 de reguladores del humor, 24 de otras drogas (como inductores del sueño, antialérgicos, relajantes musculares, alcohol, cannabis) y 16 que no sabían o no contestaron.

Gráfico 10: Psicofármacos y/o psicoestimulantes consumidos por adolescentes según familiares.



Según los/as profesionales de la salud que respondieron el cuestionario, sobre un total de 121 respuestas, 35 plantearon el consumo de ansiolíticos, 24 de antidepresivos, 8 de antipsicóticos, 7 de estimulantes, 1 de reguladores del humor, 5 de otras drogas (como inductores del sueño, antialérgicos, relajantes musculares, alcohol, cannabis) y 60 que no sabían o no contestaron. Con relación a este alto número de ns/nc, varios/as profesionales de la salud plantearon que según sus disciplinas (psicología, enfermería, etc.) no pueden medicar y que, por ende, No conocen o saben cuáles son los psicofármacos y/o psicoestimulantes que están consumiendo los/as adolescentes en tiempos de covid.

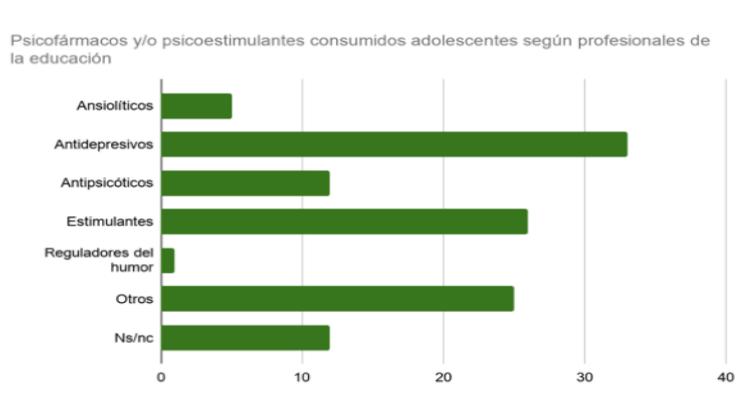
Gráfico 11: Psicofármacos y/o psicoestimulantes consumidos por adolescentes según profesionales de la salud.



Según los/as profesionales de la educación que respondieron el cuestionario, sobre un total de 35 respuestas, 5 plantearon el consumo de ansiolíticos, 33 de antidepresivos, 12 de antipsicóticos, 26 de estimulantes, 1 de reguladores del humor,

25 de otras drogas (como inductores del sueño, antialérgicos, relajantes musculares, alcohol, cannabis) y 12 que no sabían o no contestaron.

Gráfico 12: Psicofármacos y/o psicoestimulantes consumidos por adolescentes según profesionales de la educación.



### Más allá de los números: reflexiones contextualizadas

Si bien la encuesta no nos permite aseverar ni generalizar ciertos aspectos que surgen de la misma, nos invita y da pistas para pensar en torno a algunos ejes.

En primer lugar, interrogarnos sobre el aumento de las consultas: ¿por qué se cree

que aumentaron? ¿Qué implica para los adolescentes la pandemia? ¿Qué implica ser adolescente en tiempo de pandemia? ¿Por qué se cree que aumentó el consumo de psicofármacos cuando en general se tiende a asociar el mismo al rendimiento y conducta en espacios educativos?

¿Que supone que el mayor consumo esté asociado a los ansiolíticos y antidepresivos en este contexto?

De las interrogantes expuestas se desprenden algunas reflexiones. Es posible reconocer con la pandemia un incremento de la incertidumbre y de la percepción de las personas de la misma. Incertidumbre en torno a la salud, la enfermedad, la cura, los avances científicos, lo que está bien hacer, lo que no, etc. Pensando concretamente en este último aspecto y la importancia de los vínculos, el encuentro con otros, con los pares, el cara a cara en la adolescencia, es que surgen tensiones. Asimismo, otra lectura posible remite a la tensión o debate entre los mandatos sociales / sanitarios en oposición a las condiciones reales y materiales de existencia. La romantización del "quedate en casa", ¿en qué casa? ¿En qué condiciones?

Estas situaciones generan angustia, porque cuando no se cumple con ellas, se señala y culpabiliza a los sujetos. El otro se torna un potencial peligroso permanentemente: mi "no compromiso" puede enfermar, y hasta matar, a mis seres queridos. Se produce y reproduce una mirada culpabilizadora hacia las adolescencias y juventudes, muy difundida por expertos y referentes en la temática (basta escuchar entrevistas periodísticas y anuncios publicitarios).

No obstante, paralelamente al "quedate en casa" y las diversas restricciones, el mercado sigue operando, se sigue entrometiendo puertas para adentro de los hogares, con las redes sociales como aliadas. Pensemos hoy día en torno a la figura de los/las "influencers" y su rol en las adolescencias, resurgiendo la necesidad de ser parte, de pertenecer en un mundo de exhibiciones constantes.

En este contexto, ¿cómo hacer para desde el mundo adulto y profesional no individualizar problemas que trascienden singularidades? ¿Cómo pensar respuestas que re-sitúen a los/as adolescentes en este nuevo escenario? Ante el aumento de consultas en salud mental, ¿qué oportunidades hay para idear estrategias y habitar esos espacios desde otros lugares posibles?

## **USO DE PSICOESTIMULANTES EN ESTUDIANTES AZOGUES-CUENCA ECUADOR**

\*Cristina Barahona  
c.barahona2027@gmail.com  
\*María de los Ángeles Cajas  
selegna\_166@hotmail.com  
\*Ernesto Martínez Trujillo  
emarte53@yahoo.es

### **INTRODUCCION**

En la esfera estudiantil, el uso de estimulantes de cualquier origen se ha convertido en la actualidad una práctica muy difundida dentro de los adolescentes y jóvenes, de manera especial en las épocas de mayor presión académica, generalmente relacionada con la realización de pruebas y exámenes.

No hay suficientes investigaciones en nuestro medio, sobre este tema y otros que involucran a la juventud en el uso de sustancias, ya que al parecer muchos estudiantes lo utilizan ya sea para mejorar la concentración u otros beneficios como los deportivos. Nos proponemos hacer una investigación que nos aproxime a la realidad, para establecer las sustancias utilizadas, frecuencia de los más utilizados, patrones de consumo y su relación con características sociodemográficas.

Los psicoestimulantes son drogas que actúan sobre el sistema nervioso central estimulándolo, siendo utilizadas como complemento de actividades de diversión, para mejorar el rendimiento deportivo y para enfrentar los retos académicos de pruebas y exámenes.

Estudios relacionados con el tema, señalan que es cada vez mayor el número de estudiantes de secundaria y universitarios que recurren a los estimulantes como : medicamentos utilizados para los trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDHA) y bebidas “energizantes” (1,2) llegando hasta 35% en su frecuencia de uso.

El Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas CONSEP ,de Ecuador, ha reportado que la prevalencia de consumo en estudiantes secundarios es de 3,5% , la edad promedio del primer consumo es de 14 años , indicando que el 40% obtiene los estimulantes en la calle, 30% por un amigo y 23% por prescripción médica (3)

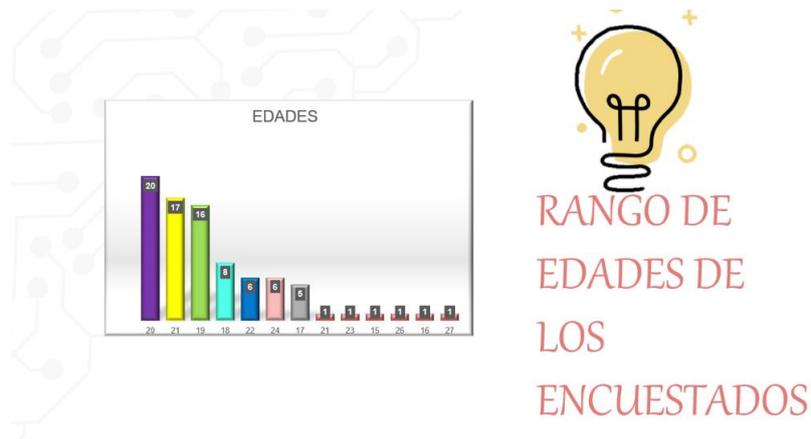
### **METODOLOGIA**

Estudio descriptivo, transversal, muestra por conveniencia, encuesta aplicada on line a jóvenes entre 15 y 21 años.

### **RESULTADOS**

Se obtuvieron 84 respuestas a la encuesta, las edades comprenden adolescentes y jóvenes de 15 a 21 años (Gráfico No 1) , de los cuales el 58% son del sexo femenino y el 42 % corresponde al sexo masculino (Gráfico No 2).

**Gráfico No 1**



**Gráfico No 2**  
Distribución según sexo.



La frecuencia de las personas encuestadas que manifiestan haber usado sustancias estimulantes en este estudio es mayor de las que nunca han usado, el 51% indica si haber utilizado y el 49 % que no. (Gráfico No 3) lo cual pone de manifiesto que los porcentajes indicados en otros estudios realizados en años anteriores, se han incrementado considerablemente de un máximo reportado de 35% a más del 50%.

**Gráfico No 3**  
Distribución de encuestados según indican si han usado sustancias estimulantes



Las personas que han usado sustancias o drogas como estimulantes para estudiar, refieren que en su mayoría lo hacen semanalmente en un 44%, diariamente el 37% y el 19% lo hacen mensualmente, tal como se puede visualizar (Gráfico No 4).

**Gráfico No 4**  
**Distribución de la frecuencia de uso de estimulantes**

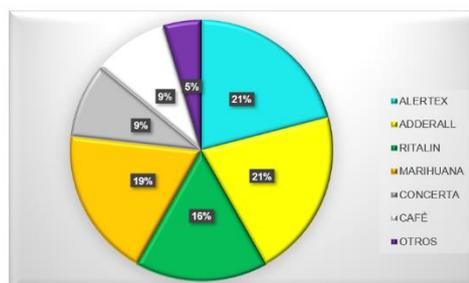


Cuando les preguntamos que sustancia utilizan como estimulante indican que en orden decreciente de frecuencia utilizan: 21% Alertex(modafinilo), 21% Adderall(anfetamina), Marihuana el 19%; Ritalin (metilfenidato)16%, 9% Concerta(metilfenidato), 9% utilizan café (Cafeina), otras sustancias 5%(Gráfico No 5). Según estos resultados el metilfenidato sería la droga que más utilizan los estudiantes, sumados dan 25%, seguido de modafinilo y anfetaminas 21% cada uno. El uso de la marihuana como estimulante es controversial, no hay sustento científico de que así sea, pero hay quienes aseguran que dependiendo de la variedad usada, podría producir efectos estimulantes.

**Gráfico No 5**

Distribución de sustancias utilizadas como estimulantes

## ¿CUÁL ES EL FÁRMACO O SUSTANCIA QUE UTILIZARON?



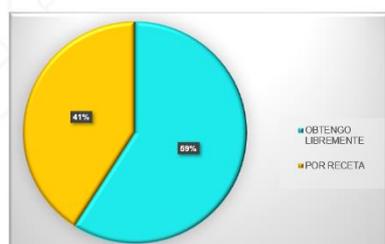
Nuestro interés también fue conocer desde qué edad iniciaron con el uso de estas sustancias como estimulantes, indicando que el 3% ya inició a los 14 años y que el mayor porcentaje el 32% lo hacen a los 16 años (Gráfico no 6), situación que ya se ha indicado desde el 2004 (3).

### Gráfico No 6

Distribución del porcentaje de encuestados según edad de inicio del uso de estimulantes



## ¿CÓMO LO CONSIGUEN?



Un 59% de las personas lo consiguen libremente , en la calle como lo señala el estudio del CONSEP de 2004 quienes señalaban que en ese año esto ocurría en el 40% (3), lo cual indica que el acceso libre es cada vez mayor. Llama mucho la atención que el 41% de los consumidores obtienen estos medicamentos mediante prescripción médica, sin que podamos determinar las razones profesionales para hacerlo. En el 2004 se obtenía estos medicamentos por medio de receta en un 23% , casi se ha duplicado la indicación médica.



Preguntamos independientemente de si consumían o no, ellos conocen que alguien de su entorno consumía estas sustancias, apenas el 17% contestaron que no, el resto afirman tener sospechas ( 25%) y el 68% definitivamente que si consumen. Por lo que podemos deducir que la utilización de estas drogas podría ser mayor que la estimada.

## RECOMENDACIONES

- Realizar con una muestra representativa que involucre a estudiantes tanto del área urbana como rural
- Que incluya a estudiantes de unidades educativas públicas como privadas.
- Incluir en el estudio nuevas variables como : quienes prescriben drogas psicoestimulantes,razones de la prescripción; como adquieren libremente drogas sujetas a control, asociaciones de sustancias, entorno familiar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castro E., Chacón G., “Uso de psicoestimulantes durante épocas de estrés académico por estudiantes de pregrado de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca 2008-2009” Tesis . U. de Cuenca Repositorio.
2. Schnitzer V., Universidad de Michigan. “El estrés puede llevar a los estudiantes a abusar de los estimulantes” . Archivos 2008. [www.umich.edu/es/](http://www.umich.edu/es/)

CONSEP, Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotróficas .  
Plan Nacional de Control y Prevención de Drogas . Ecuador. 2004

## 20. VOCES DE LOS ADOLESCENTES. INTERCAMBIO INTERGENERACIONAL

Video : <https://youtu.be/OjDChJvxfp4>

### **Participación juvenil**

#### **Dina Krauskopf**

Para entender la importancia de la participación en el desarrollo juvenil y en sus sociedades, es necesario reconocer ,que tanto la adultocracia en las políticas, como el orden patriarcal discriminan la edad, la agencia, el género y los derechos. Así favorecen la invisibilidad y la estigmatización de las personas jóvenes.

La aceleración de los cambios sociales ha modificado el curso de vida, las competencias de adultos y jóvenes, lo que junto al enfoque de Derechos ha confrontado estas perspectivas.

Así ,la participación juvenil efectiva construye ciudadanía, es activa en el presente en procura de metas palpables, se ocupa de problemas propios, nacionales y globales, deconstruye la universalidad y la homogeneización. La participación de las personas jóvenes se expresa con una ética y estética propias, en la calle y con manejo tecnológico y mediático.

Abril, 2021.

## 21. ESPACIO ARTISTICO

1. CDNU: Nuestros derechos importan (Uruguay) <https://youtu.be/6SncSz9mK-M>



2. Fundación Teatro Nacional de Sucre. Ensamble Orquesta de Instrumentos Andinos (Ecuador) <https://youtu.be/p2HGxy0YgDc>



3. O Pastor: Madredeus (Portugal) <https://youtu.be/Dt1jMWVvcqg>



## DECLARACION Y CONSENSO

Video : <https://youtu.be/nSwcTH3Jaaw>

Dra. Susana Grunbaum (Uruguay)  
Dr. Ernesto Martínez Trujillo. (Ecuador)  
Comité Científico

## 22. CONVERSATORIO

# **CORTEMOS POR LO SANO, Desmedicalizar y despatologizar a jóvenes y adolescentes**

# CONVERSATORIO

## CORTEMOS POR LO SANO. Desmedicalizar y despatologizar a jóvenes y adolescentes

### Intervenciones en clave de derechos

28 y 29 de abril de 2021

#### DECLARACIÓN Y CONSENSO

Es muy pretencioso intentar resumir en tan poco tiempo los aportes valiosos y enriquecedores de los/as expositores y participantes. Es indudable que por mucho tiempo seguiremos procesando sus contribuciones en cada una de nuestras prácticas y vivencias.

Nos hemos propuesto finalizar el Conversatorio con un consenso que permita despedirnos con un compromiso para cada uno/a de nosotros/as, es decir salir distintos/as a como entramos.

Tenemos el convencimiento que nos enfrentamos a una limitación, no podremos incluir todos los aportes en su real magnitud, por lo que será muy importante en otra instancia, disponer de las memorias con todas las ponencias para que tengamos de primera mano íntegramente los documentos de los expositores, y de manera especial el trabajo de los adolescentes y jóvenes producto de sus tres encuentros preparatorios.

Se señalan a continuación algunas ideas o definiciones que se han compartido:

1. La medicalización es un proceso cultural y social, por tanto nos involucra a todos y todas de manera intersectorial, intergeneracional, interdisciplinaria, multidisciplinaria y transdisciplinaria. Es necesario distinguirla de la farmacologización, es habitual reducir la medicalización a los actos de medicar.
2. En tanto la salud mental es multidimensional, no se puede reducir a perspectivas exclusivamente médicas. Al considerar a las personas solo desde la perspectiva médica se transgrede derechos dado que se omiten sus circunstancias sociales y familiares. Siendo problemas complejos, el tratamiento psicofarmacológico es insuficiente.
3. La patologización de los niños, niñas y adolescentes incluso en la educación y en la sociedad en general, se contrapone a la búsqueda del sentido de la vida, obstaculizando el derecho de qué hacer de ella y con ella.
4. La crisis económica, histórica y cultural de nuestras sociedades estructuran un panorama de amenaza en torno a la institución escolar y las prácticas educativas. En esta nueva escuela los seres humanos ya no se piensan en términos de lo que son, sino que valen como cualquier mercancía. Estamos abocados a una clasificación escolar como selección escolar, en donde se incluyen la patologización de conductas, diagnósticos predictivos que precozmente etiquetan y seleccionan a niños, niñas y adolescentes.

Una de las desigualdades que más se puso en evidencia en la pandemia es la de los “caídos del mapa escolar”, considerados muchos de ellos con el estigma de “desertores” sinónimo militar de cobardía.



5. El aumento de la prescripción de psicofármacos en todos los países debe hacernos reflexionar y cuestionar nuestras prácticas, tanto desde el enfoque de cada disciplina de la salud, como en forma conjunta e interdisciplinaria incluyendo a la educación formal y no formal. Los daños de este uso desmedido no se toman en cuenta, no se cuestionan ni problematizan. Esto implica vulnerar derechos, lleva a la construcción de una identidad estigmatizada.  
Considerar que la mayor parte de investigaciones y ensayos con nuevos psicofármacos, antipsicóticos, etc., son realizados en adultos y han sido extrapolados sin evidencia consistente en la indicación a niños/as y adolescentes, desconociendo su particular farmacocinética, variación en el aclaramiento hepático y renal, variaciones en el crecimiento, con repercusiones en la dosis y respuesta, lo que representa un riesgo mayor.  
De la misma manera se evidencia que en los últimos años hay una utilización de psicofármacos, así como psicoestimulantes con el objetivo de mejorar el rendimiento, con prescripción médica, pero también de adquisición libre probablemente vinculada al tráfico y contrabando, cuyos efectos, relaciones sociales y éticas requieren un debate profundo.
6. Profundizar la mirada más allá de la medicalización y la brecha de tratamiento. En algunos países las poblaciones con extrema vulnerabilidad están sujetas a grandes dificultades para obtener medicación mientras hay enorme dispensación en el sector privado, dando lugar a una distribución desigual de la medicación ( y de los sistemas de salud) según clase social y recursos financieros. Sectores de la población sobremedicados mientras que otros tienen dificultad de acceso no solo a la medicación sino a la inclusión social, económica y educativa.
7. Pasar del discurso a hechos concretos, es decir no quedarse en la promulgación de leyes que siendo aparentemente de vanguardia, no han cambiado los caducos sistemas asistenciales, con matrices profesionales que en definitiva no apoyan a la familia ni a los niños, niñas y adolescentes. Pasar de la predominante propuesta de hospitalocentrismo a propuestas de salud mental comunitarias.
8. Poner atención a lo que ocurre en las detenciones y privación de libertad prolongada de adolescentes y jóvenes por infractores. Se ha establecido un circuito que es patologización de la infancia, detención, y farmacologización. En algunos países la atención de estos jóvenes está en manos privadas, de empresas, que buscan el lucro y su paradigma no es el respeto de derechos, sino el mercado (oferta y demanda). Es necesario detectarlas, denunciarlas y actuar en consecuencia desde lo médico, psicológico y social. Existen prácticas cuestionadas que persisten: consentimientos informados endebles, electroshock sin diagnóstico, atarlos a las camas, más similar a ritos de tortura que a un acto médico; aplicación de “chalecos químicos”: medicación como respuesta para “planchar” a los/as adolescentes que no se han adaptado a los lugares donde están institucionalizados/as u hospitalizados/as.  
Cuestionamiento a la internación voluntaria que es convertida en involuntaria por el juez, médico, psiquiatra o la familia.
9. Los y las jóvenes, especialmente, han cuestionado la calidad de la atención en salud mental y acceso a los tratamientos. En algunos casos (depende del país, del sistema de salud que tenga y del centro al que acuden) se plantea que no es buena porque se dan unas pocas consultas, tiempos muy extendidos para acceder a una consulta psicológica o psiquiátrica. En relación a la pandemia, se han estirado aun más los tiempos para las consultas. Los/as adolescentes y jóvenes no se sienten escuchados, y siente que no son bien tratados durante sus experiencias con la atención en salud mental. Es importante que se explique las características y efectos de los medicamentos. Cuando son más chicos/as suele suceder que el profesional hable con el adulto y no con la persona que lo va a tomar, el niño o niña. En muchos casos es un privilegio tener una consulta, porque hay que pagar por cada cita o consulta, existe la atención pública que por los pocos recursos asignados es inaccesible, ofreciendo en el mejor de los casos pocas sesiones.
10. En palabras textuales de la Prof. Dina Krauskopf:  
“Para entender la importancia de la participación en el desarrollo juvenil y en sus sociedades, es necesario reconocer, que tanto la adultocracia en las políticas, como el orden patriarcal discriminan la edad, la agencia, el género y los derechos. Así favorecen la invisibilidad y la estigmatización de las personas jóvenes”.

“La aceleración de los cambios sociales ha modificado el curso de vida, las competencias de adultos y jóvenes, lo que junto al enfoque de Derechos ha confrontado estas perspectivas.

Así, la participación juvenil efectiva construye ciudadanía, es activa en el presente en procura de metas palpables, se ocupa de problemas propios, nacionales y globales, deconstruye la universalidad y la homogeneización. La participación de las personas jóvenes se expresa con una ética y estética propias, en la calle y con manejo tecnológico y mediático”.

A modo de acuerdo, consenso y compromiso:

1. Propiciar el involucramiento de todos/as los/as profesionales, independientemente de la disciplina, en la desmedicalización y despatologización incluyendo a niños, niñas, adolescentes y sus familias.
2. Crear grupos multidisciplinarios alternativos a la visión biomédica predominante.
3. Propiciar que los diferentes enfoques de la atención de salud no se polaricen.
4. Promover la formación de nuevos profesionales responsables de la atención, promoción y prevención en salud integral a niños, niñas y adolescentes. Incluir en la formación de pregrado y posgrado una mirada de salud integral que incluya la desmedicalización y despatologización, el enfoque de género y en clave de derechos.
5. Atendiendo a la falta de datos, es necesario impulsar investigaciones sobre el tema.
6. Fomentar la participación y organización de niños, niñas y adolescentes, el encuentro y educación entre pares, conocer y reconocer sus miradas.
7. Impulsar servicios de salud amigables que propicien confianza y apertura.
8. Implementar la formación y educación a familiares y adultos referentes de confianza.
9. Elaborar una guía de recursos nacional o regional que esté disponible en las redes sociales más utilizadas por los niños, las niñas y adolescentes.
10. Optimizar el uso de redes sociales para una adecuada comunicación con adolescentes y jóvenes en la comunicación e intercambio sobre temas de salud, acceso, prevención, estilo de vida, y otros temas.
11. Pensar en otros espacios donde adolescentes y jóvenes se animen a hablar, a interactuar con otros, que no sea un profesional. Por ejemplo en los centros educativos.
12. Es importante promover y desarrollar políticas públicas que contemplen la salud para todos, que no sea un privilegio de algunos. En los países que ya existen generar mecanismos para verificar su cumplimiento y para que las personas puedan denunciar su incumplimiento, obteniendo una respuesta a su reclamo.
13. Concientizar a los/as médicos/as cuando recetan medicación que les informen directamente a la persona que lo va a consumir, en este caso al niño/a o adolescente y no sólo al tutor/a. Tratar de explicarle en sus palabras, contarle qué va a tomar y por cuánto tiempo. Tener ese consentimiento entre todos. Lo mismo cuando van los y las adolescentes solos a una consulta.
14. Replicar instancias de reflexión como este Conversatorio, con especialistas en educación, filósofos/as, antropólogas/os, sociólogos/as, es decir con disciplinas que no forman parte de un equipo de salud, ofrece una oportunidad de intercambio que no se produce solo entre profesionales de la salud. Tratándose de la salud esto se vuelve indispensable hoy día.
15. Problematizar conceptos como riesgo y prevención desde la niñez y su relación con el impacto en la construcción identitaria de niños y adolescentes.
16. Si entendemos que la salud y por tanto los problemas de salud son multidimensionales, también tendrían que serlo los abordajes terapéuticos. El uso exclusivo de psicofármacos es una vulneración de derechos, ya que aunque la indicación médica esté justificada, la omisión y ausencia de otros espacios de tratamiento representa un daño.

ISBN : 978-9915-9390-1-8



Institución Nacional de  
Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo

