



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Trabajo final de grado
Proyecto de investigación

***Alfabetización en Salud Mental
en adolescentes
integrados a la educación Media Pública.***

Estudiante:

Gabriela Maguna Raveca
CI.: 2907778-1

Docente tutora:

Mag. Gabby Recto Alvarez

Docente revisora: Mag. Silvana Contino

Montevideo, Julio 2022

Agradecimientos

Dedico este Trabajo Final de Grado a Gustavo, Gastón, Gonzalo, María Eugenia y Coqee, por su respeto y paciencia durante este largo proceso, y por haberme estimulado a perseverar e insistir en que los desafíos no se abandonan.

A tantas compañeras que conocí en esta ruta y con quienes compartí horas de estudio. Y en especial a Allison, quien supo ser mi sostén y guía aún en los momentos más difíciles.

A mi tutora, por sus aportes y horas de acompañamiento, sin ella este trabajo no hubiera sido posible. Y a mi revisora por su tiempo y dedicación para cerrar esta hermosa etapa.

Resumen

El presente proyecto de investigación se propone indagar acerca de la relevancia de la alfabetización en salud mental en adolescentes de la enseñanza media pública en Montevideo, Uruguay.

Se pretende, a través de un diseño metodológico de corte cualitativo, y mediante la instrumentación de grupos focales conformados por adolescentes de ambos sexos, de tercer año del ciclo básico de enseñanza media en instituciones públicas del Municipio B de la capital del país, indagar describir y caracterizar los conocimientos, ideas y percepciones en relación a la salud mental.

Estudiar que piensan y saben los/as adolescentes sobre las estrategias utilizadas para la prevención y promoción de salud en sus Centros de Estudios, permitirá que colaboren a detectar posibles trastornos mentales para una intervención temprana e identificar la necesidad formativa en salud mental que presentan los/as adolescentes de nuestro país.

Se aspira generar insumos que aporten a la implementación de un programa de alfabetización en salud mental, en la currícula del plan de estudios de la educación media básica en Uruguay.

Palabras clave: *alfabetización en salud mental, adolescencia, educación media*

Índice

Resumen

1. Fundamentación	5
2. Antecedentes	8
3. Marco conceptual	13
3.1 Salud Mental	13
3.2 Salud Mental en Uruguay	14
3.2.1 Ley de Salud Mental	17
3.3 Alfabetización en salud mental.....	20
3.4 Adolescencias	22
3.5 Educación Media Básica	23
4. Problema.....	24
5. Preguntas de investigación	24
6. Objetivos	25
6.1. Generales	25
6.2 Específicos	25
7. Metodología	25
7.1. Muestra	27
7.2. Instrumentos	28
7.3 Procedimiento	29
7.4. Análisis de la información	31
8. Cronograma de ejecución	32
9. Consideraciones éticas	33
10. Resultados esperados	34
11. Citas bibliográficas	35

1. Fundamentación

El presente proyecto de investigación se enmarca dentro de la entrega del Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República (UDELAR). Éste se propone indagar acerca de la relevancia de la alfabetización en salud mental en adolescentes de la enseñanza media pública en Uruguay.

La alfabetización en salud mental, término creado por Jorm en el año 1997, hace referencia a las estrategias utilizadas para la prevención y promoción de salud, siendo además un detector de posibles trastornos mentales para su intervención temprana. La adquisición de conocimientos para identificar señales de alarma de un sufrimiento psicológico, favorece la inclusión social y el óptimo desarrollo psicofisiológico. Proporciona información, herramientas y consejos sobre cómo apoyar a personas en temas de salud mental.

El interés por el tema surge a partir de diferentes experiencias tanto a nivel académico como personal durante el transcurso de mi proceso de formación en la Facultad de Psicología. Todas ellas despertaron en mí, interés por reflexionar acerca de los efectos que tiene el desconocimiento y la desinformación, referente a los distintos trastornos mentales, especialmente en la población adolescente.

A partir de lo recorrido en mi itinerario formativo, particularmente en las Unidades Curriculares Obligatorias (UCO): Psicopatología Infantil, y las pertenecientes al módulo de articulación de saberes del ciclo de formación integral, donde se abordaron temáticas como por ejemplo los trastornos mentales en niños/as y adolescentes y el sobrediagnóstico del Trastorno por Déficit Atencional con o sin Hiperactividad (TDAH) entre otros temas, es que comienzo a consolidar el problema que deseo investigar referido al sufrimiento psíquico de la población adolescente.

Durante mi tránsito curricular, recorrido por los seminarios optativos, como Trastornos del Espectro Autista (TEA), Trastornos de la Personalidad y Reconocimiento - Creatividad- Ciudadanía y Lazo Social, del ciclo de graduación, donde se abordaron temas como la invisibilización de los/as adolescentes con problemas de consumo en situación de calle y su estigmatización social, el sufrimiento psíquico y estigmatización de niños/as y adolescentes autistas, las características y posibles abordajes de los

distintos trastornos de la personalidad, es que se fue delineando en forma más precisa el foco del problema a abordar.

La temática tratada en uno de los Seminarios de una UCO, despertó aún, mayor interés en mí por el asunto del sufrimiento psíquico de los/as adolescentes, y me sorprendió pensando mi futura praxis como licenciada en psicología, aportando posibles estrategias para fomentar hábitos saludables en la salud mental adolescente. Entendiendo por éstos, aquellas actos beneficiosos para la salud física y mental que mejoran la calidad de vida.

Informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), afirman que la mitad de los trastornos mentales que sufren las personas, comienzan en la adolescencia, y en la mayoría de los casos no se detectan ni se tratan.

Según un informe realizado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, (UNICEF, 2021), en niños/as y adolescentes de 10 a 19 años en todo el mundo se constata que 1 de cada 7, ha sido diagnosticado con algún problema de salud mental.

Es por ello que la OMS, junto a la Comisión Europea (institución perteneciente a la Unión Europea, que ostenta el poder ejecutivo y la iniciativa legislativa) han marcado la relevancia que tiene la promoción de la salud mental en la población joven y adolescente, destacando a los centros educativos como entorno en los que actuar (Saxena, Funk y Chisholm, 2013; World Health Organization, 2012, 2013; Comisión Europea, 2011).

Estudios publicados por la revista BioMed Central, (2014), sobre investigaciones realizadas en Canadá, han demostrado que aplicar intervenciones de alfabetización en salud mental en los/as adolescentes incrementa los conocimientos en salud mental, reduce el estigma, mejora el bienestar emocional y la resiliencia, (Mcluckie, Kutcher, Wei y Weaver, 2014).

Considero pertinente, que para el abordaje de estrategias que fomenten la salud mental, además del sector de la salud, sería conveniente la participación de otros sectores, entre ellos el de la educación, ya que es en los centros educativos donde los/as adolescentes comparten vivencias comunes, construyen sus propios códigos de comunicación, y donde reconocen un mayor sentido de pertenencia. Temática abordada a su vez por Saucedo y Guzmán (2015), quiénes reflexionan y discuten,

acerca de cómo construyen los/as adolescentes, una mirada de sí mismos en tanto personas, más allá de la imagen de alumno/a, a partir de sus vivencias cotidianas en las aulas, en relación con sus pares y profesores/as.

Así mismo un estudio realizado en Argentina (2018), en el que se pretendía analizar la articulación entre prácticas de promoción en salud mental y prácticas de participación colectiva, integrando para ello el arte y el juego en el espacio público, demostró que la articulación de ambas, produce profundos efectos subjetivos en quienes participan. Destacando que el desarrollo de las potencialidades creativas de la comunidad fortalecen la capacidad colectiva de lidiar con la complejidad de los condicionantes de la salud y la vida (Bang, 2018).

Lo que me lleva a reflexionar acerca de la pertinencia de la realización de actividades de participación comunitaria, como una posible estrategia para la promoción en salud mental en los/as adolescentes, a realizar en espacios no convencionales de atención en salud mental, como los son los espacios públicos, en articulación con los centros de enseñanza.

Por tanto, considero significativa la implementación de actividades donde la participación de los/as adolescentes habilite un espacio de intercambio, que permita expresar sentimientos, creencias, experiencias subjetivas, con el fin de identificar diferencias, controversias y similitudes respecto a su forma de comprender los trastornos mentales, los síntomas y las conductas de riesgo.

En el año 2010, se llevó a cabo en nuestro país, una investigación por docentes de la UDELAR, sobre depresión en adolescentes de la enseñanza media pública. Mediante la cual se constató que entre el 50% y el 60% del abandono escolar se produce en la secundaria.

Datos que surgen de esta investigación, sostienen que el rol de las dificultades académicas son un factor a tomar en cuenta cuando hablamos de depresión adolescente, por lo que fomentar habilidades que estimulen el desempeño académico favorece la autoestima. El sentirse respaldados/as por el centro educativo al que pertenecen y el reconocimiento de sus propias habilidades en crecimiento, se consideran estrategias efectivas a la hora de reducir la depresión adolescente.

Es así que entiendo, que sería un gran aporte desde nuestra disciplina, trabajar en la alfabetización en salud mental en adolescentes, ya que potenciaría la capacidad para identificar síntomas de sufrimiento psíquico o de posibles trastornos mentales. Promoviendo la práctica de acciones que colaboren con el bienestar físico y mental, así como brindar conocimiento sobre cómo y ante quien buscar y solicitar ayuda.

2. Antecedentes

En 2013, la Asamblea Mundial de la Salud (Órgano decisorio supremo de la Organización Mundial de la Salud.) aprobó un plan de acción integral sobre salud mental para el período 2013-2020, ratificado posteriormente y vigente hasta el año 2030. En el marco del plan, los Estados Miembros de la OMS se comprometen a adoptar medidas específicas para mejorar la salud mental, entre las cuales se encuentra el fortalecimiento de las investigaciones sobre la salud mental.

Según la OMS (2018) existen estrategias e intervenciones intersectoriales eficaces y rentables de promoción y protección de la salud. Un ejemplo de intervenciones intersectoriales son las realizadas entre los sectores de la salud y la enseñanza.

Tal es el caso llevado adelante en España, con el programa de alfabetización en salud mental llamado Espaijove.net., espacio dedicado a la salud mental juvenil, realizado entre los años 2012 y 2015. Este tenía como finalidad la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales y la erradicación del estigma en jóvenes escolarizados con edades comprendidas entre los 12 y 18 años, que cursaban el bachillerato o ciclos formativos en distritos de la ciudad de Barcelona. Los materiales educativos utilizados, fueron documentos informativos que trataron temas generales vinculados a la adolescencia y a los trastornos mentales que pueden afectar a los/as jóvenes. En las fichas se podía encontrar información sobre diversos trastornos, las señales de alerta, los factores de riesgo, modo en que se presentan, la aparición de sintomatologías, posibles conductas de prevención y cómo pedir ayuda.

Las actividades educativas con los/as jóvenes las realizaron enfermeros/as del Centro de Salud Mental InfantoJuvenil en los diferentes centros educativos.

La encuesta de satisfacción realizada a los/as adolescentes que participaron, reveló que dichos talleres resultaron interesantes y útiles, los/as alumnos/as mostraron

satisfacción de haber participado por lo que se recomendó la realización de los talleres en otros centros educativos.

Atkins y su equipo (2010), realizan un estudio en el cual afirman que los centros educativos son el lugar ideal para implementar la alfabetización en salud mental, debido a que éstos son el lugar donde se puede llegar a la mayoría de los/as jóvenes, y las actividades educativas en el aula son familiares tanto para los/as jóvenes como para los educadores (Atkins M, Hoagwood K, Kutash K, Seidman E. 2010).

Como consecuencia de dichas afirmaciones, la Revista BMC Psiquiatría (2014), publica un artículo sobre la utilización de un recurso en formato de guía, desarrollado en colaboración entre expertos/as en salud mental, educadores/as y la Asociación Canadiense de Salud Mental, (CMHA), organización no gubernamental de salud mental, y aplicada por docentes habituales en el currículo del aula, a estudiantes de noveno año de escuelas secundarias de la provincia de Ontario, Canadá, con el fin de evaluar, si el conocimiento y las actitudes de los/as estudiantes, cambiaban después de la participación en el currículo de alfabetización en salud mental.

Como resultado, se pudo observar que la aplicación de dicho recurso de alfabetización en salud mental, logró desempeñar un papel positivo para facilitar mejoras significativas en el conocimiento de la salud mental y disminuir las actitudes estigmatizantes en los/as estudiantes de secundaria.

Una característica significativa es que este programa no depende de expertos en salud mental, ya que se basa en las capacidades pedagógicas profesionales de los/as maestros/as, y a su vez normaliza el enfoque de la salud mental como elemento integrado en el aprendizaje habitual. Este enfoque encaja muy bien con el funcionamiento habitual de las escuelas, en la que los/as profesores/as de aula habituales imparten instrucción basada en un plan de estudios definido. Tal enfoque no requiere cantidades significativas de recursos externos agregados a las escuelas y no depende de expertos en salud mental, que pueden no estar fácilmente disponibles en la mayoría de las jurisdicciones (BMC, 2014).

Olivari y Casañas (2020) publican un artículo , sobre la relevancia de la alfabetización en salud mental en los/as adolescentes en tiempos del Covid-19, reflexionan acerca de los aportes de la alfabetización en salud mental, como estrategia de promoción de salud en los/as adolescentes.

Entre ellas destacan las acciones realizadas por entidades académicas de Chile (2020), en las que se desarrollaron sitios web para contribuir con la educación en salud mental. Ejemplos de estos son Psiconecta, creado por la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica, en la que puso a disposición de la comunidad recursos de apoyo a la salud mental, incluyendo a la población adolescente.

Y Juntosnoscuidamos, creado por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica del Maule, que dispuso de un chat para brindar orientaciones sobre salud mental incluyendo también a la población adolescente. Ya que el distanciamiento físico impuesto por la pandemia de Covid-19, ha impactado en esta población que se ha visto impedida de poder establecer contacto físico y social directo con sus pares en los centros educativos respectivos.

Cabe destacar que si bien estas acciones no se llevaron a cabo en centros de enseñanza para adolescentes, partieron desde el ámbito universitario con la finalidad de alcanzar a la población adolescente.

Dicho artículo hace hincapié en la falta de instancias que incorporen la alfabetización en salud mental de manera dirigida, y sistemática en los/as adolescentes. Y resalta la importancia de recibir información y formación sobre cuestiones de salud mental, destacando la relevancia que tiene el fortalecer en los/as adolescentes, su capacidad de gestionar las emociones y conocimientos de conductas que promuevan su salud mental (Olivari y Casañas, 2020).

A nivel nacional, una investigación llevada a cabo por Cajigas-Segredo, Kahan, Luzardo y Ugo (2010), en su mayoría docentes pertenecientes a la Facultad de Psicología (UDELAR), presentó como población de estudio a 607 adolescentes, de los cuales el 46 % eran hombres y 54 % mujeres. Estos cursaban en 2001 educación media básica, (equivalente a los tres primeros años de enseñanza media) en un establecimiento público. El rango de edades de esta muestra no clínica, estuvo comprendido entre los 11 y 17 años. Estudio que se realizó con el propósito de evaluar la depresión en esta población adolescente. Para ello se administró el Inventario de Depresión para niños/as de Kovacs (1992), que permite cuantificar la severidad del síndrome depresivo, denominado CDI (Children's Depression Inventory). Los datos recogidos, mostraron que la depresión, en la población estudiada, aparece con una prevalencia del 15%. Señalando la importancia de identificar los problemas que padecen los/as jóvenes para poder así detectar y prevenir situaciones de riesgo a

tiempo. Considerando a los centros educativos como un lugar apropiado para implementar actividades de promoción en la salud mental.

En setiembre de 2020 la Cátedra de Neuropediatría, la Comisión ad hoc de salud mental de la Facultad de Medicina y la Facultad de Psicología de la UDELAR, concurren a la Comisión de Educación y Cultura del Parlamento para dar su fundamento en contra del proyecto de ley denominado Registro de niños/as en edad escolar con Trastorno de Déficit Atencional e Hiperactividad (TDAH) que propone un relevamiento de niños/as con TDAH, a los que se les brindaría una educación basada en el estudio de la conducta observable, para controlarla y predecirla, con el objetivo de conseguir una conducta determinada. El equipo de docentes que representa a nuestra Facultad expresa no compartir dicho planteo ya que científicamente se ha demostrado que esta no es la única perspectiva a tomar en cuenta, y que tampoco funcionan para todos/as los/as niños/as y adolescentes, con TDAH.

El proyecto de ley propone además, la construcción de centros educativos especialmente adaptados desde el punto de vista edilicio para tal población objetivo. Desde el orden docente de nuestra Casa de estudios, se entendió que agrupar en un establecimiento especialmente diseñado para niños/as con TDAH, no solo etiqueta a un sector de la población infantil y/o adolescente, sino que también iría en contra de lo ratificado por Uruguay en tratados internacionales, respecto a los derechos de las personas en situación de discapacidad, no favoreciendo la educación inclusiva. En la actualidad, el proyecto de ley continúa en espera de su estudio, en la Comisión de Educación y Cultura de la Cámara de Representantes.

Considero favorable la existencia de recursos que brinden conocimientos en temas de salud mental, ya que podrían disminuir la brecha existente entre estudiantes que padecen algún trastorno de aprendizaje, así como cualquier otro tipo de trastorno que etiquete y/o estigmatice a los/as estudiantes.

En el año 2020 como iniciativa de estudiantes de bachillerato de la enseñanza pública en Montevideo, surge ARRIMANDO EL HOMBRO. Organización comunitaria, que funciona a través de redes sociales bajo el lema *trabajamos para informar y eliminar los tabúes acerca de los trastornos mentales, en especial la depresión*. Está compuesta por adolescentes, enmarcados en el programa de Jóvenes Embajadores,

programa de intercambio cultural para jóvenes y adultos/as, promovido por la organización sin fines de lucro DESEM- Jóvenes Emprendedores, de procedencia mexicana.

Estos/as adolescentes trabajaron en el marco de su proyecto, a lo largo de un año, con el fin de informar, desmitificar y generar conciencia sobre la ansiedad y la depresión en jóvenes. Dentro de sus objetivos está la realización de talleres informativos y de concientización tanto en liceos públicos como privados del Uruguay. Como modo de difusión de mensajes utilizan las redes sociales, Twitter e Instagram. En ella postean material informativo a través de videos cortos, con la participación de profesionales de la salud, explicando cuales son las conductas que deben alertar ante casos de depresión y cómo y ante quién pedir ayuda ante estos casos. La información compartida en las redes despertó el interés de adolescentes, constatado a través de la participación activa en encuestas planteadas, así como por la difusión de los videos mencionados. El proyecto apostó a la concientización del cuidado de la salud mental, y se llevó a cabo durante el primer año de la pandemia por COVID 19, como forma de acompañar a la población adolescente durante el distanciamiento físico.

3. Marco conceptual

3.1 Salud Mental

Cuando hablamos de salud mental hacemos referencia a enfermedad mental, por lo que se produce un binomio difícil de delimitar ya que no se puede determinar el uno sin el otro.

Según Amico (2005), tanto el concepto de salud como de enfermedad son construcciones sociales que van variando según los tiempos históricos, por lo que son difíciles de definir, por su condición de representaciones sociales.

El sujeto se construye partiendo de la interacción con otros/as.

La representación social es un Corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación (Moscovici, 1979, p.18).

En la misma línea Galende (1990), plantea que el objeto de la salud mental es un objeto social-histórico, ya que los problemas acontecidos en el campo de la salud mental, surgen de construcciones sociales. Por tanto, considerar a una persona con una enfermedad mental dependerá no solo del tipo de alteraciones que está presente, sino también de cómo los percibe la sociedad que lo rodea.

La Organización Mundial de la Salud (2018), entiende a la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Según un informe de la Organización de las Naciones Unidas (2021), la salud mental incluye un bienestar subjetivo, autonomía, competencia, y reconocimiento de la habilidad para realizarse intelectual y emocionalmente. Facilita a determinar cómo manejar el estrés, relacionarnos con otras personas y tomar decisiones. Por lo que es un componente integral y esencial de la salud, tanto es así, que no hay salud sin salud mental.

El mencionado informe sostiene que está determinada por factores sociales, psicológicos y biológicos. Indica que las presiones socioeconómicas persistentes son un factor de riesgo para la salud mental tanto de las personas como de las comunidades.

Los cambios sociales rápidos, las condiciones de trabajo estresantes, la exclusión social, la discriminación en todos los ámbitos, los modos de vida poco saludables, los riesgos de violencia, violaciones a los derechos humanos y la desestimación por el cuidado de la salud física, son otros determinantes que afectan la salud mental.

Si la salud mental forma parte de la salud integral, y reconociendo al/la adolescente en constante desequilibrio y conflicto interno (Barón, 2000), es probable que las condiciones de reconocer los factores de riesgo y síntomas más comunes de alerta, sin haber sido alfabetizado en salud mental no sean las más favorables.

3.2 Salud Mental en Uruguay

Los orígenes de la Psicología en nuestro país datan de fines de 1800. Pero es a mediados de 1900, que con el desarrollo de la educación en Uruguay, y del ingreso masivo de niños/as a esta actividad, la disciplina comienza a gestarse como un instrumento de abordaje, debido a las dificultades que comenzaban a surgir en los procesos educativos.

En 1945 se comienzan a abordar ciertas enfermedades infantiles desde la psicología, integrando un equipo formado para esta práctica. La actividad tiene lugar en la Clínica Médico Psicológica del Hospital de Niños Pedro Visca, dependiente del Ministerio de Salud Pública, pero en el ámbito de la cátedra de Pediatría de la Facultad de Medicina, UDELAR.

Es en la década de los 50, cuando la Psicología en nuestro país comienza a diseñar su camino independiente de otras disciplinas. En 1950 se realiza el primer Congreso Latinoamericano de Psicología en Uruguay.

En el mismo año nace el curso de Psicología aplicada a la infancia, y es a mediados de ésta década que se inicia el proceso de creación de un centro universitario de formación en Psicología. En 1956 comienzan a desarrollarse las actividades en el Instituto de Psicología y la Licenciatura de Psicología de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Universidad de la República. En julio de 1984 la Coordinadora de

Psicólogos del Uruguay expresa la necesidad de la unificación y la creación de una Facultad de Psicología. En diciembre de 1987 se crea el Instituto de Psicología de la Universidad de la República, (IPUR) que permite desarrollar la producción de conocimientos en directa relación con las necesidades sociales. El 15 de marzo de 1994 el Consejo Directivo Central de la Universidad de la República aprueba, por unanimidad, la creación de esta Facultad. (Irrazabal, 2016)

“(…) los etiquetados locos eran marginados de la sociedad, y vagaban por las calles mendigando, siendo a veces reclusos en los calabozos del Cabildo donde compartían la reclusión con los presos comunes.” (Bespali y de Pena, 2000, p.380)

Humberto Casarotti (2002), relata que los orígenes de la atención en salud mental en nuestro país, se dieron en el Montevideo colonial, bajo lo que se denominó Hospital de la Caridad de Montevideo. El hospital contaba con lo que llamaron, loquería, dando así inicio a la asistencia de las personas que padecían una enfermedad mental. Los usuarios eran tratados con un gesto religioso y humanitario, siendo más una función de cuidados que de cura.

Hacia 1860 se crea el primer manicomio del país, conocido como Manicomio Nacional, primer hospital psiquiátrico, ubicado en la quinta de Miguel Antonio Vilardebó, fundado en 1880 como Hospital Vilardebó. Con una política de encierro y castigo, los tratamientos más utilizados eran el calabozo, el castigo físico y el cepo, considerados como la única manera de “devolver la cordura” (Acosta, 1999, p.13).

Este hecho junto a la creación de la Facultad de Medicina de la UDELAR, permiten ubicar en esta época el surgimiento de la psiquiatría como disciplina en nuestro país.

En 1908 se crea la Cátedra de Psiquiatría y en 1923, la Sociedad de Psiquiatría.

En 1912 se crea la Colonia de Asistencia Psiquiátrica Etchepare, en el departamento de San José.

Para ese entonces ingresaban personas desde todos los departamentos, a causa de la falta de asistencia psiquiátrica en el interior del país (Arduino y Ginés, 2002).

Es de destacar que no todas las personas derivadas a la Colonia padecían trastornos psiquiátricos. Los ingresos por falta de recursos económicos y sociales, las personas conducidas por la policía con rótulo de “vagabundo” y los adolescentes y jóvenes traídos por sus familias que declaraban no poder

“hacerse cargo de sus cuidados” constituían un alto porcentaje. (Arduino y Ginés, 2002, p.119)

Como respuesta a la sobrepoblación del hospital, en 1932, se crea la Colonia Santín Carlos Rossi (Techera y Apud, 2013).

En agosto de 1936 se aprobó la ley especial N° 9.581, Asistencia al psicópata. En 1966 el Dr. Pierre Chanoit, consultor de la OMS, invitado a nuestro país por el Ministerio de Salud Pública, realizó un Informe sobre la Salud Mental en Uruguay, haciendo duras críticas al sistema. En este informe revela las carencias del modelo de atención en salud mental centrado en el manicomio y señaló la necesidad de avanzar en la transformación del mismo (Techera y Apud, 2013).

Durante la apertura democrática de nuestro país, es que comienza el cuestionamiento de la Ley N° 9.581, con el fin de mejorar las condiciones de las personas que padecen alguna enfermedad mental.

En 1986 el Ministerio de Salud Pública aprueba el Programa Nacional de Salud Mental con una fuerte crítica al modelo asilar.

En 1989 se crearon las unidades de salud mental en los hospitales públicos de Montevideo, que asistían las consultas que surgían en emergencia, las interconsultas de salas de internación y de las policlínicas.

Así mismo, en 1996 la Administración de Servicios de Salud del Estado (Asse), estableció equipos comunitarios de salud mental en el territorio nacional.

La puesta en marcha de estos equipos es a través de policlínicas comunitarias, lo que implica el primer abordaje de la salud mental con una mirada interdisciplinaria, dado que este estaba compuesto por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, auxiliares de enfermería y administrativos (Acuña, 2004).

Cabe destacar la reforma de la salud del Estado uruguayo, que tiene lugar en el período 2005-2010, en la cual se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), a partir de la Ley N°18.211, y que funciona mediante el aporte de los usuarios al Seguro Nacional de Salud según sus ingresos.

Setaro (2010), señala que uno de los objetivos principales del SNIS es la transformación del modelo hospitalocéntrico, en un nuevo modelo de atención, dirigido a la Atención Primaria en Salud (APS) en el primer nivel de atención a la salud.

Brindando de esta forma una política activa de promoción y prevención de la salud. La reforma implicó la creación de la Dirección de Salud Mental de ASSE en 2008, que incluye Unidades Ejecutoras como: el Hospital Vilardebó y el Centro Nacional de Información y Referencia de la Red de Drogas, Portal Amarillo, que están destinados a la atención de usuarios agudos y crónicos reagudizados.

Finalmente en 2016 el MSP presentó al Senado un proyecto de ley buscando un cambio de paradigma respecto de la antigua ley de salud mental que luego de algunas modificaciones fue aprobada en el 2017 como la nueva ley de salud mental N° 19.529, enmarcada en un nuevo paradigma interdisciplinar.

Anteriormente, quien se ocupaba de la salud mental, era la medicina, específicamente la psiquiatría. La nueva ley entiende que el abordaje de la salud integral requiere de un conjunto de disciplinas. No se vincula a la salud mental únicamente con aspectos fisiológicos, sino que también, incluye aspectos del plano psíquico, de lo emocional, por lo tanto la Psicología pasa a ser una disciplina de abordaje en salud mental.

Otro gran cambio de paradigma tiene que ver con la desmanicomialización, se pretende sustituir los modelos asilares de internación, por propuestas alternativas fundadas en la inclusión social.

3.2.1 Ley de Salud Mental

El 24 de agosto del 2017, nuestro país aprueba una nueva ley de salud mental, la Ley N°19.529. Esta ley viene a sustituir a la Ley N° 9.581 de 24 de agosto de 1936 llamada de "Asistencia a Psicópatas" que reguló la Salud Mental por más de 80 años en Uruguay.

La nueva ley surge como necesidad de cambiar el antiguo paradigma de atención en salud mental desterrando las políticas de exclusión, y de estructuras asilares y monovalentes, contribuyendo de esta forma a disminuir el estigma de las personas que se atienden en un hospital psiquiátrico. Castel (1981) sostiene que el sujeto que entra en el ámbito de la psiquiatría casi siempre es un estigmatizado social.

El cambio más grande que impulsa la nueva ley es que apuesta a la prevención, concentrando los recursos en los centros primarios de atención y en la comunidad. El

área de atención a la salud mental queda incorporada a los centros hospitalarios generales.

En el Artículo 1 la ley expresa que tiene por objeto garantizar el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes de este país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas, y particularmente de aquellas usuarias de los servicios de salud mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. Sistema que asegura el acceso a servicios integrales de salud a todos/as los/as habitantes residentes del país (Art.1 de la Ley 19.529).

Su perspectiva se enfoca en el respeto a los derechos humanos, compartiendo el enfoque de la Convención Americana de Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica, 1969) aprobada por la Organización de Estados Americanos (OEA) el 22 de noviembre de 1969 y ratificada por Uruguay por la Ley N° 15.737 de 8 de marzo de 1985.

Las personas con trastornos mentales son reconocidas como sujetos de derecho, con pleno respeto a su vida privada. Pretende que la persona logre la mayor autonomía posible, promueve la reinserción familiar, laboral y comunitaria. A no ser estigmatizada y se la protege contra toda discriminación, abuso y/o explotación. Tienen derecho a ser tratadas con la alternativa terapéutica indicada para su situación, que menos restrinja sus derechos y libertades (MSP, 2018).

Lo que conlleva a que este cambio de abordaje requiera del trabajo de disciplinas integradas y de la participación de los colectivos en torno a la salud mental, los/as usuarios/as y sus familiares.

Si bien la ley garantiza estos derechos reconociendo a las personas con trastornos mentales como sujetos de derechos, no deja de tener un marco estigmatizante, ya que reconoce a la persona desde la incapacidad.

El estigma es una marca que separa a los individuos en grupos basándose en juicios sociales acerca de la supuesta inferioridad de un grupo con respecto al otro. Esta separación puede ser secundaria a atribuciones religiosas, raciales o por tener una enfermedad mental, dando lugar a respuestas negativas de la sociedad hacia estos pacientes como la exclusión, hecho que potencializa

algunos riesgos propios inherentes al trastorno mental. (Sánchez, Arboleda, Cardona, Córdoba, Ibáñez, Pérez, Ruiz y Vallejo, s.f, p.2)

Goffman (1984), sostiene que cuando un usuario ingresa a un hospital psiquiátrico, la posición social que ocupaba antes de ingresar a la institución cambia radicalmente, y que tendrá que adaptarse y entender que cuando salga de la institución, su posición social en el exterior no volverá a ser la misma que antes de su ingreso. Este usuario quedará con un estigma, que le dificultará conseguir empleo, lugar donde vivir y retomar sus relaciones sociales. Razón por la cual, es sabido que una vez que egresan, realizan sus mayores esfuerzos para ocultar su pasado.

Si bien esta ley no posee un capítulo en el que se refiera de forma exclusiva a los/as adolescentes, se los menciona en varios artículos referidos a la hospitalización, el consentimiento informado, al acceso a vivienda, a la inclusión educativa.

En ellos se deja asentado que sólo el Juez podrá disponer la hospitalización involuntaria de niños/as y adolescentes. Y que será especialmente para situaciones agudas y en hospital pediátrico o en áreas de internación pediátrica en hospitales generales.

En lo referente al acceso a vivienda, se dispondrá de programas con distintas modalidades residenciales en el que se incluye a las familias con niños/as y/o adolescentes con trastornos mentales.

Referido a la inclusión educativa y cultural, se establece que deberá protegerse el derecho de niños/as o adolescentes a la educación, y que será a lo largo de todo el ciclo educativo, contemplando las necesidades específicas de acuerdo a la severidad de su trastorno y las condiciones sociofamiliares y culturales.

En cuanto al consentimiento informado, se establece que para la realización de intervenciones biológicas y psicosociales, se requerirá el consentimiento informado de la persona, y en el caso de niñas, niños y adolescentes con trastornos mentales se requerirá el consentimiento informado de padre, madre o tutor y de acuerdo a la edad y condición mental del sujeto, se solicitará su consentimiento.

En suma, se reconoce que la implementación de la nueva ley implicó un cambio de paradigma, en el que se avanzó en cuanto a la protección a los derechos humanos.

3.3 Alfabetización en Salud Mental

El término alfabetización en salud mental (ASM), es un concepto introducido por Jorm en el año 1997. Este tiene su origen en el término Alfabetización en Salud (AS), acuñado por la OMS en los años 70 (Simonds, 1974), al constatarse la relación entre la alfabetización en lecto-escritura y la salud en general (Nutbeam y Kickbusch, 2000). Los datos indican que el 50% de la población de Estados Unidos. presentaba dificultades para tomar decisiones en temas de salud (Sorensen et al., 2012 p. 2). Es así que la OMS toma este vínculo entre alfabetización (lecto-escritora) y salud, definiendo la alfabetización en salud como: "las habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud" (citado en Fallon y Luna, 2012 p. 92). En los años noventa el concepto se generaliza y es aplicado a las dolencias mentales.

Jorm (1997) es quien define por primera vez el concepto de ASM, como:

los conocimientos y las creencias sobre desórdenes mentales que ayudan a su reconocimiento, manejo y prevención. La ASM incluye: la habilidad para reconocer desórdenes específicos; el conocimiento sobre cómo buscar información en salud mental; el conocimiento de los riesgos y las causas, y de los posibles tratamientos tanto profesionales como de auto ayuda; y las actitudes que promueven el reconocimiento de búsquedas adecuadas de apoyo. (Jorm et al., 1997, p. 3 -traducción propia-)

En el año 1997, el autor, realiza en Australia, una serie de estudios, con el fin de investigar cuánto sabían las personas, acerca de sus dolencias mentales. Concluye, por un lado que la mayoría de los encuestados reconocen la presencia de algún tipo de dolencia mental, pero pocos pudieron asignar la etiqueta diagnóstica correcta. Por otro lado, los/as encuestados/as preferían las vitaminas a los psicofármacos, entendiendo que estos son más dañinos que beneficiosos. Por lo cual se desprende que la visión del público en general no coincide con la de los especialistas ni con la evidencia clínica contrastada. Concluye que "el nivel de alfabetización en salud mental debería aumentarse" (Jorm et al., 1997, p.182), subrayando años siguientes, "la necesidad de diseñar campañas de alfabetización" (Jorm, 2000, p.400).

3.4 Adolescencias

Según Cajigas-Segredo, Kahan, Luzardo y Ugo (2010) la adolescencia es un proceso de transición. Esta transición entre la niñez y la edad adulta puede transcurrir con algún trastorno o con comportamientos de alto riesgo. Así, en esta etapa, los/as jóvenes con trastornos importantes tienen mayor probabilidad de padecer problemas cuando adultos/as. De ahí la necesidad de intervenciones en los/as jóvenes, para prevenir problemas de salud y promover una vida productiva y saludable.

Según Barón (2000) la adolescencia se extiende desde la pubertad hasta los 25 años aproximadamente. Es un período intenso en el que se transita por cambios a nivel familiar, afectivo, psíquico, corporal y social.

El/la adolescente sufre cambios en la percepción, tanto de sí mismo como de los/as demás. Se sienten exigidos como adultos/as, pero por otro lado reclaman que se los/as tratan como niños/as. A su vez se sienten constantemente evaluados por las personas adultas.

A nivel psicológico es emotivo/a, impaciente, impulsivo/a, hipersensible, susceptible y apasionado/a. Se encuentra en un constante desequilibrio y conflicto interno, que provoca distintos grados de angustia dependiendo de cada adolescente (Barón, 2000).

Gaete (2015), define la adolescencia como un período del desarrollo situado entre la infancia y la adultez, atravesado por cambios acelerados y de gran magnitud, en donde el individuo alcanza la madurez tanto a nivel psicológico, biológico y social para poder lograr su independencia. Según la autora, tradicionalmente se ha dividido la adolescencia en un patrón progresivo de tres fases: la adolescencia temprana que va desde los 10 a los 13-14 años; la adolescencia media: de los 14-15 a los 16-17 años; y la adolescencia tardía: desde los 17-18 años en adelante.

La adolescencia temprana se relaciona con la pubertad y cambios corporales. Durante la misma, el desarrollo psicológico está caracterizado por el egocentrismo que gradualmente irá dando paso a una visión sociocéntrica (Gaete, 2015).

Al mismo tiempo, esta etapa se caracteriza por emociones lábiles, fluctuaciones en el estado de ánimo y la conducta, dificultad en el control de impulsos, necesidad de privacidad, idealización. En cuanto a la esfera social, los/as adolescentes muestran resistencia a los límites y comienzan a poner a prueba la autoridad. El grupo de

amigos/as adquiere mayor relevancia y comienza a desprenderse de su núcleo familiar (Gaete, 2015).

Hablar de adolescencias, en plural, implica tomar en cuenta la ausencia de un modelo de adolescente universal. Abordar la adolescencia en la actualidad, implica tener en cuenta el contexto cultural, las condiciones económicas, el dinamismo del universo tecnológico, el acceso a las fuentes de información y a la inmediatez en sus respuestas.

Los cambios mediáticos producidos en las últimas décadas han generado transformaciones en la manera en que los/as adolescentes se relacionan con el/la Otro/a y el sentido que le atribuyen a la experiencia de ser joven. Por lo que existe una diversidad de formas de vivir la adolescencia y una pluralidad de adolescentes, cada uno con su experiencia y su historia particular, razón por la cual ha llevado a que hablemos de adolescencias (Morduchowicz, 2013).

3.5 Educación Media Básica

De acuerdo con el artículo 26 de la Ley 18.437, la educación media básica (a cargo de la Dirección General de Educación Secundaria) abarca el ciclo inmediato posterior a la educación primaria. Este ciclo profundizará el desarrollo de las competencias y de los conocimientos adquiridos y promoverá el dominio teórico-práctico de diferentes disciplinas que pueden ser, entre otras, artísticas, humanísticas, biológicas, científicas y tecnológicas.

La educación secundaria tiene como cometido esencial recibir a todos/as los/as jóvenes que han culminado sus estudios primarios para propiciar su proceso personal de desarrollo pleno y su adecuada inserción en la sociedad. Las aulas deben ser espacios de distribución del capital cultural de la sociedad, así como también ambientes de desarrollo de habilidades y destrezas personales y colectivas, donde el/la joven, en vínculo con sus pares y con los/as adultos/as, pueda ir construyendo una ciudadanía responsable en el marco de un sistema de derechos.

En el entendido de que la educación media es un derecho de todas las personas, se propician oportunidades de cursado adaptadas a las características de los colectivos

singulares, a la vez que se ofrecen planes diversos y modalidades educativas flexibles y contextualizadas a las distintas realidades.

4. Problema

Dado que las características propias de esta etapa, el/la adolescente se encuentra en un constante desequilibrio y conflicto interno, que provoca distintos grados de angustia, la médica especialista en adolescentes, Laura Batalla (2017), insta a no confundir la tristeza con la depresión. La primera es un estado natural del ser humano pero que no obstante, hay que estar alerta -afirma la Doctora-, ya que las conductas típicas de la edad se exacerban, existiendo una línea fina entre los comportamientos esperables de los/as adolescentes y los cuadros de depresión.

Considerando el estudio realizado por la Sociedad Uruguaya de Pediatría (2020-2021) en el cual se advirtió que la pandemia en Uruguay produjo alteraciones en la calidad del sueño de niños/as y adolescentes e impactó directamente en la salud mental a través de síntomas de depresión y ansiedad, así como altos porcentajes de irritabilidad y malestar permanente. Y tomando en cuenta los altos porcentajes de abandono escolar en secundaria producido a causa de la depresión en adolescentes en nuestro país, (Cajigas y col., 2010), es que se propone investigar el grado de conocimiento sobre alfabetización en salud mental existente en estudiantes de la educación media básica,

De esta manera, se obtendrá información actualizada sobre que piensan y saben los/as adolescentes escolarizados sobre la identificación de síntomas de sufrimiento psíquico, información que podría aportar a promover prácticas de acciones que colaboren con su bienestar físico y mental, de escaso desarrollo en los centros educativos.

5. Preguntas de investigación

Las preguntas que guiarán la investigación son las siguientes: ¿Qué conocimientos tienen los/as adolescentes participantes de la investigación, sobre el concepto de salud mental?, ¿Qué piensan y saben sobre la alfabetización en salud mental?, ¿Identifican acciones referentes a la alfabetización en salud mental, dentro del centro educativo al que pertenecen? ¿Cuáles?, ¿Creen tener habilidades para crear entornos y condiciones de vida que propicien la salud mental y ayuden a sus compañeros/as a

adoptar y mantener modos de vida saludables? ¿Cuáles?, ¿Consideran de ayuda la implementación de un programa de alfabetización en salud mental en el liceo al que concurren? ¿por qué?, ¿participarán si lo hubiera?.

6. Objetivos

6.1. Objetivo General

Indagar si la alfabetización en salud mental, es percibida, por los/as adolescentes que cursan educación media, como un instrumento posible para la promoción de bienestar físico y mental.

6.2. Objetivos específicos

- Describir y categorizar el conocimiento sobre salud mental, en adolescentes que cursan educación media básica de la educación pública.
- Explorar acerca de la identificación de acciones institucionales sobre alfabetización en salud mental.
- Indagar la autopercepción de los/as adolescentes con respecto a sus habilidades sobre prevención y promoción de la salud mental.
- Identificar la necesidad formativa en salud mental que presentan los/as adolescentes.

7. Metodología

Dadas las características del problema de investigación y los objetivos planteados, el diseño metodológico será de corte cualitativo ya que se pretende recopilar y analizar datos para comprender los conceptos, opiniones, así como las experiencias vividas, emociones y/o comportamientos, de los/as adolescentes, respecto a la alfabetización en salud mental.

Según Vasilachis (2006) la investigación cualitativa se enfoca en las vivencias de las personas, sus historias y comportamientos, las experiencias subjetivas y sentidos que se desarrollan en un contexto determinado, es decir, a partir de una interpretación situada de los mismos. Se trata de un diseño flexible, que permite contemplar el

surgimiento de situaciones nuevas o inesperadas que puedan generar cambios en las preguntas o instrumentos elegidos.

La investigación será de carácter exploratorio, con la utilización de una muestra aleatoria, no probabilística. Se trabajará con grupos focales. “El propósito principal del grupo focal es hacer que surjan actitudes, sentimientos, creencias, experiencias y reacciones en los participantes” (Escobar y Bonilla, 2009, p.52).

Se escoge esta técnica como vía para acceder a los esquemas de apreciaciones, sobre experiencias subjetivas y prácticas, con el fin de identificar diferencias, controversias y similitudes respecto a los modos de operar en relación a la alfabetización en salud mental, en el tránsito por el proceso institucional. Los grupos focales de discusión permiten obtener una multiplicidad de miradas y procesos emocionales en el contexto del grupo (Gibb, 1997).

El/la investigador/a asumirá, dentro del grupo focal conformado, el rol de moderar, escuchar, observar y analizar los datos. Según Ibáñez (1979, citado en Valles, 1999, p. 320), el/a moderador/a se debe encargar de poner el tema sobre la mesa, estimular y provocar intercambio entre los/as adolescentes.

Durante el desarrollo de los grupos focales, se considerará la aplicación de una entrevista semiestructurada, previamente elaborada. Oficiando como guía de preguntas, que serán agrupadas por categorías según las distintas dimensiones que se pretenden abordar. Como señalan Batthyány y Cabrera (2011) la técnica de la entrevista se incluye dentro de las técnicas conversacionales. Esta busca privilegiar los discursos de los/as entrevistados/as para conocer su perspectiva acerca de lo que se busca investigar. La entrevista semiestructurada articulada al grupo focal como elemento de apertura al diálogo y la conversación, se ubica como excusa para desatar la tertulia investigativa y permite enrutar las conversaciones sin perder el foco investigativo.

La entrevista semiestructurada se caracteriza por ser flexible, posibilita al entrevistador a elegir el orden y la formulación de las preguntas, así como profundizar o no en los temas que vayan surgiendo por parte del entrevistado (Corbetta, 2007).

Se pretende guardar registro de los datos obtenidos mediante grabaciones digitales y se utilizará un cuaderno de campo que constituirá un importante insumo de planificación, sistematización y análisis que será consultado y revisado en forma permanente por el/la investigador/a.

Se incluirán en este cuaderno, los datos y las impresiones de la investigadora. Se registrará información acerca de aspectos contextuales de los encuentros y las distintas impresiones de ésta, prestando especial atención de su implicación en el proceso. Al decir de Antar Martínez (2013), a través del involucramiento, se rompe con la relación de exterioridad desde donde se actúa. Desde esta posición de implicación, la investigadora no será una agente externo, que desde la distancia intervendrá en una problemática que le es ajena, sino que por el contrario, se pensará como parte de la situación-problema o del escenario social sobre el cual se quiere incidir; introducirse en un campo-tema (Spink, 2005; 2008), reflejando a través de las notas, sus sentires e impresiones.

7.1. Muestra

Se aspira a obtener una muestra aleatoria de aproximadamente 30 adolescentes de edades comprendidas entre los 14 y 15 años, de ambos sexos, escolarizados al momento del estudio, cursando tercer año del ciclo básico de enseñanza media, en tres instituciones públicas del turno matutino del Municipio B, de la capital del país.

Será una muestra no probabilística, de tipo intencional. En las muestras no probabilísticas, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador (Hernández, Fernández y Baptista, 2006, p.262).

Según datos brindados (2022) por los/as funcionarios/as administrativos/as de los tres liceos seleccionados, acerca del número de estudiantes que concurren al ciclo básico, surge que la totalidad es de aproximadamente 1.360 alumnos/as, de los cuales 256 pertenecen a los terceros años del turno matutino, turno en el cual se encuentran concentrados la mayor asistencia de estudiantes (F, M, V.Veglio, comunicación personal, 8 de abril de 2022).

El Municipio B es uno de los ocho municipios en los que se encuentra administrativamente dividido el departamento de Montevideo. Comprende las siguientes zonas: Cordón, Parque Rodó, Palermo, Barrio Sur, Ciudad Vieja, parte de Aguada, La Comercial y Tres Cruces.

La muestra se seleccionará en dicha zona de la capital, tomando los siguientes criterios:

- Que los liceos seleccionados no posean ninguna opción de Educación Media Superior. Los/as adolescentes de estos liceos, deben migrar a otra institución para finalizar sus estudios de educación secundaria. Al momento de cambiarse de Centro educativo podrían convertirse en agentes de cambio ya que al participar de la investigación, habrán reflexionado sobre los tópicos abordados. Esto genera la posibilidad que trasladen su proceso de aprendizaje compartido, a la nueva institución educativa, tanto a sus compañeros/as como a los/as demás integrantes institucionales. Estarán en condiciones de implementar acciones desde una nueva perspectiva en donde integren la alfabetización en salud mental adquirida.
- Que sus edades sean similares, ya que permite centrarse en el tema a investigar y resaltar situaciones, procesos y/o episodios de ese grupo social.
- Límites geográficos de los barrios. Se tomarán centros de enseñanza públicos ubicados en el límite de la zona Aguada - Cordón, Cordón- Centro y Cordón - Parque Rodó. Los liceos seleccionados deberán compartir una cercanía barrial, a fin de observar la similitud o diferencias presentadas en los discursos de los/as adolescentes, según las experiencias vividas en su entorno diario.
- Historicidad que posee el Municipio B, en la promoción de instancias de participación ciudadana con adolescentes. Desde hace 10 años, con el fin que niños/as y adolescentes, sean protagonistas y constructores de su comunidad, se desarrollan en los distintos barrios del Municipio, diversas actividades dando participación a los/as jóvenes (Municipio B, 2022).

7.2. Instrumentos

- El formato de entrevista a realizar en los grupos focales será de tipo semiestructurada. Integrada por un total de 15 preguntas, agrupadas en 3 categorías. La primera dimensión indagará el conocimiento que tienen sobre salud mental los/as adolescentes que cursan educación media básica en educación pública, la siguiente corresponde a la percepción de estos/as adolescentes con respecto a sus habilidades de prevención y promoción de la salud mental, y la última categoría, indagará acerca de las acciones institucionales sobre salud mental que identifican los/as adolescentes y la necesidad formativa en salud mental que presentan los mismos.

Según Ibáñez (1979, citado en Valles, 1999), el moderador se debe encargar de poner el tema sobre la mesa, estimular y provocar intercambio entre los/as adolescentes.

- En el proceso de trabajo realizado en los grupos focales, se utilizará la observación participante, la que se registrará en un cuaderno de campo a fin de complementar los datos recabados. Taylor y Bogdan (1992) expresan que “las notas de campo deben incluir descripciones de personas, acontecimientos y conversaciones, tanto como las acciones, sentimientos, intuiciones o hipótesis de trabajo del observador” (p.74).

Patton (1990) propone algunas directrices para llevar adelante las notas de campo:

- Ser descriptivo.
- Recoger variedad de información de las distintas intervenciones.
- Utilizar citas y relatos textuales de los participantes.
- Tener en cuenta que las perspectivas de los participantes pueden ser acotadas.
- Diferenciar con claridad descripciones, interpretaciones y juicios de valor (propios y ajenos).
- Incluir experiencias y reflexiones propias en las notas de campo.

-Se utilizará un dispositivo electrónico formato mp3 para el registro de los intercambios en los grupos focales y una cámara fílmica y/o fotográfica para el registro digital.

7.3. Procedimiento

Se aspira realizar el mismo procedimiento en los tres liceos seleccionados. Cualquier variación que aconteciera, se anunciará en el informe final, a los efectos de integrar las modificaciones en el análisis de los datos.

1. Se presentará la investigación a la Dirección de los liceos seleccionados, detallando el tema de investigación y su importancia. Se les proporcionará toda la información pertinente y se evacuarán dudas.
2. Se presentará la investigación a los/as docentes del ciclo básico de los turnos matutinos procurando sensibilizarlos sobre la temática.

3. Se presentará la investigación a los/as estudiantes que se encuentren cursando tercer año liceal. Se los/as convocará a participar de la misma, informando día y hora que funcionará el grupo focal en su Centro de estudio.

Se les les informará sobre:

- el método del procedimiento;
- el consentimiento informado, especialmente el anonimato, la confidencialidad,
- el carácter voluntario y la libertad que tienen los/as de retirarse del estudio en cualquier momento, sin perjuicio alguno.

Se aspira que cada grupo focal, esté conformado por un mínimo de 6 participantes. Según Valles (1999), esta técnica exige reunir de 6 a 10 personas en el mismo lugar al mismo tiempo “los grupos numerosos no son recomendables por la tendencia a formar subgrupos y a las intervenciones superpuestas” (p.304).

El tiempo de duración de cada grupo focal tendrá una duración de entre 45 y 50 minutos, atendiendo a los intereses y/o a la atención de los/as adolescentes colocados en el tema durante la sesión.

Al inicio, se presentará la moderadora, se les solicitará a los/as adolescentes su colaboración y la mayor seriedad posible ante la propuesta planteada en esta investigación. Se solicitará también el respeto a las intervenciones de los/as integrantes del grupo, hablando fuerte y una persona por vez.

Cada participante se presentará con su nombre y edad. La sesión comenzará con una pregunta que operará como disparador de la discusión. La guía de preguntas se utilizará solamente si durante el desarrollo del grupo focal, la información para conocer sus ideas, percepciones y conocimientos sobre el tema de la investigación, no se coloca en el diálogo espontáneo.

Al finalizar la sesión, se invitará a los/as adolescentes, a evacuar cualquier duda con respecto al grupo focal instrumentado, su sentido y pertinencia. Asimismo se realizará una breve síntesis de lo intercambiado.

4. Se acordará con el Centro educativo, un día y horario previo al grupo focal para recordar la convocatoria y levantar datos de quienes deseen participar. En caso que excedan numéricamente lo estipulado para trabajar, se generará un segundo grupo focal, acordando nuevo día y hora con la Dirección del liceo.

A los/as adolescentes interesados/as, se les entregará un consentimiento informado por escrito, que deberán firmar cada uno/a de ellos/as. El mismo documento también será firmado por el/a adulto/a mayor responsable (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

Se verificará que los participantes presenten dicho documento antes del ingreso a los grupos focales.

5. Se realizará el grupo focal en el día y hora acordado.
6. Se transcribirán los datos recogidos en los grupos focales.
7. Se analizarán los datos obtenidos para darle significado y comprensión al problema de investigación.
8. Se elaborará un informe final que dé cuenta de los resultados de la investigación, el cual se entregará a las Direcciones y docentes de cada institución.
9. Se informará de los resultados obtenidos a los/as adolescentes que participaron en la investigación.
10. Difusión de resultados en portales y revistas académicas con el fin de democratizar el conocimiento. Para contribuir a informar los resultados, se aspira poder darles difusión académica.

7.4 Análisis de la información

Al finalizar el trabajo con los grupos focales, se realizará el análisis de los datos recogidos en los grupos focales, grabados y transcritos, integrando las notas e impresiones recogidas en el cuaderno de campo.

El análisis del contenido se realizará partiendo de datos textuales, tratando de descomponer el corpus en unidades para proceder posteriormente a su agrupamiento

en categorías siguiendo el criterio de analogía, es decir considerando las similitudes o semejanzas que existan en función de criterios preestablecidos.

Para ello se utilizará un software específico: Atlas.ti.

Se aspira dividir el proceso de análisis en tres fases interrelacionadas: i) la reducción de los datos obtenidos, mediante categorización y codificación; ii) el análisis descriptivo, que se define como el proceso de significación de los datos obtenidos ya reducidos; y por último la interpretación que consiste en integrar la información cualitativa obtenida del estudio con conceptos y teorías ya desarrolladas (Mejía, 2011). Se procederá a realizar el análisis y el informe sin perder de vista los objetivos de la investigación; se transcriben los discursos de cada reunión; así como se recopilará lo descrito en el cuaderno de campo, ordenando así la información. En lo antedicho se considerará el discurso general del grupo y los discursos particulares.

Posteriormente se elaborará un informe con los resultados obtenidos, a fin de ser presentado ante los/as adolescentes que intervinieron en la investigación, así como a docentes y autoridades del liceo de cada institución.

Se realizará la difusión académica de los resultados, a través de publicaciones en revistas científicas, previamente seleccionadas teniendo en cuenta las temáticas abordadas por las mismas y la relevancia del artículo científico elaborado.

8. Cronograma de ejecución

ACTIVIDADES	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<i>Revisión y profundización teórica</i>												
<i>Elaboración preliminar de los instrumentos para el trabajo de campo: elaboración de consentimientos y asentimientos informados, entrevista semiestructurada y posibles ejes de análisis para grupos</i>												

<i>focales</i>													
<i>Presentación de investigación ante autoridades y docentes del liceo</i>													
<i>Convocatoria e identificación de los/as adolescentes que participaran del estudio</i>													
<i>Realización de grupos focales</i>													
<i>Desgrabación y transcripción de la información</i>													
<i>Análisis de datos obtenidos</i>													
<i>Elaboración de informe final para la dirección y adolescentes de los liceos</i>													
<i>Intercambio de resultados con direcciones y/o docentes de los liceos</i>													
<i>Intercambio de resultados con los/as adolescentes</i>													
<i>Difusión de resultados en portales y revistas académicas</i>													

9. Consideraciones éticas

El presente proyecto se regirá por el marco del Decreto N° 379/008 del Ministerio de Salud Pública (MSP) que garantiza desde la bioética, la preservación de la dignidad y los derechos humanos de los sujetos que participen de la investigación y se solicitará el aval al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología de la

Universidad de la República (UDELAR). Así como también se ajustará a los principios dictados por el Código de Ética Profesional del Psicólogo del 2001.

Para llevar a cabo la investigación, se solicitará al equipo de Dirección de los Centros Educativos seleccionados, la firma de un consentimiento informado que deje explícito su voluntad de integrar la investigación. A los/as adolescentes participantes, por tratarse de menores de edad, se solicitará la firma de un asentimiento informado. El mismo será realizado en lenguaje claro y accesible, incluyendo explicación completa y detallada sobre investigación, sus objetivos, métodos, procedimiento, beneficios y/o incomodidades, garantía de información y duración de su participación. Se solicitará la integración de la firma de un/a adulto referente.

Se explicará que la participación en la investigación será completamente voluntaria, que si en el transcurso de la investigación no desean continuar participando, pueden dejar de hacerlo de forma inmediata sin que la decisión tenga ningún tipo de consecuencia. Se asegurará la confidencialidad y la privacidad, así como también la no estigmatización.

Los datos obtenidos serán utilizados exclusivamente para los objetivos de la investigación, estos podrán ser grabados y/o filmados (previo consentimiento de los/as participantes) para su posterior análisis y codificaciones, Esta información será de acceso restringido exclusivamente de la investigadora.

Se tendrá presente el artículo 67 del Código de Ética Profesional del Psicólogo (2001), si se evalúan posibles efectos negativos, es decir, que se detecte o entienda que algún participante necesite algún tipo de apoyo psicológico o emocional, se procederá a derivar al/a adolescente al prestador de salud que corresponda como medidas de atención y reducción del eventual daño, habiendo tomado contacto previamente con los/as profesionales encargados del mismo.

10. Resultados esperados

El presente proyecto busca visibilizar la relevancia de la alfabetización en salud mental en los/as adolescentes que cursan la educación media básica de la enseñanza pública.

Se aspira lograr un acercamiento a las experiencias, percepciones y creencias de los/as adolescentes en relación de la salud mental y las acciones que en sus Centros se desarrollan al respecto.

Se buscará generar conocimientos sobre prevención y promoción en salud mental en los/as adolescentes.

Se pretende identificar la necesidad formativa en salud mental que presentan los/as adolescentes

Se espera generar insumos que aporten a la implementación de un programa de alfabetización en salud mental, en la currícula del plan de estudios de la educación media básica en Uruguay.

Citas Bibliográficas

Acosta, L. (1999) *Consideraciones sobre la historia del Servicio Social*. Revista Temas de Trabajo Social. Equipo de trabajo del Ciclo Básico. Facultad de Ciencias Sociales. Editorial Mimeo. Montevideo.

Acuña, R. (2004) *Servicio de emergencia del Hospital Vilardebó*. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 68 N°2. Montevideo, diciembre. Recuperado de <http://spu.org.uy/>

Amico, L. (2005). *La institucionalización de la locura: la intervención del Trabajo Social en alternativas de atención*. Editorial Espacio. Buenos Aires.

Arduino, M y Ginés. A. (2002). *Noventa años de la Colonia Etchepare*. Rev Psiquiatr Uruguay 2002; 66 (2):119-127

Atkins M, Hoagwood K, Kutash K, Seidman E. *Hacia la integración de la educación y la salud mental en las escuelas*. Adm Policy Ment Health. 2010, 37 (1–2): 40-47. 10.1007/s10488-010-0299-7.

Bang, C. (2018) *Promoción de Salud Mental y prácticas participativas de arte, creatividad y juego: un estudio de caso*. Revista Salud Mental y Comunidad, N°5, 36-54. Recuperado de https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/825_rol_psicologo/material/descargas/unidad_1/obligatoria/bang_salud_mental.pdf

Barkley, R. A. & Murphy, K. R. (2005). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Clinical Workbook*, Volumen 2. New York: The Guilford Press

Barón, O. (2000). *Adolescencia y Suicidio*. Psicología desde el Caribe, (6), 48-69. Recuperado de <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/765/9446>

Batalla, L. (2017) *Depresión adolescente: expertos advierten sobre peligro del aislamiento*. El Observador. Recuperado de <https://www.elobservador.com.uy/nota/depresion-adolescente-expertos-advierten-sobre-el-peligro-del-aislamiento-2017312500>

Batthyány, K. y Cabrera, M. (2011) *Metodología de la investigación en Ciencias Sociales*. Montevideo: Universidad de la República.

Bespali, Y.; De Pena, M. (2000) *La evolución de los derechos de los enfermos psiquiátricos en Uruguay*. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 64 N°3. Montevideo, diciembre. Recuperado de <http://spu.org.uy/>

Castel, R. (1981). *Los crímenes de la paz*. Capítulo: *La contradicción psiquiátrica*. México

Casarotti, H.; Pereira, T. (2000) Ley 9581 de Asistencia de Psicópatas de 1936. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Volumen 64 N° 2. Montevideo

Corbeta, P. (2007) *Metodología y Técnicas de Investigación Social*. Mc GRAW-HILL/INTERAMERICANA de España, S.A.U. Madrid

Cajigas-Segredo, N, Kahan, E., Luzardo, M., Ugo, MC. (2010) *Depresión en estudiantes de Enseñanza Media Pública, Severidad, Género y Edad*. Ciencias Psicológicas, 4(2),149-163. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212010000200003&lng=es&tlng=es

Código de Ética Profesional del Psicólogo/a (2001). Comisión de Ética Profesional: Coordinadora de Psicólogos del Uruguay - Sociedad de Psicología del Uruguay - Facultad de Psicología (Udelar) - Facultad de Psicología (UCU). Montevideo.

De León, M. y Cols (2021) *Estudio correlativo del sueño y los estados de depresión y ansiedad de niños y adolescentes en Uruguay durante la pandemia de Covid-19*. Sociedad Uruguaya de Pediatría. Recuperado de <https://ladiaria.com.uy/salud/articulo/2021/8/la-pandemia-provovo-alteraciones-en-la-calidad-del-sueño-y-sintomas-de-depresion-y-ansiedad-en-ninos-y-adolescentes-segun-un-estudio-de-la-sociedad-de-pediatria/?display=amp>

Escobar, J., Bonilla, F. (2009). *Grupos focales: Una guía conceptual y metodológica*. Cuadernos hispanoamericanos de psicología , 9(1), 51-67. Recuperado de https://palenque-deegoya.webnode.es/_files/200000286-47b1249946/Grupo%20focal.pdf

Fallon Romero, M., Luna Ruíz-Cabello, A. (2012). *Alfabetización en salud; concepto y dimensiones*. Proyecto europeo de alfabetización en salud. Revista de Comunicación y Salud, 2(2), 91-98.

Gaete, V. (2015). *Desarrollo psicosocial del adolescente*. Revista chilena de pediatría, 86(6), 436-443. <https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>

Galende, E. (1990) *Psicoanálisis y salud mental: para una crítica de la razón psiquiátrica*. Paidós. Buenos Aires.

Gibb, A. (1997). *Grupo de enfoque*. Departamento Social de Medicina. Bristol: Universidad de Bristol.

Goffman, E. (1984) *Internados: Ensayos sobre situación social de los enfermos mentales*. Editorial Paidós. Buenos Aires.

Guzmán, C., Saucedo, C. (2015) *Experiencias, vivencias y sentidos en torno a la escuela y a los estudios..* Abordajes desde las perspectivas de alumnos y estudiantes. Revista Mexicana de Investigación Educativa, 20 (67), 1019-1054. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14042022002>

Hernández, C.; Fernández, C. y Baptista, P. (1998). *Metodología de la investigación*. Colombia: McGraw-Hill.

Hernández, R. Fernández, C, y Baptista, P. (2006) *Metodología de la Investigación*. México: Interamericana

Irrazábal. E., (2016) *Orígenes de la Psicología en el Uruguay*. Historias universitarias. Recuperado de <http://www.psico.edu.uy/institucional/historia>

Jorm, A.F., Korten, A.E., Jacomb, P.A., Christensen, H., Rodgers, B., Pollitt, P. (1997). *Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment*. The Medical Journal of Australia, 166(4), 182-186

Jorm, A. F. (2000). *Mental health literacy*. The British Journal of Psychiatry, 177(5), 396-401.

Loureiro, L.M., Jorm, A.F., Mendes, A.C., Santos, J.C., Ferreira, R.O., & Pedreiro, A.T. (2013). *Mental health literacy about depression: a survey of portuguese youth*. BMC Psychiatry, 13. Recuperado de <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-13-129>

Martínez, G, A. (2013) *Cambiar metáforas en la Psicología Social de la Acción Pública: de Intervenir a Involucrarse*. Athenea Digital, 14(1), 3-28 recuperado de <http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenead/v14n1.793>

Mcluckie, A., Kutcher, S., Wei, Y. et al. *Mejoras sostenidas en la alfabetización en salud mental de los estudiantes con el uso de un plan de estudios de salud mental en las escuelas canadienses*. BMC Psiquiatría 14, 379 (2014). <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0379-4>

Mejía Navarrete, J.V. (2011). *Problemas centrales del análisis de datos cualitativos*. Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social, 1(1), 47-60. Recuperado de <http://relmis.com.ar/ojs/index.php/relmis/article/view/11/13>

Morduchowicz, R. (2013) *Los adolescentes del siglo XXI*. S.L. Fondo de cultura económica. Buenos Aires.

Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemul

Nutbeam, D., Kickbusch, I. (2000). *Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century*. Health Promotion International, 15(3), 183-184

Olivari, C., Casañas, R. (2020) *Relevancia de la Alfabetización en Salud Mental para Adolescentes en tiempos del COVID-19*. Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology 2020, Vol. 14 N°3 20-26

Organización Mundial de la Salud (2018) *Los jóvenes y la salud mental en transformación*. Recuperado de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14710:world-mental-health-day-2018&Itemid=42091&lang=es

Organización Mundial de la Salud (2013) *Salud Mental: Fortalecer nuestra respuesta*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Patton, M. (1990). *Evaluación cualitativa y métodos de investigación*. Revista Internacional de Gestión de la Información 169-186. Recuperado de https://www.academia.edu/28766598/Qualitative_evaluation_and_research_methods

Presidencia de la República (2008). Decreto 379/008. Apruébese el Proyecto elaborado por la Comisión de Bioética y Calidad de Atención, dependiente de la Dirección General de la Salud, del Ministerio de Salud Pública, vinculado a la Investigación en Seres Humanos. Ministerio de Salud Pública. Recuperado de http://archivo.presidencia.gub.uy/_web/decretos/2008/08/CM515_26%2006%202008_00001.PDF

Rivera-Flores, Gladys Wilma. (2013). *Etiología del trastorno por déficit de atención e hiperactividad y características asociadas en la infancia y niñez*. Acta de investigación psicológica, 3(2), 1079-1091. Recuperado en 20 de febrero de 2022. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-48322013000200003&lng=es&tlng=es

Sánchez, L.; Arboleda, J.; Cardona, A.; Córdoba, S.; Ibáñez, M; Pérez, I.; Ruiz, A.; Vallejo, A. (S/f) *Experiencias de estigma en personas con enfermedad mental y su impacto en la autoestima en Colombia*. Universidad del Rosario, Bogotá. Recuperado de

<https://psicologiaexperimental.files.wordpress.com/2011/03/experiencias-de-estigma-en-personas-con-enfermedad-mental-y-su-impacto-en-la-autoestima-en-colombia.pdf>

Setaro, M. (2010) *Reforma del Estado y políticas públicas de la Administración Vázquez: acumulaciones, conflictos y desafíos*. Capítulo: *La creación del Sistema Integrado de Salud y el nuevo Estado para la performance*. Editorial Fin de Siglo. Montevideo.

Simonds, S. K. (1974). *La educación para la salud como política social*. Monografías de educación para la salud, 2(1_suppl), 1–10. <https://doi.org/10.1177/10901981740020S102>

Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., ... (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project . (2012). *Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models*. BMC Public Health, 12(80). <http://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

Spink, Peter (2005). *Replanteando la investigación de campo: relatos y lugares*. Athenea Digital, 8. Recuperado de <http://atheneadigital.net/article/view/239/239>

Spink, Peter (2008). O pesquisador conversador no cotidiano. *Psicologia e sociedade*, 20(1), 70-77. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822008000400010>

Taylor, S, J. Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos en investigación: La búsqueda de significados* . Madrid: Paidós.

Techera A. y Apud, I. (2013). *Políticas de Salud Mental en Uruguay*. En De León, N., *Salud mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las Políticas Públicas en Salud Mental* (p.28). Montevideo: Psicolibros Waslala.

UNICEF (2021) *En mi mente: promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*. Recuperado de <https://www.unicef.es/publicacion/estado-mundial-infancia-salud-mental>

Valles, M. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.

Vasilachis, I. (2006) *Estrategias de Investigación Cualitativa*. Gedisa. Barcelona-España

Ley N° 9.581 Psicópatas. Poder Legislativo, República Oriental del Uruguay. Montevideo, 24 de agosto de 1936. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/9581-1936>

Ley N° 15.737 *Convención Americana sobre Derechos Humanos, 1969 - Pacto de San José de Costa Rica.*, 8 de marzo de 1985. Recuperado de https://pmb.parlamento.gub.uy/pmb/opac_css/index.php?lvl=categ_see&id=18777

Ley N° 18.211 Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Poder Legislativo, República Oriental del Uruguay, 5 de diciembre de 2007. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/61>

Ley N° 18437 Ley General de Educación. Recuperado de <https://www.ces.edu.uy/index.php/acerca-del-ces>

Ley N° 19.529. Ley de Salud Mental. Poder Legislativo, República Oriental de Uruguay. Montevideo, 24 de agosto de 2017. Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017/37>

Ministerio de Salud Pública (1986) Programa Nacional de Salud Mental. Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/>

Municipio B. (2022). Intendencia Municipal de Montevideo. Trabajos en Red. Red de Infancias y Adolescencias. Recuperado de <https://municipiob.montevideo.gub.uy/participacion/redes/red-de-infancia-y-adolescencia>