







Salud mental y atención a adolescentes que estudian en escuelas rurales

Saúde mental e cuidado de adolescentes que estudam em escolas rurais

Mental health and care for adolescents attending rural schools

Francieli Franco Soster^I ; Andressa da Silveira^I ; Leila Mariza Hildebrandt^I 
Keity Laís Siepmann Soccol^{II} ; Fernanda Beheregaray Cabral^I ; Zaira Letícia Tisott^{III} 

^IUniversidade Federal de Santa Maria. Palmeira das Missões, RS, Brasil; ^{II}Universidade Franciscana. Santa Maria, RS, Brasil;

^{III}Instituto Federal Farroupilha. Santo Ângelo, RS, Brasil

RESUMEN

Objetivo: comprender las demandas de salud y cuidado de adolescentes que estudian en escuelas rurales. **Método:** estudio cualitativo descriptivo-exploratorio. La recopilación de datos se llevó a cabo en 2023, en siete escuelas municipales ubicadas en la región noroeste del sur de Brasil, mediante entrevistas semiestructuradas con adolescentes de zonas rurales, inscriptos en las escuelas participantes. Las declaraciones se transcribieron íntegramente y se sometieron a análisis temático inductivo. Se siguieron los preceptos éticos de la investigación con seres humanos. **Resultados:** participaron 27 adolescentes, con demandas de salud mental relacionadas con ansiedad, autolesiones, suicidio, estrés mental debido al duelo, acoso escolar y reducción de actividades de ocio. **Consideraciones finales:** las demandas de salud y cuidado de los adolescentes que estudian en escuelas rurales están relacionadas con la salud mental, principalmente vinculadas a episodios de ansiedad, autolesiones, intentos de suicidio y *bullying*. Se observa que estas demandas pueden intensificarse cuando los adolescentes experimentan duelo, desintegración familiar y problemas de convivencia escolar.

Descriptor: Enfermería; Salud del Adolescente; Servicios de Salud Escolar; Medio Rural.

RESUMO

Objetivo: conhecer as demandas de saúde e cuidados de adolescentes que estudam em escolas rurais. **Método:** estudo qualitativo descriptivo-exploratório. Dados foram coletados em 2023, em sete escolas municipais localizadas na região Noroeste do Sul do Brasil, por meio de entrevista semiestructurada com adolescentes da zona rural, matriculados em escolas participantes. As enunciações foram transcritas na íntegra e submetidas à análise temática indutiva. Seguidos os preceitos éticos de pesquisas com seres humanos. **Resultados:** participaram 27 adolescentes, com demandas de saúde mental relacionadas à ansiedade, lesão autoprovocada, suicídio, sofrimento mental devido ao luto, bullying e a redução das atividades de lazer. **Cosiderações finais:** as demandas de saúde e cuidados de adolescentes que estudam em escolas rurais relacionam-se à saúde mental, principalmente vinculados aos episódios de ansiedade, lesão autoprovocada, tentativa de suicídio e bullying. Observa-se que essas demandas podem estar intensificadas quando os adolescentes vivenciam o luto, a desestrutura familiar e problemas de convivência na escola. **Descritores:** Enfermagem; Saúde do Adolescente; Promoção da Saúde em Ambiente Escolar; Zona Rural.

ABSTRACT

Objective: to know the health and care requirements in the case of adolescents attending rural schools. **Method:** a qualitative, descriptive and exploratory study. The data were collected in 2023 by means of semi-structured interviews with adolescents living in the rural area and enrolled in seven participating municipal schools located in the Northwest region from southern Brazil. The statements were transcribed in full and subjected to inductive thematic analysis. All ethical precepts involving research studies with human beings were followed. **Results:** the participants were 27 adolescents with mental health requirements related to anxiety, self-inflicted injuries, suicide, mental distress due to grief, bullying and fewer leisure activities. **Final considerations:** the health and care requirements in the case of adolescents attending rural schools are related to mental health, mainly linked to episodes of anxiety, self-inflicted injuries, attempted suicide and bullying. It is noticed that these requirements can be intensified when the adolescents are grieving or undergoing family de-structuring and coexistence problems at school.

Descriptors: Nursing; Adolescent Health; School Health Services; Rural Areas.

INTRODUCCIÓN

El proceso de convertirse en adolescente implica una complejidad de experiencias diversas, las cuales están influenciadas por características individuales, socioculturales, de género, de clase social y de región geográfica. Para definir el período de la adolescencia, se utiliza con frecuencia el criterio cronológico con el objetivo de identificar parámetros para la investigación epidemiológica y el desarrollo de políticas públicas¹. En vista de esto, la creación del Estatuto del Niño y del Adolescente (*Estatuto da Criança e do Adolescente*, ECA) se destaca como un hito legal en Brasil, que caracteriza a la población de hasta 12 años como niños y de 12 a 18 años como adolescentes².

Sin embargo, el umbral temporal utilizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el período comprendido entre los diez y los 19 años, 11 meses y 29 días, criterio también adoptado por el Ministerio de Salud (MS) de Brasil³. La delimitación de la adolescencia se relaciona con criterios cronológicos, físicos, sociales y culturales, y este es un período marcado por un proceso complejo de crecimiento y desarrollo. Los adolescentes son sujetos que participan en un proceso histórico y social, por lo que es importante comprender las singularidades de salud de esta población. Cabe señalar que al considerar la salud adolescente es necesario analizar las diferentes formas de vivir la adolescencia, así como repensar las prácticas de salud y educación sanitaria que se dirigen a esta importante porción de la sociedad⁴.

La población adolescente presenta demandas de salud específicas y complejas, que requieren intervenciones centradas en la atención integral. Entre las principales demandas de salud identificadas en la población adolescente, cabe destacar la práctica de sexo seguro, la salud mental y el consumo de alcohol y otras drogas⁵. Estudios⁶⁻⁸ destacan la susceptibilidad de los adolescentes al desarrollo de problemas de salud relacionados con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), infecciones de transmisión sexual (ITS), pobreza, violencia, abuso de drogas, embarazo adolescente, homicidio, así como la privación de la vida familiar y comunitaria. Los hallazgos de un estudio realizado en Maranhão con adolescentes revelaron un patrón de consumo nocivo y excesivo de alcohol, uso de drogas ilícitas y riesgo de suicidio⁹.

Desde esta perspectiva, comprender las demandas de salud de la población adolescente es esencial para planificar e implementar acciones de promoción de la salud, centradas en el individuo y sus contextos sociales y ambientales, con miras a una atención integral¹⁰. Sin embargo, las acciones de salud dirigidas a adolescentes enfrentan obstáculos en las zonas rurales, principalmente debido al acceso limitado y condiciones deficitarias de infraestructura, como carreteras y transporte, que comprometen la prestación de servicios de calidad¹¹. Los territorios rurales tienen particularidades en su organización y funcionamiento, y la distinción entre lo urbano y lo rural, antes percibida como rígida, en realidad representa un proceso dinámico de interconexiones y superposiciones. El espacio urbano no termina donde comienza el espacio rural; ambos coexisten y se entrelazan en múltiples escalas y conforman patrones de ocupación y uso del suelo que reflejan dinámicas sociales, económicas y culturales¹².

Este fenómeno puede entenderse como un continuo en el que las características urbanas y rurales se entrelazan y transforman, configurando territorios híbridos que trascienden la dicotomía simplista entre campo y ciudad. Esta interacción da lugar a nuevas formas de organización espacial y prácticas socioculturales emergentes, que desafían las clasificaciones tradicionales y exigen un enfoque analítico sensible a la complejidad y diversidad de los territorios contemporáneos. Desde esta perspectiva, el espacio rural ya no se concibe simplemente como un lugar de producción material, sino que también asume el papel de productor de valores, significados y prácticas socioterritoriales relevantes¹³.

Diversos autores han analizado el surgimiento de las llamadas "nuevas ruralidades", un proceso de resignificación de los espacios rurales que incorpora dinámicas multifacéticas, a menudo articuladas con las áreas urbanas. Dichas dinámicas incluyen la expansión de las actividades no agrícolas, la intensificación de la mecanización, el crecimiento de las pluriactividades, la valorización del sector terciario, el fortalecimiento de flujos y redes, así como la revalorización de la biodiversidad y las raíces culturales locales, lo que demuestra la interdependencia entre los espacios urbanos y rurales^{14,15}. En este contexto, es fundamental comprender las especificidades de las zonas rurales para formular e implementar políticas públicas eficaces, especialmente en el ámbito de la salud. Esta comprensión debe considerar los factores culturales, sociales y ambientales que influyen directamente en los procesos de atención y promoción de la salud de la población rural¹¹.

En el caso de los adolescentes que viven en zonas rurales, la promoción de la salud requiere un análisis profundo de las particularidades territoriales y las dinámicas locales, con el fin de desarrollar estrategias de atención que respeten las especificidades de esta población. Para ello, la coordinación intersectorial entre las escuelas y la Estrategia de Salud Familiar (ESF) constituye un eje fundamental en la red de atención y protección social, ya que el entorno escolar se presenta como un espacio privilegiado para el desarrollo de acciones integrales de salud que lleguen eficazmente a la población adolescente¹⁶.

Con el objetivo de estructurar y cualificar la acción integrada de la salud y la escuela, se instituyó el Programa Salud en las Escuelas (PSE), mediante el Decreto N.º 6.286 del 5 de diciembre de 2007. Esta política pública tiene como objetivo promover la salud en el ámbito escolar, contribuir al fortalecimiento del vínculo entre salud y educación e incentivar el protagonismo de los adolescentes en favor de su autonomía y autocuidado¹⁷.

Considerando que la adolescencia es una etapa marcada por profundas transformaciones físicas, emocionales y sociales, es fundamental reconocer las especificidades de este período del ciclo vital, así como identificar las demandas de salud que surgen en este contexto. Esta comprensión es fundamental para sustentar la planificación de acciones que promuevan el desarrollo saludable e integral de este grupo poblacional⁵. Ante este panorama, surge la siguiente pregunta de investigación: "¿Cuáles son las demandas de salud y cuidado de los adolescentes que estudian en escuelas rurales?"

Así, el presente estudio tuvo como objetivo comprender las demandas de salud y cuidado de los adolescentes que estudian en escuelas rurales.

MÉTODO

Estudio descriptivo y exploratorio, con enfoque cualitativo, reportado de acuerdo con las directrices de los *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ). La investigación cualitativa busca comprender la realidad a partir de las percepciones, significados y experiencias de los sujetos, considerando la complejidad de los fenómenos sociales y la subjetividad que los atraviesa. Este enfoque establece una relación dialéctica entre los referentes teóricos y la realidad empírica, al priorizar la interpretación de las interacciones y relaciones sociales vividas por los participantes^{18,19}.

El diseño descriptivo permitió una representación y caracterización detallada de la población investigada, lo que brindó sustento al análisis de las particularidades y factores asociados al fenómeno en estudio¹⁸. El enfoque exploratorio resultó apropiado por tratarse de un tema poco abordado en la literatura, lo que permitió una comprensión más profunda del objeto investigado y del fenómeno en su contexto específico¹⁹.

El estudio se realizó en siete escuelas primarias municipales ubicadas en la zona rural de un municipio de la región noroeste del estado de Rio Grande do Sul. Para su realización, se estableció contacto inicial con la Secretaría Municipal de Educación, seguido de una reunión virtual con los equipos directivos de las escuelas, con el fin de presentar los objetivos y la metodología de la investigación.

En el municipio, la población adolescente asciende a 3131 personas. De las siete escuelas participantes, tres estaban incluidas en el PSE. En cuanto al funcionamiento, cinco escuelas operaban a tiempo completo y dos ofrecían educación en los turnos matutino (5.º a 9.º grado) y vespertino (preescolar a 4.º grado), mientras que otras dos ofrecían educación a tiempo completo (preescolar a 5.º grado).

El estudio incluyó a adolescentes de entre 10 y 18 años, con habilidades de comunicación verbal, residentes en zonas rurales e inscriptos regularmente en una de las escuelas participantes. En total, 140 adolescentes cumplieron los criterios de inclusión. Los participantes fueron seleccionados mediante la técnica de muestreo voluntario. El número final de participantes se definió según el criterio de saturación teórica, y la recolección de datos se interrumpió cuando las nuevas entrevistas dejaron de aportar contribuciones relevantes a la comprensión más profunda del fenómeno investigado^{18,19}, por lo que el *corpus* final del estudio estuvo compuesto por 27 adolescentes.

La recolección de datos se llevó a cabo entre abril y octubre de 2023 mediante entrevistas semiestructuradas, basadas en un guion previamente elaborado, compuesto por preguntas de caracterización y 40 preguntas abiertas relacionadas con el tema de estudio. Las entrevistas, programadas con antelación, se llevaron a cabo en un espacio escolar privativo y tuvieron una duración promedio de 45 minutos. Las declaraciones de los adolescentes fueron grabadas en audio y luego transcritas íntegramente en *Microsoft Word*® con identificación mediante códigos alfanuméricos (A1, A2, A3... A27), a fin de garantizar el anonimato de los participantes.

Los hallazgos fueron sometidos a un análisis temático inductivo, que se basa en la identificación, codificación e interpretación de patrones emergentes del material empírico²⁰. El proceso analítico siguió seis etapas: (1) Familiarización con los datos, mediante la lectura y relectura de las transcripciones; (2) Generación de códigos iniciales, atribución de significados a extractos relevantes del *corpus*; (3) Búsqueda de temas, mediante la organización visual y conceptual de los códigos; (4) Revisión de los temas, con análisis de la coherencia interna y distinción entre ellos²⁰; (5) Definición y denominación de los temas, con el objetivo de capturar la esencia de cada unidad temática²⁰; y (6) Producción del informe, con la preparación del análisis final y selección de fragmentos representativos del discurso de los participantes.

El estudio cumplió con los preceptos éticos establecidos por la Resolución N.º 466/2012 del Consejo Nacional de Salud y la Resolución N.º 14.874/2024. Se realizó la presentación ante el Comité de Ética de la Investigación.

RESULTADOS

Veintisiete adolescentes de escuelas rurales, con edades comprendidas entre los diez y los catorce años, participaron en este estudio. De ellos, 15 eran varones y 12 mujeres. Respecto a su raza/color de piel autodeclarado, ocho adolescentes no lo sabían, tres prefirieron no contestar, seis se declararon blancos, uno negro y nueve mestizos.

En cuanto al año escolar, cabe destacar que nueve estudiantes cursaban 6.º grado de primaria. En cuanto al número de personas que vivían en el hogar, este oscilaba entre una y seis, siendo tres el número más frecuente. Al preguntar sobre quiénes vivían con los adolescentes, las personas más frecuentemente reportadas fueron el padre, la madre y los hermanos. En cuanto a los familiares responsables del cuidado de los adolescentes, prevalecieron la madre y el padre.

Del análisis de las entrevistas surgió la categoría denominada: “Demandas de salud mental de los adolescentes en escuelas rurales”, que se describe a continuación.

Demandas de salud mental de los adolescentes en escuelas rurales

El análisis de las declaraciones de los adolescentes reveló demandas de salud mental relacionadas con la ansiedad, las autolesiones, el suicidio y el sufrimiento psicológico debido al duelo. En relación con la ansiedad, se identificó que los adolescentes tenían dificultad para comprender y nombrar los sentimientos, a la vez que revelaban experiencias relacionadas con este tema, descritas por las manifestaciones emocionales y físicas asociadas con esta condición.

A veces tengo ataques de llanto... (A1, 10 años)

Soy un poco ansiosa, pero no sé por qué, porque nunca me di cuenta de que tenía ansiedad, pero mi abuela siempre dice: "Eres bastante ansiosa". (A2, 10 años)

La ansiedad es como problemas que no puedes controlar, te sientes un poco triste. No sé, no lo entiendo bien. (A3, 11 años)

Me he sentido ansioso, me he sentido un poco triste, no quería hacer nada, solo quería quedarme encerrado en mi habitación, no quería hablar con nadie, nadie podía acercarse a mí porque yo no quería, lloraba toda la noche, todo el día, en el baño, todo el tiempo. (A5, 14 años)

Me he sentido ansioso cuando no sabía cómo hacer algo y no lo hice. (A7, 11 años)

La ansiedad, si no sabes cómo manejarla, te lleva a un punto extremo en el que no puedes controlarte a ti mismo. Se apodera de ti y dejas de ser tú mismo en tu cuerpo. Cuando se apodera de ti, te hace mucho daño; dependiendo de la ansiedad, la depresión, puedes perder la vida por ello [...]. Hace tiempo que me siento así [...]. Lo que me causó un poco de ansiedad fue la pérdida de mi abuelo paterno. Como éramos muy unidos, me traumatizó un poco [...]. La relación con mi padre, el hecho de que mi madre no esté mucho en casa y otras cosas también me causan ansiedad; no me hacen sentir bien. (A22, 14 años)

Ansiedad por algo que va a pasar o que vas a hacer. Sí, he estado ansioso por un examen y luego me he puesto nervioso. (A23, 14 años)

Ansiedad, como cuando alguien se pone ansioso, piensa demasiado en sus problemas, eso es lo que pienso. Sí, me he sentido así, y justo ahora me estaba comiendo las uñas. Me pongo ansioso por todo lo malo que me pasa, cuando la gente me grita, cuando no puedo ir a un lugar al que realmente quería ir. (A24, 14 años)

Los hallazgos resaltan la complejidad de la experiencia de la ansiedad en la adolescencia al evidenciar la interconexión entre factores emocionales, sociales e individuales que contribuyen al surgimiento e intensificación de esta condición.

Además, según las declaraciones de los adolescentes, la autolesión aparece principalmente como una respuesta al sufrimiento psicológico, a menudo desencadenado por sentimientos de ansiedad, estrés y una sensación de impotencia. La autolesión actúa como un recurso para afrontar la angustia mental, donde el dolor físico sirve para interrumpir la recurrencia de pensamientos dolorosos.

Sí, me autolesioné una vez, hace dos días. Tomé el cuchillo y me corté muy cerca de la vena, aquí en el brazo, ¡hay una marca! (A3, 11 años)

Ellas (personas que se valen de la autolesión) deben estar sufriendo o pasando por algo. Sí, he tenido ganas de hacerlo, pero no lo he hecho. (A15, 11 años)

Como ya tuve ansiedad, ya me he cortado. Hay que sentir dolor para olvidarlo, entonces te lastimas. Porque sabes que si te lastimas, sentirás dolor y dejarás de pensar en ello. Cuando te cortas, es porque quieres escapar del tema. [...] ¡Cuando me cortaba, quería desaparecer! (A22, 14 años)

Creo que si me cortara por alguna razón sería porque me siento poca cosa, porque pienso: "Vaya, tengo que suicidarme porque no merezco esto, porque no tengo aquello". [...] He pensado en hacerme daño a propósito, como golpearme la cabeza, algo así, pero nunca he pensado en cortarme. (A24, 14 años)

Hacerse daño, morderse los dedos. Sucede (autolesión) porque uno se deprime un poco, se pone nervioso o estresado. Ya me lastimé; empecé a morderme las yemas de los dedos. (A25, 11 años)

Los testimonios de los adolescentes participantes revelan que la autolesión es un reflejo de problemas emocionales complejos, como la ansiedad, la depresión y una autopercepción negativa, que surgen como un intento de lidiar con el dolor emocional, reemplazando a menudo la angustia psicológica por un dolor físico tangible, que momentáneamente parece ofrecer alivio.

Al ser preguntados sobre el suicidio, los adolescentes refirieron la presencia de pensamientos autodestructivos, en los que expresan el deseo de escapar del sufrimiento y un profundo sentimiento de impotencia, tanto en el contexto familiar como social.

Sé cómo es, ¡lo he vivido! Es cuando alguien quiere suicidarse, siempre se aísla, no le gusta hablar mucho. A veces me siento así [...] En verano, una vez salté (a la piscina) sin la mano en la nariz [...] Sé

nadar, pero quería morir. Y otra vez tomé un cuchillo y lo miré, pero entonces tampoco tuve el valor (A3, 11 años).

Una vez, mi padre y mi madre se peleaban mucho y conducían de noche. Mi padre estaba borracho y mi madre conducía. Entonces empezaron a pelear mucho y yo quería acabar con aquello, acabar con aquello, porque era horrible. [...] Me sentí muy mal, solo quería que terminara, solo quería morir. Tenía miedo de que pasara algo, y mis hermanas estaban conmigo, así que nos abrazamos y nos pusimos a llorar y les dijimos que se calmaran y no pelearan. [...] (A5, 14 años)

Solo quise morir una vez. Creo que por la ansiedad, pensé que nadie me quería, que había perdido a alguien por mi culpa y que me habían abandonado por culpa mía. Perdí varias cosas por mi culpa. Me culpaba mucho. (A22, 14 años)

Los adolescentes revelan un sufrimiento emocional marcado por temas de aislamiento, angustia, autoimagen negativa y presiones contextuales derivadas tanto del entorno familiar como social.

Entre los aspectos relacionados con el sufrimiento mental en adolescentes, los relatos de algunos participantes abordaron la profundidad y complejidad del proceso de duelo en esta población, revelando la forma en que la pérdida de seres queridos impacta en el desarrollo emocional y en la construcción de mecanismos de afrontamiento.

Mi padre falleció. Estuve muy triste cuando falleció, ahora estoy mal (empieza a llorar). ¡Lo extraño! (A7, 11 años)

Mi padre falleció hace cuatro meses...[...] (A11, 14 años)

Era muy cercano a él (abuelo paterno), su muerte fue terrible, me dio mucha tristeza. Murió antes del COVID. Intenté olvidarlo, pero todavía me da un poco de tristeza. (A12, 12 años)

El año pasado fui al psicólogo por la muerte de mi abuela y mi bisabuela. Fue muy duro, íbamos muy unidos! (A15, 11 años)

Mi hermano falleció cuando yo tenía tres años. Nuestro vínculo era muy fuerte, y hasta el día de hoy lo recuerdo siempre, lo extraño. Mi padre también falleció hace dos años; enfermó, al día siguiente fue al hospital y falleció. Poco después fue mi cumpleaños [...] Tengo miedo a la muerte, después de las muertes en casa. (A16, 12 años)

Cuando murió mi abuelo, me sentí mal y triste, hace unos seis años. Para superarlo, empecé a olvidar. [...] (A18, 12 años)

Mi padre murió en enero y mi abuela en octubre. Se cumplirá un año de su fallecimiento; lloré mucho cuando falleció [...]. Todavía no lo he superado. Cuando falleció mi padre, casi me desmayo [...]. No fui a la escuela durante casi un mes cuando fallecieron. ¡Es triste perder a alguien de la familia! (A21, 13 años)

Los testimonios enfatizan que el duelo en la adolescencia es una experiencia multifacética, con profundas repercusiones en el desarrollo emocional de estas personas. La prolongada experiencia de dolor y la aparición de nuevos miedos, como el temor a otras pérdidas inminentes, reflejan la complejidad de desarrollar mecanismos adaptativos de afrontamiento ante la muerte.

Las declaraciones también revelan situaciones vividas en la escuela que perjudican la socialización, especialmente episodios de *bullying*, relacionados con la agresión física, verbal y psicológica. Con base en las declaraciones, es posible identificar que los episodios de acoso escolar ocurren no solo en el ámbito escolar, sino también en el contexto familiar.

[...] Se peleó conmigo, una vez me dio un puñetazo en la pierna y se puso morado. En la escuela me llamaban palito. (A2, 10 años)

Mi padre siempre me acosa porque me llama gorda y no me gusta. Que esté gorda o delgada no tiene nada que ver con él, ¡soy yo, no él! Una chica también me hacía bullying físico; siempre me pegaba. Dos compañeros de clase hacían lo mismo, ¡los odio! (A3, 11 años)

Algo horrible, lo he sufrido, lo he hecho y lo he vivido. Horrible, no se lo deseo a nadie, fue en el colegio. Porque como estoy en la pubertad, me están saliendo granitos y cosas así, y mi compañero empezó a hablar mal de mí, que soy fea, que soy negra, que tengo el pelo feo, y eso me hizo sentir muy mal. (A5, 14 años)

Mi compañero de clase me dice "Banana que moja la cama". (A10, 10 años)

Creo que el acoso escolar es falta de carácter, porque no entienden que el cuerpo pertenece a la persona. ¡Odio el racismo! Veo cosas así, incluso aquí (en la escuela) y en la calle. (A11, 14 años)

Es solo que la gente (compañeros) suele pelearse conmigo (voz que llora) en la clase de educación física, porque suelo ir a la portería, y si no la ataco, se pelean conmigo. Me insultan mucho, tonto. Hago lo que puedo, pero para ellos no es nada. (A14, 11 años)

Ya me habían acosado antes, fue muy malo. Era por mi físico, porque antes tenía el pelo larguísimo, y luego incluso tuve que cortármelo porque decían que me parecía a Rapunzel. Me sentí fatal. Lloré mucho sin

contárselo a mi madre, pero el día que no aguanté más, fui a contárselo. Lo he visto: la gente empezó a criticar el pelo de mi compañera, empezaron a llamarla Tarzán. (A15, 11 años)

Una chica aquí en la escuela habló de mi pelo, no le di importancia porque sabía que no tenía sentido, que me haría más daño [...] aquí en la escuela había una chica y la llamaban ballena, y creo que está mal, y aunque fueron mis amigos quienes lo decían, yo no lo apoyo, incluso podría perder una amistad, ¡pero no lo apoyo! (A16, 12 años)

[...] Me golpearon en el aula cuando la maestra se fue, me provocaban, me ponían apodos. También me roban, se llevan mis cosas [...] Me siento triste, enojada, pero no hago nada, simplemente los ignoro, pero mientras no obtienen una respuesta, siguen. Me siento muy mal en mi día a día. A veces empiezan a insultarme, hablan de mi vida, de mi madre... [...] (A19, 11 años)

Me han hecho bullying en la escuela por mi apariencia...[...] (A24, 14 años)

Solo porque me llaman "cuatro ojos", me sentí un poco mal, pero ¡ay! En realidad no me importa, lo dejé pasar. (A25, 11 años)

Ella simplemente me hizo bajar (los pantalones) y llamó a la gente para que viera... (A26, 11 años)

Las declaraciones ofrecen una visión detallada de cómo los adolescentes afrontan el *bullying*, con diversas formas de agresión, desde la física hasta la psicológica. El impacto emocional es significativo y genera sentimientos de tristeza, ira y baja autoestima, aunque algunos logran afrontar la agresión de forma más pasiva.

DISCUSIÓN

El análisis temático de las declaraciones de los adolescentes destaca la complejidad de los fenómenos que afectan su salud mental, entre los que destacan la ansiedad, el duelo y el acoso escolar. Estos factores, entrelazados en un contexto rural a menudo marcado por debilidades estructurales y acceso limitado a servicios especializados, impactan directamente en el desarrollo emocional, social e identitario de los jóvenes. Estas experiencias no solo revelan vulnerabilidades individuales, sino que también indican una red de relaciones sociales e institucionales que contribuyen a la construcción —o deconstrucción— de la salud mental en la adolescencia.

Para los adolescentes que participaron en este estudio, factores como pérdidas significativas, presión escolar y conflictos familiares y sociales se destacan como desencadenantes de ansiedad. Datos internacionales también demuestran la magnitud del problema; un estudio realizado en México reveló que casi la mitad de los adolescentes reportaron sentimientos frecuentes de tristeza, ansiedad y pensamientos negativos². La ansiedad en este grupo de edad está estrechamente relacionada con el rendimiento escolar. Situaciones como la expectativa antes de un examen, las dificultades para asimilar el contenido y el miedo al fracaso intensifican la percepción de incapacidad y frustración, contribuyen al malestar psicológico y aumentan el impacto de la ansiedad en el entorno escolar²².

En este sentido, una investigación realizada con adolescentes de zonas urbanas y rurales de México mostró que el 47.8% de los entrevistados se sentían tristes, nerviosos, ansiosos, estresados o tenían pensamientos negativos²³. En este contexto, es posible observar la vulnerabilidad de la población adolescente respecto al desarrollo de trastornos psicológicos. A nivel mundial, la OMS estima que aproximadamente el 14% de los adolescentes enfrentan dificultades relacionadas con la salud mental²⁴.

Un estudio internacional realizado en India señala tasas más altas de depresión entre adolescentes de zonas rurales (39,3%), mientras que la ansiedad está ligeramente más presente en zonas urbanas (50,6%). Sin embargo, el estrés, a menudo asociado a factores contextuales y familiares, es más prevalente entre adolescentes rurales, lo que sugiere una influencia significativa de las condiciones socioeconómicas, las normas familiares rígidas y la falta de apoyo psicosocial en estos territorios. Además, el estrés fue reportado con mayor frecuencia por adolescentes rurales (16,6%) que por sus pares urbanos (14,6%). Dichas diferencias pueden atribuirse a factores como los ingresos familiares mensuales, las prácticas de crianza, las presiones académicas y los niveles de autoestima, que emergen como determinantes significativos de la salud mental^{24,25}.

En este estudio, la autolesión se identificó como una estrategia para afrontar el sufrimiento emocional, especialmente en situaciones de sobrecarga psicológica. Esta conducta se interpreta en la literatura como un mecanismo de regulación de emociones negativas, a menudo relacionado con la presencia de síntomas depresivos, dificultades en las relaciones y un control emocional parental inadecuado. Es importante destacar que la autolesión, lejos de ser un fenómeno aislado, puede indicar un mayor riesgo de conducta suicida y operar como un marcador clínico de gravedad emocional. Un estudio muestra que la motivación predominante para la autolesión es la regulación de emociones negativas, y esta conducta es un mecanismo para afrontar sentimientos de tristeza y ansiedad. Factores de riesgo como el género femenino, los síntomas depresivos, la ansiedad, el estrés y las dificultades en las relaciones interpersonales aumentan la probabilidad de estas conductas²⁶.

En este contexto, el presente estudio revela que los adolescentes rurales también son más vulnerables a formas graves de autolesión, incluyendo el uso de armas de fuego, lo que puede estar relacionado con la mayor disponibilidad de estos instrumentos y la menor vigilancia institucional en estos lugares. Los datos de un estudio con adolescentes de Rio Grande do Sul revelan una correlación significativa entre la autolesión y la ideación suicida: el 85% de los que se autolesionaron reportaron pensamientos suicidas, el 40% querían morir y el 70% intentaron suicidarse. Estos hallazgos refuerzan la urgencia de políticas públicas que aseguren la atención continua de la salud mental para los jóvenes en áreas remotas²⁷⁻²⁸. Estos porcentajes sugieren una relación intrínseca entre la autolesión y el surgimiento de conductas suicidas posteriores, lo que indica que, además de ser una forma de externalizar un profundo sufrimiento psicológico, la autolesión puede funcionar como un indicador temprano de progresión a intentos de suicidio.

Se destaca que los adolescentes en este estudio mencionaron la ocurrencia de pensamientos suicidas, en los cuales revelan el deseo de escapar del sufrimiento y un sentimiento de impotencia, manifestado en el contexto familiar y social.

El suicidio en adolescentes es un fenómeno multifactorial, y abordarlo requiere acciones integradas. En Brasil, entre 2000 y 2015, se registraron más de 11.000 muertes por autolesiones en jóvenes de 10 a 19 años, con una mayor incidencia entre los 15 y 19 años. Estos datos resaltan la necesidad de intervenciones preventivas que anticipen los signos de sufrimiento^{29,30}.

El análisis de las declaraciones de los adolescentes que prestaron testimonio también destaca los episodios de acoso escolar, frecuentes en la escuela. La violencia simbólica, expresada en burlas, exclusión y apodos despectivos, afecta negativamente la autoestima, la motivación y la percepción de pertenencia. Un estudio brasileño mostró una correlación significativa entre la victimización por acoso escolar y la ideación suicida en adolescentes de escuela primaria y secundaria. Además, las investigaciones indican que el acoso escolar es un factor de riesgo para el desarrollo de síntomas depresivos y un deterioro del rendimiento académico³¹.

En el contexto del acoso escolar, la escuela, como espacio fundamental para el desarrollo y la socialización de niños, niñas y adolescentes, desempeña un papel central en la formación de las personas en sus aspectos cognitivos, sociales, emocionales y morales. Sin embargo, es también en este entorno donde suelen perpetuarse prácticas negativas, como apodos, burlas, prejuicios, racismo y faltas de respeto en general. Estas conductas se asocian comúnmente con el fenómeno del acoso escolar^{32,33}.

Los participantes de este estudio reportaron diversas repercusiones emocionales derivadas de las experiencias de acoso escolar y mencionan la baja autoestima, la tristeza, la ira y la vergüenza. Estos hallazgos se ven respaldados por la literatura, que identifica al *bullying* como un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de tristeza persistente, falta de motivación, disminución del rendimiento académico, conflictos familiares y menor percepción de apoyo social³⁹. Además, los estudios indican una correlación significativa entre la experiencia del *bullying* en la adolescencia y la aparición de síntomas depresivos, lo que destaca el impacto de este fenómeno en el bienestar psicológico y el desarrollo socioemocional³⁴⁻³⁶.

Como espacio formativo y relacional, la escuela cumple un rol crucial como agente de prevención de dichas conductas de riesgo en adolescentes y transforma el desarrollo integral de los adolescentes al brindar un ambiente de aceptación y orientación. Además, puede fortalecer la autoestima y promover estrategias de afrontamiento de problemas, estimulando la resiliencia emocional de los estudiantes³²⁻³⁴. La escuela cumple un rol estratégico como agente protector, especialmente a través de programas intersectoriales como lo es el PSE, considerando que este Programa articula acciones entre salud y educación, crea espacios de escucha, aceptación y promoción de la salud mental, fundamentales para el afrontamiento de factores de riesgo y para el fortalecimiento de las redes de atención. Así, las acciones de educación para la salud en el entorno escolar pueden considerarse estrategias para promover la salud de los adolescentes¹⁷.

El duelo es otra experiencia central en los relatos de los adolescentes. La pérdida de seres queridos, cuando se vive sin el apoyo emocional adecuado, compromete el equilibrio psicológico y puede desencadenar sentimientos de desesperanza y aislamiento. La literatura indica que los adolescentes en duelo tienden a tener un menor rendimiento académico, aspiraciones profesionales reducidas y mayor dificultad para establecer vínculos afectivos saludables³⁵⁻³⁷. La expresión abierta del dolor y la posibilidad de compartir el sufrimiento en contextos seguros son aspectos fundamentales para la elaboración del duelo y para el fortalecimiento de la resiliencia. Además, existe un menor apego a los pares, lo que sugiere una disminución del apoyo social y de las interacciones sociales saludables, factores decisivos para el desarrollo emocional y académico de los adolescentes^{36,37}.

En ese marco, los hallazgos de este estudio reafirman la adolescencia como una etapa de intensas transformaciones, en la que las experiencias emocionales y sociales son determinantes para la construcción subjetiva de los individuos. En contextos rurales, marcados por desigualdades estructurales y escasez de servicios especializados, se hace aún más necesario desarrollar estrategias que promuevan la atención integral, valoren el territorio, la cultura y

los vínculos locales. Fortalecer la red intersectorial, invertir en políticas públicas continuas y brindar una escucha cualificada son posibles vías para mitigar los efectos del sufrimiento psicológico y promover la salud mental de los adolescentes en su totalidad.

Limitaciones del estudio

Los desafíos encontrados en la recolección de datos estuvieron asociados al tiempo de viaje hasta cada escuela, estimado en aproximadamente 50 minutos, así como a las malas condiciones de los caminos rurales y a las fuertes lluvias que azotaron el estado de Rio Grande do Sul, lo que extendió el período de producción de datos.

CONSIDERACIONES FINALES

Los hallazgos de este estudio muestran que las necesidades de salud de los adolescentes en escuelas rurales están fuertemente arraigadas en la salud mental, con énfasis en manifestaciones de ansiedad, autolesiones, intentos de suicidio y experiencias de *bullying*. Estos indicadores, alarmantes en sí mismos, se vuelven aún más críticos al asociarse con experiencias de duelo, rupturas familiares y dificultades en las relaciones escolares.

La adolescencia es un período particularmente sensible, marcado por intensos procesos de desarrollo biopsicosocial. En este contexto, la dificultad de los adolescentes para comprender, nombrar y expresar adecuadamente sus emociones, sumada a la falta de estrategias adaptativas de afrontamiento, favorece la aparición de malestar psicológico. Esto es aún peor en comunidades rurales, donde subyacen factores como la escasez de servicios especializados, menor visibilidad de las necesidades de los adolescentes y un fuerte estigma social en torno a los problemas de salud mental.

Se sugieren actividades que fomenten el diálogo intergeneracional, la escucha atenta y la valoración de las trayectorias de vida de cada adolescente. Se estima que un enfoque intersectorial, continuo y culturalmente sensible contribuye significativamente a la promoción de la salud adolescente. Además, es recomendable fortalecer el vínculo entre adolescentes, familia y escuela, fomentando la participación familiar mediante actividades que contribuyan a la socialización y la dialogicidad. Asimismo, se sugiere que las políticas de salud dialoguen con la sociedad sobre la importancia de la salud mental adolescente y las estrategias disponibles para su atención y cuidado. Finalmente, este estudio destaca la necesidad de abordar la salud mental adolescente de forma transversal, en las consultas de salud adolescente y en las prácticas de educación para la salud en la escuela.

REFERENCIAS

1. Naveel TH, Gul S, Sadaf F, Bokhari SWA, Afzal S, Mahmood AW. Prevalence and treatment of HIV/AIDS in Pakistani population: A retrospective study. *J Pak Med Assoc.* 2023 [cited 2023 Dec 20]; 73(12):2447-9. DOI: <https://doi.org/10.47391/JPMA.6564>.
2. Kawuki J, Gatasi G, Sserwanja Q, Mukunya D, Musaba MW. Comprehensive knowledge about HIV/AIDS and associated factors among adolescent girls in Rwanda: a nationwide cross-sectional study. *BMC Infect Dis.* 2023 [cited 2023 Dec 20]; 23:382. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12879-023-08187-y>.
3. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Global HIV & AIDS statistics — Fact sheet. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2022 [cited 2024 Jan 10]. Available from: <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>.
4. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. UNAIDS Global Report shows that the AIDS pandemic could end by 2030 and outlines the path to achieving this goal. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2023 [cited 2024 Jan 12]. Available from: <https://unaids.org.br/2023/07/relatorio-global-do-unaids-mostra-que-a-pandemia-de-aids-pode-acabar-ate-2030-e-descreve-o-caminho-para-alcancar-esse-objetivo/>.
5. Ministério da Saúde (Br). Boletim Epidemiológico - HIV e Aids 2023. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2023 [cited 2024 Jan 20]. Available from: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2023/hiv-aids/boletim-epidemiologico-hiv-e-aids-2023.pdf/view>.
6. Ministerio de Salud (Cl). Instituto de Salud Pública de Chile. Resultados confirmación de infección por VIH. Chile, 2010 - 2022. Chile: Ministerio de Salud; 2023 [cited 2024 Jan 20] Available from: <https://www.ispch.cl/boletin/resultados-confirmacion-de-infeccion-por-vih-chile-20102022/#:~:text=el%20a%C3%B1o%202010%2C%20hasta%2037,la%20tasa%20del%20a%C3%B1o%202016>.
7. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. United Nations member states adopt new Political Declaration to tackle inequalities and end AIDS. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2021 [cited 2024 Jan 15]. Available from: <https://unaids.org.br/2021/06/estados-membros-das-nacoes-unidas-adotam-nova-declaracao-politica-para-enfrentar-desigualdades-e-acabar-com-a-aids/>.
8. Organização das Nações Unidas. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. ONU; 2024 [cited 2024 Jan 10]. Available from: <https://unaids.org.br/ods/>.
9. Ministério da Saúde (Br). Diretrizes Nacionais do Programa Brasil Saudável: construindo um novo amanhã. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024 [cited 2025 may 21]. Available from: <https://www.gov.br/participamaisbrasil/diretrizes-nacionais-do-programa-brasil-saudavel>.

10. Ministerio de Salud (Cl). Plan Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS 2018–2019. Santiago: Ministerio de Salud; 2019 [cited 2025 May 21]. Available from: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/06/2019.06.12_PLAN-NACIONAL-VIH-SIDA-E-ITS.pdf.
11. Silocchi C, Junges JR, Martino A. Comparative study of innovations on chronic conditions in primary health care in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil, and Ferrara, Italy. *Saúde Soc.* 2020 [cited 2024 Feb 05]; 29(1):e190633. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190633>.
12. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for Reporting Qualitative Research: a synthesis of recommendations. *Academic Medicine.* 2014 [cited 2024 Feb 05]; 89(9):1245-51. DOI: <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000000388>.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70; 2016.
14. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet.* 2011 [cited 2024 Jan 17]; 377(9779):1778–97. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60054-8).
15. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [cited 2024 Jan 20]. Available From: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
16. Monteiro SS, Brigeiro M, Vilella WV, Mora C, Parker R. Challenges facing HIV treatment as prevention in Brazil: an analysis drawing on literature on testing. *Ciênc saúde colet.* 2019 [cited 2024 Mar 25]; 24(5):1793-807. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.16512017>.
17. Fondo Nacional de Salud. Chile. Fonasa. Chile: Fondo Nacional de Salud. Chile; 2024 [cited 2024 Jan 20]. Available from: <https://www.chileatiende.gob.cl/instituciones/AO004>.
18. Ministerio de Salud (Cl). Orientaciones para la planificación y programación en red 2021. Subsecretaría de redes asistenciales. Chile: Ministerio de Salud; 2021 [cited 2024 Jan 25]. Available from: <https://capacitacionesonline.com/wp-content/uploads/2021/05/ORIENTACIONES-PARA-LA-PLANIFICACION-EN-RED.pdf>.
19. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011 [citado 2024 Feb 19]; 549. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf.
20. Observatorio Chileno de Salud Pública. Estructura organizacional del sistema de Salud. Chile: Observatorio Chileno de Salud Pública; 2020 [cited 2023 Dec 01]. Available from: <https://www.ochisap.cl/estructura-organizacional-del-snss/>.
21. Bastias G, Valdivia GS. Reforma de salud en Chile; El plan AUGE o Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES). Su origen y evolución. Chile: Boletín Escuela de Medicina; 2007 [cited 2024 Mar 10]; 32(2). Available from: https://www.researchgate.net/publication/267222777_REFORMA_DE_SALUD_EN_CHILE_EL_PLAN_AUGE_O_REGIMEN_DE_GARANTIAS_EXPLICITAS_EN_SALUD_GES_SU_ORIGEN_Y_EVOLUCION.
22. Rossi AM, Albanese SPR, Vogler IH, Pieri FM, Lentine EC, Birolim MM et al. HIV Care Continuum from diagnosis in a Counseling and Testing Center. *Rev Bras Enferm.* 2020 [cited 2024 Apr 26]; 73(6):e20190680. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0680>.
23. Martín-Roldán DS, Díaz-Calzadilla P, Soto-Zárate A, Calzadilla-Núñez A, Díaz-Narváez VP. Tendencias de la incidencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en Chile, según edad y género 2010-2017. *Rev Salud Pública.* 2023 [cited 2024 Feb 10]; 21(5):506-12. DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.V21n5.80949>.
24. Ministério da Saúde (Br). Diretrizes para organização do CTA no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017. [cited 2024 Jan 05]. Available from: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2017/diretrizes-para-organizacao-do-cta-no-ambito-da-prevencao-combinada-e-nas-redes-de-atencao-a-saude/view>.
25. Organización Pan-Americana da Saúde (PAHO). Recomendaciones innovadoras da OMS para testagem de HIV buscam ampliar cobertura do tratamento. PAHO: 2019 [cited 2024 Jan 20]. Available from: <https://www.paho.org/pt/noticias/29-11-2019-recomendacoes-inovadoras-da-oms-para-testagem-hiv-buscam-ampliar-cobertura-do>.
26. Rossi AM, Albanese SPR, Kuriaki AT, Birolim MM, Monroe AA, Arcêncio RA, et al. Positividade para HIV e fatores associados em um centro de aconselhamento e testagem. *Cien Cuid Saúde.* 2021 [cited 2024 Apr 10]; 20:e50495. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v20i0.50495>.
27. Pinheiro PNC, Kendall BC, Kerr LRFS, Pickett KM, Luna IT, Costa MIF, et al. The south american context of diagnostic disclosure of adolescents infected by HIV/AIDS: a systematic literature review. *Rev Assoc Med Bras.* 2020 [cited 2024 May 25]; 66(8):1139–45. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.8.1139>.
28. Velásquez MR, Meirelles BHS, Suplici SER. Health promotion before the hiv/aids epidemic in primary care in punta arenas. *Texto Contexto Enferm.* 2020 [cited 2024 May 10]; 29:e20190350. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0350>.
29. Araújo WJ, Quirino EMB, Pinho CM, Andrade MS. Perception of nurses who perform rapid tests in Health Centers. *Rev Bras Enferm.* 2018 [cited 2024 Apr 25]; 71(1):631-6. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0298>.
30. Fondo Nacional de Salud. Informe CDD: Caracterización sociodemográfica y socioeconómica en la población asegurada inscrita. Chile: Departamento de Estudios y Estadísticas; 2020 [cited 2024 Jan 20]. Available from: https://adjuntos.fonasa.gob.cl/sites/adjuntos/adjuntos/Informe_caracterizacion_poblacion_asegurada.
31. Souza HC, Mota MR, Alves AR, Lima FD, Chaves SN, Dantas RAE, et al. Analysis of compliance to antiretroviral treatment among patients with HIV/AIDS. *Rev Bras Enferm.* 2019 [cited 2024 Feb 24]; 72(5):1295-303. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0115>.
32. Zitko P, Hojman M, Sabato S, Parenti P, Cuini R, Calanni L, et al. Antiretroviral therapy use in selected countries in Latin America during 2013–2017: results from the Latin American Workshop in HIV Study Group. *Int J Infect Dis.* 2021 [cited 2024 Apr 17]; 113:288-96. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.09.047>.

33. Bahia MF, Araujo AJ, Martins G, Rebouças M, Góis JA, Murta S, et al. Efetividade do esquema de primeira linha baseado em dolutegravir: dados de vida real do centro de referência de salvador, brasil no período de 2017 a 2020. *Braz J Infect Dis*. 2022 [cited 2024 May 12]; 26(102124). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.102124>.
34. Organização Pan-Americana da Saúde (PAHO). OMS lança relatório de 2021 sobre resistência a medicamentos para HIV. Washington: PAHO; 2021 [cited 2024 Jan 20]. Available from: <https://www.paho.org/pt/noticias/24-11-2021-oms-lanca-relatorio-2021-sobre-resistencia-medicamentos-para-hiv>.
35. Alves AM, Santos AC, Kumow A, Sato APS, Helena ETS, Nemes MIB. Beyond access to medication: the role of SUS and the characteristics of HIV care in Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2023 [cited 2024 Apr 07]; 57:26. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004476>.
36. Ministério da Saúde (Br). Relatório de Monitoramento Clínico do HIV. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019 [cited 2024 Jan 05]. Available from: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2019/relatorio-de-monitoramento-clinico-do-hiv-2019>.

Contribuciones de los autores

Concepción, F.F.S., A.S., L.M.H., K.L.S.S., F.B.C. y Z.L.T.; metodología, F.F.S., A.S. y L.M.H.; validación, F.F.S., A.S., L.M.H., K.L.S.S., F.B.C. y Z.L.T.; análisis formal, F.F.S., A.S. y L.M.H.; curaduría de datos, F.F.S., A.S. y L.M.H.; redacción, F.F.S., A.S., L.M.H., K.L.S.S., F.B.C. y Z.L.T.; revisión y edición, F.F.S., A.S., L.M.H., K.L.S.S., F.B.C. y Z.L.T.; visualización, F.F.S., A.S., L.M.H., K.L.S.S., F.B.C. y Z.L.T.; supervisión, A.S. y L.M.H.; administración del proyecto, A.S. y L.M.H. Todos los autores leyeron y estuvieron de acuerdo con la versión publicada del manuscrito.

Uso de herramientas de inteligencia artificial

Los autores declaran que no se utilizaron herramientas de inteligencia artificial en la redacción del manuscrito “*Salud mental y atención a adolescentes que estudian en escuelas rurales*”.