

Salud Mental:

**Perspectivas y desafíos para
la construcción de otros mundos posibles**

27, 28 y 29 de noviembre de 2025

Diseño e implementación de un programa piloto universitario en salud mental

**Protesoni, Ana Luz - Texeira, Fernando - Carrasco, Octavio - Chiavone, Luciana -
Pezzani, Geraldina**

Facultad de Psicología Udelar - Uruguay



Resumen

El componente de Facultad de Psicología (FP) del Programa de Salud Mental Hospital de Clínicas (PSMHC) se propone compartir el diseño y el proceso de implementación progresiva de los diversos dispositivos que componen el plan piloto de atención en salud mental. El PSMHC se orienta al abordaje de las afecciones de salud mental prevalentes, en sintonía con la Ley de Salud Mental y el Programa Nacional de Salud Mental. Los diversos dispositivos se entrelazan, proporcionando abordajes para la salud mental desde niveles de complejidad creciente y en clave de red. El Programa en su conjunto contempla la diversidad de situaciones clínicas y tiene como horizonte el desarrollar una atención integral, digna y accesible. Por otra parte, como programa universitario se proponen, concomitantemente, acciones de formación de grado y posgrado, así como de capacitación y actividades en el medio de promoción y prevención, en el marco del cambio de modelo de atención (Udelar, 2023). El PSMHC se enmarca en un proceso de cambio de paradigma que toma como horizonte el modelo comunitario de atención en salud mental (SM). Este modelo concibe la red de servicios de salud mental como parte de la red de salud general, en tanto la SM es un componente de la salud desde una perspectiva integral. A nivel nacional, la ordenanza ministerial n.º 1488/2019 establece el diseño de la Red de Estructuras Básicas de Atención en Salud Mental en el marco del SNIS. Se proponen una serie de dispositivos sanitarios, sociosanitarios, educativos y sociales. Tales dispositivos deben conformar una red efectiva de servicios que promuevan la asistencia integral en salud mental, adecuada a las necesidades singulares de los usuarios, así como el fortalecimiento de los lazos familiares y comunitarios. A su vez, se identifican como antecedentes los documentos elaborados en consultorías de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que orientan respecto al modelo y requisitos de los dispositivos (Romano, 2022), así como aquellos que definen pautas y protocolos de atención (Porrás, 2022). Se propone para este evento presentar el diseño del programa que implicó la reescritura del borrador preliminar en clave interdisciplinaria. A continuación, se presenta la implementación de cada uno de los dispositivos que lo componen y que se encuentran en funcionamiento. La referente del dispositivo de atención en emergencia y sala de internación de corta estadía trabaja sobre el rol del psicólogo en la atención en salud mental en la emergencia de un hospital general, poniendo énfasis en el trabajo interdisciplinario, en las modalidades de seguimiento en crisis y el trabajo con familias. La referente del dispositivo Hospital de día presenta el diseño del dispositivo y la experiencia de funcionamiento, dando cuenta de los diferentes espacios de trabajo (equipo de recepción, espacios de sensibilización, de activación, asambleas y grupos multifamiliares), así como el diseño del plan de tratamiento integral y seguimiento de las intervenciones. El referente del dispositivo de atención en salud mental ambulatoria presenta la experiencia

de la puesta en marcha del espacio en clave interdisciplinaria y formativa. Se problematiza sobre los encuadres de trabajo construidos para la atención dentro del PSMHC.

Palabras claves: Salud Mental, Programa Universitario, Hospital de Clínicas

Introducción

El Programa de Salud Mental Hospital de Clínicas (PSMHC, 2024) se orienta al abordaje de las afecciones de Salud Mental (SM) prevalentes, en sintonía con la Ley de SM 19.529 y el Programa Nacional de Salud Mental. Es consecuente con una concepción de salud mental comunitaria, de asistencia integral que abarca niveles de complejidad creciente, en clave de derechos humanos, centrada en el usuario y en la red familiar y comunitaria.

Desde el PSMHC se concibe la salud mental como un campo de problemáticas complejo en el que se entrelazan múltiples determinantes de la salud que desbordan el campo sanitario y asistencial para componerse desde dimensiones sociales, culturales, económicas, históricas y geográficas entre otras. El programa tiene un eje asistencial predominante y se plantea como estrategia favorecer los procesos de recuperación e inclusión social, así como el ejercicio de derechos para la mejora de la calidad de vida. Está orientado por los principios de mejora de la calidad de vida en clave de integralidad, equidad, eficiencia y continuidad del proceso asistencial. Tiene en su diseño una perspectiva intersectorial acorde a la concepción de salud y de incorporación de usuarios y familiares en la gestión. A su vez, éste es un Programa Universitario que reúne diversos servicios y disciplinas con trayectorias heterogéneas en el campo de la SM. Está coordinado por la Facultad de Medicina, la Facultad de Ciencias Sociales, la Facultad de Psicología y el Hospital de Clínicas donde se aloja. El Hospital de Clínicas es además de un hospital universitario, un hospital general de referencia a nivel nacional. Por lo tanto el PSMHC no solo tiene como meta desarrollar acciones asistenciales, de sensibilización y promoción de salud, sino también de formación de recursos humanos en todas las disciplinas del área de la salud y social, de capacitación de recursos asistenciales del Sistema Nacional de Salud y de investigación en SM. El PSMHC conforma un eslabón de la red de dispositivos que requiere ésta Reforma en SM.

Este plan piloto se diseña teniendo en consideración un cambio de paradigma que permita repensar las lógicas y las prácticas de SM, sus relaciones de saber y poder. Esto remite no sólo a un cambio de modelo de atención, sino que implica un cambio en los imaginarios colectivos sobre cómo estar - habitar el mundo que interrogan los pre conceptos en relación a lo normal, lo patológico, lo sano, lo enfermo y las prácticas de cuidado. Se concibe la salud y las afecciones como parte integral de la experiencia humana, por lo cual se le otorga otro lugar a la diversidad y la diferencia. Por lo tanto, desde las acciones para llevarlo a cabo se apunta a generar procesos que tienen principios éticos de inclusión, solidaridad y ciudadanía.

El PSMHC (2024) se plantea como objetivo general mejorar la calidad de atención de los usuarios mayores de 15 años con afecciones de salud mental en área de referencia del HC, implementando un programa universitario que abarque diferentes modalidades de atención y acciones de sensibilización, prevención y capacitación, en clave comunitaria y territorial. Dentro de sus objetivos específicos se enuncian:

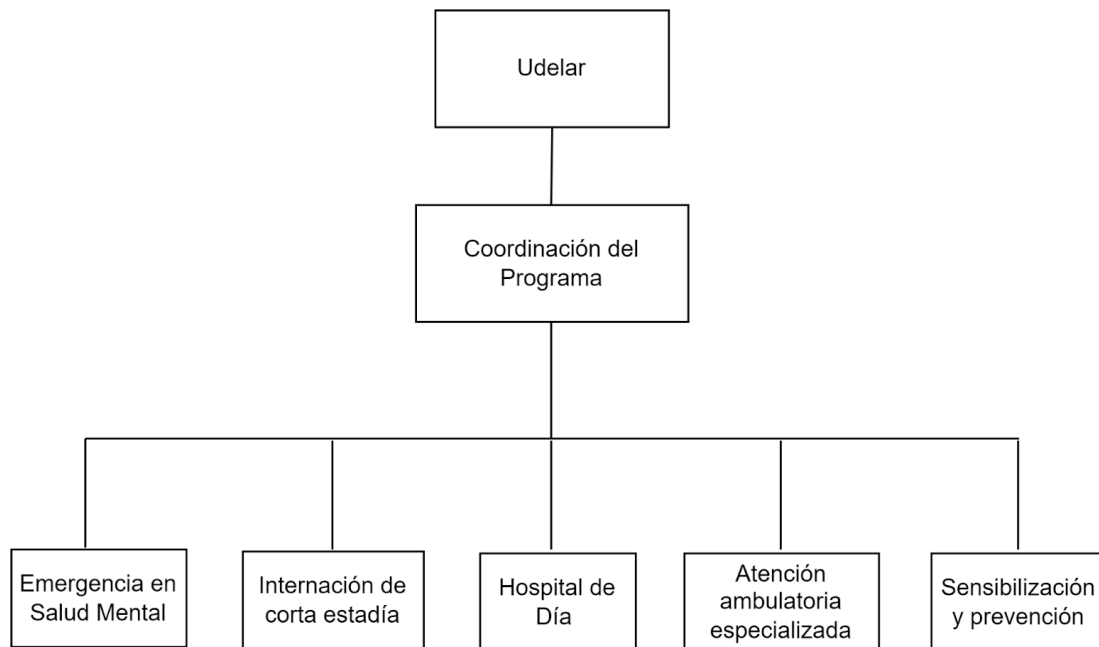
- Atender a los usuarios en situaciones de emergencia en Salud Mental, derivando a otro dispositivo asistencial del Programa en caso de ser necesario.
- Atender a usuarios que requieren internación de corta estadía en sala de Salud Mental.
- Brindar a los usuarios atención diurna especializada en salud mental de forma continua e integral en régimen ambulatorio de hospitalización parcial.
- Asegurar una continuidad asistencial para los usuarios que necesiten una atención ambulatoria especializada.
- Realizar actividades de formación dirigidas a agentes sociales y comunitarios para la comprensión, prevención, posvención del suicidio y promoción en Salud Mental.
- Realizar actividades de capacitación dirigidas al personal de salud del HC y primer y segundo nivel de atención de ASSE de zona de referencia del programa, para la profesionalización en la atención en salud mental.
- Desarrollar actividades de Enseñanza, Investigación y Extensión Universitaria que sustente la comprensión e intervención en salud mental, desde un enfoque interdisciplinario.

La población potencial de usuarios corresponde a mayores de 15 años, procedentes de la zona de georreferencia del Hospital de Clínicas. El Programa prioriza la continuidad asistencial en sus diferentes dispositivos, por tanto se considera en primera instancia a aquellos usuarios que sean derivados desde otro dispositivo del mismo Programa. En

esta etapa de comienzos de su implementación (octubre, 2024 / diciembre, 2025) se prioriza el ingreso de usuarios jóvenes que no cuenten con historia previa de SM.

Los procesos sustantivos del PSMHC resultan de la puesta en marcha de distintas modalidades de atención, ajustándose a las posibles situaciones particulares (clínicas, vinculares, de redes de contención, etc.). Se plantean 5 niveles de atención de complejidad creciente que funcionarán de forma coordinada a través del Comité de Enlace.

En la siguiente figura se presenta el organigrama del PSMHC



Emergencia e Internación en Salud Mental

La asistencia psicológica funciona en el servicio de emergencia del Hospital de Clínicas de lunes a viernes. El abordaje se realiza en el contexto del trabajo de equipo interdisciplinario, y el mecanismo de derivación es la interconsulta a través de psiquiatría, quien realiza la valoración inicial de los pacientes que consultan por problemáticas de salud mental. El equipo de psicología del servicio de emergencia está compuesto por una docente grado 3, dos docentes grado 2, una docente grado 1 y una residente de psicología.

Se trabaja principalmente a través de entrevistas psicológicas (intervención en crisis). Se habilita un espacio de escucha que posibilita situar junto con el sujeto las coordenadas en las que se produce la emergencia subjetiva en tanto ruptura de la homeostasis o equilibrio previo, más allá de la sintomatología que motivó la consulta. Se toma como referente teórico la línea de clínica de la urgencia desarrollada por la psicoanalista Inés Sotelo, entre otros. Además de las entrevistas con los consultantes se realiza un abordaje con los familiares y/o referentes del sujeto. Cabe destacar que hasta la fecha no contamos con la sala de hospitalización en Salud Mental, por lo que los pacientes con criterio de ingreso permanecen en la emergencia hasta ser trasladados a otro hospital. En ese período se realiza un seguimiento de la situación, así como se instrumentan seguimientos post alta de objetivos limitados. Luego de una primera valoración se establece un plan terapéutico inicial que puede incluir: hospitalización, breve seguimiento post alta por equipo de emergencia con objetivos acordes a la situación específica (hasta 6 encuentros, se trabaja generalmente con altas frecuencias), derivación a seguimiento psicológico en dispositivo ambulatorio, derivación al Hospital de Día, derivación a dispositivos especializados externos al Hospital de Clínicas, contacto con especialistas de referencia en caso de que ya hubiera un tratamiento en curso, derivación a psicoeducación, etc.

Hospital de Día en Salud Mental

El Hospital de Día (HD) es un dispositivo que se enmarca dentro de los procesos de transformación del modelo de atención en salud mental, orientados por el paradigma comunitario y el enfoque de derechos humanos. En ese sentido, los dispositivos intermedios adquieren un papel estratégico en la organización de redes asistenciales integrales. El HD se constituye como un dispositivo ambulatorio intensivo destinado a personas que requieren intervenciones clínicas y psicosociales sostenidas, sin necesidad de internación completa. Su implementación responde a la necesidad de desarrollar modalidades asistenciales que promuevan la autonomía, la inclusión social y la participación activa de las personas usuarias en sus procesos de atención.

Para este evento se propuso describir y sistematizar la experiencia de implementación del dispositivo HD del PSMHC, identificando sus fundamentos conceptuales, modalidad de funcionamiento y principales aportes al modelo comunitario de atención en salud mental. A tales efectos se realizó una sistematización descriptiva de la experiencia institucional del HD, basada en el análisis de documentos programáticos, protocolos de funcionamiento y registros operativos del dispositivo. Para el análisis se consideró

aspectos estructurales y organizativos del HD, incluyendo su integración en la red asistencial del programa, el flujo de ingreso y seguimiento de usuarios, y el rol del Plan Terapéutico Integral (PTI) como eje organizador del proceso clínico. Asimismo, se incorporó la reflexión del equipo interdisciplinario sobre los procesos de trabajo, los dispositivos terapéuticos implementados y los desafíos emergentes en la práctica cotidiana.

La implementación del HD a partir de julio de 2025, permitió consolidar un dispositivo ambulatorio intensivo orientado por principios de atención comunitaria, centralidad de la persona usuaria e interdiscipliniedad. El funcionamiento del dispositivo se organiza a partir de un flujo asistencial que incluye la valoración inicial mediante un Comité de Recepción interdisciplinario, la elaboración del Plan Terapéutico Integral y la incorporación progresiva a actividades terapéuticas grupales e individuales. El PTI se constituye como herramienta central para la definición de objetivos terapéuticos, estrategias de intervención y criterios de evaluación del proceso.

Las actividades desarrolladas combinan intervenciones clínicas, expresivas, vinculares y socioterapéuticas, incluyendo grupos terapéuticos, talleres creativos, espacios de asamblea y entrevistas individuales, que favorecen la construcción de procesos de recuperación y fortalecimiento de redes sociales y familiares.

Entre los principales aportes del dispositivo se identifican: la promoción de la continuidad de cuidados entre distintos niveles asistenciales, la reducción de la necesidad de internaciones prolongadas y la generación de espacios terapéuticos que promueven la autonomía y la inclusión social. Asimismo, se identificaron desafíos relevantes, tales como la consolidación del trabajo interdisciplinario, la articulación intersectorial sostenida y la necesidad de evitar la reproducción de prácticas institucionales de carácter asilar o fragmentado.

En síntesis, el HD constituye un dispositivo estratégico dentro del modelo comunitario de atención en salud mental, en tanto posibilita intervenciones intensivas en un marco ambulatorio, favoreciendo la continuidad de cuidados y la integración social de las personas usuarias. Su implementación evidencia el potencial de los dispositivos intermedios para transformar las modalidades tradicionales de atención, promoviendo prácticas centradas en la singularidad, la autonomía y la participación activa de las personas en sus procesos terapéuticos. En este sentido, el desarrollo del HD se configura como una experiencia significativa en la consolidación de redes asistenciales integrales y en la producción de prácticas interdisciplinarias coherentes con los principios de la salud mental comunitaria y el enfoque de derechos humanos.

Ambulatorio especializado en Salud Mental

El dispositivo de atención que proponemos está orientado desde el modo singular que entendemos y conjugamos la praxis analítica, es decir: una escucha abierta al sujeto. Sea este el sujeto de derecho y el sujeto a la palabra. O, mejor dicho, el derecho a la palabra de un sujeto en consulta. Pero además de esos niveles de reconocimiento necesario, ponemos en acto la suposición de que el sujeto del inconsciente está presente en cada una de las asistencias clínicas del ambulatorio. ¿Y qué queremos decir con suponer que en cada paciente hay un sujeto del inconsciente?. Queremos decir que suponemos que hay una distancia posible entre el acto, síntoma o suceso que lo llevó a consultar, y lo que tiene por decir sobre si eso lo representa ante los otros y ante sí mismo. Dicho de otro modo, se trata de poner en acto la escucha desde un lugar que supone que hay una distancia entre lo que cree que sabe y lo que no sabe de sí mismo. Esa distancia habilita un diálogo analítico (no suponiendo aún transferencia analítica), en el sentido ético de no suponer una supremacía -exclusiva y excluyente- del principio de identidad del sujeto respecto al diagnóstico (o pre- diagnóstico) que lo presenta en cada primera entrevista ante nosotros. Esta distancia necesaria entre saber algo y no saber nada no es un atributo exclusivo del consultante, sino de ambos dialogantes puestos en situación clínica, si se habilita y establece algo de un querer saber de eso no sabido. No todo consultante quiere saber sobre lo que causa su padecer, pero de la revisión de las atenciones brindadas en el ambulatorio, desde noviembre de 2024 hasta la fecha de este informe (marzo de 2026), la mayoría acepta (de diversos modos e implicaciones) la propuesta de querer saber sobre lo que determina su demanda, y poder poner en movimiento algo de un cambio de posición subjetiva respecto a su situación al momento de iniciar el tratamiento. Estas diferencias se verifican en distintos modos de atención, con distintas duraciones y orientaciones clínicas que hemos podido realizar en los diversos tratamientos e intervenciones clínicas. Sobre los pedidos de atención en las que domina una transferencia real hacia el hospital (en el sentido de que si alguien tiene una enfermedad ahí se la pueden curar), no es posible establecer el diálogo analítico que se centre en cierta inquietud sobre querer saber de sí mismo. A no ser que esa dominancia inicial se modifique no consideramos posible que se sostenga un tratamiento.

Situación clínica atendida por el Dispositivo de Atención Ambulatoria del PSMHC

Joaquín es un joven de 15 años derivado en diciembre de 2024 por el dispositivo de Emergencia del Programa. La Lic. en Psicología del dispositivo de emergencia propone a los residentes de psiquiatría la posibilidad de que tengan una consulta con el ambulatorio de psicología antes de definir el diagnóstico y el tratamiento. Gracias a esa intervención fue posible la primera entrevista de un tratamiento que se extendió hasta diciembre de 2025. Joaquín ingresa en la emergencia del HC a pedido de sus padres, luego de que él intentara abusar de su hermana menor de 5 años. Este acto fue interpretado por los padres del joven como un acto de locura, por eso el pedido de hospitalización. Al mismo tiempo solicitaron atención psicológica para la hija menor. El diagnóstico preliminar de psiquiatría señalaba la psicopatía (Trastorno Límite de Personalidad) como principal explicación del suceso, con el consecuente tratamiento de internación y posible judicialización. La duda y la propuesta de otra escucha habilitó otro modo de procesar un acto casi incestuoso, pero -como se confirmó después- con posibilidades de reelaboración y cura. Lo que pudimos escuchar en esa primera entrevista fue a un joven con miedo de las consecuencias de su acto, que reconocía haber hecho, pero desconociendo sus causas. ¿Simulación o disociación? Pregunta diagnóstica que no está del todo respondida. Si eso es posible. Esa fue la pregunta principal -desde nuestro registro- de la interconsulta con residentes de psiquiatría luego de la primera entrevista. El abuso consistió, según lo dicho tanto por J. como por sus padres, en que tocó los genitales de la hermana y le quiso sacar a la fuerza el traje de baño en las rocas, estando la familia en la playa. La hija menor corrió hacia sus padres y acusó a su hermano mayor del ataque. En las entrevistas psiquiátricas y en las primeras entrevistas psicológicas J. relató un fugaz pasado delictivo (a los 12 años), violencia doméstica y de género en su hogar, vulnerabilidad y precarización económica, inestabilidad en sus estudios, consumo esporádico de cannabis y alcohol, mucho aislamiento digital, irritabilidad y aislamiento de sus hermanos (tiene dos hermanos menores de 8 y 10, además de la hermana de 5 años).

El Plan de tratamiento se originó desde la pregunta sobre el acto. Implicar al sujeto en el acto no fue una tarea sencilla, pero muy lentamente fue pudiendo elaborar algunas respuestas, y recorrer determinantes no solo del acto en sí, sino de otros lugares que ha ocupado en la familia y con sus pares. En relación a la interconsulta implicó una pausa al diagnóstico inicial, y se acordó que en lo inmediato J. fuese a vivir a la casa de su abuela y tía maternas, continuando el tratamiento farmacológico a cargo de la Dra Eugenia Piriz (R2). Durante la extensión del tratamiento generalmente ha asistido

acompañado de un familiar y algunas veces solo, poniendo en evidencia un compromiso con su cura, tanto del consultante como de su familia. Poco a poco se fue apropiando de la posibilidad de hablar de sí mismo, de pensarse, de narrarse, incluso cuando las amenazas de internación se habían atenuado. Se ha estabilizado en sus estudios y ha mejorado la relación con sus hermanos. Siendo compleja la relación con su padre y su madre. Parte del tratamiento ha incluido entrevistas con los padres y con su tía materna. Hacia finales de 2025 se evaluó positivamente su tratamiento y volvió a vivir con su familia. Destacamos que lo que parecía un destino determinado hacia la intervención judicial y la consecuente separación de su familia, fue sustituido por una respuesta clínica que consideró su acto de violencia de género como consecuencia de una trama familiar sobredeterminante respecto al acto en cuestión. Dicha sobredeterminación no lo hace inocente e irresponsable, sino por el contrario, el joven pudo asumir su responsabilidad y se pudo posicionar de un modo menos sacrificial respecto a las violencias entre sus padres.

Reflexiones finales

El PSMHC es un programa piloto que ha comenzado a implementarse de modo paulatino hace un año y viene siendo un proyecto en construcción y redefinición permanente.

Su implementación va generando experiencias y aprendizajes, pero por sobre todo muchas interrogantes:

Cómo instalar un Programa Universitario de salud mental, sin reproducir las lógicas asilares/manicomiales?

¿Cómo diseñar una propuesta de atención en salud mental cuyo accionar trascienda la órbita del hospital, desarrollando un modelo comunitario en salud mental?

¿Cómo trabajar interdisciplinariamente conjugando los saberes académicos y no académicos para desarrollar abordajes integrales?

¿Cómo abordar las experiencias del sufrimiento humano sin reducirlas a la lógica de los procesos patológicos y habilitando la problematización de las relaciones sociales en las que se generan?

Referencias

- Poder Legislativo. (2017). *Ley de salud mental N.º 19.529*.
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>
- Ministerio de Salud Pública. (2024). *Plan nacional de salud mental 2020–2027*.
<https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/noticias/msp-aprobo-plan-nacional-salud-mental-2020-2027>
- Porras, A. (2022). *Documento para apoyo en la elaboración de pautas y protección de los procesos de atención y funcionamiento de los dispositivos de la red de atención en salud mental en Uruguay*. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud.
- Programa de Salud Mental Hospital de Clínicas. (2024). *Documento inédito*. Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Facultad de Ciencias Sociales, Facultad de Psicología.
- Romano, R. (2022). *Modelo y requisitos mínimos de dispositivos de la red de atención en salud mental: Unidades de corta estadía, casas de medio camino y centros de rehabilitación psicosocial (Informe final)*. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud.