



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**

Licenciatura en Trabajo Social

Monografía final de grado

Promoción y prevención en salud mental comunitaria

Una mirada desde el Trabajo Social a partir de la experiencia del grupo *Mi Casita* en el
proyecto *Cultivando desarrollo* en la ciudad de Fray Bentos

PAULA SÁNCHEZ CASTRO

Montevideo, octubre de 2025

Resumen

La presente monografía analiza las acciones estratégicas de promoción, prevención y atención de la salud mental comunitaria en la ciudad de Fray Bentos, a través del estudio del proyecto de huerta orgánica y comunitaria "Cultivando Desarrollo", haciendo énfasis especialmente en la participación activa del grupo de usuarios de salud mental "Mi Casita".

Este dispositivo, gestionado por la Dirección de Políticas Sociales de la Intendencia de Río Negro y financiado por la Fundación ReachingU, se desarrolla bajo la coordinación de un profesor jubilado de la ciudad, ex Director de Liceo n° 3 de Fray Bentos.

El trabajo busca comprender el proceso vivido por los participantes desde una perspectiva de derechos humanos, con énfasis en la construcción y el fortalecimiento de la autonomía. La investigación se fundamenta en la ley de Salud Mental N.º 19.529, que promueve dispositivos extrahospitalarios centrados en la inclusión y la participación social.

Asimismo, se reflexiona sobre el rol del Trabajo Social en este tipo de intervenciones, en el marco de procesos de reforma que otorgan un mayor protagonismo a las disciplinas del campo social. Cabe señalar que no se identifican antecedentes previos de abordajes desde el Trabajo Social en salud mental comunitaria en la ciudad de Fray Bentos, lo que otorga relevancia al presente estudio. Este aporte puede resultar significativo para futuras planificaciones e intervenciones que busquen fomentar la salud mental comunitaria a nivel local y departamental.

Palabras Claves: Salud mental comunitaria; Trabajo Social; Autonomía; Derechos Humanos; Dispositivos extrahospitalarios

Tabla de contenido

Introducción.....	3
Justificación.....	4
Presentación del objeto de estudio.....	5
Preguntas orientadoras.....	5
Objetivos.....	6
Objetivos específicos.....	6
Estrategia metodológica.....	6
Organización del documento.....	7
Capítulo 1. Evolución de la atención de la salud mental: Formas de abordaje y perspectivas conceptuales.....	9
1.1 Concepciones de la salud mental.....	9
1.2 Modelo hospitalo-céntrico y la salud mental comunitaria y colectiva.....	12
Capítulo 2. Perspectiva histórica y reformas en la atención a la salud mental en Uruguay: hacia un enfoque comunitario.....	15
2.1 Orígenes de la atención en salud mental en Uruguay (1788–1912).....	15
2.2 Consolidación institucional y cambios en la normativa (1923–1948).....	17
2.3 Transformaciones en el modelo de atención terapéutico (1948–1986).....	18
2.4 De la democratización a la construcción del modelo comunitario (1986–2017).....	20
2.5 De la ley N.º 19.529 a la actualidad: hacia una salud mental con base comunitaria y enfoque de derechos.....	22
Capítulo 3. Intervenciones en salud mental desde una perspectiva territorial: Experiencias y practicas en el departamento de Rio Negro.....	26
3.1: Comunidad y servicios de salud mental en el departamento de Rio Negro.....	26
3.2 Centro de rehabilitación diurno “Mi Casita”.....	28
3.3 Proyecto de huerta orgánica y comunitaria “Cultivando Desarrollo”.....	32
Capítulo 4. Trabajo social y construcción de alternativas colectivas en salud mental.....	41
4.1 Vínculo Trabajo Social y salud mental.....	41
4.2 Grupo “Mi Casita” y el Trabajo Social.....	45
Consideraciones finales.....	50
Referencias.....	53
Anexo 1) Pautas de Entrevistas.....	58
Anexo 2): Registro fotográfico.....	60

Introducción

Este trabajo se constituye como la monografía final de grado correspondiente a la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República.

El tema central de la presente monografía se enfoca en las acciones estratégicas de promoción, prevención y atención de la salud mental comunitaria que se desarrollan en la ciudad de Fray Bentos, particularmente abordando la actividad de un grupo de usuarios de salud mental denominado “Mi Casita” en el proyecto de huerta orgánica y comunitaria llamado “Cultivando Desarrollo”, a cargo de su fundador el profesor jubilado y ex director de Liceo N° 3 de la ciudad, gestionado y coordinado por la Dirección de Políticas Sociales de la Intendencia de Río Negro con recursos económicos brindados por la Fundación ReachingU¹.

La intención del documento es mostrar el desarrollo de las acciones de promoción y prevención de la salud mental comunitaria en el proyecto “Cultivando Desarrollo” y se buscará explorar cómo viven este proceso los integrantes de “Mi Casita”, desde una perspectiva de derechos humanos y la construcción, producción y fortalecimiento de autonomía.

Se toma como principal referencia la normativa de la vigente ley de salud mental n°19.529 donde se establece y se le da paso a los nuevos servicios extrahospitalarios. Es así que establece en el Artículo N° 37 :

Las estructuras alternativas no podrán reproducir las prácticas, métodos, procedimientos y dispositivos cuyo único objetivo sea el disciplinamiento, control, encierro y en general, cualquier otra restricción y privación de libertad de la persona que genere exclusión, alienación, pérdida de contacto social y afectación de las potencialidades individuales” (Uruguay, ley n° 19529, 2017).

Además se indaga y reflexiona sobre la función del Trabajo Social teniendo como referencia la participación de esta disciplina en el proyecto. Este abordaje es pertinente ya que existe un gran interés en visualizar cómo el trabajo social se desempeña en este tipo de dispositivos. En

¹ La fundación ReachingU nace en Estados Unidos en el año 2001, tiene presencia global y foco en Uruguay. Trabaja para brindar oportunidades educativas e integrales de calidad a niñas, niños y adolescentes de Uruguay contribuyendo a su bienestar y al de toda la comunidad, contribuyendo a que alcancen su máximo potencial. La fundación se encuentra comprometida con promover la educación para cambiar vidas. Además realiza concursos y donaciones monetarias apoyando a diversas organizaciones, estudiantes y docentes del país.

teoría, en el nuevo marco jurídico hay un lugar de mayor protagonismo para las disciplinas de lo social, específicamente el trabajo social.

Además, no se encuentran antecedentes de trabajos realizados desde la disciplina en el campo de la salud mental comunitaria en la ciudad de Fray Bentos, lo cual puede resultar significativo fundamentalmente para informarse y tener presente a la vigente ley 19.529 en la ciudad a la hora que pretender generar proyectos o dispositivos en el futuro que fomenten la salud mental comunitaria.

Justificación

El interés por el tema comienza en la formación académica durante la experiencia pre-profesional de la Licenciatura de Trabajo Social. Dicha práctica fue realizada específicamente en una huerta comunitaria, en el dispositivo alternativo de salud mental “Movimientos para las Autonomías” en el marco del Programa Apex de la Universidad de la República desplegado en el Parque Tecnológico Industrial del Cerro (PTI-Cerro). El mismo surge como un proyecto de apoyo y ampliación del Programa de Integración Socio Cultural y Productivo del PTI-Cerro donde se apunta al acompañamiento de usuarios de salud mental a través de la modalidad de atención comunitaria en Salud Mental (Noya et al., 2020).

El programa ofrecía en 2021 tres experiencias, un proyecto de huerta comunitaria denominado “ComPaz” este grupo era conformado por usuarios de servicios de salud mental; un proyecto enfocado al senderismo como su principal actividad llamado “grupo Carancho”; un grupo de cooperación y ayuda mutua entre mujeres denominado “Juntas Podemos” y aparte, un espacio de entrevistas previo a las experiencias nombrado “Primer encuentro”. En los cuatro espacios se llevó adelante un proceso de construcción y fortalecimiento de la autonomía de las personas partícipes desde una perspectiva centrada en sus deseos. De esa manera se promueve la modalidad de atención comunitaria en salud mental apuntando al apoyo de los usuarios, sin intenciones de estigmatizar los grupos ya que estaban abiertos para cualquier persona que quisiera participar.

Este programa de carácter integrador estaba compuesto por un equipo motor de dos psicólogas con una visión global y territorial, además del equipo ampliado de referentes de las diferentes disciplinas insertas en las experiencias.

Tener la oportunidad de transitar como estudiante de Trabajo Social por “Movimiento para las autonomías”, más específicamente trabajar con el grupo de huerta “ComPaz”, me sirvió como inspiración para pensar cómo se acompaña a los usuarios de salud mental en la ciudad de Fray Bentos.

Presentación del objeto de estudio

En la ciudad de Fray Bentos del departamento de Río Negro, la autora trabaja desde el año 2023 en un proyecto de huerta orgánica comunitaria denominado “Cultivando Desarrollo”. Dicho proyecto de perfil comunitario, nace ideado por un reconocido profesor jubilado en 2019 y se implementó en el año 2023 coordinado por el Departamento de Políticas Políticas Sociales de la Intendencia de Río Negro.

El programa “Cultivando Desarrollo” ofrece a los participantes la actividad de huerta y cuenta con un equipo técnico integrado por un tallerista de huerta y quien suscribe, estudiante de grado de la licenciatura en Trabajo Social. Además, desde la Intendencia se brinda la asistencia de dos ingenieros agrónomos para las actividades de huerta.

La huerta funciona en el Centro Comunal del Barrio 2000, donde recibe diferentes grupalidades de instituciones educativas y también a un grupo de personas usuarias de salud mental. Este último es derivado desde el Centro de Rehabilitación Diurno “Mi Casita”. En dicho centro, cuentan con un equipo motor conformado por Trabajadora Social, Psicóloga, talleristas y continúan siendo atendidos por un psiquiatra de ASSE.

Se señala entonces que en la actualidad hay en la ciudad de Fray Bentos un proceso de transformación en materia de salud mental donde se fomenta y se pretende mantener un modelo de carácter comunitario e integrador. El trabajo tiene como objeto de estudio analizar cómo se desarrolla la participación del grupo “Mi Casita” en el proyecto “Cultivando Desarrollo”.

Preguntas orientadoras

Para llevar adelante el trabajo se plantean las siguientes preguntas:

¿De qué manera se lleva a cabo la prevención y promoción en salud mental comunitaria bajo la ley n° 19529/2017 a partir de las propuestas existentes en la ciudad de Fray Bentos?

¿Qué espacios comunitarios e integradores existen actualmente para la población usuaria de salud mental en la localidad?

¿Cómo se relaciona “Cultivando desarrollo” con los fundamentos de la nueva ley y con la promoción de la salud mental ?

¿Cuál es el lugar que ocupa la función del Trabajo Social en el campo de la salud mental de base comunitaria ?

Objetivos

Objetivo general

Analizar las estrategias de promoción y prevención en salud mental en la ciudad de Fray Bentos en el período 2023-2025, a partir del estudio de la experiencia del grupo “Mi Casita” en el proyecto “Cultivando desarrollo”.

Objetivos específicos

1. Desarrollar las diferentes perspectivas y modelos que se han desarrollado respecto al abordaje en salud mental, haciendo énfasis en el recorrido de la atención en salud mental en Uruguay.
2. Conocer la situación de salud mental del departamento de Rio Negro y describir algunas experiencias de intervención en salud mental en la ciudad de Fray Bentos, en particular el proyecto Cultivando desarrollo.
3. Indagar y describir la función que tiene el Trabajo Social en el proyecto, especialmente qué tiene para ofrecer la disciplina al campo de la salud mental comunitaria.

Estrategia metodológica

El estudio que se realiza es de carácter exploratorio y con un diseño metodológico cualitativo. Se trabajará partiendo de una revisión bibliográfica y el estudio se apoya en fuentes primarias y fuentes secundarias. Particularmente, para recolectar información la técnica aplicada fue la entrevista semiestructurada. En ella, “el investigador dispone de una serie de temas que debe trabajar a lo largo de la entrevista, pero puede decidir libremente

sobre el orden de presentación de los diversos temas y el modo de formular la pregunta” (Batthyány, Cabrera, 2011, p.90).

En este sentido, a partir de un encuentro en la huerta comunitaria se realizó una entrevista grupal en la que participaron los integrantes del grupo “Mi Casita” y el encargado de huerta. También se indaga a partir de entrevistas a la directora del Centro de rehabilitación diurno Mi Casita y a la enfermera de la sala de psiquiatría del Hospital Departamental Angel M. Cuervo. “Durante todo el proceso de investigación cualitativa, el investigador se focaliza en aprender el significado que los participantes otorgan al problema o fenómeno en cuestión” (Batthyány, Cabrera, 2011, p.78).

Se relevaron los datos realizando un trabajo de campo en el propio espacio donde los participantes se despliegan y experimentan la problemática a tratar, es decir, en la cotidianeidad del colectivo.

Organización del documento

La exposición del documento se organiza en cuatro capítulos:

En el capítulo 1 se desarrolla brevemente la definición de salud mental, se realiza una revisión sobre los distintos modelos y las formas de abordaje de atención en salud mental que fueron desarrollándose en Occidente, desde un modelo más centrado en la presencia del hospital como lugar de rehabilitación hasta llegar a una atención de la salud más centrada al ámbito comunitario y en lo colectivo.

En el capítulo 2 se hará alusión a la trayectoria de la atención a la salud mental en Uruguay. Se presenta una breve trayectoria iniciando con el surgimiento del Hospital Vilardebó y las Colonias de rehabilitación y paulatinamente previo a la dictadura comienza un movimiento de salud mental más enfocado en la comunidad. Se hace foco en la década del 1960 y posteriormente, cuando comienzan a crearse dispositivos comunitarios.

Además, se indaga sobre la vigente ley de salud mental n°19529 que rige en Uruguay desde el año 2017. Se hace referencia a la ampliación y transformación del concepto de salud y a la renovación de la atención primaria de la salud.

En el capítulo 3 se hace foco en la situación de la salud mental en el departamento, teniendo en cuenta que Rio Negro fue uno de los departamentos seleccionados para la implementación

de acciones estratégicas del nuevo plan de salud mental. Se hace referencia a los servicios y experiencias de intervención en salud mental en la ciudad, desarrollando y haciendo énfasis en la actividad de huerta llevada adelante por el grupo *Mi Casita* en *Cultivando desarrollo*, considerando que la relación de estos dos últimos ha sido una gran estrategia de promoción y acción en salud mental comunitaria en la ciudad.

Finalmente, se destina un cuarto capítulo al Trabajo social. Se abordará la relación que tiene el trabajo social con el campo de la salud mental y la importancia de su función en los servicios extrahospitalarios que se promueven a partir de la vigente normativa, especialmente el rol en este tipo de proyectos comunitarios como *Cultivando desarrollo* que integran a personas usuarias de salud mental.

En este punto se hace alusión a la conformación de los equipos interdisciplinarios de los dispositivos con respecto a lo establecido en la ley 19.529. Se destaca la función del trabajo social como una disciplina cuyo reconocimiento en el campo de la salud mental es relativamente nuevo, especialmente en dispositivos de perfil comunitario.

Se considera que la intervención profesional, aun dentro de las limitaciones y las barreras institucionales, busca siempre valorizar a la persona en su contexto e historicidad, evitando reducirla únicamente a su condición de usuaria del sistema de salud mental, en especial haciendo énfasis en la promoción y fortalecimiento de la autonomía, entendida como principio fundamental para reconocer a las personas como sujetos de derechos, sobre todo en materia de salud mental.

Para cerrar el documento, se exponen las consideraciones finales, con reflexiones que cierran el trabajo con interrogantes y perspectivas de estudio para el futuro.

Capítulo 1

Evolución de la atención de la salud mental: Formas de abordaje y perspectivas conceptuales

1.1 Concepciones de la salud mental

En este primer capítulo, se inicia con la exposición del concepto de salud, abordando las distintas perspectivas que existen sobre su significado y aspectos fundamentales. Es un concepto que ha sido interpretado de diversas formas a lo largo del tiempo reflejando diferentes perspectivas y enfoques. Para ello se toman los aportes de algunos autores como Ferrara (1985), Arias (2022), Galende (1997) y algunos principios establecidos por la Organización Mundial de la Salud (1948).

La concepción de la salud ha transitado un largo camino desde una mirada estrictamente biomédica vinculada a los diagnósticos de enfermedades hacia enfoques más amplios e integradores. En palabras de Ferrara (1985), “la enfermedad debe dejar de ser entendida como un fenómeno biológico exclusivamente y concebirla como parte de la salud e integrada en el conocimiento que hace de la salud un fenómeno de la realidad social” (p. 25). Esta afirmación marca un punto de inflexión en la forma de pensar la salud y la enfermedad, promoviendo un desplazamiento desde la centralidad del diagnóstico médico hacia una visión que contempla la complejidad de la persona en su totalidad y el ambiente en que se desarrolla.

En este sentido, se amplía el enfoque tradicional de la medicina centrado exclusivamente en lo biológico y en la precisión del diagnóstico, para dar lugar a una mirada más holística, que reconoce e integra dimensiones emocionales, sociales, culturales y físicas. Así, la atención a la salud se orienta hacia una práctica más integral, multidisciplinaria y multicausal.

La salud entonces, comienza a concebirse como un proceso integral, en el que se articulan lo físico, lo mental y lo social. Tal como sostiene Ferrara (1985), esta integración de lo biológico con lo social “destruye la antigua concepción de la Atención Médica dedicada a la atención del enfermo, a la comprensión exquisita y precisa de lo patológico” (p. 22). Se abandona así la visión centrada exclusivamente en la patología, abriendo paso a un modelo más amplio que pone en valor los contextos y condiciones de vida de las personas.

Históricamente, desde una perspectiva tradicional, la salud se asociaba únicamente con la ausencia de enfermedad, basada en principios estrictamente biológicos vinculados a alteraciones físicas o químicas del organismo. No obstante, hacia fines del siglo XIX y principios del siglo XX, comienza a gestarse un cambio paulatino en esta concepción.

Una primera noción de salud tímida pero que a su vez ha significado un gran avance revolucionario no solo en la concepción universal de la misma sino también en la forma que se aborda la salud, es la que otorga la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien en 1948 la define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Hay autores que apuntan más allá del bienestar, como lo es Ferrara, quien a partir de sus aportes considera una nueva concepción más exacta y no tan estática de la vida, difiere de alguna manera con lo planteado por la OMS. En este sentido, el autor se posiciona con una mirada desde el estudio por separado de las diferentes áreas de la salud, esto es, física, social y mental de cada individuo, para concluir que no es el conflicto de estos espacios que define lo patológico en un individuo sino la imposibilidad de resolver esos conflictos

De esta manera, la salud constituye el continuo accionar del hombre frente al universo físico, mental y social en el que vive, sin restar un solo esfuerzo en su existencia para modificar aquello que deba ser modificado [...] De tal forma que la salud corresponde al estado de óptima vitalidad, que surge del accionar del hombre frente a sus conflictos y a la solución de los mismos (Ferrara, 1975, p.120).

Al abordar el concepto de salud mental, se retoman los aportes de Galende (1997), quien sostiene que esta debe concebirse como una dimensión inherente a la salud integral y al ámbito social de las personas y a las comunidades que lo rodean. Según el autor, en esta dimensión se articulan tanto el estudio de los problemas de salud y enfermedad mental como la investigación de las necesidades psicosociales y la organización de los recursos necesarios para atenderlas.

Por su parte, la ley N.º 19.529 en su segundo artículo define la salud mental como:

un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Dicho estado es el

resultado de un proceso dinámico, determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos (Uruguay, ley 19.529, art.2)

Cabe destacar que la definición de salud mental contemplada en la vigente normativa se encuentra alineada e incluso inspirada en los principios establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta influencia se manifiesta en su enfoque integral, que no se limita a la ausencia de enfermedad, sino que incorpora el bienestar psicológico, social y comunitario como elementos fundamentales de la salud mental. Así, la ley retoma y adapta los lineamientos internacionales propuestos por la OMS, reforzando una concepción amplia y multidimensional de la salud mental. Es importante señalar que la concepción de salud y enfermedad cambia y son en gran parte construcciones históricas, sociales y culturales, moldeadas por determinados saberes y prácticas hegemónicas en determinados contextos.

Especialmente la transformación de la salud mental surge a partir de debates y movimientos que se dan desde la propia disciplina de la psiquiatría, que en un principio fue el saber hegemónico en la materia. En este sentido, resulta relevante advertir que, pese a los avances en el campo de la salud mental, aún persisten procesos de medicalización y psiquiatrización de la vida social. Sin embargo, desde mediados del siglo XX, tanto la psiquiatría como la psicología han producido corrientes críticas de carácter contrahegemónico que han promovido visiones más amplias e integradoras de la salud mental, considerando las dimensiones subjetivas, comunitarias y estructurales de los malestares psíquicos, y abogando por prácticas más humanizadas, inclusivas y contextualizadas (Amarante, 2006).

Por lo tanto, ya se venía gestando la idea de que el concepto de la salud mental es polisémico y no debería vincularse de manera específica ni a la persona ni a su enfermedad, una noción que si bien ya se debatía en Europa desde mediados del siglo anterior, actualmente se percibe formalizada con la implementación de la ley y otras estrategias que se han promovido en materia de salud mental. En este sentido, la salud mental depende ampliamente de otros componentes que rodean al individuo, familia, grupalidades y al conjunto de relaciones sociales. En palabras de Galende (1997) “El objeto de la salud mental no es de un modo exclusivo al individuo o los conjuntos sociales, sino las relaciones que permiten pensar conjuntamente al individuo y a su comunidad” (p.8).

1.2 Modelo hospitalo-céntrico y la salud mental comunitaria y colectiva

Durante el siglo XIX, en pleno auge del pensamiento positivista, donde la psiquiatría adquiere un papel protagónico, el discurso médico y la noción de enfermedad mental adquirieron un lugar central en el abordaje de la salud mental, desplazando al sujeto como portador de experiencia y de palabra, la atención a la enfermedad fue concebida como primordial, esto favoreció la consolidación de modelos de disciplinamiento social, ampliamente legitimados tanto en el plano institucional como en el imaginario colectivo (Foucault, 2005). El hospital como institución se consolidó como la forma privilegiada de atención de la salud y la enfermedad mental durante buena parte del siglo XX. La centralidad del encierro como respuesta terapéutica y el aislamiento de las personas fue entendido como condición necesaria para su tratamiento y, en muchos casos, para la protección del orden social.

En este contexto, en Europa comienzan a proliferar una cantidad significativa de hospitales psiquiátricos, extendiéndose la creación de colonias destinadas a pacientes crónicos con enfermedades mentales. De este modo, la enfermedad pasa a ocupar un lugar central, mientras que las instituciones imponen normas y reglas disciplinarias que contribuyen a la conformación de espacios que mantienen a los pacientes en condiciones de alienación (Foucault, 1973-1974, ed. 2005).

Son acertadas las palabras de Arias (2022) cuando afirma que:

De todas maneras, la herencia que nos deja la lógica psiquiátrica es el borramiento del sujeto como portador y sabedor de su experiencia, enajenado de sí mismo, silenciado por los dispositivos epistémicos y técnicos, atrapado y totalizado por unas formas de enunciación y etiquetamiento legitimadas, desprovisto de su palabra, singularidad y contexto (p.24).

A pesar de este escenario, en la primera mitad del siglo XX surgieron algunos debates que cuestionaron las perspectivas hegemónicas, destacando la importancia de devolverle a la persona un rol protagónico en su proceso de rehabilitación y reconstrucción de su vida. Estos enfoques proponían una resignificación de la locura, modificación de los tratamientos, promoviendo que la enfermedad no prevalezca sobre la persona y fomentando su inclusión activa en la sociedad mediante nuevas formas de integración social (Arias, 2022).

Es así que en 1950 aparece el concepto de salud mental, a partir de movimientos políticos e ideológicos que comienzan a considerar la promoción de los derechos humanos de las personas diagnosticadas con trastornos mentales, de manera tal de mejorar la calidad de los tratamientos. En este sentido, se torna imposible no conectar a la psiquiatría con los avances de la salud mental, porque su origen emana de allí, de las discusiones y vaivenes del pensamiento, las prácticas y las instituciones psiquiátricas.

En la segunda mitad del siglo XX en Italia, España, Brasil y otros países latinoamericanos se comienza a pujar por la reforma psiquiátrica que incite a revisar instituciones asilares, prácticas y tratamientos psiquiátricos (Arias, 2022). Además, se incluyen prácticas comunitarias y participativas como forma de abordar el padecimiento mental, incluso en las mismas instituciones tradicionales asilares.

La expresión salud colectiva surge a fines de la década de los años 70, con la perspectiva de construir un paradigma renovado “de la salud pública, de la salud comunitaria y de la medicina preventiva y social” que permita una nueva articulación entre las diferentes disciplinas e instituciones que convergen en el campo de la salud (Liborio, 2013, p.4)

Para el siglo XXI se retoma una lógica comunitaria y territorial de atención a la salud mental bajo una perspectiva de derechos. Surgen así, nuevos conceptos como la salud mental colectiva, en palabras de Silva (2022) “considera a los determinantes históricos, culturales, sociales, económicos y políticos para la comprensión de los procesos subjetivos individuales y colectivos y su interacción con las contradicciones inherentes al sistema social” (p. 15).

Estas últimas perspectivas permiten otorgar otros sentidos y proponer nuevas prácticas y lineamientos en materia de salud mental. El paradigma de salud comunitaria “Implica un conjunto de concepciones y prácticas que no surgieron de iniciativas provenientes de los ámbitos académicos sino del trabajo mancomunado de comunidades y profesionales” (Saforcada et al., 2015, p.37).

Es así que el término de salud comunitaria:

consiste en el mejoramiento paulatino de las condiciones de vida comunal y de la salud mental de la comunidad, mediante actividades integradas y planificadas de protección y promoción de la salud mental, de prevención de malestares y problemas

psicosociales y de recuperación y reparación de los vínculos personales, familiares y comunales dañados y quebrados por la pobreza, las relaciones de inequidad y dominación (Amares, 2006, p.20).

Tanto el concepto de salud como las formas de atención a la salud mental han transitado un proceso de transformaciones que aún no ha terminado. El paradigma de la salud mental comunitaria se irá retomando en los siguientes capítulos, en función de la experiencia concreta que se describe en este trabajo.

Pensar en otro tipo de abordaje a las formas que adoptan los padecimientos supone considerar dimensiones sociales, emocionales, económicas y culturales que configuran el buen vivir. Darle paso a este proceso requiere fortalecer los vínculos entre personas, familia, comunidad e instituciones para reconocer su papel como soportes fundamentales para el bienestar colectivo. Especialmente a las personas con padecimiento psíquico, mejorar las condiciones de vida también significa promover la autonomía y el sentido de proyectar la vida en un contexto de convivencia que potencie tanto los procesos singulares como el desarrollo comunitario.

Capítulo 2

Perspectiva histórica y reformas en la atención a la salud mental en Uruguay: hacia un enfoque comunitario

En este capítulo se abordará el proceso histórico de la atención a la salud mental en Uruguay a partir de los aportes de Martínez (2020). Se ofrece un recorrido general que comienza con la creación del Hospital Vilardebó y las Colonias de rehabilitación. Con el tiempo, especialmente antes del período dictatorial, empieza a gestarse un enfoque de salud mental más orientado hacia la comunidad. Se destaca particularmente la década de 1960, con un énfasis especial en los años 80, momento en el que surgen los primeros dispositivos comunitarios. A su vez, se analiza la ley de Salud mental n.º 19.529, vigente desde 2017, la cual expresa un cambio en la forma de entender y abordar la salud mental en el país. Se enfatiza en la expansión del concepto de salud y la renovación del modelo de Atención Primaria en salud.

2.1 Orígenes de la atención en salud mental en Uruguay (1788–1912)

La atención sanitaria en Uruguay para personas con trastornos mentales atravesó un proceso largo y complejo, compuesto por diversas etapas marcadas por el contexto histórico, político y social. El primer antecedente institucional se remonta a 1788, con la fundación del Hospital de Caridad en la ciudad de Montevideo, posteriormente renombrado Hospital Maciel. En 1856 se crea allí una sala específica para personas con padecimientos mentales, las cuales eran consideradas "dementes" y recluidas bajo condiciones precarias. Esta etapa ha sido caracterizada por Martínez (2020) como un período de “reclusión piadosa”, donde la atención estaba atravesada por una lógica asistencialista y moral, más que terapéutica.

En 1860 se inaugura el Asilo de Dementes en la Quinta de Vilardebó, que funcionó como único centro de internación psiquiátrica hasta 1872. Sin embargo, este espacio no contaba con recursos terapéuticos adecuados y estaba lejos de representar una alternativa de atención médica. En ese período, las personas con trastornos mentales eran vistas como peligrosas y socialmente indeseables, siendo recluidas no sólo en el asilo, sino también en calabozos del Cabildo de Montevideo, que era la única institución carcelaria hasta 1888. (Martínez, 2020).

La situación se agravó con el paso del tiempo, ya que el asilo comenzó a recibir también a personas privadas de libertad por motivos penales, como forma de descomprimir el sistema carcelario. Esta decisión aumentó la población internada y reforzó la lógica de exclusión social. Este modelo de atención se inscribía en un paradigma biologicista y hegemónico, centrado en el encierro y la institucionalización, lo que Goffman (1998) denominó “instituciones totales”, caracterizadas como: “lugares de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período de tiempo, comparten su encierro en una rutina diaria, administrada formalmente” (p.13).

Durante el período del militarismo (1875–1886) se construye e inaugura el Manicomio Nacional, concebido como parte de un proyecto de desarrollo nacional. Esta institución marcó un punto de inflexión en la historia de la salud mental en Uruguay, ya que formalizó un sistema de atención que, si bien fue evolucionando, mantuvo por mucho tiempo una estructura centrada en el encierro².

El abordaje médico comienza a institucionalizarse formalmente recién en 1908, con la creación de la Cátedra de Psiquiatría en la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. A partir de allí se da inicio a la formación universitaria en salud mental, y en 1912 se funda la Colonia de Alienados de Santa Lucía, orientada a brindar alojamiento y atención a personas con padecimientos mentales.

En paralelo, en 1911, con la segunda presidencia de José Batlle y Ordóñez, se avanza en la secularización de los centros de salud, retirando la influencia de la jerarquía eclesiástica. El Manicomio Nacional pasa a manos del Estado y comienza a llamarse oficialmente Hospital Vilardebó, brindando atención laica y pública, especialmente a personas de bajos recursos. Sin embargo, la demanda de atención superó rápidamente la capacidad de la institución. Para paliar esta situación, se fundó en 1912 la Colonia de Asistencia Psiquiátrica Dr. Bernardo Etchepare, que también se vio desbordada en poco tiempo, ya que recibía pacientes tanto de Montevideo como del interior del país. (Martínez, 2020).

Cabe destacar que, en este período, no solo se internaba a personas con diagnósticos psiquiátricos, sino también a personas con carencias sociales, habitacionales y económicas:

² En Uruguay, este proceso implicó el traslado de pacientes desde el Asilo de la Quinta hacia el nuevo Manicomio, cuya gestión interna fue entregada a las Hermanas de la Caridad, lo cual subordinaba el accionar médico a la autoridad religiosa. A comienzos del siglo XX, la hegemonía del saber médico aún no estaba consolidada; el orden y la higiene, bajo criterios religiosos, primaban por sobre el enfoque científico.

vagabundos, alcohólicos, adolescentes y otras personas consideradas "problemáticas" desde un punto de vista moral o social. Esto refuerza la idea de que la institucionalización funcionaba también como un mecanismo de exclusión social, bajo la forma de asilo o reclusión (Foucault, 1973).

2.2 Consolidación institucional y cambios en la normativa (1923–1948)

En este periodo, es importante destacar cómo comienza a consolidarse la psiquiatría como disciplina médica y se incorporan cambios clave en la legislación. Con el avance de la psiquiatría como disciplina médica, en 1923 se crea la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, integrada por profesionales que trabajaban en el Hospital Vilardebó, en conjunto con la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina. Este grupo comienza a impulsar cambios significativos tanto en la concepción de la atención psiquiátrica como en la estructura de la institución. A lo largo de este período, se plantea la necesidad de transformar el hospital desde una lógica asilar hacia una visión más clínica y terapéutica.

Este contexto de reforma se ve interrumpido por el quiebre institucional que atravesó Uruguay entre 1933 y 1936, cuando se aprueba la ley N.º 9581, conocida como la Ley del Psicópata, que regirá por más de 80 años³. Esta normativa representa un hito en la organización de la atención a la salud mental, ya que establece lineamientos claros sobre cómo deben ser atendidas las personas con trastornos psíquicos.

La ley del Psicópata también propicia la creación de la Comisión Honoraria Asesora de Asistencia de Psicópatas, como organismo técnico y consultivo para organizar la atención y establecer criterios médicos en el tratamiento de personas internadas.

No obstante, hacia 1948 comienza a apreciarse un cambio conceptual importante: el pasaje del enfoque médico-psiquiátrico hacia una visión más amplia, centrada en la salud mental. Esto se refleja en la creación de la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata, a través de la ley N.º 11.139. Esta nueva legislación incorpora un enfoque más integral, reconociendo la necesidad de acompañar a las personas más allá del momento de crisis o internación y marca un punto de inflexión, al incorporar principios como la rehabilitación social, la

³ Según su primer artículo: Todo enfermo psíquico recibirá asistencia médica y podrá ser atendido en su domicilio privado o en otra casa particular, en un establecimiento psiquiátrico privado o en un establecimiento psiquiátrico oficial, cuya organización técnica se ajustará a los reglamentos que se dicten. (Uruguay, 1936).

atención post-alta y la articulación con otros aspectos de la vida cotidiana de la persona, de esta forma progresivamente se abandonan las prácticas más punitivas del modelo asilar⁴.

2.3 Transformaciones en el modelo de atención terapéutico (1948–1986)

A partir de 1948, con la promulgación de la ley N.º 11.139, se inicia en Uruguay una transformación conceptual y estructural de la atención en salud mental. Esta etapa representa un punto de inflexión en la historia del país, ya que se amplía el enfoque médico tradicional hacia una concepción más integral, que incorpora factores sociales, familiares y comunitarios en el proceso de atención.

Uno de los cambios más significativos es el pasaje o las transformaciones de un modelo de atención podría decirse exclusivamente asilar hacia un nuevo modelo de atención terapéutico, en el que se busca eliminar prácticas obsoletas como el uso del chaleco de fuerza y otras medidas de contención física. Esta transformación es impulsada, en parte, por los descubrimientos farmacológicos que surgen a mediados del siglo XX, los cuales permiten una mayor contención médica y contribuyen a mejorar la calidad de vida de las personas internadas (Martínez, 2020).

En este período también se crean nuevas instituciones y dispositivos que marcan el inicio de un proceso de descentralización y de ampliación del acceso a la salud mental. Por ejemplo, en 1966 se inaugura la primera sala de psiquiatría en el Hospital de Paysandú, lo que representa un hito en la integración de los servicios de salud mental dentro de los hospitales generales.

Asimismo, en 1971 se crea el Centro Martínez Visca, una de las primeras experiencias en Uruguay con enfoque comunitario. Sus propuestas apuntan a recuperar la autonomía de las personas usuarias y a vincularlas nuevamente con la comunidad, posicionándose como antecedentes fundamentales del modelo comunitario que se consolidará en décadas posteriores.

En 1972, el Ministerio de Salud Pública crea el Programa Nacional de Salud Mental, que introduce el concepto de equipos multidisciplinarios en la atención psiquiátrica y destaca la importancia de la prevención primaria. Este programa marca un paso importante en la

⁴ Según se establece en la normativa: Proteger al enfermo mental en todas las etapas de su asistencia -hospitalaria y externa- y durante su convalecencia; velar por su bienestar al reintegrarse a la sociedad, procurándole habitación y alimentación, si no las tiene, y trabajo adecuado; prestarle la ayuda necesaria para resolver sus problemas económicos, profesionales y afectivos. (Ley N.º 11.139, Uruguay, 1948).

consolidación de una perspectiva más amplia de la salud mental, aunque su implementación se vio limitada por los acontecimientos políticos que sobrevinieron.

Durante la dictadura cívico-militar (1973–1985), el sistema de salud mental sufre un fuerte retroceso. En el marco del Plan Cóndor, varios presos políticos son internados en el Hospital Vilardebó, lo que pone de manifiesto la utilización de los espacios psiquiátricos como forma de represión. No obstante, en paralelo, se desarrollan algunos servicios de atención externa, una tendencia que luego será potenciada con el retorno a la democracia.

Con el restablecimiento de la democracia en 1985, se reconoce la urgente necesidad de revisar y reorganizar el sistema de salud mental⁵. En 1986, se crea el Plan Nacional de Salud Mental, que establece las bases para un nuevo modelo de atención. Este plan propone extender la atención psiquiátrica hacia los hospitales públicos generales, donde se crean salas específicas de psiquiatría, y enfatiza la importancia del primer nivel de atención, la educación, el trabajo, la recreación y la multidisciplina. Además, incorpora el enfoque de intersectorialidad, entendiendo que las problemáticas de salud mental no pueden abordarse exclusivamente desde el sector sanitario.

Aunque el hospital seguía siendo el eje del sistema, el plan introduce un enfoque fuertemente comunitario y participativo, al afirmar que: “Las soluciones sólo pueden provenir de un amplio movimiento colectivo que incluya a las fuerzas sociales organizadas y vinculadas con la salud mental y a todos los recursos existentes en la comunidad.” (Plan Nacional de Salud Mental, Uruguay, 1986, p.9).

Desde esta perspectiva, se promueve la construcción de un modelo de atención descentralizado y basado en el territorio, que apunte a la rehabilitación psicosocial, la participación activa de la comunidad y la progresiva sustitución de las lógicas manicomiales.

Este nuevo paradigma comienza a dar forma a una salud mental más accesible, equitativa y centrada en la persona, en consonancia con las tendencias internacionales impulsadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los movimientos por los derechos humanos.

⁵ El documento establece que: La salud es un derecho irrenunciable del individuo. El Ministerio de Salud Pública es el órgano normativo y de control de las actividades vinculadas a la salud de la población en general, y por lo tanto, competente para la programación en salud mental, su ejecución y control. (Uruguay, 1986).

2.4 De la democratización a la construcción del modelo comunitario (1986–2017)

Se destaca que este tramo de la historia que abarca el retorno de la democracia (1985-1986) hasta la sanción de la ley de salud mental N° 19529 en 2017 es clave, porque muestra el pasaje progresivo de un modelo hospitalo-céntrico hacia uno comunitario centrado en los derechos humanos, la inclusión social y la autonomía de las personas usuarias.

Con el retorno a la democracia en 1985, Uruguay inicia un proceso de revisión profunda del sistema de salud mental, fuertemente influenciado por los ideales de participación ciudadana, derechos humanos y justicia social. La creación del Plan Nacional de Salud Mental en 1986 marca un gran avance al institucionalizar una serie de transformaciones que venían gestándose desde los años 70, pero que no habían logrado consolidarse durante la dictadura.

Este plan propone una serie de líneas estratégicas orientadas a la descentralización de la atención, la integración del usuario a la comunidad, y la promoción de la salud como derecho, superando así la visión biomédica tradicional. En este contexto, se fortalece el rol de los equipos multidisciplinarios, con presencia de trabajadores sociales, psicólogos, médicos, psiquiatras, educadores y otros agentes comunitarios. Se plantea una mirada integral del padecimiento mental, que reconoce las múltiples dimensiones que inciden en el bienestar psicosocial: el entorno familiar, la situación económica, el acceso al trabajo y la educación, entre otros (Plan Nacional de Salud Mental, 1986).

Una de las apuestas más importantes del Plan es el fortalecimiento del primer nivel de atención y la creación de dispositivos alternativos al encierro, tales como centros diurnos, hogares asistidos y espacios comunitarios de inclusión.

Pese a estos avances, durante las décadas siguientes persisten tensiones entre el modelo hospitalario tradicional y las nuevas formas de atención. El Hospital Vilardebó, fundado en el siglo XIX, continúa siendo el principal centro de internación psiquiátrica del país, con una capacidad que alcanza las 335 camas, y que sigue recibiendo pacientes tanto de Montevideo como del interior del país. Esto evidencia que, a pesar de los esfuerzos normativos y discursivos, el modelo asilar aún mantiene una fuerte presencia, lo mismo sucede en los hospitales generales del interior del país donde se mantiene la internación en las salas de psiquiatría.

No obstante, comienzan a surgir iniciativas concretas que apuntan a materializar el cambio de paradigma. Entre ellas se destaca el Centro Martínez Visca, que continúa desarrollando programas comunitarios como residencias asistidas y viviendas supervisadas que promueven la autonomía y la vida en comunidad. Estas experiencias, si bien localizadas, representan una ruptura simbólica y práctica con la lógica del encierro y la dependencia institucional (Centro Martínez Visca, 2021).

Sin embargo, el cambio de paradigma alcanza su mayor formalización con la aprobación de la ley de Salud Mental n° 19.529 en 2017⁶. Esta normativa consagra, podría decirse por primera vez en Uruguay, una concepción de la salud mental centrada en los derechos humanos y en la dignidad de las personas con padecimientos mentales.

Entre los elementos más relevantes que introduce la ley se destacan:

- El reconocimiento de las personas usuarias como sujetos de derecho, no como objetos pasivos de tratamiento;
- La promoción de la autonomía y la participación activa en la toma de decisiones sobre su vida y tratamiento;
- La incorporación del enfoque psicosocial y comunitario, superando la visión exclusivamente médica;
- La obligación del Estado de garantizar dispositivos comunitarios de atención y mecanismos de inclusión social;
- La planificación progresiva del cierre de instituciones monovalentes, en concordancia con los estándares internacionales.

La ley también incorpora principios rectores clave como la intersectorialidad, la no discriminación, la equidad, y el respeto por la dignidad humana en todos los niveles de atención y en todos los dispositivos vinculados a la salud mental. Así, en su tercer artículo se afirma la idea de que se debe: “reconocer a la persona de manera integral, considerando sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales como constituyentes y determinantes de su unidad singular” (Ley N°19.529, Uruguay, 2017).

⁶ Según el artículo 1° de la ley: “La protección de la salud mental abarca acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, encaminadas a crear las condiciones para el ejercicio del derecho a una vida digna de todas las personas, y particularmente de aquellas con trastorno mental.” (Ley N.º 19.529, Uruguay, 2017).

En 2020, se suma una innovación relevante con la inauguración de la primera Casa de Medio Camino, gestionada por el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). Este dispositivo representa un avance significativo, ya que ofrece alojamiento y acompañamiento a personas externadas del Hospital Vilardebó, así como a personas en situación de calle que enfrentan problemas de salud mental. Cuenta con un equipo interdisciplinario conformado por psicólogos, trabajadores sociales, médicos y educadores, que trabaja en clave de inclusión y autonomía.

En paralelo, el Ministerio de Salud Pública aprueba en 2020 una nueva línea de acción, el Plan Nacional de Salud Mental para el periodo 2020–2027, que reafirma el compromiso con un modelo comunitario de atención. Este plan busca reducir la cantidad de internaciones, cerrar progresivamente las instituciones monovalentes y ampliar dispositivos alternativos que sean inclusivos, integrales y accesibles.

En suma, el período comprendido entre 1986 y 2017 marca una profunda transformación en la forma en que Uruguay concibe, legisla y organiza la atención a la salud mental. Aunque los modelos conviven y muchas veces se superponen, el rumbo legal, institucional y social comienza a dirigirse hacia un modelo centrado en la comunidad, participativo y garante de derechos, que reconoce a las personas con padecimientos mentales como sujetos activos dentro del proceso terapéutico y de inclusión social.

El modelo de atención comunitaria al cual se apunta en esta nueva era, en palabras de Dotti (2024) encuadra una perspectiva muy sólida que se basa en:

principios universales de accesibilidad, igualdad, inclusión, solidaridad basados en el respeto de los derechos humanos de las personas con trastornos de salud mental, involucrando en el proceso de atención a la familia, la comunidad y a la sociedad, en general, como respuesta a un problema de salud pública (p.8).

2.5 De la ley N.º 19.529 a la actualidad: hacia una salud mental con base comunitaria y enfoque de derechos

Desde la implementación de la ley de Salud Mental n.º 19.529 en 2017, Uruguay ha entrado en una nueva etapa en materia de salud mental. Este período se caracteriza por una transformación profunda en la concepción del padecimiento psíquico, en la forma de atención y en el rol del Estado y la comunidad frente a la salud mental. La normativa establece

claramente que la atención debe orientarse hacia la promoción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación, en un marco de derechos humanos, con énfasis en la autonomía de las personas usuarias y su inclusión social.

Una de las innovaciones más significativas de este período es la ampliación del concepto de salud mental. Ya no se habla únicamente de enfermedad o trastorno, sino de un proceso integral, dinámico y contextual, en el que influyen factores sociales, económicos, políticos, biológicos y culturales. Esto implica una ruptura con el modelo biologicista, que durante siglos dominó la atención psiquiátrica.

En este sentido, la ley se alinea con los principios establecidos en la Carta de Ottawa. De lo expuesto en ella se destaca que “dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario” (Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 2000). En este marco, se percibe a la salud como un recurso fundamental para la vida cotidiana, y se la concibe como un concepto positivo que resalta tanto las capacidades personales y sociales como también las aptitudes físicas.

A partir de 2020, con la aprobación del Plan Nacional de Salud Mental (2020/2027), se refuerza el modelo comunitario y se fijan metas claras: disminuir progresivamente la internación prolongada, cerrar las instituciones monovalentes, y fortalecer los dispositivos alternativos y comunitarios. El plan se articula con los principios de la ley vigente, reconociendo que la salud mental debe abordarse desde un enfoque intersectorial, con participación activa de la comunidad, y considerando la salud como un derecho fundamental y no como un privilegio.

En este marco se consolidan dispositivos como:

- Las casas de medio camino, como la inaugurada en 2023, ofrecen alojamiento temporal, apoyo profesional y espacios para la reintegración social de personas egresadas del sistema asilar (Ministerio de Desarrollo Social, 2023).
- Programas como “Ceibo” y “Arrayán”, que promueven la inclusión laboral y habitacional de personas usuarias.

- La expansión de equipos comunitarios de salud mental, integrados por psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras y educadores, que trabajan directamente en el territorio.
- La creación de espacios de participación activa para personas usuarias, familias y organizaciones sociales, como actores fundamentales del proceso de atención.

En esta etapa, el rol del Trabajo Social adquiere especial relevancia. La disciplina se posiciona no sólo como parte de los equipos de atención, sino como impulsora de un enfoque crítico y participativo. Entendiendo que desde el Trabajo Social se busca visibilizar las condiciones estructurales que impactan en la salud mental como la pobreza, la exclusión, la violencia, el desempleo o la discriminación y promover prácticas que restituyan derechos, autonomía y dignidad (Iamamoto, 1998).

La implementación de la ley, sin embargo, no ha estado exenta de desafíos. A pesar del marco normativo progresista, coexisten aún prácticas heredadas del modelo asilar. El Hospital Vilardebó continúa operando como centro principal de internación, y muchos de los dispositivos comunitarios siguen dependiendo de proyectos piloto o de recursos limitados. El proceso de desinstitucionalización avanza de forma desigual, y requiere de voluntad política sostenida, inversión estatal y articulación efectiva entre sectores.

No obstante, el paradigma comunitario ha echado raíces en la política pública, en los equipos de salud y en las organizaciones sociales, abriendo paso a una concepción más amplia y humana de la salud mental. Este enfoque se basa en reconocer a las personas como sujetos de derecho, con capacidades, historia, vínculos y proyectos, y no como meros receptores pasivos de asistencia (De León, 2013).

En general, podría decirse que el recorrido histórico de la atención en salud mental en Uruguay evidencia una transformación profunda, aunque aún inacabada. Desde los tiempos del encierro piadoso en el siglo XIX hasta la sanción de una ley con enfoque integral, comunitario y de derechos en el siglo XXI, se ha transitado un camino complejo, marcado por tensiones entre modelos, discursos y prácticas.

Con el retorno de la democracia, y especialmente a partir del Plan Nacional de Salud Mental de 1986, comienza a gestarse un cambio de paradigma. Este proceso se consolida normativamente con la ley de Salud Mental N.º 19.529 de 2017, que redefine la atención en

clave de inclusión social, participación y derechos humanos, promoviendo la desinstitucionalización y el desarrollo de dispositivos comunitarios.

La salud mental deja así de ser un asunto exclusivamente médico para convertirse en un campo interdisciplinario e intersectorial, donde se reconocen los factores sociales, económicos y culturales que inciden en el sufrimiento psíquico. Este enfoque propone abandonar la mirada centrada en la enfermedad y colocar en el centro a la persona en su singularidad y contexto, en este sentido:

La salud mental comunitaria aborda los problemas de salud mental de una manera integral, colocando en el centro de su atención las condiciones emocionales y sociales en las que se encuentran las personas, familias y comunidades. Desde allí, se plantean propuestas de intervención que se orienten a la recuperación y fortalecimiento de las relaciones sociales que se identifican como fragmentadas (Amares, 2006, p.20)

Sin embargo, el modelo comunitario aún convive con estructuras y prácticas del pasado. La institucionalización prolongada, la falta de dispositivos alternativos en algunas regiones, y la escasa inversión en programas comunitarios siguen siendo obstáculos. Por ello, es necesario continuar profundizando la implementación de políticas públicas que promuevan una atención accesible, humanizada, respetuosa de la diversidad y comprometida con la autonomía de las personas.

Desde el Trabajo Social, este desafío implica no solo participar de los equipos de salud mental, sino también incidir en el diseño, la gestión y el monitoreo de políticas, y trabajar junto a las personas usuarias para construir estrategias emancipadoras, que hagan efectivo el derecho a una vida digna, libre de estigmas y encierros injustificados.

Bajo la perspectiva de cambio, estas nuevas acciones y estrategias comunitarias que promueven actividades extrahospitalarias e integrales se enmarcan dentro de propuestas de integración que deben ser visibles y darse a conocer para todas las personas de la comunidad.

Capítulo 3

Intervenciones en salud mental desde una perspectiva territorial: Experiencias y prácticas en el departamento de Río Negro

Este apartado aborda las experiencias, dispositivos e intervenciones vinculadas a la salud mental en el departamento de Río Negro, con énfasis en la ciudad de Fray Bentos. A partir de un enfoque comunitario y territorial, se describe cómo distintas instituciones, organizaciones sociales y actores locales construyen prácticas de acompañamiento, cuidado y promoción de la salud mental, en sintonía (o en tensión) con las políticas públicas vigentes. Se extiende una mirada hacia la salud mental colectiva.

Se realiza un recorrido por los servicios existentes, tanto a nivel público-estatal como mutual, identificando las desigualdades en el acceso a la atención en los distintos puntos del departamento. Asimismo, se recupera el trabajo de organizaciones comunitarias como el Centro de Rehabilitación Diurno Mi Casita, cuyos aportes permiten repensar el rol de la comunidad como agente activo en los procesos de inclusión y autonomía de las personas con padecimientos psíquicos.

La participación en el proyecto Cultivando Desarrollo —una iniciativa de huerta comunitaria interinstitucional— es presentada como una experiencia significativa en clave de salud mental comunitaria, en la que se articulan la producción colectiva, la soberanía alimentaria, la participación intergeneracional y la construcción de redes. Finalmente, se pone en valor el rol del trabajo social como práctica situada, reflexiva y crítica que, desde la intervención directa, incide en la transformación de realidades concretas, promoviendo procesos de inclusión y ciudadanía para sujetos históricamente vulnerados.

3.1: Comunidad y servicios de salud mental en el departamento de Río Negro

A nivel departamental, se brinda atención integral y hospitalización a personas que atraviesan procesos de malestar psíquico severo y persistente en las instalaciones de ASSE, específicamente en el Hospital de Fray Bentos “Dr. Ángel M. Cuervo”. Allí cuentan con un equipo de salud mental y en el Hospital de Young. En el resto del departamento (Nuevo Berlín, San Javier, Algorta, Grecco, Paso de la Cruz, Paso de los Mellizos, Sarandí de Navarro, Sauce, Bellaco y Tomás Berreta), no se cuenta con dispositivos de atención para

casos severos. En estas localidades funcionan policlínicas de ASSE, en las cuales se abordan los temas de salud mental desde una perspectiva de promoción, prevención, detección y atención a padecimientos de alta prevalencia (Gorosterrazú et al., 2024).

Fray Bentos también cuenta con la mutualista AMEDRIN, que brinda atención y hospitalización según lo determine el equipo médico tratante, evaluando el tipo de contención que requiera cada paciente. De forma similar, en la ciudad de Young, la mutualista CAMY también ofrece atención en salud mental.

Específicamente en la ciudad de Fray Bentos existen organizaciones que trabajan de manera interdisciplinaria e intersectorial en la promoción, prevención y atención en salud mental. Desde 1998 funciona el Instituto Fray Bentos, que en mayo del presente año celebró su 27º aniversario. Este centro tiene como objetivos principales la promoción de la salud mental y la inclusión social. Sus actividades se desarrollan en dos modalidades: por un lado, atención a niños y adolescentes derivados por neuropediatras, psiquiatras o pediatras. Por otra parte, trabajan con la modalidad de talleres para personas con discapacidad, donde participan niños, adolescentes, jóvenes y adultos. Los talleres se planifican teniendo en cuenta los intereses de los participantes e incluyen actividades como danza, teatro, mindfulness, gimnasia, actividades pre deportivas, manualidades, canto, básquetbol, cocina y expresión corporal.

El Instituto considera que la actividad física es fundamental para la salud física y mental, dado que muchos de sus participantes no realizan ejercicio en sus hogares. Además, el hecho de compartir espacios con estudiantes de escuelas y liceos favorece la socialización. El equipo interdisciplinario del Instituto está integrado por fisioterapeutas, fonoaudiólogos/as, psicólogos/as, maestras psicomotricistas, talleristas y profesores de educación física. Entre sus logros se destacan la participación en Olimpiadas Especiales, encuentros deportivos para personas con discapacidad y encuentros de adultos mayores. Como parte de su trabajo de extensión, realizan visitas a hogares de ancianos, escuelas, colegios, y organizan salidas didácticas a museos, teatros y centros culturales.

El equipo motor de la institución se caracteriza por su apertura y compromiso con la generación de espacios de participación activa, donde los usuarios sean protagonistas y puedan ejercer su autonomía.

En el año 2001 se creó MediSport, que a partir de 2008 pasó a denominarse FisioCenter, manteniendo su perfil original. Este centro promueve la salud mental desde un enfoque de

atención primaria, brindando servicios a niños desde los dos años hasta personas mayores. Su abordaje es multidisciplinario e interdisciplinario, integrando rehabilitación física y psíquica. El equipo técnico incluye profesionales en terapia ocupacional, fisioterapia, psicología, medicina general, fonoaudiología y maestras especializadas.

En 2012 se creó la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables, con vinculación técnica y funcional con los equipos de ASSE.

En 2016 se implementó el dispositivo Ciudadela en Fray Bentos, con un protocolo específico para la prevención del suicidio y atención de intentos de autoeliminación, brindando apoyo tanto a usuarios como a sus familias.

En 2018 se conformó una nueva comisión en el Hogar La Pileta y el Hogar Unión, integrada por usuarios de salud mental. Posteriormente, en 2020, en el marco del Plan Nacional de Salud Mental, se inauguró el dispositivo Ciudadela en la ciudad de Young.

En esta misma línea, como parte del nuevo plan, en 2024 el Instituto Nacional de la Juventud (INJU) inauguró en Fray Bentos el centro de atención en salud mental “Ni Silencio Ni Tabú” (Rio Negro Ahora, 2024), dirigida a jóvenes y adolescentes de entre 14 y 29 años. Este dispositivo se centra en la atención, promoción del bienestar psicoemocional, sensibilización y formación. Es, sin dudas, una de las acciones más significativas del nuevo plan en la ciudad, ya que aborda una problemática social urgente en una población clave como la adolescencia (Gorosterrazú et al., 2024).

3.2 Centro de rehabilitación diurno “Mi Casita”

El Centro de Rehabilitación Diurno “Mi Casita” surge a partir de la Comisión de Apoyo al Enfermo Mental (CAEM), mediante un convenio entre la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y el entonces llamado Patronato del Psicópata, actualmente Comisión Nacional de Apoyo a la Salud Mental (Comisión Nacional de Apoyo a la Salud Mental, 2025).

Se trata de una organización cuyo principal objetivo es promover la salud mental y brindar asistencia a personas con padecimientos psíquicos. El grupo está integrado por usuarios del sistema público de salud mental y cuenta con un equipo técnico multidisciplinario conformado por psicóloga, trabajadora social, psiquiatra, profesora de cocina y profesor de

dibujo, todos contratados por la Comisión Nacional de Apoyo a la Salud Mental. Los/las usuarios/as son atendidos inicialmente por psiquiatra de ASSE y posteriormente derivados a las actividades por la psicóloga, en constante coordinación entre ambos dispositivos.

A partir de una entrevista con la presidenta de CAEM, se pudieron recabar datos valiosos sobre los orígenes de “Mi Casita”, no disponibles en registros formales. Si bien el centro se inauguró en 2003, la entrevistada destaca que su gestación comenzó entre 2000 y 2001, a través de reuniones informales en el Centro de Salud, con la participación de médicos reconocidos de la ciudad, familiares y otros/as que como ella eran tutores de usuarios (M.M., Comunicación personal, 29 de Abril de 2025).

Posteriormente se conformó la comisión con personería jurídica. Tras una charla con representantes de la Comisión Nacional de Apoyo a la Salud Mental, comenzó a desarrollarse el proyecto de taller psicosocial “Mi Casita”, inicialmente en conjunto con el grupo de Alcohólicos Anónimos, con quienes compartían espacio en distintos horarios y días.

El espacio físico de “Mi Casita” surge cuando se crea CAEM, incluso el edificio fue construido, gestionado y reacondicionado por la propia comisión: anteriormente funcionaba como garaje de ambulancias del centro de salud y se encontraba abandonado por lo cual se les cedió tal espacio para edificar⁷.

El lugar fue diseñado y concebido para que las personas partícipes pudieran bañarse, cocinar, participar de talleres, festejar cumpleaños, realizar meriendas, almuerzo y ejercer su autonomía. No obstante, con el tiempo, cuando la Red de Atención Primaria (RAP) se trasladó hacia el Centro de Salud comenzó a utilizar el espacio de “Mi Casita” para oficinas y consultorios, afectando negativamente la finalidad original del centro.

Este cambio generó tensiones. Según comenta la presidenta de CAEM, el enfoque del equipo técnico actual ha limitado algunas prácticas significativas para los usuarios:

⁷ CAEM llevó adelante diversas acciones para financiar su reconstrucción: beneficios, rifas, venta de ropa donada, recuerda los inicios y comenta que la movida fue de tal magnitud que trabajaban vendiendo los fines de semana 17 mil ravioles para recaudar más dinero, además recurrieron a la solicitud de préstamo en cooperativa y a la colaboración comunitaria. Los planos del lugar fueron realizados por arquitecto y el grupo colocó desde el piso de la casita, hasta el calefón y un teléfono para la oficina. Todos estos esfuerzos fueron clave para generar un espacio exclusivo para usuarios, sin aportes estatales directos, aunque con el apoyo de la Comisión Nacional de Apoyo a la Salud Mental.

estos en vez de estar trabajando están diciendo que no se pueden bañar, que esto y que lo otro, que los cumpleaños no se podían hacer porque “los excitaba” (M.M, comunicación personal, 29 de abril de 2025).

Este tipo de restricciones contradicen el espíritu original del espacio, pensado desde una mirada integral de la salud mental y centrado en los derechos y autonomía de las personas.

La misma lamenta la pérdida de espacios de recreación y convivencia: “Antes nos reuníamos en el patio, ponían música, ellos aprendían cosas, nosotros también. Cuando teníamos ingresos, hacíamos una canasta para cada uno a fin de mes”(M.M, comunicación personal, 29 de abril de 2025). Estas actividades promovían valores comunitarios que, en la actualidad, se ven debilitados por las reglas institucionales y la falta de articulación.

A pesar de las dificultades, ella sigue siendo un referente clave. Brinda apoyo material y alimentos no solo a las personas que participan de Mi Casita, sino también la enfermera de psiquiatría del Hospital la llama cuando los internos se quedan sin yerba u otros implementos, le comunican lo que necesitan por teléfono y ella les lleva, “también trabajo con psiquiatría porque ellos necesitan algo me llaman por yerba, jabón, shampoo, los familiares no les llevan entonces cada tanto la enfermera me llama y me hace la listita y yo le llevo” (M.M, comunicación personal, 29 de abril de 2025). Así lo confirma la enfermera de psiquiatría del Hospital, hay personas internadas que tienen muchas horas improductivas y también hay personas que viven allí, una de ellas por más de 10 años y si bien es por diversos motivos la hospitalización de los usuarios, en su mayoría es por abandono de familiares, que los dejan allí a su merced, son olvidados, otros, por “razones burocráticas” y órdenes judiciales no han podido sacar de allí (B.N, comunicación personal, 8 de enero de 2025).

Agrega la presidenta de CAEM a su discurso: “Hace 25 años que estoy y no me he ido, nunca he abandonado” (M.M, comunicación personal, 29 de abril de 2025). Este testimonio refleja la importancia del tejido comunitario y de las redes informales de apoyo, sobre todo frente a la limitada presencia estatal en el suministro de recursos básicos.

Desde su experiencia, destaca que “Mi Casita” sigue siendo un espacio necesario, pero que requiere un mayor compromiso por parte del equipo técnico. Anteriormente, se trabajaba en

coordinación con el Hogar La Pileta, actualmente⁸ “Hogar Unión” compartiendo actividades y espacios. Hoy, eso se ha perdido, y con ello, parte del espíritu comunitario.

Además, señala que es una situación que le desagrada ya que fue un espacio creado para los/las usuarios/as “me da bronca, como también el teléfono lo tienen metido ahí adentro y a eso lo paga el patronato también. A veces te da bronca cuando has luchado tanto y ellos que vengan de afuera a querer meterse” (M.M, comunicación personal, 29 de abril de 2025). Cuando comenta “ahí adentro” hace referencia a la oficina, les han quitado espacio de recreación y comodidad por delimitar espacio para oficina y consultorio de atención. De alguna manera, puede apreciarse que los valores que tiene la comisión no van de la mano con las reglas institucionales del centro de salud. Su presidenta argumenta que estas transformaciones vinieron acompañadas con el accionar del equipo técnico, quienes evaluaron que algunas acciones planteadas desde el inicio no eran apropiadas para “enfermos mentales”.

En una entrevista grupal realizada por quien escribe, a partir de la pregunta ¿qué importancia tiene Mi Casita para la vida de ustedes? los usuarios compartieron reflexiones que dan cuenta del valor del espacio:

Todo, porque es una ayuda personal y laboral. A mí me ayudó un montón (C.A, comunicación personal, 12 de diciembre de 2024).

A mi me ayudó un montón, a parte cuando mi hermana que llevo ahí costó romper el huevo de avestruz porque era muy pegada a mis hermanas y mi hermana el primer día me acompañó y me dijo “después te vengo a buscar” y me fue a buscar. Y la psicóloga le dijo “déjala que venga solita” y ahora me voy sola (C.A, comunicación personal, 12 de diciembre de 2024).

hay mucha gente que precisa ayuda y no se como explicarlo pero no se aprovecha la institución, no se aprovecha (M.M, comunicación personal, 12 de diciembre de 2024)

Es muy importante, pero que falta que más gente aproveche (M.M, comunicación personal, 12 de diciembre de 2024).

⁸ El Hogar Unión, conocido como ex "Hogar Pileta" es una casa donde viven personas con padecimiento psíquico, también personas mayores que no tienen lugar donde vivir o carecen de familia. Administrado por ONG y actualmente esta siendo remodelada con la colaboración de la Intendencia de Río Negro. Cuenta con un equipo de 8 trabajadores al cuidado de 12 personas internadas en el lugar.

Aparte el mismo psiquiatra nos pregunta cómo nos sentimos en la huerta (C.A, comunicación personal, 12 de diciembre de 2024).

Cuando ando bien voy si. A parte que ellos saben que cuando yo no voy es porque ando mal (C.F, comunicación personal, 12 de diciembre de 2024).

Actualmente “Mi Casita” es poco reconocida socialmente como un espacio de promoción de salud mental comunitaria y extrahospitalaria. Aun así, el grupo se mantiene gracias al esfuerzo de los talleristas que realizan actividades continuamente y establecen lazos y vínculo con iniciativas como “Cultivando Desarrollo”, en cuyo marco realizan actividades de huerta fuera del centro. En 2023, se estableció una alianza con este proyecto comunitario, lo cual marcó el inicio de una experiencia transformadora tanto para el grupo como para el proyecto. Este vínculo ha favorecido la inclusión, la participación, la productividad y el sentido de pertenencia de los usuarios.

Este recorrido permite reflexionar sobre las tensiones existentes entre el modelo de atención comunitaria y el enfoque más tradicional, biomédico-institucional. “Mi Casita” fue pensado como un espacio donde se prioriza la autonomía, la participación activa y la construcción de vínculos, características propias del modelo de atención centrado en los derechos. Sin embargo, el avance de estructuras formales como la RAP, con una mirada médica y la gestión técnica centrada en el diagnóstico, parece haber desdibujado parte de ese espíritu.

Esta tensión evidencia que, si bien el discurso institucional apuesta por la desmanicomialización y la integración comunitaria, en la práctica muchas veces predomina la lógica del control, la fragmentación y la intervención profesional jerarquizada. En este sentido, “Mi Casita” funciona como un espejo crítico que invita a repensar qué tipo de atención queremos para la salud mental en nuestros territorios.

3.3 Proyecto de huerta orgánica y comunitaria “Cultivando Desarrollo”

Cultivando Desarrollo nace en la ciudad de Fray Bentos, ideado por un reconocido profesor y director jubilado de la zona en 2019. En ese momento no pudo avanzar por falta de recursos y apoyo. Sin embargo, en 2022, la Fundación ReachingU le otorgó al mismo el premio “Docente del Año”, lo que posibilitó el apoyo financiero extranjero para el desarrollo de iniciativas educativas.

A partir de esta oportunidad, y en coordinación con la Intendencia de Río Negro (a través de sus direcciones de Políticas Sociales, Desarrollo y Medio Ambiente), el proyecto de huerta orgánica comunitaria se concretó en 2023. La Intendencia proporcionó un predio municipal en el Centro Comunal Barrio 2000, donde se instaló la huerta “madre” del proyecto, y designó a un funcionario para su mantenimiento y asistencia de actividades, en articulación con la responsable del centro comunal.

Además, se contrató a quien escribe como servicio técnico en el área social para apoyar las actividades grupales, la coordinación y la comunicación del proyecto. A pesar de ser estudiante avanzada de la carrera, se reconoció que la mirada del trabajo social aporta una “ampliación de perspectivas” frente a las diversas realidades de las personas participantes y a las diferentes manifestaciones que se presentan y atraviesan la experiencia de huerta. Esta mirada permitió comprender no sólo las trayectorias individuales, sino también las dinámicas grupales, sociales, psicológicas y económicas que atraviesan la experiencia comunitaria de la huerta.

El proyecto reúne a personas de diversas edades —desde la primera infancia hasta personas mayores— que encuentran en la huerta un espacio común. Incluso, se forman grupos familiares intergeneracionales, como el caso de abuelas y nietos que asisten juntos y disfrutan del trabajo de campo. Esta diversidad genera vínculos y redes comunitarias, y fortalece la convivencia a partir de la transmisión de conocimientos entre generaciones.

Desde una perspectiva social, se procura que ningún aspecto pase desapercibido. La dinámica grupal e intergeneracional aporta al fortalecimiento comunitario y permite que la huerta funcione como un espacio de aprendizaje mutuo, donde se promueven la soberanía alimentaria, el contacto con la tierra, la inclusión y la mejora de la calidad de vida.

A lo largo del proyecto se sumaron múltiples instituciones: Escuela Agraria de Fray Bentos, Centro Juvenil de INAU, Escuela N° 6, Liceo N° 2, CAIF “Las Ranitas” y, posteriormente, el centro “Mi Casita”, que comenzó a participar con dos visitas semanales al predio del barrio 2000 al igual que CAIF y Liceo N°2. A las demás instituciones se les brindó acompañamiento técnico y los insumos necesarios para desarrollar su propia huerta, adaptándose a su propio espacio, su dinámica y planificación.

El objetivo principal del proyecto fue crear espacios comunitarios para la producción de huertas orgánicas, promoviendo tanto el aprendizaje como la producción y cosecha de

hortalizas en espacios e instituciones públicas de la ciudad⁹. Además, se ofrecieron talleres teórico-prácticos brindados por técnicos de la Dirección de Desarrollo de la Intendencia, orientados a la formación en horticultura.

En 2024, los recursos pasaron a ser gestionados por la cooperativa Los Nogales, y se sumaron nuevas instituciones: Escuelas N° 1, 73 y 62. También se entregó material a la Escuela Agraria para la construcción de un invernáculo, lo cual permitió el diseño de nuevos cursos de huerta para 2025.

Ese mismo año, gracias al apoyo de INACOOOP, se amplió el proyecto a la producción de plantas medicinales y aromáticas, en una iniciativa denominada Salud Cooperativa especialmente desarrollada en el Centro Juvenil de la ciudad donde los adolescente partícipes se encargaron de la siembra, los cuidados y el procesamiento de plantas medicinales y aromáticas. En esta fase, se integraron docentes de distintas áreas pedagógicas, y quien escribe brindó cuatro talleres enfocados en salud mental, trabajando especialmente sobre la grupalidad y la gestión emocional. Este proceso demuestra la importancia del trabajo en articulación y el compromiso de docentes y referentes para llevar adelante la labor comunitaria.

Durante 2024, en relación con el grupo Mi Casita, se gestionó su reintegro a las actividades del proyecto. Sin embargo, la atención brindada al grupo fue limitada, con escasos esfuerzos institucionales para garantizar una experiencia significativa. La continuidad de las actividades se sostuvo, en gran parte, gracias a la experiencia y el compromiso del trabajo social, a pesar de la falta de conocimientos técnicos específicos en horticultura. Poco se respetaron los dos días y dos horas que el grupo asistía a la huerta, a pesar de ser planteado al equipo la necesidad y la importancia de la presencia del encargado de huerta en el lugar, llegado el momento solo se encontraba la presencia del trabajo social.

Este hecho visibiliza una situación recurrente: la profesión avanza, muchas veces en soledad, en áreas cruciales que tienden a diluirse en la práctica institucional. Más adelante se profundizará esta problemática.

⁹ La cosecha obtenida por los cultivos realizados son propiedad de cada grupo participante del proyecto y además, cada institución participará del proyecto dependiendo de la dinámica institucional que maneje, es decir, a intereses y planificaciones de actividades y tiempos propios de cada grupo.

Desde el proyecto, se considera que la actividad de huerta promueve múltiples dimensiones del bienestar: salud mental, física, emocional, alimentaria, económica y social. El contacto con la tierra, el vínculo con la naturaleza y la recuperación de prácticas ancestrales son factores muy valiosos para el fortalecimiento comunitario y el desarrollo humano. Además, permiten revalorizar los recursos naturales del país, que muchas veces no reciben la atención que merecen.

En este sentido, la participación de Mi Casita fue una de las más destacadas. El grupo mostró constancia y compromiso en su integración con la comunidad huertera. Esta participación contribuyó no solo a la rehabilitación psicosocial de sus integrantes, sino también a su inserción social y al fortalecimiento de su autonomía. En el espacio de la huerta, los usuarios dejaron de ser percibidos únicamente como “usuarios de salud mental” y comenzaron a ser reconocidos como sujetos de derechos, partícipes activos de una experiencia comunitaria.

El proyecto también promueve para todas las personas ampliar capacidades productivas y de emprendimiento, que tengan la oportunidad de aprender a producir, a trabajar adecuadamente la tierra y pensar en esta actividad como una posibilidad de sustento económico en el futuro si así lo desean. En el caso de Mi Casita, cada integrante del grupo siembra y cosecha para consumo personal y familiar, aprovechando la producción como una forma de autosustento. Eligen qué semillas sembrar y qué alimentos cosechar, se llevan las verduras a sus hogares, el fruto de su trabajo y de sus propias decisiones les brinda una oportunidad de consumo, y de contribuir con alimentos para el consumo familiar. “El trabajo con otros y otras posibilita la reflexión en torno a la propia vida y sus determinaciones, lo cual es posible gracias al encuentro y el diálogo para construir futuros posibles que requieran de la solidaridad y el compromiso” (Betancur, 2022, p.87).

Como la presidenta de CAEM, en una entrevista: “Trata de que vayan a la huerta, es un beneficio para ellos” (M.M, comunicación personal, 29 de abril de 2025). Se aprecia que desde la comisión se ve a la huerta como una actividad útil y positiva, y para los participantes también lo es.

En una entrevista grupal realizada a los integrantes de Mi Casita donde pudieron expresar cómo impacta la huerta en sus vidas, algunas de sus reflexiones fueron:

Es muy bueno en lo familiar porque se lleva para compartir, para cocinar, para que mi vieja haga bocadillos, ponele (M.M, comunicación personal, 12 de diciembre de 2024)

Se aprende, te alimentás, es una experiencia mental. Estás comiendo saludable (M.M, comunicación personal, 12 de diciembre de 2024)

Uno se olvida de los problemas que tiene, de cuando “se te vuelan los pajaritos” y es bueno porque uno va a la casita, venis a la quinta, venimos a la huerta y te olvidas de tus problemas personales que tenes (C.A, comunicación personal, 12 de diciembre de 2024)

A parte que te ayuda. A parte que yo llevaba acelga y hacia pascualina que yo lleve para la casita, pascualina, bocadillo, tortilla y la lechuga también la hacía tortilla, buñuelos, de todo hacía, no comprábamos nada. En lo económico también (C.A, comunicación personal, 12 de diciembre de 2024)

También para conversar, para dialogar con otras personas. Estás con la otra persona, por eso les decía a mis hermanas, eso es bueno (C.F, comunicación personal, 12 de diciembre de 2024)

Durante 2024, si bien el grupo comenzó sus actividades con retraso, se logró ampliar la propuesta. Además de las actividades en la huerta del Centro Comunal, también cosecharon verduras que llevaron a Mi Casita y utilizaron en su taller de cocina. La tallerista del centro, quien denomina su espacio “cocinoterapia”, se dirigió a quien escribe y propuso vincular ambas actividades (huerta-cocina). Esta articulación fue considerada muy enriquecedora, ya que no solo se promueve una alimentación saludable e instala la posibilidad de aprender recetas con las propias verduras que siembran, sino que también se genera un circuito productivo, desde la siembra hasta el plato, promoviendo autonomía, soberanía alimentaria y sentido de comunidad, puntos claves del proyecto.

Desde sus inicios, la huerta se ha consolidado como un espacio seguro. Allí se siembra, se cosecha, se cocina, se aprenden habilidades, se crean redes y se genera sentido de

pertenencia. La comunidad se mantiene como base fundamental de la promoción de la salud mental y de la autonomía¹⁰.

Mi Casita no solo fue protagonista del proyecto Cultivando Desarrollo en el periodo 2023-2024, también lo fue desde la mirada del trabajo social, este grupo representa un ejemplo del potencial transformador de estos espacios comunitarios. La huerta se convirtió en un lugar de encuentro, aprendizaje e inserción social.

Es importante aclarar que este trabajo no busca poner en primer plano la figura del trabajo social, sino visibilizar que sin esa presencia, muchas de estas acciones no se hubieran sostenido. Si bien el encargado de la huerta enseñó con gran dedicación las tareas de siembra, desmalezado y cosecha, la permanencia y participación del grupo no hubiera prosperado sin el acompañamiento social. Con recursos materiales escasos y múltiples desafíos, el aporte del trabajo social resultó fundamental, especialmente en el trabajo de campo.

Cultivando Desarrollo se presenta así como un espacio alternativo de promoción comunitaria de la salud mental. El proyecto también contribuye a desmitificar y reducir el estigma que recae sobre las personas con padecimiento mental. A través del trabajo comunitario, se rompe con la percepción de que estas personas deben ser aisladas o temidas. Aunque su eje principal es educativo, los efectos en el bienestar psicoemocional de los participantes son evidentes.

No obstante, uno de los desafíos del proyecto sigue siendo la articulación. Finalizando 2024, la falta de continuidad en el trabajo social provocó que la participación de Mi Casita se redujera notablemente, evidenciando la necesidad de fortalecer la planificación institucional para lograr una integración más sostenible y efectiva en el tiempo. En 2025 ante la ausencia del trabajo social en el proyecto, también fue ausente la participación de Mi casita en las actividades de huerta, lo que afirma aún más la idea anteriormente mencionada.

En la experiencia desarrollada a lo largo del proyecto, la intervención desde el trabajo social no se limitó a acompañar un grupo de usuarios de salud mental, sino que implicó la construcción activa de puentes entre las personas, los espacios, las instituciones y los recursos del territorio. Esto fue posible gracias a una perspectiva que considera a los sujetos no como objetos de intervención, sino como protagonistas de sus procesos vitales.

¹⁰ Incluso los usuarios propusieron plantar un árbol que simbolice su presencia en el predio. Desde el trabajo social se gestionó la donación del árbol y se acompañó la actividad, lo que refuerza el vínculo simbólico con el territorio y fortalece el sentido de pertenencia.

Desde esta mirada, la disciplina en materia de salud mental no se enfoca en la patología o en el diagnóstico clínico. Por el contrario, parte de una comprensión integral de la persona, donde su historia, sus vínculos, su contexto y sus posibilidades son centrales. Este enfoque permite trascender el abordaje biomédico, aún hegemónico, y promover intervenciones que habiliten la palabra, la participación y la autonomía.

Durante el desarrollo del proyecto, fue evidente que el trabajo social pudo aportar significativamente a la comprensión de las trayectorias individuales de los usuarios, de los procesos singulares, identificando obstáculos y recursos tanto personales como sociales. Este tipo de intervención no solo favorece la inclusión social, sino que también transforma los imaginarios sobre la locura, la enfermedad mental y la discapacidad psicosocial. En este sentido, el trabajo social actúa como mediador cultural, capaz de disputar sentidos, construir narrativas alternativas y habilitar procesos de resignificación.

Pese a estas dificultades, la experiencia mostró que la intervención profesional, aun en condiciones precarias, puede generar impactos significativos cuando se basa en el compromiso ético, la escucha activa, la construcción colectiva y el trabajo en red. La experiencia de huertas comunitarias no fue solo una propuesta de integración laboral o recreativa. Fue, sobre todo, una apuesta por la dignidad, por la creación de vínculos significativos y por la posibilidad de construir comunidad.

La experiencia del grupo Mi Casita permitió problematizar las tensiones entre modelos de atención más tradicionales y propuestas que apuestan por la autonomía, la inclusión y la participación de las personas usuarias. Asimismo, se evidenció la importancia del compromiso sostenido de actores comunitarios como la Comisión de Apoyo al Enfermo Mental para sostener espacios de cuidado ante la insuficiencia de recursos estatales.

Cultivando Desarrollo representó una experiencia innovadora en clave comunitaria, donde la participación activa de personas con padecimiento mental en actividades de huerta generó transformaciones tanto subjetivas como colectivas. La propuesta no solo contribuyó a mejorar aspectos vinculados a la salud física y emocional, sino que también promovió vínculos sociales, espacios de encuentro intergeneracional, aprendizajes significativos y sentidos de pertenencia.

Es posible afirmar que estas experiencias permiten revalorizar las prácticas comunitarias como estrategias fundamentales para pensar otra salud mental posible. Una salud mental

construida colectivamente, basada en la participación activa, el reconocimiento de la diversidad y el fortalecimiento de la autonomía de las personas. En este sentido, la comunidad se configura no sólo como un escenario de intervención, sino como un verdadero agente de transformación.

Es posible avanzar más allá de los enfoques de la salud comunitaria y situarse en el marco de la salud mental colectiva con una mirada preventiva que tiende a visibilizar los espacios donde se genera y se produce el bienestar. Este planteo es pertinente porque tanto Cultivando Desarrollo como Mi Casita son concebidos por quien escribe espacios alternativos, comunitarios y colectivos, capaces de habilitar el reconocimiento y la promoción de la salud mental en el territorio.

En este sentido, la salud mental entendida desde una perspectiva colectiva, se encuentra profundamente vinculada a las condiciones de vida y a las garantías que el Estado ofrece para el ejercicio pleno de los derechos humanos (Silva, 2022). Desde esta mirada, no se trata únicamente de identificar dónde hay sufrimiento o malestar, sino también de preguntarse dónde se produce salud mental, es decir, en qué condiciones, prácticas y vínculos se generan experiencias de bienestar, autonomía y participación. La salud mental, entendida como parte del proceso vital y social, se configura en una dinámica dialéctica entre salud y enfermedad, como polos que se oponen y se complementan, y cuya articulación depende en gran medida de los entornos en los que las personas desarrollan su vida.

En este marco, las políticas públicas tienen un papel fundamental, ya que son las encargadas de la distribución de los recursos, garantizar o restringir el acceso a bienes, servicios, derechos básicos como la educación, la vivienda, el trabajo digno, la salud integral, la participación social y la promoción de vínculos comunitarios.

Tal como plantea Silva, el análisis de la salud mental colectiva exige considerar las lógicas estructurales que orientan la distribución de los recursos y que configuran las condiciones de vida de las personas. Por ello, preguntarse “¿qué enferma y por qué enferma?” desplaza el foco desde la patología individual hacia los determinantes sociales, económicos y políticos del malestar, permitiendo visibilizar que el sufrimiento psíquico muchas veces es expresión de contextos de exclusión, desigualdad y vulneración de derechos.

Es preciso no solo desde las organizaciones colectivas sino también desde el sector de la salud crear nuevos modos de promover salud mental, en palabras de Betancur (2022)

Generar estrategias de articulación que se traduzcan en el enriquecimiento y reconocimiento de la diversidad de formas de producción de salud y salud mental en los escenarios cotidianos en los que transcurre la vida, entendiendo que la salud mental no es la ausencia de enfermedad ni se reduce a las disposiciones individuales en el orden de lo biológico, lo psicológico o lo social, sino que habla de formas vinculares que propenden por la transformación de los vínculos humanos y de la subjetividad (p.89).

En la misma línea, el artículo 17 de la vigente normativa 11.529 refuerza esta perspectiva al afirmar que:

El proceso de atención debe realizarse preferentemente en el ámbito comunitario, en coordinación desde ese ámbito hacia los niveles de mayor complejidad cuando sea necesario. Esta atención se realizará en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial y estará orientado a la promoción, reforzamiento y restitución de los lazos sociales.

Capítulo 4

Trabajo social y construcción de alternativas colectivas en salud mental

Este capítulo aborda el papel que cumple el Trabajo Social en el campo de la salud mental, con especial énfasis en los enfoques comunitarios impulsados por el nuevo paradigma vigente. Se reflexiona sobre la normativa legal 19.529, sobre el rol interdisciplinario de los equipos de salud mental, especialmente el Trabajo social como disciplina clave en la promoción de derechos, el fortalecimiento de la autonomía y la construcción de alternativas colectivas. Se analiza la experiencia concreta de intervención: el trabajo con el grupo “Mi Casita” dentro del proyecto Cultivando Desarrollo, destacando los aportes, desafíos y limitaciones que emergen al incorporar el enfoque de derechos y la perspectiva comunitaria en el campo.

4.1 Vínculo Trabajo Social y salud mental

Desde sus inicios, el Trabajo Social ha estado estrechamente vinculado al campo de la salud. En la actualidad, este vínculo adquiere un nuevo sentido a partir de los cambios introducidos por el paradigma de salud mental comunitaria, que desplaza el eje desde los espacios hospitalarios hacia dispositivos alternativos, extrahospitalarios, comunitarios y colectivos orientados a la promoción y protección de la salud mental. El Trabajo social transitó de ser una profesión con mandato médico sanitarista a una profesión con autonomía, objetivos y funciones propias.

La ley 19.529 establece un marco legal que reconoce explícitamente la importancia del enfoque interdisciplinario en los equipos de salud mental. En su artículo 3 inciso F, subraya la necesidad de garantizar una atención integral que respete los principios de la bioética y los derechos humanos, mediante equipos que trabajen de forma interdisciplinaria: “La calidad integral del proceso asistencial con enfoque interdisciplinario, que de acuerdo a normas técnicas y protocolos de atención, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud.”

En este contexto, articular teoría y práctica desde una perspectiva de derechos humanos implica reconocer que la salud mental no puede abordarse solo desde lo clínico o biomédico, sino que exige comprender tanto las condiciones sociales como las dimensiones subjetivas

que atraviesan a las personas. Aquí el Trabajo Social cumple un rol fundamental, no como mero apoyo, sino como disciplina con capacidad para analizar, comprender y transformar los procesos sociales y subjetivos que inciden en el bienestar de las personas y las comunidades.

El Trabajo Social desempeña un papel clave en la promoción de la autonomía de las personas usuarias en salud mental. Su intervención se orienta no solo al desarrollo de herramientas que permitan afrontar situaciones de vulnerabilidad, sino también al fortalecimiento de la autogestión, la autonomía y el ejercicio pleno de los derechos, tanto en el plano individual como colectivo.

Tal como plantea Galende (1997), la salud mental de una comunidad no puede desligarse de su contexto social e histórico:

La salud mental de una comunidad está determinada social e históricamente. Es un proceso resultante de las condiciones de vida, de la historia y de los proyectos de una sociedad. Cada cultura marca a sus miembros con el particular significado que le da a la realidad (p. 10).

Esta mirada refuerza la necesidad de abordar la salud mental desde una lógica comunitaria, comprendiendo que las problemáticas no son sólo individuales, sino que reflejan procesos sociales complejos. El Trabajo Social aporta en este sentido una lectura crítica e integral, capaz de intervenir tanto en la singularidad de las trayectorias de vida como en las dinámicas grupales y sociales.

El concepto de autonomía, fundamental en los procesos de recuperación y reintegración social ha sido trabajado por Castoriadis (1975), quien sostiene que no se trata de la eliminación del discurso del otro, sino de la posibilidad de construir autonomía a partir del reconocimiento del otro y la elaboración conjunta de significados:

La autonomía está lejos de percibirse como la eliminación pura y simple del discurso del otro, sino una elaboración de este discurso, en el que el otro no es material indiferente, sino que cuenta como contenido de lo que en él se dice (p. 13).

Desde esta perspectiva, la autonomía no es un hecho individual ni aislado, sino un proceso que se construye en el marco de vínculos sociales, de experiencias colectivas y de

participación activa en espacios que promuevan la escucha, el intercambio y el reconocimiento mutuo.

Aunque desde los dispositivos comunitarios no siempre se realizan demandas explícitas hacia el Trabajo Social, las necesidades reales del territorio —y las teorías que sustentan la práctica profesional— evidencian su relevancia tanto en la promoción como en la asistencia, especialmente en lo grupal y organizativo.

Siguiendo esta línea, Dell’Anno (2007) plantea que el trabajo social con grupos en un contexto de exclusión, empobrecimiento e incertidumbre, puede y debe ser una estrategia ética y política que recupere los principios de solidaridad, equidad y derechos humanos: “Desde una clara posición axiológica que enfatiza el respeto por los derechos humanos, la equidad y la solidaridad, se propone al grupo como espacio de intervención profesional para el Trabajador Social comprometido con estos valores” (p. 273).

El Trabajo Social, entonces, no solo aplica técnicas o produce diagnósticos; también tiene la capacidad de intervenir en el plano de lo simbólico, lo histórico y lo subjetivo. Su mirada abarca los procesos culturales, relacionales y biográficos que configuran las trayectorias de las personas. Esto lo posiciona como un actor clave en los dispositivos y proyectos de salud mental comunitaria.

Como señalan Solitario et al. (2007), la complejidad de la salud mental en contextos comunitarios exige un abordaje que no solo sea interdisciplinario, sino también intersectorial, en donde se integren múltiples miradas y saberes que den cuenta de las diversas dimensiones que afectan la vida de las personas. Esto permite superar la visión exclusivamente médica o asistencial, abriendo camino a intervenciones más amplias y transformadoras. “Reconocer que la complejidad de la problemática implica un abordaje interdisciplinario e intersectorial” (p. 65).

No obstante, es fundamental comprender que la interdisciplina no implica una suma de especialidades, ni una relación jerárquica entre saberes. Por el contrario, se trata de una práctica que cuestiona el poder unidireccional del experto sobre el sujeto, promoviendo una relación horizontal, basada en el respeto y la construcción conjunta del conocimiento. Así lo plantean Solitario et al. (2007):

La interdisciplina se aleja del establecimiento rígido de una relación de asistencia entre el profesional y el sujeto objeto de su práctica, y de la institucionalización del enfermo. No ejerce un poder sobre los sujetos que los desproveen de sus derechos ciudadanos, para convertirlos en meros objetos de conocimiento (p. 67).

Desde esta perspectiva, el Trabajo Social tiene mucho que aportar. Sin embargo, para que su participación sea efectiva y reconocida, es necesario fortalecer la comprensión de su especificidad profesional. De Jong (2001) lo expresa con claridad:

En el abordaje interdisciplinario, cada disciplina aporta a la construcción del todo desde su propia especificidad. Por lo tanto, es importante tener en claro la especificidad del Trabajo Social para poder establecer con los otros miembros del equipo un acuerdo ideológico, epistemológico y teórico indispensable para la comprensión de la diversidad de los conflictos que se presentan en la intervención (p. 45).

Esta claridad conceptual es indispensable para que el Trabajo Social no sea reducido a tareas administrativas, ni suplantado por perfiles técnicos que no comparten su formación crítica, ni su orientación hacia la transformación social (Ley N° 19.778, 2019)¹¹.

A su vez, en este nuevo paradigma de atención comunitaria en salud mental, el Trabajo Social debe generar nuevas estrategias de conocimiento y de intervención que contemplen las trayectorias de vida, las subjetividades, los conflictos cotidianos y los sentidos que las personas otorgan a sus experiencias.

Ferrarotti (2007) ofrece una perspectiva enriquecedora al señalar que la intervención social no puede reducirse a diagnósticos impersonales o mediciones cuantitativas. Por el contrario, propone que al intervenir debemos ver una historia de vida, un relato cargado de experiencias, de recuerdos, de sentidos. En palabras del autor “¿Qué es lo que vemos cuando miramos? Miramos con los ojos y vemos con los recuerdos, las impresiones, las lecturas precedentes” (p. 33).

¹¹ Ley N°19778 Regulación del ejercicio de la profesión del trabajo social o servicio social, promulgada el 16 de agosto de 2019. El ejercicio de la profesión universitaria de Trabajo Social o Servicio Social en el territorio nacional quedará sujeto a las disposiciones de la presente ley.

En este sentido, el método biográfico permite ir más allá del dato aislado o del síntoma clínico. Invita a comprender la historia como un proceso complejo y situado, donde lo personal y lo colectivo se entrelazan. Escuchar a la persona desde su propia narrativa implica también, como dice Ferrarotti, renunciar al “capital privado e instrumento antagónico de confrontación y de poder” (p. 27), es decir, despojarse de prejuicios, creencias propias y posiciones de autoridad, para abrirse realmente a la experiencia del otro.

Esta perspectiva resulta especialmente pertinente para el campo de la salud mental, ya que permite abordar el sufrimiento desde una lógica de reconocimiento, no de patologización. La historia de vida se convierte en puerta de entrada para la intervención, reconociendo a la persona como sujeto activo, con capacidad de decir, de decidir y de construir.

4.2 Grupo “Mi Casita” y el Trabajo Social

El grupo denominado “Mi Casita” fue uno de los principales referentes dentro del proyecto Cultivando Desarrollo durante el período 2023-2024. Sin embargo, su protagonismo no solo radicó en su participación comunitaria, sino también en la oportunidad que brindó para profundizar la mirada del Trabajo Social en el campo de la salud mental desde una perspectiva situada.

A través de esta experiencia, se pusieron en evidencia diversas inquietudes y desafíos que enfrenta el Trabajo Social al involucrarse en espacios comunitarios que, si bien no tienen como objetivo explícito la atención en salud mental, en la práctica sí promueven el bienestar psicosocial y el fortalecimiento de los lazos colectivos.

Desde la mirada del Trabajo social, el trabajo de campo realizado en el espacio de huerta comunitaria reveló una especie de paradoja: las demandas hacia el Trabajo Social no estaban claramente orientadas a promover salud mental, sino más bien a acompañar las dinámicas grupales, facilitar la coordinación entre instituciones y contribuir a la dimensión pedagógica del proyecto. A pesar de ello, el impacto sobre la salud mental de los y las participantes fue evidente.

Este enfoque encarna los principios del nuevo paradigma de salud mental establecido por la ley 19.529, que enfatiza la importancia de la comunidad como espacio legítimo de atención y restitución de derechos. Sin embargo, en la práctica local —particularmente en la ciudad de Fray Bentos— la salud mental sigue estando fuertemente medicalizada y centralizada en

modelos hospitalarios, sin un verdadero reconocimiento del rol que los proyectos comunitarios pueden tener como dispositivos de promoción y prevención.

En este sentido, la presencia del Trabajo Social dentro del proyecto Cultivando Desarrollo —y específicamente en el acompañamiento al grupo Mi Casita— funcionó como único recurso profesional con una mirada explícita sobre salud mental comunitaria, proponiendo un enfoque basado en los derechos, la inclusión y la autonomía.

La participación se centró en fomentar la grupalidad, la cooperación y la vinculación con otros actores sociales, así como también en sostener el espacio simbólico y afectivo necesario para el desarrollo subjetivo de los y las participantes. Sin embargo, esta función fue ejercida en solitario, sin un equipo interdisciplinario que respalde la intervención, lo que vuelve aún más visible la fragilidad existente en el abordaje comunitario de la salud mental.

El proyecto aunque no lo especifique teóricamente, promueve la salud mental de las personas partícipes, le interesa la participación del grupo Mi Casita porque tiene un gran aspecto inclusivo y social, pero a su vez no se reconoce la importancia que tiene el proyecto como promotor de salud, porque no cuenta con los recursos humanos para sostenerlo. Es así que, el único recurso humano de sostén, promoción e insistencia de la salud mental comunitaria ha sido la participación de quien escribe en el proyecto. Sin desmerecer la participación activa que sostuvo el encargado en el espacio de huerta propiamente dicho, pero sus funciones no fueron de apoyo y coordinación de grupo con la disciplina, sino más bien de respuesta inmediata a necesidades de mantenimiento del territorio, construcción de invernaderos en las demás instituciones, etc, asimismo siempre mostró una respuesta colaborativa y positiva con los grupos, al igual que la encargada del predio municipal.

A partir del trabajo realizado, se identifica y desarrolla en el siguiente apartado una serie de obstáculos y limitaciones que condicionan de alguna manera el impacto del trabajo social en este campo:

- Falta de aplicación real de la ley: aunque la Ley 19.529 propone un enfoque comunitario, interdisciplinario e intersectorial, en la práctica no se ha incorporado sistemáticamente en el nivel local. La ley es poco conocida, tanto en equipos técnicos como en espacios comunitarios, y no guía las políticas ni las prácticas concretas.

- Ausencia de mirada integral sobre la persona usuaria: las personas con un diagnóstico psiquiátrico continúan siendo abordadas desde un enfoque centrado en lo médico sanitario. Son vistas como “pacientes” y no como sujetos de derecho con necesidades sociales, económicas y afectivas.
- Estigmatización y fragmentación: a pesar de los avances discursivos, el estigma sigue presente. Las personas con sufrimiento psíquico suelen ser encasilladas y excluidas de espacios comunes, lo que refuerza la separación entre “normales” y “anormales”, reproduciendo lógicas de exclusión.
- Desvalorización del rol profesional del Trabajo Social: en muchos casos, el Trabajo Social es visto como una función “auxiliar”, más ligado a la gestión o a la logística, que como una disciplina con herramientas específicas para intervenir en procesos complejos de subjetivación, autonomía y transformación social.

Así como se mencionó anteriormente algunas debilidades, también es importante mencionar que este enfoque comunitario tiene grandes potencialidades.

Es importante aclarar que darle relevancia a lo comunitario no significa abandonar el conocimiento clínico, ni negar la importancia de la intervención médica en salud mental. Más bien, implica reconocer que la salud mental es una construcción social y que su atención debe incluir múltiples miradas, especialmente aquellas que recuperan la historia de vida, el entorno social y la posibilidad de transformar la realidad cotidiana. Como plantea Galende: “La salud mental debe concebirse como inherente a la salud integral y al bienestar social de los individuos, familias, grupos humanos, instituciones y comunidad” (p. 1).

En este sentido, los aportes del Trabajo Social son insustituibles. Aporta una mirada situada, crítica y relacional, que permite identificar no solo el malestar, sino también las potencialidades de las personas, los grupos y los territorios. El enfoque comunitario se alinea con esta perspectiva, porque resignifica la función de las disciplinas, incluido el rol tradicional de la psiquiatría, y promueve intervenciones más horizontales, preventivas e inclusivas.

El trabajo realizado junto al grupo Mi Casita permitió identificar que, aunque el proyecto Cultivando Desarrollo no se enuncia formalmente como una estrategia de atención en salud

mental, sus prácticas promueven bienestar psicosocial, inclusión y vínculos significativos, lo cual constituye una forma efectiva de prevención y promoción en este campo.

A partir de lo recogido en el trabajo de campo, se evidencia que la ley no se encuentra internalizada ni aplicada en los niveles comunitarios, y que la salud mental en Fray Bentos muestra carencias estructurales profundas tanto en lo hospitalario como en lo territorial. Las personas con diagnóstico psiquiátrico siguen siendo vistas prioritariamente como pacientes, no como sujetos de derecho; persisten el estigma, el aislamiento y la falta de políticas de inclusión real.

Es importante señalar que el problema no es la falta de demanda, ni por parte del sistema de salud ni desde la comunidad. El punto crítico radica en que no se reconoce plenamente la importancia del enfoque comunitario, ni se cuenta con los recursos técnicos ni profesionales para sostener intervenciones desde una lógica integral, como propone la Ley 19.529.

Desde este enfoque, la experiencia del Trabajo Social no solo es válida, sino también urgente: aporta una perspectiva situada, sensible a la complejidad social, histórica y subjetiva de los malestares contemporáneos, y construye puentes entre personas, instituciones y derechos.

En relación a este último capítulo, se propone y reflexiona que el trabajo social se encuentra, muchas veces, invisibilizado dentro de los proyectos de salud mental comunitaria, a pesar de contar con herramientas analíticas, metodológicas y éticas para intervenir con calidad. Las ciencias sociales tienen un papel estratégico en el nuevo paradigma, pero para cumplirlo deben dejar de estar a la sombra.

Para ello, resulta imprescindible avanzar en algunas propuestas concretas:

- Visibilizar la función del Trabajo Social como disciplina clave en salud mental, tanto a nivel institucional como en el diseño de políticas públicas.
- Fortalecer la formación académica específica en salud mental dentro de la carrera de Trabajo Social, incorporando espacios curriculares que aborden esta temática de forma profunda, crítica y situada.
- Impulsar equipos interdisciplinarios reales, donde el Trabajo Social no solo esté presente, sino que pueda aportar desde su especificidad profesional, articulando con

otras disciplinas en condiciones de igualdad.

- Promover la investigación y la producción de conocimiento desde el Trabajo Social en el campo de la salud mental, contribuyendo a la construcción de un saber situado y comprometido.

Tal como ocurre con la carrera de Trabajo Social en Argentina, especialmente en la Facultad de Ciencias Sociales en Universidad de Buenos Aires (UBA), donde se trabaja la salud mental a partir de programas, cátedras y cursos (Cátedra Problemática de la salud mental en Argentina, 2025; Programa de Actualización en Determinantes de la Salud Mental en el campo de las Ciencias Sociales, 2025, UBAsociales, entre otras). Uruguay necesita avanzar en este sentido para garantizar intervenciones más efectivas y generar profesionales especializados con mayor legitimidad técnica y política.

En la actualidad, ya no son solo los expertos quienes opinan sobre salud mental: la sociedad entera discute, interpela y busca respuestas. En ese contexto, el Trabajo Social tiene la responsabilidad y el derecho de ocupar un lugar activo y legítimo en los dispositivos, tanto institucionales como comunitarios.

Si no se valoran ni se fortalecen los saberes sociales, difícilmente se podrá construir una salud mental integral, centrada en los derechos humanos y en la autonomía de las personas. Por eso, la participación activa del Trabajo Social en proyectos comunitarios como Cultivando Desarrollo no es un complemento: es una necesidad urgente.

Consideraciones finales

Durante el desarrollo de los capítulos, se señala un proceso de transición en materia de salud mental, desde un modelo tradicional, conservador y manicomial, hacia un enfoque más comunitario, integrador y centrado en los derechos humanos, para lo cual se ejemplifica con la participación del grupo Mi Casita en el proyecto Cultivando Desarrollo, cuya experiencia permitió anclar teóricamente muchas de las transformaciones actuales.

En este contexto, resulta fundamental continuar profundizando en el caso de la ciudad de Fray Bentos, para identificar con mayor precisión los recursos, programas y proyectos disponibles para la población. De este modo, se podrá visibilizar la importancia de desarrollar y sostener propuestas que promuevan prácticas comunitarias y alternativas al encierro, que colaboren en el fortalecimiento de la autonomía y el bienestar integral de las personas.

La implementación de la Ley 19.529 supuso un punto de inflexión al plantear el reemplazo progresivo de las prácticas manicomiales por dispositivos de atención basados en el enfoque comunitario. Dar a conocer estas experiencias no solo amplía el campo de intervención, sino que también convierte estas prácticas en herramientas valiosas y replicables para múltiples disciplinas que abordan la salud mental desde una perspectiva integral, humanizada y centrada en el sujeto.

Incluir la mirada del Trabajo Social en este documento resultó oportuno y necesario, ya que esta disciplina permite recuperar la dimensión social del sufrimiento psíquico, habitualmente excluida de los dispositivos de atención. Si bien se ha reconocido la influencia de los factores sociales en los procesos de salud/enfermedad mental, aún persiste una mirada fragmentada que limita su inclusión como componente estructural de la atención, la promoción y la prevención. Por ello, el Trabajo Social, tanto desde su función asistencial como desde su enfoque promocional, tiene un papel crucial que desempeñar en este campo, aportando no solo herramientas metodológicas, sino también posicionamientos éticos y políticos que enriquecen la intervención (Claramunt, 2009).

Asimismo, es urgente expandir y profundizar la especificidad del Trabajo Social en salud mental, reconociendo que no se trata solo de una profesión de apoyo, sino de una disciplina con una base teórica, científica y epistemológica capaz de contribuir de manera significativa al trabajo interdisciplinario en este ámbito.

Por otra parte, el cambio de paradigma en salud mental, impulsado por la ley de 2017, ha representado una transformación progresiva pero aún insuficiente. Si bien existen acciones y discursos que apuntan en la dirección correcta, el ritmo del cambio ha sido lento y con múltiples resistencias. Una implementación efectiva de este nuevo enfoque requiere no sólo la implicancia de los profesionales, sino también una firme voluntad política y un compromiso real del Estado en cuanto a recursos, planificación y acompañamiento institucional.

Es importante destacar que disciplinas tradicionalmente vinculadas “a los saberes psi” como la psiquiatría o la psicología, han comenzado a repensar sus enfoques y abrirse a modelos más inclusivos. Sin embargo, para consolidar este cambio, es imprescindible trascender la centralidad del diagnóstico y el tratamiento, incorporando con fuerza la prevención y la promoción de la salud mental como estrategias complementarias.

En concordancia con los aportes de Becker (2009), se señala que los usuarios de salud mental históricamente fueron considerados “outsiders”, es decir, sujetos señalados, marginalizados o peligrosos, muchas veces encerrados o excluidos. Quien escribe señala que hoy se transita hacia una sociedad que comienza a cuestionar quién define la norma y desde dónde se produce la desviación. El cambio de paradigma implica justamente esto: dejar de ver a las personas desde el déficit, el encierro o la enfermedad, para pensar en su autonomía, su ciudadanía y sus derechos.

Desde el Trabajo Social, resulta fundamental contribuir a esta transformación. No se trata sólo de intervenir sobre situaciones problemáticas, sino de generar condiciones sociales que permitan recuperar trayectorias de vida, acompañar procesos, garantizar derechos y fortalecer vínculos comunitarios. La salud mental no puede seguir siendo patrimonio exclusivo de la medicina; debe abrirse a otros saberes que, lejos de competir, colaboren en una atención más justa, diversa y cercana a las personas.

Es indispensable que la atención al padecimiento psíquico se realice en el marco de la vida cotidiana, respetando el contexto social de cada persona, promoviendo su dignidad y garantizando condiciones de existencia dignas. Pensar en los sujetos como portadores de derechos, y no desde su discapacidad o diagnóstico, es dar un paso hacia una sociedad menos estigmatizante y más democrática.

Por último, si bien la salud mental ha ganado un lugar relevante en el discurso social —incluso cotidiano— aún se evidencia una profunda brecha entre lo que se dice y lo que se hace (Silva & Carballo, 2019). Los sistemas públicos de salud continúan mostrando debilidades estructurales en lo que respecta a atención, cobertura y recursos. A esto se suman nuevos desafíos como los efectos del mundo virtual, la sobreinformación y la creciente fragilidad de los vínculos sociales. En este contexto las generaciones actuales —especialmente las más jóvenes— juegan un rol clave: han crecido en un contexto que reconoce la salud mental como un tema de interés colectivo, no como un tabú. Son ellas, en muchos casos, quienes impulsan la demanda de cambio, visibilizan el malestar y reclaman políticas públicas acordes a las necesidades actuales.

Este nuevo escenario exige que los profesionales, las instituciones y la academia estén a la altura, no solo para responder a estas demandas, sino para construir, junto a las personas, una salud mental más inclusiva, comunitaria y respetuosa de los derechos humanos.

Referencias

- Amarante, P. (2006). *Locos Por La Vida*. Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- Amares. (2006). Salud Mental Comunitaria en el Perú: Aportes temáticos para el trabajo con poblaciones. Lima, Ministerio de Salud.
- Arias Lopez, B. E. (2022). *Disputas y avatares en torno al sujeto de la salud mental colectiva*. Fronteras [en línea] n. 18, pp. 22-32
- Batthyány, K y Cabrera, M (coord.). (2011.). *Metodología de la investigación en ciencias sociales: apuntes para un curso inicial*. Ediciones Universitarias.
- Becker, H. (2009). Outsiders. Hacia una sociología de la desviación. Buenos Aires, Siglo XXI. Prólogo a la edición 2005. pp. 11-17. Capítulo 1. pp.21-37. Capítulo 8. pp.167-182.
- Betancur, C. (2022). *Salud mental colectiva como proceso cotidiano: el caso de dos organizaciones culturales en Medellín, Colombia*. <http://orcid.org/0000-0001-6687-5502>
- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (2000). Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud, Ottawa, Canadá, 21 de noviembre de 1986.
- Cátedra - Problemática de la Salud Mental en Argentina (s.f.), Grupo de Estudios sobre Salud Mental y Derechos Humanos. <https://gesmydhiigg.sociales.uba.ar/catedra-problematika-de-la-salud-mental-en-argentina/>
- Castoriadis, C. (1975). *La institución imaginaria de la sociedad*. Buenos Aires: Tusquets.
- Claramunt, A. (2009). “El Trabajo Social y sus múltiples dimensiones: hacia la definición de una cartografía de la profesión en la actualidad”. Fronteras, n.5, pp. 91-104.
- Comisión Nacional de Apoyo a la Salud Mental (s.f.). Desde 1948 acompañando a la Salud Mental. <https://www.chpp.org.uy/index.php/sobre-nosotros/>
- Dell’Anno, A., & Teubal, R. (2006). *Resignificando lo grupal en el Trabajo Social*. Espacio Buenos Aires.

- De León, N. (2013, Diciembre). *Salud mental en debate* [Pasado, presente y futuro de las políticas en salud mental]. Montevideo, Uruguay.
- De Jong, E. (2001) *La familia en los albores del nuevo milenio*. Buenos Aires: Espacio.
- Dotti, G. (2024). *Salud Mental en Uruguay: Ley 19529 desde su implementación hasta la actualidad*. Revista Uruguaya de Enfermería; 19 (1).
- El Centro Martínez Visca*. (2021, 7 de octubre). Ministerio de Salud Pública, Uruguay. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/centro-martinez-visca>
- Ferrara, F. A. (1975). *En torno al concepto de salud mental*. Revista de Salud Pública; 8. Buenos Aires.
- Ferrarotti, Franco (2007). Las historias de vida como método, Convergencia. Revista de Ciencias Sociales, vol. 14, núm. 44, mayo-agosto, pp. 15-40. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México.
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico: curso en el Collège de France (1973-1974)* (J. Lagrange, Ed.; H. Pons, Trans.). Fondo de Cultura Económica.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental* [Para una crítica de la razón psiquiátrica]. Buenos Aires.
- Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto: psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual* (Paidós ed.). Buenos Aires.
- Goffman, E. (1988). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* (M. A. Oyuela de Grant, Trans.). Amorrortu.
- Gorosterrazú, J., Pavloff, F., & Suhr, S. (2024). *Diagnóstico de situación de salud mental del departamento de Rio Negro*. Uruguay.

Gorosterrazú, J., Pavloff, F., & Suhr, S. (2024). *Plan de acción departamental de salud mental de Rio Negro*. Uruguay.

Iamamoto, M. (2003). *El servicio social en la contemporaneidad : Trabajo y formación profesional* (A. Pastorini, C. Montaña, Trad.). Biblioteca Latinoamericana de Servicio Social: Cortez Editora. (Obra original publicada en 1998).

Ley N° 19.529 Salud Mental. Poder Legislativo, República Oriental de Uruguay. Montevideo, 24 de agosto de 2017. GUB. UY

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2022-01/Res%201165%202021.pdf>

Ley del Psicópata 9.581 (1936). Organización de la Asistencia a Psicópatas. Montevideo, Uruguay. Recuperado el 2 de septiembre de 2025 de

<https://www.impo.com.uy/bases/leyes-originales/9581-1936>

Ley N.º 11.139 (1948). Patronato del Psicópata. Montevideo, Uruguay. Recuperado el 2 de

septiembre de 2025 de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/11139-1948>

Ley 19.529 (2017). Ley de Salud Mental. Montevideo, Uruguay. Recuperado el 2 de septiembre de 2025 de

<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>

Ley 19778 (2019). Regulación del ejercicio de la profesión del Trabajo Social o Servicio Social. Recuperado el 25 de Octubre de 2025 de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19778-2019>

Liborio, M. (2013). ¿Por qué hablar de salud colectiva? *Revista Médica de Rosario*, (79), 136-141.

Martínez Dibarboure, F. . (2020). 140 años de historia del Hospital Vilardebó. *Revista Uruguaya De Enfermería*, 15(2). <https://doi.org/10.33517/rue2020v15n2a6>

Ministerio de Desarrollo Social (21 de julio de 2023). MIDES inauguró su primera casa de medio camino de salud mental con respuesta 24 horas. Recuperado el 2 de septiembre de 2025 de

<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/noticias/mides-inauguro-su-pri-mera-casa-medio-camino-salud-mental-respuesta-24-h>

Ministerio de Salud Pública. (9 de enero de 2024). Comisión Nacional de Apoyo a la Salud Mental. Recuperado el 2 de septiembre de 2025 de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/comision-nacional-apoyo-salud-mental>

Noya, L., de Souza, S., Bouzá, R., Echeveste, N., Ferreira Cano, B., Morroni, W., & de los Santos, C. (2020). *Movimiento para las Autonomías. Proyecto de apoyo y ampliación del programa de integración socio cultural y productivo PTI-cerro*.

Organización Mundial de la Salud. (1948). Concepto de salud. Recuperado de <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>

Plan Nacional de Salud Mental 1986. Ministerio de Salud Pública, Uruguay. Recuperado el 2 de septiembre de 2025 de <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%201986.pdf>

Plan Nacional de Salud Mental 2020 -2027. Ministerio de Salud Pública , Uruguay. Recuperado el 2 de septiembre de 2025 de <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/noticias/msp-aprobo-plan-nacional-salud-mental-2020-2027#:~:text=El%20art%C3%ADculo%2029%2C%20asimismo%2C%20dispone,participaci%C3%B3n%20efectiva%20en%20la%20sociedad%E2%80%9D.>

Programa de Actualización en Determinantes de la Salud Mental en el Campo de las Ciencias Sociales (s.f.), .UBASociales Facultad de Ciencias Sociales. <https://www.sociales.uba.ar/determinantes-de-la-salud-mental/>

Quiénes somos - ReachingU. (n.d.). Fundación ReachingU. Recuperado el 30 de Septiembre 30, 2025, disponible en <https://reachingu.org/quienes-somos/>

Rio Negro Ahora (22 de octubre de 2024). Inauguraron Centro de Salud Mental en Fray Bentos. Recuperado el 2 de septiembre de 2025 de

<https://rionegroahora.com/2024/10/22/inauguraron-centro-de-salud-mental-en-fray-bentos/>

Saforcada, E., castellá sarriera, j., & alfaro, j. (2015). *salud comunitaria desde la perspectiva de sus protagonistas: la comunidad*. nuevos tiempos.

Silva Cabrera, C. (2022). *Condiciones de vida, políticas públicas y derechos humanos: transversalidades desde la perspectiva de salud mental colectiva*.
<http://orcid.org/0000-0001-9792-8435>

Silva, C. y Carballo, Y. (2019). *La producción de conocimiento en Trabajo Social: notas sobre la significación ético-política, una revisión necesaria*. Fronteras, 12: 14-23.

Solitario, R., Garbus, P., & Stolkiner, A. (2007). Atención primaria de la salud e interdisciplina: dos componentes claves para las reformas en salud mental. *Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca*, 17(3).

The Pan American Health Organization (6-12 de septiembre de 1978). Declaración de Alma- Ata.

Recuperado el 2 de septiembre de 2025 de

<https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

Anexos

Anexo 1) Pautas de Entrevistas

Pauta de entrevista semiestructurada a grupo focal “Mi Casita” participantes de Cultivando Desarrollo. Esta instancia es importante para conocer la experiencia que los propios protagonistas vivencian cuando practican la actividad de huerta y que valor le dan a estos espacios productivos y recreativos. Para ello, se plantean algunas preguntas disparadoras para comenzar el encuentro.

- ¿Algún día dejaron de venir porque se sentían mal o tuvieron una recaída? y ¿por qué decidieron volver ?
- ¿Cómo impacta la huerta en la vida de ustedes ?
- Sienten que es una actividad más de terapia, económica, de supervivencia, de alimentación..
- A partir de que participas de la huerta ¿te sentís mejor ?
- ¿Qué importancia tiene Mi Casita para la vida de ustedes?

Pauta de entrevista semiestructurada a referente de CAEM Milda Marín.

- ¿Usted sigue siendo la presidenta de CAEM?
- ¿Qué es Caem ? ¿Cómo surge y en qué año ?
- ¿Actualmente está conformada la comisión?
- ¿Tiene apoyo del estado ?
- ¿De donde salen los recursos?
- ¿Mi casita surge cuando se crea CAEM?
- ¿El nombre MI CASITA lo pusieron ustedes ?
- ¿Trabajan con un psiquiatra del hospital ?
- ¿Conocen la nueva ley de salud mental?
- ¿Te parece importante que mi casita cuente con proyectos así como la huerta?
- ¿Dices que se ha perdido un poco el sentido de comunidad ?
- ¿Qué piensas sobre la salud mental en fray bentos? A nivel políticas, promoción, prevención, acciones, actividades, talleres, etc
- ¿En realidad se necesita un espacio para todo eso?

Pauta de entrevista semiestructurada a enfermera de psiquiatría del Hospital Angel M. Cuervo Bibiana Nedor. Se considera oportuno indagar en este sentido porque los usuarios de Mi Casita mantienen cierta relación con el servicio de psiquiatría del Hospital de Fray Bentos. No solo porque aún son atendidos por el psiquiatra referente de Hospital sino también porque la presidenta de CAEM le brinda asistencia tanto al Centro de rehabilitación como también a los pacientes internado en psiquiatría.

- ¿Actualmente cómo se le llama a la “sala de psiquiatría” en el Hospital?
- ¿El personal ha sido informado sobre la vigente ley de salud mental?

En cuanto a la hospitalización:

- ¿Hay personas hospitalizadas hace mucho tiempo ?
- ¿Se realizan talleres/actividades recreativas dentro del pabellón ?
- ¿todos realizan actividades, quienes quieren o según su estado ?

- ¿Se promueve que el paciente mantenga vínculos, contacto y comunicación ? es decir, ¿pueden estar acompañados durante y después del tratamiento por sus familiares ?
- ¿Se le brinda al paciente información y el consentimiento informado ?
- ¿Se sigue algún protocolo de hospitalización o depende de las necesidades de la persona con trastorno mental ?
- ¿ El ingreso siempre es voluntario ? ¿El egreso también puede ser voluntario ?
- Se podría decir que a partir de 2017 con la vigente ley de salud mental, ¿la sala de psiquiatría adaptó su funcionamiento o sigue funcionando tradicionalmente ?