



Facultad de
Psicología

Repensar la salud mental en Uruguay: hacia horizontes de dignidad, comunidad y derechos

Autora: Ihara Aldana Abreu Olivera
CI:5.094.626.4

Docente tutor: Enrico Irrazabal
Docente revisor: Fernando Texeira

Montevideo, Uruguay. 31/10/2025

Resumen

¿Qué entendemos por Salud mental? ¿Es simplemente la ausencia de sufrimiento, o la capacidad de mantener una vida estable y productiva según estándares sociales? Estas representaciones, presentes en el imaginario colectivo, resultan limitadas y, en muchos casos, excluyentes.

Reducir la salud mental a la funcionalidad o al rendimiento ignora la complejidad de la existencia humana y deja fuera dimensiones esenciales como el deseo, la autopercepción y la experiencia de goce en la cotidianeidad.

Este trabajo propone pensar la salud mental como un horizonte de vidas dignas, profundamente vinculado a lo comunitario, a las redes de apoyo y a las condiciones estructurales que habilitan o dificultan la vida en plenitud.

La salud mental no puede entenderse únicamente como un estado individual desvinculado de la sociedad. Stolkiner y Ardila (2001) sostienen que se trata de un campo en tensión, atravesado por factores históricos, sociales y políticos, donde las condiciones materiales de existencia influyen directamente en el bienestar psíquico.

En este marco, el presente trabajo propone un análisis crítico de la salud mental en Uruguay, explorando: la historia del modelo asistencial, la Ley 19.529 y su implementación, los desafíos estructurales y culturales, las experiencias regionales y el rol del psicólogo en la promoción de vidas dignas.

Se plantea un enfoque que integra la perspectiva histórica, los aportes teóricos y la mirada crítica sobre la práctica profesional, reconociendo que la transformación de la salud mental implica no solo cambios técnicos, sino un compromiso ético, social y político con la vida de quienes más sufren.

DESARROLLO

SALUD MENTAL Y VIDAS DIGNAS: PROFUNDIZACIÓN CONCEPTUAL.

En Uruguay, la Ley N.º 19.529 de Salud Mental 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” (Ley 19.529, Art. 2). Si bien representa un avance normativo, plantea preguntas críticas: ¿quién queda fuera de esta definición? ¿Se reduce el bienestar a la productividad y a la adaptación a estándares sociales? Estas preguntas

evidencian la necesidad de cuestionar la hegemonía de modelos centrados en la normalidad funcional, y de abrir el debate a la diversidad de experiencias, incluyendo aquellas que no se ajustan a los parámetros socialmente valorados

Desde la psicología social, con una amplia mirada se da lugar a la complejidad desde una perspectiva rizomática, así, la salud mental puede entenderse como un fenómeno que integra dimensiones humanas como deseo, creatividad, autonomía y reconocimiento de la propia subjetividad, formulación que ofrece una visión general y ética del bienestar psíquico. Deleuze y Guattari (1972/2000) plantean el deseo como fuerza vital y creativa, frecuentemente reprimida por estructuras sociales y económicas, mientras que Foucault (1976/2002) demuestra cómo normas, discursos y prácticas moldean subjetividades y regulan los modos de vivir y desear. Estos enfoques permiten comprender que el sufrimiento psíquico no es únicamente individual, sino social, emergiendo de la precarización, la violencia institucional, la exclusión y la desigualdad. Así, la salud mental se concibe como un entramado de condiciones sociales, políticas y culturales, donde los derechos humanos y la justicia social son elementos constitutivos del bienestar

Desde esta perspectiva, la salud mental se construye en la interacción entre lo individual y lo social, donde la calidad de vida y la inclusión social no son meras consecuencias de tratamientos clínicos, sino condiciones para el desarrollo pleno de la subjetividad.

El estigma constituye otra dimensión central del análisis de la salud mental. Goffman (1961) conceptualiza la carrera moral del paciente mental, describiendo cómo la institucionalización y las etiquetas sociales erosionan la identidad, la autoestima y la capacidad de acción del sujeto. Morales Calatayud (1987) complementa esta perspectiva, mostrando cómo la experiencia psiquiátrica fractura el sentido personal, incluso cuando se respetan formalmente los derechos del paciente. Estos análisis evidencian la importancia de pensar la salud mental no solo como tratamiento clínico, sino como transformación de relaciones sociales, culturales y políticas que permitan la reintegración y la autonomía de los individuos.

La Ley 19.529, promulgada en 2017, busca revertir estos procesos mediante la desmanicomialización, el enfoque comunitario, la interdisciplina y la centralidad de los derechos humanos. Sus artículos 3, 11 y 12 establecen criterios para garantizar atención digna, ambulatoria y justificada, resguardando la autonomía y la participación de los usuarios. Sin embargo, su implementación enfrenta desafíos históricos, estructurales y culturales que requieren planificación estratégica, asignación de recursos y coordinación intersectorial (De León, 2020; CNCASM, 2025). La aplicación de la ley exige no solo

cambios técnicos, sino también un compromiso social y político con la transformación de la atención en salud mental.

La resistencia social e institucional evidencia que la transformación de la salud mental no es un proceso lineal ni gratuito. En palabras de Enrico, durante la supervisión de esta tesis, “aquí está quizás la desnudez absoluta de la batalla, esto no va a ser gratis. ¿Por qué en Uruguay es tan resistencial? Esto más que una pesadumbre o desaliento es la medida del desafío y la construcción del problema a bordar. Cómo se insiste en prácticas que creemos efectivas y creamos nuevas creativas” (comentario de supervisión, comunicación personal, 2025). Esta reflexión subraya la magnitud del desafío: implementar cambios significativos implica confrontar inercias históricas, cuestionar prácticas consolidadas y sostener la creatividad en la búsqueda de nuevas estrategias que promuevan la dignidad, la autonomía y la inclusión de las personas usuarias del sistema de salud mental.

¿Qué imaginamos cuando escuchamos el término “salud mental”? ¿La ausencia de sufrimiento? ¿Tener una vida estable y sin angustias? Estas representaciones forman parte del imaginario social, pero resultan limitadas y muchas veces excluyentes. En este trabajo propongo pensar la salud mental como un horizonte de vidas dignas, profundamente vinculado a lo comunitario, a las redes de apoyo, y a las condiciones estructurales que hacen o deshacen la vida.

Una autora clave en este campo es Alicia Stolkiner, ampliamente trabajada durante la formación de grado. Su abordaje permite pensar la salud mental no como una definición cerrada, sino como un campo en tensión, donde se cruzan factores históricos, sociales y políticos. A través de su marco teórico, se puede comprender cómo las condiciones materiales de existencia influyen directamente en el bienestar psíquico, y cómo es necesario problematizar las categorías que usamos al hablar de salud y enfermedad.

La Ley 19.529 de Salud Mental en Uruguay define este concepto 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.” (Ley 19.529, Art. 2)

Esta definición plantea preguntas incómodas: ¿Quién no produce para la sociedad, entonces no tiene salud mental? ¿Es posible reducir el bienestar psíquico al rendimiento y

la productividad? Esta concepción, constituida por lógicas capitalistas, deja por fuera experiencias subjetivas que no se ajustan al ideal del ciudadano útil.

Desde mi perspectiva, la salud mental debería integrar dimensiones más humanas: el deseo, la autopercepción, el goce en lo cotidiano y la posibilidad de vivir sin ser reducido a la funcionalidad económica. Esta idea dialoga con autores como Deleuze y Guattari, quienes proponen pensar el deseo como fuerza vital y creativa, muchas veces reprimida por los sistemas de control. ¿Podemos imaginar una forma de vida donde el deseo no sea patologizado, sino habilitado? Considero que no solo intervienen mecanismos de represión —como señala la tradición psicoanalítica—, sino también formas de producción y reconducción del deseo, tal como plantea Foucault en *Historia de la sexualidad*: las sociedades no sólo reprimen la sexualidad, sino que generan normas, discursos y prácticas que moldean el deseo y contribuyen a la formación de nuevas subjetividades (Foucault, 1976/2002).

Considero que el sufrimiento psíquico no puede pensarse únicamente como trastorno individual, sino como producto de condiciones sociales adversas. El acceso desigual a recursos, la precarización de la vida, la violencia institucional y la exclusión marcan profundamente la subjetividad. En este sentido, me interesa más cuestionar el sufrimiento social que produce agotamiento psíquico y su interrelación con la atención en salud mental, que centrarme en la categorización de trastornos mentales desde un enfoque médico hegemónico.

Frente a esto, la propuesta de Stolkiner y Ardila, retomando a Juan Samaja, resulta iluminadora:

“La principal consecuencia del modelo propuesto es que nos pone de nuevo ante una tarea muy difícil pero posible... La de investigar en la realidad concreta qué es la salud. Descubirla en cada caso, allí donde se la ha perdido y aparece como problema.” (Samaja, citado en Stolkiner & Ardila, p. 1)

Este enfoque invita a abandonar las definiciones universales para observar lo particular, lo situado. Es en la escucha del sujeto, en su contexto, donde se puede reconstruir una noción de salud acorde a su existencia. Y para eso se necesitan equipos interdisciplinarios, políticas públicas sostenidas y una ética del cuidado que desborde los manuales diagnósticos.

En el contexto uruguayo, Nelson De León (1996, 2020) ha sido uno de los principales referentes en la problematización del campo de la salud mental como espacio político y

social. Desde una mirada crítica y desmanicomializadora, sostiene que las prácticas asistenciales y los marcos institucionales deben comprenderse como productos históricos, en los que se inscriben relaciones de poder, saber y control sobre los cuerpos y las subjetividades. Para De León, pensar la salud mental implica revisar los modos en que el Estado, las políticas públicas y las instituciones configuran aquello que se considera “normal” o “patológico”, habilitando o restringiendo determinadas formas de existencia. En esta línea, la transformación del campo no puede reducirse a cambios técnicos o legislativos, sino que requiere una profunda revisión cultural, ética y política de las prácticas, orientada a la construcción de una salud mental comunitaria, participativa y basada en derechos.

Si hablamos de Salud Mental, el estigma es su sombra, y si menciono el estigma es imprescindible los aportes de Goffman a esta problemática, en “Internados, la carrera moral del paciente mental”, nos acerca a la experiencia subjetiva del paciente mental, la institucionalización y el estigma, este último como “marca negativa” que se le asigna a una persona debido a una característica percibida como indeseable, o que la aleja de las normas sociales aceptadas: enfermedades mentales, raza, orientación sexual, discapacidad, el punto es que este estigma se interioriza llegando a deteriorar la identidad en la persona perjudicando su autoestima y autopercepción, si pide ayuda o no, puede depender del estigma que tenga esta persona, su familia, grupo de pertenencia o comunidad ante el sufrimiento psíquico.

El concepto de carrera moral del paciente mental, desarrollado por Erving Goffman en su obra *Internados* (1961), resulta clave para comprender los procesos de estigmatización, exclusión y deshumanización que históricamente han atravesado a las personas con trastornos mentales dentro del modelo asilar de atención. Goffman describe cómo, a través de distintas etapas, el individuo es progresivamente despojado de su identidad social previa, transformándose en un “interno” reducido a su diagnóstico, sometido a normas institucionales que erosionan su autonomía y subjetividad.

La carrera moral descrita por Goffman (1961) puede entenderse como un proceso en varias etapas que atraviesa la vida de las personas diagnosticadas con padecimiento psíquico. La fase de pre-estigmatización corresponde al momento previo al diagnóstico y etiquetamiento, cuando el sujeto aún no ha sido identificado públicamente como “enfermo mental”. La institucionalización, por su parte, genera una ruptura significativa en el proyecto vital de la persona, reduciendo su identidad a la condición clínica. A partir del trato recibido y de la etiqueta impuesta, se produce la internalización del estigma, donde el paciente comienza a asumir una visión degradada de sí mismo. Tras el egreso, la exclusión y marginación social

se manifiestan en obstáculos significativos para la reintegración social, laboral y afectiva. Finalmente, las dificultades persistentes en la reintegración evidencian cómo los efectos del estigma cierran un ciclo de marginalización, afectando no solo la autonomía y la identidad del sujeto, sino también su plena participación en la comunidad.

Este enfoque crítico encuentra eco en el análisis de Morales Calatayud (1987)), quien profundiza en las vivencias subjetivas del ser diagnosticado y hospitalizado, destacando cómo la experiencia psiquiátrica —aun cuando se respete la dignidad del paciente— implica una fractura del sentido personal y una percepción de fragilidad existencial. La hospitalización puede cuestionar profundamente las certezas previas del sujeto, afectando su modo de estar en el mundo y generando inseguridad tanto externa como interna.

Frente a estas problemáticas, la Ley 19.529 de Salud Mental, promulgada en Uruguay en 2017, propone un cambio estructural en el modelo de atención. Inspirada en los principios de los derechos humanos, esta ley impulsa un enfoque comunitario, interdisciplinario y desinstitucionalización, que se opone directamente al paradigma asilar, hoy predominante en nuestra cultura.

La Ley 19.529 establece principios fundamentales que orientan la transformación de la atención en salud mental en Uruguay, poniendo el énfasis en la dignidad, la autonomía y la libertad de las personas usuarias. El artículo 3 reconoce el derecho de toda persona a recibir cuidados que respeten estos valores, garantizando la igualdad y la no discriminación en el acceso a los servicios. En concordancia, el artículo 11 promueve el uso prioritario de estrategias ambulatorias y comunitarias, relegando el internamiento a un recurso excepcional, lo que refleja un cambio de paradigma hacia la atención centrada en la integración social y la prevención de la institucionalización. Finalmente, el artículo 12 establece criterios para que toda internación sea debidamente justificada, controlada y revisada periódicamente, asegurando la protección de los derechos de los usuarios y la supervisión ética de las intervenciones. En conjunto, estos artículos subrayan que la Ley no se limita a regular procedimientos clínicos, sino que constituye un marco orientado a la construcción de redes comunitarias sostenibles y a la consolidación de políticas públicas que promuevan la inclusión, la autonomía y el bienestar integral de las personas con padecimiento psíquico.

La ley 19529 buscaría romper el ciclo descrito por Goffman, promoviendo un entorno que favorezca la resocialización, el ejercicio de derechos y la integración plena de las personas con padecimientos psíquicos. La reforma del modelo de atención no solo plantea una

mejora en el acceso a servicios, sino que implica una transformación profunda de las relaciones sociales, los saberes profesionales y las prácticas institucionales.

Desde una perspectiva crítica, Silvia Grinberg (2011) plantea que los discursos y prácticas vinculados a la salud mental operan como dispositivos de regulación social, orientados a producir sujetos “normales”, adaptados y funcionales al orden vigente. En su análisis sobre las formas contemporáneas de gobierno, la autora advierte que la salud mental se inscribe en una trama de poder que define qué modos de sentir, pensar y actuar son aceptables, y cuáles deben ser corregidos o medicalizados. Esta lógica normalizadora, presente tanto en las instituciones educativas como en los servicios de salud, tiende a reducir la subjetividad a parámetros de rendimiento y estabilidad, invisibilizando la diversidad de experiencias humanas y las condiciones sociales que las configuran. En este sentido, la reflexión de Grinberg invita a problematizar las concepciones de salud mental que, bajo el discurso del bienestar, reproducen jerarquías y exclusiones, proponiendo en cambio una mirada que reconozca el sufrimiento psíquico como expresión de procesos sociales más amplios, y la subjetividad como espacio de resistencia y creación.

Ana María Fernández (2009), desde la psicología social argentina, propone comprender la salud mental como un proceso inseparable de las relaciones de poder, el género y las condiciones históricas que configuran la subjetividad. Su perspectiva invita a pensar el malestar psíquico no como un fenómeno individual ni exclusivamente clínico, sino como un síntoma social que emerge de estructuras de dominación y desigualdad. En esta línea, la autora sostiene que la salud mental no puede reducirse a la adaptación o al equilibrio, sino que implica la posibilidad de resistencia, deseo y creación frente a las normas que buscan homogeneizar los modos de existir. De este modo, la salud mental se vincula con la capacidad de los sujetos de producir sentidos propios y de construir formas de vida que desafíen las lógicas de subordinación y control, afirmando su potencia vital y su derecho a la diferencia.

Desde distintas perspectivas teóricas, la salud mental puede pensarse como un proceso profundamente vinculado a las condiciones históricas, sociales y subjetivas en las que se inscribe cada existencia. Stolkiner (2010) propone comprenderla como una construcción relacional, que depende tanto del entramado social como de las posibilidades de sostener vínculos significativos y proyectos de vida con sentido. Grinberg (1976), desde el psicoanálisis, aporta una mirada sobre la capacidad del sujeto de integrar sus experiencias emocionales y conflictivas, reconociendo que la salud mental no se define por la ausencia de sufrimiento, sino por la posibilidad de simbolizarlo. Ana María Fernández (1993) amplía este horizonte desde la psicología social argentina, al situar la salud mental en el terreno de

las relaciones de poder, el género y las formas históricas de producción de subjetividad, concibiéndola como espacio de resistencia, deseo y creación frente a la norma. Finalmente, Nelson de León (1996, 2020) retoma la dimensión política del campo, subrayando que pensar la salud mental implica interrogar las instituciones y modos de atención que reproducen lógicas de exclusión, y apostar por un modelo comunitario y participativo, centrado en los derechos humanos. En conjunto, estas miradas permiten comprender la salud mental no como una propiedad individual, sino como un proceso colectivo, ético y político, que se juega en la posibilidad de vivir con otros desde la dignidad y la autonomía.

CONTEXTO CONTEMPORÁNEO DE LA SALUD MENTAL EN URUGUAY (2025)

Históricamente, la atención en salud mental en Uruguay estuvo dominada por un modelo médico hegemónico, centrado en la institucionalización, la medicalización y el control social. Desde los primeros asilos hasta los grandes hospitales psiquiátricos del siglo XX, la respuesta estatal priorizó la protección social por sobre la inclusión y el cuidado comunitario (Techera & Apud, 2013). Los movimientos de derechos humanos, la psicología social y la psiquiatría crítica impulsaron un giro hacia la comprensión del padecimiento mental como fenómeno relacional, político y social, reconociendo al sujeto como protagonista de su proceso de salud. Este cambio implica una mirada integral que articule historia, teoría y práctica, entendiendo que la transformación no puede limitarse a la clausura de instituciones sino que requiere construcción de redes comunitarias sostenibles.

En el contexto actual uruguayo, atravesado por tensiones políticas, económicas y simbólicas, el desafío consiste en sostener procesos colectivos de trabajo que promuevan subjetividades activas, participativas y solidarias. La lectura psicoanalítica-social permite, entonces, situar la salud mental como un campo de disputa simbólica donde se juega la posibilidad de construir comunidades más inclusivas y menos alienadas. La transformación del modelo manicomial a uno comunitario es, en última instancia, un proceso de aprendizaje social, donde se ponen en juego la cooperación, la comunicación y la posibilidad de historizar los miedos que sostienen las prácticas de exclusión.

A lo largo de la historia uruguaya, la atención a la salud mental ha estado fuertemente determinada por el modelo médico hegemónico, que redujo el sufrimiento psíquico a una cuestión individual y biológica. Este enfoque —sostenido por el paradigma psiquiátrico tradicional— delimitó el campo de intervención al ámbito hospitalario y al encierro,

consolidando lo que Techera y Apud (2013) denominan una lógica de exclusión, donde el sujeto “enfermo mental” era separado de su comunidad y recluido en instituciones destinadas más al control social que a la asistencia terapéutica.

En ese sentido, la historia de la salud mental en Uruguay refleja una tensión constante entre prácticas de cuidado y prácticas de disciplinamiento. Desde los primeros asilos hasta los grandes hospitales psiquiátricos del siglo XX, la respuesta estatal al padecimiento mental estuvo mediada por una mirada tutelar y custodial, que buscó proteger a la sociedad antes que integrar al sujeto. Como señalan Techera y Apud (2013), esta lógica se expresó en una institucionalidad rígida, donde la locura se administraba más que se comprendía, y donde el saber médico ocupaba una posición de poder casi absoluto sobre la vida de los internados.

La crítica a este modelo comenzó a cobrar fuerza hacia finales del siglo XX, impulsada por los movimientos de derechos humanos, la psiquiatría crítica y las corrientes de la psicología social latinoamericana. Estas perspectivas cuestionaron el carácter deshumanizante del encierro y propusieron una lectura del padecimiento mental como fenómeno social, político y relacional. En este marco, el sujeto dejó de ser considerado un objeto pasivo de intervención, para convertirse en un protagonista de su propio proceso de salud.

Techera y Apud (2013) destacan que esta transformación conceptual implicó revisar el lugar de las instituciones, los profesionales y el Estado. La salud mental dejó de entenderse como la simple ausencia de enfermedad, para pensarse en términos de inclusión, ciudadanía y derechos. Sin embargo, la transición hacia un modelo comunitario y de base territorial no ha estado exenta de contradicciones: las prácticas asistenciales continúan muchas veces ancladas en la lógica manicomial, incluso cuando el discurso oficial promueve la desinstitucionalización.

El cambio de paradigma requiere, por tanto, más que una reforma técnica: demanda una revisión profunda de las representaciones sociales acerca de la locura y de los modos de vincularse con la diferencia. La crítica que formulan Techera y Apud (2013) pone el acento en la necesidad de pensar las políticas públicas desde una perspectiva integral y participativa, que articule saberes y actores diversos, incluyendo a usuarios, familias y comunidades. Solo así —plantean— es posible superar la fragmentación histórica entre salud mental y sociedad, y construir dispositivos de cuidado que no reproduzcan el aislamiento ni la dependencia institucional.

En definitiva, la historia de la salud mental en Uruguay, leída desde una perspectiva crítica, permite comprender que el proceso de desmanicomialización no se reduce al cierre de

hospitales, sino que implica una transformación cultural y ética. Supone pasar de una lógica de tutela a una de acompañamiento, de la obediencia a la autonomía, del silencio impuesto al diálogo colectivo. Como advierten Techera y Apud (2013), los desafíos actuales no solo se juegan en el plano asistencial, sino también en el modo en que una sociedad elige reconocer, escuchar y sostener el sufrimiento humano.

Uno de los hitos fundamentales en la historia reciente de la salud mental en Uruguay fue la aprobación de la Ley N.º 19.529 en agosto de 2017. Un logro no meramente legislativo, sino fruto de un proceso de lucha y articulación colectiva entre profesionales, estudiantes, activistas, colectivos sociales y usuarios del sistema de salud. Es, ante todo, un logro social: no nació del poder, sino de la presión organizada desde abajo, la cual persiste exigiendo su implementación efectiva.

La ley, aprobada por unanimidad durante el gobierno del Frente Amplio (presidido por Tabaré Vázquez), planteó transformaciones estructurales profundas: la desmanicomialización, la atención comunitaria, la interdisciplina, la centralidad de los derechos humanos y la participación activa de las personas usuarias. Su artículo 38 fijó el año 2025 como plazo máximo para su implementación total, marcando un horizonte temporal que hoy interpela al Estado y a la sociedad civil.

Sin embargo, la aplicación de la ley no puede analizarse al margen de la discusión presupuestal y de planificación pública. Implementar un nuevo modelo de atención requiere más que voluntad normativa: implica definir qué se va a hacer, en qué etapas, con qué recursos y bajo qué prioridades políticas. En este punto, resulta clave distinguir —como advierte Enrico Irrazábal— entre financiar la ley y planificar su implementación. Financiarla significa sostener estructuras; planificarla supone decidir un rumbo, establecer qué modelo de atención se quiere construir, y asumir que cada decisión presupuestal traduce un posicionamiento político.

La ley nació con un horizonte ambicioso, pero en un contexto incierto: el de las restricciones presupuestales del quinquenio 2020-2025, marcado por ajustes y por un proceso de recentralización institucional. Los recursos destinados a salud mental han sido limitados, lo que condiciona directamente el alcance y la velocidad de la transformación. Sin una asignación clara y sostenida de fondos, el riesgo es que la ley se convierta en una declaración de principios más que en una política efectiva.

En esta línea, los Aportes de Contralor 2025 de la Comisión Nacional de Contralor en Salud Mental (CNCASM) actualizan los puntos críticos de la implementación de la ley. El informe

identifica como uno de los aspectos más frágiles el trabajo intersectorial, cuya debilidad se refleja en la lentitud del cierre de los hospitales monovalentes y en la escasa coordinación entre sectores de salud, vivienda, trabajo y desarrollo social. También advierte la falta de información pública clara sobre los plazos, procesos y estrategias previstos para el cumplimiento del mandato legal en 2025, así como la ausencia de reglamentaciones actualizadas para los nuevos dispositivos comunitarios.

La CNCASM subraya además la persistencia de inequidades territoriales y la fragilidad de la red de atención, especialmente en el primer nivel, donde continúan las demoras, la falta de profesionales y la débil articulación entre servicios. Estas carencias afectan la continuidad de los cuidados y la posibilidad de brindar un acompañamiento integral.

Otro punto señalado es el predominio de respuestas farmacológicas, que dejan en segundo plano las estrategias psicosociales y comunitarias. Se destaca la urgencia de fortalecer los dispositivos de transición —como hospitales de día, casas de medio camino y estructuras de enlace— que faciliten procesos de egreso y eviten internaciones prolongadas.

El informe también enfatiza las dificultades de los equipos interdisciplinarios, el desgaste profesional y la necesidad de capacitación transversal en salud mental. Reclama políticas que reconozcan el cuidado como trabajo y garanticen condiciones laborales dignas para los equipos, entendiendo que el bienestar de los trabajadores también es condición de calidad asistencial.

Finalmente, el Contralor recuerda que lo comunitario no puede pensarse sin gobernanza multinivel y voluntad política real, ya que gran parte de los recursos —sobre todo financieros— dependen de la decisión estatal. La consolidación del modelo comunitario requiere, por tanto, fortalecer la articulación entre los distintos niveles de gobierno, instituciones y redes sociales, asegurando continuidad y coherencia en las políticas públicas.

Desde su aprobación, el cierre progresivo de los hospitales monovalentes generó un desafío práctico y teórico en la organización de la atención. En respuesta, se impulsaron transformaciones en dispositivos alternativos: servicios ambulatorios, unidades de internación en hospitales generales, centros de día y experiencias comunitarias. Estos cambios buscan garantizar la continuidad del cuidado y promover la vida en libertad, evitando internaciones prolongadas. Sin embargo, su expansión ha sido desigual y, en muchos casos, depende de la voluntad de equipos locales más que de una política nacional planificada.

La definición de prácticas profesionales en estos espacios está mediada por la legislación vigente y por las perspectivas que la orientan. En las instituciones privadas, los criterios de habilitación y control establecen marcos que regulan la atención, obligando a articular las prácticas con los derechos de las personas usuarias. De esta forma, el campo de la salud mental se constituye no solo como un ámbito clínico, sino también como un espacio político y regulado, donde los marcos institucionales habilitan y limitan formas de cuidado.

Al escribir este trabajo en el propio año 2025 —el año señalado como meta de implementación plena— surgen preguntas ineludibles:

¿Qué avances se concretaron? ¿Qué desafíos persisten? ¿Se está cumpliendo lo prometido?

Durante el período 2020-2025, se observaron contradicciones entre el discurso y la acción estatal. Declaraciones como la del presidente de ASSE, Leonardo Cipriani, afirmando que el Hospital Vilardebó no cerrará y que algunas colonias permanecerán abiertas por albergar pacientes de larga data (Cipriani, 2021), tensionan los principios de la ley y revelan resistencias institucionales al cambio. La Ley de Internación Compulsiva aprobada en 2024 refuerza esa tensión, al permitir internaciones forzosas en personas en situación de calle, reinstalando lógicas de control y exclusión. La Sociedad de Psiquiatría del Uruguay expresó su rechazo, señalando que la normativa contradice los principios de la Ley 19.529 y reproduce el paradigma del encierro.

Estas contradicciones muestran que la implementación de la ley no avanza de manera lineal, sino en medio de disputas políticas, presupuestales y culturales. El cierre de manicomios, la creación de casas de medio camino, hospitales de día, dispositivos de inclusión social y programas de vivienda asistida no son pasos automáticos, sino decisiones políticas que requieren planificación, recursos y coordinación intersectorial.

La declaración de Emergencia Nacional en Salud Mental en abril de 2025 visibiliza esta crisis estructural: insuficiencia de dispositivos, falta de continuidad en los tratamientos y escasez de estructuras alternativas a la internación. Reconocer la emergencia es importante, pero —como señala Castoriadis (2007)— lo instituyente solo se activa cuando se rompe con lo instituido. El riesgo es quedar atrapados en el diagnóstico sin avanzar hacia transformaciones efectivas.

Los casos recientes de Lucas Pedrozo y Franco, asesinados en contextos de crisis psíquica, revelan la ausencia de protocolos interinstitucionales entre el Ministerio del Interior y los servicios de salud. No se trata de “fallas individuales”, sino de fallas sistémicas:

cuando no existen marcos de actuación, la respuesta estatal puede derivar en violencia letal. La falta de formación policial, la inexistencia de coordinación con SAME 105 y la ausencia de protocolos reconocida por el propio Parlamento en 2025 constituyen una responsabilidad estatal grave, que vulnera los derechos humanos de las personas con sufrimiento psíquico.

Estos hechos exponen la brecha entre el marco normativo y la práctica cotidiana, entre la ley como horizonte y la realidad institucional que aún responde con encierro, psicofármacos o represión.

En contraposición, experiencias comunitarias y dispositivos alternativos —aunque limitados en recursos— encarnan la posibilidad de una salud mental centrada en la autonomía, la participación y el acompañamiento. Sin embargo, su consolidación depende de una planificación estratégica nacional, de la formación de equipos interdisciplinarios y de la inversión sostenida del Estado. Sin políticas públicas consistentes, estos espacios quedan frágiles, sostenidos más por la vocación de los colectivos que por una política estructural.

Las políticas de salud mental constituyen un marco conceptual, jurídico y ético que guía la atención de las personas con diagnósticos psiquiátricos, y su desarrollo depende de actores políticos, jurídicos y profesionales de la salud (Techera & Apud, 2013). En Uruguay, históricamente estas políticas han reflejado una tendencia a la exclusión y al encierro de personas con enfermedad mental, apoyada tanto en lógicas de poder institucional como en el desarrollo de la industria farmacéutica, lo que limita la implementación de estrategias terapéuticas innovadoras y comunitarias.

Desde finales del siglo XIX, la atención psiquiátrica se concentró en instituciones como el Hospital Vilardebó y la Colonia Etchepare, reproduciendo prácticas de internación prolongada y medicalización. Reformas sucesivas, incluyendo el Plan Nacional de Salud Mental de 1972 y las propuestas de la década de 1980, buscaron transitar hacia un modelo comunitario basado en Atención Primaria de Salud y rehabilitación psicosocial. Sin embargo, la falta de recursos humanos, formación específica y apoyo político dificultó la consolidación de estas medidas (Techera & Apud, 2013).

Los informes internacionales, como el de Mental Disability Rights International (1995), destacan la necesidad de reducir internaciones injustificadas, priorizar el tratamiento comunitario y garantizar la participación activa de los usuarios. Las recomendaciones incluyen la evaluación continua de la calidad de los tratamientos, la disminución de la

terapia electroconvulsiva y la promoción de alternativas terapéuticas, así como estrategias de reinserción social, laboral y educativa.

A nivel conceptual, autores como Bastide (1988) y Benedict (1971) señalan que la locura debe entenderse en relación con los contextos sociales y culturales, reconociendo que los criterios de normalidad y anormalidad son construcciones históricas. Esto permite analizar críticamente la medicalización de la sociedad y la creciente dependencia de psicofármacos en la población “normal”, evidenciada en Uruguay por el alto consumo de ansiolíticos y antidepresivos (Ramírez, 1998).

En la última década, la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SINS) y la elaboración de anteproyectos de Ley de Salud Mental buscan garantizar la atención integral, la desmanicomialización planificada y la implementación de servicios comunitarios con anclaje territorial. No obstante, la consolidación de estas políticas requiere una estrategia sostenida que combine financiamiento adecuado, formación profesional, participación de usuarios y apoyo político constante (Techera & Apud, 2013; Ministerio de Salud Pública, 2009).

En síntesis, el desafío para Uruguay consiste en transformar un sistema históricamente centrado en la institucionalización y la medicalización hacia un modelo inclusivo, desestigmatizante y basado en derechos, donde la comunidad, la familia y los propios usuarios jueguen un rol central en la atención y la gestión de la salud mental.

En el plano regional, la reforma brasileña ofrece un espejo donde mirar aciertos y pendientes. El trabajo de Paulo Amarante y la experiencia del cierre del hospital Teixeira Brandão en Carmo (Río de Janeiro) muestran que la desinstitucionalización no es solo una decisión técnica, sino una transformación cultural y política. Amarante propone “poner la enfermedad entre paréntesis”: no tratar enfermedades, sino acompañar personas, y construir cuidados “con ellas”, no “para ellas”. Brasil logró cerrar miles de camas manicomiales y desarrollar una red territorial de Centros de Atención Psicosocial (CAPS) y residencias terapéuticas, sostenidas por políticas intersectoriales de vivienda, trabajo y cultura.

Este enfoque invita a repensar el proceso uruguayo: ¿cómo traducir el mandato legal de la desinstitucionalización en políticas concretas, sostenibles y comunitarias? La referencia brasileña demuestra que no basta con legislar: se requiere voluntad política, presupuesto, coordinación territorial y compromiso cultural.

Así, el desafío uruguayo no es solo cumplir la ley, sino hacerla vivir. Implica definir con claridad qué modelo de salud mental se quiere construir, cómo se financiará, y qué papel tendrán los usuarios, familias y organizaciones sociales en esa construcción.

Esta reflexión subraya que la transformación de la salud mental no puede depender únicamente de iniciativas individuales o comunitarias autogestivas, sino que requiere el desarrollo de políticas públicas sólidas que garanticen recursos, coordinación y sostenibilidad. La construcción de redes comunitarias debe articularse con el marco normativo y las estrategias estatales, asegurando que los cambios en la atención y la inclusión social se mantengan en el tiempo y beneficien de manera equitativa a todas las personas usuarias del sistema de salud mental.

Las experiencias regionales, como la reforma brasileña liderada por Paulo Amarante, muestran que la desinstitucionalización efectiva demanda un enfoque intersectorial: redes de salud, vivienda, educación y cultura, que permitan sostener la autonomía y la inclusión de las personas con padecimiento psíquico (Amarante, 2001). Estos ejemplos ofrecen referencias prácticas para la implementación de la Ley 19.529, señalando que los avances normativos deben traducirse en prácticas concretas, accesibles y centradas en derechos.

Transformar el sistema no es únicamente cerrar instituciones, sino abrir posibilidades de vida digna, en comunidad y con derechos. Esa, quizás, sea la verdadera bisagra del presente.

Nelson de León, psicólogo y académico comprometido con la reforma del sistema de salud mental en Uruguay, ha sido una figura central en la transición del modelo manicomial hacia un enfoque comunitario y de derechos humanos. Su perspectiva se basa en una crítica profunda a las estructuras históricas de exclusión y estigmatización de las personas con padecimientos mentales.

En su artículo "Intersectorialidad en las políticas de salud mental" (2020), de León analiza la Ley N°19.529 de Salud Mental, destacando dos vectores fundamentales: la intersectorialidad como modelo de políticas públicas y el discurso de derechos humanos en el campo de la salud mental. Según él, la implementación efectiva de estas políticas enfrenta desafíos significativos debido a la falta de un contexto gubernamental y técnico sólido, lo que limita la garantía del acceso a los derechos humanos en la atención de salud mental.

En el marco de los procesos de reforma en salud mental en Uruguay, diversos autores han contribuido a visibilizar los desafíos estructurales que persisten para la consolidación de un

modelo comunitario y de derechos. Entre ellos, los aportes de Nelson de León resultan especialmente relevantes, al situar la mirada en las condiciones sociales, institucionales y políticas que determinan la posibilidad de una externación sustentable en el contexto de la desinstitucionalización psiquiátrica.

De León (2020) plantea que, si bien la promulgación de la Ley N.º 19.529 significó un avance normativo fundamental al consagrar el derecho de las personas con sufrimiento psíquico a recibir atención integral en el territorio, su efectivización requiere superar una serie de obstáculos históricos. Entre estos, se destacan la fragmentación del sistema de salud, la escasez de dispositivos intermedios y comunitarios, la precarización del trabajo en salud mental, y la falta de articulación intersectorial entre los organismos del Estado encargados de garantizar vivienda, trabajo, educación y apoyo social. Estos elementos, cuando no son debidamente abordados, generan procesos de “externación sin inserción”, donde las personas egresan de los hospitales psiquiátricos sin contar con los recursos ni las redes necesarias para sostener su vida en comunidad.

Desde esta perspectiva, el autor advierte que la desinstitucionalización no puede ser comprendida como un simple traslado físico del manicomio a la comunidad, sino como un proceso político, social y cultural que exige transformar las prácticas, los vínculos y los modos de concebir la locura. En este sentido, la intersectorialidad se vuelve una condición esencial para que las políticas públicas en salud mental no se limiten al ámbito sanitario, sino que integren estrategias de inclusión social, acceso a derechos y promoción de la autonomía.

De León y colaboradores sostienen que una externación sustentable implica, por un lado, la existencia de políticas de vivienda, empleo protegido, redes comunitarias y acompañamiento social, y por otro, una transformación institucional que habilite la circulación de la palabra y el reconocimiento de las personas usuarias como sujetos de derecho y no como objetos de tutela. En sus análisis, el autor remarca que “no basta con cerrar los manicomios si no se abren espacios reales de participación y pertenencia” (De León et al., 2020, p. 14).

Asimismo, el autor problematiza la distancia que muchas veces se produce entre el discurso político y la implementación efectiva de las reformas. En el caso uruguayo, señala que el Sistema Nacional Integrado de Salud y el Programa Nacional de Salud Mental avanzaron en el reconocimiento de la atención comunitaria como eje rector, pero que aún persisten lógicas de segregación y prácticas institucionales heredadas del modelo manicomial. Estas tensiones evidencian la necesidad de sostener una política pública que no solo modifique

los dispositivos asistenciales, sino que también genere condiciones materiales y simbólicas para que la comunidad se convierta en un verdadero espacio de integración.

El aporte de De León resulta especialmente significativo en tanto sitúa la intersectorialidad como dimensión estratégica y no accesorio del proceso de reforma. La coordinación entre salud, trabajo, vivienda y desarrollo social se vuelve indispensable para evitar que la externación derive en nuevas formas de exclusión o abandono. De este modo, su trabajo invita a pensar la desmanicomialización no como un fin en sí mismo, sino como parte de una transformación social más amplia, orientada a la restitución de derechos y a la construcción de subjetividades libres de estigmas y tutelas.

En síntesis, los planteos de Nelson de León permiten comprender que los cambios legislativos y programáticos, aunque necesarios, no son suficientes si no se acompañan de una profunda transformación institucional y cultural. La apuesta por la comunidad requiere sostener la intersectorialidad como principio organizador, fortalecer la participación de usuarias/os y trabajadoras/es, y desarrollar una ética del cuidado que promueva autonomía, dignidad y reconocimiento.

Desde una lectura psicoanalítica-social, el proceso de transformación del modelo de atención en salud mental en Uruguay puede comprenderse como un fenómeno que implica tanto un cambio en las estructuras institucionales como en los modos de vínculo que sostienen dichas estructuras. En este sentido, la desmanicomialización no solo refiere al cierre de instituciones psiquiátricas, sino a la compleja tarea de desmontar los mecanismos de alienación, estigmatización y exclusión que se reproducen en el entramado social y subjetivo.

Pichon-Rivière (1971) planteaba que toda institución puede ser entendida como un grupo con una tarea explícita y otra implícita, donde las resistencias al cambio se articulan con las ansiedades básicas que emergen frente a lo nuevo. En el caso de las políticas de salud mental, estas ansiedades se manifiestan en los miedos sociales frente a la locura, a la pérdida del control, y a la diferencia. Por ello, el pasaje de un modelo manicomial a uno comunitario supone una profunda revisión de las representaciones colectivas sobre la enfermedad mental, sobre el rol del “paciente” y del “tratante”, y sobre la función social de la salud mental.

Desde esta perspectiva, el cambio de paradigma no puede ser reducido a un conjunto de reformas técnicas, sino que implica una reelaboración simbólica del lazo social. Como señala Bleger (1967), toda institución tiende a cristalizar la parte más resistente al cambio

de la sociedad que la engendra; de ahí la importancia de que los procesos de transformación se acompañen de un trabajo de implicación subjetiva, que permita reconocer las contradicciones y tensiones inherentes al cambio. Así, la tarea de desinstitucionalizar es también la tarea de historizar —de reconocer los procesos de alienación social y subjetiva que dieron forma al dispositivo manicomial— y abrir espacios de elaboración colectiva.

En la lectura pichoniana, los grupos operativos constituyen un instrumento privilegiado para el análisis y la acción en estos procesos, ya que posibilitan un trabajo sobre los emergentes del grupo social más amplio. La perspectiva vincular permite comprender que los fenómenos que aparecen en la práctica institucional —resistencias, escisiones, idealizaciones, omnipotencias o paralizaciones— son expresiones de las ansiedades básicas del conjunto. De este modo, el trabajo comunitario no solo produce salud, sino también conciencia: conciencia de pertenencia, de responsabilidad y de posibilidad de transformación.

La participación de las personas usuarias en salud mental constituye un derecho fundamental, inseparable del reconocimiento de su ciudadanía plena. Tal como señala Munarriz Ferrandis (2013), este derecho no es un privilegio exclusivo, sino un aspecto que debería garantizarse a todos los ciudadanos, independientemente de su estado de salud mental. La histórica distancia entre quienes detentan el poder de decisión y quienes padecen enfermedades psíquicas evidencia, de manera cotidiana, cómo este derecho se vulnera: ser usuario de salud mental frecuentemente implica estar privado de voz en las decisiones que afectan la propia vida y los propios procesos de cuidado.

A pesar de los avances normativos y de la proliferación de discursos sobre empoderamiento y recuperación, la participación efectiva de los usuarios sigue siendo más una aspiración que una realidad consolidada. La participación se encuentra muchas veces limitada por la institucionalización de la práctica profesional y por estructuras de poder que privilegian la elección formal sobre la posibilidad real de incidir en los procesos de atención. Así, el desarrollo de la participación requiere no solo voluntad política y profesional, sino también la consolidación de movimientos asociativos sólidos, capaces de articular demandas y ejercer influencia en distintos niveles del sistema.

Munarriz Ferrandis (2013) identifica varios elementos críticos para avanzar en esta participación. Primero, la necesidad de generar evidencia que oriente las intervenciones y la toma de decisiones, reconociendo que los datos no son neutros: quién decide qué investigar y qué resultados buscar revela las jerarquías de poder aún presentes en la salud mental. Segundo, la representatividad, que exige fortalecer a los colectivos de usuarios y allegados,

pero también evitar que los profesionales asuman una representación que exceda la voz de quienes realmente participan y se comprometen.

Un ejemplo concreto de esta participación lo constituyen Leonardo y Patricia, ex usuarios del Centro Martínez Vázquez, quienes hoy representan a usuarios en distintos espacios de decisión. Participan activamente en entrevistas de ingreso, en grupos de pares y en el trabajo con familiares, contribuyendo a transformar la mirada institucional hacia los procesos de cuidado. En sus diagnósticos iniciales se les había limitado a pensar que no trabajarían en su vida ni tendrían una existencia “normal”; sin embargo, hoy su trayectoria refleja todo lo contrario. Según relatan, su superación ha sido posible gracias a un tratamiento centrado en la persona y, sobre todo, por la voz que se les otorgó para participar en las decisiones sobre su propia vida y cuidado. Su experiencia demuestra que la participación no solo es un derecho abstracto, sino un motor de recuperación y de transformación del sistema de salud mental.

La participación debe contemplarse en todos los niveles: desde la asistencia directa hasta la investigación, la docencia y la formulación de políticas públicas. Un desarrollo desequilibrado entre estos ámbitos puede producir resultados contraproducentes, donde el discurso de la participación existe sin traducirse en prácticas concretas. La capacitación, por tanto, es bidireccional: los usuarios necesitan herramientas para ejercer sus derechos, pero los profesionales también deben aprender a compartir el poder sin resistencias paralizantes, asumiendo un cambio en la distribución tradicional de roles.

Este enfoque transforma la mirada sobre la salud mental. Ya no se trata únicamente de trasladar la atención del hospital a la comunidad, sino de centrar la acción en la persona más que en la enfermedad. Implica priorizar momentos iniciales, estables y preventivos, y abrir espacio a experiencias históricamente negadas o excluidas. También demanda replantear conceptos clásicos de la práctica profesional, como la “conciencia de enfermedad”, la proximidad terapéutica y la contención, adaptándose a un marco donde la recuperación y el acompañamiento se construyen de manera compartida.

En este sentido, la participación de usuarios no solo es un derecho, sino un mecanismo estratégico de transformación del sistema de salud mental. La evidencia sugiere que los cambios sustanciales no pueden surgir únicamente del conocimiento técnico de los profesionales, sino de la colaboración activa entre todos los actores implicados: usuarios, familias, equipos interdisciplinarios y la comunidad en su conjunto. Sin esta implicación colectiva, cualquier reforma corre el riesgo de permanecer en el plano de las declaraciones de intención. Como sintetiza Munarriz Ferrandis (2013): “Sin ti no soy nada”, recordando

que la efectividad de la transformación depende de la inclusión real y efectiva de quienes históricamente fueron marginados del proceso decisorio.

EL ROL DE LA PSICOLOGÍA: DESAFÍOS ACTUALES

El rol del psicólogo adquiere especial relevancia en este contexto. No se trata únicamente de intervenir sobre síntomas individuales, sino de reconocer y problematizar las condiciones sociales, culturales y económicas que atraviesan a las personas. La práctica profesional requiere un posicionamiento ético y político que promueva autonomía, dignidad y creatividad subjetiva, articulando la comprensión clínica con la conciencia de los marcos estructurales que atraviesan la vida de los sujetos (Bleger, 1967; Pichon-Rivière, 1971). Así, el psicólogo se convierte en mediador entre el sujeto y la estructura, acompañando procesos de empoderamiento y participación activa en la comunidad.

El ejercicio de la psicología hoy se desarrolla en un terreno marcado por tensiones y contradicciones profundas. Por un lado, las instituciones de salud mental se presentan como garantes del bienestar y la recuperación; por otro, reproducen dinámicas de poder, control y exclusión que muchas veces invisibilizan al sujeto. El psicólogo se encuentra, así, en la intersección de estos mundos: llamado a intervenir en procesos individuales y, simultáneamente, a comprender cómo las estructuras sociales, económicas y culturales configuran el sufrimiento y las posibilidades de cambio.

Esta situación exige repensar la propia práctica: no basta con aplicar técnicas, evaluar síntomas o derivar a tratamientos farmacológicos. Es necesario problematizar las condiciones que producen malestar y preguntarse quién define qué es “normal”, qué es “patológico” y qué se considera digno de intervención. En la actualidad, la medicalización, la burocratización de los servicios y la centralidad de los psicofármacos muestran que la atención psicológica se encuentra subordinada a lógicas que priorizan la gestión de riesgos y la eficiencia institucional sobre el acompañamiento integral y la participación real de los usuarios.

El desafío se amplifica al considerar la formación profesional. Los psicólogos ingresan al sistema con herramientas teóricas y técnicas, pero muchas veces sin preparación suficiente para comprender el entramado en el que intervienen: la interacción con psicofármacos, la negociación de derechos, la participación de usuarios y familias, y la necesidad de

cuestionar prácticas institucionales que perpetúan exclusión y estigmatización. Esto requiere asumir la responsabilidad de no reproducir estas dinámicas, sino de abrir espacios donde la voz del sujeto y la comprensión de su contexto sean centrales.

Los psicofármacos, ampliamente utilizados y naturalizados, ocupan hoy un lugar central en los sistemas de atención. Su acceso es masivo, su comercialización creciente, y su uso muchas veces desvinculado de un abordaje integral. A pesar de ello, la atención psicoterapéutica sigue siendo secundaria a la farmacológica, muchas veces inaccesible por la escasez de profesionales o por el tipo de encuadres institucionales.

Un aspecto preocupante, desde la formación en psicología, es la escasa preparación de los futuros profesionales para abordar cuestiones vinculadas a los psicofármacos. En la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (Udelar), por ejemplo, no existe formación obligatoria en psicofarmacología: no se enseña cómo funcionan los fármacos, sus efectos secundarios, su adaptación o su retiro. Esto es alarmante, ya que es probable que muchas personas que consultan a psicólogos consuman psicofármacos, y los profesionales en formación no están preparados para orientar, comprender o derivar adecuadamente estos procesos. Como advierte De la Mano (2010), los psicólogos muchas veces perciben la psicofarmacología como un área lejana o limitada a médicos, pero la práctica clínica contemporánea exige que puedan interactuar de manera informada y crítica con estos tratamientos.

La ausencia de formación sistemática también plantea riesgos éticos y de calidad asistencial. Profesionales que desconocen los principios básicos de la psicofarmacología pueden no reconocer interacciones problemáticas, efectos adversos o la necesidad de derivación a un médico, comprometiendo la seguridad y autonomía del consultante. Además, limita la posibilidad de integrar la psicoterapia y la medicación dentro de un abordaje centrado en la persona, afectando la eficacia de las intervenciones y la capacidad del profesional para ofrecer un acompañamiento integral. López-Ibor (2012) señala que este distanciamiento histórico entre psicología y farmacología refleja una jerarquía de conocimientos que todavía condiciona la práctica clínica, relegando a los psicólogos a un rol pasivo frente a decisiones que afectan directamente la vida de sus consultantes.

Si bien existen cursos optativos, como el de “Conceptos Básicos de Psicofarmacología para Psicólogos” en Udelar, la falta de obligatoriedad de esta formación evidencia la necesidad de repensar los planes de estudio. Incorporar contenidos de psicofarmacología no significa que el psicólogo deba reemplazar al médico, sino dotarlo de herramientas críticas para comprender los efectos de los tratamientos, dialogar con los consultantes y profesionales de

manera responsable, y favorecer decisiones compartidas que respeten la autonomía y los derechos de las personas. Solo mediante esta integración es posible construir un abordaje realmente centrado en la persona, donde la psicoterapia y la medicación funcionen como componentes complementarios de un proceso de cuidado seguro, informado y respetuoso.

Desde nuestro rol como profesionales en formación, egresados o en ejercicio, hay una doble responsabilidad: ética y política. Ética, porque se trata de acompañar subjetividades en situaciones de vulnerabilidad, muchas veces agravadas por el propio sistema. Política, porque estas prácticas están insertas en instituciones que reproducen desigualdades históricas. En contextos asilares o monovalentes, donde aún se ejerce el poder desde lógicas manicomiales, ¿cómo puede el psicólogo posicionarse para defender los derechos humanos?

La Facultad de Psicología de la UdelaR, como institución formadora, tiene un compromiso clave: formar profesionales que no solo manejen técnicas, sino que desarrollen un pensamiento crítico, situado, y capaz de incomodar lo establecido. Defender los derechos desde dentro de las instituciones implica muchas veces resistir a las lógicas que patologizan, excluyen y medicalizan de forma automática.

No se trata de romantizar el rol profesional ni de sobre idealizar el trabajo comunitario, sino de reconocer que el cambio estructural requiere posicionamientos firmes. Como plantea Foucault, la locura fue históricamente confinada al margen: desde los barcos de los locos hasta los actuales dispositivos de encierro. Y aunque hoy no se arroje gente al mar, el encierro, la sobre medicalización, el abandono y el estigma siguen siendo formas contemporáneas de exclusión.

A esta altura, cabe preguntarnos: ¿cuáles son hoy los mecanismos sociales que continúan marginando la diferencia? ¿Qué hacen con aquellas personas que “molestan” al orden productivo? El problema no es sólo clínico o institucional, es también una cuestión de modelo de sociedad.

La psicología no puede limitarse a diagnosticar lo que encaja en el DSM, ni a operar bajo lógicas neoliberales de rendimiento emocional. Debe recuperar su potencia crítica y su vocación transformadora. Tal como afirma Guattari:

“Hay una generación que comienza a estar harta de estos esquemas que sirven para todo —Edipo y castración, lo imaginario y lo simbólico— y que ocultan sistemáticamente el contenido social, político y cultural de todo trastorno psíquico.”

La pregunta no es si estamos hartos, sino qué hacemos con ese hartazgo. ¿Cómo

transformarlo en acción colectiva, en pensamiento situado, en compromiso con quienes más padecen la desigualdad?

En Uruguay, el índice de suicidio es alarmante. La cantidad de personas que toman la decisión de poner fin voluntario a su vida no cesa, como tampoco lo hace el sufrimiento cotidiano que muchas veces lo antecede. La atención en salud mental, el derecho a la vida y a una atención digna jamás deberían ser privilegios ni depender de condiciones sociales o económicas. Sin embargo, la realidad expone una y otra vez que las instituciones, atrapadas en la burocracia, prometen "hacerse cargo", mientras la experiencia concreta de quienes atraviesan situaciones de vulnerabilidad muestra otra cara: violencia institucional, abandono, estigmatización... y muerte.

Un caso emblemático que ilustra esta problemática es el de Milagros Chamorro, una joven de 29 años que se suicidó en octubre de 2024 en un baño de la emergencia del CASMU, mientras esperaba atención psiquiátrica. Milagros había sido víctima de una violación grupal a los 15 años, hecho que marcó su vida y que, años después, denunció en 2022. La denuncia fue archivada por la justicia, dejándola sin respuestas institucionales. En los días previos a su muerte, acudió al CASMU en busca de ayuda, pero no fue evaluada por un psiquiatra, a pesar de haber expresado explícitamente su intención de suicidarse si no recibía atención (Montevideo Portal, 2025).

La Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH) realizó una investigación y concluyó que el suicidio de Milagros estuvo precedido por omisiones e incumplimientos por parte del CASMU y el Ministerio de Salud Pública. El informe señaló que no se garantizó el acceso a condiciones para una vida digna y se incumplió con el derecho a la salud y al deber de debida diligencia para prevenir y reparar situaciones de violencia de género (La Diaria, 2025).

Este caso evidencia la necesidad urgente de transformar el sistema de atención en salud mental en Uruguay. No basta con que las instituciones prometan "hacerse cargo"; es imperativo que se implementen políticas efectivas que garanticen la atención oportuna y digna para todas las personas, independientemente de su situación social o económica. La vida de Milagros, y de tantas otras personas que atraviesan situaciones de vulnerabilidad, debe ser un llamado de atención para que el sistema de salud deje de ser un obstáculo y se convierta en un verdadero aliado en la promoción del bienestar y la salud mental.

Resulta urgente que, tanto institucional como socialmente, se comprenda que el abordaje de la salud mental requiere seriedad, empatía y humanidad. No se trata solo de protocolos,

sino de un posicionamiento que defiende activamente los derechos humanos. Todo lo contrario al estigma y la marginación que sufren tantas personas por el solo hecho de ser diferentes, de pedir ayuda, de no poder más. Casos como los de Lucas, Franco, Milagros, y tantas otras personas, no son excepciones: sus últimas palabras fueron, muchas veces, pedidos desesperados de auxilio.

Decir que la atención en salud mental no está siendo suficiente no es una denuncia nueva, es una constatación del contexto que habitamos. Las declaraciones recientes de la Facultad de Psicología, como la de junio de 2025, evidencian la preocupación disciplinar por el abordaje actual de la problemática, pero las palabras no alcanzan si no se traducen en transformaciones estructurales.

Las listas de espera en ASSE o en mutualistas privadas exceden largamente la capacidad de atención inmediata. Como estudiantes en prácticas, hemos llamado a usuarios/as cuya solicitud de atención fue realizada hace dos años. Mientras tanto, las consultas psiquiátricas se presentan como un “remedio inmediato”, donde en cinco minutos se receta un psicofármaco, sin un abordaje integral ni una mirada que considere a la persona en su complejidad. Esa es, lamentablemente, la atención que predomina.

Que el abordaje en situaciones de emergencia priorice la intervención psiquiátrica por sobre la psicológica, sin una evaluación clínica integral ni un acompañamiento terapéutico, no solo contradice las recomendaciones actuales, sino que reproduce prácticas que perjudican y deshumanizan. Si somos testigos de estas lógicas y no las cuestionamos, entonces también somos cómplices.

El estigma hacia los pacientes psiquiátricos es aún alarmante. En un momento donde erradicarlo debería ser un objetivo central para desplegar un paradigma real de derechos humanos, no podemos permitirnos la indiferencia. La salud mental no puede seguir siendo tratada como una cuestión menor, ajena o secundaria. Es urgente repensar nuestras prácticas, nuestro lugar como profesionales, y nuestro compromiso ético con la vida y la dignidad de quienes más sufren

Conclusion.

En síntesis, el cambio en el paradigma de salud mental requiere un compromiso colectivo: profesionales, instituciones y comunidades deben asumir responsabilidades compartidas. La psicología, en su dimensión ética, política y técnica, tiene un rol estratégico en la construcción de un sistema inclusivo y transformador, donde la dignidad, la voz y la autonomía de las personas sean el eje central de toda intervención. Solo a partir de esta

integración es posible avanzar hacia un modelo de salud mental verdaderamente inclusivo, justo y centrado en la persona.

La atención en salud mental sigue estando marcada por desigualdades estructurales y barreras de acceso. La medicalización predominante, la escasez de intervenciones psicoterapéuticas accesibles y la burocratización de los servicios limitan la capacidad de los profesionales para ofrecer un acompañamiento integral y humano. Esto evidencia la necesidad urgente de repensar políticas públicas que garanticen la atención oportuna, digna y basada en la evidencia, priorizando siempre la autonomía y el bienestar de los sujetos.

Un desafío central es la participación social efectiva de quienes demandan atención y cuidado. No basta con ofrecer soluciones académicas o técnicas: la salud mental requiere un abordaje que reconozca a los sujetos como actores activos de sus procesos, que integre sus voces en la construcción de políticas, programas y prácticas, y que traduzca los principios de inclusión y derechos humanos en intervenciones concretas. La demanda social no puede ser un dato abstracto: es un llamado urgente a repensar estructuras, priorizar recursos y garantizar que la voz de las personas se transforme en acción efectiva.

La transformación de la salud mental es, en definitiva, un imperativo ético y político: no podemos esperar que el sistema cambie por sí solo. Cada intervención, cada decisión y cada espacio de participación son oportunidades para construir un modelo más justo, humano y verdaderamente inclusivo. La salud mental no es solo un tema académico o médico; es una cuestión de vida, dignidad y justicia social.

Repensar la salud mental en Uruguay implica, en última instancia

apostar por un país que cuide la vida, en todas sus formas.

Referencias bibliograficas:

Amarante, P. (2014). *Locos por la vida*. Río de Janeiro: Fiocruz.

Amarante, P. (2017, 2018, 2023). Participación en seminarios sobre salud mental en Uruguay. Facultad de Psicología, Udelar / APEX.

Bastide, R. (1988). *Sociología de las enfermedades mentales*. [Editorial].

Benedict, R. (1971). *Patterns of culture*. [Editorial].

Cámara de Representantes del Uruguay. (2025, 6 de junio). Solicitud de informe sobre protocolos policiales en situaciones de crisis de salud mental. Diario de Sesiones, Tomo 596, N° 28. <https://parlamento.gub.uy>

Cámara de Representantes. (2025, 6 de junio). Oficio N.º 1345 C/539/2025: Pedido de informe al Ministerio del Interior sobre protocolos policiales en salud mental. Parlamento del Uruguay.

Castoriadis, C. (2007). *La institución imaginaria de la sociedad*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Cátedra UNESCO de Derechos Humanos de la Udelar. (2024, agosto 25). Declaración sobre la Ley de internación compulsiva. Universidad de la República.
<https://udelar.edu.uy/portal/2024/08/catedra-unesco-de-derechos-humanos-de-la-udelar-emite-declaracion-sobre-la-ley-de-internacion-compulsiva/>

Cipriani, L. (2021, mayo 14). Cipriani habló del futuro del Vilardebó y estimó cuánto bajará el ingreso a las colonias. Telemundo.
<https://www.teledoce.com/telemundo/nacionales/cipriani-hablo-del-futuro-del-vilardebo-y-estimo-cuanto-bajara-el-ingreso-a-las-colonias/>

Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental. (2025). Puntos críticos en la implementación de la Ley 19.529: La mirada de la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental. Montevideo, Uruguay.

<https://www.psicologos.org.uy/wp-content/uploads/2025/09/Comision-Contralor-Salud-Mental-puntos-criticos-2025.pdf>

De la Mano, S. A. (2010). La psicofarmacología en la formación y práctica profesional de los psicólogos.

<https://www.redalyc.org/pdf/4396/439642485004.pdf>

De León, N. (1996). Desmanicomialización y reformas en salud mental. Montevideo: Universidad de la República.

De León, N., de Pena, L., & Silva, C. (2020). Intersectorialidad en las políticas de salud mental: sus características para la externación sustentable en el marco de la desinstitucionalización psiquiátrica ten el Uruguay. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 15(2), 1–19.

Deleuze, G., & Guattari, F. (2001). El anti-Edipo: Capitalismo y esquizofrenia (M. N. Echeverría, Trad.). Siglo XXI Editores. (Trabajo original publicado en 1972).

Fernández, A. M. (2009). Los vínculos del malestar. Buenos Aires: Paidós.

Goffman, E. (1961). Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu.

Grinberg, S. (2011). Educación y poder en el siglo XXI: gobernar es producir sujetos. Buenos Aires: Paidós.

Instituto Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH). (2023). Derechos humanos y salud mental: situación y desafíos en Uruguay. Montevideo: INDDHH.

La Diaria. (2025, octubre 7). Caso Milagros Chamorro: Institución de Derechos Humanos concluyó que el suicidio femicida estuvo precedido de omisiones e incumplimientos del MSP y el Casmu.
<https://ladiaria.com.uy/feminismos/articulo/2025/10/caso-milagros-chamorro-inddhh-concluyo-que-el-suicidio-femicida-estuvo-precedido-de-omisiones-e-incumplimientos-del-msp-y-el-casmu/>

Ley N.º 19.529. (2017). Ley de Salud Mental. República Oriental del Uruguay.
<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>

López-Ibor, J. J. (2012). Psicología, psiquiatría y desintoxicación.
<https://www.lopezibormarbella.es/>

Mental Disability Rights International. (1995). Informe sobre salud mental en Uruguay.

- Ministerio de Desarrollo Social (MIDES).* (2021). Informe anual de seguimiento a programas de salud mental comunitaria. Montevideo: MIDES.
- Ministerio de Salud Pública (MSP).* (2009). Anteproyecto de Ley de Salud Mental. Montevideo: MSP.
- Ministerio de Salud Pública (MSP). (2016). Protocolo de atención y seguimiento a personas con intento de autoeliminación (IAE). Montevideo: MSP.
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/protocolo-atencion-y-seguimiento-personas-con-intento-autoeliminacion>
- Ministerio de Salud Pública (MSP).* (2022). Informe sobre la implementación de la Ley N.º 19.529 en salud mental. Montevideo: MSP.
- Montevideo Portal.* (2025, diciembre 19). Casmu entregó a la Justicia las grabaciones del día en que Milagros Chamorro se suicidó.
<https://www.montevideo.com.uy/Noticias/Casmu-entrego-a-la-Justicia-las-grabaciones-del-dia-en-que-Milagros-Chamorro-se-suicido-uc909998>
- Morales Calatayud, F.* (1987). Introducción a la psicología de la salud. En F. Morales Calatayud (Ed.), *Psicología de la salud en la atención primaria* (pp. 24–33). Palacio de las Convenciones.
- Ramírez, R.* (1998). Consumo de psicofármacos en Uruguay. [Editorial].
- Radis/Fiocruz.* (2025, julio). Reforma Psiquiátrica no SUS: Do manicômio às residências terapêuticas [Video]. YouTube.
https://www.youtube.com/watch?v=xbJGhl_zTos
- Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. (2024, agosto 25). Sociedad de Psiquiatría del Uruguay ante la implementación de la Ley de Internación Compulsiva. APU.
<https://www.apu.uy/noticias/sociedad-de-psiquiatria-del-uruguay-ante-la-implementacion-de-la-ley-de-internacion>
- Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. (2024, agosto 25). Sociedad de Psiquiatría expresa su total desacuerdo con la nueva ley de internación compulsiva. El Observador.
<https://www.elobservador.com.uy/nacional/sociedad-psiquiatria-total-desacuerdo-la-nueva-ley-internacion-compulsiva-n5957694>
- Stevanim, L. F., & Oliveira, E. (2025, julio 18). Residências da liberdade. Radis – Revista do Cuidado em Saúde.

<https://radis.ensp.fiocruz.br/reportagem/saude-mental-reportagem/residencias-da-liberdade/>

Stolkiner, A., & Ardila, S. E. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex*, 23(101), 57–67.

Techera, A., & Apud, I. (2013). Políticas de salud mental en Uruguay. En N. De León (Comp.), *Salud mental en debate: Pasado, presente y futuro de las políticas en salud mental* (pp. xx–xx). Montevideo: Psicolibros Waslala.

Techera, J., & Apud, I. (2013). *Salud mental y políticas públicas en Uruguay: genealogía de un proceso en construcción*. Facultad de Psicología, Universidad de la República.

Uruguay. Parlamento. (2017). Ley N.º 19.529. Ley de Salud Mental. Diario Oficial. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>

Uruguay. Parlamento. (2024). Ley N.º 20.279. Modificación de la Ley N.º 18.787 sobre internación involuntaria. Diario Oficial. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/20279-2024>