

Cómo citar este artículo:

Cabrera, F. (2023). Modelo de atención en salud mental comunitaria desde el primer nivel de atención sanitario: Caso UDA Canelones al Este, Barros Blancos, Uruguay. *MLS-Psychology Research*, 6 (1), 47-61. doi: 10.33000/mlspr.v6i1. 956.

MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL COMUNITARIA DESDE EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN SANITARIO: CASO UDA CANELONES AL ESTE, BARROS BLANCOS, URUGUAY

Fabián Cabrera

Universidad de la República (Uruguay)

lic.psic.cabrera@gmail.com - <http://orcid.org/0000-0001-8508-7640>

Resumen. El presente estudio se enmarca en la tesis para el título de Máster en Psicología Clínica y de la Salud. El objetivo fue diseñar un modelo de atención comunitario en salud mental tomando como base la experiencia de la Unidad Docente Asistencial Canelones al Este del Primer Nivel de Atención, Barros Blancos, Uruguay entre 2018-2020. Es un estudio cualitativo, en base al estudio de un caso. Las técnicas para la recolección de datos fueron la entrevista y búsqueda documental. Los resultados muestran las competencias formativas teórico/técnicas, criterios de intervención, dificultades, posicionamiento epistémico y, sentidos de las experiencias de los/as profesionales que conforman el caso y dan sentido al modelo. Se obtuvo un modelo que se puede replicar en otras Unidades Docentes Asistenciales del Primer Nivel de Atención, así como en dispositivos del Plan Nacional de Salud Mental de Uruguay en el marco de la Ley de Salud Mental.

Palabras clave: salud mental, primer nivel de atención, modelo, intervención

Community mental health care model from the first level of health care: Case UDA Canelones al Este, Barros Blancos, Uruguay

Abstract. The present study is part of the thesis for the Master's degree in Clinical and Health Psychology. The objective was to design a model of community mental health care based on the experience of the Canelones East Teaching Assistance Unit of the First Level of Care, Barros Blancos, Uruguay between 2018-2020. It is a qualitative study, based on a case study. The techniques for data collection were the interview and documentary search. The results show the theoretical/technical training skills, intervention criteria, difficulties, epistemic positioning, and meanings of the experiences of the professionals that make up the case and give meaning to the model.

A model was obtained that can be replicated in other Teaching Assistance Units of the First Level of Care, as well as in devices of the National Mental Health Plan of Uruguay within the framework of the Mental Health Law.

Keywords: mental health, first level of care, model, interventio

Introducción

A nivel mundial es reconocida la incidencia de las problemáticas en salud mental, la necesidad de articular el trabajo interdisciplinar, interprofesional y la importancia del Primer Nivel de Atención de la Salud. Asimismo, es conocida su incidencia en la salud física como ser en enfermedades cardiovasculares, oncológicas, metabólicas, la infección por el VIH/SIDA, etc. Según la OMS, la carga mundial de problemáticas en salud mental y la consecuente comorbilidad que se genera necesita planes estratégicos que contemplen programas y legislaciones orientadas por los Derechos Humanos, con servicios sanitarios y sociales comunitarios que den una respuesta integral y adaptada a las características locales. No obstante, la evidencia y recomendaciones, prevalece en muchos lugares una lógica que responde al modelo médico hegemónico de grandes instituciones asilares (manicomios) y clínicas de salud mental que redundan en detrimento de dispositivos clínicos - comunitarios desde el Primer Nivel de Atención (PNA) y, la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) tal como se recomienda.

En Uruguay desde 2017 rige una ley de salud mental que en su articulado plantea un abordaje en niveles de complejidad e integral que prioriza el Primer Nivel de Atención y el espacio comunitario.

A nivel internacional, en cuanto a los modelos de atención en salud mental en el PNA identificamos que en la clínica en salud mental existe un marcado predominio por un abordaje biomédico y farmacológico con escasas respuestas positivas. Sobre el abordaje comunitario en el PNA son pocas las experiencias sistematizadas desde el sector sanitario a diferencia de iniciativas alternativas desarrolladas desde el sector social. Al respecto de la formación en salud mental relacionada al PNA, a nivel internacional existen dificultades por ejemplo en cuanto a la noción de la Psicología de la Salud, la Psicología en el PNA y la posibilidad de trabajo interprofesional con la Medicina Familiar y Comunitaria.

El estudio ha sido necesario a los efectos de aportar un modelo de atención comunitario a la salud mental, mediante la experiencia llevada adelante a través del trabajo del equipo de la UDA Canelones al Este en Barros Blancos, Uruguay. Dicho trabajo, incluye principalmente la praxis de profesionales de la Medicina Familiar y Comunitaria en articulación con la Psicología Clínica y de la Salud. Los resultados nos permiten conocer competencias formativas teórico/técnicas, criterios de intervención, dificultades, posicionamiento epistémico que transversaliza las prácticas, así como significaciones y sentidos de las experiencias para los/as profesionales intervinientes que hacen al caso y a la construcción del modelo propuesto.

Este conocimiento tiene aplicación práctica y es un insumo para otras Unidades Docentes Asistenciales del Primer Nivel de Atención dependientes del Dpto. de Medicina Familiar y Comunitaria. Por otra parte, el estudio está a disposición en el Uruguay para la implementación del Plan Nacional de Salud Mental 2020 en el marco de la Ley de Salud Mental.

Método

Diseño

El estudio comprende un diseño metodológico de tipo cualitativo que busca comprender, explicar y analizar experiencias de abordaje en salud mental desplegadas desde la Unidad Docente Asistencial Canelones al Este.

Se trabajó desde una estrategia de estudio de caso tal como propone Stake (1999, p. 11) donde “un caso cuando tiene un interés muy especial en sí mismo. Buscamos el detalle de la interacción con sus contextos. El estudio de casos es el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes”. El caso de la Unidad Docente Asistencial (UDA) Canelones al Este es relevante y merece la atención investigativa en función de su experiencia en salud mental comunitaria.

En cuanto a algunas características del caso diremos que la sede de la UDA se encuentra localizada en la ciudad de Barros Blancos a unos 23 km de de Montevideo. Barros Blancos cuenta con una población aproximada de 30.000 habitantes y, la UDA atiende como institución pública de salud a casi la mitad de esta población. Desde lo socio - económicas Barros Blancos se encuentra dentro de las poblaciones más empobrecidas y vulneradas en el país. La UDA gestiona el servicio fundamentalmente con médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, entre profesionales de otras disciplinas como Ginecología, Pediatría, Psicología, Nutrición, Enfermería. Además de la asistencia desarrolla actividades de Promoción de la Salud, articulación y participación interinstitucional, investigación, entre otras.

Muestras

El enfoque cualitativo no comprende una selección de muestra probabilística como en el caso característico de las investigaciones cuantitativas. La muestra del estudio fue de conveniencia o intencional y responde a las características de la UDA, gestionada y conformada principalmente por médicos de familia y comunidad.

Se generaron dos grupos claves como unidades de muestreo;

Grupo de documentos como fuentes secundarias: 12 programas y planes universitarios formativos de grado y postgrado (actuales y anteriores) relacionados a la salud mental comunitaria, enfocados en el sector salud; programas de Facultad de Medicina; especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, psiquiatría de adultos y pediátrica, postgrados en Psicoterapia en Servicios de Salud opción Integrativa, Cognitivo conductual, Psicodrama y, de Facultad de Psicología programa Género, sexualidad y salud reproductiva, programa Concepciones, determinantes y políticas en salud, programa Psicología y Derechos Humanos, programa Desarrollo psicológico y psicología evolutiva y Especialización en Psicología en Servicios de Salud. Se trabajó con legislación (1 ley), el plan nacional de salud mental y, 86 presentaciones académicas relacionados a la salud mental en el Primer Nivel de Atención de la UDA.

Grupo de 4 integrantes profesionales que intervienen en el abordaje en salud mental como fuentes primarias, que incluyó médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Como criterio incluyente además de la antigüedad en la UDA y jerarquía, se consideró haber trabajado en la UDA entre los años 2018 – 2020.

Variables

El estudio siguió un proceso inductivo - hipotético - deductivo, donde se obtienen variables de interés a medida que el estudio avanzó. No obstante, se partió de algunas categorías previas o deductivas, como estrategia orientativa. Las categorías deductivas a priori (variables cualitativas), definiciones y subcategorías de partida fueron las siguientes;

- 1- Enfoque Clínico
- 2- Enfoque Comunitario
- 3- Acciones Académicas

Técnicas

El estudio implicó revisión documental y entrevistas semiestructuradas. La revisión de documentación es un proceso organizador y representador de conocimiento que se encuentra codificado, registrado. La finalidad de esta técnica es recuperar esta construcción. La entrevista semiestructurada posibilita acceder a los enfoques de los entrevistados por medio de la palabra. Se realizaron entrevistas con pautas establecidas y, con la apertura para introducir otras preguntas.

Instrumentos de medición

Para la revisión documental se utilizaron ficheros digitales y físicos de contenidos. Cada fichero se identificó con un tipo de registro documental.

Para las entrevistas semiestructuradas el instrumento de medición indagó sobre formación profesional relacionada a salud mental en el PNA con enfoque comunitario, características del trabajo en salud mental PNA con enfoque comunitario, equipo interprofesional, sentido de las intervenciones con enfoque comunitario, trabajo interdisciplinario y características del/los dispositivo/s. Las entrevistas tuvieron una duración de entre 50 y 70 minutos, realizadas a través de la plataforma Zoom con registro de audio, mediante consentimiento informado.

Procedimientos

El procedimiento constó de tres etapas que se detallan a continuación:

Tabla 1

Etapas generales de procedimientos

Etapas	Acciones	Tiempo	Materiales
1- Recolección de datos	Realizar entrevistas semiestructuradas Realizar revisión documental	Primer mes	Computadora con paquete Office 2021, plataforma Zoom.
2- Análisis de los datos	Realizar análisis del contenido de las entrevistas y documentos.	Segundo mes	Computadora, programa MAXQDA 2021

	Profundización del sistema de categorías y subcategorías. Codificación de estas.		
3- Resultados y conclusiones	Triangulación del análisis de datos con la bibliografía de referencia en el marco teórico. Diseño del modelo de atención comunitario en salud mental	Tercer mes	Computadora con paquete Office 2021

Aspectos éticos

La presente estudio parte del respeto por los derechos humanos, en donde la participación en el mismo fue voluntaria, no remunerada y confidencial en relación a los datos obtenidos a través de las distintas técnicas de recolección de datos empleadas, así como la confidencial en torno a la identidad de los participantes.

La Unidad Docente Asistencial Canelones estuvo debidamente informada sobre los objetivos de este estudio, las metodologías y técnicas que se han utilizado, así como del manejo que se realizó de los datos, resultados y conclusiones.

El estudio contó con consentimiento informado a los efectos de recabar la autorización de aquellas personas participantes del estudio. El mismo fué explicado y se solicitó que el/la participante lo firme como forma de expresar su voluntad, respetando así el principio de autonomía y beneficencia especificado en el artículo 4 del capítulo II y el capítulo III en todos sus artículos y literales del decreto n° 379/008 sobre investigación con seres humanos de la República Oriental del Uruguay.

A todos los participantes se informó sobre el manejo de la confidencialidad de la información que proporcionaron manteniendo el carácter privado de sus identidades, pudiendo decidir si participaban o no del estudio.

Realizando un análisis de los riesgos y beneficios de las técnicas a emplear, el estudio no generó riesgos para los participantes.

La información recogida tuvo un destino puramente científico, respondiendo a los objetivos del estudio y en ningún caso pondrá en cuestión a los participantes del mismo, cumpliendo así con los resguardos éticos que garanticen el anonimato.

Las anteriores consideraciones éticas permiten afirmar que este estudio se enmarca en la reglamentación vigente de la República Oriental del Uruguay en torno a el estudio con seres humanos (Decreto CM/515 del Poder Ejecutivo).

Resultados

Formación universitaria, salud mental y PNA

Los documentos analizados a nivel de educación superior (universitaria) fueron 12 programas formativos.

Los documentos se analizaron mediante la herramienta informática MAXQDA. El proceso fue inductivo, partiendo de una única variable operativizada en categorías y subcategorías. La variable fue denominada “Formación universitaria de grado y posgrado sobre salud mental y, Primer Nivel de Atención”.

De los programas analizados se obtiene que la especialidad en “Medicina Familiar y Comunitaria” es la que mayor relación tiene con la atención comunitaria en salud mental. Es seguido por el programa “Concepciones, determinantes y políticas en salud” y, por el programa de “Psiquiatría de adultos”. En los demás programas se encontraron pocas subcategorías, siendo el punto de corte de subcategorías un 40% de las categorías inducidas en el programa mayor cantidad. La cantidad total de subcategorías presentes en los programas de interés fue la siguiente:

Tabla 1

Fichero 1 Programas significativos y subcategorías

Nombre del programa	Adscripción institucional	Cantidad de subcategorías identificadas
Medicina Familiar y Comunitaria	Facultad de Medicina	86
Concepciones, determinantes y política en salud	Facultad de Psicología	43
Psiquiatría de adultos	Facultad de Medicina	42

El punto de corte de subcategorías inductivas corresponde a un 1/3 de su presencia en la sumatoria entre todos los documentos. Las subcategorías inductivas con mayor presencia entre todos los documentos han sido:

Comunidad y Redes, Promoción de la Salud, Derechos Humanos, Integralidad, Ciclos vitales, Psicología de la Salud.

Las subcategorías inductivas encontradas en los documentos fueron agrupadas generando una red interconectada. Las que han mostrado mayor interconexión son:

Comunidad y Redes, Promoción de la Salud, Derechos Humanos, Integralidad, Ciclos vitales, Psicología de la Salud, Primer Nivel de Atención, Trabajo en equipo, Determinantes/determinación de la salud, Enfoque no hegemónico/alternativo

Instancias académicas de salud mental en la UDA

Las producciones académicas analizadas desarrolladas por la UDA fueron en total 86. Estas producciones incluyen posters, presentaciones académicas, programas de cursos e informes y propuestas de actividades.

La información se organizó en un único fichero informático de la siguiente forma:

Tabla 2

Fichero documentos académicos UDA

Nombre del programa fichero	Cantidad de documentos	Descripción
Presentaciones académicas	63	Producción académica que da cuenta de temáticas diversas trabajadas por la UDA
Informes y propuestas de actividades	8	Detalle de la ejecución y resultados de diversas actividades desarrolladas.
Programas de cursos	3	Detalle de cursos optativos, electivos y propios elaborados por la UDA
Posters	2	Producción académica sistematizada

Las producciones académicas se analizaron mediante la herramienta informática MAXQDA 2020. Se obtiene que los espacios que han representado una instancia formativa original de la UDA han sido:

Seminarios, seguido de Jornadas y encuentros, Congresos, Cursos y finalmente Actividades desarrolladas con y en comunidad.

En la siguiente tabla se presenta la relación entre las instancias académicas y su frecuencia absoluta.

Tabla 3

Instancias académicas en función de los documentos

Categoría	Subcategoría	Cantidad de identificaciones
Instancias académicas	Seminarios	8
	Jornadas, encuentros	6
	Cursos	3
	Congresos	3

La formación en cuanto al PNA de la Salud y Salud Mental se muestra como central e interconectada con otros temas de interés.

Tabla 3

Temas con mayor presencia en la formación UDA

Categoría	Subcategoría	Cantidad de identificaciones
Temas	PNA y Salud Mental	17
	Promoción de la salud mental	11
	Desmanicomialización	10
	Modelo de abordaje	6
	Psicología de la Salud	5

Enfoque clínico, comunitario y académico en la UDA

De las entrevistas semiestructuras a profesionales se obtienen las experiencias prácticas de trabajo en el campo de la salud mental en el PNA de la salud. Se han analizado 4 horas de entrevistas mediante el programa MAXQDA.

En la variable Enfoque Clínico se generaron 4 categorías inductivas que fueron posteriormente operacionalizadas en subcategorías. Del análisis surge como significativo que la experiencia de abordaje clínico en salud mental que se lleva adelante desde la UDA, más específicamente en su sede de la policlínica de La Loma en el municipio de Barros Blancos, resulta destacable haber contado y contar con competencias clínicas relativas al:

abordaje integral de las personas, familias y comunidades, saber posicionarse profesionalmente desde la interdisciplinariedad, la longitudinalidad, trabajo en equipo, actitud crítica y ética, empatía, respeto, habilidades comunicacionales.

Las categorías anteriormente desarrolladas, generan un sentido y significado que es identificado por los entrevistados en cuanto a una práctica que habilita:

continuidad del usuario/a en el sistema sanitario, mejora en la calidad de atención, enfoque de derechos, salud mental integral y, trabajo en equipo.

Los entrevistados reportaron una noción crítica de la accesibilidad que va más allá de las perspectivas geográficas. La mejora de la calidad pasa por un proceso integrador donde el diferencial es el territorio con sus características determinantes sobre la salud/enfermedad/atención y cuidados. Así como, el enfoque de derechos humanos, resulta rector y pilar humanizador.

Dentro de los dispositivos de abordaje identificados en el estudio, se destacan los individuales clínicos como ser la consulta con médico especialista en medicina familiar y comunitaria e interconsultas en el centro con psicólogo. Por otro lado, además de contar con un fuerte dispositivo clínico individual, interprofesional, de rápido acceso, la UDA ha implementado un dispositivo grupal de intervención en salud mental. En la variable Enfoque Comunitario dentro de las actividades identificadas apreciamos su orientación centrada en

la persona y al lugar donde vive. La comunidad representa el espacio privilegiado dados sus múltiples determinantes protectores, de cuidados y, promotores de salud y derechos.

Discusión y conclusiones

El modelo propuesto está transversalizado por la formación específica en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. En este sentido Novoa (2019, p. 95-113) realiza una investigación sobre la formación en salud mental de dichos especialistas donde identifica al igual que nuestro estudio, que el programa de la especialidad cuenta con insumos amplios que aportan a la formación en salud mental. Otro estudio realizado por Moreno (2012, p. 319) refiere a que entre el 67.5% y el 68.8% de los médicos de familia recibió formación para el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud mental, un 81.8% no ha participado en investigaciones en salud mental y un 96.1% refiere necesitar más información sobre salud mental.

En cuanto a la formación en psicología, como sucede en otros lugares, la formación en salud mental comunitaria y en especial dentro del PNA se encuentra desperdigada, encontrando que en nuestro estudio que el mejor aporte lo daría el Programa Concepciones, determinantes y política en salud de la Facultad de Psicología. Como sugiere Pastor (2008, p. 281) también en nuestro caso no encontramos una “planificación concreta y evaluable que defina objetivos en cuanto a la formación de profesionales, dotación de recursos y asistencia psicológica en atención primaria”, la misma dificultad es encontrada en otros estudios como el realizado en Costa Rica por Ramiro donde “no se cuenta aún con un perfil de profesional en el área de la Psicología de la Salud en las distintas instituciones que conforman el sector sanitario, lo que genera dificultades en la incorporación de la salud mental en el sistema sanitario” (2019, p. 153). En Chile Scharager y Molina (2007, p. 154) informan que sobre habilidades y conocimientos durante la formación de grado el 30,5% de los psicólogos refirió necesitar ajustes en los planes de estudio para facilitar la inserción en el PNA. Dentro de las necesidades se identificó “incluir temas relacionados con la psicología clínica (31,5%) y comunitaria (16,8%), las políticas públicas (15,8%) y la gestión y las especificidades de la APS (8,4%)”. Un porcentaje mencionó necesidades sobre contenidos de psicología de la salud (6,6%) y formación en trabajo en equipo (5,8%)” (2007, p. 154).

Los datos en cuanto a contenidos formativos y de competencias se correlacionan con estudios de competencias en el PNA. Moncada (2015, p. 296) estudió las competencias necesarias para los/as psicólogos/as en el PNA, obteniendo como significativas para el desarrollo del rol desde la PNA las competencias cognitivas sobre salud familiar/comunitaria, psicología de la salud, redes institucionales, lenguaje interdisciplinario, características actitudinales como ser tolerancia, asertividad, proactividad, trabajo en equipo, competencias procedimentales como ser habilidades para comunicarse, empatía, amabilidad, manejo de grupo y, de contextos comunitarios.

Si bien, las competencias del modelo propuesto se relacionan con las encontradas por Monarca, se identifican en el estudio las dificultades en el abordaje integral, el trabajo en equipo, la interdisciplina entre otras competencias necesarias. En un estudio realizado por Alonso, Lorenzo, Flores y García (2018) se identifica que el abordaje integral y en equipo, en espacial con los/as psicólogos/as en el PNA sigue siendo una dificultad. No obstante, tal como identifica el estudio, para Pastor “muchos de los problemas clínicos que se atienden en servicios de medicina general no pueden ser adecuadamente abordados desde un marco exclusivamente biomédico de atención” (2008, 282).

En el modelo propuesto la formación en comunidad, salud mental comunitaria y psiquiatría adquiere un carácter relevante que sobrepasa la mera concepción de estar en la comunidad o las buenas intenciones de trabajo comunitario. A decir de Bang (2014) “si bien las estrategias pueden ser múltiples, el trabajo comunitario posee una especificidad y fundamentos clínico-epistemológicos en el campo de prácticas en salud mental. Su inclusión requiere de una apertura epistemológica hacia el reconocimiento de los padecimientos subjetivos en su complejidad en tanto procesos dinámicos de salud-enfermedad-cuidados”. En este sentido, resulta central pensar los padecimientos en salud mental desde una perspectiva comunitaria para lo que según la autora “un cambio de mirada parece necesario, una apertura que incluya lo colectivo, lo diverso y lo histórico en la lectura de los padecimientos de una época, que nos permita aceptar nuevas demandas, trabajar desde las contradicciones y construir con otros en la heterogeneidad y a partir del desorden” (p. 111). La puesta en funcionamiento de dispositivos clínico individual interdisciplinario, grupal terapéutico y casos complejos/seminarios en una unidad académica universitaria, que articula además con asistencia, llevó a desarrollar propuestas formativas propias, así como a la participación en espacios nacionales e internacionales de intercambio y difusión de conocimientos, abordando las más amplias situaciones que suelen problematizarse en el Primer nivel de atención. Un estudio realizado en Ecuador destaca la trascendencia e importancia de las acciones universitarias hacia la comunidad. Como refiere Camas (2018, p. 3) las “universidades ofrecen la posibilidad de realizar proyectos de vinculación con la colectividad y prácticas preprofesionales no orientadas hacia el modelo biomédico hospitalario y asistencialista”.

El modelo de atención diseñado se organiza en cuatro ejes y/o componentes: Asistencial, Socio/comunitario, Académico/docente, e investigativo. Se propone en consonancia a lo establecido en el Plan Nacional de Salud Mental, la Ley de Salud Mental uruguaya y, la literatura internacional al respecto. Las características y principios conceptuales, procedurales del modelo de atención, se sostienen en la Promoción de la Salud, la Determinación Social de la Salud, la Epidemiología Crítica, Psicología Crítica, la Psicología de la Salud y, la Medicina Familiar y Comunitaria.



Figura 1: Ejes o componentes del modelo de atención

El modelo de atención trabaja a partir de la concepción dimensional del ser humano. Siguiendo a Read, Mosher y Bentall (2006, p. 63) “además de utilizar variables fiables, otro principio que es importante aplicar es el de pensar en dimensiones y no en categorías diferenciadas (...) las medidas dimensionales de la salud mental son más fiables que los diagnósticos”. Existe así un dentro y sobre, una red de relaciones complejas que se construyen y deconstruyen, donde surgen las siguientes dimensiones del ser humano; familiar, social, laboral y subjetiva. Estas dimensiones son espacios de intervención en sí mismos, que necesitan ser pensados en su complejidad y entrecruce. Existen situaciones que, al tocar una línea de la red dentro de un espacio dimensional, ocasionarán consecuencias en otros nodos de la red y en otras dimensiones. Es necesario ver que estas redes sobre redes, nodos sobre nodos e interconexiones, se despliegan tal como un mapa cartográfico para navegar las situaciones en salud mental.

El modelo implica un cambio conceptual y operativo que acciona sobre los procedimientos asistenciales e intervenciones comunitarias.

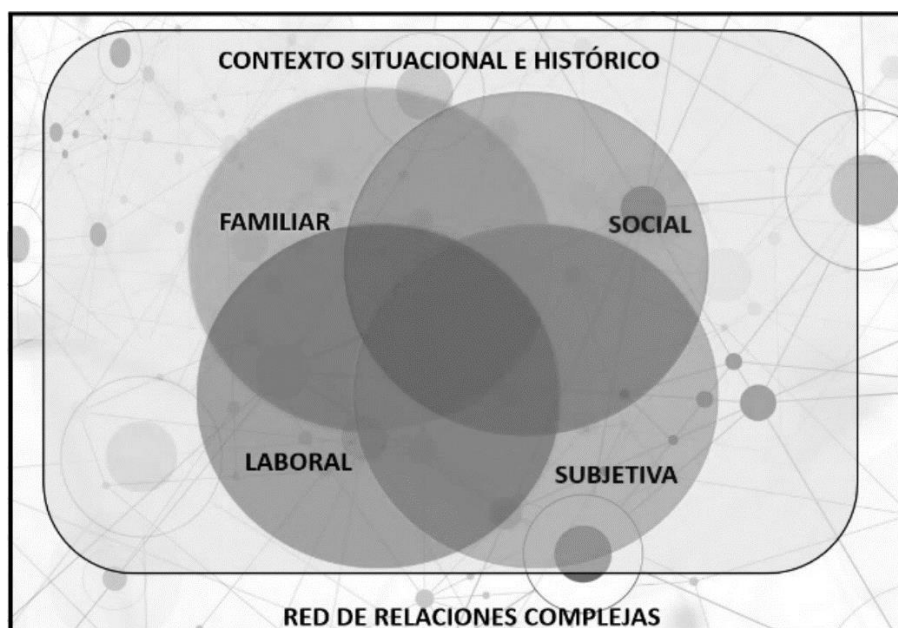


Figura 13: Dimensiones de intervención

El modelo implica un abordaje integral de las cuatro dimensiones producidas y productoras del contexto en red multirrelacional.



Figura 14: Entrecruce integral; componentes del modelo y dimensiones de intervención

En la actualidad nuestro país cuenta desde el año 2011 con un Plan Integral de Atención en Salud (PIAS, Decreto 305/011) del Ministerio de Salud Pública de Uruguay,

que ofrece las prestaciones exigibles a los efectores del Sistema Nacional Integrado de Salud. El modelo generado a través del estudio brinda la concreción de las prestaciones del PIAS y, a su vez dispositivos que se ajustan a las aspiraciones del nuevo Plan Nacional de Salud Mental. Es un sistema de dispositivos que aporta y trasciende las prestaciones actualmente disponibles en salud mental en Uruguay dentro de Sistema de Salud. En cuanto a prestaciones individuales ofrece un servicio integral, interdisciplinario (medicina familiar y comunitaria/psicología de la salud), que cubre longitudinalmente la vida de las personas y familias, accesible y de cercanía, con amplia perspectiva epistemológica que ofrece más intervenciones (prestaciones) que la psicoterapia a nivel psicológico, o la psicofarmacológica. El dispositivo grupal terapéutico es otra de las prestaciones/servicios que se identifica en el estudio. Es un espacio amplio, sin perfiles psicopatológicos y, que también trabaja desde la integralidad constitutiva del ser humano. El dispositivo ofrece una prestación terapéutica grupal que abarca diferentes edades y situaciones vitales siendo el punto central de intervención la producción de cada participante. A nivel socia/comunitario la UDA ofrece dispositivos de intervención anuales que articulan la participación de vecinos/as, organizaciones de la sociedad civil (OSC), estudiantes de grado de la carrera de medicina y los profesionales de la UDA. Las intervenciones son co-diseñadas, ejecutadas y evaluadas con los actores comunitarios. Por otro lado, la UDA ofrece a la población, un servicio que se coordina con otras instituciones presentes en el territorio. Teniendo en cuenta el espacial cuidado de los datos, la confidencialidad y privacidad de los/as usuarios/as, la UDA integra espacios interinstitucionales en conjunto con el Instituto Nacional de Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), el Sistema Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV) y el Nodo Interinstitucional del Ministerio de Desarrollo Social del Uruguay.

Finalmente, el estudio visualiza que la UDA ofrece un dispositivo de problematización muy potente de los casos “más” complejos que trabaja. Es un espacio interdisciplinar de problematización y búsqueda de alternativas para ofrecer a los/as usuarios/as. Asimismo, funciona como un espacio de enseñanza/aprendizaje para aquellos estudiantes que se encuentran realizando su último año de la carrera de medicina como practicantes internos y, para los residentes de la especialidad en medicina familiar y comunitaria.

El modelo de atención comunitario en salud mental estudiado implica recursos humanos formados fundamentalmente en Medicina Familiar y Comunitaria, Psicología de la Salud, Trabajo Social, Enfermería y administrativos. La mirada interdisciplinar del modelo propone un abordaje integral que aporta evidencia en el sentido de otros estudios como ser el de Alonso, Lorenzo, Flores, García y García, en cuanto a accesibilidad a “la intervención psicológica como un recurso comunitario más (2018, p. 313).

El estudio ofrece al país y a la región insumos para incidir en el abordaje de los malestares más característicos que encontramos en el PNA. Los estudios nos indican que es el PNA el espacio propicio para promover salud mental y prevenir futuras problemáticas más profundas. Sabemos que:

dentro del 90% de los casos no transferidos al ámbito especializado, hay un buen número de “no casos”, es decir, personas que no padecen ningún trastorno depresivo o ansioso “verdadero”, sino sólo problemas de la vida, indebidamente medicalizados o, incluso, si se quiere, psicologizados (Pérez Álvarez y Fernández Hermida, 2008, p. 252)

Resulta imprescindible tomar experiencias como la modelizada en este estudio, porque significan un avance sustantivo y profesionalizado que incorpora alternativas sostenibles para una transformación sustancial de la atención en salud mental. La experiencia analizada presenta un abordaje en equipo respetando las especificidades disciplinares. Articula los principios del primer nivel de atención, la promoción de la salud mental con las prácticas, sustancialmente, de la medicina familiar y comunitaria y la psicología de la salud.

El impacto en la comunidad y en el campo de la salud psicológica y mental mediante este tipo de modelos generaría beneficios en la calidad y el buen vivir de las personas. Por este camino existe una posibilidad concreta y real de trabajar las situaciones en salud psicológica/mental en el lugar donde las personas viven, atendiendo como determinantes sus marcos relacionales y su historia. El modelo de atención comunitario en salud mental estudiado aporta una alternativa moderna ajustada al siglo XXI, humanizada y, que integra los saberes de la psicología, la medicina familiar y la comunidad.

Referencias bibliográficas

Administración de los Servicios de Salud del Estado (2018). *Atención de la Salud Mental de la población usuaria de ASSE. Diagnóstico de situación en Abril/2018.*

Alonso, R., Lorenzo, L., Flores, I., García, J.M. y García, L. (2018). El psicólogo clínico en los centros de salud. Un trabajo conjunto entre atención primaria y salud mental. *Revista Elsevier*, 51(5), 310-313 <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-psicologo-clinico-los-centros-S0212656718304116>

Bang, Claudia (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*, 13(2), 109-120. <https://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/399/340>

Camas, V. (2018). Salud mental comunitaria, atención primaria de salud y universidades promotoras de salud en Ecuador. *Rev. Panamericana de Salud Pública* 42 (162), <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.162>

Ministerio de Salud Pública. (1986). *Plan Nacional de Salud Mental.* <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%201986.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (2011). *Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud.* https://www.bps.gub.uy/bps/file/8117/1/salud_mental_plan_nacional_junio.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2020). *Plan Nacional de Salud Mental.* <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/sites/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/files/documentos/noticias/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%202020-2027%20aprobado.pdf>

Moncada, S. (2015). Psicología y atención primaria de salud: una propuesta de competencias.

Rev. Chil Salud Pública 19 (3), 293-304

Moreno, E. y Moriana, J.A. (2012). El tratamiento de los problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria. *Salud Mental*, 35(4), 315-328. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58224380007>

Novoa, G. (2019). *Salud Mental en el primer nivel de atención. La formación del médico de Medicina Familiar y Comunitaria en salud mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud*. Tesis de maestría en Psicología Clínica. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/27423>

Pastor, J. (2008). El psicólogo en Atención Primaria: Un debate necesario en el Sistema Nacional de Salud. *Papeles del Psicólogo*, 29 (3), 271-290. <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1610.pdf>

Poder Ejecutivo Uruguay (2011, 9 de setiembre). Decreto número 365/011, del 9 de Setiembre, Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud . *Centro de información oficial*. <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/305-2011>

Poder Legislativo Uruguay (2017, 9 de setiembre). Ley número 19529, del 24 de agosto, de salud mental. *Centro de información oficial*. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>

Ramiro, G. (2019). El rol del psicólogo en la atención de la salud mental desde el primer nivel de atención: una revisión sistemática. *Salud & Sociedad*, 10(2), 146-162. doi: 10.22199/issn.0718-7475-2019-02-008

Read, J. Mosher, L. Bentall, R. (2006). ¿Existe la esquizofrenia?. En *Modelos de locura*. Herder.

Scharager Goldenberg J. y Molina Aguayo M.L. (2007). El trabajo de los psicólogos en los centros de atención primaria del sistema público de salud en Chile. *Revista Panamericana Salud Pública*, 22(3), 149-59. <https://scielosp.org/article/rpsp/2007.v22n3/149-159/es/>

Stake, R. (1999). El caso único. En R. Stake, *Investigación con estudio de casos* (pp. 15-24). Ediciones Morata.

Fecha de recepción: 07/12/2021

Fecha de revisión: 03/11/2022

Fecha de aceptación: 15/12/2022