



Secretaría de
Bienestar

PLAN INTEGRAL DE SALUD MENTAL

(Resol. CS 388/2025)

Mapeo institucional de espacios, prácticas y capacidades de cuidado vinculadas con la salud mental

Informe de sistematización, diagnóstico situacional y lineamientos estratégicos

Coordinación: Dr. Marcos Faletti

Río Cuarto, Córdoba · Agosto de 2026



Síntesis

El presente informe sistematiza los resultados del mapeo institucional de espacios, áreas, prácticas y capacidades vinculadas directa o indirectamente con la salud mental en la Universidad Nacional de Río Cuarto (UNRC). El trabajo se desarrolla en el marco de la implementación del Plan Integral de Salud Mental (PISM), aprobado por Resolución del Consejo Superior N.º 388/2025, y constituye una acción prevista por el propio Plan dentro del Eje 3, Relevamiento y planificación. Ambas tareas constituyen herramientas de gestión que permiten reconocer capacidades institucionales construidas a lo largo del tiempo, otorgar visibilidad a experiencias existentes, comprender sus modalidades de funcionamiento e identificar condiciones para su fortalecimiento, articulación y desarrollo. Desde esta perspectiva, el mapeo aporta una lectura situada de la Universidad y contribuye a colocar la salud mental como una dimensión relevante en la planificación institucional.

La información analizada evidencia una trama institucional de cuidado integrada por áreas centrales, unidades académicas, espacios profesionales, experiencias de orientación y acompañamiento, modalidades de escucha, acciones de prevención y promoción, atención y prácticas de articulación intra e interinstitucional. Estas experiencias presentan diferentes niveles de formalización, sistematización y especialización.

El mapeo integra información cuantitativa y cualitativa mediante un diseño mixto. El componente cuantitativo se construyó a partir de un instrumento estructurado de relevamiento institucional, mientras que el componente cualitativo se desarrolló mediante entrevistas a referentes de diferentes espacios institucionales. El análisis cualitativo utilizó procedimientos de codificación y comparación provenientes de la Teoría Fundamentada, y la integración final trianguló datos estructurados, categorías emergentes y el marco normativo del PISM.

Los hallazgos permiten reconocer capacidades instaladas y, simultáneamente, áreas de fortalecimiento vinculadas con la construcción de un marco conceptual compartido, la primera escucha, los límites de rol, la formalización de circuitos, la producción sistemática de información, la accesibilidad, la formación de actores clave y la sostenibilidad de recursos. La comparación sistemática de necesidades muestra una recurrencia particularmente alta de demandas vinculadas con articulación y red, formación para la primera respuesta, protocolos o guías, información y registros, comunicación y criterios conceptuales compartidos. La prevención del suicidio, la



actuación ante crisis y la posvención conforman una línea crítica transversal cuya prioridad se define también por la gravedad potencial de las situaciones.

El informe propone lineamientos orientados a consolidar el PISM como política institucional permanente. La gobernanza estable, la Red Universitaria de Salud Mental, la formación continua, las guías de actuación, la sistematización de información, la accesibilidad, la previsión de recursos y la evaluación periódica constituyen dimensiones estratégicas para sostener su desarrollo más allá de los ciclos de gestión.

El mapeo 2026 se presenta, de este modo, como una línea de base institucional para acompañar la evolución del Plan, documentar avances, revisar prioridades y orientar decisiones futuras.



Índice general

1. Introducción, marco conceptual y metodología	5
2. Resultados del relevamiento cuantitativo y cualitativo	13
3. Integración de resultados y diagnóstico situacional	26
4. Fortalezas institucionales, áreas de fortalecimiento y desafíos	33
5. Lineamientos estratégicos para la consolidación del PISM	37
6. Propuesta de implementación y seguimiento	41
7. Conclusiones	45
Referencias	47
Anexos	49



Índice de figuras

Figura 1. El mapeo como etapa de implementación del PISM	7
Figura 2. Diseño metodológico mixto del mapeo	9
Figura 3. Fuentes y técnicas de producción de información	10
Figura 4. Procedimiento de análisis cualitativo inspirado en Teoría Fundamentada	11
Figura 5. Distribución institucional de respuestas	13
Figura 6. Antigüedad de los espacios relevados	14
Figura 7. Tamaño de los equipos informados	15
Figura 8. Poblaciones destinatarias declaradas	16
Figura 9. Niveles de intervención declarados	17
Figura 10. Modalidades realizadas “siempre” o “a veces”	18
Figura 11. Articulaciones declaradas por los espacios	18
Figura 12. Tipología analítica de modalidades de escucha	22
Figura 13. Divergencias analíticas reveladas por la triangulación	28
Figura 14. Frecuencia comparada de necesidades institucionales	29
Figura 15. Modelo analítico de consolidación de la red	32
Figura 16. Fortalezas como activos institucionales	35
Figura 17. Arquitectura estratégica para consolidar el PISM	38
Figura 18. Secuencia orientativa de implementación	42
Figura 19. Ciclo de mejora continua del PISM	45



1. Introducción, marco conceptual y metodología

1.1. Salud mental y Universidad

La salud mental constituye una dimensión significativa de la experiencia universitaria. Las condiciones en las que las personas estudian, enseñan, investigan, trabajan, participan y establecen vínculos forman parte de los procesos que contribuyen al bienestar individual y colectivo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como un estado de bienestar mental que permite afrontar las tensiones de la vida, desarrollar las propias capacidades, aprender, trabajar y contribuir a la comunidad. La misma definición reconoce que la salud mental se configura en un continuo complejo en el que interactúan factores individuales, familiares, comunitarios y estructurales (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2025a).

La incorporación de la salud mental a la agenda universitaria supone reconocer que las trayectorias educativas y laborales se desarrollan dentro de condiciones sociales, económicas, culturales, vinculares, pedagógicas y organizacionales. La guía de la OMS para el sector educativo plantea que las políticas y prácticas educativas pueden integrar la promoción del bienestar, la creación de entornos seguros e inclusivos, la reducción de presiones académicas evitables y la disponibilidad de apoyos psicosociales para estudiantes y personal (OMS, 2025b). En el campo específico de la educación superior, UNESCO IESALC destaca la responsabilidad de las instituciones en la construcción de entornos inclusivos, el fortalecimiento de apoyos y la integración del bienestar en sus políticas institucionales (UNESCO IESALC, 2024).

El enfoque de derechos amplía esta perspectiva. La OMS y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos señalan que la salud mental constituye un imperativo de derechos humanos y que las políticas deben promover acceso, inclusión, dignidad, autonomía y participación (OMS & ACNUDH, 2023). En Argentina, la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 define la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento se vinculan con la concreción de derechos humanos y sociales (Argentina, 2010).

En el contexto universitario, estas perspectivas permiten comprender la salud mental como un proceso dinámico de construcción individual y colectiva atravesado por condiciones subjetivas, académicas, pedagógicas, vinculares, económicas, laborales, sociales, culturales, de género y de



accesibilidad. Estas condiciones inciden en las posibilidades de aprender, trabajar, participar, establecer vínculos, sostener trayectorias y desarrollar proyectos dentro de la vida universitaria. Esta definición operativa orienta el presente informe y se articula con el enfoque de derechos, atención primaria y corresponsabilidad establecido por el PISM.

1.2. Propósito y encuadre institucional del mapeo

La Resolución CS N.º 388/2025 aprobó el Plan Integral de Salud Mental de la UNRC y formalizó una política universitaria orientada a la prevención, promoción, acompañamiento y cuidado desde una perspectiva integral comunitaria. El Plan fue elaborado con participación de múltiples áreas institucionales y prevé una estrategia transversal que incluye Secretaría de Bienestar, Secretaría de Trabajo, Secretaría Académica, Rectorado y las unidades académicas (UNRC, 2025).

El mapeo busca producir conocimiento sistemático acerca de las capacidades existentes en la Universidad para abordar situaciones vinculadas directa o indirectamente con la salud mental. Su realización permite reconocer espacios y áreas que desarrollan escucha, orientación, acompañamiento, prevención, promoción, atención o derivación; caracterizar poblaciones y modalidades de intervención, analizar articulaciones e identificar condiciones para el fortalecimiento institucional.

El presente informe persigue tres objetivos. En primer lugar identificar y caracterizar áreas, espacios, prácticas y capacidades. En segundo lugar comparar modalidades de funcionamiento, convergencias, diferencias, necesidades y singularidades. Finalmente, se pretende producir evidencia para orientar decisiones de implementación, formación, articulación, comunicación, protocolos, información y sostenibilidad del PISM.

El mapeo como etapa de implementación del PISM

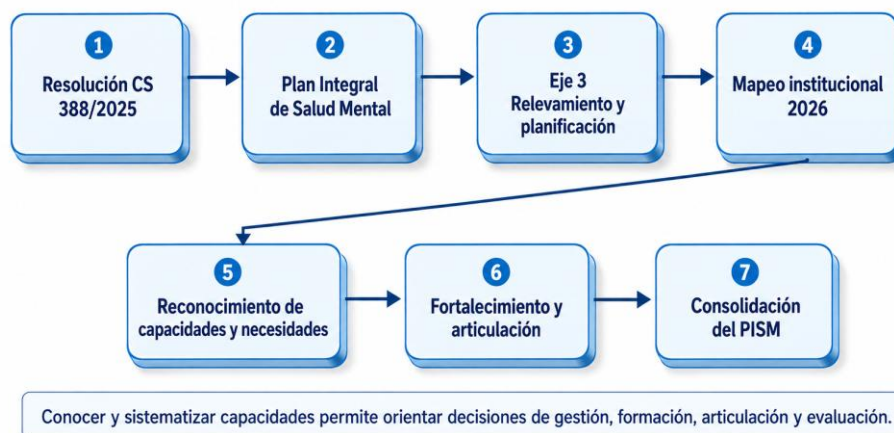


Figura 1. El mapeo como etapa de implementación del PISM

1.3. Marco normativo y conceptual del Plan Integral de Salud Mental

El PISM se apoya en el enfoque de derechos, la atención primaria, la corresponsabilidad y la cultura del cuidado. El enfoque de derechos reconoce a toda la comunidad universitaria como titular de derechos y orienta la generación de entornos inclusivos, información clara, accesibilidad, participación y acciones libres de estigma. La atención primaria organiza una respuesta de proximidad basada en promoción, prevención, detección temprana, acompañamiento y articulación con servicios especializados cuando corresponde. La corresponsabilidad distribuye funciones entre equipos técnicos, áreas, unidades académicas y actores de la comunidad, preservando los límites y competencias de cada rol.

La Resolución estructura el PISM en cinco ejes. El Eje 1 se centra en primer nivel de atención y atención primaria; el Eje 2 en formación; el Eje 3 en relevamiento y planificación; el Eje 4 en articulación intra e interinstitucional; y el Eje 5 en guías de actuación. El presente mapeo se ubica directamente en el Eje 3 y produce información que también resulta pertinente para los restantes ejes, ya que permite reconocer dónde se desarrollan funciones de primer nivel, qué necesidades formativas aparecen, cómo se articulan los espacios y qué situaciones requieren procedimientos claros.



Eje PISM	Contenido central	Aporte del mapeo 2026
Eje 1	Promoción, prevención, escucha, acompañamiento y derivación.	Identifica dónde se desarrollan estas funciones y con qué poblaciones.
Eje 2	Formación, sensibilización y primeros respondientes.	Releva necesidades formativas, límites de rol y demandas de herramientas.
Eje 3	Relevamiento, planificación, mediciones y trazabilidad.	Constituye el encuadre directo de la línea de base 2026.
Eje 4	Red Universitaria de Salud Mental y cooperación.	Analiza contactos, derivaciones, continuidad y corresponsabilidad.
Eje 5	Guías de actuación ante escenarios relevantes.	Aporta evidencia para priorizar primera escucha, crisis, suicidio, discapacidad, género, consumos y violencia laboral.

Nota. Elaboración propia a partir de la Resolución CS N.º 388/2025 y del diseño del mapeo.

1.4. Metodología

1.4.1. Diseño general

Para la realización de este mapeo se desarrolló un estudio de enfoque mixto, de alcance descriptivo-exploratorio. Los métodos mixtos permiten integrar información cuantitativa y cualitativa para producir una comprensión más amplia del fenómeno estudiado y examinar convergencias, complementariedades y divergencias entre fuentes (Creswell & Plano Clark, 2018; Hernández Sampieri & Mendoza Torres, 2018).

La unidad de análisis estuvo constituida por los espacios, áreas, prácticas y capacidades institucionales vinculadas directa o indirectamente con salud mental dentro de la Universidad Nacional de Río Cuarto. Las unidades de información fueron referentes institucionales entrevistados y quienes respondieron al cuestionario estructurado.



La integración articula patrones cuantitativos, categorías cualitativas y el marco institucional del PISM.

Figura 2. Diseño metodológico mixto del mapeo

1.4.2. Selección de participantes y corpus

La selección de participantes fue intencional y orientada por relevancia institucional. Este tipo de selección resulta apropiado en estudios exploratorios y cualitativos cuando se buscan informantes con conocimiento directo del fenómeno, de los circuitos y de las prácticas bajo estudio (Hernández Sampieri & Mendoza Torres, 2018). Se priorizaron referentes con responsabilidad o participación en acciones de escucha, acompañamiento, orientación, gestión, prevención, atención o articulación.

El corpus cualitativo quedó integrado por 12 entrevistas situadas realizadas durante julio y agosto de 2026 a referentes de Ciencias Humanas, Ciencias Exactas, Agronomía y Veterinaria, Ciencias Económicas, Ingeniería y áreas centrales vinculadas con Becas, Accesibilidad, Consumos Problemáticos, Psicología de la Dirección de Salud, Género, Salud Ocupacional y Orientación Vocacional.

1.4.3. Técnicas e instrumentos

Las entrevistas fueron semiestructuradas y situadas. Su guía común exploró surgimiento y funciones del espacio, población destinataria, modalidades de escucha e intervención, problemáticas recibidas, articulaciones, protocolos, registros, recursos, obstáculos, necesidades de formación y propuestas para el PISM.

El instrumento cuantitativo incluyó identificación institucional, antigüedad, cantidad y perfil del equipo, poblaciones destinatarias, niveles de intervención, modalidades de trabajo, articulación intra e interinstitucional y campos abiertos sobre temáticas, demandas y prioridades. Las variables cerradas se analizaron mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Los campos abiertos se incorporaron al análisis temático cualitativo.



Figura 3. Fuentes y técnicas de producción de información

1.4.4. Estrategia de análisis cualitativo

El análisis cualitativo utilizó procedimientos inspirados en la Teoría Fundamentada o Grounded Theory. Este enfoque propone construir categorías emergentes a partir del material empírico mediante codificación, comparación constante y desarrollo progresivo de relaciones conceptuales (Charmaz, 2014; Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 2002).

El análisis se desarrolló en tres momentos. En un primer ciclo se realizó codificación descriptiva, identificando unidades de sentido relacionadas con funciones, problemáticas, escucha, articulaciones, obstáculos, recursos, registros, formación y concepciones de salud mental. En un segundo ciclo se agruparon códigos por afinidad conceptual y se construyeron categorías emergentes. En un tercer momento se aplicó comparación constante entre entrevistas para reconocer propiedades, recurrencias, diferencias, relaciones y singularidades.

Se trabajó sobre el corpus textual producido por las entrevistas, atendiendo a unidades de sentido y relaciones entre categorías. El interés principal estuvo puesto en reconstruir significados institucionales, prácticas y patrones de funcionamiento a partir de los relatos de los referentes.

Procedimiento de análisis cualitativo inspirado en Teoría Fundamentada



La estrategia utiliza codificación y comparación constante; el estudio no se presenta como una Grounded Theory clásica de diseño completo.

Figura 4. Procedimiento de análisis cualitativo inspirado en Teoría Fundamentada

1.4.5. Integración, triangulación y criterios de validez interpretativa

La integración se realizó mediante triangulación convergente entre datos cuantitativos, categorías cualitativas y marco normativo-conceptual. Se consideró convergencia cuando diferentes fuentes sostenían un mismo patrón; complementariedad cuando una fuente ampliaba o explicaba a otra; divergencia cuando los datos declarados mostraban diferencias respecto de las prácticas descritas en las entrevistas; y singularidad cuando una experiencia localizada aportaba una capacidad institucional específica.

El proceso de construcción del dato se concibió como una articulación entre unidades de análisis, dimensiones y valores o categorías, siguiendo la perspectiva metodológica de Samaja (1993). El



informe distingue datos objetivos o declarados, percepciones de entrevistados, patrones recurrentes e interpretaciones institucionales. Cuando una afirmación corresponde a uno o pocos referentes, se presenta como percepción localizada y se evita extrapolarla al conjunto de la UNRC.

1.4.6. Procedimiento para el análisis comparativo de necesidades

Para comparar las necesidades institucionales se construyó una matriz de codificación sobre las 12 entrevistas. Cada necesidad se contabilizó como máximo una vez por entrevista, con independencia de la cantidad de menciones, y se consideró presente cuando fue formulada explícitamente o desarrollada de manera consistente como obstáculo, vacancia o propuesta de fortalecimiento. El recuento resultante expresa su recurrencia temática dentro del corpus cualitativo.

La escala comparativa se construyó como una herramienta ordinal y analítica. Integra recurrencia cualitativa, presencia explícita en las prioridades del instrumento, evidencia estructurada y tipo de necesidad. Se distinguen prioridades transversales muy altas, prioridades altas y necesidades relevantes o específicas. Las situaciones de crisis, ideación suicida, intentos y posvención se consideran de relevancia transversal ya que su importancia institucional se valora por la gravedad potencial y por la necesidad de respuesta coordinada, aun cuando su frecuencia de mención sea menor que la de otros temas.

1.4.7. Alcances y límites

El estudio caracteriza capacidades, prácticas y percepciones institucionales. La selección fue intencional, el número de respuestas cuantitativas es acotado y existen respuestas múltiples de algunos espacios. Por ello, los porcentajes describen patrones del relevamiento y no estimaciones probabilísticas de prevalencia institucional.

El valor principal del estudio es diagnóstico y estratégico. La línea de base 2026 permite identificar capacidades, necesidades y diferencias institucionales, y ofrece un punto de comparación para mediciones futuras previstas por el Eje 3 del PISM.

2. Resultados del relevamiento cuantitativo y cualitativo

Este capítulo presenta los resultados de las dos fuentes principales de producción de información. En una primera parte se exponen los datos cuantitativos del instrumento estructurado. En una segunda parte se desarrollan las categorías cualitativas construidas a partir del corpus de entrevistas. La integración y triangulación formal de ambas fuentes se reserva para el Capítulo 3, de modo de preservar la trazabilidad entre dato, análisis e interpretación.

2.1. Resultados cuantitativos

2.1.1. Distribución institucional, antigüedad y tamaño de los equipos

El instrumento reunió 12 respuestas. Seis corresponden a la Secretaría de Bienestar, dos a la Secretaría Académica y cuatro a facultades o áreas centrales. La distribución expresa una cobertura relevante de áreas previstas por el PISM y de unidades académicas, aunque debe interpretarse como composición del corpus y no como una estimación exhaustiva de todos los espacios existentes en la Universidad.

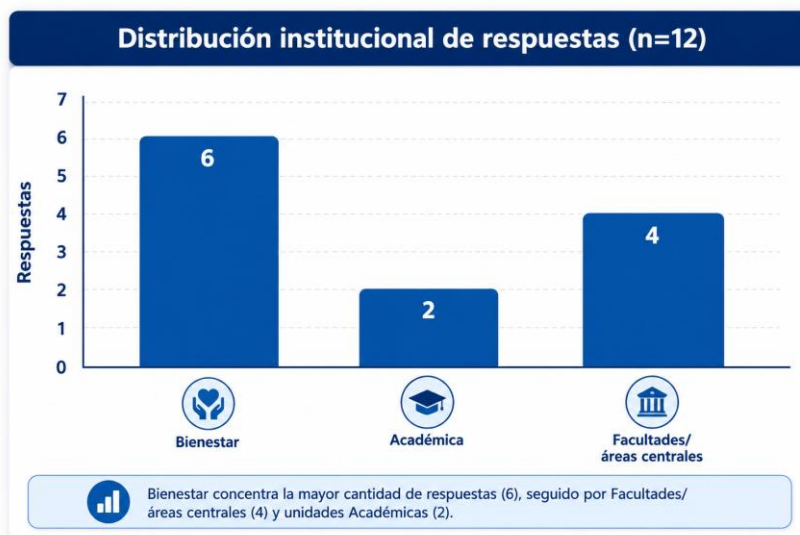


Figura 5. Distribución institucional de respuestas (n = 12)

Ocho respuestas corresponden a espacios con más de cinco años de antigüedad, dos a espacios con entre uno y cinco años y dos a espacios creados durante el último año. Este patrón muestra que una parte importante de las prácticas relevadas antecede a la creación formal del PISM y constituye una base institucional preexistente.

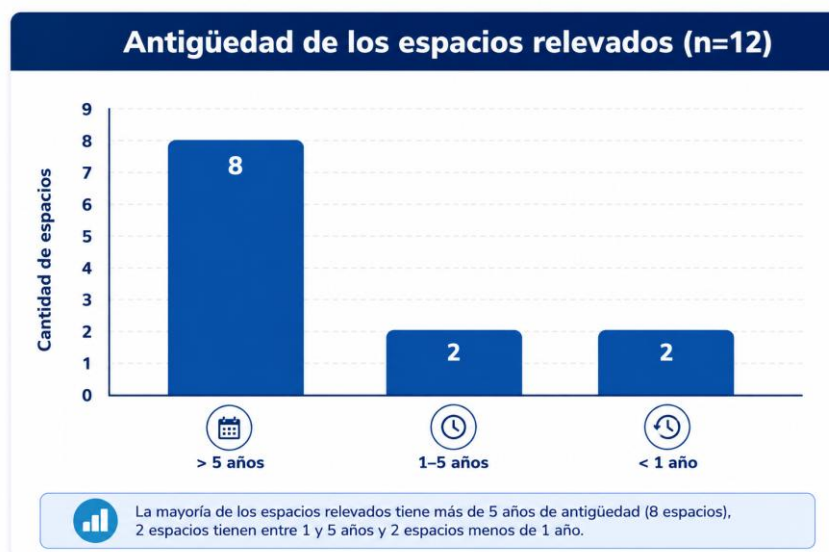


Figura 6. Antigüedad de los espacios relevados (n = 12)

Nota. Fuente: instrumento estructurado de relevamiento institucional PISM, 2026.

Los equipos informados son mayoritariamente pequeños. Nueve respuestas señalan entre dos y cuatro integrantes, dos indican una persona y una informa entre cinco y siete. Psicología, Psicopedagogía, Trabajo Social y Educación Especial aparecen entre los perfiles profesionales mencionados, con combinaciones interdisciplinarias en algunos espacios.

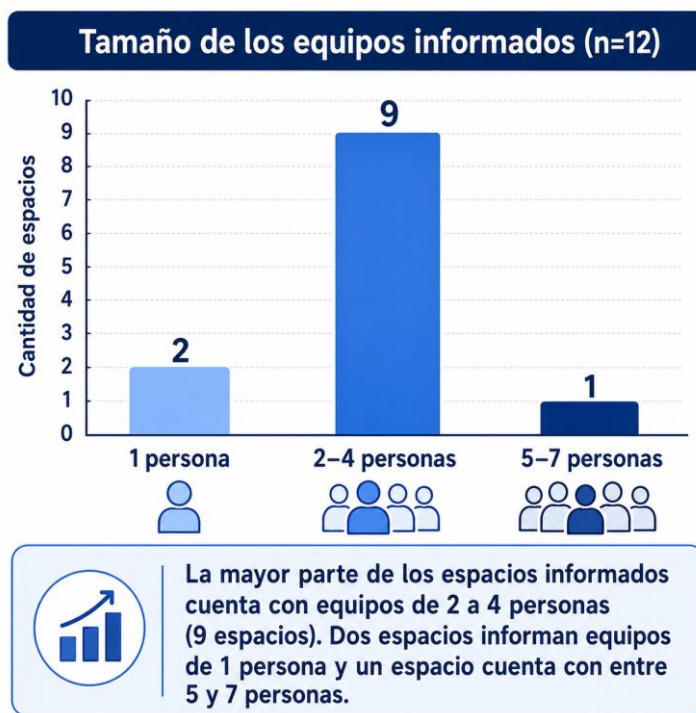


Figura 7. Tamaño de los equipos informados (n = 12)

2.1.2. Poblaciones destinatarias

El estudiantado aparece como población destinataria en las 12 respuestas. Docentes son mencionados en 6 respuestas, nodocentes en 5 y graduados/as en 4. La centralidad estudiantil es consistente con la trayectoria de varias áreas vinculadas con permanencia, salud, becas, orientación, psicopedagogía y acompañamiento académico. El PISM, en cambio, define una comunidad destinataria más amplia, por lo que la cobertura hacia docentes, nodocentes y graduados constituye un campo de desarrollo progresivo.

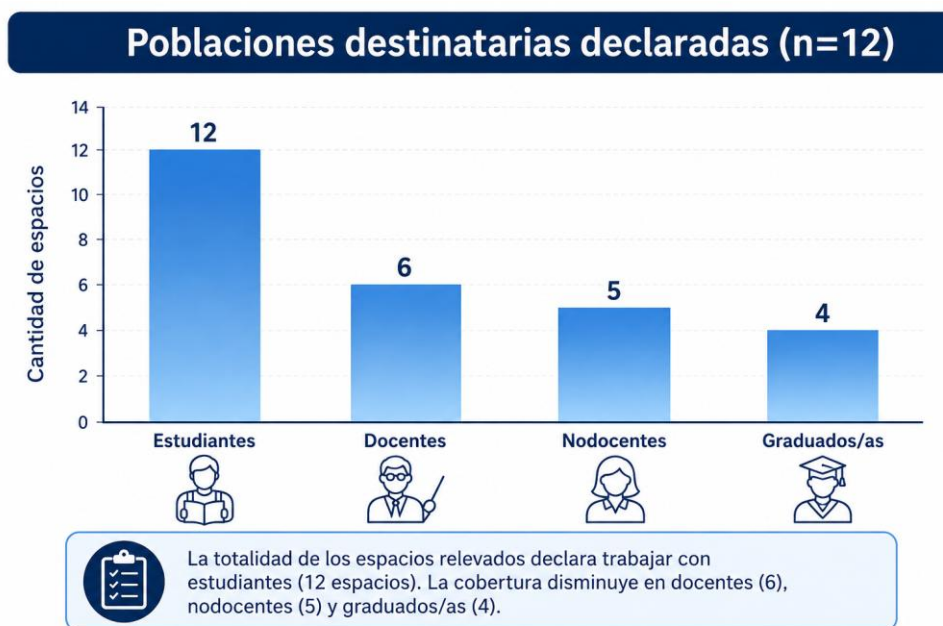


Figura 8. Poblaciones destinatarias declaradas (n = 12)

Nota. Las categorías no son excluyentes: una misma respuesta puede incluir más de una población.

2.1.3. Niveles de intervención

La promoción de la salud mental presenta la mayor frecuencia de intervención sostenida: 7 respuestas indican que se realiza siempre. La atención aparece siempre en 6, la prevención en 5 y la evaluación en 2. El diagnóstico y tratamiento especializado se concentra en pocos espacios: 10 de 12 respuestas declaran que nunca realizan esta función. El perfil resultante se organiza alrededor de promoción, prevención, escucha, acompañamiento, atención inicial y derivación, en correspondencia con la lógica de atención primaria universitaria prevista por el PISM.

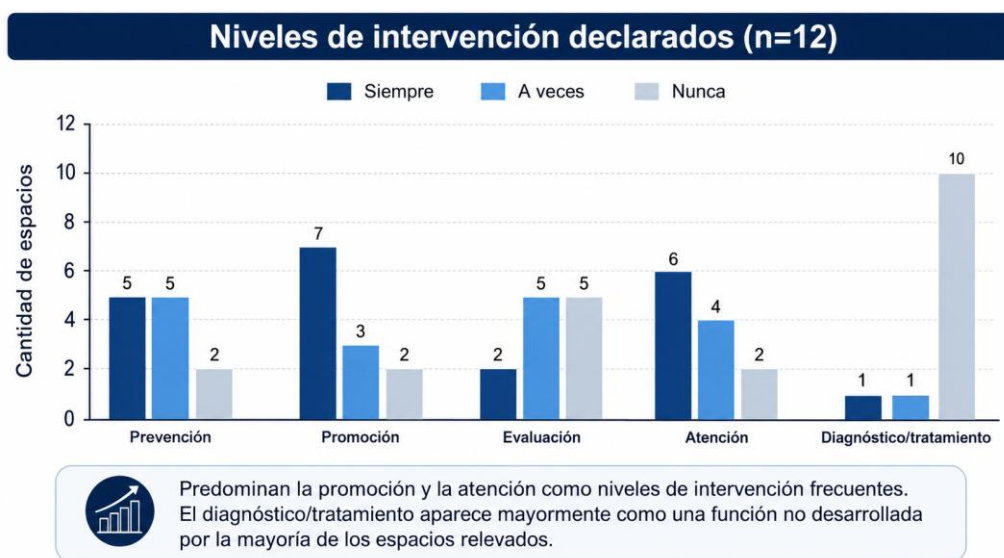


Figura 9. Niveles de intervención declarados (n = 12)

2.1.4. Modalidades de trabajo

Las entrevistas individuales, las observaciones, los talleres, las encuestas o relevamientos y las derivaciones aparecen en 11 de 12 respuestas con frecuencia “siempre” o “a veces”. Las entrevistas grupales aparecen en 10 respuestas, los proyectos de investigación y la producción de materiales en 8, y las campañas en 6. La diversidad de modalidades muestra que los espacios relevados combinan acciones individuales, grupales, preventivas, de información y de articulación.



Figura 10. Modalidades realizadas “siempre” o “a veces” (n = 12)

2.1.5. Articulación intra e interinstitucional

Las 12 respuestas declaran abordaje conjunto con otras áreas de la UNRC y derivación hacia otras áreas de la Universidad. Nueve refieren derivaciones a instituciones de la ciudad y siete indican abordajes conjuntos con actores externos. El dato cuantitativo señala una base amplia de vínculos y contactos institucionales. La calidad, continuidad y formalización de esas articulaciones se examina posteriormente mediante las entrevistas.



Figura 11. Articulaciones declaradas por los espacios (n = 12)

Nota. La existencia declarada de articulación se triangula con la descripción cualitativa de circuitos, seguimiento y corresponsabilidad.

2.1.6. Producción de información y prioridades declaradas

Once respuestas indican realizar encuestas o relevamientos con alguna frecuencia. Este resultado evidencia una disposición extendida a producir información, aunque el instrumento no permite establecer por sí solo si esos datos se encuentran sistematizados, archivados, comparables o disponibles para planificación institucional. Los campos abiertos reiteran como prioridades la formación, los protocolos, la difusión de recursos, la articulación y la producción de información.

En síntesis, el componente cuantitativo muestra una red fuertemente orientada al estudiantado, con predominio de funciones preventivas y promocionales, diversidad de modalidades de intervención y amplia declaración de vínculos internos. Estos resultados constituyen patrones descriptivos que adquieren mayor densidad cuando se los triangula con el material cualitativo.

Para profundizar la lectura de los campos abiertos, las prioridades formuladas por los 12 respondientes fueron recodificadas en categorías no excluyentes. La tabla siguiente muestra cuántas respuestas mencionan de manera explícita cada necesidad o línea de acción. Una respuesta puede contribuir a varias categorías, por lo que las frecuencias no deben sumarse como si fueran opciones mutuamente excluyentes.





La recodificación permite reconocer una primera diferencia entre prioridad declarada y condición estructural. Los protocolos, la formación, la articulación y la prevención se expresan con claridad en el campo abierto. La sistematización de información, la accesibilidad y la sostenibilidad de recursos presentan menor frecuencia explícita, aunque otros datos del instrumento y las entrevistas muestran su relevancia. Esta diferencia constituye un insumo central para la triangulación del Capítulo 3.

2.2. Resultados cualitativos

El análisis cualitativo se organizó en cinco macro categorías: trayectorias educativas y experiencia universitaria; escucha, primera respuesta y capacidades de cuidado; situaciones complejas y necesidades de respuesta; condiciones institucionales y determinantes del bienestar; y red institucional y capacidad de respuesta. Estas macro categorías reúnen categorías emergentes construidas a partir de recurrencias, contrastes y relaciones presentes en las entrevistas.

2.2.1. Trayectorias educativas y experiencia universitaria

Las trayectorias educativas constituyen uno de los núcleos más extendidos del corpus. En diferentes entrevistas aparecen ingreso, adaptación a la vida universitaria, desarraigo, organización del estudio, elección y reorientación vocacional, dificultades de aprendizaje, desaprobaciones reiteradas, readmisiones, permanencia y transición hacia el egreso. La recurrencia de estos temas permite identificar una relación estrecha entre las políticas de acompañamiento académico y las acciones de promoción de salud mental.

La ansiedad frente a evaluaciones, el bloqueo, el temor a la oralidad y las dificultades para afrontar exámenes aparecen en distintas unidades académicas. Algunos referentes vinculan estas experiencias con modalidades de evaluación, formas de devolución, exigencias y vínculos pedagógicos. El corpus permite considerar las prácticas pedagógicas como condiciones institucionales que pueden contribuir a generar seguridad, claridad y apoyo o, según la percepción de algunos actores, intensificar situaciones de malestar.

En Ciencias Humanas, el acompañamiento se articula con la continuidad de las trayectorias. En Becas, las condiciones económicas y el temor a perder apoyos aparecen vinculados con permanencia. En Orientación Vocacional, la elección y reorientación forman parte de la continuidad de proyectos. En Ingeniería se destaca el salto entre escuela secundaria y universidad. En Ciencias

Económicas y Exactas aparecen con fuerza accesibilidad, diversidad de trayectorias y condiciones particulares de aprendizaje.

2.2.2. Escucha, primera respuesta y capacidades de cuidado

Las entrevistas muestran que muchas situaciones vinculadas con salud mental son recibidas inicialmente fuera de los servicios clínicos. Docentes, tutores, psicopedagogos, referentes de becas, autoridades, personal de gestión, orientación vocacional, género y estudiantes funcionan en ocasiones como primeras personas de referencia. Esta evidencia permite construir una tipología analítica de modalidades de escucha, diferenciando escucha clínica, escucha profesional de orientación, primera escucha institucional y escucha entre pares.



Figura 12. Tipología analítica de modalidades de escucha

Nota. La tipología organiza funciones y límites de rol; no implica que todas las modalidades constituyan dispositivos formalizados.

La disponibilidad y compromiso de referentes aparece como una fortaleza. Al mismo tiempo, las entrevistas muestran incertidumbre sobre los límites de intervención. La expresión “se hace más de lo que se debe hacer”, condensa situaciones en las que actores institucionales amplían su acompañamiento ante la ausencia de circuitos suficientemente claros. La demanda “necesitamos saber qué se debe hacer”, presente en diferentes formulaciones, expresa la necesidad de herramientas operativas para primera escucha, orientación y derivación.



2.2.3. Situaciones complejas y necesidades de respuesta institucional

La ideación suicida, los intentos de suicidio, las crisis subjetivas y los efectos institucionales posteriores a un suicidio aparecen en diversas entrevistas. Estos relatos fundamentan la necesidad de circuitos claros para detección, primera respuesta, derivación, seguimiento y posvención.

El Programa de Prevención de Consumos Problemáticos aporta una perspectiva preventiva y comunitaria sobre consumos de sustancias y consumos comportamentales. El Área de Género aporta experiencia en abordaje de violencias, relaciones de poder, confidencialidad y protocolización. Ambos campos muestran que la salud mental universitaria se articula con problemáticas específicas que requieren competencias, redes y procedimientos diferenciados.

2.2.4. Condiciones institucionales y determinantes del bienestar

Becas permite reconocer la relación entre vulnerabilidad socioeconómica, permanencia y bienestar. Salud Ocupacional incorpora condiciones laborales, conflictos y tensiones de docentes y nodocentes. Ciencias Económicas e Ingeniería introducen cuestiones de infraestructura, conectividad, disponibilidad tecnológica, horarios, presupuesto y estabilidad de recursos humanos. Estas dimensiones amplían el análisis hacia condiciones sociales, organizacionales y materiales presentes en la vida universitaria.

La accesibilidad aparece como categoría transversal. Se refieren situaciones vinculadas con accesibilidad física, cognitiva, tecnológica y pedagógica. También se mencionan modalidad a distancia, contextos de encierro, estudiantes con discapacidad y necesidades de adecuación. El corpus permite considerar accesibilidad y diversidad de trayectorias como dimensiones centrales de una política universitaria de cuidado.

2.2.5. Red institucional y capacidad de respuesta

Las entrevistas describen múltiples contactos y derivaciones, pero también grados heterogéneos de formalización, continuidad y seguimiento. La expresión “el caso vuelve”, sintetiza situaciones en las que una consulta o derivación no produce una continuidad compartida y el espacio de origen vuelve a recibir la demanda. La categoría emergente corresponsabilidad permite distinguir entre contacto operativo y construcción de un circuito sostenido.



La visibilidad de los recursos aparece como dimensión de accesibilidad. Se expresó desconocimiento de horarios, funciones o criterios de acceso de otros espacios. La pregunta “¿de qué hablamos cuando hablamos de salud mental?” muestra además la necesidad de un marco conceptual compartido para ordenar expectativas, roles y formas de articulación.

La producción de información presenta desarrollos heterogéneos. Ciertas unidades académicas cuentan con relevamientos propios, experiencias de monitoreo, diversas modalidades de registro administrativo o información fragmentada. En términos analíticos, existe capacidad dispersa de producir datos y son pocos los espacios que cuentan con información específica de salud mental sistematizada, archivada, comparable y disponible para diagnóstico institucional.

La sostenibilidad aparece asociada a equipos pequeños, vacancias, disponibilidad horaria y financiamiento. Se explicita la necesidad de estabilidad presupuestaria y de recursos humanos. Esta categoría permite formular la necesidad de transformar capacidades personales de escucha y acompañamiento en capacidades institucionales compartidas y sostenibles.

2.2.6. Conceptos emergentes por entrevista

La comparación constante preservó las singularidades de cada entrevista antes de avanzar hacia categorías transversales. Los conceptos que se presentan a continuación son denominaciones analíticas construidas a partir de los relatos, las funciones descriptas y las necesidades formuladas. Su finalidad es condensar el aporte específico de cada ámbito al diagnóstico institucional; no constituyen etiquetas atribuidas a las personas entrevistadas.

Conceptos emergentes por ámbito y aporte analítico al PISM

N.º	Ámbito	Conceptos emergentes principales	Aporte analítico al PISM
1	Ciencias Humanas	Acompañamiento de las trayectorias educativas; primera escucha de proximidad; desestigmatización; cuidado comunitario.	Vincula salud mental con continuidad educativa, proximidad institucional y reflexión sobre prácticas y representaciones.
2	Becas	Salud mental como condición para la permanencia; vulnerabilidad socioeconómica; condiciones materiales de estudio y residencia.	Sitúa becas, condiciones económicas y apoyos sociales dentro de la trama que favorece la continuidad de las trayectorias.
3	Consumos Problemáticos	Prevención comunitaria; consumos de sustancias y comportamentales; reducción del estigma; articulación territorial.	Aporta una lógica promocional, preventiva e interdisciplinaria y amplía el cuidado hacia prácticas comunitarias y redes externas.
4	Dirección de Salud – Psicología	Referencia clínica y atención primaria; escucha de crisis; complejidad de demandas; información para la planificación.	Define un nodo técnico especializado y diferencia escucha clínica, seguimiento, orientación y articulación con otros niveles de respuesta.
5	Ciencias Exactas	Gobernanza del bienestar; accesibilidad transversal; integración Psicología–Psicopedagogía–Accesibilidad; marco conceptual compartido.	Muestra el potencial de una organización integrada de apoyos y la necesidad de criterios comunes, registros y formalización.
6	Agronomía y Veterinaria – referentes técnicos	Salud mental y cultura disciplinar; condiciones pedagógicas; ansiedad ante evaluaciones; participación; prevención y posvención.	Relaciona prácticas académicas, cultura disciplinar y prevención de situaciones críticas, con énfasis en formación y protocolos.
7	Área Universitaria de Género	Salud mental, poder y desigualdad institucional; protocolización; confidencialidad; formación situada.	Incorpora violencias, malos tratos y relaciones de poder como dimensiones institucionales del bienestar y del cuidado.
8	Agronomía y Veterinaria – Decanato	Condiciones estructurales de las trayectorias; heterogeneidad entre carreras; presiones económicas; tutorías y proximidad.	Amplía el análisis hacia organización académica, duración de las trayectorias y capacidades de acompañamiento de la unidad.
9	Salud Ocupacional	Salud mental y condiciones de trabajo; violencia laboral; riesgos psicosociales; escucha ocupacional; accesibilidad de la información.	Integra docentes y nodocentes al mapa y vincula bienestar con relaciones de trabajo, seguimiento y disponibilidad de recursos.
10	Orientación Vocacional	Orientación como acompañamiento de trayectorias y prevención; elección y reorientación; aprendizaje; diferenciación de funciones.	Reconoce un nodo educativo preventivo que acompaña decisiones y detecta emergentes sin confundir orientación con atención clínica.
11	Ciencias Económicas	Fragmentación institucional y respuestas intuitivas; “el caso vuelve”; diversidad de trayectorias; accesibilidad horaria y tecnológica; registros.	Visibiliza los efectos de circuitos poco continuos y la necesidad de información funcional, seguimiento y apoyos para trayectorias diversas.
12	Ingeniería	Sostenibilidad e institucionalización de las redes de cuidado; detección temprana; transición educativa; integración social; recursos estables.	Plantea el pasaje de compromisos personales a capacidades institucionales sostenidas mediante recursos, red, monitoreo y prevención.



La lectura situada permite observar que cada ámbito aporta una puerta de entrada diferente al PISM: trayectorias, condiciones socioeconómicas, consumos, atención clínica, accesibilidad, cultura disciplinar, género, trabajo, orientación, diversidad educativa o sostenibilidad. La integración posterior conserva estas diferencias y las reúne en categorías de mayor nivel de abstracción.

2.2.7. Matriz transversal de categorías emergentes

Macro categoría	Propiedades principales	Implicancia institucional
Trayectorias educativas y salud mental	Ingreso, permanencia, evaluación, ansiedad, orientación, desarraigo y transición.	Articular salud mental con políticas de trayectoria, enseñanza y acompañamiento.
Primera escucha y límites del rol	Recepción inicial, orientación, respuestas intuitivas, proximidad y delimitación de funciones.	Formar actores de proximidad y clarificar hasta dónde acompañar, cuándo derivar y cómo sostener continuidad.
Corresponsabilidad y continuidad de la red	Contacto, consulta, derivación, intervención conjunta, devolución y seguimiento.	Formalizar circuitos y avanzar desde contactos puntuales hacia corresponsabilidad.
Condiciones institucionales determinantes y del bienestar	Economía, trabajo, vínculos, pedagogía, organización, infraestructura y cultura institucional.	Incorporar determinantes institucionales a prevención, planificación y evaluación.
Accesibilidad como dimensión del cuidado	Accesibilidad física, cognitiva, tecnológica, comunicacional, pedagógica y temporal.	Diseñar recursos, información y apoyos utilizables por trayectorias diversas.
Información para la toma de decisiones	Registros, relevamientos, indicadores, trazabilidad, confidencialidad y uso de datos.	Diferenciar información clínica de gestión y construir datos agregados comparables.
Prevención, crisis y situaciones críticas	Prevención/promoción, consumos, crisis subjetivas, ideación suicida, violencias y posvención.	Sostener promoción y prevención y disponer de circuitos específicos para situaciones de mayor criticidad.
Sostenibilidad institucionalización e	Recursos humanos, presupuesto, cobertura horaria, formalización, continuidad y gobernanza.	Transformar capacidades personales y experiencias locales en capacidades institucionales estables.

3. Integración de resultados y diagnóstico situacional

3.1. Criterios de integración y triangulación

La triangulación combina los patrones del instrumento estructurado con las categorías emergentes del análisis cualitativo y con el marco normativo del PISM. Esta integración permite distinguir aquello que aparece de manera convergente en diferentes fuentes, aquello que una fuente explica o amplía, y aquellas diferencias que revelan distintos grados de formalización o consolidación institucional.

El valor del diseño mixto reside especialmente en que los datos cuantitativos describen presencia declarada de prácticas, mientras las entrevistas permiten comprender cómo se desarrollan, con qué continuidad, bajo qué criterios y con qué limitaciones. Esta diferencia de nivel analítico evita equiparar frecuencia declarada con calidad o consolidación de una práctica.

3.2. Convergencias y complementariedades

La primera convergencia es la centralidad de la escucha y el acompañamiento. El instrumento muestra alta presencia de entrevistas, talleres y derivaciones, y las entrevistas evidencian que numerosos actores reciben inicialmente situaciones de malestar.

La segunda convergencia es la centralidad de las trayectorias educativas. El estudiantado es la principal población destinataria y las entrevistas reiteran ingreso, evaluación, permanencia, orientación y accesibilidad.

La tercera convergencia es el predominio preventivo y promocional, coherente con la orientación de atención primaria del PISM.

La articulación aparece como práctica extendida en el formulario y como necesidad de fortalecimiento en las entrevistas. La formación, los protocolos, la comunicación y los registros son también categorías que se repiten en ambos componentes. Estas convergencias constituyen una base empírica sólida para los lineamientos posteriores.

3.3. Divergencias analíticas entre datos declarados y funcionamiento institucional

La primera divergencia relevante se refiere a producción de información. El formulario muestra una alta declaración de encuestas y relevamientos. Las entrevistas, en cambio, muestran que son pocos los espacios que cuentan con datos cuantitativos específicos de salud mental sistematizados, archivados, actualizados y disponibles para diagnóstico objetivo. La diferencia permite distinguir entre realizar relevamientos y disponer de un sistema institucional de información consolidado.

La segunda divergencia se refiere a articulación. La totalidad de quienes respondieron el formulario declara vínculos y derivaciones internas, y una proporción importante refiere articulaciones externas. Las entrevistas muestran que muchos contactos son operativos, puntuales o dependientes de referentes conocidos; aparecen dudas sobre cómo intervenir, a qué área recurrir y cómo sostener seguimiento. En el plano externo, algunos vínculos dependen de contactos informales o coyunturales y presentan discontinuidad. La integración permite distinguir existencia de contacto de articulación institucional sostenida.

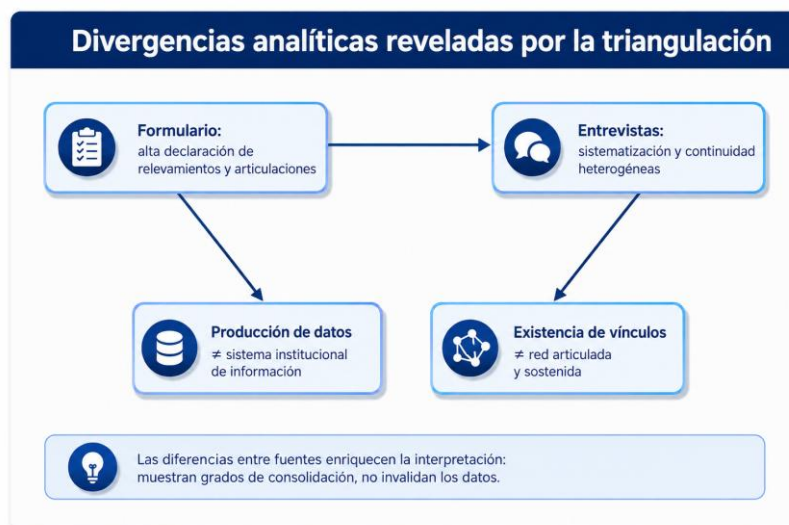


Figura 13. Divergencias analíticas reveladas por la triangulación

3.4. Escala comparativa de necesidades institucionales

La comparación de necesidades integra dos planos. El primero corresponde a la recurrencia de cada categoría en las 12 entrevistas; el segundo reúne las prioridades explícitas del instrumento estructurado y señales descriptivas de sus variables cerradas. La lectura conjunta permite ordenar necesidades sin reducir el diagnóstico a un ranking mecánico: una frecuencia elevada expresa transversalidad, mientras que una frecuencia menor puede adquirir prioridad por su carácter urgente, por una brecha estructural o por su función estratégica dentro del PISM.

La recodificación cualitativa contabiliza una presencia como máximo por entrevista. En el campo abierto del instrumento se aplica el mismo criterio por respuesta. Por esta razón, los valores comparados indican extensión temática dentro de cada fuente y no cantidad total de menciones. Las diferencias entre ambas fuentes resultan informativas: las entrevistas desarrollan necesidades que pueden permanecer implícitas en un formulario breve, y las variables cerradas permiten contextualizar condiciones estructurales que los participantes no necesariamente formulan como prioridad.



Figura 14. Frecuencia comparada de necesidades en entrevistas y prioridades explícitas del instrumento

Fuente: elaboración propia sobre entrevistas institucionales e instrumento estructurado PISM 2026.

Necesidades institucionales comparadas

Necesidad	Entrevistas	Prioridad explícita en instrumento	Evidencia estructurada complementaria	Prioridad integrada
Articulación, red y circuitos	12/12	5/12	12/12 declaran abordaje conjunto y derivación interna; 9/12 derivación externa y 7/12 abordaje conjunto externo.	Muy alta
Formación, primera respuesta y límites de rol	10/12	6/12	La primera recepción aparece distribuida entre actores clínicos, pedagógicos, sociales y de gestión.	Muy alta
Protocolos y guías de actuación	9/12	6/12	Las prioridades abiertas enfatizan procedimientos ante crisis, derivación y escenarios complejos.	Muy alta
Información, registros y evaluación	10/12	1/12	11/12 declaran encuestas o relevamientos; las entrevistas muestran baja sistematización y comparabilidad.	Muy alta
Comunicación, visibilidad y recursero	9/12	3/12	Las entrevistas refieren desconocimiento variable de funciones, horarios, accesos y referentes.	Alta
Marco conceptual compartido y roles	8/12	3/12	Las entrevistas reiteran diferencias entre acompañamiento, primera escucha, orientación y atención clínica.	Alta
Accesibilidad y cobertura	6/12	1/12	Estudiantes: 12/12; docentes: 6/12; nodocentes: 5/12; graduados/as: 4/12.	Alta
Recursos humanos y sostenibilidad	7/12	0/12	11/12 respuestas corresponden a equipos de hasta cuatro integrantes; la valoración de suficiencia surge del componente cualitativo.	Alta
Prevención y promoción	9/12	5/12	Prevención y promoción aparecen en 10/12 respuestas al menos ocasionalmente.	Alta: sostener y ampliar
Crisis, suicidio y posvención	6/12	2/12	El instrumento no contiene una medida cerrada específica de frecuencia de crisis.	Crítica transversal



La escala sitúa en un primer nivel transversal la consolidación de la red y sus circuitos, la formación para primera respuesta y límites del rol, los protocolos o guías y la construcción de un sistema institucional de información. Un segundo nivel reúne comunicación y visibilidad, marco conceptual compartido, accesibilidad, recursos humanos y sostenibilidad, junto con la continuidad de las acciones preventivas y promocionales. Las crisis, la ideación suicida y la posvención conforman una prioridad crítica transversal que debe incorporarse desde el inicio de la implementación, con independencia de su posición relativa por frecuencia.

La comparación también permite distinguir necesidades de fortalecimiento de capacidades ya existentes. La prevención, la promoción y la articulación cuentan con una presencia amplia en el instrumento; el desafío se concentra en sostenerlas, formalizarlas y mejorar continuidad. En información, la Universidad dispone de múltiples experiencias de relevamiento, mientras que la necesidad principal reside en transformar esa capacidad dispersa en un sistema institucional de datos de gestión. En recursos humanos, el tamaño reducido de los equipos funciona como señal descriptiva y adquiere sentido de necesidad cuando se triangula con entrevistas que refieren vacancias, sobrecarga o restricciones de cobertura.

3.5. Diferencias y singularidades por contexto institucional

Las unidades académicas y áreas centrales presentan énfasis específicos que enriquecen el diseño del PISM. Ciencias Humanas aporta experiencia de acompañamiento pedagógico de trayectorias; Becas introduce vulnerabilidad socioeconómica y permanencia; Consumos Problemáticos aporta prevención comunitaria; Dirección de Salud concentra escucha clínica y referencia técnica; Ciencias Exactas aporta experiencia en dispositivos de seguimiento psicopedagógico y producción de datos; Agronomía y Veterinaria enfatiza prevención del suicidio, y ansiedad académica; Género aporta protocolización y análisis de violencias; Salud Ocupacional incorpora bienestar laboral; Orientación Vocacional aporta elección y reorientación; Ciencias Económicas visibiliza diversidad de trayectorias, virtualidad, accesibilidad y registros; Ingeniería aporta monitoreo, prevención del desgranamiento, sostenibilidad y redes de pares.

Estas diferencias sostienen un principio de diseño: el PISM requiere un marco común de derechos, atención primaria y corresponsabilidad, junto con estrategias situadas según unidad académica, claustro, función y población.

3.6. Modelo analítico de consolidación de la red

El análisis integrado permite evaluar cada espacio según seis dimensiones progresivas. Existencia refiere a la presencia de un recurso o capacidad; visibilidad, al conocimiento de su función por la comunidad; accesibilidad, a la posibilidad efectiva de utilizarlo; articulación, a sus vínculos con otros espacios; continuidad, a la capacidad de sostener acompañamientos y seguimientos; y sostenibilidad, a la disponibilidad de recursos y estabilidad necesarias para permanecer en el tiempo. El modelo no establece rankings ni supone que todas las áreas deban alcanzar el mismo formato de intervención.

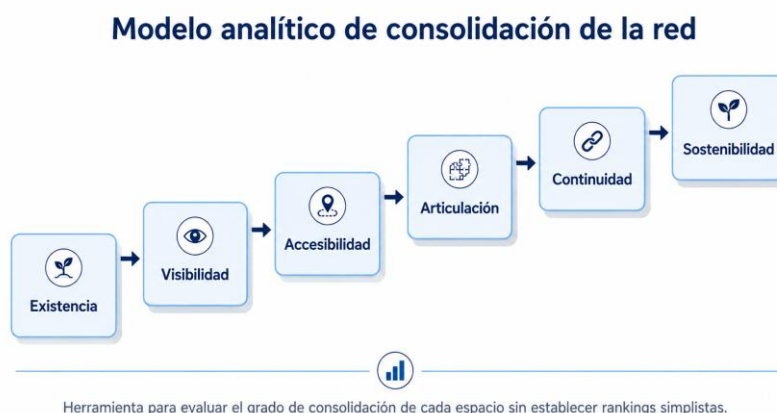


Figura 15. Modelo analítico de consolidación de la red

3.7. Diagnóstico situacional integrado

La UNRC dispone de una trama institucional diversa de áreas, espacios, prácticas y capacidades vinculadas con promoción, prevención, escucha, orientación, acompañamiento, atención y derivación. Esta trama presenta diferentes niveles de formalización, visibilidad, accesibilidad, articulación, continuidad y sostenibilidad. El PISM encuentra una base institucional concreta sobre la cual avanzar hacia una política universitaria más integrada, estable y transversal.

Los principales campos de fortalecimiento se vinculan con la construcción de un marco conceptual compartido, la organización de circuitos de primera respuesta, la formalización de articulaciones, la producción sistemática de información, la formación de actores clave, la accesibilidad y la estabilidad de recursos humanos y presupuestarios. Cada una de estas áreas surge del corpus y se corresponde con los ejes definidos por la Resolución CS N.º 388/2025.



3.8. Relación de los hallazgos con los cinco ejes del PISM

Hallazgo del mapeo	Eje relacionado	Implicancia para la implementación
Escucha, acompañamiento y fuerte perfil preventivo	Eje 1	Fortalecer un primer nivel universitario de proximidad, con funciones diferenciadas y derivación oportuna.
Demanda de herramientas y límites de rol	Eje 2	Diseñar formación recurrente y diferenciada por función.
Datos dispersos y registros heterogéneos	Eje 3	Construir línea de base, indicadores y sistema institucional de información.
Contactos existentes con continuidad Desigual	Eje 4	Formalizar la Red Universitaria de Salud Mental y circuitos de corresponsabilidad.
Dudas ante crisis y situaciones complejas	Eje 5	Priorizar guías breves, consensuadas y accesibles.



4. Fortalezas institucionales, áreas de fortalecimiento y desafíos

La lectura de fortalezas y desafíos se apoya en la escala comparativa del capítulo anterior. Este criterio permite diferenciar capacidades instaladas que requieren sostenimiento, necesidades transversales de alta recurrencia, necesidades estructurales que adquieren visibilidad mediante la triangulación y situaciones críticas cuya prioridad se vincula con la gravedad potencial. De este modo, la frecuencia orienta la planificación sin convertirse en el único criterio de decisión.

4.1. Fortalezas institucionales

Las fortalezas se presentan como activos empíricamente identificados y no como atributos abstractos. Una primera fortaleza es la existencia de capacidades instaladas: dos tercios de las respuestas corresponden a espacios con más de cinco años de trayectoria y las entrevistas describen experiencias consolidadas de acompañamiento, orientación, prevención, atención y trabajo académico. Una segunda fortaleza es la diversidad disciplinar, con presencia de Psicología, Psicopedagogía, Trabajo Social, Educación Especial y otras funciones institucionales.

También se observa capital relacional. El formulario muestra contactos y derivaciones extendidos y las entrevistas aportan experiencias concretas de articulación entre facultades, Salud, Género, Becas, Posgrado y otros actores. Si bien la continuidad es heterogénea, estos vínculos constituyen una base sobre la cual formalizar la Red. Otra fortaleza son las experiencias de aprendizaje institucional: protocolos de Género, tutorías, acompañamientos psicopedagógicos, relevamientos propios, monitoreos, talleres y acciones preventivas.

El compromiso de referentes y la confianza construida aparecen de manera recurrente. Algunos actores reciben demandas, realizan seguimiento y funcionan como referencias significativas. Este capital humano constituye una fortaleza y, a la vez, evidencia la importancia de institucionalizar capacidades para evitar que el cuidado dependa exclusivamente de personas específicas. En materia de información, existen experiencias puntuales de registros y relevamientos que pueden servir como base inicial para un sistema institucional más sistemático y comparable.

Fortalezas como activos institucionales



Figura 16. Fortalezas como activos institucionales

Nota. Los activos identificados se sustentan en el instrumento y en experiencias descritas en las entrevistas.

4.2. Áreas de fortalecimiento y desafíos estructurales

La gobernanza y continuidad constituyen un desafío estructural. Varias entrevistas señalan necesidades de estabilidad, claridad de responsabilidades y recursos. La preocupación por financiamiento y permanencia aparece parcialmente y encuentra elementos convergentes en referencias de otros espacios con equipos pequeños, vacancias o restricciones horarias. La evidencia fundamenta la necesidad de consolidar una estructura de coordinación estable y mecanismos de financiamiento.

Los recursos humanos y presupuestarios requieren planificación progresiva. El tamaño reducido de muchos equipos, la existencia de vacancias y las dificultades de cobertura horaria sugieren la necesidad de revisar necesidades de personal y vincular la planificación del PISM con previsiones presupuestarias institucionales.

4.3. Desafíos operativos

La claridad de circuitos constituye uno de los desafíos más consistentes. El corpus registra dudas sobre a quién recurrir, qué funciones cumplen determinadas áreas, cómo derivar y cómo sostener continuidad. Un recursero actualizado, referentes conocidos, criterios de interconsulta y mecanismos de devolución institucional pueden fortalecer el pasaje desde contactos puntuales hacia una red más previsible. La escala comparativa ubica la articulación/red y los protocolos entre las necesidades de mayor prioridad transversal: la primera aparece como tema en las 12



entrevistas y la segunda en nueve, mientras el campo abierto del instrumento registra cinco y seis prioridades explícitas respectivamente.

Los protocolos y guías también aparecen como prioridad. Las necesidades se concentran en primera escucha, crisis subjetivas, ideación suicida, posvención, discapacidad, género, consumos y violencia laboral, articulando con protocolos existentes. La finalidad es ofrecer procedimientos breves y claros para orientar la primera respuesta y activar recursos especializados cuando corresponda.

4.4. Desafíos culturales y formativos

La construcción de un marco conceptual compartido surge de preguntas y diferencias de enfoque presentes en el corpus. Una definición operativa común puede reducir confusiones entre acompañamiento, primera escucha y atención clínica, y contribuir a delimitar responsabilidades. La formación debe abordar derechos, corresponsabilidad, estigma, escucha, límites de rol, comunicación respetuosa, señales de alerta, crisis y conocimiento de la red. La formación para primera respuesta, herramientas prácticas y límites de rol aparece en diez entrevistas y en seis de las doce prioridades abiertas, lo que refuerza su carácter transversal.

La participación en actividades formativas presenta desafíos propios. En general se menciona baja asistencia y la necesidad de revisar horarios, reconocimiento e incentivos. Se refiere incluso dificultades de participación estudiantil en algunas propuestas. Estos datos sugieren que la estrategia formativa debe contemplar condiciones de convocatoria, franjas horarias y pertinencia según claustro y función.

4.5. Desafíos de información, evaluación, accesibilidad y cobertura

La divergencia entre alta declaración de relevamientos y baja disponibilidad de datos sistematizados constituye un desafío central. En la matriz cualitativa, en diez de las doce entrevistas aparecen referencias a registros, sistematización o disponibilidad de información, aunque solo una de las respuestas abiertas del instrumento la identifica explícitamente como prioridad. A su vez, once de las doce respuestas declaran realizar encuestas o relevamientos. En conjunto, estos datos muestran que existe una capacidad extendida para producir información, mientras su sistematización, integración, comparabilidad y disponibilidad para la planificación institucional presentan un desarrollo más limitado.



La accesibilidad incluye dimensiones físicas, cognitivas, tecnológicas, temporales y comunicacionales. Las entrevistas muestran necesidades vinculadas con horarios, modalidad a distancia, contextos de encierro, adecuación de materiales y conocimiento de recursos. La cobertura del relevamiento también muestra centralidad estudiantil y menor alcance hacia docentes, nodocentes y graduados, lo que abre un campo de expansión progresiva de acciones preventivas y promocionales.

4.6. Desafíos vinculados a situaciones críticas

Las situaciones de crisis, ideación suicida, intentos, posvención, consumos, violencias y discriminación requieren respuestas diferenciadas y articuladas. Las entrevistas muestran que algunos actores reciben estas situaciones en primera línea y expresan incertidumbre sobre procedimientos. El desafío consiste en combinar formación, guías, acceso a referentes técnicos y articulación con el sistema de salud externo cuando corresponda. La escala comparativa las clasifica como una prioridad crítica transversal. Su relevancia institucional deriva de la gravedad potencial, la necesidad de respuestas rápidas y coordinadas y la presencia del tema en distintos ámbitos, más allá de su menor frecuencia relativa en el campo abierto del formulario.

Área de fortalecimiento	Evidencia que la sustenta	Desafío institucional
Gobernanza y continuidad	Entrevistas sobre estabilidad, recursos y continuidad; equipos pequeños en el relevamiento.	Formalizar conducción, responsabilidades, coordinación y mecanismos de seguimiento.
Articulación y red	Tema transversal en las 12 entrevistas; 5/12 prioridades abiertas; 12/12 declaran articulación interna.	Transformar contactos y derivaciones en circuitos sostenidos, con devolución y corresponsabilidad.
Formación y primera respuesta	10/12 entrevistas; 6/12 prioridades abiertas.	Desarrollar formación diferenciada por rol, con herramientas prácticas y delimitación de funciones.
Protocolos y guías	9/12 entrevistas; 6/12 prioridades abiertas.	Acordar guías breves, accesibles y articuladas con protocolos existentes.
Información y evaluación	10/12 entrevistas; 11/12 declaran relevamientos, con baja integración de datos.	Definir indicadores, registros compatibles, reportes agregados y criterios de protección de datos.
Comunicación y visibilidad	9/12 entrevistas; 3/12 prioridades abiertas.	Mantener un recursero vivo, canales claros y difusión diferenciada por claustro y unidad.
Marco conceptual y roles	8/12 entrevistas; 3/12 prioridades abiertas.	Construir un lenguaje común y diferenciar escucha, orientación, acompañamiento y atención clínica.
Accesibilidad y cobertura	6/12 entrevistas; cobertura cuantitativa concentrada en estudiantes.	Incorporar accesibilidad física, cognitiva, tecnológica, comunicacional y temporal como criterio transversal.
Recursos y sostenibilidad	7/12 entrevistas; 11/12 respuestas corresponden a equipos de hasta cuatro personas.	Planificar recursos según funciones críticas, cobertura y continuidad, evitando inferir insuficiencia solo por tamaño de equipo.
Situaciones críticas	6/12 entrevistas; 2/12 prioridades abiertas mencionan crisis/urgencia/suicidio.	Garantizar circuitos específicos de crisis, ideación suicida, prevención y posvención con referencia técnica clara.

5. Lineamientos estratégicos para la consolidación del PISM

Los lineamientos estratégicos traducen hallazgos empíricos en decisiones institucionales posibles. Cada recomendación se vincula con evidencia del relevamiento y con los ejes de la Resolución CS N.º 388/2025. Su finalidad es fortalecer progresivamente el PISM como política institucional permanente. La escala comparativa orienta su jerarquización: red y circuitos, formación para primera respuesta, protocolos e información constituyen prioridades transversales de mayor recurrencia; comunicación, marco conceptual, accesibilidad y sostenibilidad conforman condiciones de consolidación; las situaciones críticas se incorporan como línea transversal de actuación desde el inicio.



Figura 17. Arquitectura estratégica para consolidar el PISM

Nota. Los seis pilares se articulan con derechos, accesibilidad, prevención y evaluación como líneas transversales.

5.1. Institucionalización y gobernanza

Consolidar una estructura estable de gobernanza con coordinación técnica, representación de áreas centrales y unidades académicas, responsabilidades definidas, mecanismos de decisión, frecuencia de reuniones y producción periódica de informes. La formalización reduce dependencia de personas específicas y aporta continuidad normativa y funcional.



5.2. Consolidación de la Red Universitaria de Salud Mental

Formalizar la Red prevista por el Eje 4 mediante directorio actualizado de áreas y referentes, criterios de contacto, interconsulta y derivación, mecanismos de devolución institucional pertinente y seguimiento. La red debe transformar contactos existentes en circuitos previsibles, conocidos y sostenidos.

5.3. Construcción de un marco conceptual compartido

Elaborar colectivamente y operativizar una noción compartida al interior institucional sobre la salud mental universitaria basada en derechos, atención primaria, corresponsabilidad, determinantes institucionales, inclusión y accesibilidad. Este marco puede orientar formación, comunicación, protocolos, prácticas pedagógicas y criterios de articulación.

5.4. Formación continua y diferenciada por roles

Desarrollar un núcleo común de contenidos sobre salud mental, derechos, primera escucha, límites de rol, indicadores de situaciones de urgencia/emergencia y conocimiento de la red, complementado con módulos específicos para quienes integran la comunidad universitaria.

5.5. Protocolos y guías de actuación

Priorizar guías breves para primera escucha, crisis y urgencia subjetiva, ideación suicida, posvención, derivación, discapacidad, género, consumos y violencia laboral. Las guías deben articularse con protocolos preexistentes y definir con claridad cuándo activar servicios profesionales o externos.

5.6. Sistema institucional de información

Fortalecer la capacidad de producir, sistematizar y utilizar información confiable para planificación. Se propone un conjunto mínimo de indicadores, criterios comunes de registro, reportes agregados, periodicidad definida, niveles de acceso y resguardo de confidencialidad, diferenciando datos clínicos de datos de gestión.



5.7. Accesibilidad y comunicación institucional

Desarrollar un recursero institucional vivo, sitio o sección web del PISM, canales de contacto claros, información actualizada de horarios y funciones, materiales accesibles y estrategias diferenciadas por claustro. La comunicación debe considerar franjas vespertinas y nocturnas y accesibilidad cognitiva y tecnológica.

5.8. Prevención, promoción y situaciones críticas

Sostener campañas, talleres y acciones de bienestar, convivencia, integración, consumos y manejo de estrés, al tiempo que se fortalecen circuitos específicos para crisis, ideación suicida, violencias y otras situaciones de riesgo. El perfil preventivo y promocional identificado en el relevamiento constituye una base para estas acciones.

5.9. Recursos humanos y previsión presupuestaria

Incorporar la dimensión de recursos a la planificación progresiva del PISM. La evidencia sobre equipos pequeños, vacancias y restricciones horarias justifica identificar funciones críticas, revisar cobertura profesional y vincular prioridades del Plan con previsiones presupuestarias institucionales.

5.10. Evaluación periódica y rendición institucional

Institucionalizar ciclos de evaluación mediante indicadores, relevamientos comparables e informes de avance a las autoridades. La línea de base 2026 permitirá documentar cambios, revisar prioridades y sustentar decisiones de gestión y presupuesto.

5.11. Matriz estratégica de hallazgos y lineamientos

Hallazgo empírico	Lineamiento	Acción institucional sugerida	Eje PISM
Articulación transversal con continuidad desigual	Red	Formalizar referentes, circuitos, devolución y seguimiento.	Eje 4
Demanda recurrente de herramientas y límites	Formación	Trayectos diferenciados y capacitación práctica para actores de proximidad.	Eje 2
Alta necesidad de procedimientos compartidos	Guías	Protocolos breves para primera escucha, derivación, crisis y escenarios prioritarios.	Eje 5
Relevamientos frecuentes y baja integración de datos	Información	Indicadores mínimos, registros compatibles y reportes institucionales agregados.	Eje 3
Desconocimiento variable de recursos, horarios y funciones	Comunicación	Recursero vivo, canales claros y comunicación accesible y segmentada.	Ejes 1 y 4
Diferencias de enfoque y límites funcionales	Marco conceptual	Documento operativo común sobre salud mental universitaria, corresponsabilidad y roles.	Ejes 1 y 2



Hallazgo empírico	Lineamiento	Acción institucional sugerida	Eje PISM
Barreras y cobertura desigual por claustro	Accesibilidad	Revisar horarios, canales, materiales y apoyos para trayectorias diversas.	Ejes 1 y 3
Equipos reducidos y preocupaciones de continuidad	Recursos/gobernanza	Identificar funciones críticas, planificar recursos y asegurar continuidad institucional.	Transversal
Perfil preventivo y promocional instalado	Prevención/promoción	Sostener campañas, talleres, acciones comunitarias y redes de pares.	Eje 1
Crisis, ideación suicida y posvención en distintos ámbitos	Situaciones críticas	Círculo específico de detección, primera respuesta, activación, seguimiento y posvención.	Ejes 1 y 5

6. Propuesta de implementación y seguimiento

La implementación se organiza en núcleos secuenciales de prioridad y consolidación. Las etapas tienen carácter orientativo, pueden superponerse y deben adaptarse a prioridades institucionales, disponibilidad de recursos, factibilidad técnica y decisiones de gestión. Algunas acciones del segundo o tercer núcleo pueden iniciarse tempranamente cuando las condiciones lo permitan. La secuencia se apoya en la escala comparativa de necesidades: el primer núcleo reúne acciones con elevada transversalidad o criticidad, mientras los núcleos posteriores profundizan capacidades que requieren mayor desarrollo técnico, coordinación y sostenibilidad.

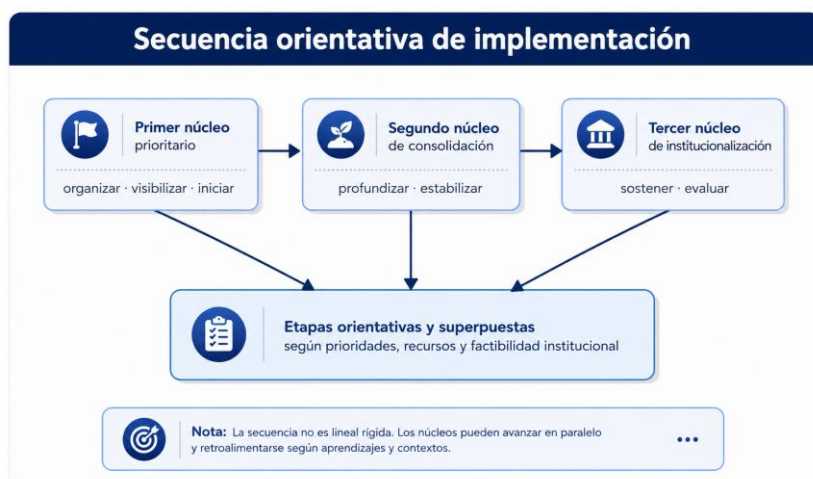


Figura 18. Secuencia orientativa de implementación

6.1. Primer núcleo prioritario de acciones

Este núcleo prioriza la formalización de la red, la formación para primera respuesta, las guías operativas y la base de información institucional. La actuación ante crisis, ideación suicida y posvención se incorpora de manera transversal desde esta primera etapa, debido a su criticidad. Comunicación, accesibilidad y marco conceptual se desarrollan en paralelo porque condicionan el uso efectivo de los recursos existentes.

- Validar y actualizar el mapa de espacios, áreas, referentes, funciones, horarios y vías de acceso.
- Constituir formalmente la Red Universitaria de Salud Mental y acordar mecanismos básicos de comunicación y reunión.



-
- Acordar una definición operativa compartida de salud mental universitaria y principios de primera respuesta.
 - Elaborar y difundir un recursero institucional único y accesible.
 - Priorizar guías de primera escucha, crisis/urgencia subjetiva, ideación suicida, derivación y posvención.
 - Implementar un primer trayecto formativo para actores de proximidad y primera recepción.
 - Definir un conjunto inicial de indicadores para la línea de base y criterios mínimos de registro.
 - Implementar mejoras de comunicación y accesibilidad cuya necesidad ya haya sido identificada.

6.2. Segundo núcleo de consolidación

- Desarrollar formación diferenciada por claustro, función y contexto institucional.
- Diseñar mecanismos compatibles de registro, reporte y seguimiento entre áreas.
- Revisar horarios, modalidades de atención y accesibilidad física, cognitiva, tecnológica y comunicacional.
- Fortalecer articulaciones externas con efectores de salud y redes territoriales mediante mecanismos institucionales estables cuando resulte factible.
- Consolidar campañas preventivas y promocionales con identidad institucional del PISM.
- Desarrollar estrategias de participación estudiantil, redes entre pares y promotores de salud mental.
- Analizar periódicamente la información producida y ajustar prioridades según resultados.

6.3. Tercer núcleo de institucionalización

- Consolidar la estructura de gobernanza del PISM y su incorporación a los procesos regulares de planificación universitaria.
- Desarrollar una previsión presupuestaria recurrente y criterios de asignación de recursos según prioridades documentadas.
- Estabilizar funciones profesionales y cubrir vacancias que se definan como críticas.
- Integrar indicadores del PISM a sistemas institucionales de planificación y evaluación.
- Presentar informes periódicos de avance y evaluación ante autoridades universitarias y Consejo Superior.



- Revisar normativas internas desde la perspectiva de salud mental, derechos y accesibilidad.
- Realizar nuevas mediciones comparables con la línea de base 2026.

6.4. Matriz operativa

Acción	Evidencia que la fundamenta	Núcleo	Responsable sugerido	Indicador posible
Validar mapa y recursero	Comunicación/visibilidad aparece en 9 entrevistas y 3/12 prioridades abiertas.	Prioritario	Coordinación PISM + áreas	Mapa actualizado, publicado y con mecanismo de actualización.
Formalizar Red	Articulación aparece en 12/12 entrevistas; 12/12 declaran vínculos internos.	Prioritario	PISM/Bienestar + UA	Referentes formalizados; reuniones y seguimientos registrados.
Formación en primera respuesta	10/12 entrevistas y 6/12 prioridades abiertas.	Prioritario	PISM + equipos técnicos	Personas capacitadas por rol; evaluación de aprendizaje y uso de circuitos.
Guías y protocolos prioritarios	9/12 entrevistas y 6/12 prioridades abiertas.	Prioritario	PISM + Salud + áreas competentes	Guías aprobadas, difundidas y conocidas por actores de primera recepción.
Circuito de crisis, suicidio y posvención	Situaciones críticas en 6 entrevistas; criticidad transversal.	Prioritario transversal	Dirección de Salud + PISM + UA	Circuito definido, referentes conocidos y activaciones registradas de forma agregada.
Sistema institucional de información	10/12 entrevistas; 11/12 declaran relevamientos con baja integración.	Consolidación	PISM gestión/sistemas +	Indicadores activos; reportes periódicos; criterios de acceso y confidencialidad.
Mejoras de accesibilidad	Barreras físicas, cognitivas, tecnológicas, temporales y comunicacionales en el corpus.	Prioritario/consolidación	Áreas responsables + UA	Barreras identificadas y medidas implementadas.
Previsión presupuestaria y recursos	7/12 entrevistas abordan sostenibilidad; predominan equipos pequeños.	Institucionalización	Autoridades universitarias	Recursos asignados y cobertura de funciones críticas documentadas.

6.5. Indicadores de seguimiento

Se propone distinguir indicadores de estructura, proceso y resultado. Los indicadores de estructura describen capacidades instaladas, tales como cantidad de espacios activos, recursos humanos, cobertura horaria, presupuesto y referentes formalizados. Los indicadores de proceso registran actividad: reuniones de red, interconsultas, derivaciones, capacitaciones, campañas y activaciones de guías. Los indicadores de resultado observan cambios institucionales, como mejora en conocimiento de recursos, reducción de barreras de acceso, mayor continuidad de circuitos y disponibilidad de información.

Los indicadores académicos —por ejemplo, readmisiones, desaprobaciones persistentes, permanencia o abandono— pueden utilizarse como variables contextuales para análisis poblacional. Su uso no debe convertirlos en marcadores diagnósticos individuales ni permitir inferencias automáticas sobre padecimiento psicológico.

6.6. Evaluación, retroalimentación y sostenibilidad

El PISM puede organizar un ciclo de mejora continua que articule planificación, implementación, registro, evaluación y ajuste. Un informe anual de actividades, un reporte periódico de indicadores, la actualización del mapa y la revisión de prioridades contribuirían a documentar la evolución del Plan.

La sostenibilidad requiere incorporar progresivamente las acciones del PISM a procesos regulares de planificación, presupuesto, formación, información y evaluación de la Universidad. La normativa, la estructura de coordinación, la documentación de procesos, la formación recurrente, la red formalizada y los informes periódicos constituyen mecanismos concretos para sostener el Plan más allá de los ciclos de gestión.



Figura 19. Ciclo de mejora continua del PISM



7. Conclusiones

El presente mapeo constituye una acción de implementación del Plan Integral de Salud Mental prevista en el Eje de Relevamiento y planificación. Su realización permitió construir una línea de base institucional 2026 sobre espacios, prácticas, capacidades, poblaciones, modalidades de intervención, articulaciones y necesidades vinculadas con salud mental en la UNRC.

El relevamiento muestra que la Universidad cuenta con una trama diversa de áreas, espacios y prácticas que desarrollan acciones de escucha, orientación, acompañamiento, prevención, promoción, atención y derivación. Estas capacidades poseen trayectorias, grados de formalización y modalidades de funcionamiento heterogéneos. La evidencia permite identificar como campos de fortalecimiento la visibilidad, accesibilidad, articulación, continuidad, sistematización de información y sostenibilidad.

La integración de métodos cuantitativos y cualitativos produjo dos hallazgos especialmente relevantes. La primera distinción señala que la capacidad de realizar encuestas o relevamientos no equivale necesariamente a disponer de un sistema institucional de información sistemático, comparable y disponible para la gestión. La segunda muestra que la existencia de contactos, consultas o derivaciones no equivale por sí misma a una red sostenida de corresponsabilidad y seguimiento. Estas diferencias expresan grados de consolidación institucional y orientan prioridades concretas de mejora.

La codificación comparativa de necesidades agrega un criterio de priorización a este diagnóstico. La articulación y la construcción de una red sostenida, la formación para primera respuesta y límites del rol, los protocolos o guías y el sistema institucional de información conforman el núcleo de mayor transversalidad. La comunicación, el marco conceptual compartido, la accesibilidad, la sostenibilidad de recursos y la continuidad de prevención y promoción completan las condiciones de consolidación. Las crisis, la ideación suicida y la posvención requieren una línea específica de actuación desde las primeras etapas por su criticidad, independientemente de su frecuencia relativa en el formulario.

El trabajo de campo permite reconocer que las situaciones vinculadas con salud mental atraviesan dimensiones académicas, pedagógicas, vinculares, económicas, laborales, sociales, de género y accesibilidad. Las trayectorias educativas, las evaluaciones, las condiciones laborales, los vínculos, las situaciones de vulnerabilidad y las posibilidades de acceso a apoyos aparecen en el corpus



como componentes relevantes de la experiencia universitaria. Esta amplitud resulta consistente con el enfoque de derechos, determinantes y atención primaria que sustenta el PISM.

La consolidación del Plan requiere transformar capacidades distribuidas y experiencias acumuladas en una política progresivamente más integrada, visible, accesible, evaluable y sostenible. La gobernanza estable, el fortalecimiento de la Red Universitaria de Salud Mental, la formación continua, las guías de actuación, la producción sistemática de información, la comunicación, la accesibilidad y la previsión de recursos constituyen líneas estratégicas derivadas del relevamiento.

La incorporación progresiva del PISM a los procesos regulares de planificación, presupuesto, formación, información y evaluación de la Universidad constituye una condición central para su continuidad más allá de los ciclos de gestión. La línea de base 2026 brinda al Consejo Superior y a las áreas responsables un punto de referencia para acompañar la evolución del Plan, documentar avances, reconocer nuevas necesidades y sostener una política de cuidado coherente con los derechos, la inclusión y la misión educativa de la UNRC.

Conocer para planificar, articular para cuidar, evaluar para sostener.



Referencias

- Argentina. (2010). Ley 26.657. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Boletín Oficial de la República Argentina.
- Charmaz, K. (2014). Constructing grounded theory (2nd ed.). SAGE.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). Designing and conducting mixed methods research (3rd ed.). SAGE.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. Aldine.
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018). Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. McGraw-Hill Education.
- Organización Mundial de la Salud. (2025a, 8 de octubre). Salud mental. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud. (2025b). Guidance on policy and strategic actions for mental health and the education sector. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240114722>
- Organización Mundial de la Salud, & Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2023). Salud mental, derechos humanos y legislación: Orientación y práctica. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240080737>
- Samaja, J. (1993). Epistemología y metodología: Elementos para una teoría de la investigación científica. EUDEBA.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Editorial Universidad de Antioquia.
- UNESCO IESALC. (2024, 11 de noviembre). Nuevo informe: apoyando la salud mental de los estudiantes de educación superior. <https://www.iesalc.unesco.org/es/articles/nuevo-informe-apoyando-la-salud-mental-de-los-estudiantes-de-educacion-superior>



Universidad Nacional de Río Cuarto. (2025). Resolución del Consejo Superior N.º 388/2025. Plan Integral de Salud Mental de la UNRC (PISM). Abordaje de la atención primaria en la UNRC. Expediente N.º 149088.

Universidad Nacional de Río Cuarto. (2026a). Relevamiento institucional PISM: instrumento estructurado de identificación de espacios, niveles de intervención, destinatarios, articulaciones, temáticas, demandas y prioridades [Base de datos no publicada].

Universidad Nacional de Río Cuarto. (2026b). Entrevistas institucionales situadas para el mapeo del Plan Integral de Salud Mental [Material de trabajo no publicado].



Anexos

Anexo I. Síntesis del instrumento estructurado de relevamiento

Bloque	Variables y contenidos
Identificación institucional	Nombre del espacio o área, dependencia, rol del respondiente y antigüedad.
Recursos humanos	Cantidad de personas, perfiles profesionales y composición del equipo.
Poblaciones destinatarias	Estudiantes, docentes, nodocentes, graduados/as y otros colectivos.
Niveles de intervención	Prevención, promoción, evaluación, atención, diagnóstico/tratamiento.
Modalidades	Observaciones, entrevistas individuales y grupales, talleres, campañas, relevamientos, investigación, producción de materiales y derivaciones.
Articulación	Abordaje conjunto y derivación intrauniversitaria y externa.
Campos abiertos	Temáticas, demandas recibidas, necesidades y prioridades para el PISM.

Anexo II. Guía temática de entrevistas situadas

- Historia y surgimiento del espacio o función.
- Objetivos y funciones institucionales.
- Poblaciones destinatarias y modalidades de acceso.
- Modalidades de escucha, acompañamiento o intervención.
- Problemáticas y demandas recibidas.
- Articulaciones internas y externas.
- Protocolos, criterios de derivación y seguimiento.
- Registros e información disponible.
- Recursos humanos y materiales.
- Necesidades de formación y límites de rol.
- Fortalezas, obstáculos y propuestas para el PISM.



Anexo III. Corpus cualitativo por ámbito relevado

N.º	Ámbito	Foco principal
1	Facultad de Ciencias Humanas	Acompañamiento y trayectorias educativas
2	Secretaría de Bienestar – Becas	Permanencia, vulnerabilidad socioeconómica y acompañamiento
3	Secretaría de Bienestar – Consumos Problemáticos	Prevención, promoción y trabajo comunitario
4	Dirección de Salud – Servicio de Psicología	Escucha clínica, atención primaria y derivación
5	Facultad de Ciencias Exactas	Psicología, Psicopedagogía, Accesibilidad y cultura de bienestar
6	Facultad de Agronomía y Veterinaria	Salud mental estudiantil, evaluaciones y prevención del suicidio
7	Área Universitaria de Género	Violencias, relaciones de poder, protocolos y articulación
8	Facultad de Agronomía y Veterinaria	Autoridades y condiciones estructurales de las trayectorias
9	Secretaría de Trabajo – Salud Ocupacional	Bienestar laboral de docentes y nodocentes
10	Secretaría Académica – Orientación Vocacional	Elección, reorientación, aprendizaje y trayectorias
11	Facultad de Ciencias Económicas	Diversidad de trayectorias, accesibilidad, registros y primera respuesta
12	Facultad de Ingeniería	Sostenibilidad, tutorías, monitoreo, detección temprana e integración social



Anexo IV. Criterios de lectura de la evidencia

Nivel de evidencia	Criterio de redacción
Dato cuantitativo	Frecuencia o porcentaje calculado sobre las 12 respuestas; se identifica el denominador.
Dato cualitativo	Descripción o expresión surgida de entrevistas; se preserva el carácter situado.
Percepción localizada	Se atribuye al referente o al ámbito y no se generaliza al conjunto de la UNRC.
Patrón convergente	Se utiliza cuando una categoría aparece reiteradamente en distintas fuentes o entrevistas.
Interpretación institucional	Se formula únicamente cuando puede reconstruirse su vínculo con evidencia empírica y marco normativo.

Anexo V. Matriz de recurrencia cualitativa de necesidades

La siguiente matriz resume la codificación utilizada para estimar recurrencia temática. Cada necesidad se contabilizó como máximo una vez por entrevista. La presencia expresa formulación explícita o desarrollo consistente de la necesidad dentro de la sistematización de la entrevista.

Necesidad codificada	Entrevistas donde aparece con claridad	n/12	Tipo de necesidad
Articulación, red y circuitos	1–12	12	Estructural-relacional
Formación, primera respuesta y límites	1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12	10	Formativa-operativa
Protocolos y guías	1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 11, 12	9	Operativa
Información, registros y evaluación	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	10	Información/gobernanza
Comunicación, visibilidad y recursos	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10	9	Comunicacional-accesibilidad
Marco conceptual compartido y roles	3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12	8	Cultural-conceptual
Accesibilidad y cobertura	1, 5, 7, 9, 10, 11	6	Accesibilidad
Recursos humanos y sostenibilidad	3, 4, 7, 9, 10, 11, 12	7	Estructural-material
Prevención y promoción	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10	9	Preventiva-promocional
Crisis, suicidio y posvención	4, 5, 6, 8, 11, 12	6	Crítica-situacional

Anexo VI. Recodificación de prioridades explícitas del instrumento estructurado

El campo abierto de prioridades fue recodificado mediante categorías no excluyentes. Una respuesta puede integrar más de una categoría. Los valores expresan cantidad de respuestas que formularon explícitamente la prioridad y se complementan, en el análisis integrado, con las variables cerradas del instrumento.

Prioridades recodificadas y observaciones para la triangulación

Categoría	n/12	%	Observación para la triangulación
Protocolos y guías	6	50,0	Converge con alta recurrencia cualitativa.
Formación, herramientas y roles	6	50,0	Converge con demanda de primera respuesta y límites.
Articulación y red	5	41,7	Se combina con 12/12 de articulación interna declarada: el desafío es continuidad y formalización.
Prevención, promoción y sensibilización	5	41,7	Se combina con 10/12 de prevención y 10/12 de promoción al menos ocasional.
Comunicación y visibilidad	3	25,0	Las entrevistas amplían esta necesidad hacia horarios, funciones y rutas de acceso.
Marco conceptual y roles	3	25,0	Las entrevistas muestran mayor transversalidad que el campo abierto.
Crisis, urgencia y suicidio	2	16,7	Se clasifica como prioridad crítica por tipo de situación, independientemente de frecuencia.
Información, investigación y registros	1	8,3	Contrasta con 11/12 que declara relevamientos y fundamenta la distinción entre producir datos y disponer de sistema.
Accesibilidad y acompañamientos específicos	1	8,3	La triangulación cualitativa amplía el alcance hacia dimensiones físicas, cognitivas, tecnológicas y temporales.
Recursos humanos y presupuesto	0	0,0	La ausencia de prioridad explícita no invalida el hallazgo cualitativo sobre sobrecarga, vacancias y sostenibilidad.

Criterio de interpretación. La frecuencia organiza recurrencias y permite comparar fuentes. La priorización final considera además el tipo de necesidad, la evidencia estructurada, la función estratégica dentro del PISM y la criticidad de determinadas situaciones. Por ello, la escala se utiliza

como herramienta de planificación institucional y no como índice psicométrico ni como estimación de prevalencia.

Anexo VII. Mapa visual de espacios de escucha y orientación

UNRC | Mapa visual de espacios de escucha y orientación

Trama institucional de escucha, acompañamiento, información y derivación



Mapa analítico elaborado a partir del relevamiento del PISM 2026