

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Tesis Licenciatura en Trabajo Social

El necesario desafío del trabajo interdisciplinario en el campo de la salud mental mediante la conformación de equipos con la inclusión de trabajadores sociales

Gerardo Pastorino Etcheberry

1999

INDICE

| | |
|--|-----------|
| Introducción | 01 |
| 1- Salud Mental | 06 |
| 1.1- Breve Reseña de la Evolución Histórica de la Asistencia en Salud Mental..... | 06 |
| 1.2- Situación Actual de la Salud Mental en el Uruguay..... | 09 |
| 2- Interdisciplinariedad y Salud Mental | 13 |
| 2.1- ¿Qué es el Trabajo Interdisciplinario?..... | 13 |
| 2.2- Proceso Histórico de la Concepción de Interdisciplinariedad..... | 13 |
| 2.3- Prácticas Multi, Pluri, Inter y Transdisciplinarias..... | 15 |
| 2.4- El "Profesionalismo" y otras Barreras de las Prácticas Interdisciplinarias..... | 16 |
| 2.5- Áreas de Saber involucradas en la Teorización y las Prácticas de Salud Mental..... | 18 |
| 3- Equipos Interdisciplinarios en Salud Mental | 20 |
| 3.1- ¿Qué es un Equipo Interdisciplinario?..... | 20 |
| 3.2- Composición de los Equipos Interdisciplinarios..... | 20 |
| 3.3- Requisitos de los Equipos Interdisciplinarios..... | 21 |
| 3.4- Los Roles y su Distribución dentro de los Equipos Interdisciplinarios..... | 22 |
| 3.5- Regionalización o Sectorización de Equipos Interdisciplinarios y Servicios..... | 23 |
| 4- El Trabajador Social en el Equipo Interdisciplinario de Salud Mental | 25 |
| 4.1- Integración del Trabajador Social en el Equipo..... | 25 |
| 4.2- Funciones del Trabajador Social en el Equipo y con el Equipo..... | 26 |
| 4.3- Funciones Específicas del Trabajador Social en los Equipos Interdisciplinarios en General..... | 27 |
| 4.4- Funciones Específicas del Trabajador Social en los Equipos Interdisciplinarios de Salud Mental..... | 28 |
| 4.5- Formación del Trabajador Social para el Trabajo Interdisciplinario..... | 30 |
| Conclusiones | 32 |
| Notas | 41 |
| Bibliografía Citada | 43 |
| Bibliografía Consultada | 45 |

INTRODUCCION

El presente trabajo constituye la Monografía Final de la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República (Plan de Estudios 1992) y tiene por finalidad su presentación ante el Departamento de Trabajo Social para ser evaluada por un Tribunal Académico.

El tema sobre el que versa la Monografía es el siguiente: ***La necesidad del trabajo interdisciplinario en el campo de la Salud Mental mediante la conformación de equipos interdisciplinarios con la inclusión de Trabajadores Sociales.***

En cuanto al mismo, debo decir que no he comprobado la existencia de trabajo alguno que lo aborde específicamente y en profundidad, aunque sí he tomado contacto con materiales bibliográficos de diverso tipo que hacen referencia en algunos pasajes al mismo o abordan temas colaterales, resultando aportes muy valiosos sobre los cuales este trabajo se apoya.

A continuación plantearé esquemáticamente los principales "ejes" que fundamentan la pertinencia del tema escogido y delimitado, y su interés desde y para el Trabajo Social:

- La situación de la salud y la salud mental en nuestro país hoy día, es sumamente preocupante para las diversas categorías de actores sociales involucradas en la misma: conjuntos y movimientos sociales, organizaciones de salud, trabajadores de la salud, usuarios de servicios de salud, partidos políticos, agrupaciones sindicales o gremiales, asociaciones de profesionales, etc..
- El campo de la salud mental es un claro y amplio campo de acción del Trabajador Social que viene desempeñándose desde hace largo tiempo en el mismo. El Trabajo Social tiene un papel importante en el fomento, la protección, la conservación, el restablecimiento y la rehabilitación de la salud mental de las personas y grupos humanos, que -como la misma O.M.S lo sostiene- constituye uno de los elementos de la salud integral del sujeto o grupo.
- El trabajo interdisciplinario, es decir mediante la conformación de equipos interdisciplinarios, aparece como una modalidad relativamente nueva de trabajo en el campo de la salud mental, tratándose de un enfoque o concepción orientada al logro de una visión global -integral- de las cuestiones y problemáticas humanas y sociales, en las que intervienen una multiplicidad de factores de diversa naturaleza que

determinan su complejidad. Este es el caso típico de las problemáticas individuales, grupales o comunitarias de salud mental, ya que en las mismas inciden múltiples factores: sociales, económicos, culturales, biológicos, psicológicos, etc..

- La interdisciplinariedad, es un tema que al decir de R. Follari "(...) cumple a nivel de la vida universitaria de Latinoamérica el rol de síntoma (...) A cada tanto se reabre, aparece sin que se lo defina a fondo ni resuelva (...) Sus alcances y limitaciones aun no se han definido con precisión, por ello mismo se hace presente otra vez (...) Tenemos que enfrentarnos a él, proceder a desentrañar su significación latente, hacer conciencia de lo conocido, para que deje de ser un síntoma y lo integremos decisivamente a la actividad universitaria o lo abandonemos, según lo aconseje lo esclarecido, pero sepultarlo en la ambigüedad y el silencio, la oscuridad y la duda, en nada ayuda a las funciones académicas (...)".¹

Quizás -y sin quizás- el tema de la necesidad del trabajo interdisciplinario en el campo de la salud mental mediante la conformación de equipos interdisciplinarios con la inclusión de Trabajadores Sociales no ha sido aún tratado ni discutido lo suficiente. Este trabajo pretende entonces abrir la posibilidad para la reflexión y el debate sobre esta cuestión que por lo expuesto es a mi entender bien interesante desde y para el Trabajo Social.

Para la consecución del **objetivo general** de la Monografía que es abordar el tema de la necesidad del trabajo interdisciplinario en el campo de la Salud Mental mediante la conformación de equipos con la inclusión de Trabajadores Sociales, con la intención mencionada líneas arriba, se proponen los siguientes **objetivos específicos**: 1- Realizar una breve panorámica de la situación de la salud y la salud mental en la actualidad en el Uruguay; 2- Describir las características del trabajo interdisciplinario mediante la conformación de equipos, considerando la inclusión de los Trabajadores Sociales en los mismos, y las particularidades de aquel en el campo específico de la salud mental y 3- Visualizar aquellos elementos que señalen la necesidad del trabajo interdisciplinario en el campo de la salud mental en la actualidad en el Uruguay, mediante la conformación de equipos que incluyan a Trabajadores Sociales.

En cuanto a la metodología empleada para la realización de este trabajo debo decir que se partió de la lectura crítico-reflexiva de la literatura recogida sobre el tema, para luego realizar el análisis y síntesis del mismo, organizándolo de acuerdo al objetivo general y los objetivos específicos mencionados.

Considero necesario introducir aquí algunas definiciones y conceptualizaciones fundamentales para la ubicación del posterior desarrollo de las ideas:

Conceptualización de Salud-Enfermedad

Los conceptos de salud y enfermedad son generalmente visualizados como contrapuestos, entendiéndose como evidente que al tener salud no hay enfermedad y viceversa. En este trabajo se partirá de la consideración de que no existen líneas naturales que separen la salud de la alteración y/o la enfermedad y de que la salud y la enfermedad coexisten, existiendo situaciones transicionales entre ambas, por lo que se podría hablar de un "continuo de salud-enfermedad" en esencia dinámico.

En la Conferencia Internacional sobre salud, llevada a cabo en Nueva York en 1946, más de sesenta naciones aprobaron la conformación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que introdujo en su primera cláusula la siguiente definición de salud: "la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o invalidez". Un par de años más tarde esta definición estaba encabezando la Carta Magna de la Salud.

L. Weinstein -Psiquiatra chileno- aporta una definición muy interesante de la salud. Para él implica un "Conjunto integrado de capacidades bio-psico-sociales de un individuo o de un colectivo (...) Entre las capacidades que están siempre presentes en mayor o menor medida, actualizadas y como reservas se destacan: la vitalidad, el goce, la comunicación, la creatividad, la autocrítica y la crítica, la solidaridad, la autonomía, la capacidad prospectiva, y de integración."² Según Weinstein esta concepción de salud "(...) complementa y no excluye el uso de la definición de la O.M.S., y se presta, al mismo tiempo, para el trabajo dentro y fuera de la medicina, en el contexto de los ciudadanos, trabajadores, e intelectuales interesados en el proceso de cambio".³

Conceptualización de Salud-Enfermedad Mental

Vinculado en forma inseparable -si consideramos a la persona como un todo, en forma integral, y no en forma fragmentaria- con la salud general se puede distinguir el campo -con mucha extensión fronteriza- de la salud mental.

Partiendo del objeto de estudio y sus aplicaciones la salud mental está caracterizada por un entrecruzamiento de diversas disciplinas y prácticas que tienen que ver con todos los campos de las actividades del hombre, como ser: la medicina, la psiquiatría, la salud pública, la psicología, el trabajo social, la sociología, la antropología, la comunicación social, el derecho, la ecología, la economía, la epistemología, la ética, la filosofía, etc. Es por esto último que no se puede -ni tampoco parece conveniente- acotar con precisión el campo de la salud mental, puesto que si bien es oriundo de las ciencias sociales, diversas determinantes económicas y sociales y el peso de lo institucional, hicieron que comenzara su expansión como extensión de las actividades psiquiátricas, a las que se ubica en un centro desde el que se despliegan otra serie de actividades. Quizás lo correcto sería que las acciones de la psiquiatría fuesen consideradas, evaluadas, y replanteadas desde las pautas conceptuales y los objetivos de la salud mental, pero de hecho esto parece no ocurrir así.

En general es muy común que se entienda a la Salud Mental como la ausencia de síntomas de perturbación psíquica. Sucede lo mismo que en el plano de la salud en general, se tiende a pensar a la salud como lo existente mientras no se demuestre lo contrario. L. Weinstein, desde su perspectiva médica integral, propone una conceptualización "positiva" ya que no coloca el acento en la alteración sino en la presencia de potencialidades, para él, la salud mental "comprende la capacidad de contribuir a modificar a la realidad y a sí mismo (...), vinculaciones afectivas profundas, condiciones para establecer relaciones y contradicciones, tolerancia a la frustración, y a la ambigüedad. Se trata de procesos, tendencias desenvueltas a lo largo de la vida, siempre en distinto nivel de desarrollo, inseparables de la situación económico- social, la socialización, la dotación biopsíquica".⁴

Conceptualización de Interdisciplinariedad

Para R. Follari, existen dos modalidades diferentes de la interdisciplina epistemológicamente fundadas: el encuentro de un nuevo objeto teórico que surge 'en medio' de dos disciplinas previas y la aplicación tecnológica a la resolución de problemas empíricos complejos.

En cuanto a la primera modalidad R. Follari sostiene "(...) Se trata de la construcción de un nuevo objeto teórico, ligado orgánicamente a los de las disciplinas componentes, a sus respectivas metodologías y conceptualizaciones (...) podemos señalar dos características esenciales de ésta

modalidad de abordaje científico: 1) Sirve como apertura de nuevos campos científicos, como génesis de la construcción de nuevos objetos que cobrarán luego su autonomía, aun cuando no dejen de relacionarse a las disciplinas de origen; 2) Se trata de interdisciplina a nivel teórico, a nivel de la construcción científica como tal; interdisciplina fundada epistemológicamente como exigencia en el plano del conocimiento y no como respuesta a necesidades tecnológicas (...).⁵

En cuanto a la segunda modalidad, este autor afirma: "(...) la interdisciplina surgió como forma de resolver ciertos problemas práctico-concretos (...) Las construcciones teóricas se separan, pero el mundo empírico aparece unido como síntesis de 'determinaciones múltiples', como expresión concreta de las leyes que teóricamente se hayan establecido desde diversos ámbitos temáticos -y de los aspectos que el conocimiento no ha descubierto por supuesto-".⁶

Creo conveniente aclarar que en este trabajo se entiende a la interdisciplinariedad desde la perspectiva de esta segunda modalidad planteada por R.Follari.

1- SALUD MENTAL

1.1- BREVE RESEÑA DE LA EVOLUCION HISTORICA DE LA ASISTENCIA EN SALUD MENTAL

N. Bentancur, C.Sanchez e I.Tabera⁷ realizan un buen aporte en este punto. Siguiendo a E. Galende, realizan una descripción de las condiciones previas a la Revolución Francesa, mencionando: el ascenso de la burguesía, el incremento de la falta de trabajo, la desaparición de tierras comunales, la expulsión de gran cantidad de campesinos hacia las ciudades, el aumento del número de marginados, y la política de reclusión en asilos de las personas marginadas como ser "locos", desocupados, mendigos, etc... Frente a este panorama comenzó a provocarse un reclamo cada vez mayor por los derechos de los ciudadanos. Es en este mismo contexto que podemos situar a Philippe Pinel -médico francés considerado uno de los fundadores de la Psiquiatría- quien fuera nombrado en Bicêtre en 1793 para diferenciar de la masa de internados en los asilos a los "locos", quienes pasaron a ser considerados como enfermos. Este es considerado un hecho fundamental ya que implicó la fundación de la Psiquiatría como disciplina médica, dándose asimismo un paso importante en la asignación legal al médico del problema de la locura.

A partir de aquel momento comenzó a realizarse la observación científica de los pacientes. Más adelante, a raíz del desarrollo importante de las ciencias naturales que se caracterizaron por su interés en clasificar, surgieron otras maneras de "encierro", al crearse un gran número de categorías nosográficas dentro de las cuales poder "encerrar" a los seres humanos.

"El médico ha sido en el asilo desde un principio padre y juez, familia y ley. El asilo fue la matriz de toda relación terapéutica, ya que permitía en su organización interna, sostener un saber que se ejerce como poder sobre el comportamiento de sujetos en condiciones especiales: encierro forzoso, celdas, privación de sus ropas y objetos personales, métodos violentos de contención. Esta asociación de la institución manicomial, el saber psiquiátrico y el poder sobre el otro, es esencial en la relación de asistencia en la medicina mental y perdura en los asilos actuales" ⁸ señalan las autoras a través de E.Galende. Los asilos persistieron como consecuencia natural del momento social y de los conocimientos médicos de la época, los cuales centraban el interés en el fenómeno aparente del enfermar, sin tomar en cuenta las motivaciones y condiciones que lo provocaban.

La aparición del psicoanálisis demostrando la continuidad entre lo normal y lo patológico e introduciendo la noción de "conflicto", inauguró una perspectiva más comprensiva del enfermo mental. A partir de Freud comenzó a considerarse que no existen sólo enfermedades sino también enfermos, y un ámbito social de donde provienen una serie de principios que, a través de la relación con las figuras parentales, se van internalizando.

N. Bentancur, C.Sanchez e I.Tabera⁹ plantean que hacia el fin de la 2ª Guerra Mundial se genera un movimiento, de crítica del "manicomio" en todos los campos y porsupuesto en el campo de la Psiquiatría, cuestionándose el hecho de que el poder y la razón se encuentren siempre del lado del psiquiatra. Al mismo tiempo empezó a cuestionarse a la enfermedad como problema sólo del paciente y su médico, y a pensarse en las responsabilidades de la familia del paciente y de toda la comunidad frente a la emergencia de la locura. Las transformaciones políticas, el desarrollo de las Ciencias Sociales y de la farmacología, produjeron profundos cambios en la asistencia en salud mental. Comenzaron a usarse neurofármacos, permitiendo el abordaje psicoterapéutico y el tratamiento ambulatorio, acortando a la vez el tiempo de internación.

El acento paulatinamente dejó de ser puesto en el hospital psiquiátrico, y comenzó a trascenderlo, desplazándose hacia la sociedad. Para ello se necesitó crear estructuras asistenciales a nivel de la comunidad, con el fin de atender a la población en los distintos momentos evolutivos del "continuo" de salud-enfermedad, es decir un espacio comunitario en la vida social, que pudiera servir de intermediario en todas las situaciones de "ruptura" con ella. La tensión pasó a centrarse no sólo en el individuo enfermo, sino que comenzó a apuntarse a la disminución del riesgo de enfermar de toda la población, atendiendo las causas que generan la enfermedad pero también aquellas generadoras de salud.

Si bien desde principios de este siglo, las causas somáticas, psicológicas y sociales de la enfermedad eran conocidas, no se integraban en forma adecuada. Paulatinamente fueron integrándose los diversos factores considerados de incidencia en la presencia de la enfermedad mental, agregándose a los mencionados, factores económicos, culturales, etc.. Comenzó así a superarse la visión tradicional de diagnóstico y tratamiento aislados del contexto en que se produce el enfermar.

Esta concepción fue extendiéndose tímidamente en Norteamérica y Europa, hasta que en los últimos 30 años se introduce efectivamente en el tratamiento de la enfermedad mental la dimensión social,

desarrollada básicamente en la experiencia italiana y en la clínica psiquiátrica norteamericana. Dicha concepción considera imprescindible el abordaje de los problemas de salud mental a través del trabajo interdisciplinario que permita la participación de disciplinas como la Psicología, la Antropología, el Trabajo Social, etc., aportando un conocimiento integral de la enfermedad mental. Se trata de una tarea de grupos sobre grupos por lo que el trabajo en equipo adquiere una importancia fundamental. La realización de estudios epidemiológicos que permitan conocer las necesidades de la comunidad, adecuando los servicios a las mismas, aparece también como imprescindible para el logro de una atención adecuada. La capacitación de los equipos de trabajo, la investigación, así como la supervisión psicológica de los mismos llevada a cabo por especialistas, es considerada muy importante.

Los impulsores de esta concepción comenzaron a visualizar como imprescindible la "contextualización" de la asistencia en salud mental, -es decir el conocimiento de las condiciones de vida del enfermo, de su familia y del medio social en el que está inserto-, a través del trabajo en *equipos interdisciplinarios de salud*, apuntando a brindar atención por zonas geográficas de población. La asistencia en salud mental regionalizada o sectorizada de acuerdo a factores políticos, administrativos, accesibilidad, recursos disponibles y densidad, necesidades y características de la población, etc., comenzó a aplicarse en algunos países con buenos resultados, apareciendo la acción descentralizada como la única forma de poder llevar adelante programas en salud mental con características de ese tipo.

Desde la década del 70 en algunos países -Italia, E.E.U.U, Brasil, etc.- comenzó a desarrollarse un proyecto de asistencia en Salud Mental que viene teniendo hasta hoy día amplia difusión en todo el mundo: la propuesta de *desinstitucionalización*. Esta propuesta parte de un cambio total del paradigma del saber en Salud Mental, planteándose desde el punto de vista asistencial la sustitución radical del hospital psiquiátrico por una amplia gama de servicios abiertos y comunitarios, -capaces de asistir al usuario desde las situaciones de crisis agudas y las demandas de atención psicológica hasta en las necesidades mas amplias de carácter social- y considerando al trabajo interdisciplinario clave para el desarrollo de los mismos.

1.2- PANORÁMICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA SALUD MENTAL EN EL URUGUAY

Para una mejor comprensión de este punto creo indispensable considerar el desarrollo de la salud mental en los últimos treinta años aproximadamente.

De acuerdo al informe sobre la Salud Mental en el Uruguay llevado a cabo en 1966 por el Dr.P.Chanoit –consultor de la O.P.S.-, en nuestro país, durante el régimen militar -1973/1984-, “El Estado realizó una escasísima inversión de tipo social -en salud, en educación vivienda, etc.-, en favor de una asistencia directa al sector financiero. En el área de la Salud, se incentivó la privatización de la asistencia médica. El sistema asistencial se fue deteriorando paulatinamente hasta entrar en crisis y la Salud Mental sufrió el deterioro general de dicho sistema pero con particularidades agravantes, por ser un área en la que las condiciones sociales inciden muy especialmente”.¹⁰

Con relación a la situación a nivel del sector público, el Dr. Chanoit, en ese mismo informe afirma: “El Ministerio de Salud Pública (M.S.P.) con escasísimo presupuesto y una ineficiente planificación ofrece servicios muy deficitarios a una población de pacientes que va en alarmante aumento. La inexistencia de datos oficiales, no ha hecho más que mantener oculta ésta situación que sólo se valoriza en su real dimensión cuando los trabajadores de los centros asistenciales realizan denuncias públicamente. Desde el punto de vista epidemiológico también existe una carencia notoria de datos precisos. La promoción y prevención casi no existen. La relación entre el número de pacientes y el personal de salud es inadecuada en casi todos los centros. (...) La Colonia Etchepare alberga a una población numerosísima que tiene muy pocas posibilidades de recuperación y que todavía puede agravar su enfermedad inicial o contraer nuevas patologías debido a las condiciones infrahumanas en las que se encuentra albergada. Por su parte en el ámbito privado un cierto número de pacientes con mejores medios económicos es tratado con variadas técnicas psicoterapéuticas muy costosas, lo que habla de una marcada discriminación social. Quienes son derivados a la Colonia Etchepare no van por ser enfermos crónicos, sino por ser marginales socioeconómicos. Los pacientes que poseen buenos recursos aunque sufran afecciones graves no terminarán su vida en ese lugar.”¹¹

Por su parte y en cuanto a la situación a nivel del sector privado, el informe dice: “las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (I.A.M.C.) se desfinanciaron y comenzaron a desarrollar una política interna de contralor médico, limitación de las recetas, contención salarial, y despidos, ahorros de todo tipo, etc.

lo que fue ocasionando una pérdida de la calidad de la asistencia y de la relación salud-enfermedad. La asistencia psiquiátrica brindada por éstas instituciones se limita a la repetición de medicamentos, en consultas más que breves. "12

Indudablemente el régimen militar que tocó vivir al Uruguay entre 1973 y 1984, llevó a una gran desorganización social y a la pérdida de los derechos de los ciudadanos siendo recién a partir de 1985 cuando el pueblo comenzó a recuperarlos. V.Giorgi¹³ realiza una descripción muy valiosa de la situación de la salud mental. Este autor explica que en ese mismo año -1985-, con el regreso de la democracia, se comenzó, por parte del M.S.P., la elaboración del Plan Nacional de Salud Mental para lo cual se creó una comisión de trabajo invitándose a participar en la misma a diversas instituciones de carácter asistencial, docente, laboral, gremial, etc.. Esta comisión elaboró ese mismo año un diagnóstico de la situación de la Salud Mental en el Uruguay, coincidiéndose con el informe realizado por el Dr Chanoit (1966) en que la misma "ha sido crónicamente deficitaria viéndose agravada en el período 1973-84 puesto que los planes que se implementaron en esa época y en esta área fueron erróneos y con criterios obsoletos lo que nos enfrenta hoy a una realidad de emergencia sanitaria".¹⁴

Ese Plan Nacional de Salud Mental articulado con los demás programas de salud en general fue propuesto partiendo del principio de que la salud es un derecho irrenunciable del individuo y que el M.S.P es el órgano competente para la programación, ejecución y control en salud mental. Dicho Plan demostró integrar concepciones y lineamientos muy avanzados en cuanto a la planificación estratégica en Salud Mental al recoger diversos aspectos de la Declaración de Alma-Ata: descentralización, coordinación, primarización de la asistencia, participación de la comunidad, *interdisciplinariedad* e intersectorialidad.

En Setiembre de 1986 se culminó de redactar y se elevó al Ministro. V.Giorgi¹⁵ sostiene que a pesar de que al comienzo parecía que el Programa contaba con el apoyo general de los gobernantes, de las instituciones asistenciales, docentes, y de las diversas fuerzas sociales, finalmente no prosperó por la "falta de voluntad política" que han exhibido los organismos de gobierno, transformándose, en cierto grado, en una "bandera reivindicativa" de los sectores más comprometidos con el cambio. Por contrapartida a la "paralización" reinante a nivel del Estado y a nivel mutua desde 1975, durante el régimen dictatorial y coincidiendo con el peor período del sistema de salud, V.Giorgi destaca la ocurrencia de un fenómeno muy significativo: el surgimiento de grupos autogestionarios conocidos como

Policlínicas Populares. Dichos servicios se basaron en algunos de los postulados de la A.P.S., ubicándose cercanos a los lugares de residencia o de trabajo de los usuarios, y asociando la salud a otras necesidades y aspiraciones de la población como ser: mejoras de servicios, de la vivienda, de la educación, ollas populares, solidaridad con gremios de la zona, etc. La participación de los vecinos comenzó a aparecer como meta ideal a alcanzar a pesar de las variadas dificultades que la misma enfrenta. Surgió así una especie de "intersectorialidad alternativa" sin la participación del Estado.

En cuanto al surgimiento, en la década del setenta, de éstos movimientos autogestionarios conocidos como Policlínicas Populares, el mencionado autor afirma: "Estas experiencias tienen importantes limitaciones. Además de la escasez de recursos, la incoordinación y el voluntarismo de los técnicos, no son parte de un sistema asistencial que permita la derivación de aquellos pacientes que requieren tratamientos más tecnificados. Esto genera un nivel de frustración en técnicos y participantes que acarrea desgaste y cierta rotatividad del personal que hace perder la experiencia acumulada. Se corre el riesgo de que la A.P.S. degenera en una atención primitiva de baja calidad, destinada a una población que se encuentra al margen de otros niveles de asistencia, al decir de Mario Testa: 'una atención de segunda para gente de segunda'. (...) No obstante, estas experiencias han dinamizado y cambiado la perspectiva clásica acerca de la salud no sólo en las comunidades donde se insertan sino también en el propio ámbito de los técnicos. Han permitido cuestionar nuestra formación abriendo un importante espacio de propuesta y cambio. La práctica en la comunidad, junto a las organizaciones populares nos ha cuestionado nuestra omnipotencia y nuestros viejos esquemas de ejercicio profesional reforzando nuestra identidad como trabajadores de la Salud Mental." ¹⁶

Si bien aquel Plan Nacional de Salud Mental que nunca prosperó recogía aspectos de la estrategia de A.P.S., al decir de C.García y D.Frigerio, "la inclusión de la Salud Mental en A.P.S no ha sido contemplada en forma sistemática en los planes que se han elaborado, si bien se pretende llegar a optimizar los resultados partiendo de la comunidad y pasando por los planes de política de salud a nivel del Estado. (...) Una cobertura en Salud Mental debe estar atenta a nuestra realidad nacional, adecuándose a nuestras necesidades y nuestras raíces culturales; y debe incluir desde la investigación hasta la re-humanización de la tarea; (...) una política de Salud Mental en A.P.S debe estar más allá de las coyunturas socio-políticas por las que atraviesa un Estado (...) una evaluación objetiva y permanente puede mantenernos en el camino correcto". ¹⁷

Entre los lineamientos del diagnóstico elaborado en 1985 dice: "Frente a la situación descrita las soluciones sólo pueden provenir de un amplio movimiento colectivo que incluya a todas las fuerzas sociales organizadas y vinculadas con la Salud Mental y a todos los recursos existentes en la comunidad. (...) Ante el modelo individual, aislado e incoordinado, es necesario proponer un modelo centrado en áreas de población que utilice colectivamente los esfuerzos de todos los técnicos en Salud Mental y aplique todos los recursos terapéuticos disponibles. (...) El centro de actividad debe dejar de ser el hospital, asilo o consultorio clínico, mutual o privado para pasar al Centro de Salud Mental, estructura de atención que integre en forma unitaria a los *grupos interdisciplinarios*." ¹⁸

Quizás estos lineamientos nos permitan no sin esfuerzos, y a muy largo plazo, lograr cambios muy necesarios a fin de mejorar la situación de la Salud Mental en nuestro país. Lo cierto es que la situación de la Salud en general y la Salud Mental específicamente permanece "estancada" desde 1966 a 1986, -basta con comparar el informe del Dr. Chanoit de 1966 con el diagnóstico de la comisión de trabajo formada por el M.S.P. de 1985- no habiéndose producido tampoco cambios sustanciales desde este entonces hasta hoy día.

2- INTERDISCIPLINARIEDAD Y SALUD MENTAL

2.1- ¿QUÉ ES EL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO?

Hoy día se habla de la *necesidad* de trabajar interdisciplinariamente en varios campos del quehacer de los distintos profesionales como por ejemplo los Trabajadores Sociales. Cabe entonces primeramente preguntarse: **¿Qué es el trabajo interdisciplinario?** Para I. Ramirez de Mingo: "El trabajo interdisciplinario no es la yuxtaposición de disciplinas, ni la mera discusión de tareas entre diferentes profesionales. Es un enfoque o concepción de trabajo. Es, por tanto, algo más que un método o una técnica, posibilitando una visión global de las cuestiones, que son siempre complejas en cualquier situación humana y social, haciendo posible una planificación conjunta del trabajo a todos los niveles e integrando las aportaciones de las diferentes disciplinas-profesiones en una respuesta global más rica en matices, mas adecuada en los diferentes aspectos de la situación".¹⁹

En cuanto a las *características del trabajo interdisciplinario*, esta misma autora afirma: "Todo trabajo interdisciplinario se caracteriza por: la existencia de espacios o lugares comunes para estudiar la situación y proponer estrategias a seguir; la formación permanente de todos los miembros del equipo; la superación, a través de la discusión en común, de las dificultades para definir los objetivos específicos de cada disciplina y los roles profesionales; y el establecimiento de un lenguaje común".²⁰

2.2- PROCESO HISTÓRICO DE LA CONCEPCIÓN DE INTERDISCIPLINARIEDAD

Creo conveniente introducir en este punto una breve síntesis del proceso histórico que llevó a la concepción y asunción de la interdisciplinariedad, proceso que al decir de I.Ramirez,²¹ parece no haber sido totalmente superado ni por las estructuras ni por los profesionales. La mencionada autora plantea la existencia de los siguientes *estadios* en dicho proceso:

Monovalencia. Se caracteriza por la aproximación monovalente para solucionar un problema relativamente simple, produciéndose una serie de intervenciones, cada una de las cuales busca, por su lado, ser la efectiva y la única. La persona que tiene el problema se enfrenta a la posibilidad de un trajín permanente entre las instituciones y los profesionales. Estos últimos, con sus ideologías propias, inscriben sus acciones y programas en instituciones que tienden a la monovalencia y la generan.

Complementariedad. Empieza a aceptarse en el momento en el que se considera que un solo especialista no puede abordar el espectro de problemas de un sujeto. Sin embargo, la suma de visiones parciales no permite necesariamente un mayor significado y mejor conocimiento. La complementariedad tiene sus peligros, ellos son que frecuentemente: "Las acciones de los profesionales son paralelas, se anulan unas a otras o establecen conflictos o confusión entre ellas; las discusiones del equipo se reducen a veces más a un enriquecimiento de los planteamientos teóricos de los profesionales que a un conocimiento vivido y real de las necesidades; la excesiva profesionalización lleva consigo la creencia de que el sujeto no responde a las exigencias de la técnica utilizada, en vez de reconocer la impotencia de encontrar respuestas a todas las necesidades".²²

Polivalencia Cuando se examina a un sujeto varios lugares posibles, y en cada uno de ellos se responde satisfactoriamente a la demanda, comienza entonces a justificarse la creación de "centros polivalentes", en los cuales todas las facetas de las necesidades de los sujetos puedan ser simultáneamente evaluadas. La polivalencia de intervención tiene también algunos peligros: "El que los diversos miembros intervinientes se sientan identificados con aquella personalidad positivamente asumida o con la profesión de más prestigio; puede resultar presuntuoso que al aplicar una técnica que se domina superficialmente, se condicionen los resultados a la técnica y no al escaso dominio efectivo de ella, por parte del profesional." ²³

Interprofesionalidad o Interdisciplinariedad "Se establece cuando se llega a la conclusión y al convencimiento de que la valoración de los problemas en el marco social es demasiado compleja para que un profesional tenga la responsabilidad única y total. También nace de la necesidad de agruparse para la conquista de un objetivo. En esta concepción hay que abandonar el mito de relación primitiva de tipo clásico, en donde como en un equipo deportivo cada uno tiene una plaza y el deber de conservarla"²⁴. I.Ramirez plantea en este punto que si bien la intención de trabajar sobre una base interdisciplinaria existe, el egoísmo de los roles profesionales imposibilita muchas veces el poder llevarlo a cabo.

2.3- PRÁCTICAS MULTI, PLURI, INTER Y TRANSDISCIPLINARIAS

En la literatura sobre el tema coexisten concepciones muy diferentes del término interdisciplinariedad. E. Mourao Vasconcelos propone una conceptualización propia a partir de diferentes clasificaciones indicadas por Jaspers (1976) particularmente y por Jantsch (1972), de acuerdo a los grados sucesivos de cooperación y de coordinación creciente entre las disciplinas y aporta ejemplos de prácticas en sus distintos niveles en el campo de la salud mental:

"Multidisciplinariedad: Gama de disciplinas que actúan simultáneamente pero sin hacer aparecer las relaciones existentes entre ellas. (...) Puede ser visualizada en las prácticas ambulatorias profesionales, donde profesionales de diferentes áreas trabajan aisladamente, en general sin cooperación e intercambio de informaciones entre sí, a no ser un sistema de referencia y contra-referencia de los clientes, con una coordinación apenas administrativa.

Pluridisciplinariedad: Yuxtaposición de diversas disciplinas situadas generalmente en el mismo nivel jerárquico y agrupadas de modo de hacer aparecer las relaciones existentes entre ellas. (...) ejemplos de práctica pluridisciplinar pueden ser reuniones clínicas donde casos de clientes son discutidos intercambiándose informaciones de los diversos profesionales que los acompañan, o reuniones de equipo técnico con profesionales variados que planifican o evalúan acciones y procedimientos científicos o asistenciales, sin crear aun una axiomática propia que coordine sus trabajos. Paneles y mesas redondas en congresos con especialistas de varias áreas, o artículos de tipo "enciclopédico", con contribuciones en general superficiales y aisladas de varias áreas, también pueden construir otros ejemplos de este tipo.

Interdisciplinariedad Auxiliar: Utilización de contribuciones de una o más disciplinas para el dominio de una disciplina específica ya existente, que se posiciona como campo receptor y coordinador de las demás. Puede ser ejemplificada en manuales de psiquiatría o de otra especialidad en salud mental que integran informaciones de otras disciplinas como por ejemplo de la psicología, el psicoanálisis, la salud pública, etc. (...) En un campo de relaciones de poder muy desiguales dentro de las diferentes corporaciones y disciplinas, muchas de las prácticas usuales de colaboración entre profesionales de la salud mental terminan siendo auxiliares. La expresión "paramédica" para caracterizar esa colaboración es bastante ilustrativa (...)

Interdisciplinariedad: (...) Es entendida como estructural, existiendo reciprocidad, enriquecimiento mutuo, con tendencia a la horizontalización de las relaciones de poder entre los campos implicados. Exige la identificación de una problemática común, con levantamiento de una axiomática teórica y/o política básica y de una plataforma de trabajo conjunto, colocándose en común los principios y conceptos fundamentales, esforzándose para una decodificación recíproca de la significación, de las diferencias y convergencias de esos conceptos, y de esta forma generando una fecundación y aprendizaje mutuo, que no se efectúa por simple adición o mistura, sino por una recombinación de los elementos internos.

Transdisciplinariedad: Coordinación de todas las disciplinas e interdisciplinas del campo sobre la base de una axiomática general compartida, creación de campo con autonomía teórica, disciplinar u operativas propias. (...) Implica una radicalización del nivel anterior, con una creación de un campo teórico, operacional o disciplinar de tipo nuevo y mas amplio. La ecología es un buen ejemplo de esto".²⁵

Los ejemplos que plantea E.Mourao corresponden al caso de Brasil, en Uruguay son pocas las experiencias interdisciplinarias que se han llevado a cabo en el campo de la salud mental, -por lo pronto son muy pocas las que se han sistematizado-. Por otra parte a nivel de las diferentes profesiones predomina en general cierta "agresividad" y defensa a ultranza del dominio particular de ejercicio, generándose un "individualismo" muy particular.

2.4- EL "PROFESIONALISMO" Y OTRAS BARRERAS DE LAS PRÁCTICAS INTERDISCIPLINARIAS

Según E. Mourao Vasconcelos,²⁶ la investigación de los conflictos y procesos de poder en las prácticas interdisciplinarias puede aclararse mucho más si además de considerar su debate en el campo de la filosofía, epistemología y política, la situamos en el campo de las profesiones y sus instituciones. Con este fin es que el autor lleva a cabo la reelaboración de la propuesta analítica hecha por autores anglosajones del área de la sociología de las profesiones (Parry & Parry, 1976; Ramón, 1987) para lo que denominan "profesionalismo". El autor lo entiende incluyendo cuatro *elementos básicos*:

a) *Proceso de inserción histórica en la división social y técnica del trabajo y en la constitución de los saberes en cuanto estrategia de poder*: cada profesión antes de su formalización se fue insertando en el mercado de trabajo gradualmente, conquistando espacio, sistematizando técnicas y saberes, produciendo verdades y rituales de poder, mostrando su eficacia y legitimándose frente a la sociedad. El conocimiento de este proceso es fundamental para entender las prácticas profesionales contemporáneas.

b) *Mandato social sobre un campo específico*: la formalización de las profesiones es acompañada por un reconocimiento de reivindicaciones de un saber y competencia exclusivos, en el cual las esferas dominantes de aquella sociedad específica o Estado atribuyen un mandato social para tomar decisiones, realizar tareas específicas, controlar recursos, y para la atribución de responsabilidad legal en caso de problema, cristalizando un orden específico de división social y técnica del trabajo. En las democracias modernas ese proceso es formalizado por las esferas legislativas, por medio de legislaciones profesionales y asistenciales (...).

c) *Institucionalización de organizaciones corporativas*: los sindicatos, asociaciones y consejos establecen continuamente fronteras de saber y competencia con las otras profesiones; ejercen control sobre la formación y las prácticas de los afiliados al incluir normas éticas, y defienden intereses económicos y políticos tales como lugares en el mercado de trabajo, recursos para la investigación y la formación, salarios, condiciones de trabajo, políticas públicas sectoriales que atañen al área, etc. Las instituciones corporativas a su vez, sufren influencia directa de organizaciones poderosas de la esfera económica, institucional y política que también actúan en el campo.

d) *Cultura profesional*: En cada sociedad o país, cada grupo o subgrupo profesional tiende a ir asumiendo un conjunto de valores culturales, imaginarios e identidades sociales específicas, preferencias teóricas y técnicas, estilos de vida, padrones de relación con la clientela, con la sociedad mas amplia y con la vida política.

Sobre este punto el autor destaca cómo la propuesta de interdisciplinariedad en la práctica se enfrenta con una serie de estrategias de saber/poder, de competencia intra e intercorporativa y de procesos institucionales y socioculturales muy fuertes, que funcionan como obstáculos muy grandes al intercambio de saberes y a las prácticas interprofesionales colaborativas y flexibles. También E.Mourao plantea la utilidad de algunos de los *abordajes de análisis institucional* para la realización de un análisis crítico de ese conjunto de dispositivos y procesos que funcionan como obstaculizadores, ayudando a obtener una visualización del complejo campo de las relaciones institucionales que están activas en determinado campo profesional.

2.5- AREAS DE SABER INVOLUCRADAS EN LA TEORIZACIÓN Y LAS PRÁCTICAS DE SALUD MENTAL

Los campos de saber involucrados en la teorización y las prácticas de salud mental son diversos. E. Mourao realiza una lista, en la cual nombra, entre otras, a las siguientes disciplinas que forman parte de lo que el llama "nuevo campo de la Salud Mental" de acuerdo al paradigma de Desinstitucionalización en Salud Mental ya descrito:

"a) *Filosofía y Epistemología*, en el sentido de discutir los supuestos básicos en términos de concepción del hombre y de las características generales y específicas de los diversos campos de conocimiento involucrados en el campo de la salud mental, así como de sus interrelaciones;

b) *La Psiquiatría*, con sus raíces en las ciencias naturales y humanas, y dentro de ella la psicopatología, la psicofarmacología, las llamadas neurociencias, y la clínica psiquiátrica en especial, que constituyen formas particulares de integración entre aquellos saberes;

c) *La Psicología*, con sus diversas corrientes y sus respectivos abordajes clínicos, y la Psicología Social, discutiendo la intersecciones entre los procesos psíquicos y sociales;

d) *El Psicoanálisis*, también con sus diversas corrientes teóricas y clínicas;

- e) *La Sociología* abordando las condiciones sociales mas amplias correlacionadas a la salud y la enfermedad mental -incluyendo la demografía-, y la Antropología, al abordar las diferentes estructuras culturales y simbólicas colectivas asociadas a los fenómenos mentales -área de la Etnopsiquiatría y/o la Psiquiatría y Psicología Transcultural-;
- f) El campo de la *Salud Pública*, que busca identificar las necesidades en el área -incluyendo la Epidemiología-, planificar, ejecutar y evaluar los programas de asistencia en Salud Mental;
- g) El campo de las *Ciencias Políticas e "Institucionales"*, abordando las estructuras de políticas públicas y los procesos políticos e institucionales, y los otros actores sociales y sus intereses involucrados en las diversas organizaciones de salud mental".²⁷

Para E.Mourao al pensar en términos de profesiones y campos aplicados de conocimiento, esta lista se hace aún mayor, ya que comprende también profesiones y áreas del saber que constituyen "recombinaciones de una o mas disciplinas", siendo para E.Mourao el caso del propio *Servicio Social*, pero la lista también incluiría a la *Enfermería*, la *Terapia Ocupacional*, la *Educación Física*, el *Arte-terapia*, la *Fonoaudiología*, entre otras ya integrantes desde hace mas o menos tiempo de los equipos de Salud Mental.

3.- EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS

3.1- ¿QUÉ ES UN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO?

Parece claro que cuando hablamos de *equipo interdisciplinario* estamos haciendo referencia a un equipo conformado por representantes de diferentes disciplinas o profesiones, pero ¿qué es exactamente un equipo interdisciplinario o interprofesional?. Para I. Ramirez de Mingo, "Es un conjunto de profesionales diferentes, encarados con un objetivo común, igualados en el momento de hacer sus aportaciones, pero diferenciados en el tipo de información y de intervención que pueden hacer, y capacitados para organizar sus actuaciones de acuerdo con las características y prioridades del problema"²⁸.

3.2- COMPOSICIÓN DE LOS EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS

Al decir de I. Ramirez de Mingo, "la composición del equipo puede variar según las necesidades. El equipo no es un fin en sí mismo, sino que está también en función del nivel y formación de los profesionales que lo componen. Esta formación ha de permitir clasificar y vivir la identidad personal y profesional. Para el desarrollo del equipo es preciso conocer científicamente y analizar la realidad global socio-económica y socio-política de la comunidad en que se sitúa la acción".²⁹

Para el trabajo en el campo de la salud mental, los equipos generalmente cuentan con profesionales de la Psiquiatría, la Psicología, el Trabajo Social y la Enfermería -en coordinación en casos puntuales con Médicos de Medicina General y Neurólogos-. No obstante esto, sería muy enriquecedora la participación en los mismos de por ejemplo Antropólogos, Sociólogos, Terapeutas Ocupacionales, Profesores de Educación Física, Psicopedagogos, y otros profesionales que con su participación podrían aportar al logro de una visión global, integral, de las problemáticas que presentan los individuos, grupos o comunidades, para luego llevar a cabo las acciones asistenciales, de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, etc, que se consideren pertinentes.

Es preciso destacar la importancia de que la planificación, ejecución y evaluación de tales acciones se realice junto con los actores a quienes se pretende beneficiar, exigiéndose y fomentándose en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación, ya que todas las personas tienen el derecho y el

deber de participar individual y colectivamente en la resolución de sus problemas de salud mental, de los de la comunidad y de la sociedad toda.

3.3- REQUISITOS DE LOS EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS

Con respecto a este punto I.Ramirez lleva a cabo una muy interesante descripción de lo que ella denomina "componentes en la acción de equipo", y que no son otra cosa que los requisitos que los equipos interdisciplinarios deben cumplir para poder conformarse y funcionar como tales.

El primer requisito o "componente" que menciona es su **base filosófica**: "se tiene que hablar acerca de lo que se cree". Esta base es la que permite que el equipo no sea una "colección de individuos", donde cada uno hace su propio trabajo sin relacionarse, y sin compartir la importancia y trascendencia de lo que se está haciendo los demás integrantes del equipo. Según esta autora los requisitos para planificar esta base son :

- **"Un lenguaje común**: comprender los distintos lenguajes que cada uno trae al equipo, y valorar sus posturas.

- **Un nivel de confianza**, que poseemos hacia cada uno en términos de su habilidad y de la información que nos va a proveer.

- **Una relación de interdependencia**: ser dependientes los unos de los otros en el equipo (...).

- **Una participación en la responsabilidad común**: comprobar las decisiones compartidas acerca de lo que se va a hacer con una persona, grupo o comunidad.

- **Una comprobación de acercamiento a los fines permanentes y propósitos compartidos**: comprobar los resultados de los descubrimientos, compartirlos, realizarlos o experimentarlos. No ser rígidos en los planteamientos personales.

- **Establecer una escala de prioridades**: no se puede ser todo, para todos.

- **Conocer la finalidad de lo que se va a realizar:** finalidad y objetivos, las metas y las prioridades, ¿están relacionadas con la filosofía aceptada?

- **Establecer una estructura y organización:** la más adecuada para posibilitar el logro de las propuestas.

- **Conocer el modelo de comunicación:** como son unos con otros. ¿hay un mecanismo de comunicación con la comunidad, con la familia, con asociaciones?

- **Resultados:** ¿que se pretende? No es solo identificar o clasificar problemas sino que ha de ser elaborado un programa (...).

- **Evaluación:** sobre lo que estamos haciendo, de forma muy consistente y básica. Es la garantía de cohesión del equipo y eficacia de funcionamiento".³⁰ La autora plantea la importancia del análisis frecuente de estos "componentes" con el fin de que el equipo no pierda de vista la perspectiva de dónde viene y hacia adónde quiere ir.

3.4- LOS ROLES Y SU DISTRIBUCIÓN DENTRO DE LOS EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS

En relación a este tema existe disparidad de puntos de vista y opiniones. Siguiendo a I.Ramirez de Mingo ésta afirma que la distribución de funciones de cada integrante -e incluso la forma de ejercerlas- será tarea del Coordinador. Aquí puede plantearse que tal vez sería más positivo que esta tarea surga del común acuerdo de todo el equipo, siendo éste en su conjunto el que distribuya las funciones.

"La competencia de las distintas funciones viene dada por la preparación específica, y corresponde a las funciones que le son propias en virtud de su profesión, conforme a los objetivos generales del sector y a las directrices del coordinador" afirma la autora.³¹ En relación a esto creo necesario señalar que quizás para un mejor funcionamiento del equipo sea más adecuada una coordinación abierta a la participación de los integrantes y no una coordinación muy directiva.

Esta misma autora dice: "El coordinador constituye la garantía a su unidad funcional y orgánica, y de él depende el buen funcionamiento del equipo. A él corresponde programar la actuación del equipo y valorar sus trabajos, asegurar sus relaciones internas y externas y responsabilizarse del buen

funcionamiento del sector. El coordinador debe ser aquella persona que ofrezca mayor capacidad de coordinación, gestión y síntesis de valoración y, aceptado por la mayoría del equipo, no es determinante la profesión o especialización para ocupar este puesto." ³² En cuanto a ésto último me atrevo a decir que probablemente el Trabajador Social sea uno de los más capacitados para hacerlo por su formación en grupos, relaciones humanas y su manejo de aspectos comunicacionales, todo lo que puede permitirle enfrentar con herramientas adecuadas las múltiples dificultades que implica el trabajo en equipo.

3.5- REGIONALIZACIÓN O SECTORIZACIÓN DE EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS Y SERVICIOS

La *regionalización* responde a la idea de prestar servicios en el lugar donde se dan los problemas. El trabajo en equipos interdisciplinarios integrados regionalmente puede evitar la dispersión de servicios o su funcionamiento paralelo, mejorando a la vez la calidad y eficacia en la prestación de aquellos.

I. Ramirez de Mingo utiliza el término sectorización aludiendo a la estructuración en sectores o zonas geográficas -lo que se entiende por regionalización-, y afirma: "la pluralidad de funciones comporta una pluralidad de profesiones, y esto hace que sean un instrumento adecuado, capaz de aportar la solución satisfactoria a los problemas que la coordinación de servicios diversos -prevención, detección, valoración, tratamiento y seguimiento- impone por áreas de población o zonas geográficas." ³³ Al decir de la mencionada autora los equipos interdisciplinarios en un enfoque sectorializado:

-Facilitan las condiciones para que se impliquen todos los profesionales y personas del sector en materia de asistencia, sanidad, trabajo, educación, etc, en una única acción (...) se justifican al aparecer como una racionalización del binomio personal-necesidad, y como fórmula de solucionar las dicotomías que presentan las estructuras a nivel nacional y local.

-Aparecen como una fórmula de paliar las injusticias provenientes del hecho geográfico por la concentración o dispersión de la población.

-Pueden aprovechar y canalizar las fuerzas disponibles en cada sector, como pueden ser el voluntariado, asociaciones, etc., y orientarlas de la forma más correcta, útil y eficaz.

-Ofrecen la posibilidad de ser usados como fuente permanente de orientación e información (...) de manera que integren todos los aspectos en materia de salud, asistencia, trabajo, educación.

-Pueden ofrecer las soluciones más adecuadas (...) al formar parte del sistema de servicios disponibles en la zona, y poder enfocar de forma global la solución de cada problema.

-Son el resorte más adecuado de asegurar una mayor, mejor y más adecuada forma de de integración de las personas inadaptadas en su medio comunitario.

-Pueden ofrecer más, mejores y más rápidas respuestas, ya que pueden detectar de forma inmediata, por la interrelación que tienen los profesionales que convergen en el equipo, todas las necesidades de la zona sectorizada.

-Son una fórmula eficaz para establecer un sólido puente entre los sistemas sanitario, social, laboral y educativo." 34

Sin embargo para ésta autora el funcionamiento en un enfoque regionalizado presenta también sus obstáculos que en forma permanente y circular condicionan su eficacia e incluso su existencia.

En relación a los obstáculos derivados de la aplicación misma del enfoque sectorizado hace alusión a: la lentitud de implantación de un nuevo enfoque; la verdadera autonomía del enfoque; y los resultados inmediatos exigidos del mismo.

En cuanto a obstáculos internos de los equipos menciona: las tensiones profesionales y personales en el equipo; la incoherencia y "juventud" de los equipos; y el individualismo y profesionalismo.

Por último y relacionados a aspectos sociales y político-administrativos hace referencia a: los privilegios de ciertas profesiones; la rigidez administrativa; la burocracia y la rigidez que coartan la creatividad; las aspiraciones políticas que a veces no consideran las necesidades reales de la comunidad; el adecuar la legislación a la receptividad social actual. 35

4- EL TRABAJADOR SOCIAL EN EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE SALUD MENTAL

4.1- INTEGRACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL EQUIPO

La integración de los Trabajadores Sociales a los equipos interdisciplinarios no está exenta de obstáculos. Para I.Ramirez de Mingo³⁶, la principal dificultad que encuentra es la de modificar "ideas y actitudes preconcebidas e inadecuadas" que le asignan roles de:

- paternalista;
- paliativa: trabaja sólo con marginados sociales, a los que hay que socorrer económicamente;
- suministra datos de la comunidad: crea infraestructura de programas en los que no interviene;
- actúa por intuición, sin técnicas de trabajo;
- carece de objetivos concretos;
- suple deficiencias administrativas en el equipo;
- burócrata: realiza los tramites administrativos.

También se presenta como una dificultad -no menor- la de marcar un perfil profesional. Con respecto a esto I.Ramirez dice: "El equipo y el propio Trabajador Social deben tener en cuenta que, en el campo de las Ciencias Sociales, la especificidad nunca es netamente diferenciada." ³⁷

Es por esto muy posible que en los equipos se generen conflictos, fundamentalmente si cada uno asume una actitud de defensa rígida de su "dominio profesional particular", como si fuera un dominio privado de actuación.

Otra dificultad -que sostiene la autora- va a enfrentar el Trabajador Social es la de su estatus, refiriéndose al escaso prestigio social que posee esta profesión y que va a jugar también en su integración a los equipos interdisciplinarios.



4.2- FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL EQUIPO Y CON EL EQUIPO

Indudablemente las funciones a desarrollar en y con los equipos interdisciplinarios por parte de los Trabajadores Sociales van a estar dadas por la preparación específica y las tareas que le son propias en virtud de su profesión. No obstante esto la participación de cada profesional al decir de G.Montañez y M.Nuñez³⁸ supone una actividad colectiva y compartida, por lo que deberán establecerse reglas y acuerdos para la toma de decisiones y la puesta en práctica del trabajo tanto en forma conjunta como individual.

I.Ramírez de Mingo plantea una ilustrativa nómina de algunas de las funciones que desde su punto de vista el Trabajador Social puede desempeñar dentro del equipo y con el equipo:

- "Intervención en los programas que existan -por ejemplo salud, educación, trabajo- a nivel de promoción, prevención y recuperación, en la comunidad.

- Participar y mantener una actitud crítica en el equipo acerca de las causas y efectos de los problemas sociales y de los recursos.

- Motivar a la participación en distintos niveles: usuarios directamente implicados en los programas, organizaciones sociales en general, responsables políticos.

- Intervención para que haya permanentemente un ajuste de programas entre las necesidades sentidas y la atención que se presta, evitando una distancia entre ambas que dificulte la participación.

- Elaborar, ejecutar y evaluar programas de divulgación de sanidad, educación, cultura, etc.

- Motivación e intervención en los programas de formación de agentes de la comunidad, para que se integren las características sociales, culturales y económicas de ésta, y de los recursos de que dispone."³⁹ Estas serían algunas de las funciones que los Trabajadores Sociales pueden realizar en los equipos interdisciplinarios en general, pero seguramente existen muchas otras, dependiendo del campo específico de intervención, los objetivos de ésta, etc., en definitiva de las circunstancias particulares que hacen al contexto de la intervención.

4.3- FUNCIONES ESPECIFICAS DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LOS EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS EN GENERAL

Según I.Ramirez de Mingo dentro de las funciones específicas del Trabajador Social en los equipos interdisciplinarios en general se encuentran:

- "Informar a la comunidad sobre los derechos y deberes respecto a la salud, enseñanza, trabajo, cultura, etc. Orientarles y capacitarles sobre el uso de recursos institucionales y no institucionales que puedan contribuir a asegurar que los individuos alcancen mejor calidad de vida.
- Investigación de las variables socio-económicas y culturales que incidan en la etiología, distribución y desarrollo de los problemas en todas las áreas.
- Estudiar el nivel de aprovechamiento por parte de los usuarios de todos los servicios, programas y de sus expectativas frente a ellos, así como el estudio de la calidad y cantidad de los servicios.
- Asegurar que los programas de las distintas áreas lleguen a toda la población.
- Coordinar todos los programas de servicios sociales comunitarios, para que exista una racionalización de recursos humanos, materiales, e institucionales.
- Elaboración, supervisión, actualización y coordinación del fichero de recursos sociales.
- Coordinación de programas de organización comunitaria, motivando a la población a organizarse, asesorándoles en normativas y técnicas.
- Atención y asesoramiento de problemas individuales." 40

Esta autora sostiene que "hay que tener presente que la distinción de funciones del Trabajador Social con el equipo y las específicas son relativas, ya que están condicionadas por el momento actual, por la composición del equipo y por su funcionamiento" 41.

4.4- FUNCIONES ESPECÍFICAS DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LOS EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS DE SALUD MENTAL

En cuanto a la tareas específicas del Trabajador Social en el campo de la Salud Mental, C.García y D.Frigerio sostienen que "la práctica misma ha demostrado que el Trabajador Social tiene un papel protagónico en los equipos de salud mental, siendo muy importante su participación para:

- Promover la toma de conciencia de las personas de sus derechos y deberes respecto a la Salud Mental.
- Orientar y capacitar a las personas acerca de que la salud es un bien colectivo.
- Promover la capacitación de promotores barriales de salud.
- Aportar al Equipo de Salud Mental la incidencia de las variables socio-económicas y culturales en el proceso de la enfermedad.

Para esto es indispensable:

- La sistematización de la información que obtenemos para elaborar así un marco de referencia y devolverlo en forma ordenada y actualizada.
- Elaborar juntos en el equipo interdisciplinario los programas adecuados al contexto social.
- Coordinar acciones con instituciones y población con el fin de mejorar la calidad de vida, dando respuestas a necesidades concretas en materia de salud.
- Educar para promover y prevenir, considerando que la salud y enfermedad son un sólo proceso.
- Dar información a la comunidad de recursos institucionales y comunales que contribuyan a asegurar y mejorar la calidad de vida.

- Evaluar las acciones con el Equipo de Salud Mental y la comunidad, como mecanismo que permita medir el alcance de los objetivos propuestos, su viabilidad y eficacia, su costo, y, si es necesario, modificar el o los programas". 42

Estas autoras afirman: "Nuestra intervención deberá tener un enfoque científico y participativo, en una relación horizontal para alcanzar eficacia en nuestras acciones. Es fundamental que nuestro trabajo se desarrolle en equipo, donde cada uno aporte lo propio de su área, elaborando juntos un conocimiento científico." 43

A nivel hospitalario, el Trabajador Social integrado a equipos interdisciplinarios puede realizar aportes muy valiosos en lo que tiene que ver con el trabajo intramural y su proyección hacia la comunidad, actuando muchas veces como nexo entre la institución y la sociedad. La Dra. I.Almendras⁴⁴ realiza una exhaustiva descripción de las funciones del Trabajador Social en este ámbito mencionando por ejemplo las siguientes:

- Obtener información básica acerca del paciente, como ser su contexto sociocultural -educación, condiciones de trabajo, antecedentes familiares, vida familiar, roles, etc.- información fundamental para comprender al paciente y reconstruir la forma de sus estructuras afectivas, pudiendo luego encontrar a través de éstas la vía de acceso al tratamiento.

- Cuidar de mantener los lazos afectivos del paciente con la familia y buscar de que ésta pase a ser un miembro más dentro de la dinámica del hospital. La familia debe participar de todo el proceso de la enfermedad y de los cambios que se vayan logrando en la evolución del paciente.

- Apelar, mientras el paciente permanezca hospitalizado, a todo lo que permita destruir su aislamiento y diferenciación del mundo exterior, estimulando los contactos con el "afuera" facilitando así la reinserción social del paciente al eliminar el abismo existente entre el Hospital Psiquiátrico -como asilo/cárcel- y la sociedad.

- Estimular al paciente para que viva plenamente su vida al reintegrarse a la sociedad. Motivarlo a ocupar su lugar en ella y acompañarlo en el proceso de adaptación a su nueva realidad, utilizando todos los recursos de la comunidad existentes y disponibles.

- Contribuir a reestructurar el núcleo familiar, orientando las acciones interpersonales y ayudando a definir los nuevos status y roles resultantes del cambio grupal originado por la enfermedad -la reinserción del paciente es socio-familiar por lo que el trabajo con la familia no debe descuidarse-.

- Realizar un "diagnóstico laboral" en base a la valoración de las aptitudes reales del paciente luego de la enfermedad y las circunstancias diversas que rodean a cada puesto de trabajo, buscando la apertura laboral en las instituciones estatales y privadas. Una vez obtenido un puesto, brindar apoyo, seguridad y confianza durante el periodo de adaptación en el que el paciente puede presentar crisis.

Se desprende de esta enumeración de algunas de sus tareas lo valiosa y necesaria de la función del Trabajador Social en el hospital psiquiátrico y fuera de él. También se evidencia el hecho de que su acción no puede ser aislada sino que debe integrarse a un equipo interdisciplinario en el que se plantearán objetivos comunes relacionados con la función global de la institución a la que el mismo pertenezca.

4.5- FORMACION DEL TRABAJADOR SOCIAL PARA EL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO

Los Trabajadores Sociales cuentan con la formación y capacitación adecuada para poder investigar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar, colaborando en la resolución de problemas y la satisfacción de necesidades sociales. Sus conocimientos teóricos y metodológicos le permiten interpretar y actuar sobre problemáticas existentes en variados campos. Uno de ellos es el campo de la Salud Mental. En él, la técnica instrumental y la metodología del Trabajo Social le permiten desempeñarse con eficacia, máxime si su acción se desarrolla en el marco de un equipo interdisciplinario.

En cuanto a las diferentes instancias en la formación G.Montañez y M.Nuñez, sostienen que: "(...) deben articularse e integrarse a través de estrategias pedagógicas que las desarrollen y profundicen. Ceemos que la estrategia pedagógica está constituida por tres niveles:

Docencia: como el proceso a través del cual los docentes pueden estimular el conocimiento a otro, traduciendo contenidos teóricos a empíricos, motivando a la participación, a la lectura crítica, a la reflexión, a crear, a trabajar en equipo y a sugerir a los estudiantes ser sujetos de su proceso formativo.

Investigación: como el proceso que implica la producción científica y del conocimiento necesario para la comprensión, análisis e intervención transformadora sobre las condiciones de vida de nuestra sociedad.

Acción Social: como la intervención transformadora ante aquellos problemas que implican un compromiso efectivo y permanente por parte de la Universidad en el desarrollo de la sociedad".⁴⁵

En cuanto a la formación, para éstas autoras, debe orientarse siempre a :

"-La reflexión crítica de los contenidos teóricos, articulando éstos a la coyuntura sociopolítica del momento histórico de la comunidad.

-La elección de cursos de acción identificando las políticas sociales, las sectoriales e institucionales que influyen sobre las diferentes realidades sociales sobre las que se actúa.

-El reconocimiento de las vinculaciones dinámicas del proceso metodológico del Trabajo Social con las problemáticas sociales sobre las que se tiene que intervenir.

-El desarrollo de investigaciones sociales que se sustenten en el conocimiento del pensamiento científico a través de distintas operaciones.

-La incorporación de los elementos necesarios que permitan conocer la realidad sobre la que se va a intervenir, para la elaboración de diagnósticos y proyectos sociales.

-El desarrollo de conocimientos, habilidades y destrezas orientadas al *trabajo interdisciplinario*.⁴⁶

CONCLUSIONES

La salud, entendida como "conjunto integrado de capacidades bio-psico-sociales de un individuo o de un colectivo" como ser la vitalidad, el goce, la comunicación, la creatividad, la autocrítica, y la crítica, la solidaridad, la autonomía, la capacidad prospectiva, y de integración, etc.-; y *la salud mental*, entendida como "la capacidad de contribuir a modificar a la realidad y a uno mismo, de desarrollar vinculaciones afectivas profundas, de establecer relaciones y contradicciones, de tolerar la frustración, etc.", están vinculadas en forma inseparable -si consideramos a la persona como un todo, en forma integral, y no en forma fragmentaria-, e implican procesos, tendencias desenvueltas a lo largo de la vida, siempre en distinto nivel de desarrollo, que además de estar determinadas por la dotación biopsíquica se encuentran condicionadas a la situación socio-económico-cultural de las personas.

Actualmente la salud y la enfermedad no pueden verse como estados diferentes y aislados, sino como componentes de una relación dialéctica, como un "continuo de salud-enfermedad" en esencia dinámico. La salud de los individuos será una resultante de su interacción con el medio, interacción que está dada por un proceso permanente de intercambio entre los aspectos físico-psíquicos de la persona y los componentes socio-económicos y físicos del medio ambiente. Habrá mayor o menor grado de "salud" de acuerdo al grado de equilibrio entre el individuo y el ambiente, de manera tal que aquel pueda desarrollar las capacidades mencionadas anteriormente.

La meta propuesta en la Declaración de Alma-Ata en 1978 "Salud para todos los pueblos del mundo en el año 2000" se trataba de una utopía, y no digo que lo era por pensar al bienestar como utópico en lugar de pensarlo como una realidad concreta, sino porque resultaba y resulta utópico hablar de salud para todos cuando existen en casi todos los países del mundo -o quizás en todos- determinados sectores de población en situación de pobreza absoluta, con necesidades básicas insatisfechas, con carencias tales que es imposible pensar en cualquier nivel de bienestar como ocurre en nuestro país.

Es responsabilidad del Estado intervenir para desarrollar una política de carácter global que permita acceder a los recursos necesarios para lograr y mantener la salud de cada uno de los individuos, que es constitucionalmente un derecho humano fundamental de éstos. A su vez es un derecho y un deber de los individuos, las familias y la comunidad llevar a cabo acciones para promover la salud, prevenir las enfermedades y detener su avance.

Sin dudas lograr niveles satisfactorios de salud en una sociedad no es tarea menor, todo lo contrario. Implica mejorar las condiciones de vida de toda la población, priorizando a los sectores más carenciados, que no cubren necesidades básicas como alimentación, vivienda decorosa, etc. elevando la calidad de vida de las personas y por ende mejorando las condiciones de salud -los diversos factores que influyen sobre el desarrollo del conjunto de capacidades identificadas con la salud-. Implica posibilitar el acceso igualitario a los servicios de atención de la salud, cosa que hoy día no sucede ya que muchas personas atienden su salud a través del mutualismo, pero muchas otras deben restringir su asistencia al ámbito de la Salud Pública, a todas luces deficitaria, a raíz de su imposibilidad económica, sumado a las dificultades que plantean los centros públicos para su acceso desde el punto de vista geográfico, ya que no siempre se encuentran cercanos a los lugares más carenciados; implica prestar atención de promoción, prevención, -a nivel del M.S.P es escasa- tratamiento y rehabilitación e implica implementar y desarrollar una estrategia de participación comunitaria en salud, es decir que posibilite y fomente la participación activa de la comunidad en forma individual y colectiva en la formulación, ejecución y evaluación de programas de atención de la salud, lo que mencionaba anteriormente como un deber y un derecho fundamental de aquella.

Algunos países occidentales han logrado avanzar considerablemente en el campo de la asistencia en salud mental fundamentalmente algunos países europeos luego de la 2ª Guerra Mundial. En un principio se buscó la transformación interna del asilo y el hospital psiquiátrico, buscando humanizarlos y tornarlos más terapéuticos y eficaces en la recuperación de las personas internadas -las experiencias de *comunidad terapéutica* fueron un ejemplo de ese movimiento-. En la década del 60 aparecieron propuestas más radicales que cuestionaron al propio saber psiquiátrico como un todo y al mandato social en relación a la locura -como el movimiento anti-psiquiátrico-. En Francia y Estados Unidos comenzaron a desarrollarse propuestas con énfasis en la oferta paralela de servicios externos -ambulatorios y centros comunitarios de salud mental- en un intento aún limitado de controlar el carácter hospitalo-céntrico del sistema de atención hasta entonces.

Si bien desde principios de siglo ya se había comenzado a considerar la incidencia de factores sociales, económicos, culturales, etc., en la presencia de la enfermedad mental, recién hacia los años 60 se empezaron a realizar diagnósticos y tratamientos teniendo en cuenta a los mismos, haciéndose imprescindible la contextualización, el conocimiento del contexto en el que la misma surge. Por contexto se entiende las condiciones de vida del enfermo, su grupo familiar, su ámbito laboral, sus diferentes

grupos de pertenencia, en definitiva el medio social en el que está inserto. Actualmente el conocimiento de ese contexto sigue siendo muy importante pero se apunta a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y no al tratamiento y rehabilitación una vez presentada la enfermedad -diferentes niveles de atención-.

A partir de los años 70 -fundamentalmente en Italia- comenzó a desarrollarse un proyecto asistencial en Salud Mental que hasta hoy día viene revelando un carácter desafiador, pero con experiencias sólidas, bien realizadas, y que vienen teniendo amplia difusión en todo el mundo: la propuesta de *desinstitucionalización*. Esta propuesta se centra en un cambio completo del paradigma del saber en Salud Mental y desde el punto de vista asistencial en la constatación de que el hospital psiquiátrico tradicional es definitivamente antiterapéutico y que la estrategia de transformación del sistema de atención debe partir de la sustitución radical del hospital psiquiátrico por una gama de servicios abiertos y comunitarios, capaces de asistir al usuario desde las situaciones de crisis agudas y las demandas de atención psicológica hasta en las necesidades mas amplias de carácter social.

Lógicamente que este cambio de paradigma no puede realizarse de un día para el otro sino que implica un largo proceso. En algunos países como España, Estados Unidos, Francia, Brasil, Perú, etc., se ha comenzado -en algunos casos hace ya varios años- dicho proceso mediante la reforma de las estructuras hospitalarias y el desplazamiento de los servicios de salud mental hacia la comunidad, implementándose un modelo de asistencia en salud mental regionalizada -organizada por sectores o áreas geográficas de población- de acuerdo a factores políticos, administrativos, accesibilidad, recursos disponibles y densidad, necesidades y características de la población, etc.. Este modelo de asistencia en salud mental ha arrojado buenos resultados, quedando demostrado que la acción descentralizada es mucho más eficaz que la centralización de servicios.

Sin embargo, como una herencia del pasado, y también como una consecuencia de una inadecuada política sanitaria, en nuestro país persiste, como figura representativa, el Manicomio Central. Sólo se rescatan algunas inquietudes y experiencias aisladas como ser:

- El surgimiento en la década del setenta, de movimientos autogestionarios conocidos como Policlínicas Populares: Estos servicios se basaron en algunos de los postulados de la A.P.S., ubicándose cercanos a los lugares de residencia o de trabajo de los usuarios, y asociando la salud a otras necesidades y

aspiraciones de la población como ser: mejoras de servicios, de la vivienda, de la educación, ollas populares, solidaridad con gremios de la zona, etc., originándose así una especie de "intersectorialidad alternativa" sin la participación del Estado. Estas experiencias si bien tienen importantes limitaciones han contribuido a dinamizar y cambiar la perspectiva clásica acerca de la salud no sólo en las comunidades donde se insertan sino también en el propio ámbito de los técnicos.

- El reclamo por parte de las autoridades y los técnicos del Hospital Vilardebó hacia el Estado para que se abra a la elaboración de políticas de Atención Primaria en Salud (A.P.S) apuntando a brindar una cobertura integral que considere los aspectos socio-económico-culturales y las realidades de cada región. La intención es integrar a la Salud Mental en A.P.S. entendiendo a la estrategia de ésta como la única vía para alcanzar niveles satisfactorios de salud.

- La experiencia realizada en la Colonia B.Etchepare en la que los pacientes en vez de ser institucionalizados separándose de su entorno y perdiendo "su lugar" y sus afectos, permanecían en sus respectivos núcleos socio-familiares con el control por parte de los técnicos y la contención de la sociedad y sus familias.

- El desarrollo del Plan de Atención Zonal a la Salud (P.A.Z.)⁴⁷ pensado a partir de las Policlínicas Municipales y en coordinación con otras instituciones de salud, en el marco de la descentralización político-administrativa y la participación social articulada por los órganos de gobierno local, cuyo propósito es contribuir a elevar la calidad de vida de los montevideanos a través de acciones integradas y coordinadas de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud individual y colectiva. Este Plan de Atención Zonal de la Salud aunque tiene dificultades para "salirse" de la atención médica, psicológica, odontológica, etc., centrada en la demanda individual, denota la intención y el esfuerzo por pasar del modelo asistencialista-curativo a una atención integral, planificada, desarrollada en programas que se "adelanten a los problemas", es decir que apunten a la promoción y prevención, comenzando además un proceso de cambio de las estructuras político-administrativas a nivel del gobierno local apuntándose a la descentralización a este nivel y a nivel de los servicios de salud, todo lo que creo es muy positivo y debe destacarse.

El trabajo en equipos interdisciplinarios de salud distribuidos por sectores -áreas- o por zonas geográficas de población -que lleven adelante un trabajo interdisciplinario- junto a la realización de

estudios epidemiológicos que permitan conocer las necesidades de la comunidad adecuando los servicios a las mismas, pueden concretar la contextualización anteriormente referida posibilitando la mejor comprensión de las situaciones y el logro de una atención integral adecuada.

Es preciso señalar la importancia de que la planificación, ejecución y evaluación de acciones se realice junto con los actores a quienes se pretenda beneficiar, exigiéndose y fomentándose en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación. Por qué?. Porque todas las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la resolución de sus propias problemáticas relacionadas con su salud mental, de las problemáticas de la comunidad y de la sociedad toda, siendo importante que dicha participación se estimule y fomente instrumentando e implementando espacios para su desarrollo.

De acuerdo al nuevo paradigma o estrategia de desinstitucionalización descrito en este trabajo, el campo de la Salud Mental es llamado a ampliar su foco de abordaje, buscando romper con las delimitaciones de los saberes tradicionales en el área buscando una nueva recomposición de conocimientos sustentado sobre un conjunto de rupturas y nuevas premisas, y que por lo tanto no sea apenas una nueva sumatoria de los saberes parcializados. Evidentemente cabe ubicar aquí la cuestión de la **Interdisciplinariedad**, la necesidad de "pensar interdisciplinariamente" y de llevar a cabo prácticas interdisciplinarias en este campo.

He aquí una premisa fundamental de este trabajo: Las problemáticas de salud mental que presentan las personas en la actualidad en nuestra sociedad son de una gran complejidad, poseen múltiples aspectos o facetas y determinaciones que a todas luces exceden las posibilidades de las ciencias particulares, exceden los conocimientos de un profesional "disciplinar" para comprenderlas y abordarlas. Se hace entonces necesario un tipo de abordaje integrativo de los múltiples aspectos que están en juego y la interdisciplinariedad lo es.

El trabajo interdisciplinario, cuyo surgimiento se relaciona con la necesidad de resolver ciertos problemas práctico concretos, es un enfoque o concepción de trabajo que tiene la ventaja de hacer posible una visión integradora de dichas problemáticas posibilitando la planificación conjunta del trabajo a todos los niveles e integrando los aportes de las diversas disciplinas-profesiones para dar una respuesta global que considere los diferentes aspectos de cada situación. Evidentemente resulta una

manera más eficiente y totalizadora de avanzar en la comprensión y el abordaje de la complejidad que se presenta en determinados campos -como el de la Salud Mental por ejemplo-, apareciendo como el camino más adecuado para avanzar sobre realidades que desbordan ampliamente las posibilidades de ser resueltas desde disciplinas científicas autónomas.

Es evidente que la realidad no puede separarse, y que la suma de las visiones parciales de las diferentes especialidades, no permite la visión de la complejidad de la misma. Esto es lo que sucede muchas veces con los equipos multidisciplinares: profesionales de diferentes áreas trabajan simultáneamente pero a la vez "aisladamente", es decir sin coordinación -o con una coordinación apenas administrativa- entre ellos, sin una planificación conjunta, sin cooperación ni intercambio de informaciones, reduciendo sus relaciones a la mera discusión de tareas. Se da así una yuxtaposición de disciplinas, resultando que ese conjunto de visiones parciales no permite necesariamente un mayor significado y mejor conocimiento de las situaciones. La interdisciplinariedad implica "otro paso más" en el sentido de planificación conjunta del trabajo a todos los niveles y de integración de las aportaciones de las diferentes disciplinas-profesiones para el logro de una visión realmente global y una atención realmente integral.

Con respecto a este punto fundamental son muy esclarecedores los aportes de E.Mourao Vasconcelos y R.Follari. Del primero, cuando afirma: "La interdisciplinariedad exige la identificación de una problemática común, con levantamiento de una axiomática teórica básica y de una plataforma de trabajo conjunto, colocándose en común los principios y conceptos fundamentales, esforzándose para una decodificación recíproca de la significación, de las diferencias y convergencias de esos conceptos, y de esta forma generando una fecundación y aprendizaje mutuo, que no se efectúa por simple adición o mistura, sino por una recombinación de los elementos internos".⁴⁸ Del segundo, cuando plantea que la tarea concreta en torno a un problema específico partiendo de y por encima de las especialidades permite que se vaya configurando un lenguaje común y una perspectiva superadora para el conjunto de los participantes implicados, y cita a J.L.Coraggio "Este proceso de ida y vuelta no se puede dar si simplemente nos estamos moviendo en el nivel académico; hace falta enfrentarse con la realidad (...) hay que definir áreas problema, tenemos que enfrentarnos a la realidad porque es la única manera de contrastar estas teorías y ver por qué no son eficaces (...)".⁴⁹ De esto último se desprende la unión de la interdisciplina a la resolución de problemas concretos que no pueden ser abordados disciplinariamente.

El meollo de la cuestión está precisamente en esto último, en la construcción de un objeto de investigación-intervención unitario, integral sobre el que van a irse articulando las diversas especialidades involucradas. La intervención de las diferentes disciplinas a nivel del mismo objeto empírico se justifica por las diferentes determinaciones que se ejercen sobre éste. Sin dudas en el caso de la Salud Mental, las determinaciones, los factores que inciden en la misma son múltiples e implican por lo tanto a múltiples "saberes" disciplinarios para poder comprenderlos.

Entre esos múltiples "saberes" disciplinarios relacionados con los factores que inciden sobre la Salud Mental, entre esos campos de saber involucrados en la teorización y las prácticas de Salud Mental vimos pueden mencionarse por ejemplo a la Filosofía y la Epistemología, la Psiquiatría, la Psicología, el Trabajo Social, la Sociología, el campo de la Salud Pública, el campo de las Ciencias Políticas e "Institucionales", etc.

Volviendo al tema de la necesidad de la construcción de un objeto de investigación-intervención unitario y la articulación de las especialidades en torno al mismo, sin dudas éste se trata de un proceso nada sencillo: "(...) en cada caso se trata de construcción frente a situaciones concretas y específicas, de manera que la articulación -práctica- de las disciplinas en cada caso es problemática y deberá ser definida nuevamente sobre el terreno"⁵⁰ afirma R. Follari. Evidentemente no significa reunir a los profesionales con buena voluntad y disposición al intercambio y de allí como por arte de magia y como fruto automático de ponerse a trabajar en común surge dicha integración. Por el contrario, la misma, al decir de Follari "(...) requiere un largo profundo proceso de operación conjunta sobre la realidad empírica de que se trata (...) no opera por decreto, sino a través de una larga y difícil construcción colectiva".⁵¹

Gran parte de la literatura sobre la interdisciplinariedad y el trabajo interdisciplinario gira en torno a los aspectos teóricos de la interdisciplinariedad, a su definición, su fundamentación desde el punto de vista epistemológico, su justificación en abstracto, etc... Pues bien, sin pretender quitarle importancia -ni mucho menos- a éstos aspectos mencionados, ya que como sostiene E.Ander-Egg "la práctica no orientada por una teoría es inconsciente de sus propios efectos, desconoce sus límites y presupuestos implícitos",⁵² creo es muy importante la sistematización de las prácticas interdisciplinarias que se llevan a cabo, ya que es en ellas y a la hora de "ponerse efectivamente a trabajar" cuando parecen surgir las mayores dificultades -que han sido expuestas en este trabajo-. Es a partir de la sistematización de dichas prácticas, que podremos construir analizadores que nos permitan reflexionar y comprender mejor

todo lo que se juega en ellas, los elementos facilitadores, los obstaculizadores, etc., y así dar un primer paso para poder mejorarlas. Cayendo tal vez en lo reiterativo considero indispensable resaltar la importancia de la sistematización y la implementación de espacios de reflexión conjunta e intercambio por parte de todos los actores involucrados en las prácticas interdisciplinarias como la única vía para que éstas logren un desarrollo y evolución mayor.

En relación a los Trabajadores Sociales, es notorio que la interdisciplinariedad los coloca en una nueva plataforma de trabajo con otros profesionales, permitiéndoles aportar elementos nuevos a su profesión y también a las demás profesiones. Es por esta razón que seguramente sus funciones en y con el equipo irán delimitándose paulatinamente. De hecho de acuerdo a las experiencias que se han llevado a cabo ya se han ido delineando varias -éstas fueron descritas en este trabajo-.

Sin embargo la integración de los Trabajadores Sociales a los equipos interdisciplinarios presenta en ocasiones algunas dificultades, -que también fueron descritas en este trabajo- siendo la principal de ellas la modificación de determinados prejuicios o preconceptos por parte de los demás profesionales que le adjudican roles que no se corresponden con la realidad.

Considero también importante remarcar la idea de que tal vez no cualquier profesional tenga la formación adecuada para cumplir el rol de Coordinación de un equipo interdisciplinario y de que el Trabajador Social probablemente sea uno de los mejores capacitados para hacerlo. Por qué?. Por su formación teórico-práctica sobre los grupos, su conocimiento de los vínculos, de las relaciones humanas, su manejo de los aspectos comunicacionales, etc.. Sin dudas el Trabajador Social cuenta con herramientas adecuadas para desempeñarse satisfactoriamente como coordinador, manejando técnicas capaces de integrar las motivaciones e intereses de los individuos para trabajar en grupo, que podrá aplicar con el fin de fomentar y conservar el espíritu de equipo, pudiendo jugar un papel fundamental como impulsor del crecimiento de los equipos de trabajo.

Por todo lo expuesto creo ha quedado evidenciada la importancia de la participación del Trabajador Social en los equipos interdisciplinarios de salud tanto a nivel comunitario desempeñando un rol fundamental en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, como a nivel institucional, siendo por ejemplo sumamente valiosa y necesaria la función que ha cumplido y sigue cumpliendo en los hospitales psiquiátricos -y fuera de ellos- donde integrado a equipos interdisciplinarios puede realizar

aportes muy valiosos en lo que tiene que ver con el trabajo intramural y su proyección hacia la comunidad, actuando muchas veces como nexo entre la institución y "el afuera".

Es real la existencia de severas exigencias y requerimientos tanto individuales como grupales y de variados obstáculos tanto internos como externos para el trabajo en equipos interdisciplinarios en el campo de la Salud Mental. Sin embargo el mismo se presenta como **necesario desafío** para todos los profesionales, incluidos los Trabajadores Sociales quienes sin lugar a dudas cumplen una función importante en el fomento, la protección, la conservación, el restablecimiento y la rehabilitación de la Salud Mental de las personas y grupos humanos.

Al decir de N.Kisnerman "El Trabajador Social es un profesional de las relaciones interpersonales, un educador que se capacita y capacita a las personas afectadas por situaciones-problemas, en el conocimiento de una realidad concreta, transfiriendo instrumentos - métodos, técnicas, teorías - para que ellos puedan operar las mismas, ya que sólo el conocimiento racional sistemático y científico permite a los hombres encontrar alternativas viables y factibles para superar su realidad". 53

NOTAS

- 1 Ander-Egg, Ezequiel; Follari, Roberto. "Trabajo Social e Interdisciplinariedad". B.A.: Humanitas, 1988. 83 p. Cap.1 p.15
- 2 Weinstein, Luis. "Salud y Autogestión: La Antimedicina a Examen". B.A.; Montevideo: Tupac: Nordan, 1978. 180 p. p.55.
- 3 Ibid., p. 56.
- 4 Wienstein, Luis. "Salud Mental y Proceso de Cambio: Hacia una Ideología de Trabajo en Prevención Primaria". B.A.: Eco, 1975. 184 p. p. 29
- 5 Ander-Egg, Ezequiel; Follari, Roberto. o.p. cit., 1. p. 31-32.
- 6 Ibid., p. 32.
- 7 Betancur Taborda, Nohelia; Flores Sanchez, Cecilia; Tabera Herrera, Irene. "Modelo de Atención al Enfermo Mental en nuestro Medio". p. 117-128. EN: Revista de la Facultad de Trabajo Social U.P.B. (mar.1990), nº 6.
- 8 Ibid., p. 121.
- 9 Ibid., p. 122.
- 10 Folleto. Sociedad de Psiquiatría del Uruguay."Salud Mental". 74 p. .p. 22.
- 11 Ibid., p. 23.
- 12 Ibid., p. 23.
- 13 Giorgi, Victor "Vínculo, Marginalidad , Salud Mental". 3ª ed. Montevideo: Roca Viva, 1992. 149p.
- 14 Ibid., p. 138.
- 15 Ibid., p. 140.
- 16 Ibid., p. 140-141.
- 17 García, Cristina; Frigerio, Dinorah. "Un Enfoque de Servicio Social en Atención Primaria en Salud Mental". p. 9-12. Trab. pres. al IV Cong. Urug. de Psiquiatría. EN: Trabajo Social/ Uruguay. vol.2, nº 8. p. 9.
- 18 Giorgi, Victor. o.p. cit., 13. p. 139.
- 19 Ramirez de Mingo, Isabel. "El Trabajo Social en los Servicios de la Salud Mental". Madrid:EUDEMA, 1992. 127 p. p. 55.
- 20 Ibid., p. 56.
- 21 Ibid., p. 56.
- 22 Ibid., p. 57.
- 23 Ibid., p. 57.
- 24 Ibid., p. 58.
- 25 Mourao Vasconcelos, Eduardo. "Serviço Social e Interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental". EN: Serviço Social & Sociedade/ Brasil. Año XVIII, nº54, Julho 1997. p. 132-157. p. 139.
- 26 Ibid., p. 145.
- 27 Ibid., p. 138.
- 28 Ramirez de Mingo, Isabel. o.p. cit., 19. p.56.
- 29 Ibid., p. 61.
- 30 Ibid., p. 59.
- 31 Ibid., p. 63.
- 32 Ibid., p. 63.
- 33 Ibid., p. 60.
- 34 Ibid., p. 60.
- 35 Ibid., p. 61.
- 36 Ibid., p. 64.
- 37 Ibid., p. 65.
- 38 Montañez, Graciela; Nuñez, Mónica. "Formación para el Abordaje Interdisciplinario en Trabajo Social". 10 p. Trab. Pres. a :Encuentro Regional de Escuelas de Trabajo Social del Cono Sur: 1º (may. 1993: Santiago de Chile). Patr. por : ALAETS, ACHETS. p.7.

-
- 39 Ramirez de Mingo, Isabel. o.p. cit., 19. p. 65.
40 Ibid., p. 65.
41 Ibid., p. 66.
42 Garcia, Cristina; Frigerio Dinorah. o.p. cit., 18. p. 10.
43 Ibid., p. 11.
44 Almendras, Ivette. "El Equipo de Salud Mental". p. 37-48. En: "Primer Curso de Capacitación Para Egresados de la E.U.S.S.". Montevideo: D.P.U., 1980. 66 p.
45 Montañez, Graciela; Nuñez, Mónica. o.p. cit., 42. p.8.
46 Ibid., p.10.
47 Por mayor información sobre este Plan ver Folleto "P.A.Z. Salud." elaborado por la División Salud, Depto. de Descentralización, Intendencia Municipal de Montevideo.
48 Mourao Vasconcelos, Eduardo. o.p. cit., 26. p. 141.
49 Ander-Egg, Ezequiel; Follari, Roberto. o.p. cit., 1. p. 34.
50 Ibid., p. 35.
51 Ibid., p.35
56 Ramirez de Mingo, Isabel. o.p. cit., 19. p. 66.

BIBLIOGRAFIA CITADA

- Almendras, Ivette. "El Equipo de Salud Mental". p. 37-48. En: "Primer Curso de Capacitación Para Egresados de la E.U.S.S.". Montevideo: D.P.U., 1980. 66 p.
- Ander-Egg, Ezequiel; Follari, Roberto. "Trabajo Social e Interdisciplinariedad". B.A.: Humanitas, 1988. 83 p.
- Betancur Taborda, Nohelia; Flores Sanchez, Cecilia; Tabera Herrera, Irene. "Modelo de Atención al Enfermo Mental en nuestro Medio". p. 117-128. EN: Revista de la Facultad de Trabajo Social U.P.B. (mar.1990), nº 6.
- Folleto. Sociedad de Psiquiatría del Uruguay. "Salud Mental". 74 p. .
- García, Cristina; Frigerio Dinorah. "Un Enfoque de Servicio Social en Atención Primaria en Salud Mental". p. 9-12. Trab.pres. al IV Cong. Urug. de Psiquiatría. EN:Trabajo Social/ Uruguay. vol.2, nº 8.
- Giorgi, Victor "Vínculo, Marginalidad , Salud Mental". 3ª ed. Montevideo: Roca Viva, 1992. 149p.
- Montañez, Graciela; Nuñez, Mónica. "Formación para el Abordaje Interdisciplinario en Trabajo Social". 10 p. Trab. Pres. a :Encuentro Regional de Escuelas de Trabajo Social del Cono Sur: 1º (may. 1993: Santiago de Chile). Patr. por : ALAETS, ACHETS.
- Mourao Vasconcelos, Eduardo. "Serviço Social e Interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental". EN: Serviço Social & Sociedade/ Brasil. Año XVIII,nº54, Julho 1997. p. 132-157.

- Ramirez de Mingo, Isabel. "El Trabajo Social en los Servicios de la Salud Mental". Madrid: EUDEMA, 1992. 127 p.

- Weinstein, Luis. "Salud Mental y Proceso de Cambio: Hacia una Ideología de Trabajo en Prevención Primaria". B.A.: Ecnro, 1975. 184 p.

- Weinstein, Luis. "Salud y Autogestión: La Antimedicina a Examen". B.A.; Montevideo: Tupac: Nordan, 1978. 180 p.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Acosta, Luis. "Tendiendo Puentes con la Sociedad: el Programa APEX-Cerro de la Universidad de la República. p. 75 -86. En: Cuadernos Trabajo Social (1994), nº 3.
- Alleyne, George. "La Salud y el Desarrollo Humano". p 1-10. EN: Bol. O.P.S. vol. 120 (ene. 1996), nº1.
- Alonso, Daniel. "Jardines de Peñarol: Experiencia de una Organización Barrial en la Atención Primaria de Salud". p. 65-70.Trab. pres. al 1º Simposio Uruguayo de Salud Mental en Atención Primaria de la Salud (7-9 set. 1994: Montevideo). EN "Salud Mental en Atención Primaria de la Salud: Evaluación de los Impactos de una Praxis Interdisciplinaria a Nivel Poblacional". Montevideo: Oficina del Libro AEM, 1996. 147 p.
- Alonso, Daniel; Hauser, Patricia; Lauz, Iris; Napol, Marta. "Trabajadores Comunitarios de Salud: Sistematización de una Experiencia en el Area Materno Infantil" . Montevideo: CLAEH, 1991, 36 p.
- Apostel, Leo; Dufrenne, Mikel; Bottomore, Tom; Smirnov, StanislavL; Benoist, Jean-Marie; Morin, Edgar; Piatelli-Palmarini, Massimo. "Interdisciplinariedad y Ciencias Humanas". Madrid:Tecnos:Unesco, 1983.339 p.
- Balestra, Graciela; Labraga, Francisco; Salerno, Margarita. "Trabajo Profesional en Equipo en el Hospital Psiquiátrico". p.39-44. EN: Trabajo Social/ Uruguay/. vol.1 (mar.1986), nº 1.
- Barraza D. , Fernan. "No hay Salud Mental sin Trabajo Social". p 36-40. EN: Trabajo Social/Chile/.(set/nov. 1977), nº 23.

- Berenstein, Isidoro. "Familia y Enfermedad Mental". B.A.: Paidós, 1991. 185 p.
- Beutner, Karl R; Hale, Nathan G. "Guía para la Familia del Enfermo Mental". B.A.: Hormé, 1964. 134 p.
- Balestra, Graciela; Labraga, Francisco; Salerno, Margarita. "Trabajo Profesional en Equipo en el Hospital Psiquiátrico". p.39-44. EN: Trabajo Social/ Uruguay/. vol.1 (mar.1986), nº 1.
- Bleger, José. "Psicohigiene y Psicología Institucional". B.A.: Paidós, 1966. 211 p.
- Bonino, María, coord.; Barrenechea, Cristina; Celiberti, Ariel; Ciganda, Elvira; Echenique, Eden; Echenique, Luis. "Acción y Participación Comunitaria en Salud: Una Experiencia de Participación Comunitaria en Salud". Sistematización de Actividad del Centro de APS de Las Piedras. Caps. Período 1987-1991. Montevideo: Nordan, 1993. 213 p.
- Canetti, Alicia, comp.; Rudolf, Susana, comp.; Garay, Margarita, comp.; Gonzalez, Pilar, comp.; Rovira Cristina, comp.; Maltegni, Rosario, comp.; Miraballes, Marta, comp. "Salud Mental en Atención Primaria de la Salud: Evaluación de los Impactos de una Praxis Interdisciplinaria a Nivel Poblacional". Montevideo: Oficina del Libro AEM, 1996. 147 p. Trabajos presentados al 19 Simposio Uruguayo de Salud Mental en Atención Primaria de la Salud (7-9 set. 1994: Montevideo).
- Castro, Silvia A.. "Equipos Interdisciplinarios en Salud Mental". 3 p. Folleto.
- Cochrane, Raymond. "La Creación Social de la Enfermedad Mental" . B. A. : Nueva Visión, 1991. 201

- Comisión Nacional de Salud Mental. Programa Nacional de Salud Mental. Montevideo : [s.n.], 1986. 56 h.

- Cousin, Silvia; Martín, Aldo; Ottonelli, Francisco José. Aportes al Coloquio sobre "Acerca de la Necesidad de una nueva Legislación en Salud Mental". Montevideo: IELSUR, 1995. 70 p.

- Cousin, Silvia; Martín, Aldo; Ottonelli, Francisco José. "Pautas para una Nueva Legislación en Salud Mental desde la Optica de los Derechos Humanos". En: Aportes al Coloquio sobre "Acerca de la Necesidad de una nueva Legislación en Salud Mental" .Montevideo: IELSUR., 1995. 74 p.

- Díaz Bono, Pedro."Temas de Disciplinas Médicas en el Servicio Social". ca 40 p. Folleto. El Folleto consiste en varios capítulos de la obra mencionada.

- Dornell, Teresa; Rovira, Cristina. "Salud Familiar: dinámica y perspectivas en nuestra sociedad". p. 13-19. Trab. pres. al 10 Simposio Uruguayo de Salud Mental en Atención Primaria de la Salud (7-9 set. 1994: Montevideo). EN "Salud Mental en Atención Primaria de la Salud: Evaluación de los Impactos de una Praxis Interdisciplinaria a Nivel Poblacional". Montevideo: Oficina del Libro AEM, 1996. 147 p.

- Ebole, Obdulia, ent.; Arroyo, Alvaro; Faral, Luis, ent.. "Salud y Participación Comunitaria". p. 11-18. incluye varios artículos: "Salud, un compromiso social", "La Tabalada: una experiencia de trabajo barrial en Salud", "El equipo de Salud del Centro". EN:. Notas del CLAEH. (set. 1986) , nº 45.

- Echenique, Eden. "Siete años de Desarrollo de la Participación Comunitaria en Salud. Centro de Atención Primaria de Salud de Las

Piedras" 1987-1994. p. 58-64. Trab. pres. a: Simposio Uruguayo de Salud Mental en Atención Primaria de la Salud (7-9 set. 1994: Montevideo). EN: "Salud Mental en Atención Primaria de la Salud: Evaluación de los Impactos de una Praxis Interdisciplinaria a Nivel Poblacional". Montevideo: Oficina del Libro AEM, 1996. 147 p.

- Elkaim, Mony; Blanchet, Luc; Bonner, Ivonne; Castel, Robert; Desmarais, Danielle; Guattari, Felix; Lavigueur, Henri; Montagano, Sylvana; Pluymaekers, Jacques; Roy, Linda; Speck, Ross V. "Las Prácticas de la Terapia de Red: Salud Mental y Contexto Social". Barcelona: Gedisa, 1989. 158 p. Ejemplar Fotocopiado.

- Faral, Luis. "Lo 'Local' y lo 'Regional' en Salud". p.7-8 En: Notas del CLAEH (mar.1988), nº 52.

- Fassler, Clara. "Familia y Salud Mental en Atención Primaria". p. 20-22. Trab. pres. al 1º Simposio Uruguayo de Salud Mental en Atención Primaria de la Salud (7-9 set. 1994: Montevideo). EN "Salud Mental en Atención Primaria de la Salud: Evaluación de los Impactos de una Praxis Interdisciplinaria a Nivel Poblacional". Montevideo: Oficina del Libro AEM, 1996. 147 p.

- Fitzpatrick, Ray. "La Enfermedad como Experiencia". México: F.C.E., 1990. 307 p.

- Folleto "Atención Primaria de Salud". 46 p. Informe conjunto del Director Gral. de la D.M.S. y del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

- Folleto. "Consideraciones Metodológicas para el Estudio del Proceso Salud-Enfermedad ". 12 p.

- Folleto. "Propuestas para un Programa en Salud Mental". 11 p.
- Folleto. "Sistematización". 15 p. . Trabajo realizado por el Grupo Policlínica Jardines de Peñarol.
 - Fontecha Fresno, Marisol. "La Salud Mental también se Aprende: Intervención desde un modelo integrado". Madrid: Pirámide, 1993. 204 p.
 - Foucault, Michel. "Historia de la Locura en la época Clásica". México: F.C.E., 1990. 2 v.
 - Giorgi, Victor. "La Participación Comunitaria en Salud: ¿Mito y Realidad?". p. 5-9. EN: Aportes: Revista de la Escuela de Psicología Social de Montevideo "Dr. Enrique Pichón Riviére". Vol. 1 (nov.1994), nº 1.
 - Hevia Rivas, Patricio. "Participación de la comunidad en la Atención Primaria de Salud". p. 41-47. EN: Boletín I.I.N.. vol. 59 (jul/dic. 1985), nº224..
 - Ibarra de Puerta, Haydée. "Sistemas Locales de Salud (SILDS) y la Participación Comunitaria". p 47-51. EN: Revista de la Facultad de Trabajo Social U.P.B. vol.7 (ene/ dic.1990), nº 7.
 - Instituto de Estudios Legales y Sociales del Uruguay. "Legislación y Salud Mental: Coloquio acerca de la Necesidad de una nueva Legislación Prevención y Tratamiento Psiquiátrico". Montevideo: Trilce, 1989. 54 p. Coloquio realizado el 30/07/1988.
 - "Jardines de Peñarol: una Experiencia de Organización Comunitaria en torno a la Salud". p. 7-9. EN: Notas del CLAEH. (dic.1990), nº 61-62.

- Jornadas Nacionales de Estudio (29: 11-13 de mayo 1984: Madrid) "Los Servicios Asistenciales y Sociales de Atención Primaria" B.A.: Humanitas, 1986. 127 p.
- Kristeva, Julia. "Las Nuevas Enfermedades del Alma". Madrid: Cátedra, 1995. 205 p.
- Laurell, Asa Cristina. "La Salud-Enfermedad como Proceso Social ". 23 p. Folleto.
- Leal Rubio, José. "La Construcción de lo Grupal en los Equipos de Trabajo: La Participación de los Profesionales". p.58-65. EN: Revista de Trabajo Social (mar.1994), nº 133.
- Levinson, Daniel. J.; Gallagher, Eugene B., "Sociología del Enfermo Mental". B.A.: Amorrortu, 1964. 283 p.
- Maltzman Pelta, Daniel C., ed.. "Apoyo Comunitario en Salud Mental: Una Guía para Implementar Programas Comunitarios de Salud Mental en Sociedades en Desarrollo ". Montevideo: Maltzman, 1991. 278 p.
- Marino, Roberto. "Salud". Montevideo: Ciencias, 1979. 162 p.
- Martín Zurro, A.; Cano Perez, J.F. "Manual de Atención Primaria : Organización y Pautas de Actuación en la Consulta ". 2ª.ed.. Barcelona: Doyma, 1988. 710 p.
- Martini de Espeche, Helida. "Nuevas Funciones para el Servicio Social en los Planes del Instituto Nacional de Salud Mental". p 69-80. Trab. pres. a : Seminario Regional Latinoamericano de Servicio Social (3 oct. 1967: Rio

- Negro. Argentina). EN: "Anales del Tercer Seminario Regional Latinoamericano de Servicio Social". B.A. : Ecro, 1968.
- Mendez, María Concepción. "Instrumentación de la Práctica de Trabajo Social en el Área Clínica". p.25-29 EN: Trabajo Social/UNAM/. vol. 1 (ago./oct.1993), nº 2.
- Mendez Carrillo, Francisco Xavier; Macia Anton, Diego; Olivares Rodriguez, José."Intervención Conductual en Contextos Comunitarios I: Programas Aplicados de Prevención". Madrid: Pirámide, 1993. 413 p.
- Morin, Edgar. "La reforma del pensamiento". p.27-29. EN: Revista Relaciones Nº 168. Mayo 1998. El artículo está constituido por una comunicación presentada por Edgar Morin en el Congreso organizado por el C.I.R.E.T. bajo la égida de la Unesco y AIVAC, en Locarno/Suiza, del 30/4 al 2/5 1997. Trad.: M.Trajtenberg.
- Muller, Frits; Rubin de Celis, Emma; Turizo Callejas, Alfredo. "Pobreza, Participación y Salud: Casos Latinoamericanos". Antioquía: Universidad de Antioquía, 1991. 325 p.
- Paganini, José María, ed.; Capote Mir, Roberto, ed."Los sistemas Locales de Salud: Conceptos, Métodos, Experiencias". Washington: OPS, 1990. 746 p.
- Pereira, Alejandra; Lopez, Marcela. "Una Crítica Interdisciplinaria a la Intervención". p.65-74. EN: Trabajo Social/Chile/ (1994), nº 64.
- Portefield, John D., comp. "La Salud de la Comunidad: sus Necesidades y sus Recursos". B.A.: Omeba, 1967. 260 p.

- Portillo, José. "La Salud y la Enfermedad en la Moda Media". p. 69-98. En: Medios de Comunicación Masiva y Vida Cotidiana. Montevideo: Goethe Institut: Multiplicidades, 1995. 244 p.
- Reyes, Esperanza. "Las Políticas de Salud que 'hablan' de la Participación Comunitaria". p 36-54. EN: Acción Crítica (dic.1989), nº26.
- Reyes, Esperanza. "Servicio Periférico de Salud Profesional y Comunidad: Encuentro cara a cara; de la Política Participativa, individuos, relaciones e identidades". Lima: CELATS, 1992. 85 p.
- Riso, Ana María. "Trabajo Social en el Interior en los Programas de A.P.S.". p.31-33. EN: Trabajo Social/ Uruguay/. vol. 3, nº 9.
- Rodríguez Villalobos, María del Rocío. "Salud: Una Perspectiva Académica e Integral". EN: Revista de Ciencias Sociales/Costa Rica/. (set.1993), nº53.
- Rodríguez Villamil, Martha. "Experiencias en Salud Mental Comunitaria". Montevideo: Norman Comunidad, 1990. 197 p.
- Roncho De Vinoly, A.; Marquine de Sanjurjo, M. . "Algunos Aspectos del Comportamiento de la Sociedad ante Adultos Desvalidos". Motevideo: [s.n.], s.f.. 104 h. Tesis E. U.S.S..
- Ronda Vildosola, Silvia. "Isapres: un Nuevo Concepto en Salud". p. 5 a 11. EN:Trabajo Social/Chile/(set/dic. 1987). nº 53.
- "Salud y Enfermedad Mental en el Uruguay: Compilación de Normas Jurídicas que Regulan su Asistencia". Montevideo: IELSUR, 1992. 122 p.

- Sarria Amigot, Javier; Fuertes Jovellar, Antonio. "Medicina Social y Educación Sanitaria". Segunda Ed.. Estella: Verbo Divino, 1977. 357 p.
- Sarue, H. Eduardo. "La Evolución del Concepto de la Salud ". p. 57-64. EN: Boletín I.I.N.. vol. 59 (jul/dic. 1985), nº224..
- Savio, Italo "Atención Primaria de Salud y Vejez". p. 100-112. Trab. pres.al 1º Simposio Uruguayo de Salud Mental en Atención Primaria de la Salud (7-9 set. 1994: Montevideo). EN "Salud Mental en Atención Primaria de la Salud: Evaluación de los Impactos de una Praxis Interdisciplinaria a Nivel Poblacional". Montevideo: Oficina del Libro AEM, 1996. 147 p.
- Scherzer, Alejandro. "La Familia : Grupo Familiar e Instituciones; desde la práctica Hacia la salud ". Montevideo: EBO, 1994. 2 v.
- Seibnitz, Zelia. "Tres dimensoes da noçao de interdisciplinariedade". p.55-78. EN: Debates sociais. (1995), nº54/55.
- Seminario de A.P.S (mayo, 1985: Montevideo). "Salud y Atención Primaria: Propuestas para el Uruguay democrático". Montevideo: CLAEH: EBO, 1985. 96 p. Seminario realizado con apoyo de OPS y UNICEF.
- Seminario de Participación Social en Salud (27-29 abr. 1992: Montevideo). "Participación Social en Salud: Ponencias y Debates". Montevideo: Arca: CLAEH, 1993. 267 p. Seminario organizado por el Equipo Salud-CLAEH.
- Silva, José Raimundo Da. "Salud Mental en el Equipo Interdisciplinario". p.52-55. EN: Trabajo Social/ Uruguay/. Vol. 2., nº8.

- Tizón García, Jorge L. "Componentes Psicológicos de la Práctica Médica: una perspectiva desde la Atención Primaria". Barcelona: Doyma, 1988. 272 p. Ejemplar fotocopiado.

- Venegas, Jorge E. "Análisis Científico de la salud-enfermedad en las Sociedades Humanas". [S.l.]: [s.n.], s. f. 126 p. Ejemplar fotocopiado sin pie de imprenta.

- Videla, Mirta. "Prevención: Intervención Psicológica en Salud Comunitaria". B.A.: S , 1993. 269 p.

- Weinstein, Luis. "El Desarrollo de la Salud y la Salud del Desarrollo".Montevideo:Nordan, 1995.116 p.