

Como citar el artículo: Silva, C., de Pena, L.; Batalla, M.; Pedra, M. (2019). La variable interdisciplinaria en los procesos de externación sustentable para el campo de la salud mental. Una aproximación descriptiva en contextos de vulnerabilidad social. *Fronteras*, 13: 83-97.

# La variable interdisciplinaria en los procesos de externación sustentable para el campo de la salud mental

## The Interdisciplinary Variable in the Processes of Sustainable Discharge in de Mental Health Field

Cecilia Silva<sup>1</sup>, Lucía de Pena,<sup>2</sup> Martín Batalla<sup>3</sup>, Marcelo Pedra<sup>4</sup>

### Resumen

La temática que desarrolla este artículo tiene por contexto político y social la actual reglamentación de la ley N° 19.529 (Ley de Salud Mental) en Uruguay, colocando el énfasis conceptual y analítico en los procesos de externación de las personas internadas en el hospital psiquiátrico con el que cuenta el país. Es producto de un proyecto de investigación denominado “Externación sustentable, posibilidades y obstáculos para la práctica profesional en el Hospital Psiquiátrico y el sostenimiento comunitario”, llevado adelante por el equipo de investigación que integramos las/os aquí autoras/es.

El análisis se enfoca en la interdisciplina y las lógicas profesionales, siendo éste uno de los ejes principales en los resultados que ha proporcionado la investigación. Para ello tomamos como insumo, el contenido discursivo de las/os profesionales que fueron entrevistadas/os en rol de “población de estudio”, a modo de identificar los componentes más significativos otorgados a la interdisciplina para el ejercicio profesional en el ámbito del hospital psiquiátrico.

**Palabras clave:** interdisciplina, salud mental, externación sustentable.

### Abstract

The theme developed in this article is contextualized in the current political and social regulation of the Act No.19.529 (Mental Health Act) in Uruguay. It places the conceptual and analytical emphasis on the processes of discharge of patients admitted to the psychiatric hospital of the country. The

---

1 Licenciada en Trabajo Social por la Universidad de la República. Magister en Salud Mental Comunitaria por la Universidad Nacional de Lanús. Docente del Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República en Régimen de Dedicación Total. Uruguay. E-mail: cecilia.silva@cienciassociales.edu.uy

2 Licenciada en Psicomotricidad y Licenciada en Psicología por la Universidad de la República. Magíster en Bioética (FLACSO Argentina). Doctoranda en Ciencias de la Salud por la Universidad de la República. Docente e investigadora de la carrera de Psicomotricidad de la Escuela de Tecnología Médica por la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. E-mail: luciadepena@fmed.edu.uy

3 Licenciado en Trabajo Social por la Universidad de la República. Integrante del equipo técnico del Departamento de Trabajo Social de Hospital Vilardebó. E-mail: martinba21@gmail.com

4 Licenciado en Trabajo Social por la Universidad de la República. Integrante del equipo técnico del Departamento de Trabajo Social de Hospital Vilardebó. E-mail: marcepg24@gmail.com

article is the result of a research project called “Sustainable Discharge Processes, Possibilities, and Obstacles to Professional Practice in the Psychiatric Hospital and Community Support” carried out by the research team that wrote this paper.

The analysis focusses on interdisciplinary and professional logics, which is one of the main axes in the results that the research has provided. In order to do that, the discursive content of the professionals who were interviewed as “study population” was taken as input. The mentioned, was a way to identify the most significant components granted to the interdisciplinary practice in the psychiatric hospital field.

**Keywords:** Interdiscipline, Mental Health, Sustainable Discharge Processes.

## Introducción

El artículo es producto del recorrido de investigación que las/os autoras/es hemos realizado a partir de un proyecto, que reúne en su equipo a profesionales que desarrollamos nuestro ejercicio profesional en el ámbito del hospital psiquiátrico –Departamento de Trabajo Social del Hospital Vilardebó- y colegas que nos desempeñamos como docentes e investigadoras/es de la Universidad de la República, a partir de líneas de trabajo que nos reúnen en el ámbito del Grupo de Trabajo en Salud Mental Comunitaria. Las disciplinas a las que referimos son: Trabajo Social, Psicomotricidad, Sociología, Psicología y Enfermería. Esta conformación no ha sido inocua para las decisiones teórico-metodológicas tomadas en la elaboración del proyecto que hoy culminamos, por el contrario, ha sido determinante en la identificación de las problemáticas concretas que indujeron al planteamiento de preguntas iniciales, a su tematización y posterior delimitación del objeto de estudio.

En este sentido, la perspectiva teórico-metodológica y ético-política que asumió el proyecto fue la de la Salud Mental Comunitaria en tanto es también la inclinación por esta perspectiva de trabajo profesional y académico la que llevó a la motivación por el trabajo conjunto y el planteamiento de preguntas iniciales para la investigación. Esta perspectiva se nutre fundamentalmente de los aportes de la psiquiatría democrática fundada por Franco Basaglia en Italia en la segunda mitad del siglo XX. Adquiere también insumos

conceptuales provenientes de la salud colectiva o medicina social y de la corriente de epidemiología crítica, ambos movimientos del pensamiento científico y político latinoamericano.

### a) Contexto de investigación y delimitación del objeto de estudio

El área temática que involucra al objeto teórico es la externación del hospital psiquiátrico, los procesos de trabajo intra y extra hospitalario para el logro de esa externación y el énfasis puesto en ese proceso para identificar componentes de sustentabilidad a esa salida. La complejidad de estos procesos, los diversos agentes implicados en ellos y la densidad de los recursos técnicos, institucionales y materiales que se ponen en juego, requirieron de una delimitación específica. Definimos en el estudio, concentrarnos en conocer los componentes que ofician como posibilitadores u obstáculos para las prácticas profesionales que se ponen en juego en el procesamiento de la externación sustentable. Las/os profesionales son agentes sustanciales en la diagramación de los recursos a considerar para cada sujeto y su contexto vital.

El contexto de investigación estuvo dado en su inicio (año 2016) por la discusión en torno al ante-proyecto de ley de salud mental en el ámbito del Ministerio de Salud, en el ámbito de Comisiones Parlamentarias y en el ámbito de la sociedad civil organizada. Un año después, 2017, el Parlamento aprueba la primera ley de salud men-

tal para el Uruguay (Ley N° 19529). Desde fines de 2017, durante todo el 2018 y actualmente, se procesa la reglamentación de la ley en el ámbito del Ministerio de Salud. Durante los años 2017 y 2018 el trabajo de investigación se abocó a las fases de tratamiento de fuentes de datos, análisis y elaboración del informe de investigación. El presente año, 2019, ha sido destinado para la fase de divulgación de resultados, para la cual se han elaborado tres artículos más, uno de ellos ya publicado (Batalla, de Pena, Martínez, Silva, 2019) y dos aún en proceso de arbitraje. Estos dos últimos con énfasis en las otras dos dimensiones más relevantes en los resultados: intersectorialidad y red socio-familiar y, el ya publicado que recupera la integralidad de la investigación y realiza un análisis general de los resultados y su expresión en el contexto de reforma del sistema de atención de la salud mental en el Uruguay. Resultados estos marcados fundamentalmente por tres aspectos identificados en el relevamiento y análisis de datos. Uno de ellos es la polisemia en las nociones de salud mental, interdisciplina e intersectorialidad, lo cual conduce a valoraciones del estado de situación y a prácticas en base a esas valoraciones con notoria distancia entre sí en su argumentación y sus enfoques. Otro aspecto de tales resultados generales de la investigación es el desarrollo de una práctica acotada a la cotidianeidad resolutoria de lo que demanda la tarea en la institución psiquiátrica, lo cual debilita los aspectos ético políticos puestos en juego en la praxis profesional. El tercero, es la impronta de la lógica médica aún en las prácticas institucionales no sólo en el psiquiátrico, lo cual permite comprender algunas de las características que asume al externación.

El interés investigativo surge desde el campo de intervención, es el Departamento de Trabajo Social del Hospital Vilardebó, con anuencia de la dirección de éste, quien realiza el planteo al Grupo de Trabajo en Salud Mental de la Universidad de la República (UdelaR). Dentro de la gama de preocupaciones investigativas se decidió diseñar una investigación en torno a las características del contexto de atención de la salud mental y sus determinaciones en las prácticas profesionales abocadas al diseño de la externación hospi-

talitaria. Esta decisión expresa particularmente la experiencia de trabajo de los/as Trabajadores Sociales que proyectaron la línea de investigación en el marco de su práctica profesional. Lo cual se entiende en tanto el Trabajo Social, particularmente en el hospital psiquiátrico, desde sus orígenes ha estado enmarcado en tareas referidas a la proyección y coordinación de la salida hospitalaria de las personas allí internadas.

Las dificultades para la salida del psiquiátrico es una problemática histórica, que radica en la brecha entre las condiciones necesarias para que una persona que ha transitado por internaciones psiquiátricas de cuenta de los requerimientos clínicos y sociales para el otorgamiento del alta médica y, las posibilidades reales del contexto extra hospitalario para que esa externación sea sustentable. Ello repercute en un alto porcentaje de reingresos al psiquiátrico, por motivos que podrían adjudicarse a las barreras del entorno social, económico y cultural que deben enfrentarse. Esta información ha sido actualizada a través de fuentes de datos proporcionadas por el Departamento de Estadística de Hospital Vilardebó (mayo de 2019) verificándose los mismos motivos de reingreso que hace dos años atrás.

Fundado en la segunda mitad del XIX, el Hospital Vilardebó adquirió de inmediato su característica de superpoblación, lo cual pretendió resolverse aumentando los dispositivos de institucionalización psiquiátrica con la creación de las colonias Etchepare y Santín Carlos Rossi a comienzos del siglo XX. (Techera, Apud, & Borges, 2009). Actualmente, este hospital tiene una población de aproximadamente 300 personas internadas, muchas de ellas con internaciones de larga data. A partir de la entrada en vigencia de la Ley N° 19529, donde se establece para el año 2025 el cierre definitivo de las instituciones asilares monovalentes, se inicia un proceso de relevamiento de las personas que estarían en condiciones de ser externadas del hospital. En esta primera etapa se han identificado sólo 50 personas, cifra desalentadora que se explica por la ausencia o debilidad de redes sociales, comunitarias y familiares, “no tienen esas redes a las que acudir

(...) a veces tienen al hospital como hogar y al personal como familia” (Di Pascua, 2019, pp. 2).

El objeto de estudio se delimita a partir de dos dimensiones conceptuales: (i) una es la práctica profesional, entendida esta como el ejercicio de las tareas vinculadas a cada disciplina con responsabilidad en la atención de las personas internadas, por tanto, con participación efectiva en el diseño de la externación hospitalaria; (ii) la noción de “externación sustentable”, a la cual la conceptualizamos diferenciándola de la de “egreso” para enunciar la salida hospitalaria tras el alta médica. La noción de externación contiene y supera el otorgamiento del “alta médica”, entendiendo que la externación hospitalaria no sólo requiere la evaluación clínica del estado de salud-enfermedad, sino además y de forma imprescindible, la evaluación de las condiciones socioeconómicas materiales y subjetivas para la proyección del desarrollo de la vida extra hospitalaria de forma sustentable.

La salida del psiquiátrico una vez obtenida el alta médica y el sostenimiento del tratamiento ambulatorio, las condiciones de vida en comunidad y las posibilidades efectivas de encontrar oportunidades para desarrollar la vida por fuera del psiquiátrico, competen a dos ámbitos de trabajo distintos y relacionados a la vez: el ámbito de internación hospitalaria y el ámbito del primer nivel de atención en salud. Las posibilidades concretas de trabajo desde ambos ámbitos confluyen en la complejidad de una problemática social que fluctúa entre la internación y la externación.

La identificación de este nudo problemático para la concreción de la externación sustentable permite formular la demanda en términos de identificación de **lógicas particulares a la realidad institucional** del psiquiátrico que obstaculizan o posibilitan la externación sustentable. La investigación se enmarcó en las oportunidades y barreras para el logro de tránsitos posibles por fuera de las estructuras hospitalarias, y con dimensiones subjetivas y simbólicas vinculadas a las potencialidades y barreras generadas en el trabajo profesional en el interior del hospital y su conexión con la estructura comunitaria que espera a esa persona en el momento de la externación.

## b) Características del diseño metodológico

La investigación tuvo un enfoque cualitativo en un estudio de tipo descriptivo que se basó en fuentes primarias tomando el contenido discursivo de los/as profesionales que conformaron la muestra. Los objetivos de la investigación se plantearon en torno a la identificación de los contenidos simbólicos y subjetivos materializados como potencialidades y obstáculos en la práctica profesional orientada a la externación sustentable en el marco del trabajo en el hospital psiquiátrico

La población de estudio delimitada fueron los/as profesionales de las disciplinas que integran los equipos de atención en sala abierta del hospital psiquiátrico. Se llama “sala abierta” al sector de internación que no requiere medidas de seguridad por disposición judicial. El universo poblacional, fue tomado a partir del primer día de implementación del trabajo de relevamiento en sala, dado que por las características de trabajo en el hospital la integración de los equipos tiene fluctuaciones.

La muestra poblacional se definió a partir de criterios de inclusión ético-metodológica, adquiriendo las siguientes características:

- a. las salas de internación relevadas fueron aquellas pertenecientes al sector abierto del hospital y que no contaran entre sus equipos técnicos con Licenciados en Trabajo Social pertenecientes al equipo de investigación que llevó adelante el proyecto.
- b. los procesos de externación sobre los que versaron las preguntas en la pauta de entrevista, trataron sólo de personas con internación exclusivamente por motivos médicos, excluyendo a aquellas personas con internación en las que hubiera intervención judicial.
- c. en los equipos técnicos con los que se contara con profesionales de una misma disciplina, se optó por relevar a un solo profesional, siendo de decisión entre cada profesional quien otorgaría la entrevista.

Las salas relevadas bajo estos criterios fueron siete de un total de diez en el sector abierto, por

tanto, la cantidad de equipos relevados responde al mismo número de salas integradas al estudio. De esos equipos se relevó a un total de veinte profesionales, de los cuales seis tienen formación en Psiquiatría, tres tienen formación en Enfermería, cinco tienen formación en Psicología y seis tienen formación en Trabajo Social.

El instrumento diseñado para el relevamiento de las fuentes primarias fue la entrevista semi-dirigida, mientras que las fuentes secundarias fueron tratadas a partir de una pauta de revisión de aspectos cuantitativos referidos al estado de situación del hospital en términos de ingresos tiempos de estadía y externación.

El análisis de los datos se realizó a través de la técnica de análisis de discurso temático (de Souza Minayo, 2013), haciendo énfasis en la lógica de presentación de los temas tratados a partir de las preguntas pautadas y las respuestas abiertas que agregaban los/as entrevistados/as al final de la entrevista.

La conformación del equipo de investigación con colegas que realizan ejercicio profesional en lo que se constituyó el campo empírico para la investigación ha generado que la discusión metodológica y conceptual mantenga un vínculo muy cercano a la realidad concreta de expresión de los fenómenos a partir de los cuales se delimitó el objeto de estudio, lo cual nos exigió a la vez una mirada atenta a los aspectos de implicación institucional y subjetiva, en términos de vigilancia metodológica y epistemológica.

### c) Consideraciones éticas

La evaluación y el aval al proyecto estuvo a cargo del Comité de Bioética del propio Hospital Vilardebó. Los recaudos éticos establecidos en el proyecto respecto al manejo de la información de las entrevistas como datos sensibles se enfocaron en la confidencialidad respecto al contenido de cada entrevista, a su manejo en la etapa de análisis y en la divulgación de los resultados de la investigación.

Especial hincapié se realizó respecto al resguardo de los datos personales de las personas que otor-

garon las entrevistas, entendiendo que se trata de un universo poblacional muy reducido cuantitativamente y de fácil reconocimiento dadas las dimensiones de este hospital en particular.

Previo a la realización de cada entrevista, el proyecto fue presentado a cada equipo de sala a relevarse y cada persona entrevistada firmó un documento de consentimiento informado.

## **1. Precisiones conceptuales sobre la interdisciplina y su especificidad actual en los procesos de externación**

El tema que abordó la investigación adquiriría significación en tanto se comprenda en términos socio-históricos. En este sentido, el estudio de los procesos de externación y el análisis de las dimensiones de sustentabilidad que lo determinan, tienen anclaje, por una parte, en la reforma de la política de atención de la salud que se emprende desde el año 2005 y, por otra parte, en el devenir del lugar preponderante del saber médico-biológico y las prácticas consecuentes en la estructura de poder basado en la lógica científico-técnica.

En cuanto a la reforma del sistema de salud, la atención de la salud mental se incorpora al proceso de reforma en el año 2011 con la aprobación y puesta en marcha del Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental para el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Esto marca un acento en la intención de dar un giro en el abordaje de las demandas de atención vinculadas a la salud mental. Dos, son las características más distintivas en el diseño de este Plan: i) la atención de demandas vinculadas a la salud mental en términos de prevención y sostenimiento de procesos no patologizados, ii) desarrollar un abordaje interdisciplinario de modo tal que el acento en el mismo esté puesto en las diversas dimensiones de la vida de la persona que podrían estar afectando su situación de salud mental.

Estas prestaciones han proporcionado recursos asistenciales para el enfoque de prevención y promoción en salud mental y también para su asistencia, no obstante, no se inscriben en un proceso de transformación del modelo propiamente asistencial, para situaciones que dado su

estado de salud requieran un dispositivo de atención de segundo o tercer nivel. Esto conduce al país a un tránsito por la reforma del modelo de atención de la salud mental que encuentra encrucijadas de difícil resolución. Por un lado, a partir de las prestaciones para la atención de la salud mental en el marco del SNIS, se abre el campo a abordajes interdisciplinarios y centrados en procesos vitales, no patologizados aún. Por otro lado, al mismo tiempo, en tanto persiste una lógica de organización del aparato asistencial en la cual el poder es concentrado en la disciplina médico-psiquiátrica, el abordaje tiene un predominio de esta disciplina y las demás siguen siendo complementarias o auxiliares a la psiquiatría. Aún con objetivos de promoción y prevención, sigue anclado en lo individual, los aspectos biológicos y en la expresión del comportamiento y en la dimensión social en función de los parámetros de funcionamiento biológico. En este sentido las “causas” que argumentan la necesidad de atención, no tienen una mirada externa al individuo, no retoman el análisis contextual, ni su dimensión colectiva.

Estas características se traducen también en el marco del cuerpo normativo de la Ley N° 19.529 y su proceso de reglamentación. Ambas instancias, de producción del texto normativo y de reglamentación, tienen por resultado el des-encuentro entre la intencionalidad técnica de armonizar el modelo asistencial con los parámetros internacionales de deshospitalización y abordaje interdisciplinario como impronta de des medicalización y, lo que efectivamente se concreta como cuerpo normativo en la ley y el texto de reglamentación. En estos documentos se reafirma la individualización del diagnóstico y del dispositivo de asistencia. El avance en la perspectiva de abordaje multidimensional y de redimensionamiento colectivo de las personas a asistir que vino a colocar el Plan de Implementación de Prestaciones de Salud Mental en el año 2011, no es retomado por la Ley N° 19.529, por tanto, tampoco en el contenido reglamentario de la misma.

En este marco de modificaciones normativas en general y de parte del dispositivo de asistencia,

es que la dimensión interdisciplinaria cobra algunos atributos que merecen ser analizados en la medida que permiten llegar a algunos aspectos explicativos de la compleja trama de la sustentabilidad en la externación hospitalaria. En el marco del estudio realizado, la externación sustentable refiere al sostenimiento comunitario de la persona, es decir, construir y/o sostener los enclaves que posibilitan la formulación de un proyecto vital basado en la inclusión social y por tanto en el efectivo goce de los derechos humanos. Galende afirma que el objeto de la salud mental es el sujeto en su existencia real y sus vicisitudes, de la que eventualmente pueden derivarse diferentes modos de sufrimiento psíquico (2015, pp. 173). Desde esta perspectiva, no hay mayores discusiones en el plano teórico de que el enfoque interdisciplinario es inherente al complejo campo de la salud mental, sin embargo, las investigaciones y las intervenciones en esta área condensan una hegemonía teórica y metodológica signada por los procesos de medicalización social, lo cual limita la perspectiva interdisciplinaria.

Entendemos que la salud mental es especialmente un campo multidimensional y complejo. En este sentido, se torna fundamental superar las miradas e intervenciones exclusivamente médico-sanitaristas, enraizadas al paradigma de la “simplicidad” (Morin, 2011). En el terreno de la salud mental, la psiquiatría tradicional, disciplina hegemónica en este campo, ilustra el proceso de hiperespecialización y reduccionismo, y ha adquirido una preponderancia exponencial, argumentado como un campo eminentemente de su especificidad. Esta cuestión se enmarca en el proceso de medicalización social (Foucault, 1977; Barrán, 1992), instalado hace más de un siglo; escenario que ha signado el abordaje que históricamente se ha dado en salud mental.

En acuerdo con Stolkiner (2013), bajo la lógica de medicalización social, los cuerpos ya no son solo “governables”, sino que también son incorporados al aparato de reproducción de valor, característica propia del orden burgués. Estos procesos contienen necesariamente la focalización de la óptica en una determinada área de la realidad, para luego totalizarla y objetivarla, mostrándola

como la única realidad. La simplificación, escribe Morin, se manifiesta en este proceso. “Una hiperespecialización habría aún de desgarrar y fragmentar el tejido completo de las realidades, para hacer creer que el corte arbitrario operado sobre lo real es lo real mismo” (2011, pp. 30).

El mismo autor nomina a esa forma hegemónica de cientificidad como “inteligencia ciega”. La mutilación del conjunto y su desdibujamiento, terminan en la ceguera puesto que el fragmento recortado permanece aislado y sin realizar procesos de conexión con sus ambientes. El análisis que cualquier disciplina especializada realice de su objeto de estudio, sin incorporar las dimensiones contextuales, exento de la relación dialéctica que cada fenómeno tiene con variables estructurales (sociales, culturales, económicas), tiene como resultado epistemológico una impostura de la realidad, un artificio que pretende ser real pero que no hace otra cosa que alejarnos de ello.

El enfoque médico sanitarista, simplifica lo irreductible y termina por despojar de los sujetos los elementos constitutivos de la vida social, cuestión que necesariamente vulnera en todos sus términos a las personas sobre las que se interviene. (Stolkiner, 2017). Este modelo, según Natella (2017) se centra en el individuo y en sus síntomas, utilizando como herramienta para su control a la farmacología y la psicoterapia, la internación y la institucionalización. Puntualiza además que “ha prescindido –con frecuencia- de prácticas de orden social y comunitario en el propio contexto de las personas y no ha incorporado como finalidad de los tratamientos la inclusión social y el ejercicio de sus derechos” (pp. 246).

Consideramos la salud mental como producto y productora del escenario social más amplio; la línea causal recta, unidimensional y unidireccional necesariamente debe dar paso a la conexión, a la multicausalidad, a lo complejo e irreductible de los fenómenos. En acuerdo con Fernández, no solo salud mental, sino todo lo relacionado con el concepto de salud en términos generales, está determinado por el contexto histórico-social, existiendo una relación de reciprocidad de las personas respecto a su colectividad. Tal rela-

ción hace que los conflictos que afecten a una sociedad provoquen padecimientos y malestares, expresión de una demanda implícita de interpelación que invita a la problematización y a dar respuesta (Fernández, 2017).

Por otra parte, según Augsburguer y Gerlero (2005), la complejidad en los modos de producción y expresión del sufrimiento psíquico no logra ser interpelada desde la hegemonía científica con la que históricamente se ha abordado este campo. Propone en este sentido, reubicarlo en la interfase entre las ciencias de la salud y las ciencias sociales.

Desde esta perspectiva, al referirnos a la salud mental como terreno complejo, su objeto trasciende el enunciado “enfermedad mental” situado en el escenario individual de la existencia humana, por el contrario, se constituye en una construcción original que necesariamente incluirá abordajes interdisciplinarios, intersectoriales e interinstitucionales (Galende, 1997). La interdisciplina nace de esta complejidad, que necesariamente se planteará nuevas hipótesis explicativas, nuevas relaciones causales y una nueva ingeniería para acercarnos al abordaje de los actuales problemas intrínsecos a la salud mental. Según Stolkiner “la interdisciplina nace de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan. Estos no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones” (1987, pp. 314).

La misma autora, afirma que un abordaje interdisciplinario implica un posicionamiento epistemológico y teórico particular, que atraviesa a todas las disciplinas intervinientes, pero también un direccionamiento político que interpele las relaciones de poder, saber y objetividad, que dé cuenta de forma crítica de los límites metodológicos y teóricos inherentes a cada disciplina (Stolkiner, 1987). Augsburguer y Gerlero (2005) ubican al diálogo interdisciplinario entre las ciencias de la salud y las ciencias sociales como una perspectiva superadora de producciones teóricas limitadas por los sesgos disciplinares.

Por su parte, esta complejidad es integrada por Amarante (2009). Cuando plantea la reforma psiquiátrica como un proceso social. El autor identifica cuatro dimensiones que denotan su carácter interdisciplinario, estas son: teórico conceptual, teórico asistencial, jurídico-política y sociocultural. Se parte desde una perspectiva que trasciende el enfoque de las ciencias naturales, pasando a perspectivas integrales donde el sujeto en su existencia real es el foco de atención. El abordaje que se da con las personas con padecimiento mental abandona el modelo hospitalocéntrico, para centrarse en modelos comunitarios, con dispositivos que tienen como objetivo central la inclusión social de las personas. El marco jurídico aportaría perspectivas que consoliden la perspectiva de derechos que potencien el pleno ejercicio de ciudadanía.

Si bien la perspectiva interdisciplinaria cuenta hoy con amplio consenso en el ámbito académico y profesional, corre el riesgo de ser tomada solo a los efectos discursivos, y no encarnar en los procesos reales de acercamiento a los problemas. Esto es lo que Caetano llama simulacro, y se traduce en el imperialismo de una disciplina que impone su hegemonía a las demás intervinientes, desarrollando relaciones jerárquicas (2015, pp. 157). Discursos que ingresan en lo “políticamente correcto” y obnubilan la práctica, puesto que continúa prevaleciendo una sola mirada, la hegemónica, intentando sutilmente perpetuarse en la cima de las relaciones de poder.

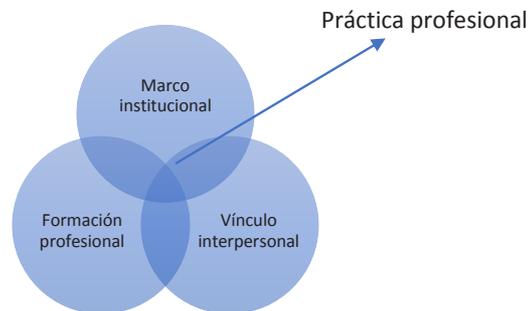
## 2. Dimensiones de la interdisciplina en las prácticas profesionales

Identificamos tres dimensiones que conforman la práctica preprofesional. Estas dimensiones posibilitan u obstaculizan el ejercicio de la práctica interdisciplinaria según las determinaciones puestas en juego en el ámbito de intervención de que se trate. Entendiendo esto es que identificamos como tales a: el marco institucional, la formación profesional y el vínculo interpersonal. Tal como se ilustra en la Figura 1, la práctica profesional se proyecta a partir del anudamiento de estas tres dimensiones, que operan en un punto

de encuentro con una densidad tal, que permite el desarrollo de prácticas profesionales con distintos niveles de diálogos de saberes, y de distintos simbolismos.

**Figura 1**

### Dimensiones de la práctica profesional



Fuente: elaboración propia.

Un primer elemento que puede apreciarse es la ambigüedad de acepciones sobre la interdisciplina. Por un lado, las personas entrevistadas con formación en psiquiatría entienden que la práctica interdisciplinaria constituye una fortaleza del hospital y que de hecho es una práctica cotidiana. Por otro, las personas entrevistadas de otras profesiones (enfermería, psicología y trabajo social) manifiestan expresamente las dificultades o la imposibilidad de concretar el diálogo interdisciplinario. Unos homologan interdisciplina a trabajo en equipo, sin considerar los elementos constitutivos de diálogo interdisciplinar, mientras que otros identifican críticamente a las particularidades del intercambio, considerando que las relaciones de poder producen un modo particular de diálogo que se aleja de la interdisciplina.

Entendiendo esto, desarrollamos a continuación algunos de los componentes de estas dimensiones que surgen del contenido discursivo de las entrevistas.

## 3. Dimensión institucional

Esta dimensión, que alude al marco de referencia institucional en términos burocráticos y técni-

cos, determina no sólo la práctica específica para cada disciplina en el psiquiátrico, sino además el estatus y el lugar de poder que ejercerá cada una de ellas. Podemos corroborar en el contenido de las entrevistas realizadas que ello incide de manera determinante para establecer el modo de acción según se ha estructurado la lógica de funcionamiento institucional. Lejos de ser un elemento endógeno de cada disciplina, la posición ocupada según el capital está dada en un tiempo determinado y en un momento histórico dado, en términos de Bourdieu, el capital “corresponde a la estructura inmanente del mundo social, esto es, a la totalidad de fuerzas que le son inherentes, y mediante las cuales se determina el funcionamiento duradero de la realidad social, y se deciden las oportunidades de éxito de las prácticas” (2000, pp. 132-133).

El capital poseído, es la traducción de las posibilidades de legitimar e imponer una mirada por sobre otras, en definitiva, es el reflejo del poder disponible. En este sentido, la denominación del hospital como “hospital psiquiátrico”, traza una forma determinada de concebir el objeto de intervención, y por tanto las prácticas derivadas de ello. Esta denominación traduce una lógica institucional que erige a la psiquiatría a una posición hegemónica. Desde los orígenes de la creación de este hospital, la psiquiatría ha ocupado un lugar central, donde las demás disciplinas se han incorporado de forma más tardía y de manera subsidiaria. Hasta la fecha, si bien ha habido movimientos críticos respecto a cómo se conciben las estructuras de poder que determinan una lógica de abordaje, no se ha activado la dimensión política que produzca el viraje hacia una forma distinta de concebir a la salud mental como campo de intervención.

Esto queda señalado en parte del contenido discursivo de las personas entrevistadas. A pesar de que las condiciones materiales ofrezcan un marco para el ejercicio de la interdisciplina, la condición simbólica es la que opera como un fuerte determinante. La institución efectivamente contrata a profesionales de distintas disciplinas que intervendrán en la atención asistencial, por lo

que ofrecería a priori las condiciones de posibilidad del ejercicio de la práctica interdisciplinaria.

Esta institución lo intenta desde la raíz, porque existen los profesionales, otras instituciones ni siquiera tienen los profesionales adecuados como para decir, bueno vamos a hacer una intervención interdisciplinaria, pero sí, los profesionales están, entonces, me parece que, desde el concepto, creo yo que por lo menos hay un vislumbre de decir, bueno, se pretende que se trabaje (Extraído de entrevista a profesional del Trabajo Social, 2018).

Cada uno tenemos la voluntad de comunicarnos con el otro, no porque la institución nos obligue a que tengamos que hacer, y tampoco es tan medible que eso sucede, (...). Sí, es muy importante el tema del trabajo en equipo, tenemos las condiciones para hacerlo, porque cada sala tiene su equipo, y las condiciones están (Extraído de entrevista a profesional de la Enfermería, 2018).

La distribución del poder dentro de las disciplinas que están dentro del ámbito de la salud son muy asimétricas y todo lo que tiene que ver con un perfil médico o culturalmente médico está siempre por arriba de lo que son las aplicaciones de reinserción social y comunitaria de los pacientes y por lo tanto de las coordinaciones, de las posibilidades de manejo (Extraído de entrevista a profesional de Trabajo Social, 2018).

El lugar simbólico que ocupa cada disciplina se posiciona por encima de la existencia de las mismas en la institución. Es decir, que, desde lo subjetivo, operaría una relación desigual en cuanto a la toma de decisiones determinantes, donde los profesionales del área médica inciden de manera preponderante en las intervenciones, excluyendo o dejando en sitios de subordinación o simplemente de apoyo a las disciplinas del área social.

Cada uno tiene un rol fundamental que no pasa nunca cubierto por el otro, y acá en el hospital sí, eso yo diría que es una fortaleza del hospital (Extraído de entrevista a profesional de la Psiquiatría, 2018).

Tal como lo mencionamos anteriormente esta dimensión que alude al marco de referencia institucional en términos burocráticos y técnicos determina no sólo la práctica específica para cada

disciplina en el psiquiátrico, sino además el estatus y el lugar de poder que ejercerá cada una de ellas. La denominación del hospital como “Hospital Psiquiátrico”, traza una forma determinada de concebir el objeto de intervención, y por tanto las prácticas derivadas de ello. Manifiesta entonces, el modo en que la psiquiatría se consolida como disciplina hegemónica, reduciendo el campo de la salud mental solo a una disciplina.

Aún, los corrimientos del lugar de subordinación son parte de una lógica de establecimiento de vínculos profesionales y no de una reformulación institucional del modo organizativo de las prácticas. Esto deja un espacio sin resolución institucional que es ocupado por las representaciones de cada profesional respecto a las demás disciplinas, siendo desde aquí que se configura con mayor o menor o menor fortaleza la interdisciplina en la práctica.

#### 4. Dimensión formación disciplinar

En esta dimensión en particular se ponen en juego las formas de comprender y de significar por parte de cada disciplina, no sólo al campo de intervención -la salud mental en este caso- sino los modos en los que los saberes en torno a ese campo se producen y se articulan. Las formas que asumen los intercambios disciplinares comienzan a forjarse en la formación curricular, para luego transformarse a partir de las prácticas profesionales concretas y de los saberes que se producen a partir de ellas.

En este sentido, en el contenido discursivo de los/as profesionales consultados, se evidencian diferentes formas de entender la interdisciplina según la formación disciplinar específica, lo que se vincula con cada uno de los tránsitos curriculares formativos, pero también, con el currículum oculto generado tácitamente en cada uno de esos tránsitos.

Al respecto del currículum oculto Rojas refiere que:

Se trata de la transmisión de conocimientos por medio de actitudes y valores e incluso omisiones, pero que no se explicitan en los programas oficia-

les, por lo que son, en definitiva, dependientes de los docentes. Opera como un conjunto de conocimientos que no se pueden evaluar, indicar y tampoco exigir como parte de tal o cual asignatura, siendo su importancia muy significativa -a veces determinante- en la formación de los alumnos. Su novedad es que apunta a los aspectos cualitativos de la enseñanza más que a los cuantitativos. Por esta razón, puede también tener una influencia negativa, en el sentido de influir directa o indirectamente en la formación de los alumnos en forma contraria a los planes o programas educativos (2012, pp. 1214).

Entendemos que existe una brecha entre el currículum formal y el oculto. Por un lado, se postula a la interdisciplina de forma explícita como el modelo desde el cual producir conocimiento e intervenir, y por otro, las prácticas modélicas conllevan sesgos de verticalidad disciplinar. La hegemonía disciplinar según Caetano (2015) produce un simulacro del ejercicio de la interdisciplina, dado que el imperialismo disciplinar impone relaciones jerárquicas.

En este sentido, y específicamente para el campo de la salud mental, Natella (2017) plantea que la formación profesional de grado y posgrado constituye uno de los ejes centrales del proceso de reforma a la atención en salud mental, en efecto, la reforma debe encontrar a trabajadores/as “nucleados por el denominador común de una nueva concepción y una nueva práctica de la salud mental” (2017, pp. 69). Es así que una discusión acerca del objeto de intervención resulta insoslayable, tal como se destaca en el discurso de algunas personas entrevistadas:

Una discusión epistemológica, eso que sostenemos como natural y como obvio y como acordado, cuando en realidad estamos en un tremendo desacuerdo y creo que la reflexión epistemológica es un vehículo para poder mejorar el diálogo entre las disciplinas (Extraído de entrevista a profesional de la Psicología, 2018).

O sea, nos llevamos bien, somos buenos compañeros, y hacemos un esfuerzo por compartir cosas, pero desde el punto de vista después de la concepción, creo que muchas veces hay muchísimas diferencias abismales y eso lleva finalmente a que se

desarrollen malas prácticas (Extraído de entrevista a profesional de la Psicología, 2018).

Desde nuestra perspectiva, ubicarnos en el campo de la salud mental implica trascender la enfermedad mental y orientar la mirada hacia las condiciones concretas de existencia que posibilitan diferentes tránsitos por el proceso de salud-enfermedad.

En las teorizaciones epistemológicas en torno a la interdisciplina, la referencia al “lenguaje común” aparece en general destacada, aunque ello requiere algunas consideraciones. Por un lado, el lenguaje disciplinar se mantiene discriminado entre las diferentes disciplinas, ya que justamente lo que las caracteriza y diferencia es un recorte particular de la realidad sobre la que se va a construir un marco interpretativo y metodológico para su abordaje. Es decir, “lenguaje común” o “idioma compartido” no hace referencia a la pérdida de la identidad disciplinar, sino que subraya la importancia de que se compartan ciertas perspectivas en relación al objeto de estudio e intervención, lo que en el campo de la salud mental no parece ser tan evidente.

Entonces para uno es un enfermo mental, para otro es un trastorno, para otro es un sujeto de derechos, entonces ahí hay como una multiplicación de enfoques, que en términos democráticos suena muy bien, pero después en los términos de la práctica es un gran lío. Hay una discusión como postergada, sobre cómo vamos a pensar las situaciones clínicas, qué es una enfermedad mental (Extraído de entrevista a profesional de la Psicología, 2018).

El término salud mental constituye un concepto polisémico (Fernández, 2015) que se traduce por marcos teóricos epistemológicamente irreconciliables. Los puntos de partida para la lectura del campo son tan distantes que el forzamiento para su acercamiento en términos de articulación de saberes termina por producir un proceso contrario a la interdisciplina, el imperialismo disciplinar produce el epistemicidio. De Souza Santos señala esto a partir de su análisis sobre el imperialismo en la producción de saber: “El imperialismo cultural y el epistemicidio son parte de la

trayectoria histórica de la modernidad occidental” (2010, pp. 82).

## 5. Dimensión interpersonal

En el marco de esta investigación hemos decidido denominar dimensión interpersonal a la dinámica particular de vínculo que se establece entre las personas que conforman los equipos de trabajo. Esta dinámica de vinculación, de intercambio se produce sobre la base de características personales como la empatía, la capacidad de escucha y diálogo y la horizontalidad en la comunicación. Construimos esta dimensión en tanto aparece fuertemente destacada por las personas entrevistadas y ubicada en sus discursos como definitoria de las posibilidades de intercambio de saberes, es decir, del desarrollo de una práctica interdisciplinar.

Las afinidades personales exceden a lo disciplinar. Se destacan en este sentido los rasgos personales que promueven los valores de la empatía, la escucha, el respeto, en el entendido que éstos se forjan en el plano interpersonal. Es decir, en la historia vincular que las personas han transitado, con cierto nivel de independencia de las profesiones que encarnan. En este sentido, la estabilidad y continuidad de los vínculos se erige como una condición que posibilita la profundización de la interdisciplina. Si bien la interdisciplina es una construcción con otros, por tanto, es un producto colectivo, la impronta personal es la que habilita o deshabilita tal producción colectiva. Acordamos con Santos que la práctica interdisciplinaria resitúa a lo personal en un nuevo orden de vínculo y producción. “La interdisciplina es posible a partir del intercambio de perspectivas, de la discusión, el trabajo y la producción colectiva, en equipos. Esto no resta importancia al elemento personal, sino que lo resitúa.” (Santos, 2015, pp. 75)

La interdisciplina constituye, desde esta lectura analítica, un proceso de convivencia, el desarrollo de experiencias compartidas que hacen que lo personal se sienta parte de un algo colectivo. Sea en la conformación de un equipo, sea en la construcción de un espacio de trabajo compartido o

en la conformación de encuentros para pensar el hacer cotidiano. En todo caso, el encuentro con otros pone en juego una dimensión subjetiva e intersubjetiva que debe transitar por vaivenes de ese vínculo. Santos reafirma con claridad lo que afirmamos hasta aquí, “Los problemas de relacionamiento personal, son inherentes a todo grupo humano. El nivel personal tiene sentido en clave de trabajo desde las trayectorias de los sujetos que aportan a la construcción de enfoques interdisciplinarios.” (Santos, 2015, pp. 76). La siguiente referencia de una de las personas entrevistadas ilustra este análisis:

Yo formo parte de un equipo que hace muchísimos años que venimos trabajando, entonces hay mucho respeto hacia mi trabajo y de mi parte hacia el trabajo de los compañeros (Extraído de entrevista a profesional de la Psicología, 2018).

La interdisciplina se presenta entonces como una particular articulación de saberes, como una perspectiva que complejiza, pero no totaliza el campo de la salud mental, que al ubicar su objeto de intervención en el devenir de la existencia humana produce diferentes tensiones disciplinares. En el marco de la investigación, la interdisciplina aparece como un a-priori, esto es, en la medida en que la institución cuenta con diferentes profesiones que intervienen en la atención de las problemáticas en salud mental. Se asume que la interdisciplina acontece.

La interdisciplina depende mucho de los actores que están en juego y no tanto me parece de las disciplinas, me parece que depende de con qué psiquiatra te topes, con qué psicólogo te topes y poder hacer realmente algo, un planteamiento interdisciplinario o no, por lo menos eso es lo que me ha pasado a mí en el hospital (Extraído de entrevista a profesional de Trabajo Social, 2018.)

En ocasiones, el simple hecho de que existan intercambios de ideas y opiniones entre las personas que representan a las diferentes disciplinas parece alcanzar para caracterizar la perspectiva como interdisciplinaria, la denominación “trabajo en equipo”. Como si el encuentro con las personas concretas fuera más importante que el encuentro

entre las disciplinas (Extraído de entrevista a profesional de la Psicología, 2018.)

En este sentido, entendemos que sólo es posible hablar de interdisciplina en tanto se logra una particular articulación de saberes, que en palabras de Saforcada refiere a la dimensión epistemológica y política en cuestión, pero también a la dimensión ética:

La necesidad de conformar estos equipos interdisciplinarios constituye un imperativo ético, además de las consideraciones epistemológicas o políticas que se puedan hacer al respecto. Constituye la única forma de «recomponer» la unidad ecológica del ser humano (colectivo) con su ambiente, después de los minuciosos análisis que la modernidad hizo de todas esas «partículas», para llegar a la conclusión de que son inseparables (Saforcada, 1999, pp. 69).

Del contenido discursivo producido a partir de las entrevistas, podemos señalar que el vínculo interdisciplinario ocupa un lugar de relevancia en cualquiera de las personas consultadas. Sin embargo, es muy diverso lo que ellas entienden como tal. Esto conduce a que algunos integrantes del mismo equipo afirmen que efectivamente trabajan a partir de la interdisciplina, otros señalen que no lo hacen por las dificultades de organización de la tarea lo cual no facilita el reunirse y otros, entiendan que es una práctica imposible de realizar por la posición institucional que aún ocupa la disciplina médica, inhabilitando espacios de intercambio genuino.

### Consideraciones finales

Hemos presentado el análisis de la interdisciplina como una de las aristas para el desarrollo de una lectura comprensiva de las posibilidades y los obstáculos de las prácticas profesionales para la externación sustentable en el marco del hospital psiquiátrico. Ello nos ha permitido establecer los puntos de conexión necesarios. Profesionales a priori moldeados por la aprehensión del conocimiento por compartimientos. Podría decirse que esto no es específico del campo de la salud mental, no obstante, ese vínculo determinado por una institución total como el manicomio

adquiere particularidades irrepetibles para otros marcos institucionales y otros ámbitos de producción interdisciplinaria. El orden de lo psiquiátrico no sólo impera en el establecimiento de jerarquías de saber, sino en la construcción de aquello sobre lo que se va a tener autoridad para trabajar, de quiénes y cómo lo harán.

En este sentido la identificación de las tres dimensiones desarrolladas, a partir de las cuales entendemos la práctica interdisciplinaria –institucional, formación profesional y vínculo interpersonal– dan luz a puntos críticos a considerar. A modo de conclusiones para este artículo destacamos los siguientes puntos:

- a. La dimensión institucional, particularmente tratándose de una institución total, construye las reglas de juego y sitúa a sus jugadores según su propia definición. En este sentido la denominación “hospital psiquiátrico”, marca el punto de comienzo para cada profesión que actúe en ella, traza su recorrido en el ejercicio de tal práctica y determina las posiciones de poder.
- b. El contexto actual de producción de normativa acorde al avance en las modificaciones de las prestaciones en salud mental, la instalación de cierta mirada integral para su abordaje plantea la emergencia de movimientos críticos respecto a cómo se conciben las estructuras de poder que determinan una lógica de abordaje. Sin embargo, no se activa eficientemente la dimensión política que permita el cambio de direccionamiento institucional acorde.
- c. En relación a la dimensión formación profesional, es de suma relevancia destacar el contenido conceptual y por tanto también el significado que se le otorga a dos términos en particular: salud mental e interdisciplina. El tránsito por la formación curricular disciplinar y sus postulados según de qué disciplina se trate, es compartido al mismo tiempo por el transitar un “currículum oculto” o no explicitado que entra en contradicción con los postulados de formación que cada institución académica profesa.
- d. El material relevado a partir de las entrevistas insinúa este desencuentro entre el currículum formal y el currículum oculto. Los postulados formativos sobre la interdisciplina entran en colisión con las exigencias de prácticas preprofesionales y profesional enmarcadas en el psiquiátrico, quien a priori plantea su lógica de hegemonía disciplinar. Para dar cuenta de esto, nos ha sido de claridad conceptual la noción de simulacro abordada por Caetano (2005).
- e. El análisis de la brecha entre el curriculum formal y el curriculum oculto nos ha permitido identificar por una parte, que la interdisciplina adquiere valor a nivel teórico al punto que se ubica como la perspectiva epistemológica y metodológica que mejor permite abordar problemáticas complejas en el campo de lo humano, por otra parte, que las prácticas profesionales concretas se distancian de esta perspectiva y reproducen modos de abordaje multidisciplinares a partir de la instalación de hegemonías disciplinares.
- f. En el sentido del punto anterior, es de destacar cómo algunas de las personas entrevistadas refieren a puntos de partida epistemológicamente irreconciliables, lo cual se establecen como obstáculos para iniciar un vínculo de producción en común. El riesgo es el forzamiento por el aparentar una práctica interdisciplinaria lo cual conduce a su cara contraria, el imperialismo disciplinar.
- g. Sobre la dimensión interpersonal, destacamos el contenido discursivo que remite a la necesidad del reconocimiento con los/as demás desde formas de vinculación en común: la empatía, la escucha, el respeto. En el fondo de los moldes disciplinares, parece que lo que se pone en juego en definitiva es el encuentro subjetivo y desde allí se da la posibilidad de producción e intercambio en las disciplinas convocadas para la tarea. En este sentido parecería ser que la relación profesional interdisciplinaria necesita de una mediación previa, transitar por un vínculo interpersonal, reconocerse en él, elegirlo y construir saberes desde allí, con cierto nivel

de independencia de las profesiones ejercidas.

No encontramos referencias a la interdisciplina más que enunciativas en los avances formales por el cambio de modelo de atención para la asistencia de la salud mental (considerando principalmente documentos preliminares públicos del proceso de reglamentación y al propio texto de la ley N° 19.529), esto no es casual. Entendemos que esta dinámica de enunciar a partir de términos puestos en el decir social público, como formas de mencionar más o menos de moda o de actualidad, es una lógica de cooptación y vaciamiento de sentido. Es una forma más de dominación. Las formas de decir también son una forma de regulación de las relaciones sociales entre clases dominantes y dominadas. La interdisciplina, aunque no por sí sola, otorga potencia de transformación del status quo aún vigente en el modelo de atención de la salud mental. Algunas preguntas circulan en la problematización que continúa realizando nuestro equipo de investigación: ¿Quién define el objeto de atención de la política de salud? ¿Qué recursos son priorizados? ¿Qué implica una perspectiva disciplinar en un nuevo modelo de atención? ¿Cuáles son los perfiles profesionales llamados a ser formados y curricularizados? ¿Cuál es el vínculo de lealtad de la hegemonía académica con su par técnico en la órbita política? Serán tal vez nutrientes para otra investigación, el profundizar en las lógicas puestas en juego bajo la noción de interdisciplina, en la órbita política.

## Bibliografía

- Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio. Salud mental y atención psicosocial*. Topía.
- Augsburger, C., & Gerlero, S. (2005). La construcción interdisciplinaria: potencialidades para la epidemiología en salud mental. *Kairós, Revista de Temas Sociales*, 9(15), 61-75.
- Barrán, J. P. (1992). *Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos. El poder de curar*. Montevideo: Banda Oriental.
- Batalla, M.; de Peña, L.; Martínez L.; Silva, C. (2019). La reforma en la trichera: obstáculos y potencialidades en las prácticas profesionales para la externación sustentables en el ámbito del hospital psiquiátrico. *Revista Regional de Trabajo Social*, 33(74), 80-95.
- Bourdieu, P. (1990). *Sociología y cultura*. México: Grijalbo.
- Bourdieu, P. (2000). *Poder, derecho y clases sociales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Caetano, G. (2015). Algunas notas generales a propósito de cómo definir la interdisciplina. En B. Vieni, P. Cruz, L. Repetto, C. von Sanden, A. Lorigo, & V. Fernández (coord.) *Encuentros sobre interdisciplina*. (pp. 153-160). Montevideo: Trilce-Espacio Interdisciplinario-UdelaR.
- de Souza Minayo, C. (2013). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar.
- De Souza Santos, B. (2010). *Descolonizar el poder, reinventar el saber*. Montevideo: Trilce.
- Di Pascua, G. (13 de mayo de 2019). Director del Villardebó: "Todo lo que como sociedad no queremos ver está acá adentro". *la diaria*.
- Fernández, B. (agosto de 2015). Salud mental: un concepto polisémico. *Revista uruguaya de enfermería*, 7(2).
- Fernández, B. (2017). *Texto, pretexto y contexto de las innovaciones en política de salud mental en el Uruguay progresista*. Montevideo: Ediciones universitarias.
- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación Médica en Salud*, 11(10), 152-169.
- Galende, E. (1997). De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual. Buenos Aires: Paidós.
- Galende, E. (2015). *Conocimiento y prácticas en salud mental*. Buenos Aires: Lugar.
- Kosik, K. (1967). *Dialéctica de lo concreto*. México: Grijalbo.
- Marx, K., & Engels, F. (1976). *Obras escogidas. Tomo 1*. Moscú: Progreso.

- Morin, E. (2011). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Natella, G. (2017). Salud mental comunitaria en acción: el problema de la formación profesional. En G. d. Comunitaria, *Salud mental, comunidad y derechos humanos* (págs. 237-263). Montevideo: Psicolibros Universitario.
- Rojas, A. (2012). Curriculum oculto en medicina: una reflexión docente. *Revista Médica Chilena*(140), 1213-1217.
- Saforcada, E. (1999). *Psicología sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención a la salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Santos, C. (2015). Sobre la interdisciplina. En B. Vienni, P. Cruz, L. Repetto, C. von Sanden, A. Lorieto, & V. Fernández (coord.) *Encuentros sobre interdisciplina* (pp. 69-78). Montevideo: Trilce-Espacio Interdisciplinario-UdelaR.
- Stolkiner, A. (1987). De interdisciplinas e indisciplinas. En N. Elichiry (coord.) *El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio*. (pp. 313-315). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Stolkiner, A. (2013). Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. En H. Lerner (coord.) *Los sufrimientos*. (pp. 211-239). Buenos Aires: Psicolibro.
- Techera, A., Apud, I., & Borges, C. (2009). *La sociedad del olvido. Un ensayo sobre la enfermedad mental y sus instituciones en el Uruguay*. Montevideo: Comisión Sectorial del Investigación Científica. Universidad de la República.